

50374
1996
2197

Université des Sciences et Technologies de Lille
Faculté de Sciences Economiques et Sociales



LES MICRO-UNITES DE SANTE AU BENIN : UNE ANALYSE PAR LES ASYMETRIES D'INFORMATION

THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES ECONOMIQUES

Présentée et soutenue publiquement par
Bruno BOIDIN

Sous la direction du Professeur François-Régis MAHIEU

TOME I

Jury

Mme Maryse GADREAU, Professeur à l'Université de Bourgogne
Mr Mamadou KOULIBALY, Professeur à l'Université de Lille 1
Mr Jean-Yves LESUEUR, Professeur à l'Université d'Auvergne
Mr François-Régis MAHIEU, Professeur à l'université de Versailles

1996

L'Université des Sciences et Technologies de Lille n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je remercie le Professeur François Régis Mahieu pour son soutien, ses encouragements et sa patience qui m'ont grandement aidé à mener ce travail.

Je suis également redevable au Professeur Mamadou Koulibaly de sa disponibilité et de ses commentaires précieux.

Ma gratitude va enfin à Bernard Delebecque et à Jean-Luc Vanleene pour leur aide et leur amitié. Qu'ils trouvent ici l'expression de mes remerciements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREAMBULE CONTEXTE POLITIQUE ET SITUATION SANITAIRE	15
PREMIERE PARTIE LE DEVELOPPEMENT DU MICRO-MARCHE DE SANTE	21
CHAPITRE 1 LES ECHECS D'UN MODELE : LES SERVICES SANITAIRES PUBLICS DANS LA TOURMENTE.....	23
I . AJUSTEMENTS STRUCTURELS ET OFFRE SANITAIRE PUBLIQUE.....	23
1.1 D'ALMA ATA A BAMAKO, LES FONDEMENTS DES POLITIQUES DE SOINS PRIMAIRES.....	24
1.1.1 . LES PRINCIPES.....	26
1.1.2 . L'ORGANISATION DU SECTEUR PUBLIC.....	30
1.2 . AJUSTEMENTS ET RESTRUCTURATION DU SECTEUR PUBLIC.....	33
1.2.1 . CONTEXTE ECONOMIQUE ET AJUSTEMENTS.....	33
1.2.2 . LES CONSEQUENCES DES AJUSTEMENTS SUR L'OFFRE SANITAIRE PUBLIQUE.....	37
II . LES LOGIQUES DE REMISE EN CAUSE DU MODELE SANITAIRE PUBLIC TRADITIONNEL.....	42
II.1 . DES SOUS-BASSEMENTS THEORIQUES ET ANALYTIQUES.....	43
II.1.1 . LES SERVICES DE SANTE, BIENS PRIVATIFS ?.....	43
II.1.1.1 . L'OFFRE SANITAIRE, UN BIEN COLLECTIF IMPUR.....	45
II.1.1.2 . LE PASSAGE A UNE CONCEPTION EN TERMES DE BIEN PRIVATIF.....	48
II.1.2 . DES ANALYSES CENTREES SUR LES ECHECS DE LA BUREAUCRATIE.....	49
II.1.2.1 . L'INTERPRETATION DES INEFFICACITES DE L'ETAT.....	52
II.1.2.2 . LES MESURES PROPOSEES.....	55
II.2 . DES DIVERGENCES DE PHILOSOPHIE, DES TRADUCTIONS INSTITUTIONNELLES CONVERGENTES.....	58
II.2.1 . DECENTRALISATION DES SERVICES SANITAIRES.....	59
II.2.2 . LE RECENTRAGE DES PRESTATIONS PUBLIQUES EN FONCTION DE CRITERES ECONOMIQUES.....	62
II.2.2.1 . L'APPROCHE COUT-EFFICACITE.....	63
II.2.2.2 . L'APPLICATION AU BENIN.....	64
La politique pharmaceutique.....	64
Les soins prioritaires.....	67
CONCLUSION.....	75
CHAPITRE 2 LA PROLIFERATION DES SERVICES PRIVES : DYNAMIQUES ET DETERMINANTS DU MARCHÉ.....	78
I . LE MARCHÉ, GAGE D'EFFICACITE ?.....	79
I.1 . FONDEMENTS DE L'EFFICACITE MARCHANDE ET JUSTIFICATIONS DE L'ETAT TUTELAIRE.....	79
I.2 . LE RETOUR AU MARCHÉ ET SES FONDEMENTS.....	85
II . LA PROLIFERATION DU SECTEUR PRIVE : RATIONNEMENTS ET LOGIQUES LUCRATIVES.....	87
II.1 . LES PRESTATAIRES PRIVES : DIVERSITE ET MECONNAISSANCE.....	88
II.2 . LES LOGIQUES DU MARCHÉ.....	96
II.2.1 . LES PETITES PRESTATIONS SANITAIRES, UN INFORMEL SPECIFIQUE.....	97
Des prestations à caractère informel.....	98
Des prestations spécifiques.....	103
Quelle terminologie ?.....	108
II.2.2 . L'OFFRE ET LA DEMANDE : DES LOGIQUES D'ADAPTATION AUX CONTRAINTES.....	111
II.2.2.1 . LES OFFREURS : UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET ECONOMIQUE FAVORABLE.....	112
Une offre rationnée.....	112
Facilité d'entrée et contexte institutionnel favorable.....	114
Des caractéristiques répondant à des besoins particuliers.....	115
Fonction des déterminants de l'offre et fonction d'utilité de l'offre.....	121

Les déterminants de l'offre.....	121
L'utilité de l'offre.....	123
Conclusion sur l'offre sanitaire.....	124
II.2.2.2 . UNE DEMANDE RATIONNEE ET COMPLEXE.....	126
Une demande structurellement forte et rationnée.....	127
Une demande différenciée.....	132
Les variables objectives de différenciation.....	136
Les variables subjectives de différenciation.....	137
CONCLUSION.....	147
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	149
DEUXIEME PARTIE LES LIMITES DU MARCHE.....	150
CHAPITRE 3 QUELS CRITERES D'EVALUATION DES SYSTEMES DE SANTE ? EFFICACITE, EQUITE ET QUALITE.....	152
I. L'EQUITE SANITAIRE, OU LA SANTE COMME CONDITION DE CHOIX INDIVIDUELS RATIONNELS.....	153
I.1 . PAUVRETE, VULNERABILITE SANITAIRE ET SEUIL DE SANTE.....	155
I.1.1 . ELEMENTS D'EVALUATION DE LA PAUVRETE ET DE LA VULNERABILITE SANITAIRE.....	155
I.1.2 . EXISTE-T-IL UNE MESURE DU SEUIL DE SANTE ?.....	158
I.1.2.1 . CAPITAL HUMAIN, DISPOSITION A PAYER ET SEUIL DE SANTE.....	159
I.1.2.2 . LES LIMITES DES TENTATIVES DE DEPASSEMENT.....	167
I.1.2.3 . LES EVALUATIONS POSSIBLES DE LA VULNERABILITE FACE AU SEUIL.....	174
I.2 . LE SEUIL, CONDITION DE CHOIX RATIONNELS ET D'EQUITE.....	177
I.2.1 . LA SANTE, UNE FIN OU UN MOYEN ? AU-DELA DU DEBAT.....	178
I.2.2 . SEUIL SANITAIRE, RATIONALITE, EQUITE.....	184
I.2.2.1 . LES CONDITIONS DE CHOIX RATIONNELS ET D'EQUITE.....	185
I.2.2.2 . ETAT ET SEUIL SANITAIRE.....	190
II . EFFICACITE ET QUALITE : L'INADEQUATION DES CRITERES D'EVALUATION FACE AUX PETITS PRESTATAIRES.....	193
II.1 . EQUILIBRE BUDGETAIRE ET ALLOCATION OPTIMALE DES FONDS.....	194
II.1.1 . LE POIDS DES CONTRAINTES BUDGETAIRES ET LA PRESSION DES INSTITUTIONS INTERNATIONALES.....	194
II.1.2 . LA RECHERCHE D'UNE ALLOCATION OPTIMALE ET SES LIMITES.....	195
II.2 . MICRO-UNITES : DE L'APPROCHE COUT-EFFICACITE A L'EVALUATION DE LA QUALITE.....	200
II.2.1 . L'ACTIVITE SANITAIRE, PRODUIT OU RESULTAT ?.....	203
II.2.2 . LA FONCTION DE QUALITE.....	210
La fonction de qualité élargie.....	211
La fonction de qualité réduite.....	216
CONCLUSION.....	218
CHAPITRE 4 ASYMETRIES, STRATEGIES INDIVIDUELLES ET LIMITES DU MICRO-MARCHE.....	219
I. LES ASYMETRIES DU MARCHE.....	222
I.1 . UN MARCHE FLOU : L'ABSENCE DE TRANSPARENCE.....	222
I.1.1 . LA MECONNAISSANCE DU PRODUIT.....	222
Des activités non répertoriées.....	224
Un service co-produit.....	232
I.1.2 . LA MECONNAISSANCE DES PRODUCTEURS.....	237
Les incertitudes sur les facteurs de production.....	238
Les difficultés d'évaluation des actes.....	240
I.2 . UN MARCHE DIFFERENCIE : L'HETEROGENEITE DES PRODUITS.....	243
I.2.1 . UNE DIFFERENCIATION VERTICALE ?.....	243
I.2.2 . UNE DIFFERENCIATION LARGEMENT HORIZONTALE.....	245
II . L'IMPACT AMBIGU DES STRATEGIES INDIVIDUELLES.....	250
II.1 . SELECTION ADVERSE ET LIMITES DES CONTROLES SPONTANES DU MARCHE.....	252
II.1.1 . LES "MAUVAIS" PRODUITS CHASSENT-ILS LES "BONS" ?.....	254
II.1.2 . LES LIMITES DES CONTROLES SPONTANES.....	258
II.1.2.1 . DU COTE DE L'OFFRE : SIGNAUX ET AUTO-SELECTION.....	259
II.1.2.2 . DU COTE DE LA DEMANDE : ACHATS REPETES ET DIVERSIFICATION DES RISQUES.....	261
II.2 . RISQUE MORAL ET LACUNES DES CONTRE-STRATEGIES DE DEMANDE.....	268
II.2.1 . LE PROBLEME DE L'EFFORT DU PRESTATAIRE.....	269
II.2.2 . LES LACUNES DES CONTRE-STRATEGIES.....	270
II.2.2.1 . PRIME DE QUALITE ET CONTROLE DE L'OFFRE.....	270
II.2.2.2 . ACQUISITION D'INFORMATION ET APPRENTISSAGE.....	272
CONCLUSION.....	276
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.....	279

TROISIEME PARTIE ETAT ET QUALITE SUR LE MICRO-MARCHE.....	280
CHAPITRE 5 PROBLEMES D'INFORMATION ET INADEQUATION DES MODELES DE REGULATION OPTIMALE ET GENERALE	284
<i>PRELIMINAIRE : LE PRINCIPE D'UNE INTERVENTION PUBLIQUE.....</i>	285
I. <i>L'IMPOSSIBILITE D'UNE REGULATION OPTIMALE ET GENERALE FACE AUX PROBLEMES D'INFORMATION.....</i>	287
I.1 . MARCHE ET PLANIFICATION : DES HYPOTHESES TROP RESTRICTIVES SUR LES DETENTEURS D'INFORMATION.....	288
I.1.1 . LA REGULATION PAR LE MARCHE.....	289
I.1.2 . LA PLANIFICATION CENTRALISEE.....	294
I.1.2.1 . LE CONTROLE QUALITATIF.....	295
I.1.2.2 . LE FINANCEMENT DES SERVICES EN PLANIFICATION CENTRALISEE.....	300
I.1.2.3 . LE PROBLEME DE LA FONCTION D'UTILITE GLOBALE.....	301
I.2 . DECENTRALISATION PAR LES PRIX ET MODELE D'OPTIMUM SECOND : DES TENTATIVES DE REPONSES LIMITEES.....	302
I.2.1 . LA REGULATION DECENTRALISEE DES DECISIONS.....	302
I.2.2 . L'OPTIMUM DE SECOND RANG.....	311
I.2.2.1 . L'OPTIMUM SECOND, UN RETOUR VERS LE MARCHE PUR ?.....	313
I.2.2.2 . UN OPTIMUM GENERAL ?.....	317
II. <i>LES INCITATIONS : DES PRINCIPES PERTINENTS, UN CADRE DIFFERENT.....</i>	320
II.1 . UN PROBLEME SPECIFIQUE : LA QUALITE.....	324
II.1.1 . LA RARETE DES ANALYSES QUALITATIVES DANS LE CHAMP DES PAYS INDUSTRIALISES.....	325
II.1.2 . LES APPROCHES INSTITUTIONNELLES : LES PETITES PRESTATIONS EVINCEES DU DEBAT ?.....	328
II.2 . UN TERRAIN SPECIFIQUE : LE SECTEUR PRIVE NON CONTROLE.....	335
II.2.1 . LA MISE EN CONCURRENCE PAR ENCHERES.....	337
II.2.2 . LES MECANISMES DE CONTRATS.....	340
II.2.2.1 . LA PERTINENCE DU PRINCIPE GENERAL.....	342
II.2.2.2 . DES MODALITES INADEQUATES.....	346
<i>CONCLUSION.....</i>	355
CHAPITRE 6 INCITATIONS, QUALITE ET MICRO-UNITES SANITAIRES	356
I. <i>REGLEMENTATION ET FONCTION DE QUALITE.....</i>	360
I.1 . JUSTIFICATION DE LA FONCTION DE QUALITE.....	361
I.1.1 . BIENS D'EXPERIENCE ET CONTROLE PAR LA DEMANDE.....	361
I.1.2 . LES HYPOTHESES D'UNE NORME QUALITATIVE EFFICACE.....	365
I.2 . UNE FONCTION DE QUALITE TANGIBLE.....	365
II. <i>MODELE INCITATIF ET INTERVENTION PUBLIQUE DANS LE CHAMP SANITAIRE.....</i>	370
II.1 . STANDARDS DE QUALITE ET ROLE DES INCITATIONS.....	371
II.1.1 . LE MODELE DE LELAND.....	372
II.1.2 . INTRODUCTION DES INCITATIONS.....	374
L'insuffisance des schémas horizontaux et verticaux.....	375
Introduction des incitations.....	378
L'utilité de l'agent central et des prestataires.....	379
La règle incitative.....	381
La persistance des micro-unités non normées.....	387
L'augmentation de la qualité.....	388
La stabilité des prix.....	390
II.2 . INCITATIONS, MARCHE ET STRATEGIES INDIVIDUELLES.....	391
II.2.1 . INCITATIONS ET OFFRE SANITAIRE.....	392
II.2.1.1 . LE PROBLEME DU COUT.....	392
II.2.1.2 . LE PROBLEME DU FINANCEMENT.....	401
II.2.2 . INCITATIONS ET DEMANDE DE SANTE.....	406
II.2.2.1 . LES LIMITES DES INCITATIONS SUR LA DEMANDE.....	407
II.2.2.2 . SELECTION ADVERSE, RISQUE MORAL ET DEMANDE DE SANTE.....	410
Demande et sélection adverse.....	414
Demande, critères intangibles et risque moral.....	416
<i>CONCLUSION.....</i>	423
CONCLUSION GENERALE.....	427
ANNEXES.....	438
BIBLIOGRAPHIE.....	461

ABREVIATIONS.....	478
SOMMAIRE DES SCHEMAS ET TABLEAUX	479

INTRODUCTION

Les pays d'Afrique subsaharienne ont largement fait l'objet d'analyses centrées sur les difficultés économiques des années 80 (baisse de recettes fiscales déjà faibles, surendettement, aggravation des déficits extérieurs...). L'accent a été conjointement porté sur les conséquences des ajustements structurels (Hugon 1989, 1995a). Alors que la mise en question des plans économiques d'ajustement donnait lieu à une réflexion sur la dimension sociale, institutionnelle, voire politique de l'ajustement, la succession de ces concepts ne semble pas s'accompagner d'une résorption des difficultés. Parallèlement, on observe au sein des discours institutionnels (PNUD, Banque Mondiale) une orientation à partir des années 90 vers la notion de développement humain. L'homme (re)devient à la fois outil et finalité du développement, la micro-économie revient au centre des analyses pour contrebalancer leur penchant macro-économique.

La réintroduction de l'homme dans le problème du développement contribue à expliquer l'implication apparemment croissante des institutions et de certains analystes dans le champ de la santé. Si les préoccupations sur l'organisation des systèmes de santé ne semblent jamais avoir été aussi présentes dans les pays occidentaux (débat sur le financement, la réduction des coûts, l'efficacité et l'équité), l'enjeu de l'amélioration de la situation sanitaire dans les pays en développement (re)devient également, et à juste titre, une question centrale. Au-delà des effets de mode, une véritable dynamique semble lancée. Ainsi la Banque Mondiale, après avoir reconnu le coût social des ajustements, consacre son rapport annuel sur le développement de 1990 à la pauvreté, puis celui de 1993 à l'investissement dans la santé. Le PNUD présente la variable sanitaire comme un critère essentiel du développement humain à partir de 1990.¹ Le BIT se réclame, dans une logique certes plus ancienne, d'une "même philosophie" que la Banque et le PNUD (Garnier et Majeres 1992) pour fonder les programmes de création d'emplois et de lutte contre la pauvreté : l'investissement en capital humain, par l'accès des populations à la formation et aux soins essentiels, constituerait une priorité. L'Union Européenne aurait également opéré un tournant, au cours des années 90, dans sa coopération avec les pays ACP sur le terrain de la santé (Decaillet 1994) (les

¹ De façon liée mais dans un cadre plus général, l'ONU a récemment lancé un vaste programme de développement de l'Afrique, dont près de la moitié des ressources iraient à "l'amélioration des niveaux d'éducation et de santé de base" (B. Boutros-Ghali cité dans Le Monde du 17 janvier 1996).

engagements relatifs à la santé dans le septième Fonds Européen de Développement -FED- dépassent un-demi milliard d'ECU, ce qui signifie plus du double des engagements du sixième FED).

Au sein des analyses sur le développement, on note conjointement une place croissante des préoccupations relatives à la santé à partir de la fin des années 80 et surtout du début des années 90. Cette orientation s'inscrit dans le mouvement plus général des analyses portant sur la "pauvreté", l'"appauvrissement", les inégalités (voir par exemple le numéro spécial de la revue Tiers Monde, 1995, ainsi que Salama et Valier 1994). Elle résulte également des interrogations sur les options possibles de politique économique après les difficultés des années 80 et les limites des plans d'ajustement. Ainsi Jacquemot et Raffinot (1994) présentent-ils la stratégie publique de santé comme une dimension essentielle d'une "nouvelle politique économique" en Afrique, en soulignant certes que cette dernière (fondée dans le cas sanitaire sur la décentralisation, la priorité aux soins de base, la participation des usagers) apparaît aujourd'hui largement contrainte face à la logique d'ajustement.

Si l'homme retrouve une place dans l'analyse des problèmes de développement, on peut alors s'interroger sur les conditions de sa capacité à contribuer à celui-ci. La santé constitue bien de ce point de vue un enjeu essentiel, puisqu'elle élargit la capacité de l'individu à exercer des choix et les mettre en application. De plus, au-delà de son impact sur la capacité productive des populations, la santé reste une fin en soi, comme l'admet le PNUD en introduisant l'état sanitaire comme facteur du "développement humain" (PNUD 1990 à 1995), enrichissant ainsi la définition du développement en ne le limitant plus au niveau de production national et à l'évolution des structures productives.

Or cette double dimension de la santé, comme facteur de productivité et comme fin, se heurte à la réalité des indicateurs sanitaires. La situation sanitaire des pays subsahariens n'a pas connu l'amélioration espérée. Le Bénin constitue à cet égard un terrain d'analyse propice

des problèmes sanitaires subsahariens. On y observe d'abord une stagnation des grands indicateurs courants (espérance de vie, taux de mortalité), alors que l'un des objectifs annoncés des pouvoirs publics reprenait le slogan lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1978 : la "santé pour tous en l'an 2000". Même si un tel projet semble avoir été revu à la baisse, au regard notamment de la crise économique traversée par les pays subsahariens, on doit néanmoins constater que la situation sanitaire ne répond pas aux progrès escomptés dans les années 70.

Un deuxième trait qui fait du Bénin un cas d'étude représentatif des pays subsahariens provient des conséquences des plans d'ajustement structurel sur la place et le rôle des services publics de santé. On a pu assister 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 marché dans le champ de l'économie sanitaire. A cet égard le Bénin constitue un cas, non unique mais éloquent, du passage de certains pays d'obédience communiste vers une économie de marché.

La présente analyse est centrée sur le développement du marché de la santé, dans un pays où les anciennes institutions favorisaient peu un tel mouvement. 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 publics. 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). Nous nous attacherons ici à l'analyse de ces petits cabinets, que nous qualifierons de micro-unités de santé (ou micro-entreprises de santé, en référence à leur but lucratif). Le terme de micro-unités provient d'abord de leur petite taille, et rejoint à cet égard les approches qui identifient les entreprises à partir du nombre de leurs salariés. L'appellation de micro-unités signifie ensuite une dotation faible en capital fixe (et non en capital variable, comme il sera précisé dans l'analyse). Les micro-unités se caractérisent enfin par des traits proches du secteur qualifié d'informel, puisqu'elles sont

largement non contrôlées et/ou non répertoriées par les pouvoirs publics.² A ce titre, l'évolution du secteur sanitaire béninois rejoint le développement des activités informelles (certains parlent d'"informalisation", Attin 1990) observé dans un certain nombre de pays africains. L'étude de ce mouvement dans le champ sanitaire nous a semblé intéressante parce que rare et mettant en jeu un secteur en général fortement investi par les pouvoirs publics.

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 de la situation sanitaire précédemment soulignée. Nous envisagerons l'efficacité du service de santé comme sa capacité (ou son incapacité) à améliorer l'état sanitaire du bénéficiaire. Notre approche, compte tenu d'un tel critère, a 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 d'une part (difficulté d'appréhender les prestations sanitaires), le micro-marché d'autre part (méconnaissance et faiblesse d'un contrôle extérieur au marché).³ La question centrale que pose le micro-marché de santé peut 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 ? 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. Les critères d'efficacité et de qualité des micro-unités, dans le sens qui leur est respectivement donné ici, sont donc 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

² Une partie du chapitre 2 est consacrée à la justification du terme de micro-unités. Nous y situons les micro-unités de santé dans le débat terminologique entre secteur informel et micro-unités. Le choix du second terme provient à la fois du caractère ambigu de la notion d'informel, et de la possibilité d'aménager celle de micro-unité (par l'abandon du critère de capital variable faible).

³ 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.

l'objet, nous soulignerons les limites liées au développement des petites prestations dont l'impact sur la qualité, et donc le bien-être individuel, ne peut être négligé.

La contradiction apparente du micro-marché se présente alors ainsi : la réponse "providentielle" qu'il offre aux besoins sanitaires, mais également aux problèmes d'insertion des diplômés, s'accompagne de risques importants, et pose la question des incidences possibles sur la demande. La problématique centrale concerne donc le débat sur la supériorité du marché ou de l'État, mais dans la perspective particulière d'un micro-marché sanitaire. L'objet de notre analyse est de remettre en cause l'opposition Etat-marché (du point de vue de leur capacité à assurer la qualité du micro-marché), tout en tentant d'explicitier les relations entre l'un et l'autre en termes d'asymétries informationnelles.

Engager une telle analyse nécessite de préciser d'emblée sous quel angle nous abordons ici le champ de la santé, qui par définition concerne un ensemble de disciplines bien plus vaste que la seule approche économique. On peut se référer à la typologie établie par Rougemont et Brunet-Jailly (1989 pp. 1-11). Les auteurs distinguent quatre approches possibles de la santé : biomédicale, épidémiologique, par les services de santé, enfin socio-économique.⁴ Notre analyse se situant sur le terrain économique, elle rejoint à l'évidence la quatrième catégorie. Mais la problématique choisie se trouve conjointement animée par des préoccupations relatives au lien entre les services de santé et l'état de santé des populations (approche par les services de santé). L'analyse du marché sanitaire mettra donc en jeu des comportements abordés sous l'angle économique, tout en s'interrogeant sur l'efficacité des prestations (c'est-à-dire l'amélioration de l'état sanitaire qu'elles permettent) et sur leurs risques qualitatifs.

⁴ L'approche biomédicale fonde la médecine des pays occidentaux : Les progrès médicaux sont obtenus par la recherche des mécanismes régissant le fonctionnement humain. L'optique épidémiologique consiste à "tenter d'élucider l'ensemble des facteurs, internes ou externes, innés ou acquis, qui influencent l'état de santé et les maladies des individus et des groupes humains" (p 5). L'approche par les services de santé se distingue de la précédente parce qu'au lieu de considérer les déterminants de la santé liés aux comportements et à l'environnement, elle s'intéresse à ceux qui touchent à l'organisation et la gestion des services de santé. Enfin, l'appréhension socio-économique concerne les recherches que les auteurs regroupent sous le nom de sciences sociales de la santé : sociologie, économie, socio-psychologie, géographie...

Dans la présente analyse, nous considérons que la santé n'est pas elle-même un bien, mais plutôt un état individuel résultant de l'achat de biens mixtes, les services de santé. L'intérêt de cette distinction entre la santé et les services de santé (ou prestations de santé) provient précisément du choix que nous avons dégagé pour une approche économique par les services de santé, plutôt que pour une appréhension biomédicale ou épidémiologique. L'approche par les services de santé se propose en effet de s'interroger sur le(s) lien(s) entre la santé d'une part, la gestion et l'organisation des services de santé d'autre part. Dans notre cas, l'analyse concerne l'incidence des services de santé proposés par les petites unités médicales sur la santé de leurs utilisateurs. Les services de santé peuvent être d'ores-et-déjà définis comme les facteurs de production permettant d'améliorer l'état de santé. Ils sont constitués à la fois des moyens médicaux disponibles (médicaments, matériel médical et techniques médicales), et de l'utilisation de ces moyens à travers la prestation de santé. Nous verrons (chapitre 1) pourquoi les services de santé relèvent à la fois du bien public et du bien privé, et peuvent à ce titre être définis comme des biens mixtes.

Concernant la notion de santé, celle-ci est abordée dans notre approche comme un état individuel, que les services de santé ont pour fonction de produire. On peut constater que les tentatives de définir avec précision la santé présentent encore certaines lacunes. Il en est ainsi de la définition de la santé comme absence d'état morbide. La conception en termes de morbidité présente la santé de façon négative, c'est-à-dire comme un état qui ne présenterait pas les inconvénients de la morbidité (Lévy, Bungener, Duménil, Fagnani 1973). On y distingue la morbidité ressentie de la morbidité diagnostiquée. La première signifie la prise de conscience par l'individu d'un état de malaise ou de capacités réduites, qui est interprété comme le risque ou la déclaration d'une maladie. La seconde concerne l'interprétation de la maladie par le praticien. La santé comme absence d'état morbide présente donc l'inconvénient majeur de proposer une définition négative de l'état sanitaire. Une autre approche, qui définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, est aujourd'hui largement utilisée par les organisations qui abordent les questions sanitaires dans les pays subsahariens. Proposée par l'OMS, cette conception s'oppose à l'approche en termes de morbidité par le fait que l'on y aborde la santé sous un angle positif, permettant au passage de montrer la complexité des déterminants de l'état de santé individuel. La limite essentielle qui

lui est associée réside dans son caractère général et pas toujours opérationnel (Labourdette 1988 p 10). Au delà de leurs limites, ces deux approches (santé comme absence d'état morbide et santé comme état de bien-être) présentent le point commun de considérer la santé comme un état, et donc implicitement de la distinguer des services de santé. Cette distinction se retrouve dans notre analyse. L'accent sera plutôt mis sur les services de santé lorsque nous aborderons les caractéristiques des systèmes de santé (secteurs public et privé), et plutôt sur la santé lorsqu'il sera question de leurs incidences sur l'état sanitaire des individus.⁵

L'analyse qui sera menée repose en outre sur trois hypothèses, que nous nous attacherons à étayer dans les chapitres concernés. Toutes trois relèvent des problèmes d'information que peuvent rencontrer les diverses catégories d'acteurs du champ sanitaire, l'idée principale étant que les relations (entre l'offre et la demande, entre l'offre et l'Etat, entre la demande et l'Etat) peuvent s'exprimer sous l'angle des asymétries d'informations et des stratégies que celles-ci rendent possibles.

La première hypothèse concerne les fondements des politiques d'ajustements menées au Bénin comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne : contrairement à ce que supposent les analyses des biais bureaucratiques (qui soulignent à partir des années 70 les dangers du pouvoir discrétionnaire des bureaucrates, et ont inspiré les plans d'ajustement structurel), les biais d'information aboutissant à une allocation insatisfaisante des ressources ne sont pas propres aux seules structures institutionnelles. Au contraire, nous tenterons de montrer qu'ils peuvent également se rencontrer dans le domaine marchand, ce qui engendre une première interrogation sur les limites du marché dans l'allocation des services sanitaires.

La deuxième hypothèse prolonge la première, en centrant l'analyse sur le cas des relations "informelles" telles que celles rencontrées sur le marché des micro-unités sanitaires.⁶

⁵ Nous parlerons d'offre sanitaire ou d'offre de services de santé pour désigner les services de santé, et de santé pour aborder la question de l'état sanitaire des individus.

⁶ Elles sont informelles parce que d'une appréhension et d'un contrôle difficiles de la part des pouvoirs publics.

Nous supposons que les stratégies de manipulation d'information liées aux asymétries ne sont pas spécifiques aux seules structures formelles. En d'autres termes, des comportements de sélection adverse (mensonge sur la qualité du produit) et de risque moral (mensonge sur le comportement du producteur) ne s'observent pas seulement sur le segment des prestataires sanitaires officiels, mais également dans le cas des relations entre les micro-unités et leurs utilisateurs. Cette hypothèse remet donc en cause la présentation habituelle des comportements stratégiques, qui suppose que ces derniers ne peuvent être appréhendés que par l'analyse des structures formelles.

Les deux premières hypothèses, une fois argumentées et développées dans le cadre du micro-marché sanitaire, posent la question du rôle de l'Etat vis-à-vis des micro-unités. Dans un domaine où la qualité des prestations constitue une condition essentielle d'efficacité, et où des critères d'éthique et d'équité entrent en jeu, les relations entre pouvoirs publics et micro-unités peuvent-elles s'appréhender de la même manière que pour les petites unités marchandes généralement étudiées (artisanat, réparation...) ? L'importance des asymétries 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 (c'est la reconnaissance des choix individuels comme facteurs d'une allocation rationnelle), mais les risques qu'il présente, notamment sur la qualité des services offerts, soulignent au contraire ses limites dans la révélation des choix, et posent la question d'une régulation externe au marché. Nous parlerons de régulation sanitaire pour caractériser les mécanismes qui permettent d'assurer le fonctionnement correct du secteur de santé. La notion de correction (dans son sens qualitatif, c'est-à-dire comme caractère de ce qui est correct) reste certes trop floue pour constituer a priori un critère suffisant d'évaluation. De même, le terme de régulation se doit d'être précisé. Nous nous inspirons de la définition donnée par Albouy (1972), qui souligne que dans un système en général⁷, malgré la grande variété des trajectoires possibles, seules certaines évolutions semblent sélectionnées. Que cette sélection des trajectoires du système soit spontanée (on ne repère aucun centre de commande) ou résulte d'une action délibérée de

⁷ L'auteur définit le système comme "un ensemble d'éléments liés par un ensemble de relations, de telle sorte que toute modification d'un élément entraîne une modification d'autres éléments".

certain agents, on se trouve alors en présence d'une régulation. Dans notre cas, la régulation sera abordée sous l'angle de son impact sur la qualité des prestations du micro-marché. Le caractère correct ou incorrect du fonctionnement de ce secteur reposera donc sur le critère de la qualité proposée par les unités de santé : la régulation peut être considérée comme effectivement correcte si elle permet d'offrir des services sanitaires de qualité suffisante pour satisfaire les besoins. La présente analyse étant fondée sur l'exemple des micro-unités, qui relèvent du secteur marchand, le fonctionnement correct de ces prestataires peut a priori être assuré *soit* par le marché seul, *soit* par une intervention extérieure sur ce marché. Partant de là, l'idée de régulation peut amener à celle de contrôle, ce qui permet de distinguer deux cas de régulation du micro-marché. On est en présence d'une régulation non contrôlée si le marché seul assure son fonctionnement correct (ici en termes de qualité des services). La régulation fait au contraire l'objet d'un contrôle si un agent extérieur intervient: on parlera alors d'une réglementation. Nous nous intéresserons ici aux difficultés de vérifier le premier cas (régulation non contrôlée, c'est-à-dire par le seul jeu du marché, analysée dans la deuxième partie), et à la nécessité de se pencher en conséquence sur le second (intervention d'un agent extérieur, c'est-à-dire réglementation, abordée dans la troisième partie).

La troisième hypothèse permet de préciser cette problématique de la régulation (recherche du fonctionnement correct du système, c'est-à-dire d'une qualité suffisante pour satisfaire les besoins). Nous supposons que la régulation sanitaire ne peut pas être un optimum de premier rang (au sens de l'optimum de Pareto), ni un optimum général (c'est-à-dire touchant l'ensemble de l'économie). Elle sera au contraire sous-optimale et sectorielle, au regard des asymétries d'informations qui s'observent à la fois entre les acteurs privés (l'offre des micro-unités et la demande qui leur est adressée), et entre pouvoirs publics et agents privés. Les asymétries ne sont propres ni au seul secteur privé, ni au seul domaine public, mais s'observent au contraire au sein de (et entre) les deux sphères. Ceci contribue à rapprocher l'Etat et le marché, puisque leur point commun essentiel consiste à subir une même contrainte, celle de l'information.

Pour étayer ces trois hypothèses et mener à bien l'analyse du micro-marché sanitaire, la présente approche s'appuie sur la notion centrale d'asymétries informationnelles. Elle tente ce faisant d'appliquer au champ des micro-unités béninoises les analyses en termes d'agence et les approches par les incitations, qui partent chacune de l'hypothèse d'asymétries. La théorie de l'agence, qui envisage les problèmes informationnels entre deux unités sous l'angle d'une relation de mandat (un principal délègue une mission à un agent, ce dernier étant détenteur d'informations non disponibles pour le principal), nous permettra d'aborder les conséquences possibles des asymétries sur la qualité des prestations. La relation d'agence entre le prestataire de santé (la micro-unité) et le patient (relation déjà abordée dans le contexte différent des pays industrialisés, Rochaix 1986, 1989, Béjean et Gadreau 1992, Béjean 1994) est ici utilisée pour souligner les limites des contrats privés dans un secteur peu soumis à un contrôle externe. Les analyses par les incitations permettront d'aborder la question de ce contrôle externe au marché. Les approches incitatives 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), et nous seront précieuses pour tenter une interprétation des relations entre pouvoirs publics et micro-unités, et nous interroger sur l'efficacité d'une réglementation qualitative de l'offre sanitaire. Enfin la théorie des jeux, parce qu'elle aborde les comportements des individus dans un cadre de relations conflictuelles, aurait pu constituer également un outil essentiel de notre analyse. Néanmoins les approches par la relation d'agence et par les incitations offrent déjà un support appréciable à notre problématique, et qui semble approprié à la question des asymétries informationnelles dans un cadre sanitaire subsaharien. Au demeurant, comme le précise Laffont (1993), la théorie des incitations représente une simplification de la théorie des jeux, qui aurait remplacé le problème du marchandage entre les agents par celui d'une seule unité (le principal) détenant le pouvoir de déterminer les règles du jeu. La question revient alors à construire des règles qui seront suivies par l'agent et qui satisferont l'objectif du principal.

L'objectif suivi ici est 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 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. Ces questions apparaissent à travers le plan dégagé.

La première partie, intitulée le développement du micro-marché de santé, s'intéresse au développement des services sanitaires marchands au Bénin et à la redéfinition du rôle de l'Etat qui lui est liée. Nous abordons dans le premier chapitre les échecs du système de santé public, et soulignons les logiques sous-jacentes du retour au marché à travers les plans d'ajustement structurel mis en place à partir des années 80. Le chapitre 2 examine plus précisément les origines du développement du micro-marché, sous l'angle des logiques développées par les acteurs privés (offre comme demande), et montre le caractère en partie concurrentiel de ce marché.

La deuxième partie (les limites du marché) s'attache à faire apparaître les risques qualitatifs du marché devant les asymétries d'informations qui y prédominent : les contrats privés ne permettent pas d'assurer que le niveau de qualité des prestations sera suffisant. Nous nous interrogeons d'abord (chapitre 3) sur les critères d'évaluation des services de santé. L'importance des critères d'éthique et d'équité dans le champ sanitaire nous amène à définir la notion de seuil de santé minimal, qui représente un niveau sanitaire acceptable par les individus, sur l'exemple du seuil de pauvreté. L'équité, si on la définit comme l'atteinte par chacun du seuil de santé, est encore loin d'être vérifiée au Bénin. L'atteinte du seuil de santé conditionne la capacité des individus à exercer les choix les plus adaptés aux contraintes. Au contraire, demeurer sous le seuil implique une réduction des possibilités de choix vers des comportements privilégiant la consommation. La demande de santé n'intègre des décisions d'investissement qu'une fois le seuil atteint, et alors seulement l'individu développe ses capacités à exercer des choix adaptés, combinant la consommation et l'investissement

sanitaires. Or les populations vulnérables en termes de santé, et donc soumises au problème du seuil minimal, sont nombreuses. De plus, alors que la qualité des prestations apparaît comme un critère d'évaluation central des micro-unités, les évaluations actuellement menées par les institutions sur le secteur sanitaire négligent la variable de qualité au profit d'une mesure en termes de quantité et de coûts. Une fonction de qualité est donc présentée, qui propose un mode d'évaluation des micro-unités fondé sur des variables tangibles et intangibles. Nous abordons ensuite (chapitre 4) les limites du marché au regard des stratégies d'offre, et de leurs conséquences sur la qualité des prestations. La demande, certes considérée comme capable de rationalité, se trouve néanmoins confrontée aux manipulations d'information qui remettent en cause ses possibilités de choix. Les contraintes particulières auxquelles la demande fait face l'empêchent de définir des contrats satisfaisants en termes de qualité, et les manipulations d'information du côté de l'offre sont facilitées.

La troisième partie (Etat et qualité sur le micro-marché) tire les conséquences de l'insuffisance des contrats privés sur le micro-marché. Nous y abordons la question de la régulation du secteur des micro-unités de santé. Nous soulignons en premier lieu (chapitre 5) l'inadéquation des modèles de régulation optimale et générale pour la compréhension des relations entre l'Etat et le marché. Les analyses présentées (régulation par le marché, régulation centralisée, décentralisation par les prix, optimum second) se heurtent à la question des asymétries informationnelles. Au contraire, l'introduction d'une approche par les incitations répond à nos hypothèses sur les origines des problèmes de qualité, et présente l'information comme une contrainte commune aux pouvoirs publics et à la demande de santé. Nous introduisons alors (chapitre 6) le rôle des analyses incitatives dans la définition des relations entre l'Etat et le marché. L'application des incitations à un terrain inhabituel permet d'aborder ces relations sous l'angle des asymétries. La régulation de la qualité, justifiée dans son principe, se heurte aux contre-stratégies potentielles des acteurs du marché. Ce sont ces stratégies qui finalement rapprochent l'Etat et le marché : l'un et l'autre trouvent leurs limites dans l'asymétrie d'informations, et plus fondamentalement dans l'incapacité à prendre en compte la demande de santé sans recours aux manipulations informationnelles. Les relations avec la demande constituent le point commun essentiel des pouvoirs publics et des micro-unités : les stratégies des demandeurs sont négligées autant par les uns que par les autres. Ceci

pose la question du rôle laissé à la demande dans les politiques incitatives appliquées au développement.

PREAMBULE

CONTEXTE POLITIQUE ET SITUATION SANITAIRE

Deux aspects doivent être préalablement exposés pour pouvoir aborder une analyse économique du champ sanitaire béninois. D'abord le contexte politique du pays, avec en particulier le virage démocratique pris depuis 1990, qui coïncide avec la mise en place d'une deuxième tranche de plan d'ajustement structurel (PAS). L'évocation des plans d'ajustement et de leurs conséquences sur le secteur sanitaire ne pourra que se faire en relation avec la démocratisation qu'a connue le Bénin, même si la première phase d'ajustement a précédé ce mouvement, montrant par là que les PAS ont été appliqués autant dans des régimes militaro-marxistes que démocratiques. Ensuite, il convient de présenter quelques éléments d'évaluation de la situation sanitaire du pays, pour insister sur les lacunes persistantes en dépit des progrès réalisés.

La démocratisation

Le coup d'Etat du 26 octobre 1972 marque l'entrée du Dahomey dans une phase politique d'inspiration socialiste. Le général Kérékou proclame deux ans après (30 novembre 1974) "l'orientation nationale socialiste fondée sur le marxisme-léninisme". Cette période fait suite à une tradition longue d'instabilité politique (de 1959 à 1977, six putschs et onze chefs d'Etat se succèdent), le régime de Kérékou constituant à cet égard une phase de relative stabilisation.

La fin du régime Kérékou fait suite à l'enfoncement progressif du pays dans la déliquescence économique, accompagnée (et probablement favorisée) par les pratiques corrompues des autorités, qui avaient peu à peu discrédité l'Etat auprès des populations. En 1989, la situation intérieure et extérieure du pays s'aggrave encore. Les fonctionnaires ne sont plus payés (les salaires atteignent des arriérés de plusieurs mois), ce qui paralyse les services publics. Le système financier se trouve en faillite. L'économie informelle constitue un recours pour nombre de Béninois, à travers notamment le rôle particulièrement important des

échanges informels avec le voisin nigérian. La dette extérieure est bloquée. Les grèves se multiplient.

La particularité du Bénin ne réside pas tant dans la situation économique et sociale de la fin des années 80 (les traits évoqués se retrouvent pour la plupart dans de nombreux pays subsahariens) que dans la relative facilité avec laquelle la transition démocratique s'est déroulée. Il est vrai que le général Kérékou y a contribué, en ne s'opposant pas farouchement au changement de régime. Il annonce en effet le 7 décembre 1989, sous la pression certes des bailleurs de fonds et des populations, l'abandon de la doctrine marxiste-léniniste, et prévoit la tenue d'une conférence nationale qui aura pour charge de rédiger une nouvelle constitution. L'ancienne constitution (proclamée en 1977) est abrogée en mars. La République Populaire devient République Démocratique, et les consultations populaires permettent d'asseoir la légitimité du nouveau régime : référendum sur la constitution (2 décembre 1990), élections législatives (17 février 1991), élection présidentielle lors de laquelle Nicéphore Soglo est élu (mars 1991). Le retour de l'ancien dictateur Mathieu Kérékou à la présidence de la république en avril 1996 s'effectue lui-même selon une procédure démocratique, en vertu des principes institutionnels instaurés en 1990.

Le caractère souvent cité comme exemplaire du passage au régime démocratique n'est pas discuté ici (cf. Dupont 1993, Raynal 1991 pour des éléments de ce débat), ni la profondeur et la durabilité de la démocratie. Par contre, on peut souligner l'impact de cette phase sur l'image dont bénéficia le Bénin au début des années 90, auprès des institutions internationales et des pays occidentaux. D'abord, le modèle de transition béninois a servi d'exemple dans d'autres pays (conférences nationales au Gabon, au Congo, au Niger lors des années 90-91). Ensuite, il symbolisait pour les institutions de Bretton Woods, mais également pour la France, la voie considérée par ces derniers comme une condition de la sortie de crise et du développement : démocratisation sans heurts, assainissement des grands soldes budgétaires.

Les plans d'ajustement édictés par le FMI tiennent une place toute particulière dans le mouvement de transition démocratique. Le FMI a en effet signé en octobre 1990 la deuxième tranche d'un PAS, et ne cachait alors pas son espoir de voir l'efficacité de ce dernier stimulée par la démocratisation. En effet, l'objectif du PAS dans sa deuxième phase est de restructurer le secteur public et réformer l'administration, deux volets auxquels la transition politique d'alors semblait favorable.

Situation sanitaire

Les indicateurs habituels en termes sanitaires, et plus généralement les critères courants de bien-être social, montrent que le Bénin reste parmi les pays les moins nantis. Les quelques chiffres du tableau (page suivante) en témoignent.

En 1991, le Bénin occupait l'une des dernières places en termes d'indice de développement humain (IDH) (150ème sur 160 répertoriés). Le PNUD distingue ainsi trois niveaux d'IDH : un développement humain élevé, moyen, ou faible. le Bénin se trouve dans la troisième catégorie (PNUD 1990 à 1995).

Si la situation sanitaire semble avoir dans l'ensemble progressé, deux éléments s'avèrent néanmoins préoccupants. D'une part, l'amélioration des indicateurs (espérance de vie, taux de mortalité infantile, accès à l'eau potable...) demeure faible au regard des besoins. D'autre part, la focalisation sur des moyennes empêche de faire apparaître que les restructurations et les ajustements macroéconomiques (fin des années 80 et années 90) ont eu des conséquences sociales particulièrement fortes. Dans le présent travail, ces conséquences seront examinées sous l'angle du rationnement sanitaire des catégories les plus modestes, et de son impact sur le développement des petits prestataires.

Indicateur	Valeur
Taux d'alphabétisation en 1970	16 %
Taux d'alphabétisation en 1990	24 %
Taux de scolarisation dans l'enseignement primaire (1988-1989)	52 %
Espérance de vie à la naissance en 1960	35 ans
Espérance de vie à la naissance en 1990	47 ans
Part de la population urbaine en 1960	9 %
Part de la population urbaine en 1990	38 %
Part de la population urbaine en 2000 (prévision)	45 %
Mortalité infantile	124 pour mille
PNB/habitant en 1990	360 dollars
Population par médecin (1992)	19 609
Population par hôpital (1992)	35 626
Population ayant accès à l'eau potable (1990)	50 %
Population ayant accès aux services de santé (1990)	50 %
Enfants d'un an vaccinés	74 %

Source : PNUD.

Parallèlement à ce bilan mitigé de la situation sanitaire (une amélioration en moyenne, mais une situation toujours précaire et une aggravation pour certaines catégories touchées par les ajustements), il semble que l'action publique ait longtemps tâtonné avant de se traduire par des mesures concrètes. Si le Bénin adopte l'optique des soins primaires en 1978 (les principes de ces derniers seront exposés dans le premier chapitre), une telle politique est restée largement lettre morte pendant douze ans, en dehors de la première avancée significative que constitue la création en 1983 du Centre Régional Pour le Développement et la Santé (CREDESA), sur lequel nous reviendrons. A l'exception de cette initiative, aujourd'hui considérée comme l'exemple des soins primaires, les hésitations et résultats

mitigés des plans engagés dans les années 80 (chapitre 1) ont retardé l'application de la politique annoncée. Il faut attendre 1990 pour que la "nouvelle stratégie sanitaire nationale" pose les jalons de réformes opérationnelles. En fin de compte, les lacunes persistantes de la situation sanitaire se trouvent partiellement liées à ces tâtonnements.

L'analyse des petites prestations urbaines devra intégrer ce contexte à la fois particulier au Bénin (démocratisation "douce"), et commun à de nombreux pays subsahariens (hésitations dans les réformes, plans d'ajustement, indicateurs sanitaires encore faibles).

PREMIERE PARTIE

LE DEVELOPPEMENT DU MICRO- MARCHE DE SANTE

Cette première partie vise à préciser le processus de développement du micro-marché sanitaire. Celui-ci résulte à la fois du contexte macro-économique du pays, et des comportements micro-économiques d'offre et de demande sanitaire. D'un point de vue macro-économique, les contraintes des années 80 et les plans d'ajustement ont frappé prioritairement les secteurs sociaux tels que la santé. Le premier chapitre examine à la fois le processus de remise en cause du système de santé public qui prévalait dans les années 70 et 80, et les logiques théoriques à la source de ces ajustements. L'analyse économique de la bureaucratie joue un rôle important dans ces fondements, en ce qu'elle suppose le marché comme plus efficace que l'Etat dans l'allocation des ressources. Le deuxième chapitre aborde sous un angle plus micro-économique les raisons du développement du micro-marché. Il insiste notamment sur les facteurs institutionnels et économiques à l'origine des logiques individuelles de report vers le marché. Le marché des micro-unités constitue finalement un lieu où la santé devient bien privatif, et sur lequel les agents se reportent, tant pour l'offre que pour la demande, devant les rationnements dont ils font l'objet face aux services publics et privés officiels. Cette première partie aborde avant tout les caractéristiques concurrentielles du marché, afin d'insister sur les logiques lucratives qui prédominent du côté de l'offre. La question de la qualité et de l'équité des prestations n'apparaît que dans les seconde et troisième parties.

CHAPITRE 1

LES ECHECS D'UN MODELE : LES SERVICES SANITAIRES PUBLICS DANS LA TOURMENTE.

Ce chapitre examine la remise en cause de l'organisation des services sanitaires publics béninois, face aux difficultés financières et aux lacunes observées dans la réponse aux besoins. Nous présentons dans un premier temps (I) l'évolution du système de santé dans le cadre des réformes de politique sanitaire et de l'ajustement structurel : les services de santé ont subi prioritairement les conséquences des ajustements et de la restructuration des services publics. Les logiques de remise en cause du modèle sanitaire traditionnel sont ensuite abordées (II), en particulier les analyses focalisées sur les biais de l'organisation bureaucratique : les ajustements reposent sur des présupposés théoriques considérant l'intervention publique comme source de rentes informationnelles néfastes à l'efficacité des services.¹

I. AJUSTEMENTS STRUCTURELS ET OFFRE SANITAIRE PUBLIQUE.

La "Loi fondamentale" qui instaure le régime socialiste à partir de 1972 stipulait que l'Etat assurerait progressivement "les conditions nécessaires pour que les citoyens puissent bénéficier de soins gratuits" (Godin 1986). Cet engagement s'accompagnait de la définition

¹ Nous entendons par modèle sanitaire public traditionnel le mode d'organisation qui a prévalu pendant les années du régime d'obédience marxiste-léniniste. Ce modèle repose sur une logique économique et administrative de centralisation des ressources. L'Etat est supposé assurer à la fois l'intégralité du financement et de la production des prestations sanitaires. Cette conception s'est accompagnée également d'une centralisation géographique des services de santé au profit des villes et au détriment des campagnes.

d'une "Nouvelle politique nationale" en matière de santé, qui visait à assurer une amélioration de la situation sanitaire au regard de la précarité observée dans ce domaine.

En réalité le budget sanitaire n'a jamais occupé qu'une place marginale dans les dépenses publiques, au contraire de l'éducation qui devenait un enjeu politique avec l'irruption du marxisme-léninisme. Un Conseil National de la Santé avait pourtant été créé en 1974, pour orienter la politique sanitaire en application des objectifs définis ci-dessus. Les contraintes budgétaires ont dans les faits limité l'effort sanitaire : le budget santé représentait 1,11 % du PIB et 9,31 % du budget national en 1976, sa part diminua ensuite pour atteindre respectivement 0,95 % et 5,13 % en 1981 (Godin 1986).

Deux périodes marquantes succèdent néanmoins à ces préliminaires. La première (I.1) débute avec la conférence d'Alma Ata (1978), qui réunit l'ensemble des pays membres de l'OMS, et fonde la politique officiellement menée depuis par le Bénin : les soins de santé primaires (SSP). La seconde (I.2) résulte des plans d'ajustement mis en place avec l'accroissement des difficultés financières dans les années 80.

I.1 D'ALMA ATA A BAMAKO, LES FONDEMENTS DES POLITIQUES DE SOINS PRIMAIRES.

La conférence d'Alma Ata marque un tournant dans l'organisation des systèmes de santé de la plupart des pays africains. Traditionnellement proches d'un modèle fondé sur les pays développés (priorité aux structures lourdes, aux soins curatifs, au milieu urbain), les systèmes en vigueur font alors l'objet de tentatives de réorientation vers les soins "essentiels", c'est-à-dire "fondés sur des méthodes et des technologies pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays

puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination" (déclaration d'Alma Ata, OMS, UNICEF 1978).

Au delà du langage institutionnel, il s'agit donc de transférer des ressources vers les prestations répondant aux besoins d'une plus large part de la population : consultations prénatales, programmes élargis de vaccination (PEV), soins de base et prévention. Parallèlement, cette redéfinition de la nature des soins privilégiés (des services curatifs et spécialisés vers les prestations préventives et essentielles) devait s'accompagner d'un transfert géographique de la ville vers la campagne, en vue de rééquilibrer l'accès aux structures sanitaires, souvent inaccessibles pour les populations rurales.

La traduction institutionnelle de ces mesures devait donner lieu à la construction d'un système pyramidal sur le modèle du schéma 1.

SCHEMA 1
LA STRUCTURE DES SOINS PRIMAIRES

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CNHU)
CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL (CHD)
CENTRE DE SANTE DE SOUS-PREFECTURE (CSSP)
CENTRE COMMUNAL DE SANTE (CCS)
UNITE VILLAGEOISE DE SANTE (UVS)

L'apport d'un tel modèle résulte du caractère universellement accessible des prestations, quelles que soient les ressources et la catégorie socio-économique du patient. Ainsi en milieu rural, chacun devait à terme accéder à l'UVS, qui fournirait les soins de base et orienterait les patients vers l'unité supérieure (CCS ou CSSP) dans le cas d'affections extérieures à son champ de compétence. Depuis les prestations les plus essentielles (traitement du paludisme, prévention des maladies sexuellement transmissibles, éducation sanitaire, vaccination...) jusqu'aux traitements spécialisés (propres aux CHD et CNHU), le filtrage des patients répond dans ces conditions aux principes d'une organisation qui se veut plus rationnelle et plus équitable (l'OMS considère comme équitable une organisation qui permet l'accès de tous aux services de santé).

La conférence d'Alma Ata fut suivie de ce qui fut qualifié d' "initiative de Bamako" (cf Grant 1987). Cette deuxième étape visait à résoudre les problèmes rencontrés dans le financement des SSP face aux nouvelles contraintes budgétaires apparues notamment depuis les années 80, et qui devaient donner lieu à la mise en oeuvre des Plans d'Ajustement Structurel.

Les orientations proposées à Bamako résident dans le financement des prestations par les utilisateurs eux-mêmes. Nous reviendrons sur les modalités et les traductions de ces principes, qui initiaient la remise en cause de la gratuité totale des soins, en réalité déjà largement inappliquée au Bénin. Auparavant, précisons les principes et l'organisation des soins primaires au Bénin.

I.1.1 . LES PRINCIPES

Le cadre d'inspiration marxiste du régime en place lors de la déclaration d'Alma Ata n'est pas entré en contradiction avec les principes des soins primaires appliqués dans le pays.

En effet, la remise en cause des modèles sanitaires occidentaux (généralement fondés sur de grandes unités de soins, la prépondérance des soins curatifs, la priorité au milieu urbain puis l'équipement progressif des campagnes), s'accordait avec les traditions d'un régime d'obédience marxiste. L'idée d'une santé ouverte à l'ensemble de la population sans distinction de revenus ou de statut pouvait constituer le fondement d'une restructuration sur un mode collectiviste. Les termes utilisés dans la définition des soins essentiels ("universellement accessibles", "socialement acceptables", "pleine participation", voir plus haut) se révèlent à cet égard compatibles avec les principes appliqués dans les pays de tradition communiste, même s'ils peuvent en réalité s'adapter à des régimes politiques de natures diverses.

De plus, les SSP tels qu'ils furent définis dans un premier temps à Alma Ata préservaient l'idée de soins distribués gratuitement, critère compatible avec les principes économiques d'un tel régime, fondé théoriquement sur les notions de biens publics gratuits et donc non échangeables sur un marché. Les contraintes financières ultérieures, autant que l'incontournable réalité d'échanges marchands (cabinets privés, marché parallèle des médicaments, mais également médecine traditionnelle) ne furent que tardivement prises en compte par les institutions.

Au delà des convergences entre les premières dispositions des soins primaires et les principes généraux d'un régime d'inspiration marxiste, les plans d'action effectivement mis en oeuvre depuis 1978 montrent les difficultés d'application rencontrées autant par les institutions de l'ancien régime que par les pouvoirs publics depuis la "transition démocratique".

Ainsi le "Programme sanitaire du Bénin" (1982-1991) visait-il à traduire les principes d'Alma Ata dans les faits, par la mise en place effective des soins gratuits à travers les infrastructures définies plus haut. Les contraintes financières ainsi que le caractère ambitieux du programme ont amené les pouvoirs publics à réviser les objectifs initiaux par la

présentation d'une "Stratégie opérationnelle" (1985-1989). C'est dans ce cadre particulièrement contraint en termes budgétaires que des expériences de financement communautaire ont parallèlement vu le jour, en application des principes édictés à Bamako (initiative de Bamako 1987).²

Ces plans d'action ont connu des résultats globalement mitigés. En particulier, les pouvoirs publics ont admis, face à l'aggravation de la situation économique, qu'il était difficile d'assurer la gratuité des soins (Mandl, Ofosu-Amaah 1989). La définition d'une "Nouvelle Stratégie Sanitaire Nationale" (1990), toujours fondée sur les soins primaires, vise à dépasser les blocages institutionnels et financiers posés par la mise en oeuvre de ces derniers. Cette stratégie repose sur les grands axes suivants, qui ont largement inspiré les mesures engagées depuis lors (cf Ministère de la Santé Publique 1992a et 1992b) :

- Restructuration du Ministère de la Santé Publique (on peut considérer qu'il s'agit d'une mesure liée à la dynamique des plans d'ajustement structurels) ;
- Redéploiement des personnels de santé (au profit notamment des zones rurales, dans le sens des principes de Alma Ata) ;
- Renforcement du secteur pharmaceutique et définition d'une politique de recouvrement des coûts ;
- Renforcement du système de gestion (rationalisation) ;

² Le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA), créé en 1983 à Pahou, participe ainsi à la promotion de l'initiative de Bamako. Le financement "communautaire" des soins (c'est-à-dire assuré en partie par les utilisateurs) y constituait une innovation par rapport au financement traditionnel des structures sanitaires. Il s'accompagne de la focalisation sur les seuls soins primaires, en vertu des principes d'Alma Ata. Le CREDESA est aujourd'hui considéré par les pouvoirs publics, l'OMS et l'UNICEF, comme un succès en termes de politique sanitaire et rurale, et sert d'exemple aux centres de santé d'autres régions (nous reviendrons sur cette expérience dans la suite de ce chapitre).

- Renforcement des services préventifs ("information-éducation-communication" - ou IEC -, programmes élargis de vaccination - ou PEV -, protection maternelle et infantile - ou PMI -, prévention du SIDA) ;

- Renforcement de la lutte contre les endémies locales.

La "Nouvelle Stratégie Sanitaire Nationale" répond au souhait de renforcer la mise en oeuvre des soins primaires tout en répondant aux contraintes financières fortes par la participation des populations au financement des prestations (c'est le recouvrement des coûts, initié par les mesures inspirées des principes de Bamako, et à l'égard duquel la démocratisation du Bénin a joué comme facteur favorable).

Cette ligne de conduite s'est notamment traduite dans le domaine des médicaments, par le Plan Directeur Pharmaceutique (Ministère de la Santé Publique, 1993b). Celui-ci se fonde sur quatre principes révélateurs des difficultés rencontrées par la politique de soins primaires :

- La mobilisation des ressources financières et humaines ;

- Le développement de la logistique (pour l'élaboration des budgets notamment) ;

- La "rationalisation" (réglementation, décentralisation des infrastructures) ;

- L'assurance de qualité des prestations (des contrôles et inspections sont notamment prévus).

Le Plan d'Action Prioritaire Triennal (1994-1996), consacré aux médicaments, vise à rendre opérationnel le Plan Directeur Pharmaceutique en dégagant des priorités et des lignes

budgétaires (MSP 1993c) (ce programme sera plus précisément abordé dans le chapitre 6 portant sur la régulation).

Nous y reviendrons plus loin, la prolifération des petites structures privées, souvent non déclarées, la faiblesse des moyens financiers publics, la difficulté enfin de contrôler le secteur non répertorié rendent de tels programmes partiellement inefficaces, notamment en ce qui concerne les problèmes de contrôle de la qualité des prestations privées. Notre objet d'analyse principal, à savoir les limites et la régulation des petites unités urbaines, prend alors son sens devant l'incapacité partielle des pouvoirs publics à traduire dans les faits des programmes qui trouvent pourtant leur source dans des réflexions institutionnelles lancées depuis les années 70.

En dépit des écarts entre les programmes annoncés et leurs effets, la philosophie générale suivie en vertu des soins primaires a donné lieu à l'adoption d'une structure sanitaire publique répondant dans ses grandes lignes au découpage présenté plus haut (schéma 1).

I.1.2 . L'ORGANISATION DU SECTEUR PUBLIC

L'offre sanitaire publique traduit donc une organisation fondée sur les principes d'Alma Ata. Les soins primaires se sont alors accompagnés d'une politique de mise aux normes des établissements existants et créés depuis. Le Ministère de la Santé Publique distingue les structures "conformes" des unités "non conformes". Le tableau 1 indique que sur l'ensemble des CHD, CSSP et CCS, 59% des unités ne répondaient pas en 1992 aux normes en vigueur.

TABLEAU 1
LES UNITES DE SANTE PUBLIQUES : EFFECTIFS ET CONFORMITE (1992)

TYPE D'INFRASTRUCTURE	NOMBRE	UNITES CONFORMES
CNHU	1	1
CHD	4	3
CSSP	77	19
CCS	305	208
Dispensaires isolés	52	-
Maternités isolées	10	-
Centres psychiatriques	1	-
Centres de pneumo-phtisiologie	2	-
Centres anti-lèpre	9	-
Infirmieries scolaires	37	-
UVS	293	-

Source : Ministère de la Santé Publique, 1993a.

Au delà de cette logique générale, on peut douter que le fonctionnement effectif des services publics permette systématiquement la sélection des patients en vue de les orienter vers l'unité compétente pour soigner l'affection considérée. En d'autres termes, les principes des soins primaires, supposés rationaliser les prestations et faciliter l'accès à des soins adéquats aux besoins, semblent connaître des blocages dans leur fonctionnement, à la fois du côté de l'offre et de la demande. De telles limites proviennent partiellement des comportements des acteurs. Concernant l'offre sanitaire, rien ne garantit en effet que le soignant orientera systématiquement le patient vers la structure compétente. Il demeure possible pour l'agent de santé de prendre lui-même en charge le traitement, même si la maladie concerne plutôt une infrastructure plus spécialisée. Les raisons possibles de ce type de comportement peuvent tenir d'abord à la recherche d'une valorisation de la fonction occupée (le traitement des affections appelant des soins plus sophistiqués augmente le prestige du poste occupé), surtout dans un contexte où le paiement des agents publics n'a pas été assuré

de façon continue (les retards de paiement semblent avoir largement diminué la confiance dont les pouvoirs publics jouissaient vis-à-vis des fonctionnaires, ce qui favorise le développement de stratégies plus individualistes). De façon liée, la mise en oeuvre des soins primaires nécessite d'intégrer les préoccupations des pouvoirs publics (efficacité du système par la répartition des différents types d'affection entre les unités sanitaires) aux comportements des agents de santé. L'OMS a reconnu la difficulté de former les personnels à la logique des soins primaires, comme en témoignent les mesures d'éducation et de formation des agents villageois de santé (cf OMS 1989a).

Considérant le côté de la demande de santé, les études réalisées sur les comportements des patients (MSP-OMS-PNUD 1991, CREDESA 1989, Do ango-Padonou et alii 1990) soulignent la diversité des choix exercés face aux divers types d'offre : structures officielles publiques (des UVS au CNHU), unités privées officielles (cliniques notamment), petites unités non répertoriées, médecine traditionnelle, sans compter l'auto-médication, pratique courante au Bénin. Les services publics ne constituent donc qu'une option parmi d'autres, et les avantages trouvés auprès des formes alternatives de prestations contribuent à expliquer le succès limité (à nuancer selon les régions et les unités) des services de santé primaires (les comportements de demande sanitaire sont abordés aux chapitres 2 et 4, où nous insisterons sur leur caractère complexe et la multiplicité des stratégies thérapeutiques).

En résumé, l'offre sanitaire publique semble fonctionner de façon plus complexe que dans les schémas élaborés par les institutions spécialisées du champ sanitaire (OMS, UNICEF). De plus, les structures publiques se trouvent imbriquées dans les unités privées, et confrontées aux comportements de choix des demandeurs face à la diversité des offres sanitaires.

La mise en oeuvre des plans d'ajustement structurel (PAS) est intervenue dans ce contexte de difficulté dans l'organisation du système public. Nous examinons maintenant les

logiques de remise en cause du modèle sanitaire public à travers les ajustements, et la prolifération concomitante du secteur privé.

I.2 . AJUSTEMENTS ET RESTRUCTURATION DU SECTEUR PUBLIC.

Les plans d'ajustement sont dans un premier temps abordés de façon générale, avant d'introduire leurs conséquences sur l'offre sanitaire publique.

I.2.1 . CONTEXTE ECONOMIQUE ET AJUSTEMENTS.

La mise en oeuvre des PAS trouve son origine dans l'évolution économique et financière des années 80, fortement marquées par les déséquilibres des finances publiques et l'accumulation d'arriérés sur les intérêts de la dette extérieure. Entre 1982 et 1988, la croissance annuelle moyenne du produit intérieur brut ne dépasse que faiblement celle de la démographie : 3,5 % pour la première année et 3 % pour la dernière (cf Collange, Plane, Van Der Hoeven 1993).

Les déséquilibres des comptes publics s'expliquent ainsi à la fois par cette croissance limitée, et par la médiocrité des recettes fiscales (Collange, Plane et Van der Hoeven soulignent que le rapport des recettes totales au PIB n'a été que de 13 % en 1989 contre 20 % en 1986-1987). L'importance du secteur qualifié d'informel, qui ne participe pas aux recettes publiques, contribue à expliquer ces tendances. Dans un pays où les activités parallèles occupent une place déjà importante, certains parlent d'une "informalisation" de l'économie dans les années 80 (Attin 1990).

Un troisième facteur de dégradation des comptes publics (à côté de la croissance et des recettes fiscales) doit être appréhendé avec circonspection, compte tenu de l'importance des échanges non déclarés avec le Nigéria : il s'agit de la balance commerciale. En effet l'on observe une détérioration presque constante des soldes commerciaux avec l'extérieur. Le taux d'exportation est passé de 12 % en 1980 à 6 % en 1989, suite notamment à la baisse du cours du coton et à la chute de la production pétrolière depuis 1984. Cette évolution s'aggrave depuis la fin des années 80, avec des échanges de plus en plus déficitaires (tableau 2).

TABLEAU 2 :
LE DEFICIT DES ECHANGES EXTERIEURS.
(en milliers de francs CFA)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993 ^(*)
EXPORTATIONS	112,1	69,5	78,2	92,7	97,7	97,7
IMPORTATIONS	151,2	101	116,5	136,1	146	161,7
BALANCE COMMERCIALE	-39,1	-31,5	-38,3	-43,3	-48,2	-64
BALANCE DES SERVICES	-22,3	-19,8	-16,2	-13	-20,8	-12
BALANCE DES PAIEMENTS COURANTS	-37,1	-26,4	-31	-31,7	-42,8	-49,3

Source : Cellule macro-économique de la Présidence.

(*) Prévisions de 1992.

Les limites des comptes extérieurs officiels pour expliquer les difficultés financières du pays proviennent de l'importance des échanges clandestins avec le voisin nigérian (cf Dossou et Zepka 1989, Igué et Soulé 1992). Le glissement vers une économie plus informelle

(Attin 1990) nécessiterait de prendre en compte l'impact de ces flux transfrontaliers non officiels, ce qui pour l'heure demeure fort délicat.

En tout état de cause, la situation des finances publiques béninoises dans les années 80 a alourdi le fardeau de la dette extérieure (tableau 3).

TABLEAU 3 :
LA DETTE EXTERIEURE (1988-1992)

Année	Total (encours, millions de doll.)	Dettes multilatérales	Dettes bilatérales
1988	818	368	450
1989	775	475	300
1990	964	550	414
1991	1085	660	425
1992	1023	628	395

Source : Ministère des Finances du Bénin.

Ajoutons que les problèmes budgétaires se traduisent par le manque de moyens des services publics et les retards de rémunération des fonctionnaires, avec des effets néfastes sur la qualité des prestations, y compris dans le domaine sanitaire.

Face à ces difficultés, les mesures mises en oeuvre sous la pression des bailleurs de fonds et notamment de la Banque Mondiale ont porté à la fois sur la stabilisation et sur l'ajustement de l'économie. Dès 1986, les mesures d'ajustement sectoriel sont engagées, suivies de l'adoption du premier PAS (PAS 1, 1989-1991), néanmoins perturbé par la chute du système bancaire en 1989. Après la mise en place du processus de démocratisation (1990-

1991) (cf préambule), le second PAS est décidé pour une durée de quatre ans (PAS 2, 1991-1994).

Retraçons rapidement les grandes lignes de ces mesures, avant d'en aborder plus loin les conséquences sur l'offre sanitaire publique.

La stabilisation visait principalement à restaurer les "grands équilibres" (balance commerciale, réduction de la dette) à partir d'outils monétaires et financiers classiques. En réalité la discipline monétaire étant déjà assurée dans le cadre de la zone franc, les mesures ont essentiellement concerné la sphère budgétaire. Celles-ci reposaient simultanément sur la diminution et la modification de la structure des dépenses courantes primaires, qui devaient passer de 14 % du PIB en 1988 à 10 % en 1994 (hors intérêts de la dette).

Une mesure essentielle de cette phase consista à appliquer un Programme de Départs Volontaires (PDV) de la fonction publique, dont nous examinerons plus loin les conséquences sur le secteur sanitaire privé en termes de report des ressources humaines.

Parallèlement, on cherchait à recouvrer plus efficacement les recettes publiques, avec l'objectif affirmé de revenir au rapport [recettes/PIB] des années 1986-1987 (environ 20 %), par le renforcement du dispositif de prélèvements et la fiscalisation du secteur informel (nous verrons que cette seconde mesure relève partiellement de la gageure dans le secteur sanitaire privé, largement nébuleux et proliférant de façon incontrôlée).

Concernant les mesures d'ajustement proprement dites (visant à l'équilibre extérieur, à la réorientation de la structure productive en augmentant l'offre de produits échangeables sur le modèle des schémas de la Banque Mondiale - voir Jarret et Mahieu 1991), elles sont

fondées sur quelques grands axes de déréglementation des prix et du commerce : diminution du nombre de produits soumis aux marges bénéficiaires pré-établies et à l'homologation, mesures de libre circulation intérieure et extérieure de certains produits, remplacement des restrictions quantitatives aux échanges par des droits et taxes...

Les PAS visaient donc à favoriser la mise en place de mécanismes concurrentiels avec l'idée sous-jacente d'une meilleure allocation des ressources et d'un accroissement de la flexibilité des marchés.

I.2.2 . LES CONSEQUENCES DES AJUSTEMENTS SUR L'OFFRE SANITAIRE PUBLIQUE.

Les PAS visaient à restructurer l'offre publique afin, d'une part, de répondre aux difficultés financières des pays concernés, d'autre part, de réviser les modalités de l'intervention de l'Etat. Avant d'envisager les logiques sous-jacentes à ce second aspect des plans, nous nous intéressons ici aux conséquences de ceux-ci sur les services publics, en distinguant les points de vue quantitatif et qualitatif.

Sur le plan quantitatif, trois aspects témoignent d'un certain désengagement de l'Etat comme offreur de services sanitaires au cours (et à la fin) des années 80 : l'effort budgétaire consacré à la santé, les effectifs de fonctionnaires dépendant du Ministère de la Santé Publique, enfin l'encouragement de la concurrence et des initiatives privées.

On constate en premier lieu, depuis 1987, que la part du budget de santé dans le budget national de fonctionnement a globalement diminué, passant de 8,81% (1987) à 3,22 % (1992), alors qu'une évolution inverse caractérisait la période précédente (tableau 4).

TABLEAU 4 :
EVOLUTION DU BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE
(francs CFA avant la dévaluation de 1994)

ANNEE	BUDGET SANTE/HABITANT	PART DANS LE BUDGET NATIONAL
1982	789	5,71
1983	990	5,66
1984	934	5,79
1985	757	6,06
1986	773	6,93
1987	997	8,81
1988	788	5,98
1989	600	4,92
1990	523	3,67
1991	561	3,37
1992	566	3,22

Source : Statistiques sanitaires, Ministère de la Santé Publique du Bénin, 1993a.

Le gouvernement s'était pourtant engagé (MSP 1993a) à maintenir le budget de fonctionnement de santé à plus de 6 % du budget de fonctionnement de l'Etat à partir de 1992. Même si les chiffres présentés ci-dessus ne prennent pas en compte toutes les dépenses de santé des pouvoirs publics (avec les budgets du CNHU, de l'Institut médico-social et de quelques autres unités, la part atteint 5,4 % en 1992 ce qui reste faible par rapport aux montants annoncés), ils s'avèrent néanmoins symptomatiques des coupures liées aux difficultés financières et à l'instauration des PAS, qui ont largement touché les services considérés comme "sociaux", éducation et santé notamment.

Ainsi la croissance soutenue en valeur absolue des moyens du Ministère de la santé depuis 1989 (passant de 2,4 milliards de CFA en 1989 à 2,7 milliards en 1992) ne masque pas leur chute par rapport à la période précédente (de 1983 à 1988, le budget sanitaire dépassait les 3 milliards de CFA), ni leur faiblesse en termes relatifs. Les dépenses d'investissement sanitaire n'étant pas prises en charge par les pouvoirs publics mais assurées par les relais internationaux (OMS, UNICEF, Banque Mondiale, FED, Coopération française, Coopération allemande, USAID...)³, ce sont donc les charges de fonctionnement qui furent les premières touchées par les restructurations de la fin des années 80.

Au sein même de ces dépenses de fonctionnement, les frais de personnel n'ont pas été épargnés, ce qui constitue le second aspect des conséquences quantitatives des mesures d'ajustement. Celles-ci se sont en effet également traduites par les Programmes de Départs Volontaires (PDV) qui, lancés en 1989, visaient à diminuer les effectifs globaux de l'Etat de 15 % (de 50 000 en 1990 à 42 000 en 1994), afin d'abaisser les dépenses salariales jusqu'à 7,3 % du PIB (Collange, Plane, Van Der Hoeven 1993).

Les résultats apparaissent certes inférieurs aux objectifs (entre septembre 1989 et mai 1991, 1590 personnes ont quitté la fonction publique par le PDV, au lieu de 2500 prévus), compte tenu des problèmes de financement des départs, mais les chiffres ne sont pas pour autant négligeables. Parmi les plus touchés de la première vague (1989-1991), les Ministères de l'Education et de la Santé ont contribué à eux seuls à 30 % des départs (30 démissions pour le second). Ce mouvement s'est traduit par une diminution des dépenses de santé afférentes au personnel, qui sont passées de 78,33 % en 1989 à 70,96 % en 1992 et 66,80 % en 1993. En dépit de ces mesures, les pouvoirs publics ont affirmé ne pas pouvoir couvrir les besoins des services restant à leur charge (Ministère de la Santé Publique, 1993a). Un élément de solution dès lors avancé résidait dans l'appel aux financeurs extérieurs, ainsi qu'au financement

³ Pour compenser partiellement, auprès des groupes démunis, les effets des PAS et du désengagement relatif de l'Etat dans les dépenses de fonctionnement, le pays s'est doté en 1989 d'un programme de dimension sociale du développement (PDSD), auquel la Banque Mondiale a participé à hauteur de 3 milliards de F.CFA. Ce programme prévoyait notamment la réhabilitation de 80 complexes communaux de santé, ainsi que des interventions dans le secteur de l'assainissement.

communautaire, c'est-à-dire au recouvrement des coûts par les utilisateurs eux-mêmes dans la droite ligne des principes de l'initiative de Bamako.

La traduction quantitative des ajustements passe enfin par des mesures favorables au secteur marchand, avec éventuellement une privatisation partielle des services publics ou tout au moins l'instauration de règles plus concurrentielles. Ce troisième aspect rejoint bien sûr les deux points précédents (diminution ou ralentissement des dépenses de fonctionnement, et programme de départs volontaires). A cet égard l'initiative de Bamako a recoupé certains principes liés aux ajustements structurels. Certes, les propositions de Bamako visaient d'abord à mieux diffuser les médicaments essentiels auprès des groupes de population défavorisés. Mais elles s'appuient également sur des mesures impliquant la privatisation de certaines prestations, et le recouvrement financier des services demeurant du domaine public. La logique commune aux PAS et à l'initiative de Bamako réside donc dans l'idée d'une double restructuration touchant aux pouvoirs publics : d'une part un désengagement partiel, d'autre part un recentrage des services publics vers certaines prestations considérées comme prioritaires et à fortes externalités (rapport coût-efficacité élevé), au détriment des services les plus coûteux et à faibles externalités, qui se voient orientés vers le secteur privé (ONG, cliniques, cabinets...).

Concernant les conséquences des ajustements en termes de qualité, il s'avère évidemment difficile de mener une comparaison des services sanitaires avant et après les plans engagés. Soulignons néanmoins que les mesures de recentrage vers des services prioritaires semblent considérer la qualité des prestations de base comme donnée, et s'intéressent plutôt aux problèmes de coût et d'efficacité physique (nombre de vies gagnées pour un traitement donné) qu'aux conditions dans lesquelles ces prestations sont fournies.

Le problème de la qualité se pose de façon plus évidente encore au niveau des services dévolus au secteur privé : le domaine marchand hérite des actes médicaux reconnus

comme plus coûteux et considérés comme moins essentiels (soins plus spécialisés), sans considération particulière de la variable qualitative, c'est-à-dire des conséquences du développement des prestations marchandes sur la qualité des services.

En fin de compte, les mesures d'ajustement et les principes de Bamako considèrent les priorités du système de santé comme relevant de la répartition des tâches entre les différents acteurs (pouvoirs publics et divers types de prestataires privés), en fonction de deux critères de choix principaux : le coût des services d'une part, leur efficacité quantitative d'autre part (certains présentant une efficacité forte pour des charges limitées, d'autres plutôt considérés comme complémentaires des premiers et moins essentiels). Le double mouvement de désengagement-recentrage suit cette logique, et laisse largement de côté la question de la qualité des prestations dans les nouvelles conditions d'offre. Or, s'il va de soi que le modèle traditionnel de soins (prédominance du système non marchand) a montré ses limites et s'est vu confronté à des difficultés financières lourdes paralysant en partie son fonctionnement (ainsi selon Dansou-1988-, les salaires de la fonction publique auraient régressé dans les mêmes proportions que ceux du secteur industriel et commercial, à savoir une baisse de 34 % en valeur réelle entre 1975 et 1985, ceci ayant probablement contribué à l'absentéisme et la faible productivité de ces services), néanmoins la restructuration engagée a elle-même pu peser sur la capacité des services publics à assumer leurs missions de santé. Le recentrage des prestations et la réduction des coûts ne garantit pas la qualité des soins publics et peut même remettre en cause celle-ci, particulièrement si l'on pense à la précarisation des postes, et aux difficultés de fonctionnement liées à la réduction des moyens relatifs mis à disposition des services de santé. Ainsi Richard évoque-t-il (1995), dans le cas des services ruraux, les problèmes apparus avec le gel du recrutement : certains dispensaires ferment temporairement lorsque leur infirmier est en vacances, en congé ou en séminaire, et surtout les infirmiers partis en retraite ne sont pas remplacés, ce qui "ravale les dispensaires au rang d'unités villageoises de santé" (p 103). L'auteur donne l'exemple de deux centres communaux de santé de la sous-préfecture de Ouessé (Bénin central), dont les deux infirmiers sont en retraite et dont l'équipe se réduit depuis 1992 à des aides-soignants formés sur le tas. Nous aborderons plus précisément les problèmes liés au comportement des personnels médicaux dans le chapitre 2, en analysant les choix des demandeurs de santé face à l'offre existante.

Par ailleurs, les problèmes de qualité que nous ne faisons qu'évoquer ici dans le cadre public seront abordés dans le cas du secteur privé au cours des chapitres suivants, et l'impact des ajustements sur cette question apparaîtra important.

Nous abordons maintenant les logiques sous-jacentes aux remises en cause du modèle sanitaire public traditionnel. Il apparaît en effet que les mesures appliquées répondent à des sous-basements théoriques et à des fondements institutionnels révélateurs d'une remise en cause du rôle de l'Etat dans le secteur sanitaire.

Cette mise en perspective nous permettra de souligner que, parallèlement à un tel mouvement, le champ privé se trouve au centre des programmes engagés, et nécessite donc une étude approfondie qui sera menée à partir du chapitre 2.

II . LES LOGIQUES DE REMISE EN CAUSE DU MODELE SANITAIRE PUBLIC TRADITIONNEL.

Nous examinons dans un premier temps les analyses sous-jacentes à l'introduction de logiques de marché et de concurrence dans le système sanitaire. Les plans d'ajustement ne représentent pas à eux seuls une telle évolution, mais ils en ont constitué un support essentiel.

Dans un second temps nous nous attachons à montrer comment les logiques des PAS, combinées à celles des institutions sanitaires (OMS notamment), se sont traduites par des transformations institutionnelles et des modes de décision fondés sur la rationalisation de l'offre sanitaire publique.

II.1 . DES SOUS-BASSEMENTS THEORIQUES ET ANALYTIQUES.

L'introduction de logiques de marché et de concurrence dans le système de santé répondent à des sous-basements théoriques et analytiques qui peuvent être abordés sous deux aspects. D'une part, on observe que les services de santé sont passés d'une conception de biens collectifs à une approche en termes de biens privatifs. D'autre part, les analyses centrées sur les échecs de la bureaucratie ont joué un rôle important dans la remise en cause du modèle sanitaire public traditionnel.

II.1.1 . LES SERVICES DE SANTE, BIENS PRIVATIFS ?

Dans le cadre du régime à orientation socialiste (1972-1990), les systèmes de santé béninois ont longtemps répondu à une approche de la santé vue comme un service devant faire l'objet d'une appropriation publique. La notion de services de santé comme service public tend à s'opposer en théorie à celle d'un bien public. L'organisation du système sanitaire censée prédominer sous le régime 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 de maximiser la fonction d'utilité sociale. En ce sens, l'action publique impose une contrainte tout en assurant dans les textes le bien-être social.

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'Etat, 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'Etat au-dessus des décisions du marché, et serait donc

avant tout une théorie du service public plutôt que du bien public. Dans l'analyse qui suit, nous allons considérer l'offre de services de santé sous l'angle d'un bien public, non pas pour rejeter l'approche en termes de service public, mais d'abord parce que le développement de logiques marchandes dans la production et la distribution de services sanitaires au Bénin semble plus difficile à appréhender à travers cette dernière approche. La théorie de la "contrainte" appliquée aux services de santé béninois permettrait certes d'insister sur le rôle essentiel de l'Etat dans le champ sanitaire (dépassement des logiques lucratives, redistribution, gestion des moyens liés aux besoins humains essentiels). Mais c'est précisément cette focalisation sur les fonctions essentielles de l'Etat qui limite son caractère opérationnel pour expliquer le développement de la sphère marchande depuis la fin des années 80. Une analyse en termes de biens publics permet au contraire d'expliquer ce passage à une économie sanitaire plus marchande, tout en reconnaissant certaines caractéristiques propres aux biens publics (indivisibilité, non-exclusion). En outre, et c'est un second argument essentiel d'utilisation de l'optique de bien public, la théorie de la contrainte empêche le rapprochement de l'Etat et du marché, car elle tend à opposer les deux formes d'organisation. Or, le mouvement simultané d'évolution du secteur public (vers des logiques plus marchandes), et de développement du secteur marchand, nécessitent d'appréhender l'offre sanitaire comme un bien mixte que la théorie de la contrainte n'intègre pas. Mais surtout, l'un des objets essentiels de notre troisième partie sera précisément de rapprocher l'Etat et le marché en montrant que tous deux font l'objet d'asymétries informationnelles vis-à-vis de l'offre sanitaire. Une analyse qui oppose l'Etat et le marché ne conviendrait donc pas. Au contraire, l'offre sanitaire comme bien public ou privé permet d'utiliser un langage commun pour l'analyse des deux sphères évoquées.

Comment peut-on analyser le développement de la sphère sanitaire marchande au Bénin ?⁴ Dans un premier temps (II.1.1.1), nous interprétons l'organisation sanitaire à partir de

⁴ Le secteur marchand recouvre l'ensemble des prestations faisant l'objet d'un prix négocié librement sur un marché, à l'opposé du secteur non marchand qui n'est assorti d'aucun prix. En réalité, le secteur non-marchand pur n'existe pas pour plusieurs raisons. D'abord, la gratuité des soins a toujours été partielle. Ensuite, le développement du secteur marchand s'accompagne de politiques de recouvrement des coûts pour certaines prestations publiques et certaines catégories d'usagers. Le secteur marchand pur est également difficile à rencontrer dès lors que même des prestations dites marchandes peuvent faire l'objet d'une prise en charge partielle des prix par l'Etat (c'est le cas en principe des services soumis à recouvrement). Néanmoins le micro-marché peut être considéré comme un secteur marchand pur.

1972 comme fondée sur une conception des services de santé en termes de biens collectifs, et nous montrons en quoi l'offre sanitaire constitue en réalité un bien mixte plutôt qu'un bien collectif pur. Nous abordons ensuite (II.1.1.2) le passage plus récent vers une offre sanitaire considérée comme un bien privatif, et à ce titre susceptible d'être échangée sur un marché privé.

II.1.1.1 . L'OFFRE SANITAIRE, UN BIEN COLLECTIF IMPUR.

Sous le régime en vigueur de 1972 à 1990, le secteur privé était considéré par les pouvoirs publics comme défavorable à une allocation équitable des ressources sanitaires, alors que leur prise en charge par l'Etat aurait permis, dans le discours officiel, de répondre non seulement à l'approche implicitement reconnue de l'offre sanitaire (bien public soumis à des externalités), mais également aux principes d'un régime censé privilégier l'offre non marchande plutôt que les services marchands.

Le caractère longtemps non marchand du service de santé dans les conceptions officielles (malgré l'existence déjà ancienne de formes privées de soins, telles que notamment la médecine traditionnelle) se fonde sur une optique en termes de bien collectif pur. Ce dernier se caractérise par l'indivisibilité de consommation (c'est-à-dire que la santé peut être considérée comme consommable par un individu sans que les quantités disponibles pour les autres consommateurs ne diminuent) et l'absence d'exclusion (on ne peut exclure un individu de la consommation sous le prétexte que celui-ci ne peut ou ne veut payer). Le modèle sanitaire fondé sur la gratuité des soins suivait en principe cette règle. Le caractère officiellement gratuit des consultations et des soins dispensés par les hôpitaux, la prévention et l'amélioration générale des conditions de vie comme objectifs principaux (traduits dans la baisse de la mortalité et l'accroissement de l'espérance de vie) avaient pour vocation de bénéficier à chacun sans exclusion ni rivalité entre les consommateurs. En ce sens, l'offre

sanitaire publique se voyait assortie d'effets externes, c'est-à-dire d'effets indirects sur la satisfaction des besoins sanitaires de toute la population.

En réalité, le système de santé, même dans un contexte politique favorable au monopole de la production publique, traduisait (et traduit encore) l'impureté des effets externes et l'existence d'un bien collectif mixte plutôt que d'un bien public pur. Le caractère mixte (ou impur) de ce bien collectif signifie que, contrairement au bien collectif pur, celui-ci ne vérifie qu'imparfaitement les critères d'indivisibilité et d'absence d'exclusion. Cela est principalement lié aux phénomènes d'encombres auxquels les services de santé sont soumis.

En effet, l'existence d'encombres (sources de divisibilité du produit) dans la fourniture des services n'a jamais permis d'offrir à tous la même consommation de prestations. Les pénuries de matériel, de médicaments, ont créé des embouteillages dans l'utilisation des ressources, effet encore aggravé par les problèmes d'accès aux unités et infrastructures de soins. Ainsi le milieu rural demeure-t-il, aujourd'hui encore, défavorisé par rapport aux villes en termes de recours aux facteurs de santé : selon le PNUD, 75 % des Béninois n'auraient pas accès à l'eau potable et 76 % aux structures d'assainissement (PNUD 1991). La mise en oeuvre des soins primaires et l'initiative de Bamako visent à répondre à ces lacunes, et s'inscrivent en ce sens dans la reconnaissance par les pouvoirs publics du caractère partiel des externalités et de l'inadéquation du terme de bien collectif pur pour caractériser la production du système de santé. Les programmes élargis de vaccination (PEV), supposés toucher l'ensemble de la population, atteignent des taux de recouvrement certes élevés mais inférieurs à 100 % (70 % en 1990 pour le programme de 1989). Enfin les services publics de santé n'ont jamais été réellement gratuits, compte tenu des faibles ressources mobilisées à cette fin : aussi les utilisateurs doivent-ils depuis longtemps prendre en charge leurs dépenses (Godin 1986), ce qui engendre l'exclusion de certaines catégories. Pour la Banque Mondiale (Banque Mondiale 1987, Akin et Birdsall 1987), cela pose un problème de "justice sociale", dans la mesure où les pauvres bénéficient peu des dépenses consacrées à la santé publique,

phénomène renforcé par la spécialisation traditionnelle dans des services curatifs qui bénéficient plutôt aux catégories aisées. Notons que cette exclusion peut se trouver renforcée par des mécanismes volontaires, tels que par exemple la mise en place par certaines entreprises d'une couverture des salariés contre des risques (maladie, accidents du travail) : ces initiatives touchent une faible minorité de la population compte tenu de la part marginale des actifs officiellement déclarés. On peut à ce titre parler de biens publics frappés d'exclusion (au sens de Laffont 1982 p 52).

En plus de l'existence d'exclusion et de rivalité face aux services de santé publics, ajoutons que les prestations ne sont pas forcément soumises à une obligation d'usage, au contraire des biens publics purs. Certes, l'obligation existe presque totalement dans le cas des campagnes de vaccination. Mais la plupart des autres programmes publics liés à la politique de soins primaires (éducation, information, prévention, cf le Plan d'Action Prioritaire Triennal, MSP 1993c) laissent au contraire les usagers libres de bénéficier ou non des services offerts.

On constate donc l'existence d'effets externes inégaux, et la possibilité d'une rivalité des consommateurs ou de l'exclusion de certains d'entre eux. La nécessaire appréhension de la santé publique comme un bien collectif mixte (entre le bien privé et le bien collectif pur) semble aujourd'hui reconnue. Ainsi la banque Mondiale préconise-t-elle certes la spécialisation des pouvoirs publics dans les prestations à rapport coût-efficacité élevé (cf II.2.2), reconnaissant par là même l'existence d'externalités positives fortes comme caractéristiques de biens publics. Mais elle considère également l'imperfection des externalités et l'exclusion dont certains usagers font l'objet.

II.1.1.2 . LE PASSAGE A UNE CONCEPTION EN TERMES DE BIEN PRIVATIF.

Un glissement s'est récemment opéré en faveur d'une conception de l'offre sanitaire comme bien privatif. Dans les travaux de la Banque Mondiale (Banque Mondiale 1993) comme dans les déclarations de politique économique (MSP 1992a, 1993b, 1993c), le recentrage du secteur public vers des prestations à fortes externalités (nous y reviendrons) s'accompagne d'une stimulation du champ privé pour la prise en charge de certains services. Ceci constitue le parallèle d'une conception en termes de bien sanitaire divisible, et donc remettant en cause l'idée d'un bien collectif pur. Ce faisant, l'opposition de Samuelson (1954) entre bien collectif pur et bien privatif pur s'atténue encore un peu, confirmant la place centrale de la notion de bien mixte :

- l'offre publique demeure importante et les services concernés sont supposés fournir de fortes externalités et limiter l'exclusion ou la divisibilité (c'est l'aspect "bien public" de l'offre sanitaire) ;
- mais le développement du secteur marchand rapproche l'offre sanitaire d'un bien privé, de même que le caractère imparfaitement divisible des services qui demeurent publics (c'est l'aspect "bien privé" de l'offre sanitaire).

Il apparaît donc que la restructuration des services sanitaires publics oriente l'offre sanitaire vers une conception de bien privatif, même si les soins "essentiels" au sens de la politique sanitaire (soins de base et prévention) demeurent une prérogative publique. Cette évolution s'observe d'un point de vue quantitatif, autant du côté de l'offre que de la demande.

Concernant l'offre sanitaire, le développement de services privés s'est traduit depuis la fin des années 80 par une prolifération des petites unités non répertoriées, qui suit le

mouvement plus général que certains qualifient d'"informalisation de l'économie" (Attin 1990, Collange, Plane, Van der Hoeven 1993). Même si les statistiques officielles ne prennent pas en compte ces petits prestataires, on peut estimer que ces derniers occupent une part importante au sein des services de santé (cf Dansou 1988, MSP 1993a, 1994).

S'agissant de la demande, les données disponibles que nous présenterons plus loin (chapitre 2) montrent la fréquence du recours aux petits services privés, avec toutes les incidences que ces comportements sous-tendent en termes d'exclusion et de rivalité des demandeurs. La divisibilité et l'exclusion, même si elles existent déjà dans les services publics, semblent en effet plus propres au secteur privé. Elles y présentent de plus l'inconvénient d'être difficilement évaluables. L'analyse qui sera menée des petits prestataires urbains s'attachera à aborder ces risques inhérents à une prolifération non contrôlée des unités de santé.

II.1.2 . DES ANALYSES CENTREES SUR LES ECHECS DE LA BUREAUCRATIE.

Les analyses à la source des remises en cause du modèle sanitaire traditionnel se fondent sur un double critère d'évaluation des prestations publiques : d'une part le solde budgétaire (positif, nul ou négatif) ; d'autre part la capacité à minimiser les coûts pour un maximum de résultat (analyse coût-efficacité).

Le premier élément d'appréciation (critère de l'équilibre budgétaire) repose sur l'idée selon laquelle l'équilibre des comptes permettrait la meilleure allocation, dans le secteur sanitaire comme dans tous les domaines d'intervention publique. Les PAS visaient ainsi à répondre aux déséquilibres des années 80 en restaurant les finances publiques, l'objectif étant à la fois un accroissement des recettes (augmentation de l'effort fiscal) et la réduction de certaines dépenses (charges récurrentes, notamment celles des infrastructures urbaines

coûteuses, charges de personnel). Nous verrons dans le chapitre 3 que le secteur sanitaire public n'a pas forcément pour vocation d'être à l'équilibre, au regard de l'importance des préoccupations d'équité qui peuvent y prévaloir. Le critère de l'équilibre des comptes constitue néanmoins l'un des fondements des analyses sous-jacentes aux plans d'ajustements.

L'analyse coût-efficacité constitue quant à elle l'une des mesures possibles de l'efficacité externe des services. Cette dernière est ici définie comme la capacité des prestations à répondre à la demande, c'est-à-dire aux besoins sanitaires. Dans le cas des petites unités privées sanitaires, l'un des critères importants de cette faculté de satisfaire la demande réside comme nous le soulignerons (chapitre 2) dans des facteurs subjectifs ou dans la réponse aux contraintes de la demande. A travers les PAS et la restructuration des services sanitaires, la Banque Mondiale focalise au contraire l'évaluation sur des mesures objectives des services publics, en comparant leurs coûts et l'efficacité sanitaire obtenue (nombre de vies gagnées) (Banque Mondiale 1993 p 7). C'est en ce sens une application de l'approche coût-efficacité, que nous expliciterons plus loin dans ce chapitre (II.2.2).

En réalité, l'échec relatif des services publics semble concerner autant le modèle hospitalo-curatif traditionnel (grandes infrastructures urbaines) que les restructurations plus récentes qui couplent les soins primaires (décentralisation, prévention, soins de base) et les ajustements structurels. Les progrès, relatifs, réalisés en termes d'espérance de vie et de mortalité (cf préambule) n'effacent pas la faiblesse de l'équité (question abordée au chapitre 3) et la persistance de besoins considérables (l'espérance de vie ne dépassait pas 47 ans en 1992).

On peut évaluer partiellement les limites des services publics par l'observation des taux de fréquentation de certaines structures d'initiative publique, qui révèlent les difficultés d'accès ou les réticences dans l'appel aux soins par les populations rurales et modestes. Ainsi, alors que le milieu rural devait bénéficier en premier lieu des nouvelles unités de soins décentralisées en vertu des principes de Alma Ata, la fréquentation du centre de santé de

Pahou (le CREDESA, qui vise précisément à améliorer l'accès de tous aux soins) était à peine estimée à 39 % des patients du secteur en 1986 (cf CREDESA 1989). De même en 1992, le taux de fréquentation des services publics (hors santé maternelle et infantile, maternité et planification familiale) ne dépassait pas 22 %, ce qui traduit une sous-utilisation des moyens disponibles malgré les besoins existants.

Il apparaît donc difficile de nier les lacunes encore fortes des systèmes publics, et l'efficacité des PAS reste à démontrer. Néanmoins, ces derniers se sont précisément fondés sur le constat des échecs du secteur public, et ce à travers une remise en cause plus fondamentale du rôle de l'Etat, que nous interprétons comme la stigmatisation des biais bureaucratiques appliquée au cas des services sanitaires africains. Nous abordons maintenant ces fondements des politiques menées, en reprenant les grands points de l'approche de la Banque Mondiale et dans une certaine mesure des pouvoirs publics béninois, pour les mettre en parallèle avec les "inefficacités bureaucratiques" définies par les partisans d'une remise en cause du rôle des pouvoirs publics. La théorie de la bureaucratie constitue à cet égard une inspiration essentielle des plans menés, comme on peut le faire apparaître en deux temps : d'abord en analysant l'interprétation que la Banque Mondiale a donnée des causes des inefficacités publiques (II.1.2.1), ensuite en abordant les mesures qu'elle préconise pour répondre aux problèmes identifiés (II.1.2.2).

Nous nous intéressons plus précisément ici aux mesures favorables au développement du marché (volet de désengagement de l'Etat), le volet relatif au recentrage des prestations publiques faisant l'objet du paragraphe suivant.

II.1.2.1 . L'INTERPRETATION DES INEFFICACITES DE L'ETAT.

L'origine des plans d'ajustement structurel se trouve dans l'idée d'un dysfonctionnement des services publics subsahariens. Dans le cas des services de santé, deux aspects se dégagent. D'une part la Banque Mondiale a estimé que la production publique de soins était à la source de gaspillages. D'autre part l'intervention de l'Etat aurait favorisé l'inégalité d'accès aux services de santé.

La production publique de soins est d'abord considérée comme **source possible d'inefficacités et de gaspillages** par les analystes de la Banque (Hecht et Musgrove 1993, Banque Mondiale 1993). Hecht et Musgrove avancent ainsi que l'Etat paie des subventions peu rentables (les soins spécialisés), et néglige les interventions essentielles et "hautement durables", telles que le traitement de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles. Ils estiment également qu'une grande partie des fonds se trouve gaspillée, par l'achat de produits de marque plutôt que génériques, ou encore la mauvaise répartition des agents de santé, leur mauvais encadrement, la sous-utilisation des lits d'hôpitaux.

Cette remise en cause du modèle hospitalo-curatif étatique, qui trouve une alternative partielle dans les soins primaires, se fonde sur des faits que l'on peut difficilement nier. Mais la particularité des réformes menées est qu'elles reposent sur des analyses de l'efficacité de l'Etat déjà appliquées dans le contexte occidental. L'idée repose sur la distinction entre les bureaucrates et les dirigeants politiques. Les premiers chercheraient à maximiser le budget qu'ils peuvent dépenser, notamment en s'appropriant les recettes au détriment du gouvernement. Findlay a ainsi tenté une application aux pays en développement des principes de l'Etat bureaucratique (1991). Ainsi l'on y retrouve l'optique des auteurs ayant fondé l'analyse de la bureaucratie dans les pays occidentaux, parmi lesquels Niskanen (1971), qui dénonce les phénomènes de "sur-coût" et de "sur-production" bureaucratiques. Pour cet auteur, c'est le relâchement des droits de propriété au sein des pouvoirs publics qui,

bénéficiant essentiellement au bureaucrate au détriment des dirigeants au pouvoir, engendre des inefficacités dans l'allocation des ressources publiques. Cette approche en termes de monopole (le pouvoir des bureaucrates au sein de la sphère publique) trouve des interprétations voisines qui soulignent également les conflits de pouvoir internes à l'Etat (Breton considère ainsi la situation inverse où le bureaucrate serait agent d'un marché politique dans lequel le diplomate dominerait). Ces analyses semblent avoir considérablement inspiré les réflexions de la Banque Mondiale pour l'application des programmes de politique sanitaire en Afrique subsaharienne et particulièrement au Bénin. Certes la question des conflits internes n'apparaît pas explicitement dans les textes traitant de ces problèmes, mais les symptômes relevés de l'inefficacité de la gestion publique se traduisent par l'utilisation de termes similaires et d'explications relevant également de l'organisation même de l'Etat.

Dans cette optique, l'intervention prolongée des pouvoirs publics dans tout secteur apparaît comme une source inéluctable de risques "majeurs et durables - mauvaise allocation des dépenses, gaspillages et inégalités dans la répartition des ressources", "particulièrement lorsque le niveau des dépenses publiques est élevé" (Hecht et Musgrove 1993 p 6).

Le **second biais** de l'intervention de l'Etat résiderait selon cette approche dans **l'inégalité d'accès des populations face aux services sanitaires**. Le système traditionnel repose en effet sur un transfert important de dépenses aux catégories les plus aisées, sous forme de subventions aux hôpitaux urbains ou spécialisés, mais également d'une protection sociale couvrant les seuls salariés officiels. Dans le langage des biais bureaucratiques, on peut alors traduire cet effet comme un phénomène de "sur-qualité" (Niskanen 1971, Belanger et Migué 1974). En d'autres termes c'est la maximisation de la qualité des soins qui se réaliserait au détriment des soins essentiels, et se trouverait à l'origine d'un accroissement important des coûts. La maximisation de qualité des soins signifie dans cette approche la spécialisation vers les activités sanitaires les plus sophistiquées et spécialisées. Les analyses évoquées visent à stigmatiser la focalisation des pouvoirs publics dans des prestations coûteuses et à faible rapport coût-efficacité.

En dehors des phénomènes de sur-production, sur-coût et sur-qualité abordés ci-dessus, des effets plus secondaires de l' "inefficacité bureaucratique" sont soulignés par les tenants de cette analyse, que l'on peut en partie retrouver dans les justifications données aux PAS.

L'analyse de la bureaucratie soulève d'abord la question de l'inadéquation des structures productives aux besoins du secteur de production, qui aboutirait à la *sur-utilisation du travail* (Parkinson, Williamson), ainsi qu'à sa *routinisation*.⁵ C'est essentiellement le premier aspect (sur-utilisation du travail) plutôt que le second (routinisation) qui apparaît dans les plans d'ajustement. En effet les programmes de départs volontaires des fonctionnaires visaient principalement à réduire des effectifs considérés comme pléthoriques. L'idée d'une routinisation s'applique beaucoup moins dans le secteur sanitaire, ce qui s'explique par la nature des services de santé : ces derniers se trouvent confrontés de façon continue aux utilisateurs et dans un domaine d'activité engendrant peu d'actes répétitifs, en dehors des postes administratifs.

Les analystes des biais bureaucratiques stigmatisent également l'émergence d'un *clientélisme bureaucratique*. Le monopole du pouvoir par les dirigeants ou les bureaucrates favoriserait les comportements de corruption, remettant en cause l'efficacité et l'égalité d'accès aux services, engendrant des sur-coûts liés à la distribution de "cadeaux". Les pratiques de clientélisme en Afrique ont été analysées dans des optiques différentes (notamment Bayart 1992), montrant le caractère réel des phénomènes évoqués. L'interprétation par l'analyse des choix publics revient à considérer l'Etat comme un centre hétérogène d'intérêts divergents, et l'analyse de la bureaucratie en conclut à l'inefficacité des pouvoirs publics dans l'allocation des richesses. Dans les réflexions de la Banque Mondiale, la mise en oeuvre des PAS constituait l'aspect économique d'une libéralisation qui devait toucher également la sphère

⁵ Greffe explique (1981 p 92) que dans son modèle, Williamson suppose une tendance à l'augmentation du personnel, qui permettrait au bureaucrate de garantir la sécurité de son emploi (car le nombre de ses subordonnés augmente) et d'élever son salaire (Williamson O., *The economics of discretionary behaviour : Managerial objectives in a theory of the firm*, Englewoods Cliffs N.J., Prentice Hall, 1964). Voir également Parkinson C.N., *Parkinson's law and other studies in administration*, New York, Ballantine Books, 1957.

politique (avant même les dimensions politique et culturelle de l'ajustement). On retrouve donc des principes proches de ceux développés par les analyses sus-mentionnées. Le terrain béninois n'échappe pas à cette optique, et l'on observe en effet que le pays, en couplant une démocratisation politique à des mesures de libéralisation économique, a accédé au début des années 90 au statut d'exemple cité par la Banque Mondiale comme le "bon élève" parmi les pays africains (cf Dupont 1993).

II.1.2.2 . LES MESURES PROPOSEES.

Face aux "biais" ainsi soulignés à partir de l'hypothèse de dysfonctionnement dans les services publics, la Banque Mondiale propose une réorientation des dépenses (afin d'élaguer les "services discrétionnaires de soins cliniques non essentiels", Hecht et Musgrove p 7), ainsi qu'une promotion de la concurrence autant au sein des pouvoirs publics que par le développement du secteur privé. Nous aborderons la première de ces préconisations à la fin de ce chapitre (II.2.2). Examinons pour le moment, de façon générale, l'accent donné à la concurrence, qui rejoint bien la logique des analyses de la bureaucratie.

La Banque Mondiale propose de "promouvoir la diversité et la concurrence" (Jamison 1993) selon trois axes principaux : encourager d'abord la prise en charge des services cliniques non essentiels par l'assurance sociale ou individuelle. Favoriser ensuite la concurrence entre prestataires, publics et privés, et leur ouverture à la concurrence internationale, autant en ce qui concerne les médicaments que les prestations. Enfin, accompagner ces actions de mesures d'homologation des services et produits offerts (nous reviendrons dans le chapitre 6 sur les mesures envisagées et engagées dans le cas du Bénin).

Plus précisément, la Banque estime que si le financement des soins de base incombe aux gouvernements, il n'en est pas de même pour la prestation de ces services, puisqu'au

contraire "l'expérience indique" que "la diversité et la concurrence donnent de meilleurs résultats" (Hecht et Musgrove 1993).

La libéralisation des services sanitaires ainsi préconisée passe par deux dimensions. D'une part, la concurrence dans le secteur privé repose sur le développement du rôle des ONG (en éliminant les restrictions et interdictions dont elles peuvent faire l'objet), mais également de la médecine traditionnelle (cheval de bataille de l'OMS depuis longtemps à travers les soins primaires et la mise en valeur des ressources locales, OMS 1992), et des services cliniques privés (médecine de type occidental dite bio-médecine). De tels principes se rapprochent des réformes prônées par certains analystes des biais bureaucratiques lorsqu'ils proposent la concurrence par les prix comme solution aux échecs des politiques macroéconomiques (cf Greffe 1981). La privatisation des services publics, ou au moins leur mise en concurrence, se pose alors comme l'issue microéconomique aux dysfonctionnements macroéconomiques du système de santé. Cet aspect sera développé dans le chapitre 2 en insistant sur le secteur des petits prestataires.

D'autre part, la Banque Mondiale considère la concurrence interne aux services publics comme gage d'une meilleure allocation des ressources. La décentralisation des structures ainsi que la mise en oeuvre d'incitations sur les comportements des personnels publics doivent contribuer à atteindre ces objectifs. On préconise au passage, pour tous les pays en voie de développement, la conversion des hôpitaux publics en institutions semi-autonomes ou en entreprises publiques, afin d'alléger les procédures administratives de gestion, de recrutement et de licenciement, enfin de recouvrement des coûts. La sous-traitance des services auxiliaires à des structures extérieures (entretien du gros matériel, blanchissage, sécurité, alimentation...) constitue l'une des propositions annexes de ces principes (Hecht et Musgrove).

On retrouve donc encore l'essentiel des réformes proposées par les analyses des biais bureaucratiques, mais cette fois sous une version mettant plus l'accent sur la réorganisation interne des services que sur leur dévolution systématique au secteur privé. Ce schéma de restructuration repose sur une série de mesures susceptibles de favoriser le renforcement du pouvoir politique face aux prérogatives des fonctionnaires. Il s'agit de redistribuer l'information afin d'inciter les bureaucrates à des comportements allant dans le sens d'une allocation optimale des ressources : mise à disposition d'informations au bénéfice des dirigeants, procédures contractuelles entre les pouvoirs publics et les entreprises publiques, mais également remise en cause éventuelle des statuts et des groupes de pression. Breton et Wintrobe (1975) avancent que le contrôle de la sphère politique sur la bureaucratie peut permettre, au-delà des coûts afférents, de limiter les biais bureaucratiques afin d'atteindre une situation de "contrôle optimal" donnant lieu à un "second best", certes moins efficace que le marché pur mais approchant de l'optimum collectif (la question des modes de régulation sera précisément abordée au chapitre 5).

En résumé, le mouvement actuel de restructuration des services de santé se fonde partiellement sur des analyses considérant l'organisation publique comme source d'inefficacités. Les théories sous-jacentes à de telles conceptions, si elles sont nées des observations au sein des pays développés, se sont donc vues appliquées aux pays africains et en particulier au Bénin par le biais des traductions institutionnelles nationales (la volonté des pouvoirs publics) et extérieures (Banque Mondiale).

Ces logiques analytiques étant soulignées, nous abordons maintenant les mesures de politique sanitaire proprement dites sous l'angle du rôle désormais dévolu à l'Etat depuis la fin des années 80, c'est-à-dire dans le mouvement de développement du secteur privé lié à la fois aux ajustements et aux mesures issues de l'initiative de Bamako.

II.2 . DES DIVERGENCES DE PHILOSOPHIE, DES TRADUCTIONS INSTITUTIONNELLES CONVERGENTES.

Les propositions de la Banque Mondiale ne jouent pas seules sur les orientations de la politique sanitaire. Ainsi l'OMS, et dans une moindre mesure l'UNICEF, occupent-elles un rôle important dans les réformes engagées depuis les années 70. Les principes édictés par ces dernières institutions, à certains égards différents de ceux de la Banque Mondiale, ont donc des incidences sur l'inflexion des politiques de tous les pays qui en sont membres. Concernant notamment le rôle du secteur privé dans l'amélioration de l'allocation, principe cher à la Banque Mondiale, l'OMS estime (1992) que l'appel actuel à une large participation du privé peut présenter des dangers concernant la qualité et l'équité des soins. La séparation traditionnelle entre les performances du secteur public et du domaine privé (reprise par l'analyse des biais bureaucratiques) est ainsi considérée par l'OMS comme inadaptée face aux enjeux actuels. Cet organisme propose plutôt d'associer les deux secteurs tout en laissant un rôle important à l'Etat à travers le principe dit de citoyenneté, fondé sur le droit aux prestations pour chacun. Selon l'OMS, seul l'Etat peut assurer un tel principe, le secteur privé étant néanmoins reconnu comme pouvant jouer un rôle dans l'accroissement de l'efficience et la remise en cause des blocages publics, notamment par l'adoption de mécanismes de marché dans le secteur public (les termes utilisés sont ceux de "concurrence" et de "liberté de choix", 1992 p 142).

La vision plus modérée de l'OMS par rapport à la Banque Mondiale laisse donc une large part aux prestations publiques. Les soins primaires, de l'initiative de l'OMS, ne constituaient d'abord qu'une redéfinition de la nature des services publics sans considérations précises sur la part respective des secteurs public et privé. La Banque Mondiale a intégré ces principes de réorientation des prestations, tout en les associant à des mesures de réduction de l'intervention publique. D'un côté l'on parle plutôt d'utiliser les ressources locales (d'où l'accent mis par l'OMS sur la valorisation de la médecine traditionnelle), de l'autre on poursuit une optique d'efficacité du marché quel que soit le contexte économique et culturel.

Les mesures engagées par les pouvoirs publics béninois depuis la réorganisation des services sanitaires résultent donc de la pression conjointe de l'OMS (déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires), de l'UNICEF (initiative de Bamako) et de la Banque Mondiale (PAS, Rapport sur le développement 1993 consacré à la santé). Le cadre historique et politique du pays a par ailleurs pu favoriser la mise en oeuvre de ces mesures (passage d'un régime d'obédience socialiste à une phase de démocratisation, relations privilégiées du président alors en exercice avec les dirigeants de la Banque Mondiale).

Au delà des clivages d'options, c'est donc bien le modèle prôné par l'OMS qui a initialement donné lieu à la mise en oeuvre de deux mesures essentielles de régulation sanitaire : la décentralisation des unités publiques d'une part, le recentrage des prestations d'autre part. Cependant le poids de la Banque Mondiale comme acteur clé des politiques de santé s'est renforcé, notamment depuis la parution du Rapport sur le Développement consacré à la santé. L'émergence de la banque comme "force dominante dans l'arène de la politique de santé" (Zwi et Mills 1995) a conduit celle-ci à intégrer les priorités de l'OMS, tout en accroissant le rôle des critères économiques dans les décisions publiques. Au Bénin, ce mouvement s'est vu favorisé par l'apparition de nouvelles instances politiques, plus favorables à l'application de normes de gestion et d'efficacité interne (productivité, équilibre des comptes). Nous reprenons maintenant les deux aspects de l'intervention évoqués (décentralisation et recentrage) afin de souligner l'importance accrue des critères économiques dans les choix publics en termes de santé.

II.2.1 . DECENTRALISATION DES SERVICES SANITAIRES.

La décentralisation des services sanitaires (prise ici au sens administratif et non pas de la régulation économique, qui sera abordée au chapitre 5) s'est traduite par la structure pyramidale présentée plus haut (schéma 1), signifiant donc la relative autonomie de chaque niveau dans la limite du champ de ses compétences sanitaires.

La décentralisation s'est dans les faits traduite par la mise à contribution de structures ou d'individus plus proches de la population que les pouvoirs publics. Ainsi en est-il des responsables villageois, des associations rurales, des coopératives qui étaient censés faciliter la mise en oeuvre des soins primaires par leur rôle d'intermédiation et d'éducation. De même les ONG, déjà bien implantées sur le terrain médical, étaient-elles considérées comme des acteurs primordiaux de la mise en oeuvre des procédures décentralisées. En fin de compte la décentralisation vise à favoriser le fonctionnement d'organismes locaux, et ce toujours dans le cadre de l'organisation pyramidale des soins primaires.

A cette relative autonomie dans la pratique des services devait correspondre une large autonomie de gestion. Ce principe s'est traduit par l'instauration de critères fondamentaux de gestion dans le cadre du séminaire sur "l'harmonisation du financement communautaire et des systèmes de recouvrement des coûts" (Ministère de la Santé Publique, 1992b) :

- premier critère: « le contrôle des comptes par les communautés et la transparence des comptes »;
- deuxième critère: « la solidarité entre les formations sanitaires et le financement des activités et des dépenses communes »;
- troisième critère: « le principe d'un compte commun où sont versées toutes les recettes des formations sanitaires et de la sous-préfecture, principe de la séparation des régies d'avances et des recettes ».

En résumé, les critères de gestion relèvent en principe de l'auto-financement (recouvrement des charges) et de la transparence des comptes. Ils sont associés à la décentralisation, en contrepartie de l'autonomie des unités de soins.

Concernant l'application effective du recouvrement, on peut se référer aux résultats du centre de santé de Pahou (CREDESA) : la prise en charge d'une partie des coûts par la population a couvert, en 1988, 56 % des coûts récurrents du centre (dépenses indispensables au fonctionnement des services), le Ministère se chargeant des 44 % restant à recouvrer (CREDESA 1989).

Néanmoins, la décentralisation a connu des limites à la fois dans l'acceptation par les populations des structures mises en place (nous le verrons au chapitre 2) et dans la constitution de ressources humaines formées pour orienter au mieux les patients vers la structure la plus compétente comme le prévoit la logique des soins primaires. A Pahou, la nécessité de motiver des personnels spécialement formés pour cette fonction ("agents de santé communautaires") s'est heurtée, comme dans beaucoup d'autres pays, aux lourdes charges afférentes à leur paiement (une solution semble avoir été trouvée dans l'affectation de ces agents à un groupe de personnes faisant partie de leur noyau familial large, cette procédure réduisant les charges de rémunération compte tenu de la motivation des individus face aux normes familiales de solidarité - cf CREDESA). L'OMS a elle-même mis en place des mesures visant à améliorer les prestations des agents de santé dans un cadre décentralisé (OMS 1984, 1989a).

La mise en oeuvre de soins primaires s'accompagne donc de mesures fondées sur la décentralisation, le recouvrement financier (suite à l'initiative de Bamako) et la recherche d'une rationalisation dans les modes de gestion appliqués par les unités.

II.2.2 . LE RECENTRAGE DES PRESTATIONS PUBLIQUES EN FONCTION DE CRITERES ECONOMIQUES.

Nous avons indiqué que la redéfinition du rôle de l'Etat à travers les PAS se fonde sur un critère retenu par la Banque Mondiale pour évaluer l'efficacité respective des différents services de santé : le rapport coût-efficacité. Les principes des soins primaires eux-mêmes s'apparentent à la recherche des prestations les plus favorables aux externalités positives ("soins essentiels"), et en ce sens se rapprochent du critère évoqué, mais ils demeurent fondés sur une logique de service public et de réponse aux besoins, alors que l'optique de la Banque se place dans une logique de réduction des coûts afin de minimiser les charges de l'Etat. Cette seconde approche, à travers le rapport gains de santé/dollars dépensés, reconnaît la même priorité à l'équilibre des finances publiques qu'à la réponse aux besoins.

Dans les deux cas l'objectif commun consiste à recentrer le secteur public vers, d'une part, les prestations les plus efficaces en termes de résultats (espérance de vie moyenne, taux de mortalité), d'autre part, les services cliniques de première nécessité tournés vers les plus pauvres. La différence réside dans une approche fondée sur des critères plutôt économiques pour la Banque (l'amélioration du rapport coût-efficacité permettra à la fois de réduire les charges publiques, et d'accroître la contribution économique des individus au pays sur la base d'un calcul de capital humain), et plutôt d'ordre éthique pour l'OMS ("la santé pour tous en l'an 2000").⁶

Après avoir brièvement présenté l'analyse coût-efficacité, nous abordons les dimensions de son application au Bénin.

⁶ Notons que le Rapport 1993 de la Banque Mondiale sur le développement mesure l'efficacité par un double critère, qualifié d' "années de vie corrigées du facteur d'invalidité" (AVCI) : le critère de la mortalité et celui de la morbidité. Néanmoins la Banque admet que pour les "pays pauvres", la mesure de la seule mortalité suffit ("les pertes d'AVCI par personne varient énormément selon les régions, variations qui tiennent principalement à des différences de mortalité prématurée ; les pertes d'AVCI pour cause d'invalidité varient, elles, beaucoup moins" (p 1). C'est pourquoi le calcul coût-efficacité proposé par cette institution repose sur le taux de mortalité ou l'espérance de vie. Nous y reviendrons dans le chapitre 3.

II.2.2.1 . L'APPROCHE COUT-EFFICACITE.

L'analyse coût-efficacité consiste à choisir l'activité sanitaire la plus efficace pour un coût donné ou encore le coût le plus faible pour un résultat sanitaire donné. La méthode est relativement simple. On dénombre d'abord toutes les stratégies possibles face à une catégorie de risque ou de maladie (prévention, dépistage d'une classe d'âge, développement des services curatifs spécialisés...). On sélectionne ensuite les stratégies techniquement efficaces, c'est-à-dire qui nécessitent le moins de facteurs de production pour un résultat donné (volume des inputs par produit de santé, tel que par exemple une année de vie gagnée ou une maladie évitée). Enfin l'on introduit l'analyse coût-efficacité proprement dite, en choisissant la stratégie qui maximise l'output de santé à budget donné ou qui minimise les fonds nécessaires pour un résultat donné.⁷ Cette méthode est aujourd'hui largement répandue dans les pays industrialisés. Ainsi Joyce, Corman, et Grossman (1988) ont-ils calculé le nombre de décès infantiles évités pour 1000 bénéficiaires supplémentaires de chaque programme de santé maternelle et infantile (soins néo-natals intensifs, contraception, soins pré-natals). L'analyse coût-efficacité constitue donc bien un critère possible d'allocation des ressources consacrées à la santé. Elle fonde aujourd'hui la politique de santé menée au Bénin. Il convient néanmoins de noter que l'application des calculs coût-efficacité aux décisions publiques est, dans les pays industrialisés, bien antérieure aux années 80. En France, l'expérience de la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) fut lancée en 1968 pour améliorer l'efficacité de l'administration (Lévy-Lambert et Guillaume 1975). Elle s'inspirait largement du Planning Programming Budgeting System (PPBS) mis en place en 1965 aux Etats-Unis. Au coeur de la RCB se trouvait l'analyse coût-avantage, qui permet de comparer divers programmes en évaluant leurs coûts et avantages respectifs. La RCB utilisa plusieurs techniques, en particulier l'approche coût-bénéfice et le calcul coût-efficacité. La première s'appliquait aux programmes dont le résultat pouvait être exprimé en unités monétaires, le second permettait d'évaluer des résultats en termes de gains physiques, notamment lorsque la valorisation monétaire s'avérait trop difficile. Dans le secteur de la santé, le PPBS et la RCB ont donné lieu à des études fondées

⁷ On peut se référer à Lebrun et Saily (1992) pour un exposé des méthodes d'évaluation médico-économique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Nous reviendrons sur l'analyse coût-efficacité dans le chapitre 4 pour en souligner les limites du point de vue de l'évaluation des inputs.

sur la méthode coût-bénéfice (par exemple en France sur le BCG et le cancer du col de l'utérus) ou l'analyse coût-efficacité (en France la prévention des handicaps liés à la naissance -cf. Chapalain 1971-, aux Etats-Unis le cancer du sein, la tuberculose). Ces dernières expériences fondaient déjà la mesure de l'efficacité sur le nombre d'années de vie gagnées, comme c'est aujourd'hui le cas au Bénin.

II.2.2.2 . L'APPLICATION AU BENIN.

La mise en oeuvre de l'approche coût-efficacité au Bénin peut être abordée sous deux angles. Elle concerne d'abord le secteur pharmaceutique, avec l'application d'une "politique de médicaments essentiels". Elle touche ensuite les soins eux-mêmes, avec la définition de prestations prioritaires. Examinons ces deux aspects.

La politique pharmaceutique

Comme nous l'avons vu plus haut (I.1), la "Nouvelle Stratégie Sanitaire Nationale" (MSP 1992a) inclut le renforcement du secteur pharmaceutique. La disparition des anciennes structures pharmaceutiques publiques (Pharmacie Nationale d'Approvisionnement de l'Etat - Pharmapro - et Office National de Pharmacie -ONP) a laissé place à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) dont l'objectif revient à assurer l'approvisionnement satisfaisant des structures publiques dans un premier temps, puis du secteur pharmaceutique privé.

L'application d'un ratio coût-efficacité passe par le programme d'action pour les médicaments essentiels. En effet, le Ministère de la Santé a établi en 1984, avec le concours

de l'OMS, une liste de médicaments génériques dont les avantages peuvent s'exprimer en termes de coût et d'efficacité.

Du point de vue des coûts, la crise économique de la fin des années 80 et l'aggravation des contraintes financières avaient entraîné un effondrement des importations pharmaceutiques, celles-ci passant environ de 10 milliards de Francs CFA annuels entre 1982 et 1986, à 3,5 milliards pour les années 1982 à 1990 (chiffres avant dévaluation, Kaddar 1992). L'approvisionnement sur le marché parallèle se développait, venant compenser en partie l'insuffisance des approvisionnements officiels. La crise des médicaments risquait de remettre en cause la poursuite d'une politique de soins primaires. En effet les expériences de soins primaires menées depuis 1982 au Bénin ne reposaient sur aucune gestion globale des médicaments disponibles : les projets, essentiellement bilatéraux ou multilatéraux, importaient chacun les médicaments nécessaires de façon directe, sans souci d'une réelle concertation. C'est dans ce contexte que la CAME a vu le jour, afin de jouer un rôle central dans la réorientation des achats vers les médicaments génériques. Le début des années 90 marque bien à ce titre un tournant de la politique sanitaire. Les pouvoirs publics inscrivent également dans leurs priorités (MSP 1993b) la lutte contre les prix trop élevés des médicaments par des mesures telles que la recherche d'exonérations douanières, la négociation de la stabilité des prix avec les fournisseurs, la diversification des sources d'approvisionnement.

Depuis le début de son activité en 1992, la CAME a pris une part importante dans les importations du secteur public (tableau 5). Ainsi la baisse des importations du CNHU s'explique-t-elle essentiellement par le fait que celui-ci s'adresse de façon croissante à la CAME. De même les importations des Forces Armées depuis 1992 se limitent aux produits dentaires, le reste étant fournis principalement par la Centrale d'Achat. On note en conséquence que cette dernière est la seule à avoir augmenté ses importations en 1993.

TABLEAU 5 :
IMPORTATIONS DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES PAR LE SECTEUR PUBLIC
(EN FCFA) EN 1992 ET 1993

	1992	1993
CNHU	52 989 321	43 246 504
Forces Armées	1 500 000	1 500 000
CAME	161 407 138	274 465 855
TOTAL	215 896 459	319 212 359

Source : Ministère de la Santé Publique, 1994.

La CAME est finalement devenue en 1993 le fournisseur principal des établissements sanitaires publics et privés à but non lucratif : CNHU, CHD, CSSP, CCS, Centres confessionnels et ONG. Le nombre de ses clients est passé de 1819 en 1992 à 2569 en 1993, et son chiffre d'affaires de 451 millions de CFA à 738 millions (MSP 1994).

Compte tenu du faible coût des médicaments génériques et des gains induits par la centralisation des achats, l'objectif en termes de coût semble donc avoir été en partie atteint. Qu'en est-il de l'objectif d'efficacité ?

En termes d'*efficacité* de la politique des médicaments, le problème revient à évaluer l'adéquation des produits sélectionnés aux besoins sanitaires, et à s'assurer de l'utilisation effective de ces produits. Concernant la question de l'adéquation, les institutions internationales spécialisées dans le champ sanitaire ainsi que les pouvoirs publics s'accordent à reconnaître la pertinence de la liste globale des médicaments essentiels (OMS 1991, MSP 1992a, Mandl et Ofosu-Amaah pour l'UNICEF, 1989). Les donateurs extérieurs ont collaboré en 1986 avec les autorités sanitaires nationales pour rendre cette liste opérationnelle. L'enjeu consistait à évaluer les besoins de chaque échelon de santé (du CNHU aux unités villageoises

-UVS), en termes de quantité (nombre d'habitants desservis) mais également en fonction des besoins épidémiologiques du secteur. La recherche de la meilleure efficacité possible peut être illustrée par le nombre de médicaments mis à la disposition des différents types de structures sanitaires : par exemple le centre communal de soins peut utiliser 40 médicaments génériques, contre 16 pour les unités villageoises.

Du point de vue de l'utilisation effective des médicaments essentiels, il semble que l'objectif soit en voie d'être atteint. C'est ce qu'affirment en tout cas les pouvoirs publics (MSP 1994), selon lesquels la consommation des 20 produits les plus consommés, en valeur et en quantité, correspondrait bien au profil des pathologies les plus fréquemment prises en charge par les formations sanitaires. Il convient néanmoins de souligner que l'efficacité de la politique des médicaments essentiels se trouve certainement amenuisée par l'importance du marché parallèle, puisque ce dernier ne peut pas faire l'objet d'un contrôle des produits importés.

En fin de compte la politique des médicaments essentiels repose bien sur une approche coût-efficacité, puisque les médicaments sont sélectionnés en fonction des économies de coûts qu'ils procurent et de leur adéquation avec les affections les plus répandues.

Les soins prioritaires

La réorientation vers les soins primaires a été reprise par des logiques économiques (solde des finances publiques, accroissement de productivité des individus) dans la seconde moitié des années 80. Les contraintes financières ont à cet égard joué sur l'évolution des méthodes d'instauration des SSP. Dans un premier temps on a parlé de soins "globaux" (De La Moussaye, Jacquemot, 1993), c'est-à-dire sans ciblage a priori de catégories particulières de

populations. Puis sont apparus les SSP "sélectifs", visant à rationaliser l'action menée face aux difficultés financières et de mise en oeuvre. Les soins primaires sélectifs opèrent un ciblage, à la fois par population (enfants de moins de 5 ans, femmes en âge de procréer notamment), et par des interventions de type vertical (priorités en fonction de la prévalence et de la sévérité des maladies, des risques de mortalité et du coût d'intervention). Ainsi les activités qui dégagent le ratio coût-efficacité le plus élevé sont :

- pour les enfants de moins de cinq ans : les programmes d'immunisation, de réhydratation, d'allaitement prolongé...
- pour les femmes en âge de procréer : la vaccination, l'amélioration des conditions d'accouchement, l'accès à la contraception...
- pour les actions verticales : la lutte contre le SIDA, contre la tuberculose, la cécité...

Trois aspects essentiels de l'application d'une analyse coût-efficacité semblent se dégager : la définition de spécialités propres à chaque niveau d'unité de santé ; la mise en place depuis 1983 d'une structure reposant sur l'évaluation systématique des actions engagées (le CREDESA) ; enfin l'utilisation du ratio dans l'évaluation économique de l'impact des programmes élargis de vaccination. Examinons ces trois éléments de politique sanitaire.

Si l'on observe d'abord les activités assurées par les unités de soins primaires, on peut dégager des spécialités propres à chacune d'entre elles. La structure des soins primaires indiquée plus haut dans ce chapitre (schéma 1) se double alors d'une structure par activités. Le tableau 6 fait apparaître des spécialités qui sont soit partagées par plusieurs niveaux, soit spécifiques à une seule catégorie de prestataire.

TABLEAU 6 :
LA SPECIALISATION DES STRUCTURES DE SOINS PRIMAIRES

	CNHU	CHD	CSSP	CCS	UVS
Médecine générale	1	1	1	0	0
Pédiatrie	1	1	0	0	0
Chirurgie	1	1	1	0	0
Gynécologie- obstétrique	1	1	0	0	0
Radiologie	1	1	1	0	0
Laboratoire	1	1	1	0	0
ORL, OPH	1	0	0	0	0
Autres spécialités	1	1	0	0	0
Maternité	0	0	1	1	0
Pharmacie	0	0	0	1	0
Dispensaire	0	0	0	1	0
Soins de base	0	0	0	0	1
Accouchements seuls	0	0	0	0	1
Caisse de pharmacie	0	0	0	0	1

- Présentation par nous-même.

- Sources des informations : MSP 1993a, 1994.

- Lecture du tableau :

* 0 : la structure concernée n'exerce pas l'activité indiquée en colonne

* 1 : la structure exerce cette activité.

Ainsi la spécialisation des unités de santé vise bien à améliorer l'efficacité pour un coût donné, ou à assurer un même niveau d'efficacité à moindre coût. En particulier, les niveaux les plus périphériques (complexe communal de santé et unité villageoise) sont affectés à des soins de base, qui sont fortement demandés en milieu rural compte tenu de l'inégalité des niveaux de santé entre la ville et la campagne. Au contraire les activités de

recherche et de pointe relèvent essentiellement des niveaux central (CNHU) et intermédiaire (CHD).

Le *Centre Régional pour le Développement et la Santé* (CREDESA) constitue un deuxième aspect de l'application du ratio coût-efficacité. Créé en 1983, le CREDESA est installé à Pahou (province Atlantique, sud du Bénin) et couvre la sous-préfecture de Ouidah divisée en 10 communes (population totale touchée : environ 70 000 personnes). Son objet était la mise en oeuvre rationnelle et à moindres coûts des soins primaires.

D'abord orienté vers la prévention maternelle et infantile, il a diversifié son action par la mise en place :

- d'un système de financement "communautaire" inspiré des tontines et des principes de l'"initiative de Bamako" ;
- d'une évaluation permanente des activités de terrain ;
- d'une supervision des agents de santé villageois et des agents de santé des villes (certains sont bénévoles, d'autres rémunérés) ;
- d'un système de formation permanente des sage-femmes et infirmiers ;
- d'une activité de recherche dans différents domaines de la santé et du développement (mise au point notamment de quelques indicateurs pour la mesure de la "participation communautaire"). Les activités de recherche sont : la gestion, l'économie, la "participation communautaire", l'épidémiologie, la nutrition appliquée, les "activités intersectorielles" (stimulation de la demande).

Les agents de santé sont sélectionnés par les populations (ce qui n'exclut pas les pressions politiques), et formés en quelques semaines à partir d'arbres de décision très simplifiés. Ils travaillent soit dans une "case de santé" construite par les villageois, soit à leur domicile ou au domicile des patients. Ils sont supervisés par le CREDESA. Ils disposent de médicaments utilisés sous leur nom générique (selon les principes des soins primaires) afin de réduire leur coût et faciliter leur accès par les populations.

Le centre a donc pour vocation d'assurer quatre missions :

- éducation des populations ;
- prévention ;
- traitement des affections courantes ;
- organisation et encadrement des populations pour l'accroissement de leurs revenus.

Le financement est assuré par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada. Une aide a été fournie par l'UNICEF et le Catholic Relief Service. Les Pays-Bas ont subventionné la construction à hauteur de 46 millions de francs CFA, le centre ayant lui-même investi 34 millions (Le Canada a participé à la fourniture du matériel).

La particularité du CREDESA est l'évaluation des activités. En termes économiques, la maîtrise des coûts passe par l'utilisation de médicaments génériques (cf. plus haut la politique des médicaments) et des ressources humaines locales. Ce second aspect témoigne d'une approche coût-efficacité appliquée à la gestion du personnel médical. En effet, la

première phase de démarrage du CREDESA avait permis de tester trois stratégies sur trois sites différents :

- Une approche classique (stratégie A) : les soins sont offerts à la demande des patients, qui se déplacent au centre de santé (zone touchée : villages proches du chef-lieu Pahou) ;
- Une stratégie B : deux agents de santé (un secouriste et une matrone) régulièrement supervisés (deux fois par mois) reçoivent en consultation dans une case de soins (zone touchée : Nord de la route inter-Etats et une partie de la zone sud de cette route) ;
- Une stratégie C : des visites à domicile avec deux agents, et une supervision moins fréquente compte tenu de l'accessibilité géographique difficile (toutes les six semaines) (zone lacustre).

Les stratégies B et C constituaient des premiers tests d'un financement "communautaire" des soins (c'est-à-dire un financement endogène, assuré en partie par les populations à partir de la vente des médicaments essentiels). Les résultats dégagés (CREDESA 1989) ne s'avèrent que partiellement satisfaisants. En termes de coûts, la participation des populations était inférieure aux prévisions, et la rémunération des agents de santé constituait une lourde charge pour le financement communautaire. Concernant l'efficacité, la couverture vaccinale ne dépassait pas 60%.

L'évaluation des stratégies testées donna lieu à l'élaboration d'une quatrième approche, qui semble satisfaire les responsables sanitaires. Elle consiste à désigner un agent de santé par famille (une famille regroupant environ 70 personnes). Toujours selon une approche coût-efficacité, les résultats peuvent se résumer ainsi : le problème de la rémunération (coût) est résolu par les liens qui unissent le soignant aux patients (le prestige fourni par le statut, ainsi que l'intérêt de soigner des proches semblent réduire largement les exigences salariales des agents de santé), et la couverture sanitaire (efficacité) a atteint 80% en 1987.

Enfin l'évaluation coût-efficacité des actions de santé concerne également les ***Programmes Elargis de Vaccination*** (PEV). Le programme de 1982 souffrait non seulement d'un budget faible, mais également de l'insuffisance de formation du personnel et de l'absence d'intégration dans les soins de santé primaires. Ce dernier aspect figure par contre dans le PEV de 1986-1989. Une évaluation économique de ce dernier a été menée (MSP 1990). Concernant les coûts du programme, l'approche distingue l'utilisation de ressources nationales propres (salaires du personnel en place et bâtiments existant avant le début du programme) et les ressources additionnelles qui permettent au programme de se développer (experts étrangers, frais de fonctionnement nouveaux, évaluation et supervision, investissements). Le tableau 7 indique le coût global du PEV, soulignant une forte augmentation du volume et de la part des coûts additionnels, ce qui témoigne de l'effort pour assurer l'efficacité du programme.

TABLEAU 7 :
COUT GLOBAL DU PEV (EN MILLIONS DE CFA) DE 1986 à 1989

	Ressources propres	Coût additionnel	Coût global
1986	491	50	541
1987	491	121	612
1988	560	268	828
1989	658	472	1130

Source : MSP 1990.

Le rapport d'évaluation compare les coûts ainsi dégagés aux résultats de couverture vaccinale (tableau 8). Il est indiqué que le rapport coût-efficacité obtenu se situe dans les fourchettes habituelles, mais avec un coût additionnel encore élevé.

TABLEAU 8 :
COUT ET EFFICACITE DE LA COUVERTURE VACCINALE (PEV 1986-1989)

	Nombre d'enfants	Coût global en F CFA ^(*)	Coût additionnel en F CFA ^(*)
ECV	147 815	7 645	3 188
Rougeole	207 740	5 440	2 268
DTC3	191 760	5 893	2 457
ECV à 12 mois	62 640	18 040	7 523
Rougeole à 12 mois	85 608	13 200	5 505
DTC3 à 12 mois	87 696	12 886	5 374

Source : MSP 1990.

(*) : coût par enfant vacciné.

Au total, nous avons donc souligné la prédominance croissante des critères de gestion, avec leur double dimension : d'une part des effets probablement positifs en termes d'efficacité des actions de santé publique (alors que les mesures prises dans les années 60 à 80 pêchaient précisément par le manque de rigueur dans la programmation et le choix des options en fonction de critères d'efficacité), d'autre part une tendance croissante à privilégier les choix qui s'inscrivent dans la logique de l'équilibre budgétaire, alors que le domaine sanitaire ne semble pas pouvoir se réduire à une simple logique économique (cette question sera reprise au chapitre 3). Dans le cas béninois, cette orientation se retrouve dans les "principes fondamentaux de gestion" qu'édicte le "séminaire-atelier sur l'harmonisation du financement communautaire et des systèmes de recouvrement des coûts" (MSP 1992b, voir plus haut, II.2.1).

Nous constatons enfin qu'au delà des clivages, les orientations des organismes internationaux traduisent une certaine convergence dans la définition des principes fondamentaux de santé publique. Ainsi le recouvrement, sous des modalités certes diverses (cf

Velasquez 1989), s'est vu intégré dans les propositions de la plupart des intervenants du domaine sanitaire : OMS, UNICEF, Banque Mondiale. De même, l'option des soins primaires sélectifs est partagée autant par la Banque que par l'UNICEF (cf De La Moussaye et Jacquemot 1993), ce qui traduit l'importance prise par la recherche de rationalisation des décisions.

CONCLUSION

A l'issue de ce premier chapitre, nous pouvons donc dégager les logiques sous-jacentes essentielles des réformes du secteur sanitaire public. La réorganisation des prestations publiques s'accompagne d'une place croissante donnée au marché, sous l'hypothèse que l'efficacité du système dans son ensemble s'en trouvera accrue. Le critère d'efficacité des prestations se résume dans le rapport coût-efficacité (la pertinence d'une telle mesure dans le cas des petites prestations privées sera discutée dans le chapitre 3).

On peut alors s'étonner de constater qu'à côté des très nombreux travaux consacrés aux modalités de réforme des pouvoirs publics, les caractéristiques et l'impact du secteur sanitaire privé sur le fonctionnement du système de soins demeurent méconnus. Or c'est également en fonction des comportements développés sur le marché que le domaine sanitaire béninois a évolué et continue de se restructurer.

La prolifération des structures privées, notamment les unités non répertoriées, nécessite ainsi de s'interroger sur les conséquences qu'un tel mouvement peut avoir sur la réponse aux besoins et sur les contraintes des populations dans l'accès aux soins. Plus encore, il convient de s'intéresser au rôle des pouvoirs publics face au domaine privé, au regard des critères d'évaluation d'un système sanitaire, en particulier l'efficacité et l'équité.

Il semble que deux raisons principales se trouvent à l'origine de la méconnaissance du fragment privé des soins. En premier lieu, elle résulte de la difficulté d'appréhender un secteur mouvant et peu recensé, à plus forte raison dans le domaine sanitaire où les études demeurent particulièrement rares par rapport aux autres types d'activités du secteur qualifié d'informel (nous discutons ce dernier terme dans le chapitre suivant), et où les caractéristiques du produit (service difficilement évaluable) ne facilitent pas la connaissance de ce marché.

En second lieu, le secteur privé de santé est partiellement considéré par les institutions (Banque Mondiale, FMI) et certains analystes (notamment les tenants de la théorie du capital humain que nous aborderons aux chapitres 2 et 3) comme un marché au sens orthodoxe du terme, c'est-à-dire proche des caractéristiques de concurrence pure et parfaite. On a pu lui prêter à ce titre des vertus particulières, notamment la capacité à engendrer une allocation proche de l'optimalité. Le fait de considérer, dans cette optique de marché, la santé comme un bien quelconque (et donc ayant pratiquement les mêmes caractéristiques que les autres biens), susceptible d'être échangé sur un marché concurrentiel, occulte la nature particulière des soins au profit d'une focalisation sur le marché lui-même, considéré alors comme mode d'allocation efficace pour *toutes* les ressources sans distinction de nature.

Dans le chapitre 2, nous tentons de pallier la méconnaissance du marché privé urbain des petites unités, en proposant une première analyse des logiques de ce secteur. Nous nous attachons à montrer qu'il existe bien, sur le marché des soins privés, des logiques marchandes (de recherche de profit), qui se trouvent favorisées par les réformes actuelles et constituent en ce sens un fondement essentiel de la pérennité du secteur marchand. A cet égard, on peut reconnaître que la dynamique du marché se fonde bien sur les opportunités de gains induites par des caractéristiques proches de la concurrence, et que ces comportements sont nécessaires à l'existence d'une offre permettant de compenser en partie les limites des autres intervenants.

L'analyse ainsi menée des caractéristiques concurrentielles du secteur privé permettra dans la seconde partie de s'interroger sur les limites liées précisément à des logiques lucratives

dans un domaine qui requiert des principes d'équité, mais où les asymétries d'information s'avèrent importantes. Cette identification en deux temps du micro-marché sanitaire (accent d'abord sur les logiques concurrentielles favorables au rôle "providentiel" du marché pour la demande - chapitre 2 -, puis mise en valeur de stratégies individuelles plus floues et sources de risques - chapitre 4) apparaîtra symptomatique de la complexité de ce secteur et des difficultés qui en découlent pour définir le rôle des pouvoirs publics par rapport au marché (chapitres 5 et 6).

CHAPITRE 2

LA PROLIFERATION DES SERVICES PRIVES : DYNAMIQUES ET DETERMINANTS DU MARCHE.

Le présent chapitre vise à montrer quelles logiques président au développement actuel du marché. Nous examinons d'abord les fondements théoriques de l'idée selon laquelle le marché favorise l'allocation efficace des ressources, pour mettre en parallèle cette conception avec le cas béninois (I) : le retour au secteur marchand repose sur des hypothèses centrées sur le marché comme cadre d'analyse applicable à toutes les prestations sanitaires (y compris les services publics), et sur une conception de la santé vue avant tout comme un bien privatif (c'est notamment la vision des approches en termes de capital humain). Les déterminants du développement du marché sont ensuite abordés (II), pour montrer que les logiques de report face aux rationnements, du côté de l'offre comme de la demande, ont joué un rôle important dans la prolifération des petites unités sanitaires. Le développement du marché s'explique ainsi par une conjonction de facteurs institutionnels (démocratisation, stimulation du secteur privé) et économiques (rationnement des diplômés face à l'arrêt de recrutement dans la fonction publique, rationnement des usagers face aux services publics, mais également caractéristiques du marché qui le rapprochent de la concurrence pure et parfaite du point de vue de la facilité d'entrée et de l'atomicité). Ainsi le rôle des acteurs privés apparaît aussi important que celui des pouvoirs publics dans la prolifération des petites unités, ce qui justifie d'analyser les caractéristiques des offreurs et des demandeurs de santé sur le marché. Ce chapitre ne s'intéresse donc volontairement qu'à certains aspects des déterminants de l'offre et de la demande, délaissant les problèmes informationnels et leurs conséquences qui seront abordés au chapitre 4.

I . LE MARCHE, GAGE D'EFFICACITE ?

Afin de préciser le débat sur le développement du secteur privé, nous abordons dans un premier temps (I.1) les raisons pour lesquelles une intervention publique a vu le jour dans le secteur sanitaire, remettant en cause les hypothèses traditionnelles de l'efficacité du marché. Nous examinons ensuite (I.2) les fondements du retour actuel au marché.

I.1 . FONDEMENTS DE L'EFFICACITE MARCHANDE ET JUSTIFICATIONS DE L'ETAT TUTELAIRE.

Si dans la microéconomie traditionnelle, on suppose l'efficacité du marché face à tout autre type de régulation, c'est sous une paire d'hypothèses relatives d'une part à la rationalité individuelle (l'individu est maximisateur), d'autre part au type de concurrence sur le marché (concurrence pure et parfaite). Il semble donc important d'aborder ces fondements afin d'identifier la logique des partisans, à la fois analystes et institutionnels, d'une libéralisation forte du secteur sanitaire béninois. On constatera ce faisant que parmi les diverses définitions de l'efficacité, c'est l'efficacité productive (efficacité supérieure supposée des opérations productives) et l'efficacité allocative (efficacité des structures de marché dans l'allocation des ressources) qui sont retenues comme critères de ces analyses.

Concernant la rationalité, l'individu est considéré comme maximisateur de sa fonction d'utilité. Dans un contexte sanitaire, cette hypothèse s'est vue traduite à travers les modèles en termes de capital humain appliqués à la santé. Ces derniers considèrent que l'individu investit dans sa santé comme dans un bien durable qu'il lui faut maximiser en répartissant ses dépenses tout au long de son cycle de vie. Mushkin, l'un des précurseurs de l'application du capital humain à la santé, envisage cette dernière comme un investissement dès 1962. Son analyse souligne en particulier les points communs entre les secteurs éducatif et

sanitaire considérés comme une demande d'investissement, et inspire la première modélisation opérée par Grossman (1972) (ceci apparaît dans l'aspect "investissement" du modèle de l'annexe 1). Ce dernier reprend l'approche déjà initiée par Becker (Becker 1965, Becker et Ghez 1975), qui, constatant les lacunes des fonctions de consommation jusqu'alors proposées, introduit le facteur temps comme déterminant essentiel des décisions individuelles.

Grossman fonde ainsi son modèle sur l'analyse de Becker : les agents sont dotés d'une fonction de production qui intègre le temps et les biens non comme des objets de choix dans une fonction d'utilité, mais comme des inputs dans la production d'outputs de l'agent ou du ménage. Par rapport à l'approche traditionnelle, qui n'analysait que la demande de soins (dépendant comme tout bien des prix, des revenus et des préférences), Grossman propose un modèle s'appuyant sur le concept de demande de santé. L'individu hérite d'un capital-santé initial, qui se déprécie à partir d'un certain âge, à un taux croissant avec le temps. Sous les contraintes de revenu et du stock de santé effectif, il investit en soins et en temps afin d'atteindre le stock désiré. Il meurt lorsqu'il ne peut plus investir suffisamment pour se maintenir au seuil de survie. Finalement le modèle de Grossman permet de faire intervenir le capital santé non seulement de façon directe sur la fonction d'utilité, mais également de façon indirecte avec un effet positif sur le temps de travail et le revenu.

Egoïste donc puisqu'il cherche à rendre optimal son propre état de santé, l'individu est également, dans cette optique, un agent maximisateur en calculant son sentier optimal de dépenses. Les extensions du modèle initial reprennent, tout en les améliorant, ces hypothèses fondamentales : endogénéisation de la dépréciation du capital santé (Dowie 1975, Cropper 1981, Ippolito 1981, Muurinen 1982), incertitude sur les services rendus par le capital santé (Cropper 1981), santé comme variable endogène influant sur le temps gagné face aux périodes de maladie (Grossman et Benham 1974).

Ces hypothèses sur le comportement individuel dans le cadre sanitaire s'appliquent également du côté des producteurs de santé. Les analyses inspirées de la micro-économie traditionnelle ont usuellement assimilé l'hôpital à une entreprise, et le médecin à un entrepreneur individuel (cf Darbon et Letourmy 1983). Une fonction d'utilité est associée à ce dernier, et il cherche à maximiser son utilité en fonction des inputs et à travers les choix de quantité et de prix du produit. Le médecin dispose donc d'une fonction de production fondée sur le temps et les facteurs nécessaires à l'activité.

Compte tenu du caractère considéré comme universel de ces hypothèses, leur application au Bénin considérerait donc une offre et une demande sanitaires séparées, confrontées par l'intermédiaire des prix et des quantités selon un processus de maximisation. Dans cette optique, le caractère public d'une partie de l'offre ne remet pas en cause une telle approche en termes de marché, puisque celle-ci considère toutes les prestations sanitaires comme appréhendables dans le cadre de relations entre une offre et une demande qui restent indépendantes. En d'autres termes, l'existence possible d'instances intermédiaires entre l'offre et la demande dans la détermination des prix, voire des quantités, n'a pas empêché l'approche micro-économique traditionnelle de continuer à considérer le système de santé comme un marché dans lequel l'offre et la demande sont constituées de façon indépendante. Le marché demeure au centre du fonctionnement du système de santé, les éléments déterminés en dehors du marché (par exemple la fixation des prix par une instance exogène) n'étant que des contraintes auxquelles il s'adapte.

S'agissant des hypothèses relatives à la concurrence pure et parfaite, on dispose depuis Walras (1874), Arrow et Debreu (1954), des conditions de l'équilibre général, supposées vérifiées sous des caractéristiques traditionnellement définies : atomicité, homogénéité, libre entrée et transparence. Nous nous intéressons ici à cet aspect seul du modèle de Arrow-Debreu (les quatre conditions de concurrence pure et parfaite), avec la considération supplémentaire que chaque agent est, dans ces analyses, supposé disposer de la même information que les autres (hypothèse d'information symétrique de Arrow et Debreu).

Au regard de ces conditions, il apparaît que deux d'entre elles, l'homogénéité et la transparence, ne se trouvent pas vérifiées dans le secteur privé béninois. En réalité ces restrictions aux hypothèses évoquées s'observent également au niveau des analyses théoriques et le terrain béninois n'apparaît pas comme le premier ni le seul à s'en écarter. Dans des contextes forts différents (notamment les économies industrialisées et les marchés de biens physiques), la transparence et l'homogénéité ont constitué les premiers écarts aux normes édictées par les formalisateurs de la concurrence pure et parfaite (cf Hotelling 1929 et Chamberlin 1933 pour l'hétérogénéité, et Stigler 1961 ou Akerlof 1970 pour l'absence de transparence). Ainsi la notion de concurrence monopolistique (Chamberlin 1933) rompt-elle avec l'idée de prépondérance du modèle concurrentiel pur et parfait en introduisant l'existence du monopole. Elle n'abandonne cependant pas l'idée que la concurrence puisse être d'application générale, mais avance plutôt la possibilité d'une combinaison entre les deux systèmes. Akerlof (1970) montre à partir de l'exemple des voitures d'occasion, que l'absence de transparence peut s'ajouter à l'hétérogénéité pour rendre un équilibre sous-optimal (ce modèle sera abordé dans le chapitre 4).

Par ailleurs, les écarts par rapport aux conditions de concurrence pure et parfaite s'observent tout particulièrement dans le domaine sanitaire. Dans le contexte béninois, plusieurs aspects du système de santé dans son ensemble (secteur public comme secteur privé) montrent des caractéristiques différentes de la concurrence pure et parfaite, particularités qui s'observaient déjà dans le champ sanitaire des économies industrielles :

- Le système se caractérise d'abord par l'existence de monopoles, dont certains ont résulté des modalités d'intervention héritées du régime d'inspiration marxiste. Dans les années 70, l'organisation sanitaire se fondait sur la centralisation des structures de soins (à la fois géographique - la ville - et décisionnelle - gestion centralisée sur le modèle de l'économie collectiviste), et des fournisseurs de médicaments (en 1986, deux usines seulement assuraient la production locale, le reste, en réalité prépondérant, étant importé et distribué par un monopole). L'Office National de Pharmacie (ONP) a longtemps maintenu un système d'importations contrôlées des médicaments. L'ONP assurait à la fois l'importation et la distribution de ceux-ci (Elisha 1987). Aujourd'hui, l'organisation du secteur pharmaceutique

connaît certes une restructuration parallèle à celle des soins. Les nouvelles orientations de politique sanitaire (1990) ont relancé le secteur privé officiel, sans pour autant diminuer la place du secteur informel (Kaddar 1992, 1995). Mais le rôle de l'Etat dans un domaine stratégique en termes sanitaires demeure déterminant, à travers notamment la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME, cf. chapitre 1, II.2.2.2), dont le but est d'approvisionner les services de santé en médicaments essentiels (la CAME intervient initialement sur les secteurs public et privé à but non lucratif, elle est appelée à s'ouvrir au domaine privé commercial). En ce sens, la mise en oeuvre des soins de santé primaires a favorisé le maintien d'une politique de médicaments axée sur une intervention publique volontariste.

- Le caractère de bien collectif mixte de la santé (cf. chapitre 1, II.1.1.1) ainsi que les effets externes limitent également la nature purement concurrentielle du secteur. Les réorientations du système de santé, si elles contribuent certes à favoriser le champ privé, tiennent également compte de ce type de biens (collectifs et à effets externes) par la reconnaissance d'un domaine public privilégié d'intervention. On se trouve donc plutôt face à la présence conjointe de biens collectifs et de biens privés que devant des biens privés seuls. La place aujourd'hui importante des biens privatifs (cf chapitre 1, II.1.1.2) n'a donc pas totalement remis en cause le caractère spécifique de la santé qui, au même titre que certains services publics (éducation, sécurité...), demeure un bien largement collectif en dépit des restructurations du système de santé.

- Un troisième aspect, plus spécifique au domaine sanitaire, vient également renforcer les limites des conditions de concurrence pure et parfaite : c'est le phénomène de l'induction de la demande par l'offre, qui a paradoxalement fait l'objet de nombreuses analyses d'inspiration néoclassique, bien que remettant en cause l'un des présupposés fondamentaux de ce courant, à savoir la séparation de l'offre et de la demande. La possibilité d'une demande de santé provoquée dans une certaine mesure par les producteurs signifie que l'augmentation de l'offre va engendrer un mouvement similaire de la demande. Les analyses fondatrices de cette idée (Fuchs et Kramer 1972, Evans 1974) ont été suivies d'un ensemble de recherches sur les modalités et les causes de ce phénomène. Il en ressort que la densité médicale constitue un facteur d'induction important (Fuchs 1978, Evans 1974, plus récemment Béjean et Gadreau 1992). Au delà des débats engendrés par ces questions, on peut s'interroger sur les possibilités d'une application du principe d'induction au cas du Bénin. Ainsi, même si aucune étude ne

vient renforcer une telle hypothèse dans ce pays, on peut néanmoins penser que les offreurs du secteur privé ont les moyens de favoriser la demande de santé pour améliorer leurs gains, en profitant des faibles connaissances médicales des patients. Cette hypothèse d'induction montre en tout cas que la demande et l'offre ne sont pas parfaitement séparées, et que des prestataires peuvent biaiser la concurrence par des stratégies visant à jouer sur l'information divulguée aux patients. Cette remarque montre l'importance des questions d'asymétries informationnelles entre l'offre et la demande de santé, qui constituent l'un des objets d'analyse essentiels de cette thèse comme on le verra à partir du chapitre 4.

Ainsi donc la vision la plus pure du marché s'est-elle vue remise en cause par des caractéristiques du secteur sanitaire que nous retrouvons au Bénin et qui semblent pouvoir s'appliquer à un bon nombre de systèmes de santé. L'existence d'effets externes, de biens collectifs, de monopoles, d'une demande partiellement induite par l'offre, équilibrent le débat entre les tenants d'un système marchand et ceux favorables à une intervention essentiellement publique. Dans le cas béninois, la mise sous tutelle de l'activité sanitaire s'est donc trouvée fondée, au delà du contexte politique anciennement favorable à une mainmise des pouvoirs publics, sur la possibilité pour la demande de bénéficier d'effets externes particulièrement importants dans ce domaine (la bonne santé des uns bénéficiant aux autres), et qui justifient d'autant plus une intervention publique qu'ils peuvent se traduire également par des externalités négatives (par exemple des vagues de contagion en l'absence de plan de vaccination, face auxquelles seule une intervention publique sera efficace).

Face aux explications du comportement tutélaire de l'Etat, le mouvement actuel de développement du secteur privé montre que des contre-arguments ont vu le jour, se traduisant par le principe du marché efficace. Nous examinons maintenant ceux-ci, tout en montrant que les difficultés de gestion et de fonctionnement des services publics béninois ont parallèlement favorisé cette optique inspirée d'une approche de "public choice".

I.2 . LE RETOUR AU MARCHÉ ET SES FONDEMENTS.

Le mouvement que nous qualifions de privatisation-recentrage des prestations sanitaires publiques béninoises (sous l'impulsion de la banque Mondiale : Griffin 1991, Banque Mondiale 1993) correspond partiellement à un retour au marché sous l'idée que, les pouvoirs publics ne fonctionnant pas sur un mode de concurrence pure et parfaite, ils ne peuvent, malgré leurs avantages face aux caractéristiques du marché (effets externes, biens collectifs, réduction de l'induction de la demande), donner lieu à une allocation pleinement efficace des ressources sanitaires.¹ Ceci s'inspire, de façon partielle, des réflexions menées par les représentants les plus radicaux de la "nouvelle économie publique" (Buchanan notamment), dans leur proposition de supprimer purement et simplement l'Etat-providence dans les pays occidentaux. Les analystes de la Banque Mondiale n'en viennent certes pas à cette extrémité : l'idée de "privatiser les hôpitaux et les éliminer du budget de l'Etat" (Griffin 1991) vise en effet dans cette optique à "permettre aux gouvernements de se concentrer sur la santé publique" (c'est bien en ce sens une approche en termes de recentrage autant que de privatisation). Sous-traiter au secteur privé semble également une voie de réformes bénéfique du point de vue de la Banque Mondiale, ce qui nuance la filiation avec des approches radicales de la privatisation : les pouvoirs publics peuvent en effet continuer de financer des services même s'ils n'ont "pas obligatoirement à fournir ces services directement" (p 46). L'analogie entre la remise en cause de l'Etat-Providence sous toutes ses formes et les orientations liées aux PAS se doit donc d'être nuancée, néanmoins l'influence apparaît assez nettement. De même, les mesures engagées au Bénin trouvent partiellement leur source dans ce type d'analyse, même si la filiation n'est ni directe ni totale (comme le montre la subsistance des prestations publiques essentielles pour les plus pauvres dans les programmes des soins primaires). Sur quelles hypothèses théoriques de tels arguments se fondent-ils

¹ Le terme de privatisation n'est pas sans poser quelques problèmes de définition (Young 1991, Plane 1994, Kumssa 1996). Nous ne considérons pas ici la privatisation comme le transfert systématique de certaines activités publiques au secteur privé (privatisation au sens strict), mais plutôt comme la stimulation de la concurrence et le développement des activités sanitaires ne relevant pas de la production publique (privatisation au sens large). Ce phénomène va de pair avec la croissance de la sphère marchande abordée dans le chapitre 1 : le secteur privé se caractérise par une fixation des prix partiellement ou totalement libre, c'est-à-dire proche du fonctionnement d'un secteur marchand pur.

Concernant le terme de recentrage, il indique l'utilisation du rapport coût-efficacité pour réorienter la production publique de services sanitaires (cf chapitre 1 également).

précisément ? On peut considérer que deux idées essentielles constituent le fondement de la "nouvelle économie publique" appliquée aux services sanitaires béninois.

En premier lieu, les analyses évoquées considèrent que le secteur sanitaire privé se trouve bien être un marché, même s'il obéit dans une certaine mesure à des règles propres. Darbon et Letourmy, comme nous l'avons déjà indiqué, ont souligné cette caractéristique des réflexions "d'inspiration néoclassique" : celles-ci admettent généralement (voir notamment Arrow 1963) que même si le marché sanitaire ne correspond pas dans les pays occidentaux à une situation de concurrence pure et parfaite, il demeure néanmoins un lieu de rencontre entre l'offre et la demande (cf Darbon et Letourmy 1983). Même dans le cas où les prix se voient déterminés de façon exogène (ce qui du reste est le cas des services sanitaires publics au Bénin), la conception évoquée ne considère cette caractéristique que comme une contrainte supplémentaire (expliquant au passage la non-optimalité du secteur et justifiant selon l'analyse le retrait de l'Etat). De plus, les tenants de cette approche considèrent qu'il reste une fonction essentielle à remplir pour le marché : l'égalisation des quantités.

La primauté actuellement donnée aux unités de soins privés au Bénin semble se rapprocher de ces hypothèses, dans une optique où le concept de marché s'appliquerait de façon universelle.

En second lieu, les analyses sus-mentionnées répondent à une conception de la santé comme bien économique susceptible d'être de nature privée. Nous revenons sur cet aspect déjà abordé précédemment, afin de montrer que la vision développée dans les arguments actuels de privatisation se rapproche d'une conception de la santé comme investissement en capital de la part des individus.

Le modèle de référence est à cet égard constitué par la théorie du capital santé déjà présentée (Grossman 1972, cf I.1 et annexe 1). La santé y est en effet considérée comme un bien durable (capital) géré par l'individu de sa naissance jusqu'à sa mort. Pour ce faire, ce dernier acquiert sur le marché les services susceptibles de préserver ou améliorer son capital-santé et cela tout au long de son cycle de vie.

L'implication essentielle de cette conception en domaine béninois réside donc dans l'individualisation, facteur de privatisation de la santé. La demande apparaît comme individuelle même si elle peut être influencée par celle des autres agents. La place donnée au marché y prend alors toute son ampleur, et l'on comprend mieux la correspondance implicite entre une optique de marché et une optique d'investissement sanitaire. Ce rapprochement fera l'objet d'une analyse plus étendue dans le chapitre 3, où seront également soulignées la distinction entre consommation et investissement sanitaires, et la nécessité en milieu africain de rendre toute son importance au premier concept.

Les hypothèses du marché comme gage d'efficacité ont donc contribué à la faveur actuelle dont bénéficie le mouvement de développement des soins privés au Bénin. A partir de ce constat, nous nous proposons de présenter plus concrètement les déterminants économiques du dynamisme de ce secteur en milieu urbain (Cotonou).

II . LA PROLIFERATION DU SECTEUR PRIVE : RATIONNEMENTS ET LOGIQUES LUCRATIVES

La présentation d'une typologie et d'éléments statistiques (II.1) sera suivie d'une analyse des logiques notamment lucratives qui prédominent du côté de l'offre, mais également des déterminants détectés du côté de la demande de services privés (II.2). Cette approche sera volontairement partielle, puisqu'elle ne traite que des déterminants liés aux conditions proches

de la concurrence pure et parfaite (libre entrée et atomicité), qui caractérisent une large part de ce secteur. Les caractéristiques différentes de la concurrence pure et parfaite (non-transparence et hétérogénéité) et leurs conséquences en termes de risques liés au marché seront abordées au chapitre 4.

II.1 . LES PRESTATAIRES PRIVÉS : DIVERSITÉ ET MECONNAISSANCE.

C'est la diversité des structures sanitaires privées qui constitue l'un des fondements du dynamisme du marché. Au delà de cette idée, une connaissance plus fine du domaine privé s'avère nécessaire pour déterminer les unités qui, dans le cadre de notre terrain d'étude (le fonctionnement des petites prestations marchandes), feront l'objet d'une analyse toute particulière en termes de risques subis par les utilisateurs.

Le secteur sanitaire privé apparaît assez méconnu compte tenu notamment des lacunes dans les recensements et les évaluations officiels. En effet ces derniers n'intègrent pas toutes les catégories de prestataires privés, comme il apparaît dans le tableau 9.

TABLEAU 9 :
 INFRASTRUCTURES SANITAIRES PRIVEES REPERTORIEES PAR LES POUVOIRS
 PUBLICS

INFRASTRUCTURE	EFFECTIFS
Hôpitaux ou polycliniques	15
Cabinets médicaux	46
Cliniques d'accouchement	56
Cabinets de chirurgie dentaire	9
Cliniques de soins infirmiers	59
Cabinets ophtalmologiques	4
Officines de pharmacie	86
Dépôts pharmaceutiques	231

Source : Ministère de la Santé Publique 1994.

Si les centres religieux dispensant des services de santé sont comptés parmi les formations ci-dessus répertoriées, plusieurs formes de prestations s'en trouvent par contre exclues :

- La médecine traditionnelle, qui pourtant constitue une source de soins importante comme nous le soulignerons dans l'analyse des comportements de demande. Certes, certains guérisseurs sont aujourd'hui reconnus officiellement suite à l'adoption d'un "Statut de praticiens de la médecine traditionnelle au Bénin" (décret de 1986), qui a donné lieu à la tenue d'un registre par le Ministère de la Santé Publique. Mais ce répertoire ne prend en compte qu'une partie probablement fort inférieure au nombre effectif de médecins traditionnels (3517 praticiens étaient ainsi officiellement autorisés en 1993). De plus, il n'est pas certain qu'il tienne compte de toute la diversité des pratiques, puisqu'il distingue simplement trois types de guérisseurs en fonction de spécialités rattachées à un espace géographique : morsures et piqûres (départements de Borgou et Atacora) ; dracunculose (département de Zou) ; enfin une troisième catégorie à laquelle on demande d'annoncer une spécialité.

- L'action des ONG ensuite, qui contribue activement à l'offre sanitaire de façon directe (aide d'urgence, soins de base, apport de médicaments) ou indirecte (financement, fourniture de matériel, de personnel qualifié).
- Les pratiques d'auto-traitement, dont nous montrerons également l'importance dans les stratégies thérapeutiques des demandeurs de santé.
- Enfin les petits cabinets médicaux ouverts par des diplômés de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes), souvent non autorisés, constituent une source importante d'offre sanitaire sur laquelle notre analyse se focalisera compte tenu de leur prolifération, de la rareté des études qui leurs sont consacrées, et des risques qui pourtant leurs sont liés du côté de la demande. Le Ministère de la Santé Publique, dans l'annuaire des statistiques sanitaires qu'il est chargé de réaliser annuellement, reconnaît lui-même (1993a, 1994) que les chiffres officiels (tableau 9) sont largement biaisés compte tenu de "la prolifération des cabinets médicaux, cabinets de soins et cliniques d'accouchement depuis 1987, date à laquelle le recrutement du personnel dans la fonction publique béninoise a été gelé". L'installation de ces unités étant le plus souvent non autorisée et non réglementée, les pouvoirs publics ne prennent en compte que les formations officiellement déclarées.²

On constate en tout état de cause les insuffisances des typologies officielles pour représenter le secteur des prestations de santé privées au Bénin. Nous proposons donc ci-dessous une typologie plus complète des services privés, qui peut s'appliquer dans ses grandes lignes (au delà des spécificités nationales) à l'ensemble de l'Afrique subsaharienne.³ Nous

² Nous parlerons désormais de petites unités ou de micro-unités sanitaires, pour qualifier ces prestataires. Le choix de ce terme sera justifié dans ce chapitre.

³ La typologie que nous proposons doit aux travaux suivants : Rougemont et Brunet-Jailly (1989), Dumont (1987), Bannerman, Burton, Wen-Chieh (1983), Fainzang (1985), Berche (1985), Mills, Vaughan, Smith, Tabibzadeh (1991). La présentation d'un système sanitaire privé à l'échelle de plusieurs pays se justifie ici par le caractère en partie similaire des acteurs sanitaires privés dans les pays francophones : large place de l'informel, des médecines traditionnelles et de l'auto-médication. Rappelons également que ces pays ont adhéré de façon générale aux principes de Alma Ata pour le secteur public des soins.

centrerons ensuite notre approche sur le cadre béninois en présentant une structure des services du pays.

TABLEAU 10 :
L'OFFRE PRIVEE DE SANTE : ESSAI DE TYPOLOGIE.

TYPE DE SERVICE	TYPE D'ACTIVITE	FINANCEMENT (cas général)
Structures officielles privées (voir tableau 5)	-Soins généraux -Accouchement, chirurgie dentaire, ophtalmologie, pharmacie...	L'utilisateur
Petits cabinets non officiels (biomédecine)	-Soins de base -Soins spécialisés dans certains cas	L'utilisateur
Médecine traditionnelle	-Traitement organique et symbolique de la maladie -Spécialisation fréquente dans les maladies psychiques	L'utilisateur, en nature et/ou en monnaie
Auto-traitement	-Soins de base -Hygiène, nutrition, obstétrique	L'utilisateur
Organisations non gouvernementales	-Aide d'urgence -Fourniture de matériel, médicaments, personnels qualifiés -Financement	-Aide extérieure -Dons -Utilisateurs
Dispensaires religieux	-Soins de base -Volet éducation et animation en développement	-Aide extérieure -Dons -Congrégation d'appartenance -Utilisateurs
Groupements communautaires (associations villageoises, tontines)	-Service non marchand de couverture sociale -Contribution aux équipements collectifs de santé	Cotisations des membres
Services gérés par les entreprises	Soins gratuits et prévention gratuite pour les salariés de certaines entreprises	L'entreprise

Le secteur sanitaire privé se caractérise donc par une grande diversité des unités existantes, que font insuffisamment apparaître les classifications officielles.

Au regard du tableau ci-dessus, nous pouvons distinguer, au sein même du secteur privé, les unités officielles des prestataires non répertoriés et/ou non autorisés (tableau 11). Nous montrons ainsi l'intérêt de s'interroger sur les risques qui peuvent être liés à la difficulté de l'évaluation et du contrôle par un agent central du secteur non répertorié.

TABLEAU 11 :
L'OFFRE PRIVEE : PRESTATIONS OFFICIELLES ET SERVICES NON REPERTORIES.

TYPE D'UNITE	UNITES RECENSEES
SECTEUR OFFICIEL	
Structures officielles de biomédecine	506 (1993)
Dispensaires religieux	/
ONG	/
Services gérés par les entreprises	/
Médecine traditionnelle recensée (registre officiel)	3517 (1993)
SECTEUR NON REPERTORIE ET/OU NON AUTORISE	
Petits cabinets de soins (micro-unités)	Nombre inconnu
Médecine traditionnelle non recensée	Nombre inconnu
Auto-traitement	Non évaluable

-Typologie élaborée par nous-même.

-Source des évaluations chiffrées : Ministère de la santé publique du Bénin (MSP 1993a).

Le tableau souligne que la connaissance du nombre d'unités s'avère particulièrement déficiente, notamment dans le secteur non répertorié.

A partir de cette réalité mouvante qu'est le secteur sanitaire privé, nous nous proposons de cibler l'analyse qui suit sur les petits cabinets ouverts par des diplômés du domaine médical. Ceux-ci relèvent de ce que l'on qualifie généralement de biomédecine (Rougemont et Brunet-Jailly 1989), c'est-à-dire de pratiques fondées sur le modèle et les techniques médicaux des pays industrialisés. La référence y demeure le modèle biologique humain, et les spécialistes supposent que la connaissance des mécanismes régissant son fonctionnement devrait à terme apporter un remède à toutes les maladies (ce concept est aujourd'hui utilisé dans les organismes spécialisés - notamment l'OMS - par distinction avec la "médecine traditionnelle").

Pourquoi choisissons-nous de focaliser l'analyse sur les petites unités biomédicales ? Deux aspects expliquent ce choix. En premier lieu, leur prolifération actuelle implique une interrogation sur les conséquences de ce mouvement en termes de qualité des prestations et de réponse à la demande sanitaire. On doit aujourd'hui considérer ce type de service comme une modalité courante de soins dans les milieux urbains, et c'est son impact sur la demande qui fera l'objet de notre analyse.

En second lieu et de façon liée, le caractère marchand de ces unités (qui sera souligné en II.2), à savoir les comportements de recherche de profit et le contexte de relative concurrence, appelle à s'interroger plus précisément sur les comportements des producteurs concernés. A cet égard, nous poserons une hypothèse qui vise à montrer le caractère restrictif de l'approche des biais bureaucratiques appliquée à un pays subsaharien : celle-ci considère en effet que les services publics font l'objet de biais liés aux comportements stratégiques des agents de la fonction publique. Or nous tenterons plus loin de souligner que les stratégies poursuivies par les petits prestataires privés peuvent également relever de motivations limitant

l'efficacité de ces services. L'hypothèse sous-jacente revient à remettre en cause l'efficacité a priori supérieure du marché.

L'analyse des petites unités biomédicales, parce qu'elle comprendra la recherche des préférences de la demande, devra tenir compte du rôle de la médecine traditionnelle. En effet celle-ci occupe une place importante dans les décisions des patients. Elle se caractérise de plus par une taille d'unités similaire à celle des cabinets biomédicaux, et une connaissance des produits également floue. Au-delà de la nature fondamentalement différente de ces deux formes de soins, celles-ci semblent donc fortement liées à la fois par l'utilisation simultanée qu'en font les patients, et par leurs caractéristiques de localisation (proximité) et de production (petite taille).

Avant d'en arriver à l'approche des logiques lucratives et concurrentielles qui caractérisent en partie le marché, précisons que le secteur pharmaceutique connaît également une forte diversité dans la nature des prestations, sur le même modèle que les services de soins : on peut en effet distinguer le secteur public, le domaine privé officiel à but lucratif, le secteur privé non lucratif et enfin le segment informel (dit parallèle). Le secteur public des médicaments est constitué par la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels (CAME), créée pour assurer l'approvisionnement en produits génériques destinés aux soins primaires (cf chapitre 1, II.2.2.2). Le domaine privé se compose à la fois de grossistes (GAPOB, SOPHABE, UPHEBAR...) et de pharmaciens indépendants (les officines du tableau 9). Enfin le marché parallèle, largement méconnu mais très dynamique, fonctionne sans aucun contrôle régulier des pouvoirs publics. Il s'approvisionne en médicaments provenant essentiellement du Nigéria voisin pour les produits relevant de la biomédecine (importés frauduleusement), mais se compose également de plantes ou préparations traditionnelles. Le marché parallèle fournit

en outre une partie des officines déclarées (cf Kaddar 1992, 1995), ce qui traduit le contrôle limité qu'exercent les pouvoirs publics sur le secteur privé pharmaceutique.⁴

On peut enfin noter, concernant les médicaments, que les options récentes de politique sanitaire tendent à chercher une meilleure emprise de l'Etat sur ce secteur (Plan d'action prioritaire triennal 1994-1996, MSP 1993c). Mais la reprise, consécutive à ces mesures, du marché officiel dans les années 90, ne semble pas réduire le dynamisme et le poids du marché parallèle.

Nous examinons maintenant les déterminants du marché du point de vue de certaines caractéristiques concurrentielles de celui-ci, et des contraintes et préférences qui ont poussé les offreurs et les demandeurs à s'y porter.

II.2 . LES LOGIQUES DU MARCHE.

Notre analyse étant centrée sur des micro-unités sanitaires que nous avons qualifiées plus haut d'informelles, il convient de revenir dans un premier temps sur la terminologie qui sera utilisée pour définir ces unités : nous nous positionnons ici dans le débat entre les termes de micro-entreprises et de secteur informel, en faisant au passage apparaître les spécificités des petits prestataires de santé. Les déterminants et les caractéristiques de l'offre et de la demande sont abordés dans un second point.

⁴ Bécu et Diezi (1990) estiment que le secteur public et le secteur privé à but non lucratif représentent environ 30% du marché en valeur. Ceci laisse 70% du marché au secteur privé à but lucratif, dont 35 à 40% pour le secteur parallèle.

II.2.1 . LES PETITES PRESTATIONS SANITAIRES, UN INFORMEL SPECIFIQUE

Les petits cabinets médicaux semblent présenter des caractéristiques de ce que l'on qualifie généralement de secteur informel. Or, deux problèmes se posent si l'on se limite à les définir à partir de ce seul secteur. D'une part, la notion d'informel reste encore controversée, et il convient de situer notre approche à l'égard de ce débat. D'autre part, les petits prestataires sanitaires se distinguent de certains aspects traditionnellement reconnus comme propres à l'informel, et leurs spécificités doivent être à cet égard soulignées.

Nous abordons ici, en trois temps, cette question de la nature des petits prestataires sanitaires. Dans un premier temps sont présentés les rapprochements possibles entre les unités de santé étudiées et le secteur informel. Nous soulignons ensuite les spécificités qui, au contraire, rendent difficile l'appréhension des unités comme secteur informel. Nous terminons en aménageant la notion de micro-unité pour l'adapter à ces spécificités, ce qui souligne l'originalité des prestataires sanitaires vis-à-vis des petites unités généralement étudiées dans le contexte marchand urbain.

Cette analyse de la nature des prestations apparaît essentielle pour aborder les logiques développées sur le marché. En effet, leur reconnaître des traits proches de l'informel permettra d'appliquer la double dimension de ce concept au terrain ici abordé : d'une part des aspects concurrentiels (développés dans la suite du présent chapitre) ; d'autre part, une forte nébulosité (lacunes et asymétries d'informations) qui donnera lieu à l'analyse des risques portant sur la qualité des produits (chapitre 4). Choisir finalement le terme de micro-unités permet de tenir compte de certaines caractéristiques fortes des prestataires sanitaires (capital humain élevé, absence de marginalisation) et de souligner la spécificité du domaine sanitaire par rapport aux autres petits producteurs.

Des prestations à caractère informel

Les caractères propres à l'informel que l'on retrouve au sein des petites unités de santé apparaissent au nombre de trois : d'abord un repérage statistique difficile ; ensuite certaines caractéristiques d'un marché concurrentiel ; enfin un faible accès aux ressources financières officielles assorti d'une faible part de capital fixe dans la structure productive.⁵ Examinons successivement ces trois aspects.

Le problème du repérage statistique (*premier critère* relatif au secteur informel) s'observe dans de nombreux secteurs considérés comme informels. Les activités concernées échappent en effet aux prélèvements fiscaux, aux réglementations sociales et commerciales, aux critères usuels de comptabilité. Si l'on ajoute que leur emplacement peut facilement varier, on comprend les difficultés de repérage généralement évoquées.

Le secteur sanitaire, parce qu'il appartient au domaine des activités de services, se trouve logiquement plus soumis à cette difficulté d'appréhension statistique que la petite production de marchandises. Cette dernière se caractérise en effet par une cristallisation du travail dans la matière et la transformation des matières premières en biens finaux (Hugon 1980a et 1980b), au contraire des services, dont la matérialisation se mesure difficilement. Les problèmes encore aujourd'hui rencontrés par les analyses tentant d'évaluer les actes médicaux les plus tangibles donnent une idée des blocages dans le repérage statistique des prestations faiblement répertoriées. Nous le verrons dans le chapitre 3 à propos des méthodes d'évaluation les plus courantes des établissements hospitaliers (coût-bénéfice, coût-efficacité, cf Lebrun et Saily 1991, 1992), qui posent des problèmes méthodologiques et statistiques malgré l'abondance des connaissances sur ce secteur. Les problèmes d'évaluation du domaine sanitaire apparaissent encore plus explicitement à partir des analyses qui tentent de prendre en compte les interactions soignant-soigné. Ainsi Bungener (1993) pose-t-elle la "négociation

⁵ Nous nous référons ici à la définition multi-critères du secteur informel.

perpétuelle" comme le coeur même de la relation entre malade et médecin. Selon l'auteur, cette relation dépasse l'approche par les conventions, de par l'opposition entre d'une part cette notion de négociation perpétuelle et d'autre part celle d'apprentissage qui est propre aux conventions. La production médicale serait finalement le résultat d'un processus qui se situe entre ces deux types de comportements, "convention et négociation continue" (p 11). la recherche de l'évaluation de l'acte médical fait donc aujourd'hui l'objet de débats, qui témoignent de la difficulté à définir une méthode universelle d'approche du domaine sanitaire.

Une telle difficulté semble donc encore plus lourde dans le secteur sanitaire, comme on peut le montrer en partant de la typologie de Hugon (1980b). Celui-ci distingue les services personnels des services matériels d'entretien, de réparation ou de maintenance. Les premiers (services personnels), parmi lesquels on peut classer les petites prestations de soins (cabinets médicaux ainsi que guérisseurs), se caractérisent selon l'auteur par l'absence de cristallisation du travail dans la matière, et la non-séparation des actes de consommation et de production. Les seconds (entretien, réparation, maintenance) sont liés aux stocks de biens de consommation durables ou de biens d'équipement, et apparaissent donc plus faciles à quantifier.

Il ressort donc que les micro-unités sanitaires se trouvent soumises à certaines caractéristiques de l'économie "informelle" de façon plus évidente que nombre d'autres activités considérées comme relevant de ce secteur. Il s'avère en effet particulièrement complexe d'appréhender la petite unité de santé en définissant son mode de fonctionnement. La petite production repérée par Hugon (fabrication de glace, de savon...) constitue, au regard de ce critère de matérialisation, un cas opposé à celui des prestations de soins, car beaucoup plus facile à définir. En outre, au sein même des activités de services "personnels", les prestations sanitaires semblent parmi les plus difficiles à identifier (en comparaison notamment de la réparation artisanale, des transports à motocyclette - les "zemidjan", très nombreux à Cotonou et Porto-Novo - , de la petite restauration de rue, ou encore du

commerce - cosmétiques, fruits, textiles...). Les services sanitaires sont parmi les moins identifiables et donc peu repérables statistiquement.

Une conséquence essentielle de cette caractéristique réside dans la difficulté du contrôle de la qualité des soins par les institutions, question abordée au chapitre 4.

La *deuxième caractéristique* des micro-unités sanitaires réside dans leur insertion au sein d'un marché dont certains traits (et seulement certains) apparaissent proches de la concurrence (au sens de concurrence pure et parfaite).

En reprenant les analyses de l'informel fondées sur une définition multi-critères, initiées par le BIT (Rapport sur le Kenya 1972) et reprises ensuite par de nombreux auteurs, nous pouvons retenir trois critères parmi les nombreux aspects développés dans les approches ayant mis l'accent sur le caractère concurrentiel du secteur informel.

- En premier lieu, c'est la facilité d'accès qui s'est vue mise en exergue (BIT 1972, Sethuraman 1976). L'absence de barrières institutionnelles à l'entrée favorise l'apparition des unités sur le marché. Dans le cas des petites prestations sanitaires au Bénin, il apparaît effectivement que les réglementations longtemps très lâches ont permis l'installation de nombreux cabinets, en particulier depuis l'arrêt du recrutement automatique des diplômés dans la fonction publique (les recrutements furent interrompus de 1987 à 1994). Certes, à partir de la fin des années 80, et notamment de la démocratisation du régime politique, les pouvoirs publics ont manifesté la volonté d'accroître la réglementation relative aux conditions d'exercice de toutes les structures sanitaires (cf le Plan Directeur Pharmaceutique et le Plan d'Action Prioritaire Triennal). Pourtant l'application de ces principes demeure d'une manière générale difficile (cf chapitre 6), et les caractéristiques mêmes du secteur informel

(nébulosité) le tiennent pour le moment largement à l'écart de toutes les formes de barrières réglementaires à l'entrée.

- En second lieu, le domaine des micro-unités se caractérise par ce que les définitions multi-critères ont qualifié d' "échelle restreinte des opérations" (Sethuraman posait comme critère le nombre d'employés dans l'entreprise, en considérant que celui-ci ne dépassait pas 10 personnes dans le secteur informel, 1976). En traduisant ces conditions dans le cadre du modèle de concurrence pure et parfaite, c'est donc l'hypothèse d'atomicité qui se voit ainsi vérifiée. A Cotonou en 1988, le nombre moyen de personnes travaillant dans un cabinet non déclaré était de 3 agents qualifiés et 1 agent non qualifié, plus éventuellement une ou plusieurs personnes de la famille, généralement sans qualification médicale (Dansou 1988), ce qui traduit bien la faible taille des unités en présence.

Il apparaît fort probable que la petite taille des unités favorise l'entrée des prestataires sur le marché. De même, celle-ci se trouve facilitée par la faible intensité capitalistique des unités, que nous aborderons séparément car cette caractéristique implique des conséquences d'une autre nature.

- Enfin, le caractère en partie concurrentiel des prestations peut être également souligné, en particulier à travers l'organisation sociale et juridique des cabinets. Mazumdar (1976) parlait de marchés de produits concurrentiels et non réglementés comme critères de délimitation des activités "non structurées". Si une telle approche semble excessive (puisqu'elle revient à poser une dichotomie entre un secteur informel forcément libre de toute entrave et un domaine de prestations publiques au contraire caractérisé par une organisation non marchande), néanmoins les services offerts par les petites unités apparaissent bien largement concurrentiels entre eux, de même qu'ils peuvent se substituer à (ou se voir évincés par) d'autres types de soins (médecine traditionnelle, auto-traitement,...).

Le *troisième critère* que l'on peut retenir pour rapprocher les micro-unités d'un secteur informel, réside dans un accès difficile aux capitaux et aux sources officielles de financement de l'activité. L'hypothèse de faible intensité capitalistique se vérifie dans le cas du capital fixe pour les petits cabinets de santé. Les investissements initiaux comprennent généralement le matériel technique et le local (Dansou 1988), et excluent donc tout investissement lourd. Le matériel technique (constitué de quelques instruments de base : stéthoscope, tensiomètre, thermomètre, trousse médicale, bureau, table de consultation) est souvent déjà acquis au cours de la formation initiale. Le local bénéficie généralement d'un loyer faible, les cabinets ouvrant le plus souvent dans les quartiers les plus défavorisés en termes de revenu de la population.

En outre, le faible accès aux sources de financement institutionnelles incite les prestataires à démarrer l'activité à partir de fonds propres ou d'aides en provenance des proches. Les circuits officiels interviennent donc très peu dans le financement de l'activité.

Au regard de ce dernier critère, les petites unités se caractérisent bien par une intensité capitalistique faible, comme l'avait mise en valeur dans d'autres contextes et d'autres types d'activités l'étude de Steel (1980). Un clivage s'observe à cet égard entre le secteur "moderne" de l'économie, utilisant du capital fixe qui constitue une barrière à l'entrée (c'est le cas des cliniques officielles), et le domaine "informel", qui dispose d'un volume de capital fixe réduit.

De plus, le critère de l'intensité capitalistique s'avère lié à celui de l'accès aux financements. Certes les circuits informels ne sont pas négligeables au Bénin, comme en témoignent les études réalisées sur les tontines béninoises (Lelart [1989] citait des enquêtes selon lesquelles presque chaque Béninois de plus de 18 ans participerait à une tontine, qu'elle soit mutuelle [tontine à vocation essentiellement sociale] ou commerciale [placement de sommes auprès d'un tontinier] ; voir également Gnansounou et Lelart 1994, Adéchoubou 1996). Mais ces sources de financement ne suffisent cependant pas à approvisionner les prestataires en fonds destinés aux investissements plus lourds.

Ceci rejoint l'analyse de Hugon, lorsqu'il indique que les services personnels proches des services de soins (coiffeurs, guérisseurs, cireurs...) sont assortis d'une intensité capitalistique certes pas toujours nulle (certains investissements minimaux peuvent être nécessaires) mais généralement faible (1980a p 423). Chaudhuri, dans une approche plus générale du secteur informel (1989), souligne également le faible accès aux sources de financement officielles, et explique ainsi la nécessité pour les unités de puiser dans leurs propres ressources. Les cabinets médicaux présentent bien à cet égard une caractéristique considérée comme propre au secteur informel.

Un repérage statistique faible, des éléments de concurrence, la faible capitalisation et l'accès limité aux flux financiers officiels constituent donc des traits communs entre d'une part le secteur informel tel qu'il se voit couramment défini dans l'analyse multi-critères, d'autre part les petites unités de soins au Bénin. Nous verrons dans ce chapitre (II) que si les deux dernières caractéristiques mentionnées (accès limité aux capitaux) constituent certes des contraintes inhérentes à un marché de petite taille, elles contribuent également à son dynamisme et lui permettent de répondre à une partie de la demande de santé que nous caractériserons plus loin.

Néanmoins le rapprochement entre les micro-unités et le secteur informel n'efface pas les spécificités des petites prestations sanitaires, qui contribuent à rendre plus complexe leur classification au sein de ce secteur.

Des prestations spécifiques

Les particularités des unités sanitaires, par rapport aux critères traditionnels de l'informel, résident dans la qualification et les conditions de vie des prestataires. Examinons ces deux aspects.

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 (comme il sera développé plus loin) des rationnements dans le recrutement par la fonction publique. Ainsi, un cabinet comptait-il en moyenne deux médecins en 1987 (Dansou 1988), cette formule d'association étant la plus fréquente (54 % des unités), devant les associations entre médecins et sage-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 celles 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 aussi élevée. 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).

Le second critère non applicable aux petites prestations sanitaires semble être celui des *conditions de vie des prestataires*. Ces derniers seraient des exclus, frappés de marginalité, vivant en habitat précaire, manquant d'identité spatiale et culturelle (Oujano 1974, Vernière 1975).

En réalité, deux caractéristiques des petits prestataires sanitaires remettent en cause de tels critères. On note d'abord que, parmi les agents proposant ce type d'offre, tous ne vivent pas systématiquement de cette seule activité. On peut au contraire supposer que la création de ces cabinets résulte également 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).

La marginalité ne semble donc pas frapper cette catégorie au sens où l'entendaient les auteurs cités, puisqu'il pourrait s'agir d'activités complémentaires permettant un complément de revenu et/ou une diversification des risques face à la précarisation des statuts dans la fonction publique.

Par ailleurs, l'enquête de Dansou tendait à montrer 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 "secteur informel sanitaire" foncièrement marqué de précarité chronique et de pauvreté. Même si l'enquête évoquée date de 1987, la poursuite actuelle de la prolifération de ces unités (MSP 1993a, 1994, et observations personnelles) laisse à penser que le caractère lucratif de l'activité demeure.

Cette inadéquation entre les critères mentionnés et le secteur informel sanitaire tient aux spécificités de ce dernier au sein des activités informelles. Il s'agit en effet d'un service 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. En ce sens, les micro-unités, même si elles ne distribuent pas de soins spécialisés mais au contraire des services basiques, nécessitent des compétences minimales qui rendent difficile leur classification dans les services "personnels" tels qu'ils sont couramment définis.

En conséquence, les sous-subdivisions habituelles des services informels se heurtent à la particularité des petites prestations sanitaires. Il en est ainsi de la classification des

activités en services "involutifs" et services "évolutifs" (cf Hugon 1990). Les services personnels définis plus haut seraient de type involutif, c'est-à-dire qu'ils se développeraient à mesure que le secteur officiel entre en crise et périclité. Assortis de prix très bas, ils se substitueraient ainsi aux prestations déclarées pendant les périodes de baisse générale du niveau de vie. Au contraire, les politiques de réduction des inégalités et d'amélioration globale du niveau de vie tendraient à diminuer leur part dans la consommation des individus.

Par opposition, les services évolutifs (services matériels le plus souvent) seraient liés à "l'élargissement du marché et à l'augmentation des stocks de biens durables ou d'équipement".

Dans le cas des petites prestations sanitaires, il semble difficile de retenir une distinction aussi simple entre services involutifs et évolutifs. On devrait, si tel était le cas, considérer les micro-unités de santé comme des activités involutives. En effet, nous avons indiqué que la prolifération de ces cabinets se trouve largement liée aux échecs du modèle public et à la remise en cause du mode d'organisation traditionnel. L'importance du secteur privé s'explique également par la nécessité de trouver une réponse adaptée à la demande face aux insuffisances des infrastructures en place. Mais on ne peut en tirer la conclusion que la dynamique des prestations informelles cessera lorsque les lacunes du système sanitaire seront estompées. Rien ne permet d'affirmer que les petits prestataires disparaîtront, même si les tentatives de réglementation sont susceptibles de faire évoluer les formes prises par ces unités. La réponse qu'elles constituent face à une catégorie de demande particulière les positionne plutôt comme des services dont la pérennité ne peut être exclue.

Les petites prestations sanitaires dépassent donc également la notion de secteur résiduel au sens de Standing (1974). Le concept de résidu implique en effet un domaine marginal et peu prestigieux, qui peut qualifier des activités telles que le lavage de voitures ou

divers petits services offerts aux particuliers. Il s'opposerait donc au fragment régulier (ou intermédiaire), composé d'activités familiales de petite taille, souvent non salariées.

Même si les micro-unités sanitaires constituent un secteur de report et de substitution face aux lacunes ou au coût d'autres prestations, il apparaît difficile de parler de marginalité à leur égard, compte tenu des caractéristiques déjà abordées : nature de l'activité (plus prestigieuse que les services personnels couramment repérés), qualification des agents, montant des revenus que l'activité semble leur procurer.

Ainsi, considérer les petits services sanitaires comme des prestations marginales ou résiduelles reviendrait à les assimiler à un service informel sans caractéristiques propres. La difficulté terminologique résulte à cet égard du fait que la plupart des enquêtes menées à ce jour se sont essentiellement intéressées aux services matériels et plus encore à la petite production marchande.

L'ambiguïté des micro-unités sanitaires réside donc dans leur complexité même. Leur fonctionnement combine des modalités qui, dans l'analyse traditionnelle du secteur informel, sont séparées pour définir des catégories différentes. Les micro-unités de santé atténuent la distinction entre ces catégories, et n'entrent pourtant dans aucune d'entre elles. Elles ne sont pas des activités évolutives (puisqu'elles se développent parallèlement à la crise du secteur officiel), mais elles s'éloignent également des prestations involutives et marginales couramment définies. On peut paradoxalement leur appliquer certaines conclusions portées sur les activités intermédiaires (destinées à l'industrie), pourtant fort différentes dans leur nature. Ainsi Chaudhuri (1989) avance-t-il dans une tentative de modélisation du secteur informel que la stabilité de celui-ci (et donc, peut-on préciser, sa pérennité) repose sur deux éléments : d'une part, sa différenciation par rapport au secteur officiel en termes de salaires et de coûts ; d'autre part, le fait qu'il "génère une demande finale qui se trouve satisfaite en son sein" (traduction par nous-même). Ces caractéristiques montrent bien que la définition des

micro-unités sanitaires appelle à des précautions. En effet, celles-ci, bien qu'extérieures au champ d'analyse de Chaudhuri (qui traite des seules activités intermédiaires), présentent précisément chacun des traits soulignés par l'auteur : en premier lieu elles tirent leur prolifération de leurs avantages relatifs par rapport aux prestataires sanitaires officiels (faibles coûts d'installation et de fonctionnement, cf la suite de ce chapitre) ; en second lieu, leur persistance (et leur développement) repose(nt) sur leur capacité à répondre à une demande qu'elles contribuent en partie à créer. C'est précisément ce que le second paragraphe de ce chapitre va tenter de montrer pour les petites prestations sanitaires, bien qu'elles ne constituent pas des activités intermédiaires : les diplômés, rationnés par l'arrêt de recrutement dans la fonction publique, ont trouvé des débouchés dans une offre de substitution ou de complément adaptée à leurs contraintes, mais également à celles des demandeurs, eux-mêmes rationnés face aux lacunes des services officiels. C'est donc le caractère différencié de l'offre qui permet de répondre à une demande elle-même spécifique.

Face à cette complexité des petits prestataires sanitaires au regard des catégories informelles courantes, on peut s'interroger sur les critères qui seront ici retenus et la terminologie qui en découlera.

Quelle terminologie ?

Les cabinets de santé non répertoriés reposent sous un angle original la question de la nature des petites activités urbaines. Le débat sur ces dernières s'appuie généralement aujourd'hui sur la distinction entre une approche par le secteur informel et une approche par les micro-unités. Soit l'on considère l'absence de conformité au cadre légal, de technologie moderne, la dotation faible en capital de ces unités (critères réglementaire et économique du secteur informel), soit l'on se réfère à leur petite taille (critère de micro-unité). Face à cette apparente opposition, une approche a priori intéressante est celle de Morrisson, Solignac Lecomte et Oudin (1994), qui soulignent les limites du critère réglementaire (absence de

conformité à la loi) face à la diversité des situations : certaines petites unités sont déclarées mais ont toutes les caractéristiques du secteur informel en termes de technologie et de capital utilisé, d'autres fonctionnent effectivement en dehors de tout cadre légal, d'autres encore se trouvent dans une situation intermédiaire entre légalité et a-légalité. Les auteurs rejettent en conséquence l'approche par le secteur informel, et choisissent d'adopter une démarche en termes de micro-unités. Néanmoins, ils combinent le critère de taille (moins de 20 actifs) avec celui de la faible dotation en capital. Ceci permet en effet de ne pas intégrer dans le champ d'étude les unités à technologie plus élevée. L'intérêt de cette approche par la combinaison de deux critères réside dans le fait que, tout en n'excluant pas a priori les unités déclarées, elle maintient la spécificité du secteur du point de vue du volume de capital.

Peut-on pour autant appliquer ces critères aux petits prestataires sanitaires béninois ? L'analyse de Morrisson, Solignac Lecomte et Oudin présente deux inconvénients au regard de notre terrain.

En premier lieu, elle exclut par principe le concept d'informalité et avec lui le critère réglementaire. Les auteurs cités ci-dessus reprennent en ce sens la critique de Little, Mazumdar et Page (1987) sur l'absence de valeur analytique ou opérationnelle du concept de secteur informel. Or, si les limites du critère réglementaire ne sont plus à démontrer (notamment son caractère trop simplificateur face à la diversité des situations), celui-ci caractérise néanmoins en partie les petites unités de santé. Plus précisément, s'il est vrai que l'absence de déclaration n'est pas systématique lors de la création du cabinet, elle touche une part importante et probablement majoritaire des prestataires, aux dires même du Ministère de la Santé Publique (1993a, 1994). Dans le cas du présent terrain, le caractère non répertorié et non déclaré des activités constitue donc un critère essentiel d'identification. Il est vrai cependant que certains cabinets médicaux peuvent avoir demandé aux pouvoirs publics l'autorisation d'exercer leur activité, ce qui les place en quelque sorte en situation a-légale d'attente. Par cette seule démarche auprès des institutions, les unités concernées se trouvent donc répertoriées même si elles exercent leur activité sans autorisation préalable. Face à cette

nébulosité et cette diversité des modalités d'exercice, le critère réglementaire doit être aménagé. On peut, dans le cas des petites unités sanitaires, le remplacer par une évaluation des relations informationnelles entre ces unités et les pouvoirs publics. En d'autres termes, ce qui constitue la spécificité des petits prestataires, c'est la faible connaissance qu'en ont les pouvoirs publics et les institutions en général. On dépasse alors le simple critère réglementaire pour adopter celui de l'information disponible. La faible réglementation des unités et les lacunes informationnelles dont elles font l'objet sont bien sûr liées, mais le choix pour la deuxième approche permet d'intégrer éventuellement des cabinets qui seraient répertoriés d'une façon ou d'une autre, mais peu ou pas contrôlés par les pouvoirs publics.⁶

La seconde limite de l'approche de Morisson, Solignac Lecomte et Oudin concerne le critère de faible dotation en capital. En effet les auteurs considèrent le capital humain autant que le capital matériel. Or, nous avons souligné que les unités sanitaires se caractérisaient précisément par un capital humain plus élevé que nombre de petites activités urbaines. Seul leur capital matériel les rapproche du critère retenu par les auteurs cités. Le caractère général de l'approche en question ne permet pas ici de tenir compte des particularités des prestataires sanitaires.

Ces remarques permettent maintenant de présenter les critères qui définiront les petites unités de santé dans la suite de cette analyse. Nous parlerons désormais de micro-unités sanitaires, afin de nous détacher de l'ambiguïté du terme de secteur informel. Néanmoins nous n'excluons pas l'ensemble des facteurs d'informalité, comme le montrent les critères retenus pour identifier les micro-unités :

- Les micro-unités se caractérisent d'abord par la faiblesse des relations informationnelles avec les pouvoirs publics ; en particulier ces derniers subissent une forte asymétrie d'information vis-à-vis des prestataires. Cette caractéristique est déterminante pour la suite de l'analyse, comme nous le verrons dans la troisième partie notamment (chapitres 5 et 6).

⁶ Ce choix pour un critère portant sur les relations informationnelles entre l'Etat et les micro-unités nous permettra en outre d'analyser ces relations sous l'angle de mécanismes incitatifs (chapitre 6).

- Elles sont constituées d'un nombre faible d'actifs (généralement moins de 10 personnes).
- Elles se distinguent par une dotation faible en capital matériel.

Le choix pour la notion de micro-unités se fait donc ici en excluant certains critères usuels de ce concept. De plus, si le terme de secteur informel n'est pas retenu, la spécificité de celui-ci relativement à ses relations avec les pouvoirs publics est reprise, mais considérée sous l'angle particulier de l'information disponible sur les petites unités sanitaires. Nous pourrions donc par la suite être amené à évoquer la notion d'informel, non pour reconnaître aux micro-unités toutes les caractéristiques de ce secteur, mais pour en mieux souligner certains aspects communs avec les autres catégories de petits producteurs.

Examinons maintenant les logiques de l'offre et de la demande qui se tissent sur le marché des micro-unités sanitaires.

II.2.2 . L'OFFRE ET LA DEMANDE : DES LOGIQUES D'ADAPTATION AUX CONTRAINTES.

Nous abordons séparément les déterminants de l'offre et de la demande, afin de montrer que ceux-ci reposent sur des logiques d'adaptation aux contraintes, ce qui constitue leur point commun essentiel. L'offre comme la demande se positionnent sur le marché des micro-unités en réaction aux rationnements qu'elles rencontrent devant le secteur officiel, public ou privé. De même les caractéristiques de l'offre jouent sur les choix de demande, et inversement les particularités de cette dernière influencent les offreurs qui adaptent les services sanitaires au profil des utilisateurs. Nous dessinons donc un premier aspect des

rationalités individuelles développées sur ce marché, en faisant abstraction, pour le moment, des problèmes d'information.

Néanmoins, une observation essentielle sera faite concernant la nature des prestations, avec des conséquences importantes sur la suite de l'analyse : celles-ci apparaîtront complexes, différenciées et peu évaluables, pour des raisons touchant à la fois à l'offre et à la demande. Les asymétries d'information qui en résultent devront donc être abordées dans les chapitres suivants.

II.2.2.1 . LES OFFREURS : UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET ECONOMIQUE FAVORABLE

Parmi les éléments favorables au développement de l'offre privée, trois facteurs jouent un rôle déterminant : d'abord le rationnement des diplômés de santé face à l'arrêt du recrutement dans la fonction publique ; ensuite la facilité d'entrée due à la petite taille des unités (facteur économique) et au contexte institutionnel favorable (facteur politique) ; enfin l'existence d'une demande forte et spécifique trouvant une réponse dans ce type particulier d'offre. Nous examinons d'abord ces trois aspects successivement, avant de présenter une fonction synthétique des déterminants de l'offre et une fonction d'utilité des offreurs.

Une offre rationnée

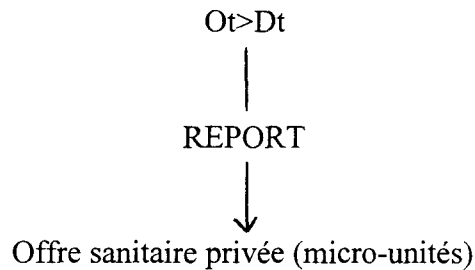
Les programmes de réduction des effectifs qui ont accompagné les PAS ont abouti à la "déflation" de 4 à 6 % du total des fonctionnaires, dont 30 % pour les seuls secteurs éducatif et sanitaire (cf chapitre 1). La prolifération des micro-unités est liée à ces politiques, comme l'admettent les pouvoirs publics béninois (1993a). Les données collectées par Dansou,

déjà anciennes certes, mais postérieures à 1986, indiquent que les créateurs pouvaient vivre avec les revenus de leur cabinet (ressources mensuelles nettes évaluées entre 60 000 et 100 000 francs CFA avant dévaluation), ce qui étaye également cette hypothèse : l'ouverture des unités correspond à un report (ou au moins un complément) face à la précarisation des revenus et des statuts des professions médicales.

En termes quantitatifs, à la catégorie des agents déjà déflatés s'ajoute celle des nouveaux diplômés se plaçant d'emblée sur le marché, et venant ainsi grandir le nombre de nouveaux cabinets.

On peut donc bien parler d'un report de l'offre de travail sanitaire, rationnée face à une demande publique de diplômés interrompue. Les ajustements structurels, par leur rôle dans la stabilisation des effectifs de la fonction publique, se trouvent indirectement à la source des reports vers le privé. Un parallèle est possible avec l'exemple de Madagascar cité par Hugon (1990) : les politiques d'ajustement menées dans ce pays ont simultanément réduit les effectifs de la fonction publique, et étendu les activités informelles urbaines "les moins capitalistiques". L'auteur ne développe pas explicitement un lien systématique entre ces deux phénomènes, soulignant plus généralement le rôle stimulant des ajustements sur certaines activités informelles, alors que le secteur officiel s'en est durement ressenti. Dans le cas béninois, nous interprétons ce type de mouvement comme une vague de reports face aux rationnements.

Ainsi, en notant O_t l'offre de travail des diplômés de santé dans la fonction publique, et D_t la demande de travail émise par les structures publiques de santé, on peut considérer le mécanisme suivant :



Précisons la signification de ce schéma en référence à la théorie du déséquilibre. Celle-ci explique que le prix sur un marché n'est pas toujours à sa valeur d'équilibre (Bénassy 1976, 1982). En conséquence les offres et les demandes elles-mêmes ne s'équilibreront pas forcément. Néanmoins des transactions peuvent avoir lieu, avec pour effet le rationnement du côté long du marché (celui pour lequel la quantité offerte ou demandée est en excès). Dans notre cas, l'origine du rationnement réside dans le fait que, étant donné le prix de l'offre de travail diplômée, les pouvoirs publics ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas compte tenu de leurs contraintes, recruter cette offre à ce prix. L'arrêt du recrutement peut donc s'interpréter comme un nouvel équilibre entre l'offre et la demande de travail dans la fonction publique, équilibre où la demande constitue le côté court (les recrutements publics) et l'offre le côté long (la recherche d'un poste dans un établissement de santé public ou un ministère). Une partie des diplômés de santé (celle qui n'a pas obtenu de poste dans le secteur public) se reporte vers le marché, contribuant à développer le secteur des micro-unités.

Facilité d'entrée et contexte institutionnel favorable

La facilité d'entrée, soulignée précédemment (II.2.1), constitue sans conteste un deuxième élément favorable à la prolifération des petits prestataires. Elle se trouve encore probablement favorisée par la modification du régime politique du Bénin. La phase de démocratisation s'est en effet accompagnée d'une libéralisation de l'économie. Certes, le report des diplômés depuis 1987 montre que les transactions marchandes existaient avant la

reconnaissance du rôle du secteur privé. Le domaine "informel" lui-même existe depuis longtemps malgré l'inspiration marxiste du régime précédent. Néanmoins, le développement en nombre des petites prestations sanitaires est particulièrement récent par rapport aux autres activités (nous ne parlons pas ici des médecins traditionnels, qui sont un trait culturel ancien du pays), et l'orientation du Bénin vers une économie de marché n'a pu que stimuler les initiatives privées.⁷

C'est donc la conjonction de deux facteurs, la facilité d'entrée et le contexte institutionnel, qui contribue ici à expliquer le développement du micro-marché. Nous avons vu, dans l'analyse sur la terminologie adoptée pour les micro-unités, que les barrières à l'entrée sur le marché sont initialement constituées de l'accès difficile aux capitaux et aux sources officielles de financement de l'activité. Or l'utilisation d'un matériel léger (stéthoscope, tensiomètre, thermomètre) et la faiblesse des loyers payés dans les zones urbaines modestes permettent de contourner cette barrière à l'entrée. Ces caractéristiques des petits cabinets, associées à la promotion de la sphère marchande dans le nouveau contexte politique des années 90, ont favorisé l'ouverture des micro-unités médicales.

Des caractéristiques répondant à des besoins particuliers

Enfin le développement de l'offre ne pourrait avoir lieu sans que la demande n'exprime des besoins. C'est dans une demande rationnée que l'offre trouve ici ses débouchés essentiels. Mais l'existence d'une demande forte (nous l'aborderons plus loin) ne suffit pas à expliquer la prolifération des petites unités : il faut également que l'offre réponde aux besoins

⁷ Ce phénomène n'est probablement pas spécifique au Bénin. Ainsi Dorier-Apprill (1995) explique-t-elle que la libéralisation de l'exercice de la médecine officielle au Congo (1988) a indirectement favorisé le développement d'un "secteur informel de la santé". En effet, de nombreux cabinets déclarés ont ouvert leurs portes, mais leurs coûts de consultation étant élevés, les "clandestins", en principe exclus de cette libéralisation, prolifèrent en réponse aux besoins des populations urbaines les plus démunies. Au Bénin, l'hypothèse d'un lien entre la libéralisation institutionnelle et la prolifération des micro-unités semble plausible, car la "libéralisation plus ou moins officielle de la santé", pour reprendre les termes de Richard, a commencé à la même date que le développement du secteur des micro-unités (1987).

spécifiques de la demande non satisfaite par d'autres formes de soins. Les patients, en effet, pourraient ne recourir qu'à l'auto-traitement et aux médecins traditionnels comme modalités de soins alternatives au modèle biomédical officiel. Quels caractères des micro-unités expliquent que celles-ci se trouvent demandées face à la concurrence des autres formes de soins ? Pour répondre à cette question, il convient de connaître les critères qui influencent les choix des demandeurs, particulièrement les catégories urbaines à faibles ressources, celles qui sont les plus susceptibles de faire appel aux petites unités. Avant de nous intéresser aux demandeurs, précisons donc les caractéristiques des petits prestataires de santé afin de montrer leurs spécificités par rapport aux autres catégories d'offreurs. C'est la confrontation des deux côtés du marché (offre et demande) qui révélera les points communs entre les services proposés et les critères qui expliquent le choix porté vers les micro-unités.

L'offre des micro-unités se distingue des formes officielles de soins par trois éléments économiques essentiels : le prix des prestations, la distance vis-à-vis de la clientèle fréquentant ces unités, enfin la nature des services proposés.

Concernant la *variable des prix*, on peut constater (par l'enquête déjà citée de Dansou ainsi que des observations personnelles) des tarifs généralement inférieurs à ceux pratiqués par les cliniques officielles privées. Selon Dansou, seule l'injection était assortie en 1987 d'un prix plus élevé dans les petits cabinets, les autres prestations s'avérant toutes moins coûteuses que les services privés déclarés (tableaux 12 et 13).

TABLEAU 12
LES PRIX DANS DEUX CLINIQUES DE COTONOU

SERVICES	PRIX [min ; max] (CFA)
Consultation	[1 000 ; 3 000]
Injection	[100 ; *]
Pansement	500
Accouchement	[5 000 ; 10 000]

Source : Dansou 1988.

TABLEAU 13
LES PRIX DES PETITS CABINETS

SERVICES	PRIX MOYEN	PRIX [min ; max] (CFA)
Consultation	750	[500 ; 1 000]
Injection	200	[125 ; 300]
Pansement	250	[200 ; 400]
Accouchement	3 500	[3 000 ; 4 000]
Circoncision	5 000	
Suture	500 par point	
Incision	2 000	
Suivi de la tension	300	
Visite à domicile	2 000	
Autres soins		

Source : Dansou 1988.

Cette faiblesse relative des prix peut s'expliquer par la structure des coûts rencontrés par les micro-prestataires. Si l'on considère d'abord les coûts d'entrée, on sait que ceux-ci sont essentiellement constitués du matériel et du local. Or nous avons souligné que ces derniers

restent faibles : le matériel est peu sophistiqué et souvent déjà en possession du médecin, le loyer est généralement bas. Concernant les coûts de l'activité médicale une fois le cabinet installé, on peut ajouter aux frais de matériel et d'équipement ceux liés à la rémunération du personnel. Or le caractère non répertorié des micro-unités ne soumet le médecin à aucune obligation en termes de salaires, contrairement aux cliniques officielles privées. Ceci limite les frais de fonctionnement et contribue à la faiblesse des coûts.

Si l'on compare les prix des micro-unités à ceux des cliniques officielles, on peut donc estimer que la différence est au moins partiellement due à la spécificité des premières en termes de coûts. Les cliniques, a contrario, subissent des coûts d'entrée et d'activité plus importants, parfois très lourds : acquisition du matériel médical initial avec une forte composante en capital fixe, coûts d'acquisition et d'entretien des locaux, frais salariaux plus élevés en relation avec le prestige dont bénéficient ces structures sur la qualité des soins, enfin lourdeur des investissements liés aux soins spécialisés alors que les petits cabinets dispensent des prestations de base.

Certes, la dévaluation du Franc CFA en 1994 a probablement alourdi les coûts supportés par les petites unités. Le secteur médical béninois recourt largement à l'importation frauduleuse de médicaments en provenance du Nigéria. La dévaluation a pu rendre plus coûteux cet approvisionnement, et exercer en conséquence une pression sur les tarifs pratiqués. Néanmoins, l'attractivité des micro-prestataires dépend partiellement des honoraires pratiqués, et ces derniers n'ont donc pas intérêt à augmenter leurs prix jusqu'au niveau des autres catégories d'offreurs. De plus, les cliniques officielles ayant également subi l'effet de la dévaluation, cela contribue à préserver l'écart de tarification entre ces deux types de services. L'avantage relatif des micro-unités du point de vue des tarifs semble demeurer.

En outre, il convient d'ajouter que cet avantage en termes de prix se double d'une souplesse des modalités de paiement des micro-unités, ce qui accentue leur caractère attractif

pour les catégories urbaines modestes. En effet, les patients peuvent fractionner leurs achats et leurs consultations (par exemple revenir plusieurs jours de suite), afin d'étaler le coût du traitement. Cet aspect est important, car toutes les micro-unités ne proposent pas forcément des tarifs plus faibles que les cabinets officiels. En effet la liberté du marché laisse toujours la possibilité à ceux qui le souhaitent d'augmenter leurs tarifs (ce cas de figure reste minoritaire, car il doit s'accompagner d'une qualité suffisante pour compenser l'accroissement des prix). Par le jeu du fractionnement des consultations et des achats, même les micro-prestataires qui proposent des prix aussi élevés que les unités contrôlées, gardent donc un avantage de souplesse lié à leur caractère non contrôlé.⁸

Nous verrons, dans l'analyse de la demande, que ces caractéristiques en termes de prix et/ou de modalités de paiement constituent des facteurs de choix importants pour les utilisateurs, compte tenu de la faiblesse de leurs ressources.

L'emplacement des petites unités constitue un deuxième facteur objectif de caractérisation. On observe une concentration forte de ces prestataires en milieu urbain, et surtout dans les quartiers où résident les populations à revenu moyen ou faible (Dansou et observations personnelles). L'explication de telles localisations tient d'abord à la faiblesse des loyers dans ces zones, qui permet une installation peu coûteuse selon le principe de la facilité d'entrée. On retrouve donc ici le facteur des coûts dans l'identification des micro-unités. De plus, cette localisation dans les quartiers moins nantis permet aux petits cabinets de s'exposer peu à la concurrence des cabinets officiels et des cliniques, qui s'installent plutôt dans les secteurs aisés et résidentiels comme c'est le cas à Cotonou. Enfin, le choix des petits prestataires pour les zones populaires provient précisément des besoins spécifiques des populations résidentes, auxquels les micro-unités semblent en partie répondre comme nous le verrons en abordant les caractéristiques de la demande.

⁸ Cette souplesse du micro-marché sanitaire résulte également de l'articulation entre les micro-unités et le secteur parallèle des médicaments. C'est en effet l'importance de ce dernier, et la pratique du déconditionnement (vente à l'unité) qui permet aux petits prestataires de s'approvisionner en petites quantités pour revendre des produits pharmaceutiques fractionnés.

Le troisième facteur d'identification des micro-unités repose enfin sur *la nature même des prestations* offertes : les petits cabinets dispensent essentiellement des soins élémentaires, qui nécessitent un faible investissement en matériel et répondent donc bien aux contraintes des offreurs. En 1987, la consultation, l'injection et les pansements représentaient à eux seuls 63 % des services rendus, ce qui traduit bien une telle spécialisation dans des prestations de base (tableau 14).

TABLEAU 14
SERVICES OFFERTS PAR LES PETITS CABINETS

SERVICES	FREQUENCE
Consultation	26,67
Injection	20,00
Pansement	15,00
Accouchement	6,67
Circoncision	5,00
suture	5,00
incision	3,33
Suivi de la tension	3,33
Visite à domicile	1,67
Autres soins	13,33
TOTAL	100

Source : Dansou 1988.

Il est maintenant possible de présenter une fonction des déterminants de l'offre sur le micro-marché.

Fonction des déterminants de l'offre et fonction d'utilité de l'offre

Les déterminants de l'offre

On peut réunir les différents déterminants de l'offre identifiés ci-dessus dans la fonction suivante :

$$O = f(r, c, p, e, s) \quad [1]$$

avec :

O = volume d'offre (nombre d'offreurs sur le micro-marché)

r = rationnement (nombre de diplômés rationnés en termes d'offre de travail)

c = coûts de l'offre

p = prix des prestations

e = emplacement du prestataire

s = service (nature des services offerts par les micro-unités).

Reprenons chacune de ces variables et leur lien avec le volume de l'offre. L'accroissement de r (nombre de diplômés rationnés) est supposé augmenter la quantité d'offre sur le micro-marché, puisque un certain nombre de prestataires se reportent vers celui-ci. Nous présenterons dans le chapitre 4 un schéma des rationnements et des reports du côté de l'offre comme de la demande, afin d'insister sur leurs conséquences en termes de qualité des services.

La variable c comprend d'une part les coûts d'entrée, d'autre part les coûts de l'activité une fois le cabinet installé. Les coûts d'entrée sont constitués de l'acquisition du matériel et du loyer, les coûts d'activité y ajoutent les frais d'entretien et les salaires. Nous supposons ici que

la faiblesse des coûts d'entrée augmente la quantité d'offre. Ce facteur, associé à la libéralisation de l'économie depuis la démocratisation, constitue une explication essentielle du développement du marché. De même la faiblesse des coûts d'activité permet aux prestataires de demeurer sur le marché, et favorise donc l'augmentation du nombre de cabinets dans un contexte de rationnement des diplômés.

Le facteur p (prix) occupe une place particulière au sein des variables présentées. Il est en effet à la fois déterminé par une autre variable (les coûts), et déterminant de O (le volume de l'offre). Nous supposons que les prestataires proposent des services à des honoraires inférieurs aux cliniques officielles parce qu'ils subissent des coûts modestes (c'est ce que nous avons tenté de montrer plus haut). Nous supposons également que ce sont les prix faibles qui contribuent à rendre possible l'activité des micro-unités, puisqu'ils rendent attractif le service proposé face aux contraintes de revenu rencontrées par la demande. On peut donc estimer que le niveau relativement bas des honoraires constitue un facteur de débouchés pour l'offre, et favorise en ce sens la pérennité du micro-marché.⁹

L'emplacement des prestataires (variable e) joue sur la densité des cabinets en fonction des différentes zones urbaines. La densité est la plus forte dans les secteurs habités par les catégories modestes. Ici également, c'est le facteur du coût (faiblesse des loyers) qui favorise l'implantation dans des quartiers spécifiques. Mais à cette explication du côté de l'offre s'ajoute un déterminant du côté de la demande : les offreurs n'auraient aucun intérêt à s'installer dans de tels secteurs si les caractéristiques des demandeurs ne répondaient pas au type de services qu'ils peuvent proposer. A cet égard le facteur d'emplacement peut être rapproché du rôle joué par la distance entre le cabinet et les usagers. La proximité des prestataires apparaît comme un critère important de choix de la part des usagers. Cela ne signifie pas que les patients consultent systématiquement le prestataire le plus proche, mais plutôt que, devant deux cabinets aux caractéristiques voisines (en termes de prix, de nature des services, d'accueil...), ils préféreront probablement recourir à celui qui s'est installé dans

⁹ Nous incluons, dans l'avantage en termes de prix, la souplesse des micro-unités due au fractionnement possible des consultations et des achats de médicaments (cf. nos développements sur le rôle de la variable prix).

leur voisinage. Cela peut tenir au coût évalué de la distance à parcourir, mais également à l'urgence de certains soins qui nécessite une intervention rapide.

Enfin la nature du service proposé (variable s) joue sur la quantité d'offre dans la mesure où les prestataires qui entrent sur le micro-marché y trouvent l'avantage de pouvoir proposer des soins de base, généralement assortis de coûts faibles. La structure et le montant des coûts liés aux prestations de base (injection, consultation, pansements) correspondent aux contraintes financières des petits cabinets.

L'utilité de l'offre

Il peut être intéressant de compléter la fonction des déterminants par une fonction d'utilité de l'offre. En effet, il apparaît que l'une et l'autre sont liées par les relations existant entre leurs variables respectives.

Nous avons insisté sur les motivations des petits prestataires en termes de recherche de profit. L'activité des micro-unités peut être à cet égard assimilée à celle d'une entreprise, et il est alors possible de définir leur utilité en fonction du profit dégagé :

$$U_m = U(\pi) = U(p, v, c) \quad [2]$$

$$U_m' > 0$$

avec :

U_m = utilité de la micro-unité

π = profit

p = prix des services

v = quantité de services vendus (volume des prestations)

c = coûts de production

Reconsidérons la fonction des déterminants de l'offre, $O = f(r, c, p, e, s)$ (cf. [1]). Nous constatons que les variables qui jouent sur l'utilité des offreurs (cf. [2]) sont soit identiques (pour p et c), soit liées (pour v) aux variables de cette fonction O . En effet :

- p et c sont présentes au sein des deux fonctions ;
- v , la quantité de services vendus, dépend comme nous l'avons vu de la capacité des cabinets médicaux à répondre aux besoins ou aux caractéristiques de la demande. Or les variables de la fonction de déterminants de l'offre sont en même temps des facteurs attractifs pour cette demande : le coût (c) et donc les prix proposés (p), l'emplacement (e) et donc la distance à parcourir jusqu'au prestataire, enfin la nature du service (s) et donc l'adéquation ou non de celui-ci face aux affections de la demande.

Conclusion sur l'offre sanitaire

A la lumière des deux fonction présentées, nous pouvons conclure en premier lieu que la spécificité de l'offre trouve en partie son origine dans les contraintes que connaissent les praticiens pour commencer et poursuivre l'activité médicale. Ainsi, l'offre trouve dans le micro-marché un segment répondant bien à ses contraintes en termes :

- financiers : faiblesse des fonds initiaux, accès limité aux capitaux officiels ;

- qualitatifs : elle pourra proposer des services de qualité inférieure à celle des cliniques officielles à condition qu'ils répondent à certains besoins ; elle pourra éventuellement choisir le niveau de qualité de sa production en fonction de la clientèle visée (sachant qu'une amélioration de la qualité engendre des frais que peu de micro-unités peuvent prendre en charge) ;
- quantitatifs : le traitement patient par patient permet de limiter l'activité aux visites et consultations, et de réguler éventuellement la quantité de demande en fonction du temps et des moyens disponibles, ce qui constitue une forme de service adaptée à l'échelle réduite de cette production ;
- tarifaires : l'attractivité de l'offre étant dépendante des tarifs pratiqués, la faiblesse des coûts est une condition nécessaire du maintien de l'activité. Néanmoins chaque prestataire peut toujours modifier ses honoraires s'il estime que l'amélioration du service rendu le justifie. Il sélectionne alors une clientèle aux ressources suffisantes pour recourir à ses services.

Mais il apparaît également que certaines particularités de l'offre peuvent être rapprochées des besoins exprimés par la demande à laquelle elle s'adresse. En particulier, on observe que les trois derniers déterminants présentés (prix, emplacement et service, cf. [1]) ne répondent pas aux seules préoccupations de l'offre, mais également à celles des usagers : les prix doivent être suffisamment bas pour capter la demande, les cabinets suffisamment proches pour qu'elle y accède, les services proposés doivent répondre aux besoins en soins de base que présentent les populations modestes. C'est cette idée que nous allons maintenant développer, en analysant la relation de marché dans le sens demande-offre, c'est-à-dire en partant de la demande pour aboutir à ses effets sur la nature de l'offre. Nous verrons alors que les demandeurs du micro-marché présentent également des spécificités qui ont joué sur le développement de ce secteur. La relation inverse, de l'offre vers la demande, sera abordée au chapitre 4, pour insister cette fois sur les stratégies des prestataires et les dangers y afférant en termes de qualité.

II.2.2.2 . UNE DEMANDE RATIONNEE ET COMPLEXE.

La demande de santé adressée aux petits cabinets peut être présentée à la fois comme une demande rationnée (forte mais non satisfaite par les autres formes de prestations) et différenciée (les caractéristiques des utilisateurs nécessitent des prestations particulières).¹⁰ nous privilégions ce faisant une approche de la demande de santé comme consommation plutôt que comme investissement. Ce choix, expliqué au chapitre 3, ne revient pas à nier la dimension "investissement" de la demande, mais à redonner sa place à l'aspect "consommation", en particulier sur le segment privé ou les contraintes des patients (faibles ressources, confrontation élevée aux risques sanitaires) les obligent parfois à privilégier le court terme (l'urgence du traitement) sur le long terme.

Cette analyse de la demande de santé, outre son intérêt pour montrer l'adéquation relative de l'offre aux besoins, permettra également de proposer une fonction de décision sanitaire, soulignant la capacité des individus à exercer, dans certaines conditions, des choix thérapeutiques.

Nous examinons d'abord la demande de santé comme une demande quantitativement forte mais rationnée, et soulignons ensuite les éléments de différenciation de la demande.

¹⁰ Par demande sur le micro-marché nous entendons ici les usagers à la fois habituels et occasionnels des micro-unités. Nous nous intéressons donc, ici comme dans la suite de cette thèse, aux comportements de demande plutôt qu'au volume de la demande, et partons du principe que malgré la complexité de ces comportements, des caractéristiques générales peuvent être identifiées, notamment parmi les usagers ayant le plus souvent recours aux micro-unités.

Une demande structurellement forte et rationnée

Compte tenu de la situation sanitaire au Bénin (une population encore très vulnérable face à la maladie), nous pouvons caractériser la demande de santé comme structurellement forte, c'est-à-dire peu susceptible de diminuer dans les conditions économiques et sanitaires actuelles. En particulier, les populations urbaines à revenus faibles vérifient cette caractéristique de par l'importance des risques sanitaires dont elles sont l'objet. Le terme de demande structurellement forte nécessite quelques précisions. Il doit être compris dans le sens d'une demande potentielle plutôt que réelle. En effet, même si les besoins et/ou les préférences sanitaires sont quantitativement élevés, les catégories d'individus les moins nanties ne pourront pas forcément transformer ceux-ci en une utilisation réelle des services sanitaires existants, compte tenu de leur contrainte budgétaire.

L'importance quantitative de la demande de santé s'explique, en dehors des facteurs socio-économiques propres aux catégories modestes (faiblesse des revenus et précarité à la source de risques sanitaires), par des comportements universels de la part des agents : la demande participe à la recherche de l'amélioration du bien-être des individus. Toutes les analyses de l'économie de la santé ont en effet reconnu le rôle important de l'état de santé, comme un moyen d'améliorer la productivité et les ressources certes, mais également comme une fin en soi, susceptible d'accroître le bien-être. Le modèle de Behrman et Deolalikar (1988), au delà de ses présupposés que nous ne discutons pas, constitue un exemple représentatif du rôle attribué aux variables sanitaires dans l'augmentation du bien-être individuel. Les auteurs fondent en effet l'utilité d'un ménage sur les déterminants suivants :

$$U = U (H_i, C_p, C_i, T_{il}, E_{ic}, S, e) \quad [3]$$

$$i = 1 \dots I$$

avec:

H_i = santé de l'individu i

C_i = consommation de i

C_p = consommation de i en biens publics purs

T_{il} = temps de loisir

E_{ic} = éducation de l'enfant

S = nombre d'enfants survivants

e = normes de goût

I = nombre d'individus dans le ménage

Certes, cette fonction nécessiterait des aménagements dans le cadre subsaharien, compte tenu notamment des particularités dans les préférences des agents. En termes uniquement sanitaires, certaines variables de l'état de santé semblent omises. Ainsi, la satisfaction de la dimension symbolique de la maladie constitue un déterminant essentiel de l'évaluation du traitement par le patient, comme l'ont montré des analyses extra-économiques du terrain africain, en particulier l'anthropologie médicale (Augé 1984). Sur le terrain béninois, Benoist explique que "les guérisseurs ne répondent pas qu'à la maladie, mais à un ensemble de malheurs qui sont considérés comme ayant des causes maléfiques, qu'ils se manifestent sur le corps ou sur l'esprit, sur les animaux, sur les récoltes, ou par des troubles dans la vie sociale. Les guérisseurs sont avant tout des spécialistes du malheur et de la relation sociale. Leur action est inséparable de la manipulation du surnaturel, dont on ne saurait la couper" (1989). A contrario, le temps de loisir ne peut être proposé tel quel comme variable de l'utilité individuelle, compte tenu des spécificités africaines dans l'allocation individuelle du temps (séparation souvent floue entre le temps de travail, le temps de "loisir", le temps social c'est-à-dire celui consacré aux relations avec la communauté).

Néanmoins, en dehors de ces traits spécifiques nécessitant une remise en cause partielle d'une telle fonction, on note la place reconnue à la variable sanitaire dans l'utilité des individus (la question de la mesure de cette utilité sera abordée dans le chapitre 3). Face au caractère déterminant de la demande de santé dans les choix individuels, les populations les plus modestes apparaissent donc particulièrement rationnées, c'est-à-dire qu'elles sont confrontées à la difficulté de satisfaire leurs besoins auprès des services de santé. En effet, l'importance de la demande se heurte, d'une part, aux lacunes des services officiels (publics notamment), d'autre part au caractère partiellement insolvable de cette demande compte tenu des contraintes de revenu des catégories concernées.

Le rationnement des demandeurs est plus particulièrement lié aux problèmes de la qualité et du prix. En termes de qualité, nous verrons dans l'analyse des facteurs de différenciation de la demande que les enquêtes révèlent une forte méfiance des usagers vis-à-vis des unités de soins primaires. Concernant les prix, les contraintes de revenu rencontrées par les demandeurs rendent difficile l'accès à des services de santé partiellement ou totalement payants malgré les principes de gratuité. Les usagers se trouvent donc finalement rationnés en termes de quantité, compte tenu de l'inadéquation des prix et de la qualité aux besoins de la demande.

Si l'on s'intéresse à la fonction d'utilité de Behrman et Deolalikar (cf. [3]), on peut alors comprendre les mouvements de reports qu'entraînent ces rationnements. En effet l'on peut estimer que les rationnements de santé auront un impact sur deux des variables retenues par les auteurs : d'une part le niveau de santé (H_j), d'autre part la consommation en biens publics purs (C_p). Les limites dans l'accès aux services publics pour des raisons quantitatives et tarifaires, ainsi que la réticence de certains usagers à recourir à ce type de soins du point de vue de la qualité peuvent dégrader à terme le niveau de santé des individus, sauf si ces derniers parviennent à compenser ces rationnements. Le recours à d'autres catégories de prestataires parmi celles que nous avons identifiées plus haut (tableaux 10 et 11) devient dans ces conditions une stratégie de report. De même, la baisse de la consommation du bien public

sanitaire entraîne un report vers une consommation de biens privés¹¹. Les individus rationnés, pour maintenir leur utilité ou l'améliorer, substituent une consommation de C_i à une consommation de C_p .

Or le report vers le secteur privé se heurte lui-même au caractère payant des cliniques privées officielles. En conséquence les usagers peuvent décider de se tourner vers les micro-unités, qui présentent un avantage relatif en termes de prix. D'un report vers le secteur privé, on passe à un report vers les micro-unités afin de maintenir ou accroître l'utilité à travers les variables d'état de santé (H_j) et de consommation de services sanitaires privés (C_j).

A l'instar de l'offre, les phénomènes de rationnement de la demande peuvent être représentés de façon schématique. Nous pouvons distinguer deux cas : d'une part, celui de l'offre publique dont le prix et la qualité ne satisfont pas la demande, c'est la situation actuelle même si le recentrage des prestations a partiellement amélioré l'adéquation des services publics aux besoins ; d'autre part, le cas de l'offre publique qui satisfait, par son prix et sa qualité, la demande de santé. Si O_s est l'offre publique de services de santé, et D_s la demande de santé tournée vers le secteur public, alors :

- Dans le premier cas (demande insatisfaite des prix et de la qualité des services), on a :

$$O_s > D_s,$$

c'est-à-dire que les usagers des services publics n'utilisent pas ceux-ci à pleine capacité. C'est ce que nous allons souligner à travers les enquêtes citées plus loin sur le recours aux structures de soins primaires.

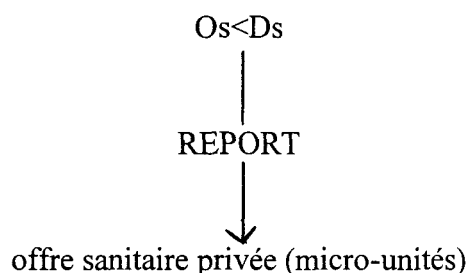
- Dans le second cas (demande satisfaite par les prix et la qualité), on obtient :

$$O_s < D_s,$$

¹¹ Nos remarques dans le chapitre précédent sur le bien public de santé nous amènent ici à substituer au terme de bien public pur de Behrman et Deolalikar, celui de bien public impur.

ce qui signifie que le secteur public de santé offre des services dont les prix sont trop élevés et la qualité trop faible pour répondre à tous les besoins : les prestations publiques suffisamment qualitatives et peu onéreuses pour les usagers sont en réalité sous-produites par rapport aux services moins qualitatifs et payants.

La demande se trouve donc bien rationnée en termes quantitatifs pour les services qui répondraient le mieux à ses contraintes : ses besoins en prestations gratuites ou semi-gratuites et de qualité ne sont pas satisfaits.¹² En conséquence :



Le report vers les micro-unités ne résulte pas seulement de leur avantage relatif en termes de prix. En présentant maintenant la demande comme une demande différenciée, nous pouvons faire apparaître d'autres caractéristiques des usagers qui trouvent une réponse en partie adaptée dans l'offre des petites unités médicales.

¹² Notons que notre emprunt des mécanismes de rationnements et de reports à la théorie du déséquilibre a pour seul champ d'application le marché de la santé, et plus précisément le développement du secteur des micro-unités. Il ne vise pas à étudier des vagues successives de reports vers d'autres marchés, ni le retour éventuel à un équilibre général.

Une demande différenciée

Le caractère différencié de la demande tournée vers les petits prestataires signifie que les individus qui s'adressent aux micro-unités le font en fonction d'une combinaison de caractéristiques qui leur est propre et qui oriente leurs choix vers des services correspondant à cette combinaison. Aux caractéristiques des prestations que nous avons soulignées plus haut correspondent des caractéristiques de la demande.¹³ La différenciation de la demande repose sur deux aspects : d'une part, des spécificités liées aux revenus, d'autre part, des préférences sur la nature du service souhaitée.

La demande apparaît d'abord spécifique en termes de contraintes de revenu, ce que nous qualifierons de **différenciation-revenu** puisqu'elle est liée à la faiblesse des ressources dans les quartiers où s'installent les petits prestataires. Les catégories urbaines modestes, par hypothèse, s'orientent donc en priorité vers les prestations les moins onéreuses.

Ainsi une enquête sur la perception des problèmes sanitaires par les populations (Ministère de la Santé Publique du Bénin, OMS, PNUD 1991), semble révéler une place importante donnée aux prix et aux revenus dans le choix du prestataire par les usagers. En effet 67 % des personnes interrogées en milieu urbain (selon un échantillon vérifiant la répartition de la population par CSP) qui déclarent ne pas se rendre systématiquement au centre de santé en cas de besoin (c'est-à-dire dans une structure de soins primaires) invoquent le manque de revenus comme raison principale de cette décision. De même la diminution des frais de soins est-elle considérée par un grand nombre de personnes interrogées comme le moyen prioritaire d'améliorer leur état sanitaire (42 % des urbains).

¹³ Dans le chapitre 4, le terme de différenciation sera appliqué aux produits proposés par les micro-unités, afin de souligner les difficultés d'évaluation de ces services.

Ces éléments confirment l'enquête menée en 1986 par le CREDESA (qui néanmoins se cantonnait au milieu rural, mais on peut penser que sur ce point les perceptions des individus se rapprochent quel que soit le lieu d'habitation) : les contraintes financières étaient évoquées comme la première raison de ne pas se rendre au centre de santé de Pahou, la structure sanitaire du CREDESA (39 % des réponses). Les résultats de ces études se rapprochent de la plupart des enquêtes sanitaires menées au Bénin, et tendent à montrer que, face à une gratuité des prestations peu appliquée, doublée de difficultés économiques et de la cherté du prix des médicaments (probablement aggravée avec la dévaluation de la monnaie), le recours à des services peu onéreux apparaît comme une option couramment utilisée.

Sans remettre en cause ces conclusions, signalons néanmoins les biais d'enquête qui peuvent amener à nuancer les résultats obtenus. D'une part, on peut penser que les enquêtés ont tout intérêt à mettre en avant les problèmes de prix, espérant par là jouer à la baisse de ces derniers. D'autre part, la barrière financière ne semble pas être le seul facteur de renonciation aux prestations officielles, comme tend à le montrer une autre enquête (Czesnik et Wolf 1992). Celle-ci indique en effet que la faible utilisation des unités officielles au regard de leurs capacités proviendrait également de problèmes dans la qualité des prestations. Ainsi les choix de demande dépendraient également d'une variable qualitative, ce qui nous amène au second facteur de différenciation de la demande de santé. Auparavant, indiquons que l'enquête ci-dessus évoquée ne remet pas en cause l'importance du facteur financier dans le choix des praticiens. Elle la nuance simplement, et dans une certaine mesure l'analyse de ses auteurs vient confirmer le caractère déterminant du coût des prestations pour les couches modestes de population. Ainsi Czesnik et Wolf, distinguant les revenus bas des revenus élevés, constatent qu'une fois assuré un certain niveau de revenu, l'élasticité-prix et l'élasticité-revenu s'avèrent faibles. Ce seraient donc plutôt, pour les catégories à ressources élevées, des variables telles que l'accueil, la qualité des soins, qui prédomineraient. Comment expliquer par contre que l'élasticité-prix ne soit pas fortement négative dans le cas des populations à revenus modestes ? Les auteurs invoquent à cet égard le caractère incompressible de certaines dépenses, en particulier les dépenses de santé de base. Les agents concernés consentent dans ces conditions à de grands sacrifices financiers pour les dépenses considérées comme absolument nécessaires. Ainsi, la variable revenu, bien que déterminante dans les choix des individus

modestes, doit tenir compte du caractère fondamental des services de santé dans la satisfaction et même la survie des populations.

En résumé, si l'on ne peut mesurer avec certitude le poids des contraintes financières sur le choix du prestataire, et même si cette relation doit se voir nuancée, néanmoins l'on ne peut nier que le prix des prestations constitue un facteur de choix essentiel pour les catégories modestes. Cet argument se trouve encore confirmé par d'autres études en milieu rural. L'enquête du CREDESA (1989) distingue trois niveaux de revenus parmi les utilisateurs du centre, et révèle une forte sensibilité de l'échantillon à revenu modeste face au niveau des prix appliqués (tableau 15). Le travail de Bichmann et alii (1991) montre que "les coûts (incluant le traitement et les heures de travail perdues) autant que le manque de confiance dans le personnel sont les principaux facteurs limitant l'utilisation des services de santé modernes" (traduction par nous-même).

TABLEAU 15

REVENUS ET SENSIBILITE AUX PRIX, CREDESA, PAHOU 1986

(part des enquêtés ayant avancé le prix comme raison de non-utilisation du CREDESA)

Niveau de revenu	Sensibilité au prix
Bas (72 enquêtés)	52,8 %
Moyen (122 enquêtés)	41,8 %
Haut (112 enquêtés)	25,0 %

Source : CREDESA 1989.

(NB : La répartition entre niveaux repose sur les signes extérieurs de richesse : type d'habitat, participation à une tontine, nombre d'activités qui génèrent des revenus dans la famille, moyen de transport).

Ajoutons enfin que la différenciation de la demande en termes de revenu (et donc de recherche de prix bas) explique aussi la priorité donnée aux prestations de proximité. En effet

une distance longue augmente le temps de trajet et le coût total du recours aux soins, ce qui tend à décourager les utilisateurs les plus modestes, notamment les résidents des quartiers pauvres. C'est pourquoi la proximité des petits prestataires constitue, à côté de leurs avantages relatifs aux prix pratiqués, un déterminant important de l'appel à ces formes de services. On peut rapprocher ces conclusions de l'analyse de Christaller (1933) sur la localisation des services. L'auteur, dans sa théorie des liens centraux, distingue la portée d'un service et le seuil nécessaire à la production de celui-ci. La portée signifie la distance maximale que le consommateur accepte entre lui et le service : au-delà de cette distance, il s'abstient d'acheter le produit. Même si l'application de l'analyse de Christaller doit s'arrêter là du fait des spécificités béninoises par rapport au terrain de l'auteur (l'Allemagne du sud), néanmoins les demandeurs de santé béninois sont également soumis à un calcul de ce type. A titre d'exemple, nous avons souligné dans notre analyse de l'offre que l'un des attraits des micro-unités réside dans le fractionnement possible des consultations et des achats de médicaments. En effet cette souplesse des micro-unités répond bien à la structure des revenus des catégories urbaines modestes.¹⁴ Pour le patient, cet avantage est en partie lié à la distance qui le sépare du prestataire : c'est la proximité de l'offre qui, en rendant faibles les frais de déplacement, permet de fractionner les visites au cabinet et donc de bénéficier de la souplesse des modalités de fonctionnement des micro-unités. L'intérêt de la théorie des liens centraux réside également dans le rapprochement qu'elle permet entre les comportements d'offre et de demande. En effet, l'auteur définit le seuil comme le volume minimal de clientèle nécessaire pour que la vente du service soit rentable. L'échange n'a donc lieu que lorsque le seuil et la portée sont en adéquation. Dans le cas des micro-unités sanitaires, on peut parler d'une adéquation entre, d'une part, la nécessité pour les demandeurs de bénéficier d'une offre proche, d'autre part, le caractère structurellement élevé de la demande (souligné plus haut) qui s'avère suffisant pour attirer l'offre sur ce fragment de marché. Plus généralement, on voit une fois encore que les rationnements du côté de l'offre et de la demande amènent la rencontre des prestataires et des utilisateurs sur le marché par le jeu des rationalités individuelles. Les conditions de l'échange sont réunies du fait des contraintes rencontrées par les deux côtés du marché.

¹⁴ Dorier-Apprill souligne également (1995), dans le cas du Congo (cf. note 7 de ce chapitre), l'intérêt des modalités de consultation et de paiement pour les ménages à revenu faible.

La demande apparaît également différenciée au regard de la nature des prestations utilisées, ce que nous qualifierons de **différenciation-nature, en référence aux caractéristiques particulières dans la perception de la maladie et des soins** par les populations du pays.

Nous abordons la différenciation ainsi définie sous deux aspects. D'une part, une différenciation fondée sur des caractéristiques objectives de la demande (des besoins spécifiques nécessitant une offre adaptée). D'autre part, une différenciation résultant des perceptions subjectives des patients (des préférences favorables à la diversification des itinéraires thérapeutiques individuels).

Les variables objectives de différenciation

Concernant les variables objectives, la différenciation s'exprime par des besoins propres aux catégories urbaines à revenus moyens et modestes. En dehors de leurs contraintes financières déjà abordées, celles-ci sont en effet confrontées à la précarité de leur état et de leur environnement sanitaires (exposition aux affections dues aux problèmes d'hygiène, de carences nutritionnelles, d'information limitée sur les comportements risqués...). Leurs besoins concernent donc largement des soins de base puisque ceux-ci permettent de répondre aux cas d'urgence et à la nécessité d'améliorer l'état sanitaire général des patients plutôt que de se focaliser sur des affections relevant de spécialistes.

L'objectif des soins primaires était précisément de donner un plus large accès à des soins élémentaires, bien adaptés aux besoins de base des populations les plus exposées, mais nous avons déjà souligné l'échec relatif de ceux-ci et la fréquentation toujours limitée des structures de soins primaires. De même les procédures de recouvrement, qui visaient à solutionner les problèmes de financement du système, n'ont pas toujours abouti aux résultats

escomptés. Ainsi le projet bénino-allemand de recouvrement lancé en 1987, qui reposait sur une tarification modulée des actes en fonction des revenus, s'est heurté aux contraintes financières empêchant de proposer des prix plus bas pour certaines catégories d'utilisateurs. En 1992 Czesnik et Wolf constataient que l'approvisionnement des structures en médicaments essentiels était assuré, mais que la fréquentation augmentait très faiblement, contrairement aux résultats attendus. Le projet de recouvrement se heurtait en effet aux charges financières qu'il engendrait sur une grande partie des populations. Or, soulignent les auteurs, "une baisse générale des tarifs ne semble pas réaliste si on ne veut pas réduire la contribution communautaire à quelque chose de symbolique" (p 18).

Face à de telles limites des mesures engagées, et à la fréquentation toujours décevante des centres de santé primaire, de nombreux patients trouvent une réponse à leurs besoins sanitaires courants dans les petites unités urbaines. Ces dernières distribuent des soins basiques allant du simple pansement à l'accouchement, en passant par l'injection, tout en demeurant financièrement abordables si l'on se réfère à leur succès. A cet égard, si la demande semble trouver un avantage à consulter ces unités, l'offre elle-même puise dans cette demande particulière la possibilité de concilier ses fortes contraintes (équipement limité, petite taille et fonds modestes) et sa capacité de proposer des prestations néanmoins attractives du point de vue des besoins. Les prestataires se placent donc sur ce segment de marché, au sein duquel peu de concurrents institutionnels existent, pour combler certains besoins propres des catégories modestes.

Les variables subjectives de différenciation

Du point de vue des perceptions subjectives, la différenciation-nature repose sur la diversité des choix thérapeutiques des patients, qui permet de montrer le caractère souvent complémentaire des formes privées de soins entre elles (micro-unités biomédicales et médecine traditionnelle notamment).

La question des choix thérapeutiques, à laquelle ont largement contribué les analyses anthropologiques, permet d'envisager le patient comme un individu placé "dans un contexte de pluralisme médical" (Sindzingre 1985 p 14), et de tenter d'appréhender la logique de ses décisions face aux alternatives qui se présentent à lui. A la suite de Augé (1984), la notion d'"itinéraire thérapeutique" permet de montrer la quête du patient vers la guérison, depuis l'apparition d'un trouble jusqu'à son traitement. Les anthropologues insistent, dans cette démarche du patient, sur les "diverses interprétations (divination, rumeurs, etc.) et cures" possibles, autrement dit sur la confrontation de trois dimensions dans les choix des patients : des représentations et pratiques "traditionnelles", "néotraditionnelles" ("combinaison de fragments d'anciennes et de nouvelles pratiques"), ou "biomédicales" (Sindzingre p 14). Cette approche des itinéraires thérapeutiques a souvent été fondée sur l'analyse du choix entre médecine traditionnelle et biomédecine. Ainsi Fainzang pose-t-elle la question de la place d'une structure "occidentale", le dispensaire, dans les stratégies "traditionnelles" des Bisa du Burkina (1985). Elle en conclut que l'introduction de la médecine occidentale ne modifie pas la logique des stratégies thérapeutiques, les individus s'adaptant à ce nouvel offreur tout en préservant la distinction entre le diagnostic (objet du devin) et la thérapie (objet du guérisseur et du dispensaire). La présente analyse n'a pas pour objectif de définir la place respective des diverses prestations dans les comportements des utilisateurs de soins au Bénin. Néanmoins, le principe des stratégies thérapeutiques peut être avantageusement repris en termes économiques sur le terrain urbain sanitaire : les acteurs seront alors considérés comme dotés d'une rationalité leur permettant d'exercer des choix entre les divers types de prestations sanitaires, selon des critères d'ordre à la fois anthropologique et économique. En effet les individus se trouvent bien en situation de pluralisme médical, et nous avons déjà montré certains critères de choix qui montrent leur capacité à élaborer des stratégies sanitaires. L'analyse de la demande de santé peut donc être ici abordée comme la recherche des critères de choix pour tel ou tel prestataire.

Nous focalisons notre analyse sur la position des populations urbaines moyennes et modestes vis-à-vis de trois modes de soins qui semblent complémentaires et couramment utilisés. Il s'agit de l'auto-traitement, de la médecine traditionnelle, enfin des micro-unités biomédicales que nous abordons successivement (les cliniques officielles privées, parce

qu'elles offrent des prestations souvent plus coûteuses, sont largement réservées aux catégories urbaines plus aisées). Nous montrons ce faisant comment les stratégies thérapeutiques mènent les patients vers ces dernières (les micro-unités) compte tenu des avantages subjectivement ressentis venant s'ajouter aux caractéristiques objectives déjà soulignées (prix modérés, proximité, soins basiques).

La pratique de l'auto-traitement et de l'auto-médication semble un mode courant d'administration de soins en milieu béninois. Les enquêtes disponibles vont toutes dans le sens d'un place importante de ce choix thérapeutique.

Ainsi l'enquête MSP-OMS-PNUD déjà citée (1991) révèle que 76 % de l'échantillon, toutes CSP confondues, pratique l'auto-traitement. Certes ce chiffre résulte d'une enquête réalisée sur l'ensemble du territoire, sans distinction des milieux urbain et rural. Mais si l'on observe le nombre élevé d'employés et de cadres déclarant exercer ce choix (24 sur 31), et compte tenu de leur concentration plus forte dans le milieu urbain, on ne peut nier la fréquence de telles pratiques dans les villes béninoises. Ce phénomène s'avère lié à la situation du pays concernant les pratiques pharmaceutiques : le Bénin est abondamment ravitaillé en médicaments frauduleusement importés du Nigéria, souvent moins chers et reconnus comme efficaces par toutes les CSP (malgré les risques qu'ils présentent en termes de qualité). Les populations locales exercent à cet égard un choix qui se justifie selon des critères de temps (absence de visite chez le praticien), de ressources (moindre coût du traitement) et parfois également de méfiance vis-à-vis des structures de soins. Cette méfiance est soulignée dans l'enquête de Bichmannet alii (1991), vis-à-vis des structures de soins primaires : les auteurs font clairement ressortir de leur étude que la sous-utilisation de ces unités résulte de l'importance des comportements de soins au sein de la famille, partiellement due à la "mauvaise qualité des services offerts" du point de vue des utilisateurs (p 368).

Une enquête centrée sur l'auto-médication constatée au service de dermatologie du CNHU de Cotonou (Do Ango-Padonou, Onibon, Yedomon 1990) confirme l'importance de ces pratiques et donne quelques précisions sur leurs modalités et leurs conséquences. Ainsi, 54 % des malades admis pendant l'enquête ont reconnu avoir auto-traité leur affection avant de s'adresser à l'hôpital. Toutes les CSP sont concernées, les cadres étant ceux qui contribuent le plus à l'auto-traitement (38 % des cas recensés), suivis des vendeurs et commerçants (24 %) et des étudiants, élèves et apprentis (18 %).

Les critères de ce premier choix thérapeutique apparaissent donc fortement liés aux contraintes économiques rencontrées par les populations. Mais considérant que toutes les catégories de population, y compris les plus nanties, pratiquent ces traitements, on ne peut conclure à une auto-médication qui serait spécifique aux couches modestes. On se trouve plutôt en présence d'une pratique couramment répandue, liée à des modes de vie et de comportements qui ne semblent pas appelés à disparaître pour le moment. En témoigne la répartition par âge des cas répertoriés dans l'enquête citée (Do Ango et alii) : la pratique de l'auto-traitement résulte pour 33 % des patients âgés de 25 à 35 ans .

La médecine traditionnelle constitue un second choix thérapeutique qui, en dépit de l'importance de la sphère biomédicale, demeure fortement prégnante dans les comportements de demande de santé. En dehors des tradipraticiens répertoriés dans l'Union Nationale (c'est-à-dire officiellement recensés), une multitude d'officines non réglementées pullule dans les villes béninoises.

41 % des urbains déclarent 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 (les auteurs de l'enquête MSP-OMS-PNUD estiment que "le malade chrétien ou cadre de l'administration se rend souvent chez le "bokonon" - médecin traditionnel - avec un sentiment de culpabilité"). Parmi les raisons

invoquées de ce type de choix, les critères économiques ne semblent pas primordiaux, contrairement aux arguments parfois avancés en faveur des atouts de la médecine traditionnelle (l'OMS notamment a longtemps fondé les principes des soins primaires sur la promotion des prestations traditionnelles, considérées comme moins coûteuses). La part occupée par la variable de coût semble même moins importante pour les catégories modestes que pour les employés et cadres (cf MSP, OMS, PNUD 1991). En réalité, le caractère peu onéreux des services traditionnels ne peut en effet être certifié, car les modalités de paiement, souvent opérées par partie en nature, engendrent des frais qui n'apparaissent pas forcément au départ du traitement (c'est le cas notamment de la fourniture par le malade des plantes nécessaires à la guérison, ou aux dons éventuels au praticien).

Ce sont donc à la fois les facteurs de préférence (confiance, croyance, habitudes) et de lacunes perçues dans les systèmes officiels (MSP-OMS-PNUD 1991 et Bichmann et alii 1991), qui semblent déterminants dans la stratégie thérapeutique du patient. Le premier de ces critères tire partiellement son importance de la dimension symbolique de nombreuses pratiques médicales traditionnelles (cf. les remarques précédentes sur les écrits anthropologiques : Benoist 1989, Augé 1984), et que les unités de biomédecine n'intègrent pas. L'argument lié à l'impuissance de l'hôpital dans le traitement adéquat tend à renforcer le rôle d'un traitement symbolique (sorcellerie, croyances) pour une part importante de la population. De plus, la prépondérance de la confiance comme facteur de choix porte à croire que l'accueil et la prise en charge des patients dans les structures officielles publiques les incitent à se tourner vers d'autres prestataires fournissant des soins individualisés plus adaptés aux besoins des populations. Ceci tend à confirmer les analyses plus anciennes menées dans d'autres pays, qui mettaient en exergue une perception fortement négative des populations vis-à-vis des structures sanitaires publiques, en termes notamment d'accueil et de confiance. Hours en particulier (1982, 1984, 1986) dressait pour le Cameroun une analyse des défaillances publiques comme sources d'un malaise à la fois au sein des personnels médicaux et des patients.

La médecine traditionnelle comme l'auto-traitement apparaissent donc comme des choix thérapeutiques fondés sur des critères non seulement économiques mais également anthropologiques et culturels. La rationalité des demandeurs de soins les amène à diversifier leurs itinéraires thérapeutiques face à la diversité des offreurs. Le rôle des petits cabinets biomédicaux, au sein de ces stratégies de demande, s'avère important et nous allons maintenant constater qu'il rejoint, du point de vue des préférences subjectives des patients, certains critères de choix déjà mis en exergue ci-dessus à travers l'auto-traitement et la médecine traditionnelle. Ces critères se rapportent notamment à la proximité des relations entre patients et soignants et aux variables d'accueil.

Les petits prestataires biomédicaux offrent, nous l'avons souligné, des prestations objectivement identifiables comme peu coûteuses, peu éloignées de la demande, et adaptées en partie aux besoins élémentaires des populations urbaines modestes. En dehors de ces caractéristiques expliquant la prolifération de ces unités, les stratégies thérapeutiques des patients font apparaître des choix fondés sur la perception subjective des qualités présentées par les cabinets urbains. Ces dernières sont au nombre de deux.

En premier lieu, les micro-unités paraissent jouir vis-à-vis de leur clientèle d'une confiance plus importante que les structures publiques. La proximité géographique des cabinets et le type de relations tissées entre soignant et patient peuvent l'expliquer, même si nous ne disposons d'aucune enquête qui viendrait confirmer ces suppositions. On peut penser à cet égard que la méfiance évoquée plus haut face aux unités officielles (et qui s'explique en partie par les blocages du secteur public, cf chapitre 1) favorise le report des demandeurs vers des services de petite taille, plus favorables à l'individualisation des relations offre-demande. Hours a montré (1986) que dans le contexte camerounais, les protestations des patients s'adressaient surtout à l'Etat, représenté par le Ministère de la Santé. L'opinion dominante y était que la santé publique concernait essentiellement les pauvres, et que l'on y recevait de mauvais soins. Les cliniques privées sont donc apparues comme des substituts valables (parce que "l'on y est bien reçu"), et dont la fiabilité reposait notamment sur leur caractère payant (au

contraire des services publics fondés sur la gratuité officielle), supposé garantir la qualité des prestations. En appliquant cette analyse au cas du Bénin (au delà des différences entre les pays, les systèmes en place et leur perception par les populations présentent des points communs), on peut donc comprendre que les lacunes des services publics aient amené les patients vers le secteur privé. Mais la modestie des revenus d'une grande part de la population urbaine ne permet pas un report massif vers les cliniques privées déclarées, malgré la bonne réputation dont celles-ci bénéficient généralement. Les petits cabinets apparaissent donc comme répondant à la fois aux contraintes financières fortes et aux exigences de confiance dans les services de la part des populations urbaines, que Hours avait déjà mises en exergue dans le cas camerounais.

Outre la variable de confiance, les petites unités peuvent offrir des avantages en termes d'accueil que les clients n'observent pas toujours au sein des services publics. Ces préoccupations rejoignent celles évoquées ci-dessus concernant la confiance envers les personnels de santé. Les enquêtes traitant de cette question abordent essentiellement la perception des centres de santé primaires, et révèlent que l'évaluation du service dépend largement des problèmes d'accueil rencontrés par les patients. Ainsi les enquêtés de l'étude MSP-OMS-PNUD évoquent des situations perçues comme "choquantes" : en milieu urbain, 54 personnes sur 132 interrogées qui déclarent souhaiter un "bon accueil" et une "conscientisation" des agents de santé placent ces conditions comme le deuxième moyen d'améliorer les prestations sanitaires (après la diminution des frais de soins, pour 42 personnes sur les 132). De même, il semble admis dans l'étude menée par Czesnik et Wolf que tous les facteurs relatifs à la qualité influencent considérablement la demande médicale, en particulier la qualité de l'accueil dont font l'objet les patients.

L'enquête sur les choix des patients face aux services de santé primaire (Bichmann et alii 1991) vient enfin confirmer l'importance des perceptions que les utilisateurs ont des prestataires, et le handicap dont souffrent à cet égard les services officiels publics. Comme nous l'avons indiqué, si l'accessibilité des soins primaires a connu de réels progrès, néanmoins

les services demeurent sous-utilisés et de qualité globale faible. Les patients font face à des coûts et des distances toujours élevés. Plus encore, l'attitude des personnels soignants aurait diminué la confiance dont jouissent ces services. La principale raison de cette dernière observation proviendrait de "l'incompétence des agents de santé pour conseiller les clients".

A l'issue de cette caractérisation des besoins sanitaires comme demande différenciée, il apparaît possible de proposer une fonction de décision sanitaire qui intégrerait la diversité des déterminants soulignés.

Les approches ayant abordé la question de la demande sanitaire font généralement l'objet d'une distinction entre celles qui s'attacheraient plutôt à une demande de consommation, et celles fondées sur une demande d'investissement. Comme annoncé plus haut, nous nous attachons ici à définir la fonction de décision des populations urbaines modestes (les plus concernées par les micro-unités) en termes de coûts et de consommation. Les approches de consommation permettent en effet d'intégrer des éléments relatifs à la fois aux variables de coût (qui se rapportent à la demande différenciée-revenu) et aux déterminants relevant de la nature et/ou des perceptions subjectives (qui concernent une demande différenciée-nature au sens large).

La fonction de décision sanitaire peut ainsi se présenter de la façon suivante :

$$D = f \{ (p, t), (s, c) \} \quad [4]$$

avec :

D = demande de santé destinée aux micro-unités

p = prix

t = distance ou temps de trajet

s = service (nature de la prestation)

c = confiance, accueil

Le premier élément de la fonction (p, t) se rapporte à la différenciation par les revenus.¹⁵ Mais il ne permet pas à lui seul de prendre en compte les autres variables de choix identifiées plus haut (la différenciation par la nature des prestations). Les insuffisances d'une simple approche par les coûts apparaissaient déjà dans un contexte différent, celui des pays occidentaux, comme on peut le voir à travers la formule proposée par Phelps et Newhouse (1974). Ces auteurs ont présenté une relation entre la consommation et les coûts sur le modèle suivant :

$$C = f.P + W.t \quad [5]$$

avec :

C = consommation

f = fraction du prix non remboursée par l'assurance ou la Sécurité Sociale (donc prise en charge par le patient)

P = prix d'une unité de service

W = rémunération horaire perçue par le patient quand il n'utilise pas son temps à la santé

t = temps consacré aux soins

¹⁵ Explicitement, la variable p souligne l'avantage des micro-unités en termes de prix. Implicitement, nous associons également à p la souplesse des micro-prestataires par le fractionnement des consultations et du paiement qu'elles permettent (cf. nos développements sur le rôle des prix dans la différenciation respective de l'offre et de la demande).

Cette relation présente l'intérêt de proposer une approche par la consommation, qui nuance la vision par l'investissement. Par contre, elle ne peut bien sûr s'appliquer telle quelle à la demande de santé au Bénin, surtout celle qui s'adresse aux petits prestataires :

- Le taux de remboursement des petites prestations étant nul (et donc $f=1$), la variable prix s'avère déterminante dans ce modèle, ce que confirme sur notre terrain l'importance du montant des honoraires dans le choix du prestataire consulté.
- La rémunération horaire (W) ne peut être évaluée, compte tenu du rôle joué par les revenus informels et complémentaires. Mais l'on peut estimer que la perte de revenus induite par le temps consacré aux soins joue sur le choix du prestataire, ce que semble confirmer également le cas béninois (cf les enquêtes citées dans l'analyse de la demande). Cette variable permet donc de mettre en exergue le caractère déterminant de la proximité des petites unités dans les choix exercés en leur faveur : la faiblesse des coûts de trajet, et éventuellement du temps passé aux visites chez le praticien (interventions relativement rapides) favorisent le recours à ces prestataires.
- Enfin, le modèle de Phelps et Newhouse s'avère très partiel compte tenu des autres critères soulignés, relatifs à la nature des prestataires et à la perception qu'en ont les utilisateurs. Il convient donc de le compléter en intégrant les préférences, ce qu'une simple approche par les coûts ne permet pas. Existe-t-il une approche alternative qui permettrait d'intégrer des préférences individuelles plus complexes ? L'analyse par les besoins, développée par Cullis et West (1979), remettait en cause la capacité de choix des agents dans le domaine sanitaire, s'opposant en ce sens à la démarche de Phelps et Newhouse. Le patient, pour Cullis et West, se trouve dans l'impossibilité de prévoir son état de santé, et délègue donc au médecin la capacité de proposer la nature et la quantité des soins nécessaires. Le patient ne peut qu'accepter ou refuser la proposition du praticien. Ce qui semble a priori intéressant pour notre analyse dans l'approche des auteurs, c'est leur conclusion sur les déterminants des choix des patients. Cullis et West soulignent en particulier le rôle des maladies graves (qui inciteraient les individus à suivre le traitement proposé), du revenu, et de l'instruction. Cette dernière jouerait à la hausse de la consommation de soins, car l'individu instruit serait plus à même de reconnaître la pertinence de certains traitements. Malgré l'intérêt de

l'approche par les besoins, on doit néanmoins constater que celle-ci ne permet pas de prendre en compte toute la complexité des comportements de demande sanitaire que nous tentons de mettre en valeur. En particulier, la différenciation de la demande en termes de nature des prestations n'apparaît pas dans l'analyse de Cullis et West. Leur intérêt pour la variable d'instruction ne suffit pas à prendre en compte les variables de choix reposant sur la confiance et les relations entre le soignant et le soigné. C'est compte tenu de ces insuffisances que le second terme de la fonction que nous proposons (les variables s et c) (cf. [4]) tente d'évaluer le rôle de la qualité et de la nature des prestations dans les choix opérés. Les variables déterminantes y sont les facteurs de différenciation objectifs (distribution de soins basiques reflétant la nature spécifique des prestations) et de traits plus subjectifs tels que les stratégies thérapeutiques ou les variables de qualité (accueil et confiance).¹⁶ Nous reviendrons plus largement sur la deuxième catégorie dans les chapitres 3 et 4, en tentant de définir les critères de qualité des prestations tels qu'ils sont perçus par les patients, et en introduisant la question de l'information dont les patients disposent sur cette qualité.

CONCLUSION

La fonction de demande sanitaire permet de montrer que les utilisateurs orientent leurs choix en fonction de leurs contraintes mais également de leurs préférences. Or, dans ces dernières, interviennent les perceptions sur la qualité des prestations en fonction de critères de confiance et d'accueil. C'est précisément le problème de la qualité des micro-unités qui sera abordé au chapitre 4. En effet, le présent chapitre a montré que le développement des petites unités sanitaires se fonde largement sur des logiques de recherche de profit, stimulées par les rationnements rencontrés par les diplômés, et par les potentialités qu'offre la demande en termes de débouchés et de besoins particuliers. Si la variable qualitative est apparue comme déterminante dans les choix des demandeurs, on peut s'interroger sur la capacité de ces

¹⁶ L'OMS reconnaît l'importance de ces caractéristiques plus subjectives. Les décisions relatives aux soins de santé sont considérées comme résultant d'une "foule de facteurs : coûts économiques et sociaux, facteurs de

derniers, malgré leur rationalité, à contrôler seuls la qualité des prestations offertes sur le marché.

prestige, distance, commodité, temps, croyances traditionnelles, personnalité ou réputation de certains guérisseurs, etc." (Bannerman, Burton, Wen-chieh 1983 p 23).

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Les logiques individuelles prédominent pour faire du micro-marché un lieu d'expression des trajectoires de reports (pour l'offre et la demande) et de la recherche de profit. Le marché des petits prestataires constitue un fragment "providentiel" pour la demande, ses caractéristiques concurrentielles lui permettant a priori une souplesse suffisante pour répondre à certains besoins tout en offrant des débouchés à une catégorie de diplômés ne disposant pas de ressources suffisantes pour intégrer l'offre officielle. Mais la question de l'information disponible sur le marché et des stratégies possibles de manipulation de la part des prestataires n'a pas été traitée. La seconde partie se propose d'aborder les limites du marché du point de vue des risques subis par les utilisateurs, sous l'optique particulière de la qualité des prestations. Au passage, la fonction de demande de santé définie dans le chapitre 2 nous sera utile pour présenter une fonction de qualité des services de santé, qui servira de référence à l'analyse des problèmes posés par le marché.

DEUXIEME PARTIE

LES LIMITES DU MARCHE

Ce que nous avons qualifié de caractère providentiel du micro-marché sanitaire pour les demandeurs de santé ne signifie pas que les petits cabinets constituent une offre satisfaisante du point de vue de la qualité. Cette deuxième partie vise à préciser les critères d'évaluation applicables aux micro-unités, afin de souligner les risques qualitatifs importants que celles-ci présentent. Au centre de l'analyse se trouve d'abord la notion de seuil de santé, qui, au même titre que les mesures du seuil de pauvreté, suppose un niveau en-deçà duquel l'individu ne peut exercer l'ensemble de ses capacités. Prendre pour point de départ le seuil de santé signifie que l'on considérera l'offre à travers la capacité qu'elle a de permettre à la demande l'atteinte et le dépassement de ce seuil. Le chapitre 3 évalue la pertinence des critères d'évaluation des systèmes de santé couramment utilisés (calcul coût-efficacité notamment) face aux micro-unités, afin de conclure à leur inadéquation et à la nécessité de considérer comme critère essentiel la qualité des services offerts. Le chapitre 4 souligne, au regard des critères retenus (seuil sanitaire et qualité), les risques présentés par le marché des micro-unités. La théorie de l'agence est utilisée comme cadre analytique des relations entre l'offre et la demande, pour montrer les possibilités de comportements stratégiques défavorables à la qualité. La présente partie s'attache en fin de compte à mettre en valeur les limites des contrats privés sur le micro-marché face à l'exigence de qualité dans le secteur sanitaire.

CHAPITRE 3

QUELS CRITERES D'EVALUATION DES SYSTEMES DE SANTE ? EFFICACITE, EQUITE ET QUALITE.

La prolifération largement incontrôlée des petites prestations appelle à définir les objectifs d'un système de santé. Nous voulons montrer dans ce chapitre que deux critères semblent pertinents pour évaluer la situation sanitaire des populations, en particulier celles qui font appel aux micro-unités : ces critères sont d'une part l'équité, à travers la notion de seuil de santé, d'autre part la qualité des services. Au contraire, les critères d'évaluation des services sanitaires aujourd'hui utilisés dans le cadre des restructurations (coût-efficacité) n'apparaissent pas adaptés aux micro-unités.

Nous nous intéressons d'abord au critère d'équité (I). La vulnérabilité sanitaire de certaines catégories de populations remet en cause l'équité du secteur de santé. Pour analyser cette lacune, nous introduisons la notion de seuil de santé minimal. Celui-ci suppose la nécessité pour chacun de disposer d'un niveau de santé acceptable. Il représente un niveau sanitaire sous lequel, par hypothèse, les individus ne peuvent exercer leurs choix de façon rationnelle (la rationalité sera définie dans ce chapitre). L'accès de tous à un seuil sanitaire minimal est alors une condition d'équité du système de santé. Le concept de "capability" développé par Sen contribuera à définir le seuil de santé.¹

¹ Les capacités individuelles définies par Sen (1981, 1987, 1993) constituent des possibilités offertes ou non aux individus d'exercer des choix. Ces capacités dépendent du niveau de santé, de l'éducation, de la nutrition. En ce sens les capacités sont plus une fin qu'un moyen, elles élargissent les possibilités de choix individuelles. C'est l'utilisation de ce concept d'incapacité qui nous permet de définir la notion de seuil de santé.

Nous abordons ensuite le critère d'efficacité afin de montrer les limites d'un calcul coût-efficacité appliqué aux micro-unités, et l'intérêt de se tourner plutôt vers une évaluation de la qualité des services (II). En effet les restructurations actuelles s'appuient sur deux principes : d'une part, l'application des impératifs de rendement et de réduction des déséquilibres budgétaires, d'autre part, et de façon complémentaire, l'allocation "optimale" des ressources publiques à travers le rapport coût-efficacité comme fondement des orientations actuelles. On se trouve donc en face de logiques en termes d'efficacité productive et allocative.

Or, le ratio coût-efficacité ne peut suffir à évaluer les micro-unités compte tenu des difficultés d'évaluation inhérentes à cette catégorie de prestataires. En particulier, la qualité de ces derniers est méconnue, alors que le calcul coût-efficacité tend à considérer la qualité comme donnée. Réintroduire le problème de la qualité dans ce secteur nous amène donc à reposer sous un angle particulier la question de l'équité des soins. En effet, si l'équité signifie l'accès de tous au seuil sanitaire minimal (c'est ainsi que nous la définirons désormais), alors la qualité des prestations constitue un déterminant important de cet accès, particulièrement dans le cas des micro-unités. Au calcul coût-efficacité doit donc se substituer une évaluation de la qualité des services : nous achevons ce chapitre en tentant d'élaborer une fonction de qualité des prestations de santé, qui servira de référence pour souligner dans le chapitre 4 les risques subis par les demandeurs de micro-prestations.

I. L'EQUITE SANITAIRE, OU LA SANTE COMME CONDITION DE CHOIX INDIVIDUELS RATIONNELS.

L'approche de Sen sur les capacités individuelles peut servir de fondement à une analyse de l'équité dans le champ sanitaire. L'auteur lie le bien-être individuel à des critères de satisfaction des besoins de base, ou à l'atteinte de certaines "capacités" élargissant les choix de vie (1981, 1987, 1993). Nous définirons l'équité du point de vue sanitaire comme la situation

qui permet à chacun d'accéder à un minimum de besoins sanitaires de base, c'est-à-dire à un niveau minimal de santé.

Nous allons tenter ici de montrer quels risques en termes d'équité pose l'insuffisante dotation de certains individus en matière de santé. Pour cela, nous présentons l'équité sanitaire comme une situation dépendante de la capacité de décision des individus. L'hypothèse réside dans le lien qui unit la rationalité à l'atteinte d'un seuil de santé minimal : les individus qui n'atteignent pas un certain niveau de santé ne peuvent prendre de décisions rationnelles. Ils se trouvent donc en situation d'inéquité non seulement d'un point de vue sanitaire, mais également de par leur difficulté à effectuer les choix qui les rapprocheraient du niveau de santé satisfaisant.

Une telle hypothèse, que nous tenterons d'argumenter, nécessite une définition préalable de la rationalité. Quinet (1994), interprétant la notion de rationalité chez Simon (1959), considère un choix rationnel comme répondant à deux conditions (p 136). D'une part, il est adapté (parfaitement ou non) à la réalisation d'un objectif. D'autre part, il est le résultat d'une délibération, "quel que soit le jugement que l'on puisse porter sur la longueur et la qualité de la délibération". Nous retenons cette définition car elle permet indirectement d'aborder les conséquences d'un niveau de santé faible. En effet, comme le souligne Quinet, une telle approche de la rationalité signifie que l'adaptation d'un choix à un objectif ne suffit pas à considérer ce choix comme rationnel. Il faut que ce choix ne résulte pas du hasard, mais d'une délibération individuelle. Implicitement, cela revient à ne considérer comme irrationnels que les choix dus au hasard. Or précisément, nous supposons dans la suite de notre analyse qu'un niveau de santé faible peut empêcher les individus de délibérer pour effectuer des choix. La perte de capacités physiques est susceptible de réduire la faculté de chercher la solution la moins insatisfaisante possible face à une alternative. Le niveau de santé sous lequel les agents ne sont plus en mesure d'exercer leur rationalité sera appelé le seuil sanitaire minimal. Et la vulnérabilité de certaines catégories de populations face aux risques sanitaires sera vue comme une source de réduction de la rationalité.

Dans un premier temps (I.1), nous tentons d'évaluer l'importance de la vulnérabilité sanitaire dans la population béninoise, afin d'en tirer une interprétation en termes de seuil de santé. Puis nous présentons le seuil comme une condition de rationalité individuelle et donc d'équité (I.2), afin de souligner les difficultés auxquelles le champ sanitaire béninois semble confronté à l'égard de ce critère d'évaluation.

I.1 . PAUVRETE, VULNERABILITE SANITAIRE ET SEUIL DE SANTE.

La présentation d'éléments d'évaluation relatifs à la pauvreté au Bénin permet d'abord de poser l'hypothèse qu'une part importante de la population apparaît vulnérable en termes de santé (I.1.1). Nous tentons ensuite d'interpréter cette vulnérabilité comme le risque élevé de descendre sous un seuil minimal de santé, et nous interrogeons sur la possibilité de définir plus rigoureusement cette dernière notion (I.1.2).

I.1.1 . ELEMENTS D'EVALUATION DE LA PAUVRETE ET DE LA VULNERABILITE SANITAIRE.

Pour étayer et préciser l'idée de populations modestes soumises à une grande vulnérabilité sanitaire, on peut s'intéresser à l'étude de Lachaud (1995) sur la pauvreté au Bénin. L'auteur reprend les résultats de l'enquête budget consommation (EBC) de 1986 (INSAE 1989-1992), pour retenir une mesure de pauvreté relative plutôt que de pauvreté absolue, sans pour autant rejeter la seconde. La mesure de la pauvreté relative signifie que l'on calcule le revenu au-dessous duquel se trouve une certaine part de la population. Trois lignes de pauvreté sont alors distinguées :

- une ligne de pauvreté équivalant aux deux tiers de la moyenne de la consommation par tête ajustée : soit $P1 = 53\,366$ FCFA en 1986 ;

- une ligne d' "extrême pauvreté", ou niveau de vie critique, égale à un tiers de la moyenne de la consommation par tête ajustée : soit P2 = 26 683 FCFA en 1986² ;
- une ligne de pauvreté absolue par rapport aux besoins nutritionnels : soit P3 = 74 880 FCFA en 1986.

Le tableau 16 permet de tirer des conclusions sur la pauvreté en milieu urbain et son incidence sur la situation sanitaire.

TABLEAU 16
INCIDENCE DE LA PAUVRETE SELON LES NIVEAUX DE VIE ALTERNATIFS ET
LES REGIONS AU BENIN.

Niveau de vie	Pauvreté 1	Pauvreté 2	Pauvreté 3	Nombre de cas
Strate	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Total
TOTAL	0,433	0,114	0,629	824
Nord-urbain	0,735	0,327	0,837	49
Nord-rural	0,782	0,278	0,887	133
Centre-urbain	0,320	0,040	0,560	25
Centre-rural	0,527	0,055	0,791	91
Sud-urbain	0,365	0,071	0,588	85
Sud-rural	0,393	0,045	0,674	242
Cotonou	0,176	0,090	0,302	199

Source : Enquête budget consommation 1986.

² Cette pauvreté extrême correspond à ce que l'on peut qualifier de ligne d'indigence. Cette dernière est différente de, et inférieure à, la ligne de pauvreté.

Quelques constats préalables s'imposent avant d'aborder précisément notre terrain d'analyse, le milieu urbain. On remarque d'abord avec Lachaud que l'ampleur de la pauvreté varie sensiblement selon le seuil choisi. On observe ensuite que le nord du pays apparaît plus vulnérable que le sud face à la pauvreté. Enfin, la pauvreté touche plus les campagnes que les villes, à l'exception de l'extrême pauvreté qui semble plus forte en milieu urbain, et particulièrement à Cotonou.

Concernant le contexte urbain, Lachaud remarque à Cotonou que "l'incidence de la pauvreté ne serait que de 17,6 %" (p 10). Certes, la comparaison avec les autres régions montre une situation relativement privilégiée de la capitale économique. Cette proportion reste néanmoins importante. De plus, il est frappant de noter que Cotonou connaît une extrême pauvreté plus importante que toutes les autres zones (9 %), à l'exception du nord du pays (28 à 32 %), particulièrement pauvre.

Dans tous les cas, on observe que, malgré des disparités importantes de pauvreté, celle-ci touche une proportion élevée des populations urbaines : au moins 17,6 % selon la ligne P1 (et atteignant jusqu'à 73,5% en milieu nord-urbain), 4 % selon P2 (et 9 % à Cotonou), et 30,2 % selon P3. Quelle est l'incidence de ces données sur la situation des catégories urbaines en termes de santé ? A défaut d'une évaluation des relations entre état sanitaire et pauvreté, on peut raisonnablement penser que les individus touchés par la pauvreté se trouveront confrontés à des risques sanitaires plus élevés que les autres catégories. Les plus vulnérables sont probablement ceux qui vivent sous le seuil d'extrême pauvreté. A cet égard, il semble possible de rapprocher P2, le niveau de vie critique, d'un niveau de santé critique. Si rien ne permet d'avancer que l'extrême pauvreté d'un individu s'accompagne

systématiquement d'un état sanitaire inférieur aux besoins de santé essentiels, néanmoins on peut supposer une certaine corrélation entre ces deux indicateurs.³

Derrière la complexité de la mesure du niveau individuel de santé, les données disponibles en termes de pauvreté permettent donc de souligner qu'une part non négligeable des populations urbaines est vulnérable d'un point de vue sanitaire.⁴ Nous interprétons cette vulnérabilité comme l'importance du risque de se trouver sous un seuil minimal de santé. Cette notion de seuil sanitaire appelle à être précisée.

I.1.2 . EXISTE-T-IL UNE MESURE DU SEUIL DE SANTE ?

La recherche d'une mesure du seuil sanitaire peut être menée à partir des analyses sur le problème de la valeur d'une vie humaine. En effet il s'agit dans les deux cas (recherche du seuil et valeur d'une vie) d'approcher d'un point de vue économique des grandeurs a priori irréductibles à une telle approche. Or, à condition d'introduire des critères relatifs à l'éthique et l'équité, il est possible d'aborder économiquement ces questions. De plus, la notion de valeur

³ A cet égard, nous considérons que les difficultés d'accès aux services de santé constituent un aspect important de la pauvreté au même titre que la déficience alimentaire, l'éducation, les problèmes de logement et d'habillement. Il n'est pas certain que les analyses des seuils de pauvreté laissent une place suffisante au critère sanitaire. Ainsi Salama et Valier (1995) font-ils dépendre la ligne de pauvreté des besoins caloriques, de l'habillement, du logement et du transport, comme si la santé n'était pas nécessaire à la définition de cette ligne (p 259). De même en présentant l'indice de Theil, qui permet d'attribuer à tel ou tel facteur la responsabilité de la pauvreté, ils ne retiennent que les facteurs d'éducation, d'âge, de secteur et de catégorie d'emploi (p 265). Paradoxalement, les auteurs reconnaissent implicitement le rôle de la santé dans la pauvreté, en soulignant, rapidement, la responsabilité des politiques en faveur de la santé dans l'évolution de cette pauvreté. Finalement, leur approche montre que l'absence ou l'imperfection des mesures de pauvreté sanitaire dans l'analyse de la pauvreté semble liée à la difficulté des évaluations et non pas au refus de reconnaître le rôle de la santé.

⁴ On peut en outre penser que les plans d'ajustement structurel et la crise économique des années 80 ont aggravé la vulnérabilité, ce qui renforce l'intérêt d'aborder la question d'un niveau critique de santé parmi les populations démunies. Ainsi l'UNICEF et le Ministère du plan et de la Statistique (1990) soulignent-ils qu'avec les PAS et la crise, l'état nutritionnel de la population s'est dégradé, entraînant un accroissement des dépenses de médicaments malgré la baisse du pouvoir d'achat. Cela a conduit à réduire encore davantage les dépenses d'alimentation, ainsi que la consommation des autres services jouant sur la santé: utilisation d'eau courante, vidange des fosses septiques.

de la vie suppose, comme celle du seuil de santé, la prise en compte de déterminants de bien-être individuels.

Nous nous intéressons d'abord (I.1.2.1) aux limites mais également aux apports des deux grandes approches relatives à la valeur de la vie humaine, à savoir la théorie du capital humain et l'analyse de la disposition à payer pour réduire le risque de maladie. En examinant ensuite (I.1.2.2) les tentatives menées pour améliorer ces deux conceptions, nous soulignons la grande complexité de la définition d'un seuil de santé. Nous terminons (I.1.2.3) en tentant néanmoins de montrer que les indicateurs disponibles, aussi imparfaits soient-ils, confirment la grande vulnérabilité de certaines populations face au risque de descendre sous un niveau critique de santé.

I.1.2.1 . CAPITAL HUMAIN, DISPOSITION A PAYER ET SEUIL DE SANTE.

La théorie du capital humain (voir sa présentation au chapitre 2, I.1) a introduit une conception de la valeur d'une vie humaine fondée sur la seule capacité productive de l'individu. Dans la droite ligne des analyses du capital humain, l'investissement individuel sert d'abord à améliorer le rendement monétaire attendu des agents. En termes de valeur d'une vie, cela se traduit par des évaluations sous la forme suivante (Mushkin 1962, Rice 1967) :

$$H_i = \sum_{t=1}^{T_i} \frac{L_{ti}}{(1+r)^t} \quad [6]$$

avec

H_i = valeur de la vie de l'individu i

L_{ti} : revenus annuels du travail de i avant impôts (année de vie t)

r : taux d'actualisation

Ti : espérance de vie de i.

Une telle acception de la valeur d'une vie humaine pose inéluctablement un double problème, à plus forte raison dans le cadre béninois.

En premier lieu, la prise en compte des seuls revenus occasionnés par l'existence d'un individu omet les critères d'évaluation non monétaire du bien-être. Dans le cadre béninois, la seule évaluation des revenus engendre de nombreux biais : un biais statistique d'abord, compte tenu des difficultés de mesure des revenus et de l'importance des flux monétaires parallèles. Un biais tenant aux choix d'allocation des revenus ensuite, sachant que la part des ressources consacrées à la santé est variable en fonction des catégories concernées et de la confiance dans l'avenir. Un biais culturel enfin, eu égard à la complexité de perception de la maladie et de ses conséquences : en témoignent les enquêtes déjà évoquées plus haut, mais également la promotion dont jouit actuellement la religion vodou (les célébrations de "Ouidah 1992" ont marqué la reconnaissance officielle du vodou par les pouvoirs publics depuis la transition politique).

Il semble donc difficile d'admettre que les seuls revenus du travail puissent être pris en compte dans la définition de la valeur d'une vie humaine, à plus forte raison dans un contexte subsaharien.

En second lieu, la définition de la théorie du capital humain revient à affecter une valeur nulle à la vie des individus ne percevant aucun revenu lié au travail officiel. Ce critère s'explique dans la logique de cette analyse, qui ne prend en compte que les revenus qui disparaissent après le décès. Au contraire, les ressources patrimoniales, les retraites, les pensions, soit persistent après la disparition de la personne, soit continuent à engendrer un

revenu pour les descendants ou la société (dons, organismes de retraite...). Les activités domestiques constituent à ce titre une exception de l'analyse, qui les intègre à l'évaluation de la vie par référence à un revenu d'opportunité et un salaire horaire moyen des individus appartenant à une catégorie similaire en termes d'âge et de sexe.

Une version voisine (Weisbrod 1971), en ôtant la consommation individuelle des revenus perçus, aboutit même à rendre la valeur d'une vie négative pour les individus consommant plus qu'ils n'apportent de revenus officiels :

$$H_i = \sum_{t=1}^{T_i} \frac{L_{ti} - C_{ti}}{(1+r)^t} \quad [7]$$

avec toujours :

H_i = valeur de la vie de l'individu i

L_{ti} = revenus du travail de i avant impôts (année de vie t)

r = taux d'actualisation

T_i = espérance de vie de i

et C_{ti} = consommation de l'individu i pendant l'année de vie t .

Au Bénin comme dans nombre de pays africains, une telle mesure pose non seulement un problème éthique, en proposant une évaluation purement monétaire de la vie, mais également une difficulté plus technique résultant de l'importance des revenus parallèles, non imposés et non mesurables par la formule ci-dessus. Le mode de calcul même de cette évaluation s'avère donc inadapté compte tenu des spécificités du pays.

Du point de vue des difficultés d'évaluation du revenu (lacune d'ordre technique), il apparaît complexe de proposer une mesure fiable qui intégrerait à la fois les ressources officielles et les flux informels liés à l'activité non déclarée et/ou la pluri-activité. Le calcul se trouve encore compliqué par l'existence de nombreux transferts au sein des réseaux de relations et de famille, que ce soit dans le cadre de structures de financement officielles ou non (l'importance des tontines en témoigne, et la diversification des formes prises par celles-ci - tontines financières, commerciales ou à vocation d'entraide, cf Lelart 1989 et chapitre 1 - rend plus difficile le recensement des transferts effectués).

Concernant la nécessaire prise en compte de considérations éthiques dans la détermination d'un seuil sanitaire, on peut considérer qu'une appréhension strictement monétaire ne répond pas aux exigences, par ailleurs aujourd'hui largement reconnues, d'un système de santé qui se voudrait équitable. Si le critère d'équité sanitaire repose sur l'accès de tous à un seuil sanitaire minimal, on ne peut alors que rejeter la possibilité d'une valeur de vie nulle, qui reviendrait à considérer que certains individus ne répondent pas aux conditions donnant droit à l'accès aux soins.

La nécessité d'apporter à la valeur de la vie des considérations d'équité peut se traduire par l'application de **l'approche de la disposition à payer** au champ de la santé. C'est ainsi que Drèze a introduit (1962) la conception de la disposition individuelle à payer pour maintenir ou améliorer les chances de survie. Cette approche et ses prolongements permettent à une analyse du champ béninois de considérer les choix thérapeutiques individuels et les préférences des patients comme des déterminants fondamentaux du seuil sanitaire. Néanmoins, l'analyse par la disposition à payer s'avère également difficile à appliquer compte tenu, d'une part, de l'impasse à laquelle elle mène d'un point de vue éthique, d'autre part, des difficultés statistiques. Nous abordons maintenant ces différents points, avant de considérer les apports et les limites des conceptions alternatives ou dérivées.

L'analyse de la disposition à payer présente l'avantage de prendre en compte la valeur qu'une personne se donne à elle-même. Son application la plus simple à la valeur d'une vie humaine (Drèze 1962) mesurait ainsi cette dernière par le montant qu'un individu est prêt à verser pour diminuer son risque de décès. Se trouvent donc introduits dans l'évaluation non seulement les principes d'équité, mais également les externalités. Il devient alors possible de mesurer l'efficacité d'un programme de santé publique : il est nécessaire pour atteindre le maximum d'efficacité que la moyenne de ce que les individus acceptent de payer égalise le coût marginal d'une vie sauvée.

Cette idée, développée par Mishan (1969), Schelling (1968), Jones Lee (1976), s'applique dans un modèle élaboré par ce dernier (cf annexe 2), qui traite d'une situation comprenant une seule période et sans mécanismes d'assurance individuelle. L'auteur considère un agent doté d'un niveau initial de richesse et confronté à un risque de décès donné. Ce risque peut être diminué en contrepartie des dépenses de prévention nécessaires. Jones Lee distingue alors deux fonctions d'utilité de Von Neuman-Morgenstern : l'une est la fonction d'utilité durant la vie, l'autre est la fonction d'utilité au seuil de la mort, qui prend en compte la satisfaction retirée de la richesse à la fin de la vie (elle considère les logiques de transferts aux descendants). Jones Lee montre que le montant maximal que l'individu est prêt à payer est celui qui maintient le niveau global de l'utilité (utilité durant la vie et utilité au seuil de la mort) après que le risque de décès ait été diminué. L'agent peut soit être prêt à payer pour abaisser le risque, soit réclamer une compensation lorsque ce risque s'accroît. Dans le premier cas (disposition à payer positive), il n'est pas certain que l'individu souhaitant éliminer totalement le risque soit capable d'y parvenir : la somme nécessaire peut en effet être supérieure à la richesse initiale. Un niveau de risque persiste si les capacités d'emprunt de l'individu sont réduites. Dans le second cas (compensation exigée pour l'aggravation du risque), l'agent peut soit accepter de mourir à condition d'être indemnisé à hauteur de ce qu'il souhaite transmettre à ses héritiers, soit exiger une compensation infinie si aucune somme finie ne suffit à compenser la mort. Le modèle aboutit enfin à l'expression d'une disposition marginale à payer, c'est-à-dire à la valeur que l'individu accepte de payer pour empêcher une petite augmentation du risque (cf. annexe 2).

On peut relever deux grandes lacunes de cette méthode et de ses prolongements, qui tiennent d'une part à l'hétérogénéité des résultats et de leurs déterminants, d'autre part à la difficulté d'effectuer des relevés statistiques au Bénin.

L'hétérogénéité des résultats apparaît comme un biais essentiel des tentatives d'enquêtes menées sur la disposition à payer dans les pays occidentaux. De plus, de telles lacunes seraient particulièrement fortes dans le cadre béninois. Trois raisons de l'hétérogénéité peuvent être dégagées.

La première limite, d'ordre essentiellement technique, mérite néanmoins d'être abordée. Elle tient à un "framing effect" (que nous traduisons par effet de formulation) (Kahneman et Tversky 1982, in Le Pen 1993) : la manière dont la question est posée influe sur la réponse donnée, c'est-à-dire sur le montant annoncé de la disposition à payer. Ceci explique l'hétérogénéité des résultats non seulement entre les enquêtes menées, mais également au sein même d'une seule étude (c'est l'incohérence des résultats : cf les travaux cités par Le Pen [Acton 1973, Thaler et Rosen 1976] et Jones-Lee, Hammerton et Phillips 1985). Cet effet de formulation rejoint le problème posé par Broome (1985, 1992) sur la différence fondamentale entre d'un côté des questions portant sur l'éventualité de voir un proche touché par la maladie, et de l'autre la réalisation d'un risque avec ses conséquences effectives. Il semble probable que dans le cas du Bénin, la même hétérogénéité serait observée. On note en effet que dans l'enquête de Czesnik et Wolf (1992), la question : "Les honoraires demandés pour une consultation sont-ils déterminants pour l'appel à d'autres prestataires ?", comporte un biais important dans les réponses puisqu'elle incite les individus à répondre positivement afin d'obtenir des avantages en termes de subventions des dépenses sanitaires. De même dans le contexte actuel de recouvrement progressif des coûts, toute enquête cherchant à évaluer la disposition à payer des individus, pour une même qualité et une quantité donnée de prestations, conduira à des résultats biaisés par les intérêts des patients.

La deuxième raison de l'hétérogénéité tient au caractère arbitraire des réponses compte tenu de la diversité des préférences des agents. Des fonctions de calcul de la disposition à payer s'avèrent alors inadéquates puisqu'elles omettent une bonne part des préférences individuelles. Ainsi en est-il de la formule résultant des tentatives menées par Thompson (1980) et Landefeld, Seskin (1982) (cf Le Pen 1993) :

$$V = \frac{[\sum_t (L_t + NL_t + NM_t + P_t)] \alpha}{(1+\rho)^t} \quad [8]$$

avec :

V : valeur de la vie

L_t , NL_t , NM_t : les revenus tirés du travail, du patrimoine et des activités non marchandes (dont le loisir)

P_t : la prime pour la douleur et la souffrance

ρ : le taux individuel de préférence pour le présent

α : le coefficient d'aversion pour le risque.

Dans le cadre occidental, le caractère partiel de cette représentation se traduit par la difficulté d'évaluer les variables NM_t (notamment le loisir) et P_t .

Au Bénin, une telle formule nécessiterait la connaissance poussée des préférences de chaque individu concernant le poids de la religion et des tabous dans la maladie, les moyens reconnus comme efficaces pour les soigner (médecine traditionnelle, biomédecine, auto-traitement), etc. Des variables d'autant moins mesurables qu'elles concernent la demande adressée à des services dont la rémunération reste méconnue malgré les enquêtes disponibles.

Enfin, la troisième raison qui explique l'hétérogénéité des résultats possibles tient à des différences non pas seulement subjectives de la situation des patients, mais également objectives, à savoir les ressources des individus concernés. La disposition à payer dépend en effet de la "richesse" de l'agent, ce que la formule ci-dessus traduit comme une tentative d'intégration (V dépend en effet des revenus perçus). La diversité dans les moyens alloués à chacun pour subvenir à ses besoins implique une diversité dans la disposition à payer. Cela peut poser un problème d'équité (possibilité pour chacun d'atteindre un seuil de santé minimal). Les individus les plus mal nantis en termes de revenu pourront en effet annoncer une disposition à payer inférieure au prix nécessaire à l'amélioration de leur niveau sanitaire. Selon quelle justification peut-on admettre que les catégories les plus modestes, sous prétexte qu'elles limitent leurs exigences en fonction de leurs ressources, ne puissent accéder qu'aux prestations les moins coûteuses pour la collectivité ? On peut en conclure que l'approche par la disposition à payer ne saurait constituer le seul critère de la valeur d'une vie humaine, car elle revient à favoriser des phénomènes d'exclusion. L'intervention d'un acteur extérieur à l'individu (par exemple les pouvoirs publics, où tout organisme pouvant agir sur l'état sanitaire des individus) permet en ce sens de relativiser l'appréhension subjective de la valeur de la vie et de la maladie.

La seconde limite notable des approches de la disposition à payer se traduit par une autre difficulté dans son application au cas béninois : cette lacune réside dans le manque de fiabilité des mesures statistiques compte tenu de la méconnaissance du risque encouru par chaque individu face à la maladie. Ainsi le modèle fondamental de l'approche suppose que l'agent connaisse le risque (p surligné dans le modèle présenté en annexe 2) et puisse donc calculer les dépenses nécessaires à la réduction de celui-ci au niveau p .

De même, la fonction V de Thompson, ou de Landefeld et Seskin (voir plus haut) se trouve conditionnée par la connaissance du coefficient d'aversion pour le risque. Or, lorsqu'on observe le caractère aléatoire de l'environnement béninois en termes sanitaires (épidémies, maladies non traitées et/ou ignorées par le patient...) et financiers (incertitude sur le revenu

futur), il apparaît difficile de mesurer le risque subi par chaque individu. Une enquête comporterait donc encore une fois des biais importants, car les patients peuvent tout aussi bien sur-évaluer le risque compte tenu de l'impossibilité de le mesurer objectivement, que le sous-évaluer s'ils sont touchés par des caractéristiques leur voilant son importance (analphabétisme, manque d'éducation sur les risques sanitaires).

Nous aboutissons finalement au constat de fortes limites au sein des deux analyses présentées (capital humain et disposition à payer), voire à une impasse sur le terrain béninois. Les tentatives de dépassement de ces lacunes par d'autres auteurs ne font que confirmer la difficulté d'une approche qui tenterait de mesurer le seuil sanitaire. De même, l'application actuelle de critères de décisions publiques très réducteurs de la réalité (l'analyse coût-efficacité notamment) montre le caractère tâtonnant du débat. C'est ce que nous abordons maintenant.

I.1.2.2 . LES LIMITES DES TENTATIVES DE DEPASSEMENT.

Nous avons évoqué plus haut les limites de l'approche par la disposition à payer dans la mesure où elle se fonde sur des intentions de payer face à une probabilité de maladie plutôt que devant la confrontation réelle de l'individu à une situation sanitaire particulière. Ainsi Broome (1992) a-t-il largement contribué à cette remise en cause, montrant que cette approche se heurte à des problèmes dont on peut remarquer qu'ils se rapportent tous aux imperfections de l'information (notamment la présence de l'incertitude et la possibilité de masquer, par des comportements stratégiques, l'information sur les risques encourus) et à la différence entre l'appréciation d'un risque ex-ante et sa réalisation ex-post.

Examinons la **tentative de Broome** de redéfinir une mesure de la vie humaine qui dépasserait ces limites. L'auteur reprend une vision utilitariste qu'il tente d'appliquer à cette évaluation. Il retient une conception fondée sur un utilitarisme de niveau critique, qui rejoint

ici la recherche d'un seuil sanitaire critique. Broome avance que la valeur totale du bien-être dans une société peut s'évaluer comme :

$$g = \sum_i (g_i - \alpha) \quad [9]$$

avec :

$i = 1 \dots n$ les individus de l'ensemble étudié

g = valeur totale du bien-être dans une société

g_i = le niveau de bien-être de l'individu i

α un niveau positif de bien-être, c'est-à-dire une utilité se trouvant supérieure à l'utilité nulle. α constitue à cet égard le déterminant essentiel de la fonction g (fonction d'utilité de niveau critique ou "critical level utilitarianism function"), puisque celle-ci est construite en enlevant α à l'utilité de vie de chaque individu et en additionnant l'ensemble des g_i .

Au delà du débat sur la pertinence ou non d'une vision utilitariste (même aménagée comme celle de Broome), l'idée d'un niveau critique α semble rejoindre la recherche d'un seuil minimal de santé, puisque celui-ci constitue un niveau critique en deçà duquel la rationalité de l'individu se voit remise en cause.

Certes, l'approche en termes de niveau critique reste à achever et soulève des questions complexes, en particulier elle ne répond pas au problème de la détermination de α , ce que l'auteur admet en reconnaissant qu'il n'existe actuellement aucune méthode unique pour déterminer la valeur d'une vie humaine. Néanmoins la démarche évoquée répond au principe sous-jacent à notre approche, à savoir la nécessité d'atteinte d'un seuil pour chaque individu. Sen reconnaît l'intérêt de l'analyse de Broome (1991b), et précise que le niveau α doit être suffisamment élevé pour tenir compte de l'importance d'un niveau critique. Mais il ajoute, et

c'est là une lacune essentielle de cette approche, qu'un critère d'évaluation de ce niveau critique reste à proposer.

Face aux analyses du capital humain et de la disposition à payer, l'approche développée par Broome permet donc de confirmer l'importance prépondérante de l'atteinte d'un seuil sanitaire : celui-ci n'est certes pas le seul déterminant de la fonction g (dont plusieurs variables peuvent influencer le niveau), mais il tient une place d'autant plus grande que l'accès aux services de santé n'est pas assuré de façon équitable, comme c'est le cas au Bénin et plus généralement en Afrique subsaharienne.

Néanmoins au delà de ce principe général, l'absence d'un calcul réellement opératoire du seuil empêche l'application de la notion ébauchée par Broome. Il en est de même des analyses ayant tenté de substituer une mesure qualitative de la vie humaine à une valorisation monétaire. Examinons maintenant ces approches.

Face aux limites des calculs en termes monétaires (difficulté de réduire la valeur d'une vie au seul facteur monétaire, problèmes éthiques posés par la réduction de l'individu à une évaluation quantitative), **l'introduction d'analyses qualitatives** (de type coût-utilité) peut-elle pallier ces lacunes ? Une telle voie semble mieux correspondre aux déterminants du bien-être sanitaire (importance des relations inter-personnelles dans l'efficacité du traitement, des facteurs psychologiques dans la maladie, de l'interprétation que le patient donne de celle-ci) et particulièrement à un contexte subsaharien tel que le Bénin (perception symbolique de la maladie, mise en exergue dans les enquêtes de l'importance du comportement des prestataires pour la satisfaction du patient). Mais nous allons maintenant souligner que, la difficulté d'évaluation qualitative n'étant pas moindre que celle de la mesure monétaire, les méthodes actuellement utilisées pour évaluer la situation sanitaire et pour fournir des outils de décision de santé publique se trouvent réduites aux analyses coût-efficacité.

La recherche de mesures qualitatives de la vie humaine a abouti à évaluer chaque état humain par un indice, ce qui permet de recouvrir toutes les situations allant de la plus grande souffrance physique (généralement assortie d'un coefficient négatif) au plus complet bien-être (associé à un coefficient élevé). Ainsi Rosser et Kind (1978) ont proposé une combinaison de deux critères, la restriction d'activité et la douleur. Chaque combinaison (douleur forte et faible restriction d'activité, douleur moyenne et forte restriction, douleur faible et restriction importante...) est assortie d'un coefficient en fonction de son incidence sur la qualité de vie. Les coefficients sont hiérarchisés, s'échelonnant de la qualité de vie la plus élevée jusqu'à la plus faible.

La méthode des "quality adjusted life years" (QALYs), qui s'est imposée au sein de cette approche, évalue ainsi la valeur d'une vie humaine par l'addition des coefficients correspondant chacun à l'état sanitaire des individus une année donnée (Weinstein, Stason, 1977, Williams 1985)⁵ :

$$Q = \sum_{t=1}^T \frac{q_t}{(1+r)^t} \quad [10]$$

avec

Q = valeur de la vie

q_t = qualité de la vie l'année t

r = taux d'actualisation.

Les critiques adressées à cette analyse sont nombreuses, et souvent liées à la difficulté de décrire un état sanitaire selon une simple échelle de valeur. En particulier, le problème du choix pertinent des coefficients retenus pour chaque état identifié a été souligné

⁵ Selon Le Pen (1996), on peut trouver 8 concepts différents de QALYs dans la littérature. La définition générale reste néanmoins la même.

dans le contexte occidental (Gadreau 1978). On peut résumer les inconvénients de la méthode qualitative par la réflexion de Le Pen (1993) : "C'est un fait que de tels travaux n'ont de sens en économie de la santé que s'ils ont une valeur empirique. Or, la méthode consistant à soumettre à des échantillons d'individus généralement peu représentatifs, des loteries très abstraites sur des choix très abscons, qui ne se posent jamais comme tels dans la vie courante, manque de crédibilité".⁶ Au-delà de ces critiques, soulignons l'imperfection de la méthode QALYs et les difficultés de son application au domaine béninois. Deux raisons au moins viennent expliquer ce dernier constat. En premier lieu, les réticences des patients (et parfois de praticiens) à aborder les questions relatives à leur conception de la maladie rendent difficile toute tentative d'étude. En second lieu, même en supposant la bonne volonté des enquêtés, c'est l'appréhension complexe de la maladie au Bénin (cf chapitre 2) qui s'avère difficile à représenter sur une échelle objective d'évaluation. La méthode QALYs nécessite de définir précisément et scientifiquement les divers types d'affections ou d'états possibles, or cela semble fort délicat et sujet à de nombreux biais dans un contexte où les effets de la maladie ne sont pas seulement mesurés en termes de détérioration du fonctionnement humain, mais également dans une vision liant ce dernier au rôle des causes extra-humaines (sorcellerie, vaudou).

Une méthode proche des QALYs a été proposée par la Banque Mondiale (1993) dans le cas des pays en développement : on la qualifie de DALY (disability adjusted life years), ou en français d'AVCI (années de vie corrigées du facteur invalidité). En réalité, la Banque

⁶ Les discussions sur l'intérêt des QALYs ont donné lieu à la proposition d'une mesure alternative: les Healthy Years Equivalents. Les auteurs à l'origine de ce second indicateur (Gafni, Mehrez et Birch) reprochent aux QALYs de privilégier la mesure de la qualité de vie, et considèrent au contraire que les HYEes peuvent tenir compte à la fois de la qualité et de la durée de vie. Nous n'insistons pas sur ce débat (pour une présentation et une analyse, voir Le Pen 1996) pour deux raisons. D'une part, au-delà de la rivalité entre les HYEes et les QALYs, nous nous intéressons plutôt ici à ce qui constitue le point commun de ces deux méthodes: les HYEes restent en effet une évaluation en termes d'utilité qui cherche à intégrer une mesure qualitative aux évaluations de l'état de santé. D'autre part, c'est sur la base des QALYs que les réflexions institutionnelles actuelles sur l'évaluation des états de santé ont lieu dans les pays subsahariens (voir plus loin la méthode des AVCI par la Banque Mondiale).

Les principales références sur la méthode des HYEes sont:

Mehrez A., Gafni A. (1989), «Quality adjusted life years, utility theory and healthy years equivalents», *Medical Decision Making*, n°9;

Mehrez A., Gafni A. (1991), «Healthy years equivalent : how to measure them using the standard gamble approach», *Medical Decision Making*, n°9;

Gafni A., Birch S., Mehrez A. (1993), «Economics, health and health economics: HYEes versus QALYs», *Journal of Health Economics*, n°11.

Mondiale présente les AVCI comme la méthode adéquate du calcul coût-efficacité appliqué aux pays en développement. La différence avec les méthodes de coût-efficacité au sens strict réside dans l'introduction conjointe d'une évaluation quantitative, les années de vie gagnées, et d'une mesure qualitative, la morbidité. La Banque Mondiale propose donc de pondérer les années de vie gagnées grâce à une action sanitaire (critère de mortalité) par l'état de santé des individus (critère de morbidité : validité ou invalidité). Il est intéressant de souligner qu'une telle méthode rencontre des difficultés d'application proches des QALYs, pour au moins trois raisons :

- D'abord, les AVCI se distinguent certes des QALYs par le mode d'évaluation des divers états de santé. Alors que les QALYs classent ces derniers à partir des perceptions individuelles, la méthode des AVCI a consisté à confier cette mission à des experts ("Les poids [des invalidités] ont été déterminés lors d'une réunion de spécialistes de la santé dans le monde qui n'ont pas participé à l'étude", lit-on en annexe du Rapport 1993 de la Banque Mondiale). Mais cela ne résout pas le problème d'évaluation des utilités de chaque état de santé, puisque cette difficulté se reporte ici sur ces spécialistes. Cette limite est également abordée par Evans et Hurley (1995), qui s'interrogent sur la capacité des spécialistes à quantifier les utilités de santé, s'ils n'ont pas été eux-mêmes confrontés aux maladies en question.

- Ensuite, la limite des AVCI dans un cadre subsaharien apparaît d'emblée à travers l'application que la Banque Mondiale propose de cette méthode. Comme nous l'avons rapidement évoqué dans le chapitre 1 (II.2.2, note 6), la Banque estime que dans les "pays les moins avancés", le calcul coût-efficacité peut se passer du critère de morbidité et se fonder sur la seule mesure de la mortalité. Bobadilla et Cowley vont dans ce sens (1995), soulignant que dans les pays à faibles ressources, "l'analyse de la mortalité tient compte d'au moins 75 % de la charge totale de mauvaise santé, et probablement d'une part plus élevée de la charge sensible aux interventions de coût-efficacité" (notre traduction). En conséquence, il apparaît que le calcul des AVCI se cantonne dans les pays pauvres à une analyse coût-efficacité au

sens strict (critère des années de vie gagnées non pondérées par la morbidité). En réalité, ce choix résulte de la difficulté d'évaluer les AVCI dans cet ensemble de pays. Comme l'indiquent Evans et Hurley, il est difficile d'appliquer à des cultures différentes le même concept d'incapacité, car le sentiment d'invalidité varie d'un pays à l'autre ou d'une région à une autre. Plus généralement, on en revient au problème de l'évaluation des divers états de santé dans des pays où la collecte d'information est difficile et la dimension intangible de la maladie est importante.

- La troisième limite des AVCI que nous soulignons se rapporte plus spécifiquement à la recherche du seuil de santé. La méthode des AVCI montre que le dépassement des analyses coût-efficacité est possible. Mais elle ne permet pas encore d'évaluer le seuil de santé, puisque le problème essentiel du poids des différents états de santé dans l'utilité n'est pas réellement résolu. Les AVCI constituent donc plutôt un outil de choix publics dans la mesure où elles permettent de sélectionner les interventions dans le secteur de la santé.

Devant d'une part les limites des évaluations monétaires, d'autre part les difficultés à intégrer toutes les dimensions qualitatives de la santé, les analyses en termes de coût-efficacité ont donc constitué le fondement essentiel des évaluations actuelles des services sanitaires en Afrique subsaharienne. Le caractère simple et opératoire de ce calcul, ajouté à son adéquation avec les principes de recentrage des prestations (voir chapitre 1) explique le succès de cette approche. Mais en dehors des limites du rapport coût-efficacité au regard du secteur informel (que nous aborderons dans la seconde partie de ce chapitre), cet indicateur se place sur un autre terrain que celui de la mesure du seuil sanitaire. Le rapport coût-efficacité ne s'attache pas à déterminer un seuil de santé critique, mais plutôt à permettre l'évaluation des choix publics. Il ne peut donc servir à la mesure du seuil de santé.

I.1.2.3 . LES EVALUATIONS POSSIBLES DE LA VULNERABILITE FACE AU SEUIL.

Les évaluations de la vulnérabilité sanitaire exposées plus haut (I.1.1) à partir de la pauvreté observée au Bénin se trouvent-elles remises en cause par les difficultés d'évaluation que nous venons de souligner ? En effet, les différentes lignes de pauvreté définies par Lachaud (pauvreté, extrême pauvreté, pauvreté absolue) ont toutes en commun de constituer des évaluations monétaires. Or nous avons tenté de montrer qu'une évaluation purement monétaire ne suffisait pas à définir le seuil de santé.

Le problème peut être traité si l'on précise le lien existant entre la pauvreté et l'importance du risque sanitaire subi par l'individu. Lachaud souligne (1995 p 41) que la pauvreté chronique résulte de privations multiples, en particulier une santé précaire, une nutrition inadaptée et un faible accès aux actifs productifs. Il ajoute que ce type de pauvreté inclut les individus qui se situent sous la ligne d'extrême pauvreté (les "ultra-pauvres"). Ceci revient à reconnaître un lien entre la vulnérabilité face à la pauvreté et la vulnérabilité sanitaire. On peut supposer notamment qu'il existe une relation inverse entre la pauvreté et le niveau de santé, soit parce qu'un faible niveau de santé favorise l'accroissement de la pauvreté (capacités productives moindres), soit parce que c'est la pauvreté qui peut affecter l'état sanitaire (contraintes financières). Lachaud souligne l'existence d'une relation similaire, à partir de l'enquête budget consommation (EBC) de 1986, entre le niveau d'instruction et la pauvreté. Malheureusement, l'établissement d'un calcul analogue pour la santé n'est pas abordé. Par contre, la définition par l'EBC d'une ligne de pauvreté "absolue" (P3 dans le I.1.1) à partir des besoins nutritionnels confirme la reconnaissance d'une corrélation entre la pauvreté et la santé. On sait en effet que la satisfaction des besoins alimentaires constitue un déterminant essentiel de l'amélioration de l'état sanitaire. Indirectement donc, le risque de descendre sous le seuil de pauvreté absolue en termes nutritionnels implique un risque de diminution du niveau de santé.

Certes, l'EBC ne permet pas de définir précisément la valeur du seuil de santé. Mais elle montre qu'il est possible d'évaluer deux lignes de pauvreté probablement corrélées avec ce seuil : d'une part "l'extrême pauvreté" (qui touchait à l'époque environ 9% de la population de Cotonou), d'autre part la "pauvreté absolue" (environ 30%). La seconde, parce qu'elle est associée à l'idée d'un "minimum de nutrition", s'apparente à la notion définie plus haut de minimum de santé.

Par ailleurs, l'existence d'une vulnérabilité sanitaire peut être approchée d'un point de vue global (c'est-à-dire sans identifier les catégories touchées) à partir des indicateurs sociaux ou sanitaires estimés par les institutions spécialisées. Les analyses de Sen ont largement inspiré ces dernières, en particulier le PNUD. Celui-ci définit en effet le "développement humain" sur le modèle des "capacités" de Sen, c'est-à-dire comme un processus conduisant à l'élargissement de la gamme des possibilités offertes à chacun, et présentant deux aspects : d'une part, "la création de capacités personnelles (par les progrès obtenus en matière de santé, de savoir et d'aptitudes), et d'autre part, l'emploi que les individus font de ces capacités dans leurs loisirs, à des fins productives ou culturelles, sociales et politiques" (PNUD 1991 p 10). Les deux dimensions distinguées par Sen sont donc ici reprises, à savoir l'existence de capacités d'un côté, et leur usage effectif de l'autre, ce second aspect permettant l'élargissement des choix individuels.

Le PNUD tente alors d'intégrer les divers éléments du bien-être soulignés par Sen, en les combinant dans un indice de développement humain (IDH, cf annexe 3) qui prend en compte la santé, mais également l'éducation, le revenu, et une évaluation de la "liberté humaine" en rapport avec le régime politique et l'application des droits fondamentaux (liberté de parole, de pensée, de groupement).

Au delà des divergences inévitables entre les principes inspirateurs et les tentatives d'utilisation, nous pouvons alors confronter l'indicateur retenu par le PNUD à la question que

nous traitons ici, à savoir la valeur "acceptable" de la vie humaine. En termes sanitaires, l'indicateur sélectionné est l'espérance de vie à la naissance, et constitue donc à côté des deux autres dimensions de l'IDH (savoir/éducation et niveau de vie), un déterminant essentiel de cet indice. Le PNUD justifie d'abord ce choix par les lacunes rencontrées dans les autres données disponibles sur l'état sanitaire des individus. Il l'explique ensuite par trois arguments : la "valeur intrinsèque" de la longévité (critère de la santé comme une fin en soi, toujours dans l'optique de Sen), le rôle qu'elle joue dans l'élargissement des choix individuels, enfin sa corrélation avec d'autres indicateurs observés (nutrition adaptée, bonne santé).

On ne peut nier qu'en milieu béninois comme dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, un tel indicateur reflète de façon assez fidèle la situation sanitaire des populations, surtout en l'absence d'autres critères plus pertinents. Néanmoins, l'utilisation de l'espérance de vie comme indicateur du seuil de santé pose problème, et les principes retenus par le PNUD à cet égard se doivent d'être examinés avec un oeil critique. En effet, la recherche d'une valeur minimale acceptable de la vie humaine amène les analystes du PNUD à postuler que l'indice "désirable ou adéquat" réside dans l'espérance de vie à la naissance du pays dans lequel elle est la plus élevée, en l'occurrence le Japon (78 ans en 1987). Sans entrer dans un débat technique qui n'est pas de notre objet, cette règle ne permet pas de déterminer le seuil minimal en dessous duquel l'espérance de vie serait insuffisante pour permettre une expression rationnelle des choix individuels. Elle constitue simplement un objectif arbitrairement déterminé, qui suppose l'existence d'une situation sanitaire idéale comme modèle à atteindre.

Au contraire notre approche ne prend pas comme critère une situation optimale pour tous, mais l'atteinte par chacun d'un niveau sanitaire minimum. En ce sens, on ne peut assimiler le seuil critique à la valeur "désirable" ainsi définie par le PNUD, puisque le premier est en réalité largement inférieur à la seconde sur l'échelle de la situation sanitaire des individus.

Nous pouvons néanmoins utiliser l'espérance de vie moyenne de la population comme un indicateur de la situation sanitaire. Avec une espérance de vie moyenne à la naissance de 47 ans, le Bénin se caractérise probablement par une part importante de population se trouvant soumise au risque de tomber sous le seuil de santé. Certes, la présentation de l'indicateur sous forme de moyenne empêche d'identifier avec précision les agents sujets à cette situation, mais nous pouvons estimer qu'il s'agit en grande partie des catégories modestes, moins informées, ayant moins accès aux services essentiels et sanitaires. En particulier, les catégories rurales, et les couches urbaines modestes (celles qui sont particulièrement susceptibles de faire appel aux micro-unités) se trouvent exposées au risque du seuil de santé.

Finalement, malgré les difficultés de proposer une évaluation du seuil sanitaire, l'intérêt de ce concept peut néanmoins être réaffirmé pour deux raisons. En premier lieu, c'est l'atteinte d'un état sanitaire minimal qui doit permettre aux demandeurs de santé de s'adresser rationnellement à l'offre (c'est-à-dire en rendant compatibles leurs préférences et leurs contraintes par une délibération). En second lieu et de façon liée, les patients qui s'adressent aux micro-unités se trouvent précisément confrontés à une offre sanitaire qui, comme nous le soulignerons dans le chapitre suivant, peut développer des stratégies de manipulation d'information auxquelles l'utilisateur sera plus à même de répondre s'il a atteint le seuil.

Nous précisons maintenant ce lien entre le seuil de santé et la rationalité individuelle.

I.2 . LE SEUIL, CONDITION DE CHOIX RATIONNELS ET D'EQUITE.

L'importance du seuil de santé comme condition de la rationalité peut d'abord être introduite en partant des limites de la théorie du capital humain, qui semble insuffisamment prendre en compte les contraintes rencontrées par les demandeurs de santé (I.2.1). Le lien

entre le seuil de santé, la rationalité et l'équité est ensuite abordé en reprenant l'approche de Sen en termes de capacités (I.2.2).

I.2.1 . LA SANTE, UNE FIN OU UN MOYEN ? AU-DELA DU DEBAT.

Dans les réflexions théoriques sur la santé, souvent attachées au cadre occidental, l'appréhension de la santé comme une consommation a progressivement laissé place à une approche en termes d'investissement. Nous nous attachons ici à reconsidérer cette seconde logique, au regard de la condition des demandeurs de soins au Bénin. Les comportements de choix de ces derniers, ainsi que les contraintes auxquelles ils font face viennent nuancer l'idée d'un patient essentiellement tourné vers l'investissement sanitaire. La réintroduction de la santé comme consommation à côté de sa dimension d'investissement s'avère nécessaire. Cela nous permettra de situer le seuil de santé comme le niveau sanitaire en dessous duquel les comportements de consommation dominant, compte tenu de l'urgence des soins. Nous verrons alors apparaître le rôle de ce seuil comme condition de rationalité individuelle.

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) (cf chapitre 2, I.1, ainsi que l'annexe 1), peut contribuer à une meilleure analyse de la demande individuelle sur le marché béninois, 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 béninois 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. Notre approche suppose également que les demandeurs de santé disposent d'une rationalité, et que celle-ci leur permet dans certaines conditions d'adapter leurs choix à leurs contraintes et préférences.

Cependant, l'examen des limites de l'analyse par l'investissement que nous allons maintenant mener tendra à montrer que le simple postulat d'une rationalité individuelle s'avère limité pour définir les comportements de demande. En effet, si l'on considère que tout patient peut rationnellement choisir entre des possibilités d'offre en tenant compte des contraintes, une telle hypothèse se trouve confrontée à une condition essentielle d'exercice de la rationalité : l'atteinte d'un niveau de santé minimal conditionne le comportement et borne le champ de rationalité individuelle.

Ces remarques permettent d'aborder les limites de la théorie du capital humain sur le terrain sanitaire béninois. Nous distinguons deux limites face au cas béninois, et aux hypothèses que nous posons sur les comportements individuels. La première lacune concerne

le problème de l'horizon décisionnel de l'individu en situation d'incertitude, la seconde touche à la question du seuil sanitaire. 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 béninoise est bien entendu tout autre, ce qui remet en cause l'applicabilité d'un modèle qui nierait les problèmes liés au risque et surtout à l'incertitude. Certes, les auteurs proches de l'analyse par l'investissement ont pris conscience des limites d'un modèle borné à un horizon décisionnel parfait, reconnaissant au contraire l'intérêt d'introduire des comportements en situation d'incertitude (cf Riboud 1978 p 29). C'est ainsi que plusieurs types d'incertitudes se sont vus intégrés au modèle de base. Nous pouvons voir maintenant que toutes ces améliorations ne suffisent pas à adopter telle quelle l'approche du capital humain dans le cadre de nos hypothèses sur le champ béninois. L'idée d'un investissement en capital santé, sans être abandonnée, montre ses lacunes dans un cadre de rareté relative des ressources sanitaires, ou de blocage dans l'accès à celles-ci par les populations modestes.

L'introduction de l'incertitude a d'abord été réalisée par Grossman lui-même sur l'évolution du stock de santé. En envisageant que le taux de dépréciation du stock de capital devient aléatoire (correspondant à un coefficient δ supérieur à la moyenne dans l'annexe 1), l'auteur conclut que les stocks désirés de santé seront dans ces conditions plus faibles et les investissements plus forts. Dans le cadre béninois, il apparaît probable que la première de ces hypothèses s'avère juste, dans la mesure où les catégories les plus défavorisées sont soumises à des risques sanitaires importants et recherchent d'abord la satisfaction des besoins en soins de base leur donnant un niveau sanitaire minimal, avant de se tourner vers des prestations plus élaborées qui seraient peu efficaces tant que les exigences sanitaires fondamentales (nutrition, hygiène, maladies courantes...) ne seraient pas satisfaites. Par contre, l'idée d'un

investissement sanitaire plus élevé suppose que l'individu dispose de ressources suffisantes pour accroître considérablement son recours aux prestations, afin d'améliorer substantiellement son état et réduire les risques de maladie. A cet égard, une contrainte forte de revenu peut bloquer une telle logique. L'hypothèse de Grossman est vraisemblable dans un système de prise en charge des dépenses par la collectivité (comme c'est le cas, partiellement ou totalement, dans de nombreux pays industrialisés). Au contraire, les catégories urbaines béninoises moyennes et surtout modestes, ne bénéficiant pas pour la plupart de transferts financiers (en dehors des financements familiaux et informels), subissent probablement les effets-revenu et les effets-prix des services sanitaires. Les développements du chapitre 2 sur les facteurs de l'offre et de la demande ont en effet souligné l'importance non exclusive mais déterminante des contraintes financières sur la demande de services sanitaires.

Il semble donc difficile d'avancer que, comme l'affirme le modèle du capital humain, l'incertitude sur l'évolution du stock de santé augmente automatiquement et substantiellement les investissements réalisés par les catégories touchées, en l'occurrence tout particulièrement les populations modestes.

Les modèles du capital humain ont ensuite intégré la question de l'incertitude du point de vue des services rendus par le capital santé. Cropper (1977) tente ainsi de montrer qu'un individu soumis à un risque de maladie supérieur à la moyenne aura généralement un capital santé souhaité également supérieur à la moyenne. Encore faut-il supposer que l'agent est capable de calculer la probabilité de tomber malade, ce qui revient à considérer qu'il pourra déterminer son sentier optimal d'investissement. Même en admettant cette hypothèse, il semble possible d'envisager des comportements inverses de ceux supposés par Cropper : comme nous l'avons indiqué plus haut par rapport aux hypothèses de Grossman, on peut penser que les individus les plus soumis aux risques sanitaires sont ceux des catégories les moins nanties, c'est-à-dire probablement les moins exigeantes pour le niveau de santé souhaité. En outre, même en supposant la possibilité du comportement abordé par l'auteur, celui-ci ne peut se traduire par un investissement effectivement important en santé que si les

contraintes de revenu et de coûts ont été dépassées. Une solution pour les demandeurs réside alors précisément dans le recours aux catégories de prestataires les moins onéreuses, que ce soit en termes de prix ou de distance, ce qui ramène à la question de la qualité des soins que malheureusement l'analyse par le capital humain n'aborde pas.

L'incertitude sur la qualité des soins est quasiment absente des approches par le capital santé. Dardanoni et Wagstaff (1987) introduisent certes la notion d'incertitude sur l'efficacité des soins, pour montrer que l'augmentation de l'espérance d'efficacité diminue la consommation de services. Mais l'approche étant centrée sur la demande, les déterminants de l'efficacité (qualité par exemple) sont négligés. On peut généraliser cette limite en concluant que la théorie du capital humain ne peut éclairer la question des comportements stratégiques d'offre. La raison de cette lacune tient à ce qu'elle reste cantonnée aux comportements de demande. Ce sont donc d'autres analyses que le chapitre 4 mettra en exergue dans la recherche des limites du marché au regard des stratégies d'offre.

Finalement, l'approche par l'investissement semble donner une place trop secondaire à certains déterminants essentiels des comportements de demande de santé. En particulier, l'incertitude auquel la demande est soumise (incertitude notamment sur la qualité de l'offre) se trouve négligée. Les extensions apportées au modèle, de l'intégration de l'incertitude sur l'évolution du stock de santé (Grossman 1972), à celles portant sur l'endogénéisation de la dépréciation du capital (Dowie 1975, Cropper 1981, Ippolito 1981, Muurinen 1982), en passant par l'incertitude sur les services rendus par le stock (Cropper 1981) et sur l'efficacité des soins apportés, prennent insuffisamment en compte les contraintes de la demande dans le cadre béninois.

La seconde limite de la théorie du capital humain dans le cadre béninois concerne la nécessité pour les individus de disposer d'un stock de santé suffisamment élevé pour être aptes à engager des investissements. Grossman reconnaît lui-même dans son modèle la nécessité

d'un stock initial minimal : si celui-ci approche d'une valeur nulle (H_0 proche de 0 dans le modèle de l'annexe 1), parce que les biens et services sanitaires consommés sont insuffisants, alors I (l'investissement), dépendant également de l'accès aux prestations, ne peut être assuré. Ainsi donc apparaît la nécessité d'un minimum de consommation sanitaire avant tout investissement. Cette hypothèse se trouve précisément confirmée par l'un des tenants de l'analyse, Cropper, qui 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 suivantes⁷ :

$$V = V(C), \quad [11]$$

avec :

$V'(C) > 0$ 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.

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

En allant plus loin, 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

⁷ L'aspect "consommation" de ce modèle est souligné par Le Pen (1988).

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. On en revient au constat de l'inadéquation partielle du modèle de capital humain devant les comportements sanitaires des catégories de population modestes. 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 contextes plus favorables pour les individus (existence de mécanismes de gratuité permettant dans les économies occidentales l'accès d'une majorité aux besoins sanitaires essentiels). L'auteur du modèle de capital santé reconnaît ainsi 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.

En conséquence, nous pouvons introduire comme déterminant essentiel du comportement de demande sanitaire l'atteinte ou le défaut d'un niveau sanitaire minimum. Ceci revient, d'une part, à considérer que la santé n'est pas seulement un investissement mais également (et particulièrement dans des conditions de rareté des ressources) une consommation⁸, d'autre part, à poser le problème du seuil sanitaire minimal ainsi que de son évaluation.

I.2.2 . SEUIL SANITAIRE, RATIONALITE, EQUITE.

Nous précisons dans un premier temps le rôle joué par le seuil de santé dans la rationalité individuelle et l'équité en termes de santé. Nous introduisons ensuite quelques incidences de notre analyse sur le rôle de l'Etat vis-à-vis du seuil de santé.

⁸ Nys a déjà souligné (1981) que les comportements de consommation et d'investissement coexistent chez les individus. Nous insistons sur la nécessité pour l'individu de pouvoir combiner ces deux aspects afin d'exercer pleinement sa rationalité.

I.2.2.1 . LES CONDITIONS DE CHOIX RATIONNELS ET D'EQUITE.

Revenons à l'approche de Sen sur les capacités individuelles. L'auteur considère que la recherche individuelle de la "liberté positive" (c'est-à-dire celle qui doit permettre à l'agent de mener la vie qu'il aura choisie, 1993) peut être évaluée par des mesures non utilitaristes. Le bien-être de l'individu doit se mesurer à travers des critères objectifs tels que la satisfaction des besoins basiques ou l'atteinte de certaines "capacités" élargissant les choix de vie, plutôt qu'en fonction de la satisfaction ressentie subjectivement par l'individu.

Mais l'auteur souligne que le lien entre d'une part les disponibilités alimentaires globales ou tout autre bien de base, et d'autre part leur mise à disposition effective au profit des individus, peut être faible. De même que l'accroissement du revenu global ne joue pas sur le bien-être de tous les agents, l'existence de structures et de prestataires sanitaires ne garantit pas l'accès à ces services par toute la population. En ce sens, Sen s'oppose à la vision utilitariste qui vise à maximiser la satisfaction totale de la société sans se préoccuper de la répartition de cette satisfaction entre les individus : en effet selon Sidgwick (1907), des répartitions différentes se valent dès le moment où elles procurent chacune la même satisfaction totale.

L'approche de Sen peut être réinterprétée dans le cadre sanitaire d'un pays subsaharien, celui du Bénin. On constate en effet que l'accès aux services de santé n'est pas assuré de la même façon pour tous les individus. La multiplication des micro-unités traduit à ce titre les problèmes d'accès aux services officiels (les rationnements) pour les populations les moins nanties. Se pose donc un problème d'équité sanitaire au sens défini plus haut (inégalité de l'accès au seuil), qui peut se doubler du mécontentement de certains individus qui préféreraient la situation d'un ou plusieurs autres utilisateurs de soins. Varian (1974) définit l'équité comme une répartition pour laquelle soit personne n'est envieux, soit les envies des uns et des autres s'annulent : si chaque objection fait l'objet d'une contre-objection, alors

l'annulation des envies a lieu et la répartition est équitable. Si nous considérons que l'inéquité face au seuil peut s'accompagner d'une inéquité en termes d'individus envieux, alors il apparaît que rien n'assure un rétablissement de l'équité. Notre hypothèse consiste à souligner les inégalités des situations individuelles face aux services de santé, qui empêchent toutes les objections d'avoir des contre-objections. En effet, nous avons indiqué (chapitre 2) que les catégories nanties s'adressent en priorité aux cliniques privées officielles, qu'elles considèrent comme les plus fiables. En conséquence on peut difficilement imaginer que ce type de patients soit envieux de la situation des catégories modestes qui ne peuvent faire appel à ces cliniques. L'envie des utilisateurs de micro-unités pour les utilisateurs des cliniques officielles ne rencontre donc probablement pas de contre-objections (correspondant à des envies) de la part de la seconde catégorie. Le problème de l'équité face aux services sanitaires se pose alors avec force.

L'utilisation de l'analyse par les capacités de Sen doit être précisée. D'abord, elle confirme notre approche de la santé comme une fin avant d'être un moyen. Ensuite, elle permet de montrer que dans notre analyse, l'équité se traduit par l'accès de tous au seuil sanitaire, et que cette équité prime sur l'amélioration de la situation de ceux qui ont déjà atteint le seuil.

La santé considérée avant tout comme une fin rejoint l'analyse de Drèze et Sen (1989), lorsqu'ils relient les capacités individuelles à l'état de santé. Leur opposition à la théorie du capital humain est à cet égard nette. Cette dernière considère, nous l'avons vu, la santé comme un investissement permettant d'augmenter les revenus individuels. Certes, Grossman a lui-même nuancé l'intérêt de l'investissement sanitaire dans l'accroissement des revenus, 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 un moyen plutôt qu'une fin, au même titre que l'éducation et la nutrition. A l'opposé, Sen et Drèze 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 capacités individuelles sont ainsi partiellement déterminées par l'accès individuel aux services et ressources de soins. L'analyse ici développée rejoint cette hypothèse, et s'attache à en déduire les conditions d'atteinte d'un état sanitaire minimal permettant l'exercice de la rationalité.

Au passage, l'utilisation d'une évaluation relative de la pauvreté (telle que les lignes P1 et P2 dans l'EBC de 1986, cf I.1.1) remet-elle en cause la portée de l'analyse ? En effet, nous mettons plutôt l'accent sur la pauvreté absolue en dotations sanitaires, même si elle semble corrélée avec la pauvreté monétaire relative étudiée par Lachaud (cf I.1.2.3). Comment une mesure relative de la pauvreté peut-elle alors d'étayer cette approche ? La réflexion de Sen permet précisément de dépasser cette opposition entre pauvreté relative et pauvreté absolue. Pour celui-ci, les deux notions se complètent par la distinction qu'il effectue entre les disponibilités d'une part, et les capacités d'autre part. Comme nous l'avons indiqué, les premières ne suffisent pas forcément à élargir les choix de l'individu, en particulier s'il ne peut pas les mettre en oeuvre : c'est l'intérêt des capacités de donner cette possibilité d'utiliser les disponibilités. Vue sous l'angle de la pauvreté, l'analyse de Sen permet de définir la pauvreté absolue comme l'absence de certaines capacités, et la pauvreté relative comme la variation des disponibilités (biens et services) dans le temps et dans l'espace. Ainsi dans le cas de la situation sanitaire au Bénin, on a pu considérer que, le riz constituant la nourriture la plus courante, on pouvait mesurer le minimum vital à partir des besoins calorifiques d'un adulte en riz. Cette mesure est propre au Bénin, et dépend à la fois des habitudes alimentaires, du prix et des quantités de riz : en ce sens, elle constitue une évaluation relative de la pauvreté. Par contre, l'incapacité des individus à se procurer le minimum de denrées alimentaires correspondant au seuil nutritionnel signifie une pauvreté absolue au sens de Sen. L'important est donc de constater que, face à un certain seuil (seuil nutritionnel dans l'EBC de 1986, seuil sanitaire dans notre problématique), certains individus se trouvent en difficulté.

Précisons maintenant la nécessité du seuil sanitaire pour atteindre l'équité. Si une large part de population se trouve soumise au risque immédiat de voir son état sanitaire descendre sous le seuil minimal, alors la répartition des ressources sanitaires apparaît particulièrement inéquitable. Compte tenu de la définition de l'équité ici retenue, on peut alors penser que l'inéquité dans l'état de santé des individus a des incidences sur la répartition des libertés individuelles : risquer de descendre sous le seuil minimal de santé signifie en effet, ici, une perte partielle de la capacité individuelle à exercer rationnellement des choix. A cet égard, la confrontation du Bénin avec l'analyse de Rawls permet de montrer les limites de cette dernière et la nécessité de souligner le rôle de l'équité dans les libertés individuelles de choix.

Dans sa présentation des priorités lexicographiques, Rawls (1971) énonce deux principes de justice. Le premier principe, prioritaire dans l'ordre lexicographique, pose le respect des libertés fondamentales pour tous. Ces libertés sont en particulier la liberté de conscience, de parole, d'assemblée et la liberté politique. Le second principe définit les conditions des inégalités économiques et sociales. Celles-ci doivent satisfaire deux conditions : d'abord être au plus grand bénéfice des membres les moins avantagés ; ensuite être "attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous, conformément au principe de la juste égalité des chances" (p 162).

Or, Rawls précise que ses propositions ne tiennent que sous l'hypothèse d'une société ayant atteint un stade de richesse assez avancé pour que le respect des libertés fondamentales puisse prédominer sur le principe de différence. En d'autres termes, l'analyse considère une situation de rareté modérée des ressources. Ceci exclut donc le cas du Bénin pour lequel on peut au contraire constater une pénurie des ressources, y compris en termes sanitaires. Ce contexte de rareté se traduit autant dans les difficultés d'accès aux soins que dans les disponibilités réelles des services. De même que le soulignait Sen dans le cas des denrées alimentaires en Inde lors de la famine de 1974 (Sen 1981), les blocages dans le recours aux

soins au Bénin semblent dus autant à des problèmes d'accès (faiblesse des revenus empêchant de faire appel aux services officiels privés) qu'à des contraintes d'approvisionnement.

L'analyse de Rawls s'en trouve remise en cause, mais plus encore les visions proprement utilitaristes que cet auteur tentait de combattre. Ainsi l'approche de Sidgwick, fondée sur la maximisation d'une moyenne d'utilité, ne prend-elle pas en compte la répartition de l'accès aux ressources. Or, dans un contexte de forte rareté des ressources sanitaires, ou de blocages importants dans le recours aux soins, l'accès de tous à un seuil sanitaire se voit compromis. La question revient alors à se demander ce qui peut primer entre le maintien de la liberté des stratégies individuelles, et l'objectif d'amélioration de l'état sanitaire des plus défavorisés. En réalité, dans une situation de pénurie, les libertés fondamentales ne sont plus assurées pour ces dernières catégories. De même, l'égalité équitable des chances apparaît remise en cause car conditionnée par l'accès de tous au seuil de santé. Il semble donc contradictoire de parler d'égalité des chances dans une situation où certains individus se trouvent sous le seuil sanitaire. C'est alors l'atteinte du seuil critique qui peut élargir le nombre d'individus aptes à exercer des choix, et donc à répondre aux logiques d'offre par une rationalité de demande. On privilégie ce faisant le sort des plus défavorisés, mais paradoxalement, en remettant éventuellement en cause les libertés de certaines catégories. Il semble que les principes de Rawls ne puissent sortir de ce dilemme dans une telle situation de pénurie.

La limite essentielle de l'approche de Rawls, en dehors de ses fondements éthiques qui ne sont pas de notre objet, réside donc dans la spécificité même du terrain béninois : dans l'optique de cet auteur, le principe de différence (amélioration du sort des plus défavorisés) demeure subordonné au respect des libertés fondamentales. C'est donc l'hypothèse de ressources abondantes, retenue par Rawls, qui est à la source de l'inadéquation de ses principes au Bénin.

Dans une certaine mesure, le mouvement actuel de recentrage des prestations publiques répond certes à cet objectif d'une meilleure équité dans l'accès aux soins (les plus nécessiteux sont supposés tirer le plus grand bénéfice des soins de base). Mais le volet de privatisation qui l'accompagne vise avant tout à répondre aux critères de l'ajustement, et si des mesures de réallocation des ressources publiques peuvent s'avérer nécessaires face aux contraintes économiques et budgétaires, néanmoins elles ne garantissent nullement une équité accrue devant les services offerts. Sous un seuil sanitaire, les individus peuvent donc devenir incapables à exercer des choix qui permettraient une utilisation plus rationnelle des services de santé, notamment marchands. L'équité face à l'atteinte du seuil sanitaire constitue à cet égard l'une des conditions d'un équilibre entre les stratégies des demandeurs de santé et celles des offreurs privés. Tant que certaines catégories se voient menacées par un risque élevé de se trouver sous le seuil, ou qu'elles demeurent sous le seuil de façon prolongée, l'équité n'est pas vérifiée et l'efficacité du système peut s'en ressentir.

I.2.2.2 . ETAT ET SEUIL SANITAIRE.

Malgré les limites des principes de Rawls sur le terrain béninois, un aspect particulier de son analyse peut être néanmoins utilisé pour définir une fonction collective de bien-être sanitaire qui tiendrait compte du seuil de santé. Les principes de justice de Rawls le conduisent en effet à considérer la situation de l'individu le plus défavorisé pour construire une fonction de bien-être social originale sous la forme :

$$U = \min (u_1, u_2, \dots, u_i, \dots, u_n) \quad [12]$$

avec :

U = utilité sociale

u_i = utilité de l'individu i ,

$i = 1 \dots n$.

En appliquant cette formulation au champ sanitaire, nous pouvons définir une fonction globale de bien-être sanitaire, qui mesurerait le bien-être sanitaire à partir de l'individu disposant du niveau de santé le plus faible :

$$S = S \min (es_1, es_2, \dots es_n) \quad [13]$$

avec :

S = bien-être sanitaire global

es_i = état sanitaire de l'individu i ,

$i = 1 \dots n$.

Ainsi, en adoptant une mesure inspirée de la fonction maximin de Rawls, le bien-être social sanitaire sera appréhendé comme le niveau sanitaire de l'individu le moins nanti en termes de santé. Resituée dans la problématique de l'intervention publique, cette fonction permet de définir l'objectif éventuel de l'Etat comme la recherche du seuil sanitaire pour l'ensemble des individus. Encore faut-il que les pouvoirs publics poursuivent effectivement l'objectif d'accès de tous au seuil de santé, ce qui ne constitue qu'une hypothèse de travail. Quelles caractéristiques du système de santé peuvent justifier l'intervention publique dans ce sens ? L'existence de fortes asymétries informationnelles sur le marché d'une part (nous le verrons dans le chapitre 4), l'exclusion de certaines catégories face aux services officiels d'autre part, constituent des contraintes de premier ordre pour l'accession de chacun au seuil minimal. En conséquence, l'intervention de l'Etat peut se justifier au moins tant que le niveau sanitaire de tous les agents n'a pas atteint le seuil. On peut donc concevoir que l'Etat adopte alors un comportement intolérant (c'est-à-dire que, dans une démarche en termes d'utilité, il cherchera à orienter l'utilité des individus en fonction de ses propres critères de satisfaction) :

$$U_e = U_e \{X_1, X_2, \dots, X_n\} \quad [14]$$

avec :

U_e = utilité de l'Etat (ou de l'agent central)

X_i = niveau sanitaire de l'individu i parmi n individus

Comme nous l'avons noté plus haut à propos de Rawls, la recherche d'un seuil de santé minimal pour tous peut jouer (à la hausse ou à la baisse) sur l'utilité des agents déjà dotés d'un niveau sanitaire satisfaisant (Rawls traite ce problème en affirmant la priorité des libertés fondamentales sur l'amélioration du sort des plus défavorisés). En élargissant ce constat, il apparaît que l'intervention pose donc le problème de contre-stratégies éventuelles, de la part des plus défavorisés en termes de santé comme de la part des individus ayant dépassé le seuil. L'efficacité de l'intervention peut se trouver remise en cause, si les agents concernés développent des comportements en contradiction avec l'objectif public (d'équité par exemple). Cette question des contre-stratégies sera abordée du côté de l'offre comme de la demande, dans le chapitre 6.

Par ailleurs, si l'on suppose au contraire un Etat dont l'utilité ne dépend pas directement de celle des autres agents, peut-on conclure qu'il ne cherchera alors pas à améliorer la situation sanitaire des plus mals lotis ? Au contraire, il semble que les pouvoirs publics soient également susceptibles de trouver un intérêt dans l'atteinte du seuil de santé par un nombre accru d'individus. En effet, les pouvoirs publics bénéficieront alors d'externalités positives telles que l'accroissement de la contribution des agents à la production nationale, et/ou la possibilité d'augmenter l'assiette des recettes fiscales.

Finalement, le concept de seuil sanitaire minimal permet de montrer les risques particulièrement élevés auxquels se voient soumises certaines catégories d'utilisateurs de

soins. Tant que le seuil n'a pas été dépassé, l'individu ne s'avère pas forcément apte à adapter son comportement aux contraintes de demande (ressources, distance...), et il s'expose donc tout particulièrement aux asymétries d'informations que nous exposerons avec leurs conséquences dans le chapitre 4. Auparavant, la seconde partie de ce chapitre doit aborder le deuxième critère d'évaluation des services de santé. Nous allons tenter de montrer que, derrière la notion d'efficacité, les pouvoirs publics ne prennent pas en compte la nécessaire évaluation de la qualité des services privés, en particulier des micro-unités.

II . EFFICACITE ET QUALITE : L'INADEQUATION DES CRITERES D'EVALUATION FACE AUX PETITS PRESTATAIRES.

Les critères d'évaluation aujourd'hui appliqués aux services de santé dépendent largement des logiques sous-jacentes à la privatisation partielle. Cette dernière repose en effet sur deux critères essentiels d'efficacité : l'efficacité productive et l'efficacité allocative. La première signifie que le marché est supposé augmenter la productivité des services. La seconde revient à considérer que les relations marchandes permettront une meilleure allocation des ressources que la gestion publique. De façon concrète, nous focalisons ici l'analyse sur deux critères qui font l'objet d'une surveillance accrue depuis les années 80 : d'une part le solde budgétaire, d'autre part l'allocation optimale des ressources à travers les calculs de coût-efficacité. Les restructurations liées aux PAS ont largement joué dans l'utilisation de ces indicateurs comme outils de décisions publiques, comme nous avons tenté de le montrer dans le premier chapitre. Dans un premier temps, nous revenons sur ces critères d'évaluation, pour montrer qu'ils semblent toucher, dans les discours institutionnels, autant le secteur public que le domaine privé. Nous concluons alors que leur application dans le champ sanitaire peut mener à une réduction de l'équité telle qu'elle a été définie dans ce chapitre.

Dans un second temps, nous nous attachons précisément à montrer que de tels critères, relatifs à l'efficacité des services sanitaires, s'avèrent largement inadéquats face au développement des micro-unités. En effet, les évaluations fondées sur l'équilibre budgétaire ou le rapport coût-efficacité supposent la qualité des prestations comme donnée, alors que la réalité est tout autre en particulier dans le cas des micro-unités. L'élaboration d'une fonction de qualité des services de santé devient donc nécessaire afin de combler ces lacunes d'évaluation, et de permettre l'analyse des risques du marché dans le chapitre suivant.

II.1 . EQUILIBRE BUDGETAIRE ET ALLOCATION OPTIMALE DES FONDS.

Nous évoquons d'abord le rôle des contraintes budgétaires et de la pression des institutions internationales sur la recherche de la maîtrise des finances publiques. Nous abordons ensuite le critère de l'allocation optimale des ressources et sa traduction par l'utilisation du rapport coût-efficacité, en insistant sur les limites d'un tel calcul au regard des restrictions subies par le secteur sanitaire.

II.1.1 . LE POIDS DES CONTRAINTES BUDGETAIRES ET LA PRESSION DES INSTITUTIONS INTERNATIONALES.

Le critère de l'équilibre budgétaire répond à une logique de coûts qui est aujourd'hui largement appliquée au Bénin dans les secteurs sociaux comme dans la plupart des domaines d'intervention publique. En effet, la dégradation des finances publiques béninoises depuis 1983, et son aboutissement au premier PAS (1989), ont fait de la réduction des déséquilibres un critère essentiel de l'évaluation des services publics. Si les bailleurs de fonds, et la Banque Mondiale par l'intermédiaire des PAS, ont fortement influencé ces orientations, les pouvoirs publics eux-mêmes, sous la pression des premiers ainsi que de la situation financière du pays, considèrent cet aspect comme aujourd'hui essentiel. Ainsi R. Adjaho (1992) incrimine-t-il

l'absence de contrôle approprié sur les recettes et les dépenses de l'Etat, et une gestion "désordonnée et irresponsable" des deniers publics par les responsables du Parti Révolutionnaire de la République Populaire du Bénin (PRPB) en place depuis 1972 jusqu'à la transition démocratique. L'analyse de l'auteur développe l'ensemble des lacunes dans le dispositif de contrôle des finances publiques de 1960 à 1990. La solution réside selon lui dans la responsabilisation des comptables publics, comme c'est le cas en France, et la mise effective sous tutelle des entreprises publiques par le Ministère des Finances.

Au-delà des engagements politiques que sous-tend l'analyse de Adjaho⁹, on peut en tirer la conclusion que l'optique publique depuis la libéralisation économique et politique a évolué vers la maîtrise des dépenses, l'objectif sous-jacent étant l'assainissement des comptes. En parallèle, ce contexte politique (apparition de préoccupations de rigueur financière) et économique (forte diminution des recettes de l'Etat par la baisse des réexportations et l'épuisement des réserves monétaires) a constitué un terrain favorable aux mesures de la Banque Mondiale, sur le principe d'une réduction des déséquilibres budgétaires. Le domaine sanitaire n'échappe pas à ces critères, et la baisse de la part du budget sanitaire dans le budget national va dans le sens de ces mesures (chapitre 1).

II.1.2 . LA RECHERCHE D'UNE ALLOCATION OPTIMALE ET SES LIMITES.

Le critère de l'équilibre budgétaire est apparu clairement, aux yeux mêmes de ses défenseurs (Banque Mondiale), comme insuffisant pour tenir compte des enjeux essentiels du secteur sanitaire. Ce dernier posait alors la question du rôle des pouvoirs publics dans une redistribution des ressources sanitaires au profit de certaines catégories. C'est l'analyse coût-efficacité qui s'est donc ajoutée aux exigences instaurées en termes budgétaires. Dans les arguments de ses partisans, on trouve la reconnaissance d'un double avantage : d'une part le rapport coût-efficacité permet de réduire certaines charges publiques, puisque les secteurs

⁹ Richard Adjaho est inspecteur des finances et fut Ministre de l'Intérieur sous la présidence de Nicéphore Soglo.

assortis d'un ratio faible (en particulier les soins curatifs et spécialisés) sont destinés à revenir au secteur privé. D'autre part ce critère permet conjointement d'améliorer en principe l'efficacité des services sanitaires (en termes d'années de vie gagnées pour une prestation particulière), puisqu'il détecte les activités sanitaires présentant le rapport le plus élevé. Ainsi, le rapport coût-efficacité répondrait à deux priorités apparemment contradictoires, comme nous avons tenté de le souligner dans le chapitre 1 : la baisse des charges publiques et l'amélioration de la couverture sanitaire des populations.

En d'autres termes, les mesures mises en place sous l'impulsion conjointe de la Banque Mondiale, de l'OMS et des pouvoirs publics, intègrent l'idée selon laquelle le seul critère de l'équilibre budgétaire ne suffit pas à mesurer l'efficacité des services de santé. Ainsi, l'entropie du secteur public que stigmatise Adjaho (1992 p19) se traduit bien, selon l'auteur, par une dégradation dans la capacité du système à répondre aux objectifs externes. Ces derniers (c'est-à-dire l'amélioration de la situation sanitaire par la réponse aux besoins) apparaissent alors aussi importants que les objectifs internes (à savoir l' "assainissement" des finances publiques).

Il semble difficile de nier l'intérêt et l'apport du rapport coût-efficacité dans la conduite des politiques sanitaires. En particulier, parce qu'il nuance la focalisation sur le seul objectif interne, en mettant également l'accent sur les besoins essentiels des individus. Encore faut-il que ces derniers ne constituent pas le simple prétexte au désengagement des pouvoirs publics : en effet la réorientation des services publics vers les prestations en principe plus soumises à des externalités positives voit ses effets positifs partiellement atténués par la forte réduction de la part du budget santé dans le budget national (cf chapitre 1). La Banque Mondiale elle-même estime que le montant des dépenses de santé consacrées à chaque individu demeure insuffisant (1993), ce qui revient à dire que le recentrage des prestations verra ses effets amoindris par une telle faiblesse de l'effort global fourni.

Ainsi, au-delà des sous-bassements idéologiques (accent mis sur les résultats quantitatifs et la santé comme un moyen d'améliorer la productivité, sur le modèle du capital humain), l'introduction du rapport coût-efficacité comme critère d'évaluation présente l'avantage de relativiser l'impératif d'équilibre budgétaire dans le domaine sanitaire. Néanmoins l'application de cette méthode traduit bien l'utilisation privilégiée d'un calcul économique, alors que le champ de la santé présente des particularités et des exigences spécifiques. A cet égard les remarques de Abel-Smith (1994) sur l'analyse coût-efficacité peuvent être reprises. Pour cet auteur, cette dernière approche est limitée car elle suppose que la planification de la santé est un processus rationnel qui peut être laissé aux mains des "experts" (économistes, épidémiologistes et autres), et qui sera alors appliqué par les dirigeants politiques. Si l'on admet la pertinence de cette critique, alors il apparaît que le calcul économique ne constitue pas le seul critère souhaitable d'intervention publique en termes sanitaires. Au contraire une hiérarchie peut être dégagée comme suit :

Dans le domaine sanitaire subsaharien et plus particulièrement béninois, l'équilibre budgétaire ou la réduction des déséquilibres ne peut constituer une fin en soi, ni une évaluation satisfaisante de l'efficacité du système. Les impératifs de réduction des charges financières du pays imposent certes des restructurations, mais le caractère particulier de la santé nécessite une appréhension qui ne soit pas purement financière.

L'allocation optimale des ressources destinées à la santé ne constitue pas non plus une fin, mais plutôt un moyen de réponse aux besoins et d'élargissement de l'accès aux soins

L'objectif essentiel d'un système de santé demeure l'efficacité externe, que l'on peut entendre comme l'accès de tous au seuil de santé minimal précédemment défini. La réallocation des ressources peut certes permettre une amélioration de la marge de manoeuvre des pouvoirs publics, mais dans l'optique de dégager des ressources supplémentaires pour

restaurer l'efficacité des services publics. La réduction des déséquilibres ne peut être une fin en soi comme l'indique le premier principe.

Au regard de ces exigences, la prédominance actuelle du rapport coût-efficacité suffit-elle à améliorer l'efficacité des services de santé ? En restant pour le moment dans le cadre des services publics (les insuffisances du rapport coût-efficacité dans le secteur privé seront abordées par la suite, cf. II.2), on voit apparaître les limites d'une focalisation sur ce type de calcul.

La recherche d'une réallocation des ressources compte tenu des impératifs budgétaires n'est pas propre au Bénin ni aux autres pays d'Afrique subsaharienne. L'émergence de considérations sur l'efficacité allocative s'est fait jour dans les pays occidentaux, face à l'accroissement non maîtrisé des dépenses de santé concurremment à une rareté plus grande des ressources (problèmes de financement). Ainsi, les mesures préconisées par les bailleurs de fonds à partir des années 80 (maîtrise des dépenses, rationalisation de l'utilisation des ressources et des approvisionnements, cf Catsambas et Foster 1986 pour la Banque Mondiale) présentent des points communs avec les tentatives de rationaliser les dépenses de santé dans les pays occidentaux. Toutes ces mesures visent finalement à rendre optimale l'allocation des ressources en vue d'améliorer le fonctionnement du système de santé.

Pourtant, au-delà d'une origine commune de ces orientations, à savoir le poids croissant des contraintes financières, une différence essentielle distingue le cas béninois du contexte occidental : la situation sanitaire moyenne des Béninois montre de fortes lacunes dans les services de santé, alors que les économies industrielles avaient au contraire atteint une efficacité satisfaisante du système sanitaire lorsqu'elles ont connu les premières difficultés de financement des dépenses.

Il convient donc de considérer comme spécifique le cas béninois (et celui de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne) par rapport à la situation des économies industrialisées : ce pays n'a pas encore atteint une efficacité des services de santé permettant à une large part de la population d'accéder au seuil sanitaire minimal, mais il se trouve déjà confronté à de lourdes difficultés financières. Alors que, comme l'indiquent Majnoni d'Intignano et Stephan (1982), les mesures de politique sanitaire menées en France se sont toujours vues confrontées au dilemme entre une logique de coûts (ajustement des dépenses à un niveau de ressources fixé préalablement) et une logique de besoins (détermination arbitraire des besoins à satisfaire, puis ajustement des ressources à la norme ainsi fixée), les contraintes de l'économie béninoise et la situation sanitaire qui y prévaut rendent les choix publics encore plus délicats. C'est en ce sens que le recentrage des prestations publiques en vertu du rapport coût-efficacité, s'il permet certes une réduction de certaines charges publiques et répond ainsi à l'objectif de réduction des déséquilibres, ne peut suffire à fournir à l'ensemble de la population les services nécessaires pour répondre à la logique de besoins. Dans une situation de ressources abondantes, le critère du coût-efficacité permet une allocation des ressources non contrainte et donc probablement efficace au regard des choix retenus par les pouvoirs publics. Par contre, dans un contexte de réduction de la part du budget sanitaire, il sera plus difficile de compenser les réductions de ressources disponibles, même en orientant les dépenses vers les activités à ratio coût-efficacité élevé. Dans le cas béninois, l'utilisation privilégiée de ce mode de calcul ne peut donc avoir les mêmes effets que si les fonds disponibles étaient abondants.

En fin de compte, les choix publics béninois en termes de santé se trouvent tout particulièrement bloqués entre la logique de coûts et la logique de besoins. La réduction des déséquilibres budgétaires poursuit la première logique. L'utilisation du rapport coût-efficacité intègre la première tout en donnant une part à la seconde. Mais, alors que le pays est confronté à de fortes contraintes en termes de coûts, en même temps qu'à des besoins particulièrement importants, il semble que la recherche de la satisfaction des besoins se trouve diluée dans la priorité qui a été donnée à l' "assainissement" de l'économie. Ainsi le recours au rapport coût-efficacité à travers le recentrage des prestations voit-il son impact limité par la réduction relative ou la stagnation (selon les années) du poids des dépenses sanitaires.

Si les analyses coût-efficacité présentent des limites dans le cas des services publics, et ce pour des raisons de contraintes budgétaires fortes, on peut s'interroger sur leur pertinence dans le secteur des micro-unités sanitaires concernant la notion même d'efficacité. Nous tentons maintenant de montrer l'inadéquation de l'approche coût-efficacité face au développement des petites unités de santé.

II.2 . MICRO-UNITES : DE L'APPROCHE COUT-EFFICACITE A L'EVALUATION DE LA QUALITE.

Les évaluations en termes de coût-efficacité supposent la qualité des services comme connue et donnée. Elles focalisent le calcul sur les ressources nécessaires à la prestation, et sur la nature même de cette prestation du point de vue de ses externalités et de son rôle dans la satisfaction des besoins fondamentaux. Ainsi, un suivi pré-natal est considéré comme efficace dans la mesure où il permet de diminuer substantiellement la mortalité infantile et maternelle. De même les traitements des maladies les plus courantes (paludisme, diarrhée...) donnent pour un coût modique des résultats appréciables, mesurés par le nombre d'années de vie gagnées par individu.

Certes, la Banque Mondiale a proposé d'améliorer l'analyse coût-efficacité en introduisant des éléments qualitatifs à travers la mesure des AVCI (cf. I.1.2.2 dans ce chapitre). Mais la méthode des AVCI ne remet pas en cause notre constat d'une qualité des prestations considérée comme donnée, et cela pour deux raisons. D'une part, nous avons souligné que les AVCI s'appliquent peu aux pays les plus pauvres (donc au Bénin). La Banque Mondiale (1993) et certains analystes (Evans et Hurley 1995, Bobadilla et Cowley 1995) estiment que la mesure de la seule mortalité suffit à évaluer l'efficacité des interventions dans ces pays, alors que les nations à revenu intermédiaire se prêtent mieux à l'introduction d'évaluations portant sur la morbidité. En conséquence, l'analyse coût-efficacité appliquée aux pays à faibles ressources demeure essentiellement quantitative. D'autre part, il apparaît que

même en introduisant des mesures en termes d'AVCI, la qualité des services fournis resterait étrangère à l'évaluation. En effet, la méthode des AVCI s'intéresse à l'efficacité relative des différents traitements possibles, et non pas à la façon dont les actes médicaux sont réalisés. Ce point de vue apparaît explicitement dans les précisions qu'apporte la Banque Mondiale sur le mode de calcul des coûts : "Les estimations [des coûts de chaque programme de santé] ne représentent pas un idéal inaccessible ; elles partent du principe que les actes médicaux sont correctement accomplis et qu'ils sont de qualité raisonnable, mais aussi du fait que la population n'est pas entièrement ou parfaitement couverte" (p. 64, souligné par nous-même).

Cette approche essentiellement quantitative des services sanitaires suffit-elle à évaluer l'offre sanitaire ? En effet cette dernière intègre également des éléments qualitatifs, plus difficiles à mesurer mais néanmoins déterminants. Concernant les services publics, nous avons souligné au chapitre 2 que la faible fréquentation des dispensaires de santé résultait pour une large part de facteurs touchant au comportement des personnels, perçus par les patients comme inadaptés aux besoins. De tels dysfonctionnements expriment sans conteste l'importance de la qualité des services proposés sur leur efficacité dans la réponse aux besoins¹⁰. Le principe de la Banque Mondiale concernant les actes médicaux ("correctement accomplis" et "de qualité raisonnable") semble alors particulièrement réducteur.

¹⁰ Il convient peut-être de revenir sur les termes de qualité et d'efficacité. La qualité recouvre ici deux dimensions : une dimension d'adéquation aux besoins du patient et une dimension de fiabilité au sens large (un traitement de qualité réunit certains critères minimisant les risques subis par les patients lors du traitement). Ces deux dimensions sont liées, la première englobant la seconde. La question de la qualité sur le micro-marché est ici posée à partir de la qualité vue comme fiabilité des prestations : quels sont les risques subis par les demandeurs sur le micro-marché ?

Concernant l'efficacité des services de santé, nous l'évaluons à partir de l'amélioration de l'état sanitaire qu'ils procurent chez les usagers. Cette définition se distingue des critères d'évaluations qui fondent les politiques d'ouverture vers le marché. Ces dernières s'intéressent principalement à l'efficacité productive (le marché est supposé augmenter la productivité des services) et l'efficacité allocative (les relations marchandes sont supposées permettre une meilleure allocation des ressources). Certes, le critère d'efficacité allocative suppose implicitement que l'allocation par le marché améliorera la satisfaction des besoins sanitaires. Mais il demeure

Plus encore que le secteur public, les services privés semblent susceptibles de connaître une dispersion de la qualité, c'est-à-dire une grande différence de qualité entre les divers prestataires. Ceci tient précisément au caractère privé de ce secteur, qui laisse aux praticiens une marge de manoeuvre plus importante que dans les soins publics. L'écart de contrôle entre les prestataires publics et les unités privées dépend également des priorités dégagées par les pouvoirs publics. Ainsi ces derniers ont-ils dans les années 80 pris conscience de l'importance du personnel sanitaire public dans l'efficacité des services. Parallèlement aux soins primaires, l'OMS a donné corps à ces préoccupations en ébauchant une politique de formation de la main-d'oeuvre sanitaire, qui se fonde sur les principes suivants : former les personnels aux principes de la "santé pour tous", instituer des systèmes de formation continue, intéresser les agents de santé en les associant aux réflexions sur l'organisation et la gestion des soins (OMS 1984). On peut donc parler d'une véritable politique de ressources humaines, réaffirmée par la suite (OMS 1989a) dans un ensemble de propositions visant à améliorer la motivation des agents de santé. Au contraire, le secteur privé ne fait l'objet d'aucune tentative similaire. Cela s'explique par le recentrage des préoccupations publiques vers les soins primaires, et par l'idée, apparemment prédominante dans les mouvements de privatisation, que le domaine privé peut allouer lui-même les compétences des prestataires par le jeu de la sélection du marché. En outre, il va de soi que les propositions de l'OMS dans le cas des personnels publics reposent sur la possibilité de contrôle des structures sanitaires, que ne permettent pas les unités privées, à plus forte raison les micro-unités.

Au sein même du secteur privé, ce sont en effet les micro-unités qui apparaissent les plus difficiles à appréhender en termes de qualité. Les services offerts, contrairement aux soins primaires publics, ne peuvent y être homogénéisés par une action similaire à la formation et la sensibilisation des agents de santé publics.

centré sur le côté de l'offre, de même que celui d'efficacité productive. Notre approche n'ignore pas l'exigence d'un critère d'efficacité des micro-unités du point de productif et allocatif, mais elle met en avant les conséquences du micro-marché sur la satisfaction des besoins de la demande. La relation entre efficacité et qualité apparaît ici : la qualité des services constitue un déterminant essentiel de leur efficacité prise dans le sens défini ci-dessus. L'efficacité interne (productivité des unités en termes quantitatifs : volume des prestations par rapport au volume de facteurs productifs) ne garantit en rien leur efficacité externe (réponse aux besoins).

En conséquence, nous avancerons que le ratio coût-efficacité, au delà de ses lacunes dans l'évaluation des services officiels publics et privés, s'avère particulièrement inadéquat dans le cas des micro-unités sanitaires. Ne pouvant considérer la qualité de celles-ci comme donnée, nous sommes en mesure de remettre en cause une approche qui sous-estime largement les considérations de qualité.

Les analyses mêmes qui se fondaient sur le rapport coût-efficacité pour donner une plus large place au secteur privé ne peuvent donc appliquer ce critère aux petites unités qui prolifèrent à la suite des mesures de restructuration. Devant une telle contradiction, il convient de s'interroger sur les moyens d'évaluer les services offerts par les micro-unités. Compte tenu de la méconnaissance de la qualité des prestations sanitaires concernées, la mise en évidence, dans le chapitre suivant, des risques du marché, nécessite préalablement d'élaborer une fonction de qualité référentielle. Celle-ci sera utilisée à la fois pour montrer les conséquences des asymétries d'information dans le domaine privé (chapitre 4), et pour mener l'analyse des modes de régulation de ce secteur (chapitres 5 et 6).

Avant de partir à la recherche de cette fonction (II.2.2), il convient de situer son statut par rapport aux petites prestations : la fonction de qualité que nous retiendrons évaluera-t-elle l'activité comme un produit, ou plutôt comme le résultat d'un service (II.2.1) ?

II.2.1 . L'ACTIVITE SANITAIRE, PRODUIT OU RESULTAT ?

De par sa nature même, une fonction de qualité se rapporte implicitement à un produit, puisque l'on sous-entend une fonction de qualité d'un processus de production particulier (ici la production de prestations sanitaires). De plus, la focalisation de notre analyse sur les services marchands (à but lucratif) tend également à privilégier a priori une optique de produit plutôt que de résultat : à l'instar de l'évolution connue dans les pays industrialisés à

partir des années 80 (cf Gadrey 1991), le développement des services marchands tend à modifier la définition du service lui-même, qui passe du statut de résultat (mesuré par l'ensemble de ses effets finaux sur les utilisateurs) à celui de produit (activité qui peut être mesurée par les moyens mis en oeuvre autant que par les besoins auxquels elle est censée répondre).

La distinction entre le service comme produit et le service comme résultat est effectuée par Gadrey (1991). L'auteur met en effet l'accent sur les différences entre ces deux formes de services (tableau 17), afin de souligner les spécificités de chacune d'entre elles.

TABLEAU 17

SERVICE COMME PRODUIT ET SERVICE COMME RESULTAT

	Le service comme produit	Le service comme résultat
Processus de production	Tendance à la séparation entre la conception du "produit" (innovation) et l'exécution du service. Domination des mécanismes de "standardisation des produits et des processus".	L'exécution comme l'un des lieux d'innovation formelle ou informelle, dans des situations souvent imprévues. Domination des mécanismes de "standardisation" des qualifications et compétences.
Organisation, structure	Bureaucratie mécaniste publique ou privée à forte composante administrative et technosstructurelle.	Introduction d'éléments perturbateurs de la bureaucratie mécaniste (les clients et usagers, le professionnalisme des acteurs).
Evaluation de l'efficacité du travail	Critères de type productivité, centrés sur le "service immédiat" et ses caractéristiques, à partir d'une nomenclature de cas et de normes d'exécution.	Evaluation multi-critères et multi-acteurs (incluant les clients et usagers) des résultats (indirects) du recours au service, sans nomenclature mais avec des méthodes concertées (importance et qualité du service).
Sens du travail	Exécuter le "quasi-produit" selon les normes et les règles, le client ayant ensuite à le consommer. Sens du "service marchand" dans les services publics (le produit comme marchandise, l'utilisateur comme client).	Rendre service de façon flexible, souvent hors normes, en co-produisant le résultat avec l'utilisateur. Résoudre des problèmes, proposer des solutions, contribuer à leur mise en oeuvre (assistance). Protocoles flexibles capables d'intégrer le "colloque singulier" du prestataire et du client. Sens du "service public" dans les services marchands et dans les services publics. Retrouver l'utilisateur.

Source : Gadrey 1991.

Au regard d'une telle distinction, il semble possible de mettre en parallèle l'évolution dans les pays occidentaux avec celle qui s'observe au Bénin à travers le développement récent des services marchands : il apparaît indéniable que les critères d'évaluation actuellement

utilisés (coût-efficacité principalement) pour la plupart des services sanitaires correspondent à cette évolution vers une approche en termes de produit.

Il serait pourtant réducteur de fonder la fonction de qualité sur le service sanitaire considéré exclusivement comme un produit, et d'exclure ainsi la dimension de résultat. Nous avons précédemment tenté de montrer que les évaluations coût-efficacité ne pouvaient tenir compte de tous les aspects des micro-unités. La séparation entre produit et résultat se doit donc d'être atténuée, en raison de la complexité des petites prestations. En effet, si l'on peut a priori considérer les micro-unités avant tout comme des produits, puisque résultant de logiques de production à but lucratif, l'examen des quatre aspects du service comme produit distingués par Gadrey montre que la dimension "résultat" de ces prestations n'est pas pour autant négligeable. Nous reprenons ces quatre critères (tableau 17), afin de souligner la spécificité des micro-unités par rapport au service comme produit, et la nécessité de considérer également leur dimension de "résultat".

- Le processus de production.

Les petites prestations ne font pas l'objet d'une "tendance à la séparation entre la conception du "produit" et l'exécution du service". Au contraire, le processus de production lie partiellement la conception à l'exécution dans la mesure où l'expérience des prestataires modifie leur activité en fonction de la confrontation avec les clients. Les relations entre l'offre et la demande répondent partiellement, nous le verrons (chapitre 4), à un processus de co-production qui remet en cause toute séparation nette des deux acteurs dans la réalisation du traitement. Le praticien peut par exemple modifier par expérience la manière de présenter le diagnostic et de proposer le remède, afin d'améliorer la réceptivité du malade et l'acceptation du traitement.

- L'organisation, la structure.

Les micro-unités s'opposent à l'organisation de type bureaucratique et "à forte composante administrative et techno-structurelle". Au contraire, elles se rapprochent plutôt des "éléments perturbateurs de la bureaucratie mécaniste", où les relations interpersonnelles et le comportement des acteurs (notamment la manipulation ou non d'information) jouent fortement sur l'efficacité et la qualité de la prestation. Ceci montre qu'un service peut constituer un produit (c'est la recherche du profit qui, ici, favorise particulièrement cette caractéristique) tout en s'éloignant, par sa nature même (en tant que micro-unité), d'une organisation bureaucratique.

- L'évaluation de l'efficacité du travail.

L'évaluation des petites prestations par des critères de productivité répond certes aux impératifs du secteur marchand. C'est le propre de la forme "immédiate" du service, pour reprendre l'expression de Gadrey. Cette dernière signifie la réalisation elle-même du service, c'est-à-dire pour le médecin le fait d'élaborer un diagnostic et de prescrire un traitement (on parlera selon les types de services d'une opération, d'un acte, d'une prestation...). L'aspect immédiat du service est identifiable, au moins dans le secteur marchand, par des actes payants. Au contraire, une autre forme du service distinguée par Gadrey, celle des services médiats, n'est pas définie par rapport au prestataire et au prix, mais par rapport à ses effets sur les utilisateurs : le service médiate constitue l'impact ultérieur, à moyen ou long terme, de la prestation (par exemple l'augmentation de l'espérance de vie et la prévalence des maladies). Ceci peut conduire à rapprocher les services immédiats du secteur marchand et les services médiats du non marchand (Gadrey 1986).

En réalité, c'est toute l'ambiguïté des petites prestations sanitaires qui apparaît à travers cette distinction entre service médiate ou immédiat. En effet, les micro-unités rapprochent les deux aspects du service (médiate ou immédiat), puisque elles sont à la fois

immédiates (leurs actes sont payants et délimités), et médiates (elles ont des effets sociaux peu calculables de façon immédiate et peu standardisables).

Gadrey lui-même (1986) avait placé le système de santé dans les outputs médiats, compte tenu de l'importance de leurs effets indirects et de la difficulté d'isoler ces effets. Mais il soulignait également le passage récent vers une conception plus "immédiate" en termes de produit sanitaire. Dans le cas béninois, il apparaît que la participation simultanée des petites prestations à deux catégories - le service comme produit et le service comme résultat - confirme cette remise en cause de la distinction entre service immédiat et service médiate. De même, le caractère à la fois médiate et immédiat des services offerts par les micro-unités empêche d'assimiler l'output immédiat à une prestation marchande et l'output médiate à une production non marchande.

Si nous reprenons le tableau 17, nous remarquons ainsi que la caractéristique qualifiée d' "évaluation multi-critères et multi-acteurs", qui serait propre au service comme résultat, participe largement à l'évaluation globale des services sanitaires, à côté des critères plus tangibles utilisés dans le cas du service comme produit. Bien plus, l'évaluation du service comme résultat donne à la variable qualité une valeur déterminante, puisqu'elle suppose que le comportement des acteurs joue fortement sur celle-ci. Alors que l'approche par produit s'attache principalement à la quantité des prestations offertes (en nombre d'actes standardisés par exemple), et considère la qualité comme donnée.

En fin de compte, chacune de ces deux conceptions présente donc un avantage et un inconvénient au regard des petites prestations béninoises. Le service comme produit permet une évaluation plus tangible, mais sous-estime les problèmes de qualité liés aux comportements des acteurs, alors que nous soulignerons au contraire l'importance des risques de qualité dans le chapitre suivant. Le service comme résultat donne par contre toute son

importance à la qualité, mais s'avère d'une application difficile pour une fonction de qualité dans le cas des micro-unités, compte tenu de la méconnaissance qui caractérise celles-ci.

En conséquence, la fonction de qualité comportera à la fois des critères permettant une mesure relativement objective, et des critères difficiles à évaluer. Le chapitre 6, relatif à la régulation de la qualité, devra tenir compte de cette double dimension des prestations sanitaires, l'une objective, l'autre subjective.

- Le sens du travail.

Comme nous le développerons dans le chapitre suivant, les relations entre les petits prestataires et les demandeurs de santé font l'objet d'une co-production partielle, se rapprochant en ce sens du service comme résultat et s'éloignant du service comme produit (cette seconde conception supposant au contraire une séparation de l'acte de production et de l'acte de consommation). Les petites prestations apparaissent donc bien à la fois d'ordre marchand (produit comme marchandise en vue d'un profit) et de l'ordre d'un service perçu comme une demande de résultat de la part des patients.

En résumé de cet examen des quatre dimensions, les petites prestations se présentent certes comme des produits (le but est lucratif, l'usager est considéré comme un client), mais constituent simultanément des services de résultat dans les relations entre l'offre et la demande (co-production, rôle des comportements, variable qualité). Cette complexité, déjà soulignée dans le chapitre 2, rend particulièrement délicate l'élaboration d'une fonction de qualité.

Avant de passer à cette fonction, il convient de préciser ce que nous entendons par produit sanitaire. Lancaster (1966) a défini le produit comme une combinaison (un ensemble) de caractéristiques, celles-ci étant consommés par l'acheteur afin d'en dégager une utilité.

Autrement dit, le produit ne se réduit pas à l'usage principal que l'utilisateur fait de son achat, mais recouvre au contraire l'ensemble des services qu'il peut rendre, y compris de façon indirecte. Si l'on applique cette approche du produit au secteur des services, et plus particulièrement aux prestations sanitaires, le produit sera constitué par exemple de l'amélioration de l'état de santé, mais également des incidences de celle-ci sur les facultés de l'utilisateur à travailler, communiquer, etc. Cette approche en termes de produit permettra dans le chapitre suivant de souligner le caractère différencié des services proposés par les micro-entreprises. En effet, le concept de produit sous-tend que les différentes prestations sont susceptibles de présenter des attributs divers (proximité, nature des soins...) dans des proportions variables, ce qui introduit la notion de différenciation.

II.2.2 . LA FONCTION DE QUALITE.

Pour définir la fonction de qualité des prestations de santé, nous allons procéder en deux étapes :

- rapprocher les éléments de différenciation de la demande (présentés au chapitre 2) de l'approche de Parasuraman, Berry et Zeithmal (1986), qui tente de définir les déterminants de la qualité des services : nous présenterons alors une fonction de qualité élargie ;

- détecter parmi les déterminants ainsi répertoriés ceux qui jouent à travers les problèmes d'information sur le service offert. Considérer le problème de la qualité sous l'angle de l'information permettra ainsi d'aborder le chapitre 4, précisément consacré aux biais informationnels sur le marché.

La fonction de qualité élargie

Nous avons distingué, dans le chapitre 2, la différenciation de la demande d'une part en termes de revenu, d'autre part en termes de nature du service. Nous nous intéressons ici à la seconde catégorie (différenciation-nature), en reliant ses quatre dimensions (soins de base, proximité, confiance, accueil) avec les déterminants de la qualité présentés dans le tableau 18.

TABLEAU 18

LES DETERMINANTS DE LA QUALITE DES SERVICES SELON PARASURAMAN,
BERRY ET ZEITHMAL

DETERMINANTS	DOMINANTE ¹¹
Fiabilité : uniformité de l'acte et sécurité de fonctionnement (confiance que l'on inspire).	I
Sensibilité : bonne volonté ou vivacité d'esprit des employés à fournir le service en temps voulu.	T
Compétence : possession des compétences techniques ou connaissances demandées pour produire le service	C
Accès : accessibilité et facilité de contact.	R + (C)
Courtoisie : politesse, respect et considération, dispositions amicales dans le contact personnel.	R
Communication : tenir informés les clients dans un langage qu'ils peuvent comprendre, et se tenir à leur écoute.	C + (I)
Crédibilité : renseignements irrécusables, honnêteté.	I
Sécurité : réduire le danger, le doute, le facteur risque.	I
Compréhension : faire un effort pour comprendre les demandes des clients.	C
Parties tangibles : la marque physique du service inclut les capacités physiques personnelles et facilite la mise à disposition du service et le fonctionnement de l'équipement.	R + (T)

Source : Parasuraman, Berry, Zeithmal 1986.

La recherche de **soins de base**, premier élément de différenciation de la demande identifié dans le chapitre 2, peut correspondre à ce que les auteurs cités qualifient de

¹¹C = Aide à la gestion de la complexité

I = Aide à la gestion ou à la réduction de l'incertitude

T = Aide à la libération du temps

R = Qualité relationnelle dans ses aspects tangibles ou intangibles.

"compréhension" des clients. En effet, la spécialisation des petites unités dans des prestations basiques permet de répondre aux demandes des catégories les moins bien nanties. Certes, le facteur dit de compréhension n'explique pas à lui seul cette spécialisation des offreurs. La spécialisation vers les services élémentaires s'explique également au regard des contraintes de l'offre en termes de ressources de production (faible capital initial, cf chapitre 2).¹²

La proximité, que nous avons présentée comme un facteur important de choix pour les petits prestataires, répond au critère de l'accès aux services de santé (accessibilité et facilité de contact dans le tableau).

La **confiance** dans le prestataire s'exprime à travers un ensemble plus complexe de critères prenant en compte les perceptions subjectives autant que les facteurs plus tangibles de l'activité. Nous retiendrons comme déterminants de la confiance figurant parmi les éléments du tableau :

- la fiabilité
- la compétence
- la crédibilité
- la sécurité
- les parties tangibles
- (la communication).

Reprenons ces critères.

¹² Dans le cas de la médecine traditionnelle, certes difficile à concilier avec les critères ici présentés, on pourrait néanmoins considérer la compréhension comme la réponse à la dimension symbolique de la maladie perçue par les patients.

- La fiabilité joue sur la confiance par l'intermédiaire de la normalisation et de la standardisation (partielles ou totales) des actes. Nous verrons (chapitre 4) quels problèmes pose la mesure de ce critère dans le cas des micro-unités. Celles-ci dispensent en effet des soins qui sont peu standardisés : le matériel utilisé est rudimentaire, et la formation médicale des praticiens, si elle joue certes à une certaine standardisation, n'est utilisée que dans le cadre de relations patient-médecin par nature peu formalisées qui limitent la répétition des actes à l'identique (chaque prestation est en ce sens unique).

- La compétence se mesure difficilement en dehors des diplômes acquis, qui dans le cas des micro-unités font l'objet d'un contrôle nul de la part des pouvoirs publics, et probablement fort limité de la part des demandeurs.

- La crédibilité des prestataires dépend de leur propre comportement, en particulier de leur attitude en termes de manipulation d'information. Si nous reprenons la définition de la crédibilité donnée par Parasuraman et alii (renseignements irrécusables, honnêteté), en l'interprétant en termes de comportements face à l'information, la crédibilité diminuerait alors à mesure que le prestataire augmenterait les manipulations d'information. Il convient en réalité de donner un sens différent au terme de crédibilité dans le cas des micro-unités béninoises : nous l'entendrons comme la confiance fondée non pas sur l'honnêteté des producteurs (crédibilité justifiée), mais plutôt sur leur capacité à donner ou redonner confiance à la demande malgré d'éventuels comportements de manipulation. En ce sens, les comportements de mensonge de la part des offreurs (sur la qualité du produit par exemple) peuvent autant augmenter leur crédibilité (si les demandeurs sont effectivement trompés) que la réduire (si les demandeurs parviennent à révéler ces stratégies).

- La sécurité représente un critère d'ordre transversal qui conduit à réduire les risques subis par les demandeurs. Nous l'entendons dans le sens d'une réduction des comportements stratégiques d'offre et/ou d'une révélation d'informations à la demande.

- Les parties tangibles, définies par les auteurs en fonction des "capacités physiques personnelles", peuvent être également mesurées par les conditions techniques d'exercice de l'activité, qu'elles soient propres au prestataire lui-même ou relatives au capital disponible (locaux, matériel médical notamment).

- Le critère de communication permet de réduire les risques subis par la demande, puisqu'il consiste à améliorer les transferts d'informations du prestataire vers le patient ou du patient vers le prestataire.

Enfin, parmi les facteurs de différenciation mis en exergue au chapitre 2, **l'accueil** peut se rapprocher des critères de "sensibilité", "courtoisie" et "communication" de la part des offreurs de services sanitaires.

La fonction de qualité élargie ainsi définie par ses facteurs favorables intègre donc l'ensemble des déterminants, objectifs ou subjectifs, de la capacité du service à répondre à la demande de façon adéquate et sûre, c'est-à-dire sans soumettre l'utilisateur à un risque touchant à la consommation du traitement. Néanmoins, elle demeure sous cette forme difficilement opératoire compte tenu de l'importance qu'y tiennent les variables subjectives (sensibilité, courtoisie, communication, compréhension) et/ou non calculables dans le secteur informel (fiabilité, crédibilité, sécurité). Nous présentons maintenant une fonction de qualité

réduite, qui concerne plus précisément les déterminants de la qualité relatifs aux problèmes d'information.

La fonction de qualité réduite

Nous définirons, dans le chapitre suivant, les problèmes de comportements stratégiques liés au phénomène d'asymétries informationnelles, considérant que ceux-ci peuvent remettre en cause la qualité des services offerts par les micro-unités. La référence sera la fonction de qualité réduite dont les déterminants sont les suivants :

$$Q = Q \{ \text{Produit (F, C, T)} ; \text{Prestataire (Se, Co, Cr, S, C)} \} \quad [15]$$

Avec :

Variables de qualité du produit :
F=fiabilité
C=compétence
T=tangibilité

Variables de comportement du prestataire :
Se=sensibilité
Co=communication
Cr=crédibilité
S=sécurité
C=compréhension.

Ainsi, les deux types de variables de cette fonction représentent les deux catégories d'asymétries informationnelles sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre suivant : d'une

part, les asymétries sur la qualité du produit elle-même (sélection adverse) ; d'autre part, les asymétries sur le comportement du prestataire (risque moral).

L'"accès aux prestataires" et la "courtoisie" sont exclus de cette fonction, car ils peuvent faire l'objet d'un contrôle direct de la part des utilisateurs et se trouvent donc peu soumis aux défauts d'informations.

La fonction de qualité se lit ainsi : la qualité du service dépend de la présence ou de l'absence des facteurs de qualité, soit au sein des conditions de production de l'unité, soit dans les relations entre l'unité et l'utilisateur.

CONCLUSION

Ce chapitre fait apparaître le rôle déterminant de deux notions : le seuil sanitaire d'une part (ou seuil de santé minimal), qui, volontairement rattaché au concept de rationalité, permet ainsi de souligner la faiblesse de l'équité en milieu sanitaire béninois. La qualité ensuite, qui, considérée comme donnée dans les analyses cout-efficacité, retrouve toute son importance dans le cas des micro-unités sanitaires.

Nous pouvons alors procéder à un rapprochement supplémentaire, celui qui lie le seuil sanitaire à la qualité des soins. La relation entre ces deux éléments est réciproque : si la qualité détermine l'accès des utilisateurs au seuil critique, de même l'atteinte du seuil permet aux individus d'observer plus efficacement la qualité des services offerts. Or, au regard de la fonction de qualité présentée ici, nous allons tenter de montrer dans le chapitre suivant que les asymétries d'informations entre offreurs et demandeurs sur le marché des micro-unités peuvent remettre en cause la qualité des prestations et de ce fait, jouer défavorablement sur l'état sanitaire des patients. Les limites du marché sous l'angle informationnel expliqueront alors la difficulté pour la demande d'exercer rationnellement ses préférences.

CHAPITRE 4

ASYMETRIES, STRATEGIES INDIVIDUELLES ET LIMITES DU MICRO-MARCHE.

Le chapitre 2 a permis de montrer que les micro-unités sanitaires se caractérisent par des facteurs qui, par leurs points communs avec le secteur qualifié d'informel, contribuent au dynamisme de ce marché, aujourd'hui largement reconnu par les institutions internationales (BIT, OMS, Banque Mondiale) comme par les pouvoirs publics béninois. Ainsi, les micro-unités bénéficient certes d'un accès difficile aux circuits financiers officiels, mais elles utilisent des flux parallèles, familiaux ou personnels, qui permettent un financement apparemment suffisant pour lancer l'activité. Malgré un volume limité de capital fixe, elles répondent à des besoins spécifiques émanant des couches urbaines rationnées en termes de santé.

Malgré ce dynamisme et ces atouts, l'objet du présent chapitre est de montrer que les limites du marché tenant aux problèmes d'information se trouvent largement sous-estimées au regard de leurs conséquences sur les risques afférents à la qualité des prestations.

En effet, alors que le comportement des personnels publics de santé est souvent incriminé comme l'une des causes importantes de l'échec relatif des structures de soins primaires, on aborde peu les effets possibles des comportements qui prévalent dans le cas des micro-unités. Or ces derniers peuvent limiter l'efficacité du marché dans la réponse aux besoins, voire donner lieu à des risques qui n'existent pas dans le secteur officiel.

Ce chapitre repose sur deux hypothèses que nous tenterons de confirmer par l'analyse du marché, et qui seront reprises dans les chapitres ultérieurs.

En *première hypothèse*, nous considérons que, contrairement à l'idée de "biais bureaucratiques" qui seraient le propre du secteur public (cf. chapitre 1), les lacunes d'informations qui s'observent également sur le marché peuvent y donner lieu à des comportements voisins de manipulation d'information et de recherche de rentes.

En *seconde hypothèse*, non seulement les comportements de manipulation ne sont pas seulement publics, mais ils ne relèvent pas non plus des seules relations formelles, c'est-à-dire inscrites dans un cadre institutionnel, codifié, qu'il s'agisse d'une administration ou d'une entreprise officielle.

Revenons sur cette seconde hypothèse avant d'aborder le chapitre lui-même. Elle signifie que les relations entre les individus en termes notamment de sélection adverse et de risque moral (puisque c'est ainsi que nous interpréterons le marché des micro-unités) peuvent s'observer dans un cadre aussi peu rigide et codifié que celui des petites prestations sanitaires urbaines.¹ Nous nous opposons ici à l'approche "traditionnelle" de la relation d'agence, qui pose l'hypothèse que le fonctionnement des relations inter-individuelles se comprend essentiellement à travers des structures formelles.

Une telle remise en cause semble d'autant plus importante que même les analyses ayant tenté d'introduire les phénomènes informels dans les relations au sein des organisations, considèrent finalement des relations informelles tout en demeurant dans un cadre formel. Il en est ainsi de Breton et Wintrobe (1982), qui, bien que mettant l'accent sur les comportements

¹ On entend par sélection adverse le mensonge de l'agent (ici l'offre) sur les caractéristiques du produit, et par risque moral le mensonge de cet agent sur son propre comportement (généralement son effort pour satisfaire le client).

non formels (absence ou présence de bonne volonté, prise d'initiatives ou non), continuent de mener leur analyse dans le contexte des organisations bureaucratiques. Leur approche demeure donc centrée sur les relations entre les dirigeants (hommes politiques ou chefs d'entreprise) et les bureaucrates, ces derniers adoptant un comportement sélectif en fonction des avantages qu'ils en tirent. Or, de telles relations ne peuvent servir de fondement à l'analyse des rapports entre petits prestataires sanitaires et utilisateurs de ces services dans le cadre urbain béninois.²

Nous nous écartons en conséquence des analyses de la bureaucratie, ce qui jouera sur la façon dont sera abordée la question de la régulation au chapitre 5. Nous considérons ici des relations stratégiques entre offre et demande de santé, dans un cadre non bureaucratique mais au contraire informel.

Dans un premier temps de ce chapitre (I), nous mettons en valeur les deux caractéristiques du marché à la source des asymétries informationnelles : d'une part l'absence de transparence (I.1), qui se traduit par la méconnaissance à la fois du produit et du producteur; d'autre part l'hétérogénéité des produits offerts (I.2), relevant d'une différenciation horizontale de ceux-ci, ainsi que des caractéristiques particulières à chaque unité productrice.

Dans un second temps (II), nous nous attachons à montrer les conséquences de telles asymétries d'information en termes de qualité des produits. Nous abordons cette question du point de vue de la sélection adverse (II.1) et du risque moral (II.2). Les liens offre-demande sur le marché ne permettent pas d'assurer la qualité des services, même en considérant des

² Plus précisément, les contrats informels ont été abordés par Breton et Wintrobe dans le cas de contrats plutôt implicites qu'explicites, et qui font intervenir la confiance. Notre approche s'intéresse à des contrats informels dans la mesure où les relations patient-médecin ne sont pas régies par une autorité extérieure, compte tenu du caractère non contrôlé du micro-marché. Mais Breton et Wintrobe considèrent des transactions informelles dans un cadre qui reste formel (la bureaucratie), alors que nous abordons un terrain lui-même largement informel. L'étude des contrats entre offre et demande de santé sur le micro-marché ne peut donc être assimilée à une analyse des transactions informelles telle qu'on l'entend couramment depuis Breton et Wintrobe. Cela étaye en outre l'argument selon lequel les comportements de manipulation d'informations ne sont pas propres aux seules structures formelles, contrairement à ce que semble avancer l'analyse économique de la bureaucratie.

achats répétés et des usagers susceptibles de faire jouer la concurrence. Les contrats privés sont insuffisants pour tenir compte des contraintes de demande et de la particularité du secteur. En reprenant la fonction de qualité définie dans le précédent chapitre, on peut alors souligner les écarts qu'engendre (ou menace d'engendrer) le marché sur la qualité des produits.

I. LES ASYMETRIES DU MARCHE.

L'absence de transparence et l'hétérogénéité sont successivement examinées.

I.1 . UN MARCHE FLOU : L'ABSENCE DE TRANSPARENCE.

Nous appréhendons la faible transparence du secteur des micro-unités à travers deux caractéristiques : la méconnaissance du produit et celle du producteur, l'une comme l'autre touchant à la fois les demandeurs de santé et les pouvoirs publics. L'analyse est ici focalisée sur les relations entre offreurs et demandeurs.

I.1.1 . LA MECONNAISSANCE DU PRODUIT.

Les analyses touchant au domaine sanitaire s'accordent généralement à reconnaître le caractère nébuleux de ce secteur. La relative unanimité sur ce point peut apparaître en évoquant deux approches pourtant fort éloignées. La première optique, celle du capital humain, au delà des hypothèses initiales sur la capacité des individus à déterminer leur sentier optimal d'investissement, a ainsi dû intégrer des éléments d'incertitude spécifiques au domaine

sanitaire (cf chapitres 2 et 3). Néanmoins, le produit reste une prérogative de l'offre, qui est peu étudiée par cette approche essentiellement consacrée à la demande. L'enseignement que nous tirons à cet égard de la théorie du capital humain est le suivant : pour que les usagers utilisent au mieux les services de santé (c'est-à-dire de façon optimale pour reprendre les termes de l'analyse), il leur faudrait une diffusion suffisante de l'information sur les produits et les producteurs, ce qui est rarement le cas.

Dans une optique fort différente, puisqu'elle remet en cause l'application au champ sanitaire des hypothèses microéconomiques traditionnelles fondées sur un consommateur et un producteur-types, Batifoulier (1990, 1992) caractérise le système des soins comme une institution "qui n'implique pas de contenu objectif et mesurable du « produit » " (1992 p 6).³ La difficulté d'appréhension du produit semble donc plus forte que dans l'analyse du capital humain, puisque le produit proposé à l'utilisateur se définit non pas seulement avant, mais également pendant le déroulement de l'échange entre offre et demande.

Nous allons précisément nous attacher à développer l'idée suivante : sur le terrain des micro-unités, cette nébulosité du produit sanitaire se trouve particulièrement exacerbée de par la nature quasiment informelle du secteur. En effet, cette dernière joue de deux façons sur la difficulté à identifier le produit : d'une part, à travers **l'absence de repérage statistique et de critères institutionnels** (à cet égard c'est bien la faible codification, liée au caractère partiellement informel du produit, qui explique les difficultés d'identification) ; d'autre part, avec **la nature particulière des relations offre-demande** (relations peu standardisées et sans intermédiaire), qui renforce le caractère largement co-produit du service dans le secteur sanitaire, au contraire de l'idée selon laquelle le produit serait le résultat de la seule action de l'offre. Examinons successivement ces deux points.

³ L'auteur précise que les institutions en question s'inscrivent dans des conditions précises, en particulier historiques, sociales et culturelles.

Des activités non répertoriées

Le caractère non répertorié et non contrôlé des micro-unités de soins pose le problème d'une classification statistique et d'une typologie selon des critères institutionnels. Ainsi, apparaît difficile l'appréhension de ce secteur en fonction du mode de financement, du calcul des coûts et des prix, des normes relatives à la nature ou à la qualité des produits. On peut donc distinguer deux aspects de la nébulosité des services proposés par les micro-unités : celle touchant aux prix (problème de la tarification), et celle relative à la qualité (qui concerne à la fois la nature et l'efficacité du produit).

Concernant les critères de tarification, ceux-ci constituent en effet dans les pays occidentaux des éléments de repérage et de classification utilisés depuis la mise en place des services de santé. Pour le secteur public français, les nomenclatures distinguent ainsi les actes au tiers-payant, le remboursement partiel ou total, en fonction de la nature des prestations. Ceci permet d'exercer une forme de normalisation, qui standardise le produit et conduit à le définir partiellement en fonction du mode de financement adopté.

Or, les micro-unités béninoises ne peuvent donner lieu à une telle méthode de classification. D'abord, parce qu'elles ne répondent pas à un mode de financement socialisé. Au contraire, elles s'appuient toutes sur le principe du paiement direct de l'acte, ce qui empêche de distinguer chaque catégorie de prestation en fonction du financement qui lui est associé. Ensuite, parce qu'aucun contrôle n'est exercé sur leurs modalités de financement, ce qui peut être rapproché de l'absence de cadre comptable légal souvent spécifique à l'informel.

Le mode de financement ne permet donc pas d'élaborer une nomenclature des actes, mais tout au plus d'ajouter un critère d'identification des micro-unités : celles-ci pratiquent une tarification directe des prestations sur le patient. Néanmoins le mode de tarification ne peut

être réduit à des règles de tarification optimale au sens de Pareto, c'est-à-dire telles que l'on ne puisse améliorer la satisfaction d'un individu sans diminuer celle d'au moins un autre. La tarification optimale supposerait en effet, en situation de concurrence pure et parfaite, que le coût moyen soit inférieur au coût marginal (sauf dans l'entreprise la moins rentable ou l'on égalise coût moyen, coût marginal et prix). Nous avons supposé dans le chapitre 2 que l'utilité des offreurs dépendait du profit dégagé (cf. [2]) :

$$U_m = U(\pi) = U(p, v, c)$$

avec U_m = utilité de la micro-unité ; p = prix ; v = quantité de prestations vendues ; c = coûts de production.

Si à n'en pas douter les prestataires cherchent à maintenir leur coût moyen sous le niveau des prix pour dégager un profit (cela étant possible car les investissements initiaux sont faibles), nous ne pouvons cependant en déduire que les prix proposés résultent du seul calcul cherchant à rendre le profit maximal. Cela tient en particulier aux motivations des micro-prestataires. En effet ces derniers se trouvent en situation de rationnement d'offre de travail. Dans ces conditions leur activité sur le micro-marché répond à des logiques de survie et/ou de préservation d'un niveau de revenu qui passent par la recherche du profit, mais sans que celui-ci soit systématiquement maximal au regard des capacités de production. Sweeney (1982) avait, dans le contexte occidental, supposé que la formation des prix (dans le secteur médical où ceux-ci sont librement fixés) reposait sur un niveau de revenu souhaité par les médecins. Nous pouvons poser l'hypothèse qu'il s'agit également d'un déterminant essentiel dans le cas béninois, qu'il convient néanmoins d'adapter. Les offreurs peuvent déterminer le prix proposé à partir de variables autant subjectives qu'objectives : les contraintes de ressources des clients, des critères éthiques éventuellement, ou encore leurs propres préoccupations (contraintes familiales et de revenu, allocation souhaitée du temps entre la micro-unité, les autres activités, éventuellement l'emploi officiel). En d'autres termes la formation des prix ne peut se résumer à un calcul sur le prix, le coût marginal et le coût moyen de production. Elle pourrait plutôt s'exprimer sous la forme suivante :

$$p = p(c, D, E, R^*) \quad [16]$$

avec :

p = prix d'offre

c = coûts de production

D = volume de demande

E = critères éthiques

R* = revenu souhaité par l'offreur.

L'accroissement des critères objectifs (c et D) tend à favoriser, toutes choses égales par ailleurs, la hausse des prix. Le facteur E signifie ici que certains prestataires peuvent décider de moduler les tarifs en fonction des revenus estimés du patient, sur la base de considérations éthiques. Enfin nous pouvons supposer que l'accroissement du revenu souhaité par le prestataire (R*) va, à niveau de demande égal, favoriser une élévation du prix.

Si des critères de détermination des prix existent donc, ils dépendent largement du marché et ne font l'objet d'aucun contrôle extérieur. Ceci contribue à la nébulosité des produits.

Concernant les critères relatifs à **la qualité et la nature du produit**, les mêmes incertitudes rendent délicat le problème de l'identification. Par comparaison aux pays occidentaux, où les prestations, qu'elles soient publiques ou privées, font généralement l'objet d'une réglementation stricte, la spécificité des micro-unités réside précisément dans l'absence ou la faiblesse des normes. Les tentatives de mesures visant à instaurer des réglementations au Bénin (MSP 1993b et 1993c, textes examinés au chapitre 6) n'ont pas remis fondamentalement en cause cette caractéristique, puisque les petites unités restent largement en dehors du champ officiel.

Les analyses économiques de la santé se trouvent ainsi questionnées et remises en cause par cette méconnaissance institutionnelle du produit sanitaire des petites unités. On peut le voir en considérant l'acte médical sous l'angle de la relation entre le patient et son médecin. Celle-ci permet en effet de révéler une différence importante entre d'une part les médecins exerçant dans les pays industrialisés, et d'autre part les micro-unités. Dans le premier cas, certains outils régissent clairement les relations entre le médecin et le patient, permettant par là même de codifier l'activité. C'est ce que met en valeur Batifoulier dans son analyse des interactions entre offre et demande de santé (1992 p 34). Par contre, les outils identifiés n'apparaissent pas dans les relations entre le micro-prestataire béninois et son utilisateur, comme nous allons le voir en reprenant chacun d'entre eux. Batifoulier distingue trois catégories d'outils d'interaction :

- Le premier est le *type d'acte médical* lui-même (consultation, acte de chirurgie...). Le produit se trouve ainsi objectivé par un code qui le définit au sein d'une nomenclature, et lui associe un tarif spécifique.

Pour les micro-unités béninoises, une telle classification semble délicate. Certes, on connaît les actes de prédilection des prestataires (notamment la consultation, l'injection et le pansement). Mais ils ne font pas l'objet d'une classification officielle, ni d'une évaluation des pratiques et de la qualité des services.

Cette difficulté de soumettre les activités à une nomenclature selon la nature de l'acte touche de façon exacerbée les médecins traditionnels, sur lesquels il convient donc de s'arrêter quelque peu. Ces derniers font depuis longtemps l'objet de tentatives d'appréhension de la part des pouvoirs publics. Une politique officielle de "collaboration" entre les deux formes de médecine (biomédicale et traditionnelle) a été adoptée à la suite du discours-programme qui préfigura en 1972 le régime d'inspiration socialiste. Plusieurs mesures ont suivi : expériences de collaboration entre médecins et tradipraticiens dans des formations sanitaires, tentative

(échouée) de recensement, remplacée par le registre des guérisseurs, création du "Statut des praticiens de la médecine traditionnelle au Bénin" (1986), puis de "l'association nationale" les regroupant.

Certes, ces initiatives publiques permettent de mieux cerner la pratique traditionnelle de la médecine. Les tradipraticiens sont définis (dans le décret de 1986 sur leur statut) comme "des hommes et des femmes ayant une connaissance assez étendue, correcte et efficace des méthodes de l'art traditionnel de prévenir et de guérir des maladies courantes, exceptionnelles ou chroniques, et par ailleurs capables de reconnaître et de dénommer certains éléments du règne végétal, du règne animal et du règne minéral utilisés en Médecine Traditionnelle ainsi que certain nombre de méthodes, basées sur le fondement socio-culturel prévalant dans la collectivité où ils vivent". Le registre des guérisseurs localise ceux-ci et les classe par "spécialité" en fonction des maladies qu'ils soignent. Pourtant, les mesures évoquées ne répondent que partiellement à la volonté publique de mieux appréhender ces guérisseurs. Leur action est parfois vue comme un appauvrissement des pratiques concernées ("La politique gouvernementale, du moins dans son expression la plus officielle, joue actuellement en faveur de la médecine traditionnelle, mais en tendant à mettre en avant sa dimension technique et sa pharmacopée", Benoist 1989 p 85). Elle se heurte surtout à la difficulté de recenser l'ensemble des prestataires : en effet le registre distingue trois catégories, mais ne touche en réalité qu'une faible part d'entre eux, pour la plupart formés par héritage ou apprentissage. Les tradipraticiens restent en fin de compte difficiles à appréhender, pour des raisons tenant au caractère secret de certains soins, à la méfiance, à la dimension complexe de l'activité.

- *Le métier*, deuxième outil distingué par Batifoulier, identifie le type de praticien (par son titre et sa fonction), et lui associe une compétence reconnue, garantie par le code déontologique en vigueur, ce qui permet une classification des prestataires de santé.

Or, en milieu béninois et pour les micro-unités, le contrôle des titres constitue également un leurre, dans la mesure où aucun moyen fiable n'est actuellement mis en oeuvre pour exercer un tel contrôle. Certes, les petits cabinets sont principalement ouverts par des diplômés, mais rien ne rend cette condition obligatoire et il n'est pas assuré qu'un prestataire ne mentira pas sur la nature de sa compétence. Dans ces conditions, la déontologie ne constitue pas une obligation comme dans le secteur officiel. L'utilisation des titres et l'application de la déontologie dépendent donc largement des offreurs, ce qui empêche les garanties habituelles de fonctionner. Batifoulier indique que le titre médical joue, dans le cas occidental, comme un "marché interne du travail" : En ce sens il constitue à la fois une protection pour l'offreur (il est le seul à pouvoir exercer) et pour le demandeur (on lui garantit la compétence du praticien). Les micro-unités échappent à ce mécanisme ambivalent, à la fois contrainte et protection du médecin. Les petits prestataires subissent moins la contrainte du titre, ce qui leur donne une marge de manoeuvre, mais par contre ne bénéficient pas des avantages liés à la reconnaissance publique. Ces deux conséquences (forte marge de comportement, reconnaissance officielle limitée) se combinent pour permettre d'éventuelles stratégies telles que nous les aborderons dans la seconde partie du chapitre.

- Le troisième outil d'identification serait constitué par *la normalisation*, qui permet selon Batifoulier d' "objectiver" le produit par le jeu des normes : réglementation des médicaments, classifications des établissements, certifications techniques, etc.

Ici encore, l'absence de contrôle officiel pour les micro-unités (à laquelle s'ajoutent des pratiques difficiles à classer et évaluer pour les médecins traditionnels) ne permet pas de reprendre de tels critères d'identification des services sanitaires. Les micro-unités n'excluent certainement pas toute normalisation, ne serait-ce qu'à travers les réseaux informels d'information sur les cabinets (qualité, prix...), et la standardisation partielle de l'activité biomédicale (les micro-prestataires continuent d'utiliser des techniques de ce type, même si sous leur forme la plus élémentaire : utilisation de matériel médical, méthode d'injection).

Mais aucune instance extérieure au marché n'intervient directement dans ces pratiques d'objectivisation.

Aucun des critères institutionnels couramment utilisés dans les systèmes occidentaux (tarification, évolution des normes) ne peut donc s'appliquer au Bénin pour rendre compte de l'identité des prestations offertes par les micro-unités urbaines. Il résulte de cette faiblesse des critères sur la nature, la quantité et le prix des services, une conséquence forte au niveau des demandeurs de santé : c'est l'existence d'une information particulièrement coûteuse et d'asymétries informationnelles importantes entre prestataires et patients. Alors que les normes sanitaires et les réglementations dans les pays industrialisés peuvent alléger les coûts de recherche subis par la demande (à condition d'éviter une information confuse et/ou surabondante), la quasi-absence de contrôle des petits prestataires béninois ne le permet pas. La faiblesse des barrières institutionnelles à l'entrée sur le marché, qui bénéficie indirectement aux usagers par la modération des honoraires (cf chapitre 2, II.2.2.1), engendre a contrario des charges d'une autre nature (le temps et le prix de la recherche d'information). Il est intéressant à cet égard de souligner que, malgré leurs approches opposées par rapport à la place du marché, Stiglitz d'une part, et Batifoulier d'autre part, reconnaissent tous deux le rôle majeur des institutions dans la question des informations. Stiglitz (1988, 1989) avait déjà mis en exergue ce qui constitue selon lui une particularité des pays en développement, à savoir les "limites du marché" (market failures), liées à l'absence de structures de grande taille et se traduisant en partie par des lacunes d'information fortes. En effet selon l'auteur, la présence des seules petites unités ne permet pas d'accéder à des réseaux d'information étendus (1989 p 200). La limite de cette approche au regard des micro-unités béninoises réside dans le fait qu'elle continue de conditionner l'intervention de l'Etat aux seules "failures" : le marché demeure donc la forme d'allocation la plus souhaitable, que les pouvoirs publics ne font que compléter ou corriger. On peut néanmoins en retenir l'idée d'une information fortement coûteuse dans le cas des petites unités, due à l'absence d'intervention institutionnelle. La particularité de l'environnement en information imparfaite résiderait alors dans le rôle potentiel des institutions comme sources de révélation des informations. Et c'est précisément le caractère peu répertorié des prestataires qui limiterait ce rôle, empêchant une circulation d'informations sur la nature et les modalités des services. Nous ne développons pas ici cette

question de la place des institutions vis-à-vis de l'information : elle sera centrale dans le chapitre 6, à travers l'analyse des incitations possibles du côté de l'offre et de la demande de santé. Indiquons néanmoins que les programmes publics de santé récents (MSP 1993b, 1993c, cf annexe 4) montrent la place importante que tient aujourd'hui ce débat dans les préoccupations de l'Etat.

L'approche de Batifoulier est bien différente de celle de Stiglitz, dans la mesure où ce n'est plus chez lui le marché qui se trouve au centre de l'analyse, mais les relations de convention entre le prestataire et l'utilisateur (nous reviendrons sur les implications de cette optique). Par contre, ce que Batifoulier qualifie de "métiers", d' "actes", de "normalisation" (les trois outils de codifications évoqués plus haut), résulte bien du poids des institutions qui contribue à donner une identification au produit sanitaire. Cette identification elle-même permet de réduire certains coûts d'informations sur les services de santé. A l'inverse, l'absence d'une normalisation des petits prestataires, telle qu'on l'observe au Bénin, constitue bien la situation opposée à la prédominance de ce que Batifoulier appelle les "outils d'inter-action entre médecin et patient", et ce que Stiglitz reconnaît comme le rôle des institutions. Au delà du clivage entre les deux approches (le marché comme cadre de référence pour Stiglitz, les conventions pour Batifoulier), on peut en tirer une analyse de la nébulosité du micro-marché sanitaire béninois : l'absence d'institutions se traduit par la méconnaissance et le faible contrôle des services de santé.

Si les normes officielles ne permettent pas l'identification des micro-unités, une seconde caractéristique vient renforcer ce défaut d'appréhension : la nature même du produit, qui résulte partiellement d'une production conjointe de la part du prestataire et du patient. Les approches en termes d'interactions ont déjà tenté de montrer l'existence de telles logiques dans le contexte occidental (Batifoulier 1992, Bungener 1993). Mais il semble que le présent terrain d'analyse y trouve une application privilégiée, due à la combinaison d'un contexte

proche de l'informel, et de prestations de nature sanitaire.⁴ Examinons ce second aspect de la méconnaissance du produit.

Un service co-produit

L'analyse des conventions appliquée au champ sanitaire aborde les prestations de santé comme des services produits de façon conjointe par l'offre et la demande. Or, cette approche permet de souligner une modalité essentielle de fonctionnement des micro-unités, et renforce l'idée qu'une identification stricte des petites entreprises de santé pose d'importants problèmes.

On trouve chez Batifoulier (1990, 1992) une analyse des conventions dans le cadre des relations entre médecins et tutelle (c'est-à-dire les pouvoirs publics). Mais l'intérêt de son approche dans la présente problématique réside plutôt dans son étude des interactions entre médecin et patient. Pour Batifoulier, le produit médical ne possède pas de contenu objectif (1992 p 23), et résulte plutôt des conventions entre praticiens et usagers que de la production isolée des premiers. L'auteur considère alors que la convention, au lieu de s'appuyer sur la coordination par les prix ou les quantités, repose sur une confiance qui fait intervenir à la fois le temps ("l'habitude assure l'aisance de la relation"), l'espace ("la relation est une relation de \"voisinage\"), et l'autorité du médecin ("la qualité intègre non seulement l'acte technique, mais aussi l'écoute du patient et la durée de la consultation"). C'est dans cette relation que les outils d'interaction repris plus haut occupent un rôle central, permettant de répondre au problème de l'incertitude en assurant "durabilité, validité et objectivité de la relation patient-médecin". Partant de là, nous pouvons appréhender sous un nouvel angle le service sanitaire des micro-unités béninoises.

⁴ L'objet n'est pas ici d'avancer que les analyses fondées sur l'idée de co-production suffisent à expliquer les relations entre micro-prestataires et patients. Les limites de cette approche sont précisément abordées dans ce paragraphe et réintroduites par la suite (II).

En effet, la production du traitement dépend alors du comportement du patient, qui entre comme acteur du processus thérapeutique. Cette hypothèse semble pertinente non seulement dans le cas des micro-unités (de biomédecine), mais également dans celui de la médecine traditionnelle :

- Concernant les petites unités biomédicales, il est possible d'envisager les déterminants de la demande (cf chapitre 2) comme des modalités d'intervention de cette dernière sur le produit. Si l'on admet que les comportements des utilisateurs s'appuient sur des régularités (l'habitude par exemple de s'adresser au même praticien pour toutes les affections ne nécessitant pas un traitement spécialisé - on verra que ce type de comportement permet à la demande d'accroître son expérience du produit proposé), ainsi que des phénomènes d'apprentissage (le patient découvre et améliore peu à peu sa connaissance de la nature et de la qualité des prestations offertes), alors on peut considérer le recours à ce type d'offre comme lié à une convention entre le prestataire et l'utilisateur. Le premier ne produit pas seul le service, dans la mesure où le demandeur, par la fréquence de ses visites, son comportement face à la maladie, au diagnostic et au traitement proposé, influence lui-même la production. C'est donc de l'inter-action entre offre et demande que résulte la co-production.

- Concernant le recours aux médecins traditionnels, il convient de souligner l'importance de la co-production dans la réalisation du service sanitaire. Nous avons déjà indiqué que l'appel aux médecins traditionnels se trouve partiellement lié (chapitre 2) à l'importance des interprétations symboliques de la maladie. Cet aspect constitue également une bonne illustration (mais non la seule) des conventions établies dans le processus thérapeutique, puisque le médecin et le malade vont ensemble chercher la cause de l'affection (le praticien cherche à déterminer l'origine du mal en interrogeant le patient sur ses relations avec les personnes de son entourage), et ensemble mettront en oeuvre le traitement (souvent le médecin participe au rite de guérison, au centre duquel se trouve le malade). En d'autres termes, le rôle du médecin traditionnel ne se limite généralement pas à la guérison physique du malade, il peut consister à reconstituer avec l'aide du patient les conditions de fonctionnement normal du groupe d'appartenance. C'est notamment le cas lorsque la maladie est considérée comme provenant de l'attaque d'un sorcier ou la transgression d'un tabou, auquel cas le remède met à contribution le comportement du patient. Dans ce cadre,

l'utilisateur de la prestation sanitaire participe à la production du traitement, il est acteur au sein d'une convention, qui peut se résumer ainsi : l'apparition d'une maladie trouve sa solution dans la détermination de son origine par le médecin traditionnel, aidé des signes donnés par les patients, et dans la poursuite conjointe du remède par l'offre et la demande, afin de rétablir les conditions individuelles et sociales de santé.

L'importance de ce type de conventions peut également s'illustrer à travers le mode de paiement souvent utilisé dans le cas des prestations traditionnelles. Au paiement en argent peut être assorti un paiement en nature, dont certains anthropologues (Benoist 1989, Sindzingre 1985) avancent qu'il n'est pas toujours considéré par le patient comme réellement lié à la prestation du soignant. En effet, le traitement ne constitue pas la fin unique de cette seconde forme de rémunération, il participe plutôt aux conditions de prévention contre les affections futures, par les "bonnes relations" qui se tissent entre les utilisateurs et les médecins traditionnels. A cet égard, il devient fort difficile d'identifier et de séparer un acte médical de ceux qui le précèdent et le suivent. De cette démarche spécifique par rapport au recours aux cabinets biomédicaux, on peut tirer également la difficulté d'évaluer le coût réel des consultations, puisque, non seulement le patient lui-même n'est pas toujours capable ni même désireux de le mesurer, mais encore il semble délicat de séparer nettement les actes médicaux successifs.

En fin de compte, on voit que les micro-unités biomédicales autant que les pratiques traditionnelles se caractérisent par des mécanismes de co-production qui interdisent toute évaluation et toute définition rigide du produit sanitaire. Néanmoins, les apports de l'analyse de Batifoulier ne doivent pas nous amener à considérer que les relations entre offre et demande de services sanitaires se déroulent essentiellement hors marché. En effet, l'auteur fonde son approche sur la remise en cause de la santé comme bien marchand. Plus précisément, la socialisation du financement des soins dans les pays occidentaux le conduit à avancer que l'appréhension des relations de santé à travers le prisme du marché empêche de prendre en compte les règles réelles de coordination. On reste selon lui dans une logique de

maximisation d'utilité qui sépare artificiellement l'offre et la demande. C'est pourquoi Batifoulie s'attache au contraire à montrer des relations médiatisées par les outils d'interaction. Pour lui, ces derniers ne constituent pas une entrave au marché (puisqu'ils permettent de mieux coordonner les décisions), mais ils montrent les limites d'une approche essentiellement basée sur les stratégies marchandes.

Notre analyse des micro-unités sanitaires ne peut reprendre l'ensemble des ces conclusions. En effet, si Batifoulie se fonde sur la socialisation du financement de la santé pour montrer les risques d'une approche par le marché, alors cet argument ne concerne nullement notre terrain d'étude, qui précisément caractérise une situation de financement direct par les utilisateurs. Il ne peut être question de considérer une situation où les conventions prendraient la place du marché dans les relations offre-demande. Au contraire, nous avons tenté de souligner (chapitre 2) que le dynamisme des micro-unités repose largement sur des logiques marchandes, en partie concurrentielles, et que les contraintes des demandeurs les poussent à s'orienter vers ce marché. L'intérêt d'une réflexion sur les conventions sanitaires entre médecin et patient repose plutôt sur ses implications tenant à l'identification du produit : celui-ci, résultat à la fois de relations marchandes et de conventions, ne peut être rigoureusement défini et mesuré dans le cas des micro-unités.

L'analyse des conventions occupe ici une place paradoxale. D'un côté, elle montre la difficulté d'évaluer les actes de par le type de relations qu'ils sous-tendent (une co-production plutôt qu'une prestation uniquement issue de l'offre). D'un autre côté, la faiblesse particulière des "outils d'interaction" entre micro-unités et utilisateurs renforce encore le problème de l'évaluation et signifie que l'approche des conventions ne suffit pas à appréhender les relations offre-demande, puisqu'elle se fonde sur l'existence de ces outils. En fin de compte, le caractère non officiel des prestations compte autant que la co-production dans l'explication de la nébulosité du produit. Des services non répertoriés ne peuvent se fonder sur les contrôles institutionnels, habituels dans les pays occidentaux. A cet égard, nous concluons que les relations entre offre et demande s'exercent aussi par l'intermédiaire de procédures extérieures

aux normes officielles. Les conventions sont donc possibles, mais doivent être accompagnées de procédures encore moins tangibles pour mener la prestation à terme. Une approche intéressante à ce titre est celle de Bungener (1993) qui, dans le cadre occidental, prend en compte les conventions médecin-patient tout en leur associant des relations plus complexes. Pour l'auteur, l'analyse de Batifoulier ne considère qu'une seule dimension des inter-relations offre-demande : celle des régularités de comportements. Au contraire, énonce Bungener, la relation ne repose pas que sur des routines rendues possibles grâce aux normes et institutions, mais également sur un processus de "négociation perpétuelle". Ce dernier signifie que, à tout moment, la relation se trouve remise en cause par l'un et l'autre des acteurs à partir de questions telles que : quelle est la stratégie à mener ? Comment la mener ? A quel moment ? Finalement, la production de santé résulterait de ce mi-chemin entre convention et négociation continue.

La démarche de Bungener, pas plus que celle de Batifoulier, ne peut faire oublier que la présente analyse fonde les relations offre-demande sur des comportements de marché, que nous définissons comme l'ensemble des stratégies développées sur le marché pour rendre compatibles les contraintes et les préférences. Néanmoins, l'analyse de Bungener permet de tenir compte de la faiblesse des normes officielles dans les relations entre offre des micro-unités béninoises d'une part, et demande vers ces unités d'autre part. Ceci traduit ce que nous avons souligné plus haut concernant la méconnaissance du produit : celle-ci est d'autant plus forte que les conventions ne suffisent pas à expliquer le processus de production, et qu'elles doivent être complétées par des mécanismes que nous pouvons ici qualifier d'informels compte tenu du terrain abordé (Bungener parle d'une négociation perpétuelle). Sur le marché des micro-prestataires, la nébulosité du produit est renforcée par la présence de ces "irrégularités" par rapport à une prestation standard.

Finalement, la méconnaissance des produits pose la question des informations détenues par les demandeurs. Sous cet angle, les asymétries entre prestataires et utilisateurs apparaissent particulièrement marquées. Il s'avère alors fort éclairant de situer les micro-

prestations par rapport à la distinction entre biens de recherche, biens d'expérience, et biens de confiance. Les deux premières notions, définies par Nelson (1970), marquent une différence importante entre les biens dont la qualité est identifiée par les consommateurs avant l'achat (biens de recherche), et ceux dont elle ne l'est qu'une fois la consommation réalisée (biens d'expérience). Le troisième concept, celui de bien de confiance (Darby et Karni 1973), rend compte d'une situation où la qualité n'est pas totalement connue, même après la consommation. Nous estimons que les micro-prestations sanitaires recoupent simultanément des éléments de la deuxième et de la troisième catégorie. Elles apparaissent d'abord comme des biens d'expérience, puisque le patient ignore le résultat de l'acte médical tant que celui-ci n'a pas été effectué, à plus forte raison dans le cas d'une population ayant peu accès à l'éducation et l'information. Mais elles peuvent également être des biens de confiance, dans la mesure où l'usager ne dispose pas toujours des moyens de vérifier la pertinence du traitement.

La spécificité des micro-unités de santé par rapport au secteur sanitaire en général réside dans l'idée que la nébulosité du produit ne s'explique pas seulement par le caractère sanitaire des prestations, mais également par la dimension informelle du terrain d'analyse. Leur appréhension comme des biens d'expérience et de confiance permettra en outre d'aborder les stratégies individuelles sous un angle d'asymétries informationnelles fortes.

I.1.2 . LA MECONNAISSANCE DES PRODUCTEURS.

L'absence de transparence sur les prestataires eux-mêmes se trouve bien entendu liée aux problèmes d'appréhension statistique et de faiblesse des institutions, ci-dessus soulignés. Mais la méconnaissance des producteurs concerne plus précisément les facteurs de production utilisés, comme nous l'abordons dans un premier temps : ceux-ci sont en effet soumis à l'imperfection d'information, qu'il s'agisse du personnel médical, du matériel et capital fixe utilisés, ou encore des produits pharmaceutiques proposés. Dans un second temps, nous pouvons alors mettre l'accent sur les difficultés d'évaluation des actes médicaux eux-mêmes.

Les incertitudes sur les facteurs de production

Nous allons distinguer trois problèmes d'informations sur les inputs : ceux touchant au personnel, ceux relatifs à l'équipement utilisé et enfin ceux liés aux produits pharmaceutiques.

Les effectifs et les qualifications du personnel et des médecins se révèlent difficiles à évaluer, comme c'est le cas dans toute activité non répertoriée. Si l'étude déjà citée de Dansou fournit des évaluations sur ces facteurs, la forte flexibilité des unités ainsi que leur prolifération nécessiteraient un suivi qui n'existe actuellement pas.

Du point de vue de la demande, l'absence de contrôle des qualifications du personnel (sage-femmes, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s...) constitue un risque essentiel en termes de qualité. La méconnaissance des rémunérations octroyées au personnel des micro-unités (déjà soulignée par Dansou) empêche par ailleurs d'évaluer avec précision les coûts de production des services. Cette dernière difficulté rend fort délicate la mesure de l'efficacité des prestations par rapport à leur coût, comme nous l'avons souligné plus haut.

Concernant **l'évaluation de l'équipement** dont dispose le cabinet médical, on sait (chapitre 2) que la plupart des prestataires se contentent d'un matériel de base, à intensité capitalistique faible. Malgré cette approximation des conditions techniques d'implantation (investissements initiaux faibles), se pose le problème du mode d'utilisation des instruments (conditions d'hygiène notamment) et de l'état du local utilisé (salubrité, propreté).

Certes, le matériel utilisé subit peu, de par sa nature (sthétoscope, tensiomètre, thermomètre), les effets de la dégradation et de l'obsolescence, contrairement aux outils et

techniques plus élaborés. Mais l'absence de tout contrôle sur leur usage pose néanmoins le problème des normes d'utilisation nécessaires à toute activité médicale.

Enfin, l'accent doit être porté sur une ressource productive dont le caractère souvent non contrôlé pose les problèmes les plus sérieux en termes de méconnaissance des producteurs : **l'approvisionnement en produits pharmaceutiques** s'effectue largement par le recours au marché privé des médicaments, qui se compose d'un secteur officiel et d'un réseau parallèle. Or, si le premier est aujourd'hui répertorié (les dépôts pharmaceutiques se comptaient au nombre de 380 en 1992, cf Kaddar 1992), il se trouve néanmoins occupé par des vendeurs souvent non qualifiés dans la fourniture de médicaments, et qui s'approvisionnent eux-mêmes auprès de plusieurs sources incertaines : marché parallèle, détournement, grossistes officiels. Cette dimension nébuleuse du segment officiel rend donc l'évaluation du produit médical plus difficile.

Concernant le marché parallèle de produits pharmaceutiques, on ne peut lui appliquer aucun contrôle rigoureux, autant dans les modalités de transport des produits que dans celles de stockage et d'utilisation. Or ce secteur fournit largement les micro-unités sanitaires, à partir notamment des médicaments importés frauduleusement du voisin nigérian.

Les médicaments constituent donc la ressource productive des petites unités la plus méconnue, et représentent à ce titre un facteur important de difficulté d'évaluation des inputs. Cette caractéristique se voit renforcée par les incertitudes sur le coût exact d'achat de ces produits par les petits prestataires. Encore une fois, l'évaluation globale des coûts de production du service sanitaire s'avère impossible, contribuant ainsi à renforcer le flou touchant aux contraintes et au mode de production des unités.

La demande, face à la faiblesse des critères de choix institutionnels et réglementaires, doit fonder partiellement ses décisions de choix thérapeutiques sur les observations et expériences personnelles, et se voit soumise aux fluctuations quantitatives et qualitatives de l'offre comme nous l'aborderons dans la seconde partie de ce chapitre.

Une conséquence essentielle de cette information limitée sur les inputs réside dans la difficulté d'évaluer les actes médicaux eux-mêmes.

Les difficultés d'évaluation des actes.

L'impossibilité d'évaluer rigoureusement les activités des micro-unités est déjà apparue dans l'analyse des limites du calcul coût-efficacité, mais également de façon indirecte dans la difficulté à appliquer des méthodes qualitatives de type QALYs (cf chapitre 3). Ayant déjà abordé ces aspects, nous y revenons brièvement ici pour confirmer l'inadéquation des méthodes habituelles d'évaluation.

Le mode d'évaluation courant des actes médicaux s'appuie dans un premier temps sur une évaluation médicale et technique, qui consiste à déterminer l'ensemble des diverses stratégies possibles face à un problème de santé particulier. Lebrun et Saily (1991) énoncent ainsi la démarche poursuivie : on définit pour chacune des possibilités, les inputs nécessaires à leur réalisation (personnel, nature des actes médicaux et des techniques et matériels adéquats), c'est-à-dire l'ensemble des stratégies possibles, à partir desquelles peut être déterminé l'ensemble des stratégies "techniquement efficaces" (p 54), c'est-à-dire celles consommant le moins d'inputs pour un output donné (une maladie évitée ou soignée).

Ainsi dans l'évaluation médicale et technique, une stratégie A sera préférée à la stratégie B si elle utilise par exemple pour un output Y, une même quantité de l'input X1 et une moindre quantité de l'input X2.

Une connaissance relativement précise des inputs nécessaires pour un acte donné apparaît donc indispensable à la fiabilité de ce type de calcul. C'est généralement le cas dans les pays industriels, alors que le contexte des micro-unités béninoises présente des difficultés dans l'évaluation à la fois de l'output obtenu, et des inputs utilisés : les premiers ne peuvent voir leur résultat contrôlé rigoureusement en termes d'incidence d'une prestation sur une affection individuelle. Les seconds posent les difficultés de mesure que nous avons soulignées.

Ainsi les lacunes d'information sur les inputs comme sur les outputs empêchent, dès la première étape de l'évaluation, un calcul fiable de l'activité des micro-unités.

L'analyse coût-efficacité constitue le prolongement de la première phase d'évaluation. Sa difficulté à donner des résultats fiables dans le champ des micro-unités se trouve ici renforcée par l'introduction de la contrainte financière dans le calcul de l'acte médical. En effet, le rapport coût-efficacité tire sa limite, non seulement des difficultés d'évaluer l'output (chapitre 3), mais aussi de celle de mesurer **monétairement** les fonds disponibles des prestataires. L'étude de Dansou révélait ce problème en 1988, l'auteur soulignant les réticences des petits praticiens à divulguer le montant de leurs revenus et les coûts de l'activité.

Enfin, l'évaluation de l'acte médical repose souvent sur le calcul coût-utilité, qui consiste à substituer à l'output quantitatif une évaluation qualitative (notion de qualité de vie, ou QALYs). Cette mesure présente à l'évidence des attraits dans le cas du recours aux micro-unités, compte tenu de l'importance de la dimension qualitative soulignée aux chapitres 2 et 3.

Mais, simultanément, elle trouve dans cette caractéristique une limite essentielle liée précisément à la difficulté d'évaluer qualitativement l'impact des services offerts par les petites unités.

Lebrun et Saily indiquent, dans un contexte occidental (p 58), trois difficultés rencontrées par le rapport coût-utilité :

- la définition d'indicateurs de qualité de vie ;
- les problèmes de comparaison des résultats de santé compte tenu de la variation des échelles de préférence entre les individus ;
- la variation des indicateurs selon les catégories de populations.

Le problème d'appréhension des préférences, les limites de la recherche d'indicateurs de santé et d'un seuil sanitaire (chapitre 3), montrent que ces lacunes tendent à se renforcer en milieu béninois, particulièrement dans le cas des micro-unités. Encore une fois, le terrain d'analyse rend plus ardues des difficultés déjà rencontrées dans le contexte occidental.

Ainsi le marché des micro-unités sanitaires se caractérise-t-il par l'absence de transparence, favorisant par-là les stratégies qui seront analysées dans ce chapitre. Abordons maintenant la seconde caractéristique de ce secteur, l'hétérogénéité des produits offerts.

I.2 . UN MARCHE DIFFERENCIE : L'HETEROGENEITE DES PRODUITS.

L'hétérogénéité sur le marché peut s'appréhender par une distinction entre différenciation verticale et différenciation horizontale, ces deux aspects ayant fait l'objet de modèles remettant en cause l'homogénéité des produits. La notion de différenciation permet d'insister sur la place des critères de qualité dans les choix des demandeurs. Elle suppose, en effet, que la variable prix ne soit pas la seule à jouer sur les décisions d'achat, et étaye en ce sens l'importance des caractéristiques qualitatives sur le micro-marché sanitaire.⁵ Nous soulignons ici que ce marché fonctionne sur un mode de différenciation emprunté aux deux catégories, horizontale et verticale. Ceci permet de tirer deux conclusions. D'une part, l'importance des défauts d'information rencontrés par les demandeurs se trouve confirmée. D'autre part, on peut introduire des éléments sur les conditions d'entrée des offreurs (notamment la facilité d'entrée) qui seront repris dans la seconde partie de ce chapitre.

I.2.1 . UNE DIFFERENCIATION VERTICALE ?

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 (Tirole 1988).

Le marché des micro-unités peut-il être appréhendé sous une hypothèse de différenciation verticale ? Nous avons indiqué que l'appel aux petites prestations reposait sur des préférences relatives à la nature du produit (soins basiques), aux prix et à la proximité. Parallèlement, il existe, semble-t-il, des préférences communes à toutes les catégories

⁵ La qualité des services signifie donc bien à la fois une adéquation aux besoins (ce qui suppose de prendre en compte d'autres variables que les seuls prix), et la faiblesse des risques subis par la demande. Nous focalisons ici l'analyse sur ce second aspect.

concernant la hiérarchie des différents services proposés : ainsi, l'image favorable dont jouissent les cliniques privées officielles est partagée par l'ensemble des utilisateurs. Celles-ci se distinguent par une réputation de fiabilité, qui contraste avec la perception négative qui prévaut pour les services publics. Ainsi apparaît une hiérarchie qui place comme produit fortement qualitatif les cliniques privées, les autres catégories de prestations se situant à un niveau inférieur sur l'échelle des préférences. Exprimée en termes de choix, cette hiérarchie signifie qu'à prix égaux, le secteur privé officiel 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 les plus prestigieuses. 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 (Tirole 1988) : 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).

On peut donc identifier une différenciation verticale du produit sanitaire, à travers les préférences des agents entre les différentes catégories de services. Les micro-unités semblent se situer sous les cliniques officielles dans la hiérarchie des produits. Cependant il est difficile de préciser leur place vis-à-vis des autres formes de soins, qu'il s'agisse des structures officielles ou de la médecine traditionnelle. En effet, les attributs respectifs de chaque type d'offres, et les variations relatives de ces attributs pour chaque service empêchent de conclure à une hiérarchie claire en dehors de celle qui place le plus souvent les cliniques privées au premier rang. Chaque utilisateur peut préférer certaines caractéristiques du micro-prestataire (proximité, soins de base, relations inter-personnelles fortes), et d'autres caractéristiques du médecin traditionnel ou de l'unité officielle.

De plus, l'idée d'une hiérarchie fixe des produits sanitaires dans les préférences des agents, qui est sous-jacente à la différenciation verticale, ne tient pas compte du poids des perceptions subjectives de la maladie et du soignant. Le rôle primordial des déterminants en termes d'accueil, de confiance, ainsi que l'importance de la dimension symbolique de la maladie, contribuent à empêcher toute classification réellement objective des prestataires, qui serait valable pour l'ensemble des catégories d'utilisateurs.

Le modèle de différenciation verticale ne permet donc d'expliquer que partiellement la nature des produits sanitaires. Il montre a contrario le caractère fortement hétérogène de ces derniers. Les déterminants de la demande de micro-prestations que nous avons présentés dans le deuxième chapitre montrent certes des régularités et des préférences (ou des contraintes) qui permettent de donner un profil des produits qui sont proposés par les petites unités. Mais cela ne peut aboutir à une classification stricte des préférences de la demande, et une hiérarchisation des produits selon des critères uniquement objectifs. Le flou informationnel des micro-unités s'en trouve accru.

I.2.2 . UNE DIFFERENCIATION LARGEMENT HORIZONTALE.

Le caractère certes explicatif, mais trop schématique de la différenciation verticale nécessite d'aborder l'intérêt du critère de différenciation horizontale. Parce qu'il repose sur l'hypothèse de produits non objectivement hiérarchisables, et de préférences différenciées selon les consommateurs, ce second critère de différenciation permet d'intégrer dans l'analyse l'hypothèse d'une forte hétérogénéité du marché sanitaire.

En effet, 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. Pour l'ensemble de ces facteurs, les

préférences subjectives tiennent une place non exclusive mais déterminante dans le choix du prestataire.

Le phénomène de différenciation horizontale, initié par Hotelling (1929) dans l'exemple de la localisation des producteurs, trouve un terrain d'application dans le cas des petits prestataires de santé en milieu urbain béninois. En effet, les produits, même s'ils peuvent être regroupés en catégories relativement homogènes en fonction de certains critères (pour les micro-unités : soins de base, petite taille, activité non répertoriée, coûts limités), se différencient, comme le suppose le modèle de Hotelling dans son exemple des marchands de glace, par la distance à parcourir jusqu'aux diverses unités. Ainsi l'on peut avancer, en reprenant cette hypothèse, non seulement que les choix en faveur des micro-unités peuvent être favorisés compte tenu de leur proximité, mais également qu'il peut exister une concurrence entre celles-ci en fonction de la distance que les demandeurs doivent couvrir pour y recourir.

De plus, l'emplacement des prestataires ne constitue pas la seule modalité de différenciation horizontale. Il convient de lui ajouter le critère des caractéristiques intrinsèques du produit. Le cas d'école considéré par Hotelling est celui des vendeurs de glace sur une plage, chacun étant assorti de deux caractéristiques : d'une part la localisation, d'autre part le parfum proposé. Le critère du parfum peut être remplacé dans le cas des micro-unités par celui des spécificités relatives au type de soins offerts. Les demandeurs choisiront alors 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.

A ce stade de l'analyse, un trait essentiel de la différenciation horizontale apparaît. Celle-ci se traduit en effet de deux façons. D'une part, la différenciation des produits joue entre les demandeurs qui s'adressent plutôt aux micro-unités, et ceux qui se tournent plutôt vers d'autres types de soins. Nous qualifions cette première catégorie de différenciation inter-secteurs, c'est-à-dire entre les micro-unités et les autres types d'offreurs. En ce sens, on se trouve bien en présence d'une différenciation horizontale (puisque'elle remet en cause l'homogénéité des préférences vis-à-vis du produit sanitaire), mais celle-ci distingue des groupes d'individus plutôt que des agents uniques.

D'autre part, la différenciation horizontale s'observe au sein-même du marché des micro-unités, ce que nous pouvons entendre comme une différenciation intra-secteur. Chaque micro-entreprise de santé détient des caractéristiques dans des proportions différentes des autres (proximité, comportement des soignants, type et qualité de matériel...), et cette combinaison différenciée d'attributs permet à chaque utilisateur de comparer ses préférences à chacun des produits présents sur le marché.

L'absence d'une production-type (puisque'il apparaît possible de différencier les produits) se voit donc ici confirmée. Malgré les caractéristiques communes aux micro-unités, la prédominance de produits à caractéristiques multiples favorise la différenciation des stratégies des offreurs en fonction de leurs contraintes propres. En conséquence rien ne garantit l'homogénéisation des produits, qui aboutirait à une offre standardisée. Au contraire, la différenciation tend à persister au delà des caractéristiques communes aux micro-unités.

Cette première implication contribue à remettre en cause l'une des conclusions que dégagait Hotelling à l'issue de son modèle : celui-ci avançait que sous l'hypothèse de prix

exogènes, la différenciation deviendrait minimale. Ainsi dans le cas de la différenciation spatiale, l'auteur explique en effet que, si les prix sont donnés, chaque marchand aura tendance à s'approcher du point géographiquement le plus central par rapport à la clientèle, afin de capter une plus grande part de celle-ci. Une fois tous les vendeurs arrivés au centre, aucun n'a plus intérêt à s'en écarter, puisqu'il risquerait alors de perdre une partie de ses clients. Les analyses plus récentes de la localisation montrent qu'en réalité l'hypothèse de prix non plus exogènes mais endogènes (comme c'est largement le cas pour les micro-unités sanitaires) conduit au contraire les producteurs 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 également entre les petits prestataires eux-mêmes, compte tenu de la possibilité pour ces derniers de jouer sur les divers facteurs de production dont nous avons souligné plus haut le caractère flou et méconnu : 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 ici analysé. 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 au-delà de leur apparente homogénéité.

Ceci pose le problème des stratégies d'offre potentielles face à la différenciation. Les micro-unités béninoises répondent à certaines hypothèses de Chamberlin (1933) sur la situation de concurrence monopolistique. L'auteur définit en effet cette dernière comme une

situation caractérisée par un grand nombre de vendeurs, ceux-ci produisant néanmoins des biens ou des services différenciés. Ces deux aspects correspondent bien au cas des micro-unités béninoises : nous avons montré au chapitre 2 l'existence des conditions de libre entrée et d'atomicité, et souligné ci-dessus le caractère différencié des produits. Ainsi donc les petites prestations sanitaires associent-elles à deux critères de concurrence pure et parfaite, une particularité en termes de différenciation des produits.

Pourtant, les postulats de Chamberlin sur les possibilités de comportements stratégiques de la part de l'offre ne semblent pas compatibles avec notre terrain. L'auteur suppose en effet que :

- les prestataires sont conscients du lien qui existe entre la demande qui s'adresse à leur produit et le prix de ce produit ;
- ils sont par contre ignorants du lien entre la demande pour leur production et les prix pratiqués par leurs concurrents.

Gabszewicz (1994 p 81) a déjà montré la contradiction résidant entre ces deux hypothèses : comment un producteur peut-il être conscient de la première relation tout en ignorant la seconde ? La même question se pose dans le cas des micro-unités sanitaires béninoises. En relevant la seconde hypothèse de Chamberlin, nous pouvons supposer l'importance des inter-stratégies de la part des offreurs, et par là-même le rôle potentiellement important des stratégies des prestataires vis-à-vis de la demande. L'analyse de celles-ci apparaît donc maintenant nécessaire pour montrer les limites du marché dans l'allocation de ressources sanitaires rares. Auparavant, il convient de préciser les implications de la différenciation sur la capacité des offreurs à entrer sur le marché. En effet, celle-ci n'est pas sans incidences sur les stratégies d'offre.

La différenciation horizontale implique que l'entrée sur le marché ne pose aucun problème si la taille du marché permet d'absorber les coûts fixes de production. Au contraire, la différenciation verticale suppose que l'entrée sera conditionnée à la mise en vente d'un produit présentant suffisamment d'avantages par rapport aux autres pour capter des parts de marché. Dans ce second cas, les services sont toujours susceptibles de devoir quitter le marché s'ils deviennent moins attractifs que les nouveaux entrants. Qu'en est-il dans le secteur des micro-unités sanitaires béninoises, dans la mesure où celui-ci n'est pas un modèle pur de différenciation horizontale ou verticale ? D'une part, nous savons que l'entrée est relativement aisée compte tenu des faibles coûts de production au regard de la forte demande. C'est-à-dire que la différenciation horizontale des produits permet aux unités de trouver des débouchés dans la diversité de la demande, ce qui rend relativement facile la création d'un cabinet. D'autre part, la différenciation partiellement verticale ne signifie pas ici que les micro-unités nouvellement créées devront systématiquement proposer des avantages aussi significatifs que le suppose le schéma-type de cette différenciation. Certes, une micro-unité qui entre sur le marché aura d'autant plus d'atouts qu'elle se distinguera par des attributs plus attractifs (la proximité d'un quartier encore peu desservi par exemple). Mais, l'existence d'une demande particulièrement forte et rationnée permet de supposer que le marché peut encore accueillir des unités fort semblables à celles déjà installées.

En présence d'une offre floue et hétérogène, la seconde partie de ce chapitre se propose d'aborder les conséquences de ces caractéristiques sur les possibilités de manipulation d'information de la part des offreurs.

II . L'IMPACT AMBIGU DES STRATEGIES INDIVIDUELLES.

Les lacunes et asymétries d'informations mettent en jeu à la fois des stratégies d'offre et de demande. Les stratégies sont ici vues comme l'ensemble des comportements individuels reposant sur la rationalité des agents. Nous verrons que les asymétries informationnelles se

trouvent, non pas systématiquement, mais généralement, au centre des stratégies individuelles. Du côté de la demande, les stratégies consistent à satisfaire les besoins sanitaires en fonction des contraintes, notamment financières et informationnelles (les rationnements et les asymétries d'information engendrent des stratégies). La demande apparaît en premier lieu différenciée, susceptible de s'adresser à plusieurs types de prestataires. Elle est à la recherche d'un produit complexe, ce qui la rend active dans le processus de production même : de la participation du patient aux prémices et au déroulement du traitement, il résulte une production conjointe du service sanitaire. En second lieu, la demande s'adapte aux contraintes qu'elle rencontre sous la forme de reports vers les petits prestataires. Elle se trouve en effet rationnée face, d'une part, à une offre de services publics toujours à la recherche d'un mode de fonctionnement équitable, d'autre part, aux services privés officiels, souvent réservés aux catégories aisées. Ces deux aspects ainsi soulignés (stratégies thérapeutiques et participation à la production d'un côté, logiques de reports face aux rationnements de l'autre) permettent de formuler l'hypothèse selon laquelle les demandeurs s'adaptent aux contraintes du marché.

Pour les offreurs, les stratégies visent d'abord à accroître et/ou diversifier leurs revenus. Elles peuvent également chercher à répondre aux besoins des usagers. Les stratégies sont supposées répondre à la présence d'altruisme et d'égoïsme dans la fonction de décision individuelle, mais les stratégies égoïstes de la part de l'offre peuvent mener à des comportements de manipulation d'information, comme nous le soulignerons, et deviennent alors défavorables à la satisfaction des besoins.

La possibilité de ces stratégies du côté de l'offre comme de la demande repose sur l'hypothèse que nous avons émise en termes de rationalité : les individus sont capables de rationalité, c'est-à-dire qu'ils peuvent, à l'issue d'une délibération, effectuer un choix adapté à ou approchant de l'objectif.

Comment les offreurs peuvent-ils utiliser la marge de manoeuvre qui résulte des asymétries d'informations ? Les demandeurs peuvent-ils limiter les conséquences de ces stratégies sur la qualité du produit ? Telles sont les deux questions que nous nous posons maintenant. On examine d'abord la relation offre-demande sous l'angle de la sélection adverse (II.1), puis sous celui du risque moral (II.2). On conclut au caractère limité des contre-stratégies de demande pour réduire l'une et l'autre de ces manipulations.

II.1 . SELECTION ADVERSE ET LIMITES DES CONTROLES SPONTANES DU MARCHE.

La sélection adverse signifie que le caractère inobservable des caractéristiques d'un produit favorise le mensonge sur sa qualité de la part de l'agent vendeur. Rothschild et Stiglitz (1976) ont développé cet aspect dans le cas des contrats d'assurance : les assurés peuvent mentir sur leurs caractéristiques propres, afin de diminuer la prime versée à l'assurance. En conséquence, l'assurance applique un tarif identique pour tous, fondé sur une évaluation moyenne des risques subis par les individus. Les agents les moins soumis aux risques se trouvent donc défavorisés, car ils paient une prime plus élevée que si leurs caractéristiques étaient connues.

Dans le cas d'un marché sanitaire avec paiement direct des prestations, comme c'est le cas des micro-unités, la relation entre offre et demande semble plus simple que celle qui caractérise les contrats d'assurance. En effet, ces derniers incluent deux prix (la prime et l'indemnité en cas de réalisation d'un dommage), alors que la prestation sanitaire fait l'objet d'un seul prix. En réalité, la complexité des transactions sur le micro-marché sanitaire résulte de la nature même de la prestation de soins. La sélection adverse peut être ici renforcée par la difficulté que nous venons de souligner dans l'évaluation du produit.

La notion de sélection adverse sous-tend des relations de type principal-agent entre offre et demande. Ross (1973) considère qu'une relation d'agence existe lorsqu'on se trouve en présence d'un acteur qui "agit, soit de la part, soit comme représentant de l'autre, appelé principal" (p 134). Appliquée aux micro-unités sanitaires, cette relation se traduit ainsi : 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 s'y avère probable. La relation patient-médecin a déjà été abordée par Béjean et Gadreau dans le domaine sanitaire occidental (Béjean et Gadreau 1991, 1992, Béjean 1994). Les auteurs montrent 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". Cette analyse aboutit également à l'hypothèse d'une relation de hasard moral, que nous définirons plus bas et qui donnera l'occasion de revenir sur l'approche de Béjean et Gadreau. Concernant la sélection adverse, les facteurs favorables aux comportements stratégiques des producteurs sont nombreux dans le cas béninois, au regard précisément des asymétries d'informations soulignées dans les développements précédents de ce chapitre. On note en effet que 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. Ceci semble étayé par la remarque de Béjean et Gadreau, lorsqu'elles soulignent que la sélection adverse se rencontre "même si l'existence d'un diplôme garantit une qualité minimale" (1992). En l'absence d'un contrôle strict des qualifications, comme c'est le cas pour les micro-unités, les comportements d'antisélection se trouvent donc particulièrement favorisés.

C'est Akerlof (1970) qui a souligné la possibilité de sélection adverse, en prenant l'exemple du marché des voitures d'occasion. La particularité de ce dernier réside dans le caractère non répété des achats, ce qui rend la demande particulièrement vulnérable car soumise à une forte méconnaissance du produit. Malgré ce cas de figure très spécifique (et que nous devons dépasser), l'analyse de Akerlof permet de poser une question intéressante dans le cas des micro-unités : les "mauvais" produits (du point de vue de la qualité) chassent-ils les "bons", ou plus précisément la sélection adverse mène-t-elle à l'absence d'échange face à la

disparition des produits de qualité ? On peut montrer au contraire que le micro-marché sanitaire perdure, malgré les manipulations d'information. C'est ce que nous abordons dans un premier temps. Nous défendons ensuite l'idée que, malgré la présence d'achats répétés (cas de figure différent de celui de Akerlof), les contrôles spontanés que le marché peut exercer sur la qualité ne permettent pas d'empêcher la sélection adverse : la demande dispose de moyens de contrôle limités.

II.1.1 . LES "MAUVAIS" PRODUITS CHASSENT-ILS LES "BONS" ?

A la lumière de l'exemple des voitures d'occasion abordé par Akerlof, on peut se demander si les asymétries engendrent dans notre domaine d'analyse les mêmes risques que ceux soulignés par l'auteur. Il apparaît que les conclusions ne peuvent être que nuancées.

Akerlof considère le cas où, au delà d'un certain prix, les acheteurs refusent d'acquérir les produits, car ils savent qu'une partie non négligeable d'entre eux est de mauvaise qualité. Ils n'acceptent donc de payer qu'un prix faible, disqualifiant ainsi les bons produits qui ne seront alors pas échangés (rappelons que l'auteur envisage une situation d'achats non répétés). Une situation extrême réside dans l'absence d'échange, lorsque la présence de quelques produits dangereux diminue encore le prix que les acheteurs acceptent de payer. Seuls les producteurs de biens dangereux se portent alors offreurs sur le marché, et ces comportements mènent finalement à l'absence d'échange.

La confrontation des conclusions de Akerlof au terrain ici abordé nous amène à dégager trois caractéristiques importantes du micro-marché. D'abord, le caractère différencié de l'offre nécessite de nuancer la séparation entre des "mauvais" et des "bons" produits. Ensuite, il apparaît que même si tous les micro-prestataires ne fournissent pas des services de mauvaise qualité (les "mauvais" produits ne chassent pas systématiquement les "bons"),

néanmoins les risques de faible qualité semblent élevés. Enfin, contrairement à ce qu'avance Akerlof dans le cas d'achats non répétés, on observe que la sélection adverse n'empêche pas l'échange puisqu'au contraire le micro-marché se développe malgré les risques qualitatifs. Examinons successivement ces trois idées.

Une différence essentielle par rapport au cas étudié par Akerlof réside dans les critères de distinction des produits. Nous ne pouvons pas postuler ici une séparation nette entre des "mauvais" et des "bons" produits. Ainsi par exemple, il serait particulièrement réducteur de supposer que toutes les prestations des micro-unités sont de faible qualité. D'abord, parce que l'introduction des achats répétés nous permettra de montrer la possibilité pour la demande de mettre en concurrence les offreurs sur des critères de confiance et de réputation. Ensuite, parce que la qualité des produits offerts dépend en partie des relations entre le praticien et le patient : or on peut concevoir que certaines prestations, moins soumises aux manipulations d'information, se révéleront plus satisfaisantes (l'importance du comportement des soignants apparaît également dans les services publics, dont les lacunes à cet égard ont été signalées). Enfin, et c'est à ce titre que l'hypothèse de différenciation est importante, la troisième raison pour laquelle toutes les prestations des micro-unités ne sont pas de faible qualité provient de ce que l'offre sanitaire n'est pas homogène comme dans l'analyse de Akerlof. Celui-ci suppose en effet que seuls les prix et la qualité varient selon les produits, leurs caractéristiques intrinsèques restant similaires, ou en tout cas comparables. Or, le secteur sanitaire béninois se caractérise par une hétérogénéité à deux niveaux : d'une part entre les différents types d'offeurs (cliniques, services publics, médecins traditionnels, micro-unités) ; d'autre part au sein des micro-prestataires eux-mêmes. En conséquence, les critères de distinction des "bons" et des "mauvais" produits sont beaucoup plus flous, malgré l'évaluation que la fonction de qualité rend possible en réunissant des critères communs à plusieurs formes de services de santé.

Le marché sanitaire opère une différenciation non seulement sur la qualité ou les prix, mais également sur la nature même des produits. On peut préférer des services tels que

les micro-prestations, pour leurs avantages vis-à-vis des autres types d'offre, tout en subissant des risques de qualité élevés. Ainsi, on sait que les acheteurs, de par leurs contraintes (revenu, temps, précarité sanitaire), pourront se porter vers les prestataires répondant à leurs besoins, et ce même s'ils sont confrontés à de fortes asymétries relatives au produit et au comportement de l'offre. C'est pourquoi, même si les cliniques privées officielles jouissent d'une réputation favorable, les avantages trouvés dans les petites unités expliquent le report vers ces prestataires.

Malgré cette nuance des hypothèses de Akerlof, qui séparent de façon péremptoire les bons des mauvais produits, un deuxième aspect du marché peut être souligné : les risques de qualité apparaissent particulièrement élevés dans le secteur des micro-unités. En effet, 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 répertoriés).

S'il semble donc difficile de postuler une éviction systématique des produits "sûrs" par les services "flous" sur ce marché (avec une élimination conjointe des prestataires de qualité), néanmoins le développement des micro-unités s'accompagne d'un accroissement des risques de faible qualité. Les services proposés sont produits dans des conditions qui ne peuvent être évaluées que par le prestataire lui-même, permettant alors une rétention d'information sur la qualité fournie.

Enfin une troisième 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. Nous pouvons l'expliquer à la lueur des contraintes rencontrées tant par l'offre que par la demande.

Du côté de l'offre, les rationnements dont font l'objet les petits prestataires depuis l'interruption du recrutement dans la fonction publique montrent que ceux-ci trouvent dans le marché 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, et l'on peut penser qu'ils préféreront diminuer le coût et/ou le prix de vente de leurs services plutôt que d'y renoncer. Le risque d'une baisse des coûts réside alors dans l'impact que celle-ci pourrait avoir sur la qualité des prestations.

Du côté de la demande, dans quelles conditions une transaction peut-elle avoir lieu alors que la qualité du produit est douteuse ? Si nous maintenons pour l'instant l'hypothèse d'achats non répétés, nous pouvons considérer que la persistance de prestations peu fiables reste possible tant que les demandeurs considèrent la santé comme un bien de première nécessité. Ainsi, la vulnérabilité des individus face au seuil sanitaire, 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'auto-médication elle-même, à laquelle la population recourt largement, ne peut pas toujours remplacer la consultation du praticien. Dans une logique de survie, les catégories urbaines modestes orientent donc leur demande en fonction de décisions largement contraintes. L'utilisation du marché parallèle des médicaments tend à confirmer l'importance de ces comportements, puisqu'elle montre le succès de produits qui ne sont pourtant soumis à aucun contrôle et présentent donc des risques

importants de qualité. On peut bien parler de la santé comme d'un bien de première nécessité, et à ce titre les dépenses sanitaires s'avèrent faiblement substituables.⁶

Ainsi, l'offre et la demande poursuivent l'échange, malgré les risques subis par la seconde en termes de qualité des produits. La persistance d'une demande forte contribue au passage à renforcer les possibilités de stratégies d'offre. Néanmoins, certains mécanismes que nous n'avons ici qu'évoqués (achats répétés, relations entre l'offre et la demande pendant la production) jouent également sur le niveau de qualité des services. Nous abordons maintenant ces "contrôles spontanés" du marché et leurs limites.

II.1.2 . LES LIMITES DES CONTROLES SPONTANES.

Des stratégies individuelles et des modes de révélation d'information spécifiques au marché peuvent-ils empêcher la sélection adverse ? Des comportements correcteurs peuvent-ils s'observer dans certaines conditions de la part des offreurs et des demandeurs eux-mêmes ?

Nous avançons ici que, sur le présent terrain d'analyse, de tels mécanismes s'avèrent insuffisants pour éviter la sélection adverse, voire difficiles à mettre en oeuvre ou même inexistantes. Du côté de l'offre, nous examinons les signaux de qualité et les mécanismes

⁶ Ainsi l'optique de Fuchs (1972) sur la place de la santé dans la hiérarchie des choix individuels se trouve-t-elle nuancée. En effet l'auteur remet en cause l'idée selon laquelle les individus placeraient toujours la santé avant les autres besoins ou désirs (hypothèse de non-substituabilité des dépenses de santé): pour Fuchs, les comportements à risque (fumer, ne pas suivre une prescription médicale...) montrent que les individus peuvent préférer satisfaire des besoins mettant en péril leur état de santé, ce qui rend caduque l'hypothèse de non-substituabilité. L'idée d'une faible substituabilité des dépenses de santé, que nous avançons ici, s'applique au cas des individus se trouvant dans une situation sanitaire précaire, ou fortement soumis au risque sanitaire. 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. Au contraire, comme nous l'avons déjà souligné (chapitre 3, I.2.1), l'atteinte d'un seuil sanitaire permet de combiner pleinement des décisions de consommation et d'investissement. Dans ce dernier cas, la non-substituabilité est effectivement remise en cause, et l'analyse de Fuchs redevient une interprétation possible de la place des choix sanitaires dans les décisions individuelles.

d'auto-sélection. Concernant la demande, nous introduisons le rôle des achats répétés, des assurances et de la diversification des risques.

II.1.2.1 . DU COTE DE L'OFFRE : SIGNAUX ET AUTO-SELECTION.

La possibilité, pour les producteurs de santé, d'émettre des signaux sur la qualité de leur produit pourrait permettre aux acheteurs de sélectionner les services les plus sûrs au sein des petites activités. Spence, dans un article fondateur sur les signaux donnés par les offreurs (1972), examine le cas des chercheurs d'emploi. Il considère le recrutement d'un offreur de travail comme un investissement au résultat incertain pour l'employeur. Celui-ci va donc se fonder sur les signaux et les indices pour évaluer les gains attendus de l'embauche. L'auteur distingue ainsi deux catégories d'attributs qui peuvent jouer sur la décision de recruter : d'une part, les attributs inaltérables tels que le sexe, la race, l'âge (les "indices") ; d'autre part, les attributs altérables, en particulier l'éducation (les "signaux"). Son analyse, qui peut selon Spence s'appliquer à d'autres marchés, permet en effet de souligner les fondements de certains comportements d'offre sur le micro-marché sanitaire béninois. Ainsi par exemple, les prestataires n'hésiteront pas à présenter leur diplôme (médecin, sage-femme, infirmière...) comme un gage de fiabilité. De même, le praticien peut avancer son âge comme une garantie d'expérience dans le domaine médical. Il est encore possible que la spécialisation, ou la fonction dans une autre structure que la petite unité (responsabilité d'un service dans un hôpital par exemple) constituent des formes de prestige face auquel les demandeurs exprimeront leur confiance.

Quel peut être l'impact réel de tels comportements sur la qualité des prestations ? Si les mécanismes de signaux fonctionnent, alors les demandeurs seront a priori avantagés car capables de détecter les unités offrant une "bonne" qualité de service. Une piste est fournie par Rothschild et Stiglitz (1976) lorsqu'ils analysent les effets combinés de la sélection adverse et des signaux. Les auteurs avancent que les "bons" prestataires seront toujours défavorisés, car

ils paient pour révéler une information, alors que les "mauvais" vendeurs ne supportent aucun coût de signal. Ils en concluent à l'impossibilité d'un optimum premier, auquel se substituerait un optimum de second rang. Cette analyse montre que les signaux ne permettent pas de compenser intégralement les effets des asymétries informationnelles. Mais elle présente l'inconvénient de s'interroger peu sur la capacité réelle des usagers à adapter leurs choix en fonction de ces signaux. Deux aspects font apparaître cette lacune. En premier lieu, le produit sanitaire demeure particulièrement flou, et les signaux ne fournissent qu'une évaluation partielle de la qualité (cf la diversité des variables de qualité, chapitre 3). Les micro-prestataires bénéficient d'une rente d'information supplémentaire par rapport à des produits physiques et/ou officiels. En second lieu, la clientèle des petits prestataires sera d'autant moins sensible aux signaux que ses choix seront limités par les contraintes financières qu'elle subit. Ce dernier point vient précisément montrer les limites de l'efficacité des signaux dans la réduction des risques rencontrés par la demande. Si les attributs de certains prestataires permettent de signaler leur qualité, encore faut-il que les usagers puissent accéder à leurs services.

En conséquence, si les signaux de qualité permettent dans une certaine mesure de faciliter la révélation d'information aux utilisateurs, le caractère particulièrement contraint des choix de demande réduit l'intérêt de ces mécanismes. C'est par ailleurs ici que la notion d'auto-sélection peut être abordée. Celle-ci définit une situation où les offreurs se porteraient vers une clientèle particulière en fonction de la qualité de leur produit. Ainsi par exemple, les prestataires de santé offrant des services considérés comme peu fiables s'orienteraient plutôt vers les catégories de patients modestes et moins informées, alors que les unités mieux nanties et plus sûres pourraient proposer des tarifs supérieurs, et garantir ainsi la réputation de leur produit par l'envoi d'un signal coûteux (le diplôme par exemple).

La notion d'auto-sélection a été largement appliquée au marché de l'assurance, mais elle permet ici de mettre en parallèle les contraintes de la demande avec celles de l'offre, du point de vue de la qualité du produit. On peut estimer que le positionnement des micro-

prestataires sur le marché sanitaire correspond à une pratique d'auto-sélection. Les petites unités disposent de moyens financiers limités qui, comme nous l'avons souligné au chapitre 2, répondent bien au profil des utilisateurs. En ce sens, la modestie des ressources révèle des caractéristiques aux demandeurs, qui s'orientent en conséquence vers les micro-unités. L'avantage de celles-ci en termes de coût devient prioritaire par rapport à la supériorité qualitative des cliniques privées. L'auto-sélection des offreurs traduit finalement la contradiction entre les préférences premières des usagers (bénéficiaire de soins de qualité), et leur orientation en fonction de critères financiers. Elle montre donc que les risques de qualité constituent une caractéristique incontournable des micro-unités, et que les signaux envoyés par les prestataires les plus fiables ne suffisent pas à améliorer la qualité des unités auxquelles les catégories modestes ont réellement accès.

II.1.2.2 . DU COTE DE LA DEMANDE : ACHATS REPETES ET DIVERSIFICATION DES RISQUES.

Du côté de la demande, plusieurs stratégies de contrôle de qualité peuvent être envisagées. La possibilité d'une régulation qualitative par la demande dépend en premier lieu du *caractère répété* ou non des achats. Nous avons jusqu'ici supposé des achats non répétés, ce qui limitait singulièrement la marge de manoeuvre des utilisateurs. En introduisant la possibilité de transactions répétées, plus conforme à la réalité du marché, on reconnaît aux demandeurs les moyens d'expérimenter les produits, donc éventuellement de modifier leurs choix en fonction de la qualité. En effet, la relation offre-demande n'est pas statique mais dynamique : compte tenu de la proximité territoriale du marché, un offreur trop opportuniste risque de voir sa clientèle s'adresser à un autre cabinet. C'est ici le caractère contestable du marché (possibilité de nouvelles entrées et liberté des coûts de sortie) qui peut constituer une limite à la marge de manoeuvre de l'offre. La capacité d'apprentissage de la part de la demande accentue cet effet, celle-ci pouvant réorienter ses choix après avoir recouru à un prestataire (les reports de la demande du secteur public vers les micro-unités témoignent de cette adaptabilité individuelle face aux caractéristiques de l'offre).

Face à la sélection adverse, les achats répétés permettent de distinguer deux cas extrêmes (Tirole 1988) : celui où une faible qualité entraîne l'arrêt des achats, et celui où elle n'empêche pas les échanges de se poursuivre (dans ce second cas, l'offreur est cependant contraint de proposer un prix faible dès que les utilisateurs connaissent le niveau de qualité). A condition de la nuancer, nous choisissons ici de retenir la seconde situation dans le cas du micro-marché béninois. En effet, même s'ils sont conscients des risques qualitatifs que présentent les petites unités, les demandeurs continuent d'y recourir tant que celles-ci maintiennent leurs tarifs à un niveau faible. La nuance consiste à substituer au terme de "mauvaise qualité", celui de risque qualitatif : la prestation d'un micro-prestataire n'est pas systématiquement moins performante que celle d'un autre type d'offreur, mais elle présente des risques de qualité plus élevés. Face à ces risques, les achats répétés permettent a priori aux demandeurs d'utiliser la réputation comme facteur de choix : les micro-unités les plus qualitatives obtiennent leur confiance, et cela peut compromettre l'activité des "mauvaises" unités.

De plus, les achats répétés peuvent engendrer une signalisation de qualité par l'intermédiaire des prix. Ce sera le cas si, par exemple, les prestataires qui fournissent des services de qualité estiment que la réputation par le bouche-à-oreille ne suffit pas, et/ou que la qualité de leur produit justifie une rémunération supérieure. Le producteur de biens de bonne qualité peut ainsi (Tirole 1988) souhaiter proposer un prix élevé, qui permette à la fois de compenser les coûts supérieurs de cette unité, et de montrer que l'offreur ne craint pas une baisse de la demande. Ces conclusions, en supposant qu'elles s'appliquent au présent terrain d'étude, limitent-elles les problèmes de qualité ? Encore une fois, les catégories modestes tirent peu parti du signal évoqué, puisqu'elles sont dans les faits cantonnées aux prestations peu onéreuses. L'existence d'une signalisation par les prix ne réduit pas leurs contraintes financières. A cet égard, il peut être intéressant 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. Rochaix parle de "menace" envers l'offre (1989), qui obligerait cette dernière à rechercher la satisfaction des usagers. En réalité, et comme le souligne à juste titre Béjean (dans le contexte occidental) (1994 p 199), la possibilité d'exercer une menace dépend de trois conditions : "[...] que le patient dispose de l'information qui lui permet de douter de l'effort de son médecin à le

satisfaire [...], que l'urgence ne rende pas prohibitifs les coûts de "recherche de marché", [...] que le médecin subisse une désutilité conséquente lors de la perte d'un client. C'est le cas lorsque la demande à laquelle il fait face est peu pressante ; inversement, ce n'est pas le cas lorsque la demande est forte". Nous avons déjà insisté sur la difficulté de la demande à accéder à d'autres catégories de services, sur le caractère "providentiel" des micro-unités pour les catégories de demande rationnées, enfin sur l'importance quantitative de la demande adressée à ces prestataires. En conséquence les conditions d'une pression de la demande sur l'offre ne semblent pas réunies, et la répétition des achats ne garantit nullement un contrôle suffisant de qualité.

Les achats répétés se heurtent finalement aux conditions très particulières dans lesquelles s'effectuent les choix de demande. On constate que les transactions, même si elles sont répétées, ne suffisent pas à révéler les choix des patients.

Deux autres types de contrôles que la demande peut exercer sur la qualité nous amènent à une conclusion similaire à celle portée sur les achats répétés. Ainsi en est-il d'abord des *comportements visant à réduire les risques ex-post*, c'est-à-dire une fois la prestation réalisée. Les patients, face à l'asymétrie informationnelle, pourraient faire appel à des mécanismes d'assurance leur permettant d'être pris en charge en cas d'inefficacité du traitement, voire d'aggravation de l'affection. La limite essentielle de ce principe réside dans l'absence d'un marché de l'assurance officiel, à laquelle s'ajoute la faiblesse des revenus des catégories les plus exposées aux risques. Certes, d'autres formes d'assurances existent au Bénin qui permettent de subvenir le cas échéant à certains besoins sanitaires. Les tontines, particulièrement nombreuses (cf Lelart 1989), peuvent dans certains cas jouer ce rôle d'assurance contre les aléas. Mais encore faut-il, pour en bénéficier, être capable de participer au fonds d'épargne, ou faire partie des ayants droits du groupe d'adhérents.

De plus, même si certaines catégories peuvent recourir à ce type de protection contre le risque, on peut s'interroger sur l'impact de celle-ci sur la qualité. En effet, l'utilisation de réseaux d'assurance ou de protection ne constitue pas une menace directe sur les offreurs proposant des produits de faible qualité, car elle ne signifie pas forcément le recours à un autre prestataire. On se trouve en présence d'une procédure tournée plutôt vers la demande que vers l'offre.

De même, la *diversification des risques* constitue un autre type de comportement qui, combiné ou non aux deux autres (achats répétés et protection contre les risques ex-post) pourrait permettre à la demande de contourner les contraintes issues des asymétries. Nous pouvons ainsi considérer les stratégies thérapeutiques comme de logiques visant à minimiser les risques encourus, en supposant que les agents connaissent une aversion forte face au risque sanitaire. Sur le plan des préférences en particulier, ces hypothèses de comportements rejoignent les caractéristiques de demande déjà présentées (chapitre 2). Dans le cas de la médecine traditionnelle par exemple, le choix du praticien consulté s'avère lié à la confiance qu'éprouve initialement le patient vis-à-vis du prestataire. Or l'enquête légère auprès des ménages (ELAM II, 1993) révèle que parmi les raisons de non-recours à la médecine traditionnelle, l'inefficacité apparaît comme l'explication majoritaire (57,7 % des enquêtés). Au delà des avantages trouvés dans cette forme de services de santé (cf chapitre 2), les patients semblent donc bien procéder à une évaluation des prestations fournies, et comparer les diverses options possibles avant d'effectuer leur choix (ce qui relève effectivement d'un choix rationnel). Ils réalisent ce faisant une forme de diversification de portefeuille, dans le but de minimiser les risques encourus. Dowie (1975) avait proposé dans un cadre différent, celui du capital humain, d'appliquer une logique de portefeuille aux choix de styles de vie jouant sur le stock de santé : les individus diversifient leurs activités pour améliorer le rapport rendement/risque (rendement des activités favorables à une bonne santé, risque des activités dangereuses). Ainsi peuvent s'expliquer des attitudes conjointes de prise de risques et de protection. L'objet de notre analyse est plutôt l'attitude des individus devant l'offre sanitaire. A cet égard, l'appel à plusieurs prestataires constitue bien une logique proche de la diversification de portefeuille. Celle-ci complète les achats répétés, car il ne s'agit plus

seulement de recourir éventuellement à un autre prestataire, mais aussi de consulter plusieurs offreurs de façon simultanée.

Un aspect essentiel de la capacité d'adaptation des demandeurs peut être abordé sous cet angle de la diversification de portefeuille : les comportements intergénérationnels. L'examen de ceux-ci permettra de confirmer le lourd poids des contraintes dans les choix sanitaires, et donc les limites du contrôle par la demande.

Certes, les enquêtes dont nous disposons n'abordent pas la question des investissements intergénérationnels dans les choix sanitaires, mais nous considérons ici que le poids du risque et de l'incertain vient leur donner un rôle important au sein des logiques de demande. Comme l'avance Hugon de façon plus générale (1993 p 57), les agents "privilégient à la fois le court terme du marché et les investissements intergénérationnels". Dans le cas des dépenses sanitaires, nous pouvons reprendre chacun de ces deux aspects.

Le "court terme du marché" se traduit par des comportements adaptés à la faible espérance de vie des individus et à leurs contraintes en termes de revenus et de coûts : la priorité est donnée aux besoins immédiats, avec un recours aux prestations dont l'impact sera rapide et visible. Les micro-unités jouissent bien à ce titre de la vulnérabilité des demandeurs (elles se présentent comme une providence face à la pauvreté sanitaire de certains individus).

Concernant les investissements intergénérationnels, ils prennent en compte les comportements de redistribution en faveur de la communauté ou de la descendance : la dépense de santé peut consister à investir en faveur des enfants. Néanmoins, dans la logique de la demande sanitaire telle qu'elle est abordée au chapitre 3, cet investissement n'est possible qu'une fois satisfaits les besoins essentiels, c'est-à-dire une fois atteint le seuil sanitaire minimal. Sous cette condition, on peut donc réintroduire l'aspect "investissement" de la

demande de santé, en le joignant à celui de la demande comme consommation. A cet égard, la consommation de soins correspond plutôt à ce que Hugon qualifie de "court terme du marché", alors que l'investissement sanitaire se rapporte aux "investissements intergénérationnels".

Précisons que le fait de considérer des investissements intergénérationnels signifie ici l'hypothèse d'individus qui sont à la fois altruistes et égoïstes. Ces deux aspects, altruisme et égoïsme, ne peuvent être séparés dans notre analyse. Chaque agent combine les deux comportements dans sa fonction de décision. Nous nous référons plus particulièrement à la définition de l'altruisme de Becker. Celui-ci a présenté un individu altruiste comme celui qui est "capable de réduire sa propre consommation pour augmenter la consommation des autres" (1976 p 284). Une autre définition de Becker nous semble plus intéressante, car plus générale et susceptible d'être utilisée dans l'analyse des comportements de demande sanitaire : la fonction d'utilité d'un altruiste dépend positivement du bien-être des autres (ou de certaines autres personnes, celles de la famille par exemple, 1981 p 173).⁷ Appliquée aux demandeurs de santé, cette notion d'altruisme permet d'expliquer la diversité des choix individuels possibles face au risque de maladie. Nous considérons ici que, dans le cas où l'on décide d'utiliser une partie de son revenu à la santé, trois types de décisions sont possibles. Le demandeur peut d'abord consacrer l'intégralité des ressources à se soigner, ou à se prémunir contre le risque de maladie. Il peut ensuite effectuer un transfert à destination de ses proches (ce que Becker qualifie de transfert intergénérationnel dans le cas de la famille). Il peut enfin décider de combiner les deux procédures, afin de répondre à ses propres besoins tout en assurant le financement de la santé d'un autre. Bien entendu, l'absence de barrière nette entre les notions d'investissement et de consommation sanitaire peut rapprocher ces trois catégories de choix. En particulier, la décision individuelle de consacrer l'ensemble du budget sanitaire à

⁷ Becker présente ainsi la fonction d'utilité de l'individu h :

$$U_h = U [Z_{1h}, \dots, Z_{mh}, \Psi(U_w)]$$

$$\text{et } (\delta U_h / \delta U_w) > 0$$

avec U_h = utilité de l'individu altruiste

U_w = utilité de son bénéficiaire

Ψ = fonction croissante de U_w

Z_{jh} = jième produit consommé par h.

ses propres besoins constitue certes une consommation (comme nous l'avons souligné dans le chapitre 3), mais également un investissement indirect si elle contribue à améliorer la capacité à augmenter les revenus futurs. Bien plus, cet investissement peut être intergénérationnel, si l'accroissement de ressources induit par une meilleure santé entraîne des externalités positives sur les proches. Investir dans sa propre santé devient alors un moyen d'assumer la charge de sa famille. Dans tous les cas, on se trouve en présence de choix rationnels, et cohérents avec la simultanéité de l'altruisme et de l'égoïsme chez l'individu : égoïste lorsqu'il consacre ses ressources à sa propre satisfaction, liée à l'amélioration de son état sanitaire ; altruiste lorsqu'il cherche à subvenir aux besoins de ses proches de façon directe (transferts directs) ou indirecte (transferts indirects par la capacité à assurer la subsistance des proches).

Cette double dimension de la dépense de santé (demande pour soi et demande pour les proches) contribue encore à renforcer la complexité des stratégies thérapeutiques sans pourtant remettre en cause la rationalité. Les investissements sanitaires intergénérationnels peuvent être considérés comme un aspect de décisions rationnelles qui permettent aux individus d'adopter les choix les moins insatisfaisants compte tenu de leurs contraintes fortes. Les choix de portefeuille évoqués plus haut rejoignent cette rationalité, puisque les individus peuvent également prendre leur décision en fonction des risques qu'elle comporte : par exemple, le fait de choisir plutôt une attitude égoïste peut répondre à des impératifs de soins face à une affection grave. Mais ce calcul en termes de portefeuille ne constitue en aucun cas le critère essentiel de comportement. D'abord, parce que le risque est une contrainte parmi d'autres (le temps disponible, le revenu, le niveau sanitaire de l'individu par rapport au seuil, l'incertitude). Ensuite, parce que les demandeurs n'évaluent pas forcément le risque à sa valeur réelle : nous verrons notamment dans la suite de ce chapitre que, devant les stratégies d'offre, certains usagers peuvent sous-estimer les risques liés aux manipulations d'information.

Face à l'importance de la diversification des risques (diversification entre plusieurs prestataires, mais également diversification dans le temps avec le rôle des investissements intergénérationnels), la sélection adverse de la part des offreurs disparaît-elle ? Encore une

fois, la stratégie de demande abordée semble d'un impact limité même si elle n'est pas inutile. Concernant d'abord la diversification des risques entre les offreurs, les contraintes des usagers limitent dans tous les cas l'éventail des choix à des prestataires privés généralement peu contrôlés : la demande reste en partie captive de ce marché, et la diversification des demandes de santé ne mène donc pas à une diminution du risque global de mauvaise qualité des services offerts. Au sujet de l'investissement intergénérationnel, il apparaît que les stratégies d'urgence, liées au court terme, constituent dans le secteur sanitaire le préalable aux investissements plus longs : la vulnérabilité des populations n'exclut pas tout investissement intergénérationnel, mais subordonne celui-ci à la satisfaction des besoins de santé élémentaires.

II.2 . RISQUE MORAL ET LACUNES DES CONTRE-STRATEGIES DE DEMANDE.

Le risque moral rencontré par l'utilisateur des services sanitaires repose sur le comportement même du prestataire. 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. C'est donc le "comportement stratégique vis-à-vis de l'information qu'il [l'agent] détient" (Béjean et Gadreau 1992), plus que le mensonge sur la qualité du produit, qui est ici abordé. Le risque moral laissant à l'agent le choix de son niveau d'effort, le principal est obligé de tenir compte de cette contrainte supplémentaire.

Nous caractérisons dans un premier temps le risque moral subi par les demandeurs en milieu béninois, avant d'aborder une fois encore les limites des stratégies individuelles visant à diminuer les comportements opportunistes des offreurs.

II.2.1 . LE PROBLEME DE L'EFFORT DU PRESTATAIRE.

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

La relation entre utilisateur et praticien peut d'abord consister en 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.

Il convient de préciser que l'hypothèse d'une forte aversion pour le risque sanitaire peut être reliée à la place importante des services sanitaires dans le bien-être individuel. La santé comme bien de première nécessité explique l'aversion, en même temps qu'elle montre l'ampleur de l'écart entre le risque souhaité et le risque réel subi par les usagers. Il est vrai que la probabilité de réalisation d'un risque face aux défauts d'information sur un producteur peut

être atténuée par la diversification des placements en santé (nous avons souligné à cet égard l'intérêt d'une analyse en termes de portefeuille). Mais cette stratégie n'empêche pas certains actes médicaux d'être irréversibles, ce qui accroît le phénomène d'aversion.

II.2.2 . LES LACUNES DES CONTRE-STRATEGIES.

Nous pouvons 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.

II.2.2.1 . PRIME DE QUALITE ET CONTROLE DE L'OFFRE.

La notion de "prime de qualité" (Klein-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 montré dans le cas de la sélection adverse. Ce que la notion de "prime de qualité" prend insuffisamment en compte, c'est donc la situation réelle des consommateurs au moment où ils achètent le produit. Il en est de même du "principe de révélation" défini par Myerson (1979). Dans le cas où le principal connaît l'effort de l'agent, mais ignore si son action est appropriée au problème (c'est le second cas de risque moral défini ci-dessus), alors Myerson suppose qu'il est possible d'inciter l'agent à révéler cette information. Pour cela, le principal propose à l'agent de lui verser une somme égale à ce qu'il gagnerait s'il manipulait l'information. Ce type de contrats (contrats révélateurs) ne peut malheureusement être proposé tant que la demande ne dispose pas de moyens financiers suffisants pour inciter suffisamment les offreurs. Si les patients ne peuvent assumer la charge du principe de révélation, alors ils ne pourront contrecarrer les manipulations de cette façon, même en connaissant partiellement la qualité du produit.

En second lieu, c'est la possibilité pour la demande d'évaluer le risque lui-même qui peut être en cause. Nous avons précédemment supposé que les demandeurs éprouvaient une aversion pour le risque, et donc pour le cas particulier du risque moral. Or, cette hypothèse n'implique pas que les utilisateurs évaluent à son juste niveau le risque de qualité. Certaines analyses ont ainsi posé que les consommateurs sous-estimaient la qualité (Spence 1977), avec comme conséquence la possibilité pour le producteur de fournir une garantie de qualité faible en contrepartie d'un prix modeste. Shapiro (1982) estime de son côté que les consommateurs n'évaluent la qualité qu'à partir de la réputation de l'entreprise. Dans tous les cas, nous pouvons en tirer une incidence importante quant à la vulnérabilité dans laquelle se trouvent les demandeurs de santé en milieu urbain béninois. En reprenant l'hypothèse de mauvaises perceptions des usagers sur le risque de qualité, il apparaît que les offreurs disposeront d'une marge de manoeuvre élargie. En proposant des services à un prix abordable pour les catégories modestes, ils peuvent en effet négliger la qualité des prestations, et ce faisant augmenter encore le risque par rapport à une situation où les demandeurs évalueraient correctement celui-ci.

Les facteurs favorables à une sous-évaluation du risque se trouvent liés aux contraintes rencontrées par la demande. La faible alphabétisation, l'information limitée malgré les programmes publics de sensibilisation, le prestige dont bénéficient les diplômés, contribuent à étayer l'hypothèse énoncée. 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 remettre en cause des possibilités de contrôle, montrent néanmoins de fortes limites dans la capacité des achats répétés à rendre le marché fiable d'un point de vue qualitatif. De même convient-il de nuancer 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. Au contraire, 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 encore structurellement contrainte et menacée à long terme par le seuil de santé minimal. L'évolution du marché sera donc forcément déterminée par ce dernier, et les régulations spontanées de la qualité des prestations ne garantissent en rien l'amélioration progressive de la qualité.

II.2.2.2 . ACQUISITION D'INFORMATION ET APPRENTISSAGE.

La production en partie conjointe du service de santé (cf I.1.1) rend difficile son évaluation par un agent extérieur à la transaction. Néanmoins elle facilite un phénomène d'apprentissage dont peuvent bénéficier les demandeurs. Nous l'avons vu, Batifoulier (1992 p 6) insiste sur l'apprentissage qui caractérise la production conjointe de santé dans un cadre occidental : les habitudes et les routines permettent de coordonner les stratégies d'offre et de

demande face aux défauts d'information. Au Bénin, la présence effective de telles procédures souligne le rôle actif de la demande sur le marché. L'apprentissage des caractéristiques de l'offre est indispensable 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 de la co-production sur le micro-marché par rapport aux services officiels réside dans l'absence de normes institutionnelles (marques, diplômes, spécialités, normalisation). La recherche de la meilleure qualité par le jeu de la co-production du traitement ne peut donc se fonder que sur des signaux imparfaits, voire des perceptions subjectives du service offert.

Devant ces limites de l'apprentissage, nous pouvons nous demander si le client dispose des moyens de se "réappropriier l'information", pour reprendre l'expression de Béjean et Gadreau (1992). Malgré la capacité des demandeurs à exercer des choix cohérents, en vertu de la définition donnée de la rationalité, le rattrapage du déficit d'information semble difficile pour deux raisons. D'une part, l'importance de l'écart entre les informations détenues par les offreurs et celles mises à la disposition des utilisateurs nécessiterait un investissement que la situation parfois précaire des demandeurs ne peut que freiner compte tenu de la prédominance du court terme dans une telle situation. D'autre part, la modestie des ressources des catégories faisant le plus souvent appel aux micro-unités empêche des dépenses de recherche d'information importantes.

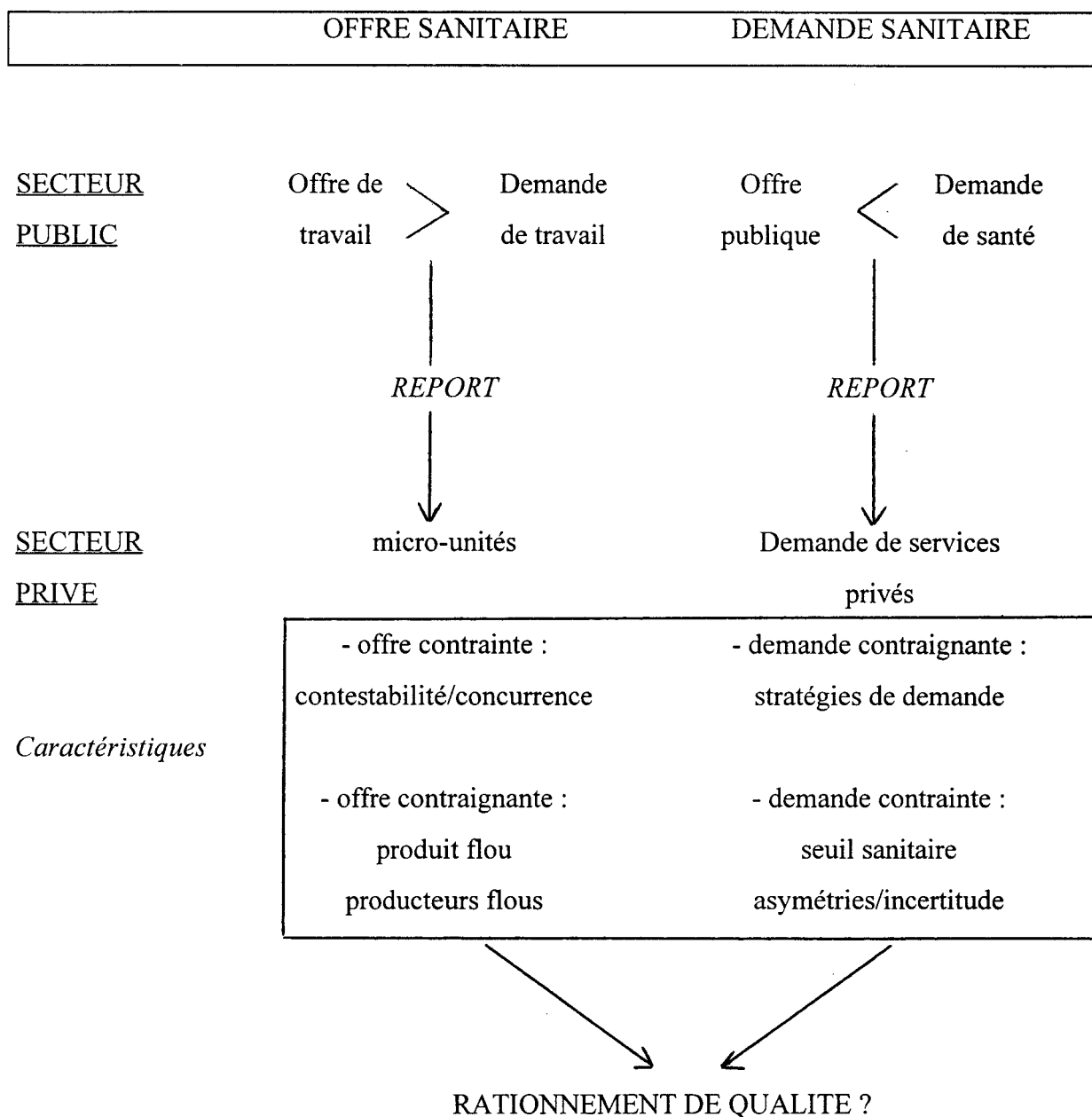
La seconde raison évoquée ci-dessus signifie que l'investissement en information sanitaire s'avère le plus souvent coûteux, à la fois en termes de temps passé et de ressources financières. Même dans le cas des soins de base, il apparaît donc complexe pour le patient d'apprendre à évaluer le niveau d'adéquation entre l'action du prestataire (traitement et effort

fourni) et ses propres besoins. Deux raisons expliquent une telle difficulté. D'abord, les traitements intègrent une variable aléatoire en termes de qualité (état d'avancement de l'affection, incidence d'une maladie simultanée, marge d'erreur de diagnostic...), et la mesure de celle-ci nécessiterait en outre des critères de comparaison entre les prestataires, qui sont peu envisageables dans le contexte des activités informelles. Ensuite, c'est la complexité du besoin sanitaire (chapitre 2) qui rend fort délicate l'évaluation objective du résultat (chapitre 3, II), à plus forte raison si l'on intègre la dimension symbolique de la maladie.

Il ne semble donc pas évident que le surplus d'utilité dégagé par la recherche d'information soit supérieur ou même égal aux coûts engendrés. Encore une fois, le terrain étudié (secteur proche de l'informel) et la nature des services (prestations de santé) se combinent pour limiter les choix des demandeurs. L'importance toute particulière des problèmes d'information dans le cas des micro-unités se retrouve en outre à travers ce que l'on peut qualifier avec Viviani (qui aborde le problème de façon générale, 1994 p 121) de recherche d'informations de second degré : définition du meilleur plan de visite des offreurs en fonction de leur emplacement, de leur réputation, de leurs heures d'ouverture (de consultation pour les prestations sanitaires). La notion d'informations de second degré permet à certaines analyses (Winter notamment, 1975) d'avancer qu'une optimisation complète est impossible : les coûts de recherche d'information sont trop importants, puisque dans le meilleur des cas, le calcul de l'individu pour prendre une décision doit toujours intégrer ses propres paramètres, à savoir son coût et le temps nécessaire pour le mener. Or, une telle conclusion semble particulièrement adaptée au cas du micro-marché sanitaire : dans un contexte où les lacunes et asymétries d'information sont exacerbées, il apparaît peu probable que les demandeurs disposent du temps, des moyens, de la marge de manoeuvre suffisants pour effectuer une telle recherche "optimale" des informations sur les prestataires. L'ensemble des coûts de recherche deviennent rédhibitoires au regard des moyens dont disposent les individus, et la rente détenue par les offreurs a dans ces conditions toutes les chances de persister.

Avant de conclure, revenons sur les rationnements soulignés dans le chapitre 2. En réunissant dans un même schéma les rationnements subis par l'offre et par la demande, nous pouvons montrer comment les logiques de reports, une fois confrontées, aboutissent à des asymétries d'information qui jouent sur les risques de qualité (schéma 2).

SCHEMA 2
LES LOGIQUES DU MARCHE : RATIONNEMENTS ET REPORTS.



Les rationnements résultent à la fois de facteurs quantitatifs, qualitatifs et tarifaires (cf chapitre 2). Quantitativement, les services publics et privés officiels demeurent soumis à des effets de congestion importants et à des problèmes d'approvisionnement. Qualitativement, nous avons souligné le succès limité des structures publiques à travers la perception qu'en ont les usagers, et reflétant des lacunes en termes d'accueil et de confiance. Enfin d'un point de vue tarifaire, nous avons vu que les services publics n'étaient que partiellement gratuits, pénalisant ainsi les catégories d'utilisateurs les moins nanties. Les populations modestes des milieux urbains s'orientent donc vers les petits prestataires dont les caractéristiques répondent à certaines contraintes de la demande.

L'offre et la demande apparaissent toutes les deux contraintes, puisque sujettes à des rationnements vis-à-vis du secteur public. Mais la demande semble confinée à des possibilités de choix encore plus restreintes, puisqu'elle ne peut que recourir au marché en l'absence d'autres prestataires suffisamment accessibles. Dans le cas contraire, rien n'assurera que les individus puissent se maintenir au-delà du seuil sanitaire.

C'est pourquoi le marché apparaît comme un substitut aux autres types de services, mais également comme une source de risques afférents à la qualité du produit offert. Finalement, le micro-marché répond à certains rationnements de la demande face aux services publics, mais on y retrouve un risque élevé de rationnement en termes de qualité.

CONCLUSION

Les asymétries prédominant sur le marché des micro-unités peuvent engendrer des comportements qui, dans notre analyse, permettent d'appuyer les deux hypothèses posées au

début de ce chapitre : d'abord les manipulations d'informations ne sont pas spécifiques aux organisations bureaucratiques publiques, mais s'observent également dans le secteur marchand. Ensuite, de telles stratégies ne sont pas propres aux seules structures formelles, mais peuvent également caractériser les unités de décision informelles.

De plus, ce chapitre nous permet de préciser cette seconde hypothèse. Non seulement les manipulations de sélection adverse et de risque moral constituent un point commun essentiel entre les services publics, les unités privées officielles et le segment informel, mais nous pouvons avancer que dans le cas des micro-unités sanitaires, l'importance particulière des asymétries et des lacunes d'informations rend la demande tout particulièrement exposée à des risques de qualité des produits.

En effet, si l'on reprend la fonction de qualité présentée dans le chapitre précédent (cf. [15]), on se heurte à la difficulté d'évaluer tous les critères de cette fonction dans le cas des micro-unités.

Concernant tout d'abord les facteurs de qualité du produit (liés au comportement de **sélection adverse**), aucun d'entre eux ne peut faire l'objet d'un contrôle strict. La fiabilité, telle que nous l'avons définie, repose sur la standardisation des actes, et les micro-unités ne répondent pas à de tels critères de par leur caractère non répertorié. La compétence des prestataires se heurte à ce que nous avons qualifié de méconnaissance des producteurs, et à cet égard les manipulations d'informations sur le statut du praticien peuvent constituer un biais important. Enfin, la tangibilité des services s'avère relativement faible, puisque les conditions techniques d'activité demeurent également méconnues, comme nous l'avons souligné de façon plus générale en présentant les incertitudes touchant aux inputs utilisés.

S'agissant des facteurs relatifs au comportement des prestataires (possibilité de **risque moral**), chacun d'entre eux (sensibilité, communication, crédibilité, sécurité et compréhension) peut faire l'objet de stratégies contraires de la part de l'offre, qui pourront diminuer l'information des demandeurs et augmenter les risques de qualité.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Si cette deuxième partie a abordé dans un premier temps la question des critères d'évaluation des services de santé (équité et efficacité), et dans un deuxième temps les limites du micro-marché pour assurer la qualité des services offerts, néanmoins la place de l'Etat dans le fonctionnement du système de santé a été volontairement omise. Or les micro-unités constituent à cet égard un terrain d'analyse paradoxal. Elles présentent en effet conjointement deux caractéristiques aux effets apparemment opposés : l'une, le caractère non contrôlé des cabinets, semble éloigner la possibilité d'une intervention publique, alors que l'autre, le rôle essentiel de la santé dans la satisfaction des besoins humains, appelle traditionnellement à des mesures de contrôle de la part des pouvoirs publics.

C'est cette contradiction qui constitue le point de départ de la troisième partie. Celle-ci introduit la question de la régulation d'un secteur de micro-unités de santé par l'agent central, à partir du fil conducteur des asymétries informationnelles entre les acteurs sur le marché. Cette question semble justifiée pour deux raisons : d'une part, du fait précisément de l'intervention traditionnelle de l'Etat dans le secteur sanitaire ; d'autre part, compte tenu de l'incapacité du marché à garantir l'optimalité des contrats offre-demande en termes de qualité comme nous avons tenté de le montrer dans la deuxième partie. S'ajoute en outre l'intérêt de tenter une réponse au paradoxe ci-dessus souligné : quelle est la place d'une réglementation sur un terrain dont la pérennité repose sur le libre jeu des comportements individuels, mais qui nécessite néanmoins un contrôle minimal de la qualité ?

La troisième partie vise donc à questionner la théorie économique dans le double champ de la santé et de l'intervention publique appliquée à des micro-unités de santé. Le terrain des micro-unités béninoises sert de support à cette analyse.

