

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 II

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

TROISIEME PARTIE

ETAT ET QUALITE SUR LE MICRO- MARCHE

A la lumière de l'exemple béninois, nous tentons dans cette troisième partie de questionner la théorie de l'économie publique dans son application aux problèmes de réglementation dans le secteur de la santé. Nous nous interrogeons plus précisément sur le rôle régulateur de l'Etat dans un champ sanitaire particulier, celui d'unités de santé dont les relations avec les pouvoirs publics demeurent largement distendues. Le terrain des micro-unités béninoises constitue un exemple frappant de telles relations, il servira donc de support principal à l'analyse. De même, les caractéristiques de ce segment de marché dégagées dans les deux premières parties (produit flou, asymétries d'informations et stratégies individuelles qui leurs sont liées) seront reprises pour être confrontées à l'analyse théorique des modes de régulation du secteur sanitaire. L'intérêt de ce terrain pour la théorie réside précisément dans l'importance des asymétries d'information en son sein et avec les pouvoirs publics. Il constitue de ce point de vue un puissant stimulant d'une analyse critique des modèles de régulation publique. En conséquence, Les termes de micro-unités et de micro-marché seront utilisés pour désigner un secteur répondant aux caractéristiques des micro-unités de santé béninoises rappelées ci-dessus.¹

Revenons brièvement sur le terme de régulation, que nous avons défini au début de ce travail (cf. introduction générale). La régulation consiste dans notre analyse à assurer le fonctionnement correct (c'est-à-dire ici un niveau de qualité répondant à certaines normes) d'un secteur économique.² Le secteur ici considéré sera celui des petites unités de santé qui se

¹ Ainsi le terrain béninois reste la référence de l'analyse, mais celle-ci a pour objectif essentiel de questionner la théorie, et utilise à cet effet le cas béninois comme un exemple révélateur. D'autres terrains peuvent éventuellement offrir des caractéristiques proches, notamment au sein des pays subsahariens dont le secteur non répertorié occupe une place importante dans l'économie. Au Congo par exemple, Dorier-Apprill (1995) parle d'un "dense réseau informel d'officines à vocation biomédicale" dans les "quartiers populaires" (p 135). L'auteur a répertorié 79 officines pour 170 000 habitants dans les quartiers de Brazzaville en 1987. Ces unités recevaient près de 60 000 consultations annuelles, soit 3 à 4 fois la pratique d'un dispensaire. Il est intéressant de noter que les caractéristiques de ces cabinets identifiées par l'auteur sont très proches de celles de nos micro-unités : liberté d'implantation due à l'absence de contrôle (Dorier-Apprill parle d'illégalité et de clandestinité) ; fréquence de la pluri-activité (l'auteur l'estime à la moitié des cas) ; tarifs modérés ou en tout cas adaptation des modalités de paiement à la structure des revenus précaires (vente fractionnée de médicaments permettant d'étaler les frais) ; service de proximité ; enfin grande hétérogénéité des installations et du niveau de qualification. Ce dernier aspect étaye l'idée d'un risque qualitatif élevé, à plus forte raison lorsqu'on prend connaissance des résultats de Dorier-Apprill sur les qualifications des prestataires : la plupart "n'ont aucun diplôme médical : aides-soignants retraités, "élèves-infirmiers" ou qui se prétendent tels", et une dizaine de praticiens parmi les enquêtés ont appris le métier par apprentissage chez un prestataire plus âgé (p 136).

² Nous nous intéressons donc bien à une régulation sectorielle, en l'occurrence à celle du secteur de la santé. Des formes de régulation sectorielle dans le champ de la santé ont été expérimentées dans les pays industrialisés, par

caractérisent par un faible contrôle d'un agent extérieur au marché, une forte nébulosité, et le poids des asymétries informationnelles. Nous avons déjà souligné (introduction générale) que la notion de correction (caractère de ce qui est correct) reste trop floue pour constituer un critère suffisant. Dans notre cadre d'analyse, le caractère correct ou incorrect dépend plus précisément de la qualité proposée par les unités de santé, en référence à la fonction de qualité proposée dans le chapitre 3. En effet, nous avons insisté (chapitres 3 et 4) sur l'incidence déterminante des asymétries du point de vue de la qualité. C'est donc sur la qualité que portera la question de la régulation. La régulation sera correcte si elle permet au micro-marché d'offrir des services sanitaires de qualité suffisante pour satisfaire les besoins. Le fonctionnement correct peut a priori être assuré soit par le marché seul, soit par une intervention extérieure sur ce marché. A partir de là, l'idée de régulation peut amener à celle de contrôle. On est en présence d'une régulation non contrôlée si le marché seul assure son fonctionnement correct: nous avons tenté de montrer dans la deuxième partie que ce n'était pas le cas en raison des problèmes qualitatifs posés par les manipulations d'information. La régulation fait au contraire l'objet d'un contrôle si un agent extérieur intervient : c'est ce que nous qualifions de réglementation. Nous nous intéressons ici à ce second cas, celui de l'intervention de l'Etat comme agent extérieur au micro-marché. Dans cette troisième partie, le terme de régulation sera donc largement employé dans le sens d'une réglementation publique, même si bien sûr d'autres formes de régulation sont possibles (par exemple la régulation marchande sur laquelle nous reviendrons rapidement, chapitre 5, I.1.1).³

Nous allons, dans les deux chapitres suivants, nous interroger sur les relations qui lient les pouvoirs publics et les micro-unités, et sur la capacité des premiers à compenser les risques qualitatifs du marché par une réglementation. Le chapitre 5 analyse les limites des modèles de régulation traditionnellement proposés (marché seul, planification centralisée, régulation décentralisée et enfin optimum second) au regard des micro-unités de santé. Nous

exemple en France à travers la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) que nous avons évoquée dans le premier chapitre (II.2.2.1). Néanmoins l'objectif défini et les outils utilisés étaient forts différents de la problématique ici abordée. Il s'agissait en effet, dans le cas de la RCB, d'améliorer l'utilisation des ressources dans le cadre des services publics, en recourant pour cela à des analyses coût-avantage. Ni le secteur privé, ni les problèmes de qualité, ne relevaient directement de l'opération RCB.

³ La régulation au sens large englobe à la fois le simple jeu du marché et la réglementation par un agent extérieur.

tentons de montrer que les asymétries informationnelles au profit des offreurs constituent le point commun essentiel entre l'Etat et le marché : les pouvoirs publics subissent les asymétries autant que les demandeurs de santé. Pour cette raison, les modes de régulation cités ne semblent pas satisfaisants pour résoudre le problème à la fois positif (quelles relations Etat-marché ?) et normatif (quelle efficacité d'un contrôle de qualité ?) que nous abordons. Au contraire, les modèles incitatifs semblent pouvoir traduire de façon plus pertinente les relations Etat-marché et la question du contrôle de qualité, parce qu'ils supposent précisément des relations asymétriques entre un principal et son agent, hypothèse transposable au cas des micro-unités. Néanmoins le terrain et l'objet particuliers que nous traitons (micro-unités de santé en Afrique et problème de la qualité) nécessitent d'aménager les mécanismes incitatifs couramment utilisés dans le contexte occidental.

Le chapitre 6 prend pour cadre d'analyse la théorie des incitations, afin de tenter une réponse à la question de la régulation qualitative du marché. Néanmoins nous n'en concluons pas au caractère providentiel des modèles incitatifs : il convient plutôt de déterminer les conditions d'efficacité d'une régulation incitative, conditions finalement dépendantes des contre-stratégies individuelles sur le marché.

CHAPITRE 5

PROBLEMES D'INFORMATION ET INADEQUATION DES MODELES DE REGULATION OPTIMALE ET GENERALE.

Les problèmes de qualité rencontrés par les services de santé se trouvent partiellement liés aux lacunes informationnelles. Ces dernières ne sont propres ni au seul secteur privé ni au seul domaine public, mais s'observent au contraire dans les deux sphères. A cet égard le développement actuel du secteur privé au Bénin, accompagné d'une tarification des prestations publiques par le recouvrement des coûts, semble résulter d'un débat dont on peut remettre en cause la pertinence : celui de la supériorité ou non du domaine marchand. C'est en ce sens que les modèles de régulation fondés sur un seul des deux aspects, l'Etat ou le marché, ne permettent pas de proposer une grille d'analyse des difficultés rencontrées par le système de santé béninois. Bien plus, ils ne peuvent expliquer la nature et les modalités des relations entre les pouvoirs publics et les petites unités.

Dans un premier temps (I), nous nous intéressons à quatre modèles de régulation généralement distingués, afin d'en dégager les limites face à l'ampleur des lacunes informationnelles qui caractérisent le secteur des micro-unités. Ces modèles sont la régulation par le marché, la planification centralisée, la régulation décentralisée et enfin la recherche d'un optimum second (la première relève d'une régulation non contrôlée, les trois dernières d'une réglementation). Ils s'avèrent d'une utilité limitée pour aborder les relations entre l'Etat et le micro-marché.

Dans un second temps (II), nous introduisons les modèles incitatifs (autre forme de réglementation), qui permettent de considérer l'hypothèse d'une régulation sous-optimale et sectorielle, grâce à l'idée de relations asymétriques entre les acteurs. Néanmoins nous insistons sur la particularité de notre terrain d'étude au regard du contexte où sont généralement appliqués les mécanismes incitatifs.

PRELIMINAIRE : LE PRINCIPE D'UNE INTERVENTION PUBLIQUE.

L'intervention publique est-elle justifiée par le fait que le secteur privé n'assure pas la fourniture de biens ou services de qualité ? Comme l'avance Tirole (1988 p 113), le gouvernement "peut être confronté aux mêmes difficultés informationnelles que les consommateurs". Néanmoins, l'auteur reconnaît que dans certaines conditions, l'intervention devient souhaitable : information imparfaite, existence de coûts de transaction qui rendent les contrats incomplets, mauvaises perceptions des consommateurs. Le chapitre 4 a précisément permis de souligner quels risques rencontrent les demandeurs face aux micro-unités. Non seulement les asymétries informationnelles favorisent les comportements stratégiques d'offre, mais les usagers ne sont pas forcément conscients du risque de qualité. Vues sous l'angle de la sélection adverse et du risque moral, ces conclusions du précédent chapitre permettent d'avancer que des relations contractuelles entre l'offre et la demande sont qualitativement insatisfaisantes. Plus précisément, des contrats sous forme de relations d'agence ne permettent pas de garantir la qualité. On peut le voir en se référant aux coûts d'agence définis par Jensen et Meckling dans leur présentation d'une approche positive de l'agence (1976). Les coûts d'agence sont au nombre de trois :

- les coûts de surveillance mesurent les charges supportées par le principal (ici le patient) pour inciter l'agent (ici le praticien) à agir dans l'intérêt du principal, et pour contrôler cet agent ;

- les coûts d'obligation sont subis par l'agent lorsqu'il cherche à mettre en confiance le principal ;
- les coûts d'opportunité représentent la perte d'utilité subie par l'agent ou le principal en raison d'intérêts divergents ; ils sont donc subjectifs.

Au regard du chapitre 4, il apparaît que la définition de contrats efficaces entre l'offre et la demande nécessiterait des coûts de surveillance élevés, donc inabordables pour les usagers. De même, une optique d'incitations normatives (recherche de contrats optimaux) semble-t-elle vouée à l'échec dans la mesure où la demande ne peut fixer les termes du contrat (partage du risque, conditions de rémunération de l'agent) compte tenu des contraintes que nous avons soulignées.

La particularité du domaine sanitaire à cet égard est que les demandeurs ne courent pas seulement le risque d'effectuer des transactions insatisfaisantes, mais également celui de voir leur condition sanitaire, donc leur capacité de choix rationnels (cf. chapitre 3), se dégrader suite à une prestation de faible qualité. En conséquence, on se trouve a priori dans une situation qui appelle tout particulièrement une intervention publique. Cependant, la spécificité supplémentaire de notre terrain d'étude, celle de considérer des unités non répertoriées, n'est pas prise en compte dans les approches habituelles des relations entre pouvoirs publics et entreprises. Cette limite des modèles ressortira du chapitre suivant au niveau des analyses incitatives, mais elle apparaît d'ores-et-déjà avec force dans le présent chapitre.

L'intervention publique semble se justifier à cet égard de deux points de vue. D'une part, au regard de la relation entre services de santé et seuil de santé (la qualité des uns peut jouer favorablement ou non à l'atteinte de l'autre par les individus). D'autre part, à travers la faiblesse paradoxale des relations entre pouvoirs publics et unités de production, alors que celles-ci ne présentent pas de garantie de qualité. Mais ce second point suppose que

l'intervention publique sera efficace, question sur laquelle il importera de se pencher dans le dernier chapitre.

En fin de compte, la question d'une intervention publique nécessite de spécifier les liens existant entre les pouvoirs publics et les micro-unités, du point de vue de la régulation. Nous centrons désormais notre analyse sur cette problématique, en commençant par tenter de souligner les limites des quatre modes de régulation présentés au regard des problèmes informationnels du micro-marché.

I. L'IMPOSSIBILITE D'UNE REGULATION OPTIMALE ET GENERALE FACE AUX PROBLEMES D'INFORMATION.

L'objet de ce qui suit est de situer les relations entre les pouvoirs publics et les micro-unités, en partant d'une réflexion sur les modèles de régulation. Le caractère très large de ces derniers, et leur application à l'activité économique officielle plutôt qu'informelle, nous amèneront néanmoins parfois à faire référence à d'autres catégories de prestataires que les micro-unités. C'est pourquoi cette première section présente un caractère plus large que le précédent chapitre, et positionne de façon générale le problème du secteur sanitaire en termes informationnels. Cependant l'essentiel de l'analyse reste fondée sur le secteur des micro-unités. La seconde section de ce chapitre recentre à cet effet l'analyse sur les seules micro-unités.

Nous abordons dans un premier temps (I.1) les deux modèles de régulation traditionnellement considérés comme irréductibles, la régulation par le marché et la planification centralisée, afin de montrer que derrière leur apparente opposition, tous deux se rejoignent par des hypothèses très restrictives sur la détention d'information. Ils ne permettent

pas d'aborder la relation entre l'Etat et les micro-unités, car ils opposent au contraire le marché et l'Etat.

Peut-on trouver d'autres modes de régulation qui, par l'introduction des déficiences informationnelles, permettraient d'aborder les relations Etat-marché ? Nous tentons de montrer dans un deuxième temps (II) que les modèles de régulation décentralisée et d'optimum second s'avèrent tous deux insuffisants pour prendre en compte les imperfections et asymétries d'informations qui touchent un secteur tel que les micro-unités. Ils supposent une régulation optimale et/ou générale¹, hypothèse à laquelle il semble nécessaire de substituer l'idée d'une situation sous-optimale et d'une régulation sectorielle. Le problème d'information consitue à cet égard une contrainte exorbitante pour l'Etat comme pour le marché. De plus les modèles de décentralisation et d'optimum second se montrent particulièrement inaptes à appréhender les problèmes de qualité propres aux micro-unités. Nous concluerons à la nécessité d'aborder l'analyse sous l'angle des incitations.

I.1 . MARCHE ET PLANIFICATION : DES HYPOTHESES TROP RESTRICTIVES SUR LES DETENEURS D'INFORMATION.

L'analyse du champ sanitaire béninois ne peut se satisfaire des modèles de régulation centralisée et de régulation par le marché. L'information est inégalement répartie entre les individus, qu'ils soient publics ou privés. Elle ne fait pas l'objet, comme l'avancent les modèles, d'un monopole par les pouvoirs publics pour l'un, ou d'une détention par les seuls agents privés, pour l'autre.

¹ Nous entendons par régulation générale une régulation fondée sur la recherche d'un équilibre général.

I.1.1 . LA REGULATION PAR LE MARCHE.

Le modèle de régulation par le marché suppose que ce dernier assure la détermination des prix et des quantités d'équilibre, à partir de la coordination des décisions des offreurs et des vendeurs. Dans un tel mécanisme, l'utilisateur peut recourir au prestataire de son choix en fonction de ses préférences et de sa capacité à payer. Il peut également s'adresser au marché de l'assurance (s'il existe) afin de compenser le caractère aléatoire des soins et le coût des prestations. Les offreurs de services sanitaires peuvent quant à eux fixer le prix des services, acquérir les équipements et divers facteurs de production nécessaires à leur activité, entrer sur le marché et en sortir quand ils le souhaitent. La qualité des produits étant assurée par la concurrence, et les prix opérant systématiquement l'équilibre entre offre et demande, la théorie du bien-être suppose que ce type de régulation permet de maximiser l'utilité à la fois des consommateurs et des producteurs.

Il convient en réalité, pour analyser les relations entre Etat et micro-unités, de considérer deux aspects de l'économie dite du bien-être. Celle-ci part du principe que le marché de concurrence pure et parfaite constitue le mode d'allocation optimal (premier théorème de l'économie du bien-être, cf Greffe 1981, 1994). Mais elle reconnaît également certaines situations d'échec du marché, pour lesquelles l'intervention publique peut être justifiée. L'examen respectif de ces deux temps de l'approche permettra de montrer ses insuffisances.

En premier lieu, à supposer que le marché de concurrence pure et parfaite représente l'allocation optimale, alors le marché des micro-unités ne sera pas en situation optimale.² Nous avons en effet souligné dans le chapitre 4 les caractéristiques qui éloignent ce dernier de la concurrence pure et parfaite. En réalité, certains auteurs (Baumol, Panzer, Willig 1982)

² On entend désormais par allocation optimale une situation telle que l'on ne peut augmenter la satisfaction d'un individu sans diminuer celle d'au moins un autre.

avancent que l'optimalité du marché se trouve vérifiée dès lors que celui-ci est contestable, c'est-à-dire que les entreprises subissent la menace de l'entrée d'autres unités. Dans ces conditions en effet, les entreprises qui fixent un prix différent du coût marginal se trouvent pénalisées par rapport aux nouveaux vendeurs.

En suivant les conclusions de l'économie du bien-être, on considérerait alors que, dans ces conditions de contestabilité, le secteur des micro-unités assure l'allocation optimale des ressources, et que l'intervention publique n'est donc pas nécessaire. Le caractère contestable du marché a en effet été souligné, et rattaché au faible volume de capitaux nécessaires. Or, nous avons également tenté de montrer (chapitre 4, I.1.1) que les comportements des offreurs ne se réduisent finalement pas à des calculs portant seulement sur les coûts marginaux, les coûts moyens et les prix dans le but de rendre le profit maximal. De même, on n'assiste pas à un transfert de toutes les ressources vers les unités assurant le plus grand profit et la rentabilité la plus élevée des investissements. Pour étayer cette idée, mettons en parallèle les micro-unités et les cliniques officielles. On constate alors que la coexistence de ces deux catégories de prestataires ne s'accompagne pas de transferts automatiques entre les deux segments, ce qui témoigne de l'imparfaite mobilité des fonds disponibles. En réalité, les deux types d'offeurs fonctionnent selon des modalités et des contraintes différentes, et fondent leur production sur des objectifs eux-mêmes différents. En effet, les petits prestataires cherchent avant tout à s'assurer un niveau de revenu minimum compte tenu de leurs contraintes (cf chapitre 4, I.1.1). Les logiques de profit, qu'ils développent certes, proviennent moins d'une recherche d'accumulation que de stratégies de maintien (et/ou de diversification) des ressources. A contrario les prestataires officiels, qui jouissent d'un prestige supérieur à celui des micro-unités et disposent de fonds initiaux plus élevés, obéissent avant tout à des logiques d'accumulation. En effet l'importance des coûts d'entrée sur le segment contrôlé du marché nécessitent l'amortissement rapide des fonds avancés, et donc un profit rapidement élevé. La décision de créer une clinique officielle ne peut répondre aux mêmes motivations que celles des micro-prestataires.

On observe donc bien deux types de comportements, certes tous deux fondés sur une logique d'entreprise, mais différents dans l'ampleur de leurs objectifs. La recherche d'un profit substantiel existe dans les micro-unités, mais elle s'accompagne de l'objectif plus impérieux de recherche d'un revenu suffisant pour assurer la subsistance.

Ainsi la régulation par le jeu du marché ne provoque pas l'orientation de toutes les ressources vers les activités procurant le plus grand profit et la plus forte rentabilité d'investissement, telles que notamment les cliniques privées dont le prestige permet de maintenir des tarifs élevés et de stabiliser la clientèle. Au contraire, les deux catégories (micro-unités et cliniques officielles privées) subsistent, et l'on observe même une prolifération des premières. L'optimalité des comportements de la part des offreurs ne se résume pas à l'égalisation des coûts marginaux et des prix, où à la minimisation des coûts moyens, mais plutôt, et de façon plus générale, à la recherche de la solution la plus adaptée compte tenu de leurs plus ou moins fortes contraintes. Dans le cas des micro-unités, cette recherche aboutit à rester sur le segment non contrôlé même si celui-ci procure des profits inférieurs au secteur officiel. C'est la nécessité d'une pluri-activité ou d'une activité de substitution qui stimule l'entrée des offreurs sur le marché. Les contraintes des praticiens sans emploi ou soumis aux risques de rationnement poussent ceux-ci vers les activités nécessitant de faibles investissements initiaux (problème du coût moyen de production) pour un résultat satisfaisant (atteinte d'un minimum de revenu) plutôt qu'optimal (utilisation des inputs permettant de maximiser le profit). On en revient aux conclusions déjà énoncées sur le paradoxe de la situation des micro-unités par rapport à l'analyse de Akerlof. Pourquoi des transactions apparemment sous-optimales ont-elles lieu malgré tout ? Parce que, à la fois les contraintes des acteurs (offre comme demande) et la nature particulière de la santé rendent nécessaires les transactions sanitaires sur le marché des micro-unités.

Les lacunes d'informations occupent dans ces logiques de l'offre une place particulière. Les micro-prestataires réalisent leur activité à partir d'un minimum d'informations, celles qui sont juste nécessaires à la poursuite de leur activité. Au contraire,

les unités officielles ont accès à un réseau d'informations plus important, y compris sur les évolutions médicales, les orientations des pouvoirs publics (législation, fiscalité) ou encore la qualité des produits pharmaceutiques.

L'économie du bien-être tient compte des limites de la concurrence pure et parfaite dans l'allocation des ressources, en réintroduisant le rôle de l'Etat. L'intervention publique peut dans cette optique être justifiée par les "échecs du marché" et eux seuls. Mais cette intervention doit avoir lieu sous le seul objectif de restaurer la compatibilité entre l'équilibre sur le marché et l'optimum de Pareto. En d'autres termes, l'Etat reste en retrait du marché pour l'allocation optimale des ressources. Quelles sont les situations du marché qui, dans le cas des micro-unités, peuvent fonder l'intervention publique ?

L'économie du bien-être reconnaît l'intérêt de l'action publique dans certains cas, en particulier : l'existence d'un monopole, d'effets externes, de biens collectifs et de biens sous tutelle, ou encore l'absence de certains marchés pour lesquels les possibilités de profit sont limitées voire nulles. On peut considérer que notre terrain d'analyse répond à l'ensemble de ces situations, à l'exception de la dernière, et en nuancant la notion de biens collectifs puisque nous avons montré le caractère impur des services sanitaires à cet égard. Néanmoins, même si l'intérêt de l'intervention publique est donc finalement reconnu dans cette optique et sous ces conditions particulières, on peut s'interroger sur la pertinence d'une approche qui considérerait que même dans le cas des services sanitaires, le rôle des pouvoirs publics puisse se limiter à restaurer les conditions de l'optimalité marchande. Au Bénin, les prestations sanitaires publiques demeurent les vecteurs essentiels des politiques qui visent à améliorer la situation des catégories les plus démunies, en dehors des considérations marchandes de profit. En ce sens, elles montrent que l'intervention publique peut se construire de façon autonome, c'est-à-dire sans forcément constituer une simple réponse aux lacunes du marché.

De même, il convient de s'interroger sur la capacité pour les pouvoirs publics de pallier les effets pervers d'une régulation purement marchande. Dans le secteur sanitaire, l'économie du bien-être reconnaît qu'une intervention peut être justifiée par le manque d'information dont disposent les individus (qui les amènerait par exemple à sous-estimer les risques de certaines affections) et/ou par les externalités négatives dégagées par les individus malades. La mise à disposition d'informations par l'agent central devient alors envisageable. Mais les pouvoirs publics seront-ils pour autant capables de favoriser la révélation de toute l'information nécessaire à la modification des comportements individuels ? Dans le cas des micro-unités en particulier, les asymétries d'informations ne touchent pas que les utilisateurs : les pouvoirs publics en sont également victimes. Et la correction des limites du marché apparaît donc beaucoup plus complexe que dans de nombreux autres secteurs qui, par leur caractère officiel ou la nature tangible de leur activité, offrent une prise à la recherche d'informations. Finalement, une approche qui ne prend pas en compte les possibilités pour les acteurs privés de manipuler l'information tend à sous-estimer les contraintes de l'intervention publique. Les micro-unités bénéficient d'une rente informationnelle qui peut empêcher les pouvoirs publics d'intervenir de façon adéquate. Nous développerons cette dernière hypothèse (les relations Etat-micro-unités se caractérisent par des lacunes informationnelles fortes) dans le chapitre suivant.

Finalement, on peut considérer que même si le marché n'est pas le gage du bien-être des agents, l'intervention publique ne peut pas systématiquement compenser les lacunes de celui-ci. L'optimalité du marché comme le retour à l'optimum par l'action publique reposent sur des hypothèses qui réduisent les problèmes informationnels à des exceptions par rapport à la situation de transparence. L'ampleur des lacunes d'information montre au contraire toute l'ambiguïté de la situation du micro-marché : d'un côté, elle favorise les logiques de recours aux petites unités et la création de cabinets, en un mot elle participe à la dynamique du marché. De l'autre côté, elle contribue largement aux risques de ce marché, sur lequel l'emprise publique s'avère limitée.

Le modèle de régulation par le marché ne prend pas en compte la complexité du rôle de l'information, considérant sa présence comme source d'allocation optimale, et son absence ou sa faiblesse comme cause de l'absence d'échange. La situation du marché des micro-unités sanitaires remet en cause l'une et l'autre de ces propositions, montrant au contraire les lacunes d'information comme sources d'un échange, mais d'un échange particulier dans les risques qu'il contient.

I.1.2 . LA PLANIFICATION CENTRALISEE.

Le modèle de planification centralisée présente l'Etat comme agent unique de décision. C'est donc celui-ci qui centralise à la fois les financements des prestations (par imposition) et l'information sur l'offre et la demande sanitaires. Les pouvoirs publics allouent les ressources de santé par un système de régulation qui repose sur les quantités plutôt que sur les prix. En effet l'accès aux soins est gratuit, leur nature et leur quantité fixées par le monopole public, même si ce sont des agents décentralisés qui en assurent la production. C'est par la fiscalité que peut s'opérer la redistribution en fonction des revenus, puisque l'impôt prélevé sur les agents dépend de leur capacité contributive.

Les hypothèses fortement marquées du modèle l'éloignent bien sûr d'une analyse des micro-unités sanitaires. Néanmoins, ce n'est pas sur l'idée d'un monopole public de production que nous souhaitons ici discuter, tant celle-ci ne répond manifestement pas à la réalité du présent terrain. Nous abordons plutôt la question sous l'angle de l'information, pour montrer, a contrario des conclusions du modèle, la difficulté de l'Etat à s'approprier celle-ci. Trois aspects peuvent être distingués : le problème du contrôle de la qualité ; la question du financement ; enfin la nécessaire connaissance d'une fonction sanitaire d'utilité globale pour mener à bien la planification centralisée.

I.1.2.1 . LE CONTROLE QUALITATIF.

Concernant le contrôle qualitatif, le modèle de régulation centralisée postule que la qualité des services ne se trouve pas assurée par la concurrence du marché, mais au contraire par l'existence de normes définies par les pouvoirs publics. Ceci sous-tend à la fois une connaissance parfaite des comportements des producteurs, et une capacité à exercer une pression sur ceux-ci afin de les inciter à poursuivre les objectifs publics. De telles conditions s'avèrent contradictoires avec notre hypothèse d'une information asymétrique de l'Etat vis-à-vis de tous les prestataires de santé, et tout particulièrement des micro-unités.

Puisque les asymétries entre pouvoirs publics et services sanitaires concernent non seulement les micro-unités, mais également (même si c'est dans une moindre mesure) le secteur officiel (public et privé), alors limiter l'offre à des agents d'Etat décentralisés ne résout que partiellement les problèmes d'information sur la qualité des services et leurs conséquences sur les stratégies des prestataires. Examinons le cas de l'information des pouvoirs publics sur les micro-unités, puis sur les prestations publiques de santé.

Dans le cas des micro-unités, les stratégies abordées au chapitre 4 vis-à-vis de la demande ne sont qu'imparfaitement connues par les pouvoirs publics. La relation d'agence avec manipulations d'informations, mise en évidence entre utilisateurs et offreurs, se double donc d'une même relation entre ces derniers et l'Etat. Nous ne développons pas ici l'analyse de cette relation, qui sera abordée dans le chapitre 6.

Dans le cas des services publics, il apparaît que même si leur évaluation apparaît plus facile que celle des micro-unités, néanmoins les difficultés demeurent. Pour le montrer, utilisons deux critères abordés par Gadrey et appliqués aux services en général (1994) : la standardisation et la dimension relationnelle. Pour l'auteur, la difficulté d'évaluer les actes

résulte, d'une part, de "l'absence de standardisation des problèmes à traiter dans le cadre de certains services", d'autre part, de la "dimension relationnelle" de l'exercice de ces services. Nous allons voir que si l'Etat dispose certes d'une meilleure évaluation des services publics que des micro-unités, cependant le contrôle des premiers reste exposé aux lacunes informationnelles qui limitent son efficacité.

L'absence de standardisation évoquée par Gadrey s'observe de façon générale en domaine sanitaire, dans la mesure où chaque prestation peut y être considérée comme unique et non reproductible. S'ajoute dans le cas béninois le caractère particulièrement flou de la demande, qui renforce la diversité des produits sanitaires. Si une telle nébulosité touche le secteur public comme les services privés, néanmoins le premier bénéficie de moyens d'évaluation qui n'existent pas forcément dans le second.

En effet, les institutions (Ministère de la Santé Publique, OMS, PNUD, Banque Mondiale...) constituent une source première d'information sur les services publics. Elles fournissent des données qui concernent autant les conditions techniques de l'offre (nombres de lits, nombre d'établissements, nombre de médecins), que le poids financier de celle-ci (part du budget santé et de ses différents postes dans le budget national). En d'autres termes, l'Etat dispose d'éléments d'évaluation au moins quantitatifs. La dévolution de certaines prestations aux pouvoirs publics par la politique de soins primaires (programmes de vaccination, soins de base) facilite cette identification relativement précise des services publics à travers l'organigramme des unités de soins (schéma 1, chapitre 1). Les études réalisées sur l'utilisation des prestations publiques par les populations (cf les enquêtes citées dans les chapitres 2 et 3) apportent également une connaissance plus qualitative, qui apparaît essentielle compte tenu de l'importance de ce facteur dans l'efficacité des services sanitaires. Enfin, la mise en place en 1990, dans le cadre de la nouvelle stratégie sanitaire (MSP 1992b, cf. chapitre 1), d'un Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS), a permis d'améliorer l'appréhension statistique des services publics de santé. Le SNIGS vise à disposer des informations fiables et pertinentes nécessaires à la planification, la gestion, l'évaluation des

activités sanitaires à chaque niveau de prestataire (des unités villageoises de santé au centre national hospitalier) (cf. Helynck 1995). La collecte d'informations porte sur trois volets : les données épidémiologiques (morbidité, mortalité), les activités des services de santé, le financement et l'utilisation des médicaments essentiels. Même si certains problèmes d'ordre technique ont été soulignés (exhaustivité des relevés, fiabilité des données notamment sur les diagnostics, transmission des informations au Ministère de la Santé, analyse - cf. Helynck 1994), néanmoins une évaluation du SNIGS effectuée quatre ans après son lancement concluait à l'atteinte presque totale des objectifs.

La difficulté d'évaluer le secteur public de santé concerne donc les résultats obtenus (amélioration des indicateurs) plutôt que les services eux-mêmes. En effet l'acte médical reste plus flou que nombre d'autres formes de services, mais l'on peut identifier et quantifier les prestations publiques, comme le montre le relatif succès du système national d'information et de gestion sanitaire. C'est donc la corrélation entre le développement des infrastructures et l'état de santé de la population qui pose problème. Une connaissance de l'offre dans sa nature, ses moyens et son utilisation ne suffit pas à évaluer rigoureusement l'impact des prestations de santé.

Dans le secteur privé, l'importance du recours aux formes non répertoriées de services renforce ces difficultés. D'un point de vue quantitatif, on ignore tout sur la situation financière et l'activité commerciale des micro-unités (chiffre d'affaires, bénéfice, volume des prestations...) compte tenu de la méconnaissance des producteurs. Qualitativement, nous avons déjà souligné plus haut que les actes réalisés ne sont pas standardisés, en dehors des compétences médicales et du matériel de base nécessaires à l'activité. Des procédures de centralisation de l'information sur le modèle du SNIGS ne répondent donc pas aux contraintes informationnelles présentées par les micro-unités, même si l'expérience béninoise semble à cet égard innovante par rapport aux mesures similaires prises dans d'autres pays africains.³ En

³ Un séminaire international sur les systèmes d'information sanitaire s'est tenu au Bénin en juin 1994. Il montre l'intérêt actuel des pouvoirs publics subsahariens pour l'amélioration de la maîtrise publique de l'information sanitaire. Les expériences exposées témoignent du développement de cette préoccupation en Côte d'Ivoire, au Mali, au Niger, au Congo, au Sénégal, au Burkina Faso (cf. MSP - Ministère de la Coopération Française, 1994).

particulier, il était proposé par les initiateurs du projet SNIGS (Coopération française et Ministère de la Santé Publique du Bénin) de collecter des informations auprès des formations sanitaires privées ne participant pas au SNIGS (cf. Helynck 1995 p 5). Cet intérêt pour la prise en compte du secteur privé a donné lieu à des expériences originales fondées sur des enquêtes ponctuelles plutôt que routinières. Ces initiatives, sur lesquelles nous reviendrons plus longuement dans ce chapitre (II.1.2), restent néanmoins cantonnées au secteur répertorié, ce qui exclut d'emblée les micro-unités. Le problème de la méconnaissance des micro-prestataires reste donc entier, et en particulier celui d'une standardisation limitée qui empêche toute uniformisation des informations collectées.

La co-production et le caractère pluri-dimensionnel de la demande de santé contribuent largement à cette faible codification. Mais ils jouent plus encore sur le second facteur, celui de la dimension relationnelle de l'exercice des services.

La dimension relationnelle des services, particulièrement forte dans le secteur sanitaire, se trouve favorisée dans le cas des micro-unités par l'existence d'une co-production qui constitue un obstacle majeur à la standardisation. Il est vrai que ce phénomène touche également les prestations publiques, puisque le patient peut non seulement apporter des informations sur son état de santé, mais également jouer sur l'efficacité du traitement par la façon dont il l'applique.

La différence entre les micro-unités et les autres services réside encore une fois ici dans le degré de codification de l'offre, qui peut atténuer la marge de jeu dont disposent le prestataire et le client. A cet égard, le fragment des petites unités présente beaucoup moins d'emprise à la codification que les services publics (cf chapitre 4), qui sont institutionnellement définis par les textes de politique sanitaire. Les personnels publics sont supposés appliquer les méthodes de la biomédecine, et chaque type de structure sanitaire (CNHU, CHD, CSSP, CCS, UVS) affectée à une catégorie d'affection ou une mission

particulière. En ce sens, les politiques de soins primaires ont contribué à renforcer l'identification des services sanitaires, au moins du point de vue de leur rôle.

Ainsi peut-on parler, pour le secteur public, de tentatives d'homogénéisation et de standardisation des prestations. En témoignent notamment les rapports de l'OMS déjà évoqués sur la gestion des ressources humaines dans le cadre des soins primaires (OMS 1984, 1989a), qui précisent les modalités concrètes de formation des agents et leur rôle en fonction de leur affectation. De même l'optique de l'OMS concernant le rôle de la médecine traditionnelle traduit également une volonté de définir les services offerts. En particulier, l'introduction d'une "composante de santé mentale" dans les soins primaires (1990) reflète à la fois une tentative de différenciation entre médecine traditionnelle et médecine moderne, et une volonté d'intégrer la première au sein des soins primaires. Dans ce cadre, les agents de santé oeuvrant au niveau le plus proche des populations (dans les unités villageoises de santé pour le milieu rural) sont censés être sensibilisés à l'existence de problèmes de santé mentale, et qualifiés pour y faire face. En d'autres termes, les médecins traditionnels acquièrent un rôle d'intermédiaires entre les systèmes de santé "officiels" et la population, et l'agent de santé doit les appréhender comme des prestataires, tout en se situant clairement lui-même comme un prestataire de biomédecine. Au delà des difficultés et des controverses liées au rôle de la médecine traditionnelle vis-à-vis des soins primaires, on observe donc bien des tentatives de standardiser et définir les prestations sanitaires publiques. Au contraire, les micro-unités urbaines demeurent absentes des discours et des tentatives d'identification des services de santé. En conséquence de cette indétermination, la dimension relationnelle se trouve renforcée puisque la prestation n'est médiatisée par aucun acteur extérieur (cf nos remarques sur l'absence d'institutions permettant de codifier les micro-unités, chapitre 4, I.1.1).

Il demeure que malgré les tentatives de codifier le secteur public, la standardisation des produits sanitaires publics reste incomplète. Les prestations sont chacune une relation unique entre le praticien et l'utilisateur, et les stratégies de l'un et de l'autre peuvent éloigner le résultat des objectifs de l'Etat. Ainsi par exemple, les agents de santé primaire peuvent

remettre en cause l'atteinte de ces objectifs, en adoptant un comportement différent de celui attendu (présence sur le lieu de travail, motivation). L'information apparaît ici comme le problème essentiel, de la même façon qu'elle peut, de par son imperfection, limiter l'efficacité des petites prestations privées. Les lacunes d'information sont à cet égard un problème universel, puisque communs aux deux secteurs.

L'un des points communs essentiels entre le marché et l'Etat réside donc dans les lacunes informationnelles qui caractérisent les deux secteurs, même si les micro-unités se distinguent par l'importance toute particulière des asymétries et imperfections. Notons enfin que les lacunes d'évaluation qualitative des services publics que nous avons ici soulignées limitent la pertinence du modèle de planification centralisée, mais peuvent être plus généralement appliquées à toute analyse des lacunes du système public de santé.

I.1.2.2 . LE FINANCEMENT DES SERVICES EN PLANIFICATION CENTRALISEE.

A côté du problème central de la qualité, il convient d'évoquer celui du financement des services. Dans un cadre de planification centralisée, les prestations de santé sont supposées gratuites. Le financement peut alors passer par l'imposition ou par l'emprunt, avec éventuellement des mesures particulières de participation des utilisateurs aux coûts, qui ne remettent pas en cause le principe général de gratuité. Considérons le cas d'un financement par prélèvement fiscal. Au Bénin, et malgré un régime politique qui se réclamait d'inspiration marxiste-léniniste, nous avons vu que l'impôt n'a jamais constitué une ressource suffisante de financement des dépenses publiques, et que les mesures de recouvrement des coûts par les usagers sont à ce titre considérées comme des solutions aux lacunes du recouvrement fiscal. L'absence de gratuité des prestations, malgré les textes officiels, montre que le financement par impôt n'a pas drainé les fonds nécessaires, l'amélioration de l'effort fiscal constituant alors un objectif essentiel des plans de stabilisation de la fin des années 80.

Le problème des activités non répertoriées dans cette difficulté des prélèvements reste particulier. La question de l'information rejoint ici celle du contrôle, puisque la méconnaissance des unités de production de petite taille rend complexe la détermination d'une contribution éventuelle, si tant est que cette participation soit envisageable en l'absence de moyens de contrôle stricts. A cet égard encore, le modèle de régulation centralisée repose sur des hypothèses restrictives.

I.1.2.3 . LE PROBLEME DE LA FONCTION D'UTILITE GLOBALE.

Enfin la planification centralisée pose la question de la fonction d'utilité globale qui peut être retenue comme critère de régulation. Or, même si nous avons pu définir une telle fonction dans son principe, c'est-à-dire à partir de l'idée de seuil sanitaire (chapitre 3), néanmoins il apparaît que les pouvoirs publics sont loin d'être omniscients contrairement à ce que ne le suppose le modèle centralisé. La préférence pour le seuil de santé n'empêche pas les usagers d'effectuer des choix complexes, comme nous l'avons précédemment montré (chapitre 4). Face aux stratégies de demande et à l'asymétrie informationnelle, les objectifs publics et les décisions individuelles ne sont pas forcément coordonnés. Dans le cadre d'une régulation par les quantités (comme c'est le cas de la régulation centralisée), l'absence de coordination se traduit par des files d'attente, c'est-à-dire une demande rationnée face aux services publics. Si aucun autre type de prestataire n'existe (ce qui est supposé dans le modèle en question), l'attente demeure la solution inévitable si l'on excepte le recours aux pays voisins ou à l'auto-traitement. Si par contre un secteur privé existe, voire comme au Bénin un marché de micro-unités, alors les reports orienteront la demande vers ces catégories de services. Le modèle de régulation centralisée s'en trouve définitivement inadapté puisqu'il suppose l'existence d'un monopole d'offre publique.

Paradoxalement, les deux modèles abordés (marché et planification centralisée), même s'ils s'opposent sur bien des points, présentent ici une hypothèse commune qui constitue

finalement une même lacune face au présent terrain d'analyse : ils supposent tous deux le caractère secondaire des asymétries informationnelles. Dans le cas du modèle de marché, on aboutit notamment à prêter au secteur privé des caractéristiques qui n'existent pas (soit l'allocation optimale des ressources, soit l'absence d'échange). Dans celui de la planification centralisée, on suppose un monopole public qui omet les problèmes d'information et fait abstraction des prestations marchandes.

I.2 . DECENTRALISATION PAR LES PRIX ET MODELE D'OPTIMUM SECOND : DES TENTATIVES DE REPOSES LIMITEES.

Nous abordons successivement la régulation décentralisée et l'optimum de second rang.

I.2.1 . LA REGULATION DECENTRALISEE DES DECISIONS.

Le modèle décentralisé par les prix repose sur l'idée d'un mécanisme de coordination des décisions permettant de réguler le système par le seul jeu des prix, ces derniers étant alors considérés, à la fois comme les signaux suprêmes des tensions du marché, et comme les moyens de rendre compatibles les intérêts individuels et collectifs. La régulation décentralisée tient une place centrale dans le débat entre la régulation marchande et la centralisation. En effet, chacune de ces deux dernières approches tente finalement, selon une méthode certes différente, de parvenir à un objectif traditionnel de régulation : la simultanéité entre l'équilibre général et l'allocation optimale au sens de Pareto (c'est-à-dire telle que l'on ne puisse améliorer la satisfaction d'un individu sans diminuer celle d'un autre). En d'autres termes, la planification centralisée et l'optique du marché visent toutes deux à réaliser l'allocation optimale des ressources par l'obtention d'un équilibre général.

Or, ni le marché ni l'agent central ne pouvant à eux seuls réaliser ces conditions, les procédures décentralisées sont supposées pallier ces lacunes sous les conditions suivantes : les agents décentralisés connaissent mieux que le centre leurs caractéristiques, mais celui-ci joue le rôle de coordinateur des décisions. Au regard des limites attribuées plus haut à la régulation par le marché, et, conjointement, de la nécessité d'un régulateur central en milieu urbain béninois face aux lacunes d'informations, un tel modèle semble a priori intéressant pour aborder les relations entre l'Etat et les services de santé. Comment fonctionne la procédure décentralisée ? Elle repose sur l'envoi, par l'agent central, de messages de prix aux unités privées (consommateurs et producteurs), celles-ci répondant en fonction de leurs contraintes par des propositions (de consommation et de production) à partir desquelles le planificateur corrige le système de prix pour parvenir à un vecteur permettant la compatibilité des décisions.

Au delà des variantes dans les procédures envisagées, la régulation décentralisée se fonde donc toujours sur des mécanismes dynamiques d'échanges de messages entre le centre et les agents décentralisés. Ainsi dans le cas de la procédure dite de gradient (énoncée par Lange 1936-1937, formalisée par Arrow et Hurwicz 1960), le prix est modifié à chaque étape en fonction des réponses quantitatives de l'offre et de la demande à ce prix. Le centre propose ainsi des prix successifs, processus au cours duquel les informations données par les entreprises (chez ces auteurs le centre est supposé se substituer aux consommateurs) permettent finalement d'aboutir à des prix et des quantités d'équilibre. Dans l'approche de Malinvaud (1967), la recherche d'équilibre optimal repose sur une méthode de décomposition: par la technique de programmation linéaire, le centre évalue de mieux en mieux, à chaque stade d'échanges informationnels, la frontière de production des entreprises par rapport à l'optimum.

Une telle procédure suppose donc une allocation optimale des ressources à partir du jeu des choix décentralisés, coordonnés par l'agent central. Or les conditions dans lesquelles elle permettrait d'aboutir à l'optimum montrent encore une fois que la question essentielle de

la distribution d'information dans le champ sanitaire demeure insuffisamment prise en compte. La décentralisation par les prix suppose en effet réunies deux conditions : d'une part, le caractère non manipulable des prix ; d'autre part, la situation la plus proche possible de la concurrence pure et parfaite ou à défaut la suppression des entraves légales à la concurrence. Ces deux hypothèses rendraient finalement le système proche d'un cas de figure où l'information, et notamment celle divulguée par les agents au planificateur, ne serait pas soumise à d'éventuels comportements stratégiques. Ainsi, l'idée selon laquelle les asymétries d'informations touchent le secteur privé et le domaine public de façon conjointe demeure en marge d'un tel modèle. Reprenons les deux propriétés évoquées de la régulation décentralisée.

La première condition du modèle revient à supposer le **caractère non manipulable des prix** : les agents ajustent leurs comportements en tant que preneurs de prix, et sont amenés à orienter leur demande vers l'offre la plus efficace, ou à fournir des prestations au coût le plus bas pour une efficacité maximale. Dans ce cadre, les prix reflètent bien les raretés relatives sur le marché et les besoins d'ajustement réels (ils sont flexibles), mais se présentent comme des contraintes pour les consommateurs.

En réalité, l'hypothèse de prix non manipulables vient se heurter aux caractéristiques du micro-marché mises en évidence au chapitre précédent. Les messages transmis par les agents du marché peuvent être biaisés du fait des asymétries informationnelles. Du côté de l'offre comme de la demande, les comportements recèlent des possibilités de rétention ou de transformation d'information. Examinons les incidences de ces stratégies sur la régulation décentralisée, du point de vue de l'offre puis de la demande.

Concernant *les offreurs*, le caractère flou du produit et du producteur touche non seulement les utilisateurs, mais également les pouvoirs publics. Imaginons que l'agent central exerce la fonction de coordination des décisions. Les manipulations d'information par les offreurs peuvent alors concerner à la fois les prix et les quantités de services sanitaires (nous

n'abordons pas ici les stratégies sur la qualité, car cette dernière n'est pas considérée dans le modèle de décentralisation).

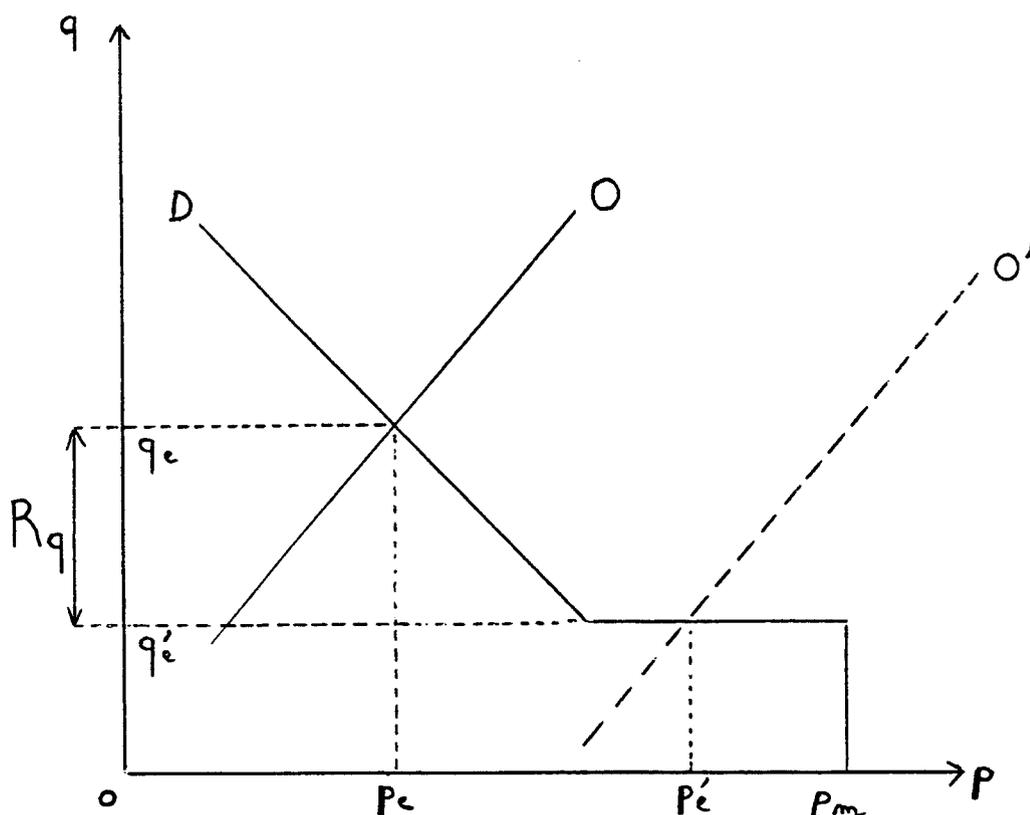
En termes de *quantités* de services, les prestataires sont en effet en mesure de mentir sur l'offre qu'ils sont prêts à fournir à un prix donné, en annonçant un volume d'offre rentable inférieur au niveau de l'offre rentable effective à ce prix. On peut alors parler d'une "offre rentable annoncée" inférieure à "l'offre rentable effective". Il en résulte que les pouvoirs publics, trompés par l'annonce, modifieront à la hausse le prix des produits dans l'étape suivante de recherche de l'équilibre. La demande est alors susceptible de se trouver rationnée face à un prix plus élevé que le prix initial. Or ce rationnement peut dégrader la situation sanitaire de certains individus, et augmenter leur vulnérabilité face au seuil de santé (nous supposons toujours que la demande est bornée par un minimum, c'est-à-dire qu'elle ne peut consommer moins que ne le nécessite le seuil de santé). La "rente de quantité" ainsi obtenue par les offreurs résulte de leur rente d'information initiale, inhérente au caractère non contrôlé de leur activité.

Les producteurs peuvent également mentir sur les *prix des services réellement appliqués*, ce type de comportement aboutissant à un déséquilibre voisin du précédent, au profit de l'offre et au détriment de la demande. Si en effet l'on suppose que les pouvoirs publics ont réussi à déterminer un vecteur de prix à partir des annonces des différents agents pour les divers types de services sanitaires, rien n'assure que les micro-unités appliqueront effectivement le prix considéré comme optimal et équilibrant. Entre le prix qui, par hypothèse, est déterminé par le centre, et le prix effectif du marché, la sur-tarification possible de la part des micro-unités se traduirait alors par une "rente de prix", différence entre le prix optimal et le prix effectif. On touche ici à la fois à un problème d'information (le centre ne connaît pas forcément les prix réellement pratiqués) et de contrôle (le centre peut-il s'assurer que les offreurs appliqueront le prix optimal ?).

Envisageons enfin une situation où les petits prestataires cumulent les deux comportements, afin de dégager une rente à la fois de prix et de quantité. Le surplus total dégagé par les offreurs reviendrait donc au produit de la rente de quantité par la rente de prix, à volume de demande égal et donné (schéma 3).

SCHEMA 3

MICRO-UNITES, RENTE DE QUANTITE ET RENTE DE PRIX EN REGULATION DECENTRALISEE.



O : offre rentable effective

O' : offre rentable annoncée

p_e : prix d'équilibre effectif

p_e' : prix rentable annoncé

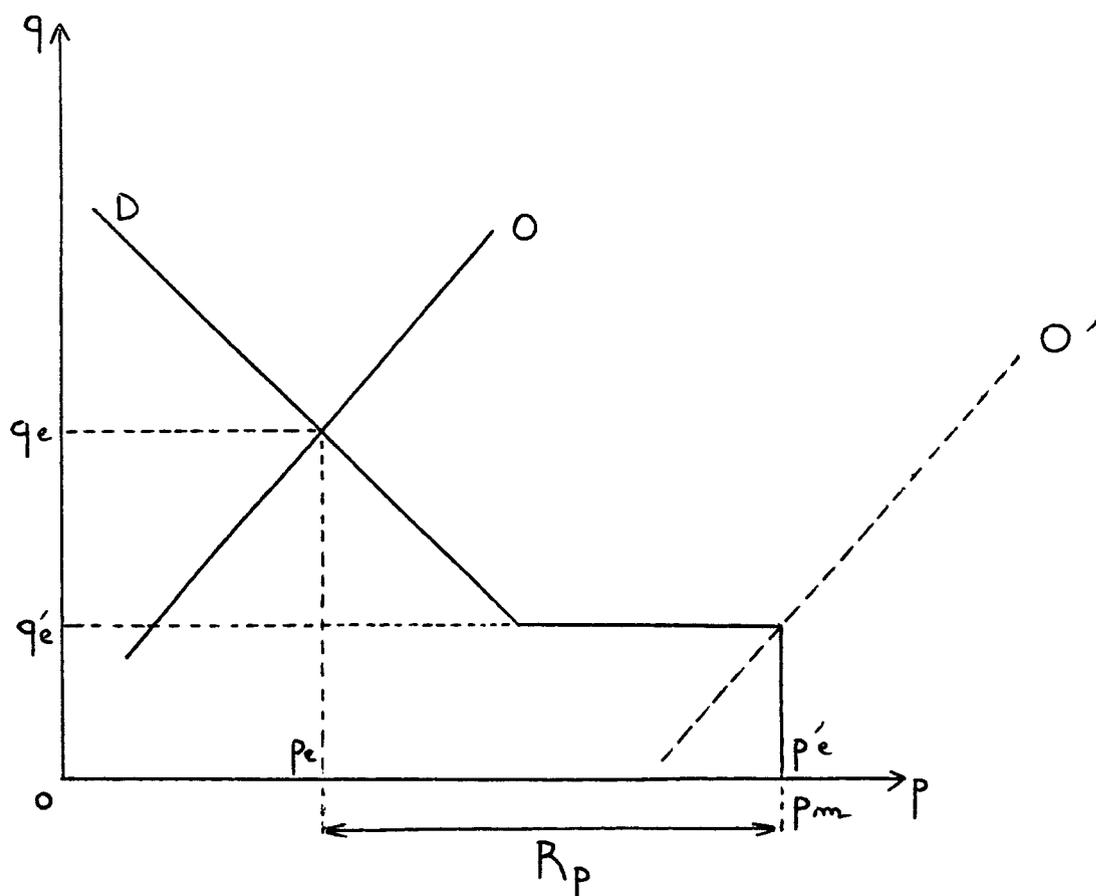
R_q : rente de quantité

D : demande en trois phases :

- phase décroissante

- phase horizontale : le seuil sanitaire rend la demande inélastique au prix jusqu'à un certain prix

- phase verticale : au-delà de p_m , la demande disparaît (report vers d'autres prestataires, auto-traitement, absence de soins).



p_e' : prix pratiqué

p_e : prix annoncé

R_p : rente de prix

L'offre pratique un prix égal ou inférieur à p_m . Elle produit moins pour un prix supérieur.

La rente totale liée aux comportements stratégiques de l'offre dépend en fin de compte de la réaction des demandeurs :

- Si les utilisateurs maintiennent la demande à un niveau fixe (ce peut être le cas des individus ne pouvant diminuer leur demande car menacés par le seuil de santé), alors les offreurs disposent d'une marge de manoeuvre importante ;
- Si les utilisateurs diminuent leur demande sans la reporter vers d'autres prestataires, les offreurs voient leurs possibilités de manipulation diminuer, mais retrouveront ce pouvoir dès qu'un certain nombre de demandeurs ne pourra plus baisser encore sa consommation de services sanitaires ;
- Si enfin les individus diminuent leur demande mais se reportent vers d'autres prestataires, alors les entreprises doivent renoncer à leurs stratégies jusqu'à ce que les utilisateurs acceptent de revenir sur ce marché.

Les arguments développés antérieurement sur les contraintes de la demande (chapitre 4) tendent à montrer la possibilité non négligable d'une telle rente par les producteurs. Dans un tel cas, la rente totale obtenue par les offreurs à partir des comportements stratégiques traduit une situation où non seulement la demande, mais également les pouvoirs publics, se trouvent trompés par certains agents privés. Une conséquence essentielle réside dans l'absence d'optimalité de la coordination des choix par la régulation décentralisée. Dans le cas des micro-unités, cela peut se traduire par un double rationnement de la demande : rationnement vis-à-vis du secteur public (chapitres 2 et 4), et rationnement vis-à-vis des petits prestataires.

Du point de vue maintenant des *demandeurs*, certains comportements stratégiques peuvent également remettre en cause l'efficacité de la décentralisation par les prix. Les utilisateurs ont intérêt, tout particulièrement dans un contexte de rareté des ressources, à minimiser les prix et maximiser les quantités de services reçus. Nous avons déjà indiqué des possibilités de biais dans les réponses de la demande aux enquêtes qui portent sur les contraintes des usagers. Transposée à l'analyse d'une régulation décentralisée, cette remarque montre les limites qu'un tel modèle comporte en termes de connaissance réelle des préférences. Les manipulations de la part de la demande viendraient alors s'ajouter à celles de l'offre pour remettre en cause la correspondance entre l'équilibre final et l'optimum. Une vision optimiste pourrait certes envisager que les stratégies de demande et d'offre, compte

tenu de leurs conséquences opposées sur les caractéristiques de l'équilibre (d'un côté la maximisation des quantités et la minimisation des prix annoncés, de l'autre la minimisation des quantités et la maximisation des prix), puissent finalement rapprocher celui-ci de l'allocation Pareto-optimale. Mais une telle issue constitue une solution possible parmi un grand nombre d'équilibres, et nous concluons donc plutôt ici à son caractère incertain voire exceptionnel. Plus généralement, les difficultés d'appréciation de la situation sanitaire et surtout des préférences et contraintes des utilisateurs de micro-unités ne permettent pas d'imaginer un agent central en mesure de coordonner efficacement ce marché. La situation dominante, dans ces circonstances, sera celle de rationnement des demandeurs.

La **seconde condition** du modèle de décentralisation par les prix peut alors être abordée de façon plus brève, afin d'élargir la limite du modèle à la situation concurrentielle du micro-marché. La régulation décentralisée suppose en effet que le contexte le plus favorable à la coordination des décisions soit **un marché proche de la concurrence pure et parfaite**. A défaut, la "**suppression des entraves légales à la concurrence**" (cf Kleiber 1991) doit permettre aux agents de mettre en oeuvre des comportements concurrentiels.

La décentralisation par les prix part donc bien de l'organisation du marché comme moyen d'aboutir à une situation optimale. La seule différence avec le marché pur réside dans le rôle de l'agent central, qui centralise les messages émis par les agents privés. L'Etat apparaît comme un agent ajouté, parce que le marché seul ne suffit pas à imposer aux agents un vecteur de prix (ils ne sont pas "price takers"), rendant alors nécessaire l'intervention publique. Mais le mode de régulation décentralisé demeure fondé sur la référence au marché pur et parfait dans lequel les prix restent le moyen suprême de coordination des décisions.

En réalité les stratégies mises en exergue au chapitre 4, à partir de l'absence de transparence et de l'hétérogénéité des produits, reposent la question de l'information disponible et montrent les lacunes d'un modèle qui ne donne pas toute sa place à cet aspect.

En outre, la régulation décentralisée suppose une capacité d'action des pouvoirs publics sur les comportements des acteurs, par le seul jeu de la centralisation des informations. Le caractère nébuleux et non contrôlé des micro-unités remet en cause une telle hypothèse.

En fin de compte, la régulation décentralisée par les prix ne peut servir de fondement ou d'inspiration à un modèle des relations entre Etat et micro-unités. Nous rejoignons les deux hypothèses posées au début du chapitre 4 : d'une part les manipulations d'information ne sont pas seulement propres au secteur public, d'autre part elles peuvent apparaître dans le secteur informel. On se trouve donc en mesure de remettre en cause les hypothèses fondamentales de la décentralisation par les prix :

- les prix sont manipulables et/ou ils ne reflètent pas parfaitement les raretés relatives des produits, malgré le caractère marchand du secteur des micro-unités ;
- la stimulation des comportements concurrentiels ne favorise pas forcément la révélation des informations.

Nous pouvons noter que, pour chacun des modèles abordés, la difficulté à fournir une interprétation des relations entre Etat et micro-unités provient des hypothèses sur l'information. L'objet de l'analyse de second rang consiste précisément à tenter de dépasser les limites informationnelles à l'intervention publique. Voyons si elle permet de mieux rendre compte de notre objet.

I.2.2 . L'OPTIMUM DE SECOND RANG.

Le modèle d'optimum second doit être examiné à la lueur des problèmes rencontrés par les modes de régulation précédents. L'optimum premier par le marché ne répond pas aux caractéristiques mises en évidence au chapitre 4 (hétérogénéité, nébulosité et asymétries

d'information), et la décentralisation par les prix, qui devait théoriquement permettre de coordonner les actions pour retrouver cette optimalité de premier rang, présente une inadéquation majeure au regard des problèmes de contrôle et d'information de l'Etat sur le micro-marché. Le modèle de l'optimum second suppose que lorsque les pouvoirs publics ne peuvent, pour des raisons précisément de lacunes informationnelles ou de contrôle, coordonner de façon décentralisée les actes individuels, l'optimum de second rang permettra d'aboutir à une situation proche de l'optimum, par des mécanismes correcteurs de transferts (politique fiscale et allocations aux entreprises notamment).

L'intérêt que présente a priori la notion d'optimum second pour notre terrain résulte de sa définition même : il s'agit en effet d'un équilibre général obtenu dans une situation où existent des déviants, ces derniers étant généralement entendus dans cette analyse comme des agents à comportements non concurrentiels (Boiteux 1956). Or précisément, les agents du micro-marché se caractérisent par des stratégies qui remettent en cause la concurrence pure et parfaite du marché. Dans un contexte d'individus présentant ce profil, les débats sur l'optimum envisageable ont porté à la fois sur la possibilité d'atteindre malgré tout un nouvel optimum, et les modalités de ce dernier. Une fois résorbé le doute affiché par certains auteurs (Lancaster et Lipsey 1956) sur la possibilité de définir un optimum second, le terrain était libre pour la recherche de ces modalités. Dans le domaine sanitaire, la référence généralement considérée (cf Mougeot 1986, Kleiber 1991) est le modèle de Bénard (1983) sur le financement des dépenses de santé. Celui-ci sera également au centre de notre analyse, mais cette fois pour montrer que, malgré le caractère prometteur de son principe (la définition d'un optimum second plutôt que premier), ses implications sur notre recherche des relations pouvoirs publics-micro-unités s'avèrent finalement décevantes. Bien plus, la recherche d'un optimum second révèle encore une fois des hypothèses qui semblent sous-estimer les déficiences d'information du secteur privé. L'intérêt du modèle, comme ceux qui ont été précédemment présentés, apparaît finalement de façon négative : il permet de préciser la spécificité de notre terrain et la réflexion qu'il suscite sur la façon dont les modèles de régulation abordent la question de l'information.

Précisons d'emblée que les lacunes compréhensives du modèle d'optimum second sur le micro-marché sanitaire ne résultent pas d'une incompatibilité totale : au contraire, nous venons de souligner que notre terrain d'analyse présente une caractéristique qui se trouve à l'origine même des études d'optima seconds : la présence d'agents dont le comportement s'éloigne de la concurrence pure et parfaite. Ce point commun essentiel rend précisément très révélateurs les points de rupture entre le micro-marché et l'optimum second, que nous abordons maintenant. Nous allons nous opposer à deux aspects déterminants des analyses sur l'optimum second. En premier lieu (I.2.2.1), celles-ci considèrent généralement que la sous-optimalité provient du caractère public, et/ou monopolistique, et/ou socialisé de la production. En un mot, les unités de production seraient "déconnectées" du marché, et l'optimum second viserait à rapprocher l'économie des vertus de celui-ci. En second lieu (I.2.2.2), l'optimum second devrait être forcément un optimum général : la recherche d'un optimum sectoriel serait vouée à l'échec. L'analyse des micro-unités nous pousse au contraire à proposer d'autres hypothèses, qui seront reprises en conclusion de chacun des deux points :

- Le **marché** n'empêche pas l'équilibre d'être **sous-optimal** (c'est-à-dire ne permet pas d'atteindre un optimum premier), un optimum second est donc concevable sur celui-ci. Au passage, il apparaît que le système de taxations-subsidations, fondement des analyses évoquées, se heurte à l'absence de contrôle et aux asymétries.

- Le sous-optimum du marché peut donner lieu à des **interventions sectorielles** plutôt que générales de la part de l'Etat, compte tenu de la nature particulière du service sanitaire.

I.2.2.1 . L'OPTIMUM SECOND, UN RETOUR VERS LE MARCHÉ PUR ?

L'analyse de Bénard (1983) exprime explicitement le point de vue selon lequel les déviations seraient fréquemment liées à la prise en charge publique de certaines activités:

"L'Etat a le plus souvent (d'aucuns diraient même "par définition"), un comportement déviant. Citons en matière d'économie publique et de fiscalité : l'absence de tarification (au sens de fixation des prix) ou la tarification arbitraire d'un bien collectif ou d'un effet externe, la fixation de taux d'impôt ou de subventions sur des produits ou des revenus à des niveaux arbitraires - c'est-à-dire sans référence à des conditions d'optimalité - ce qui est très généralement le cas. En matière de planification de l'économie, sont des déviations : les priorités a priori accordées à des productions, à des consommations de biens privatifs, ou à l'emploi de facteurs de production (travail ou bien d'origine nationale). D'une façon plus générale les protections tarifaires ou quantitatives sont des exemples très répandus de déviations" (p 4).

En conséquence, le choix de l'auteur pour le cas des systèmes de santé occidentaux ne semble pas hasardeux : fortement investis par les pouvoirs publics, ceux-ci offrent un terrain d'analyse particulièrement propice des déviations. Et, il est vrai, même les systèmes a priori les plus concurrentiels ne réunissent pas toutes les conditions habituelles de concurrence pure et parfaite : "Là où, comme aux Etats-Unis, le système d'assurances sociales médicales est quasiment inexistant, le marché joue son rôle sous réserve de l'intervention de nombreux plans d'assurance privée ou mutualiste" (p 7) (souligné par nous-même).

Les conclusions de l'auteur confirment une optique donnant au marché le statut d'un système qui permettrait l'allocation optimale, de premier degré. Les conditions d'optimum second qui sont définies (annexe 5) admettent certes l'intervention publique. Mais celle-ci doit être construite de telle sorte qu'elle évite au maximum les distorsions par rapport à une situation de marché. Ainsi en est-il du système de subvention-taxation. Le principe selon lequel tous les biens sont subventionnés (et non pas seulement la santé) vise bien à atténuer la distorsion des choix individuels. La subvention de l'ensemble des biens permet de compenser la baisse du prix à la consommation de la santé, "décidée autoritairement". De même, le recours à la fiscalité directe (cotisations sociales assises sur les salaires) permet selon le modèle de Bénard d'éviter la distorsion entre demande de biens de consommation et demande

de santé, qui aurait au contraire été induite par la fiscalité indirecte (taxe sur la valeur ajoutée) sur les biens de consommation. C'est ce qui conduit l'auteur à conclure que le recours à la fiscalité indirecte générale sur les biens n'est pas un mode de financement optimal, alors que la taxation de l'offre de travail permet de retrouver un optimum (second).

Le principe d'un optimum second principalement lié à la déconnexion du marché semble avoir fait école dans les analyses des systèmes de santé des pays industrialisés (Mougeot 1986 p 62, Kleiber 1991 p 230). Or, le rattachement systématique de la sous-optimalité et de mécanismes hors marché semble abusif à la lumière de notre terrain. On peut au contraire considérer que, dans le cas des micro-unités, l'absence d'optimum premier n'est due en rien à l'intervention d'un acteur qui serait extérieur au marché et engendrerait des distorsions en voulant réguler le secteur. Le micro-marché offre les caractéristiques d'un domaine non contrôlé, et où les comportements individuels peuvent pourtant donner lieu à des stratégies qui limitent l'efficacité (et l'équité) des services de santé. Nous avançons alors que l'existence d'un marché privé, largement libéré de toute mainmise extérieure qui limiterait son caractère concurrentiel, ne garantit nullement d'atteindre un optimum proche du premier rang.

A quoi la sous-optimalité peut-elle être due si elle ne résulte pas systématiquement de l'intervention publique ? L'enseignement du micro-marché apparaît à ce titre essentiel, car il révèle le rôle central de l'information quelle que soit la nature du mode d'allocation des ressources, publique ou privée, monopoliste ou concurrentielle. Il convient en effet d'affirmer la nette distinction entre l'éloignement des conditions de marché et l'existence de comportements stratégiques sur l'information. L'assimilation des deux aspects omet que les micro-unités, bien qu'évoluant dans un contexte de marché, peuvent fonder leur fonctionnement sur des stratégies de manipulation. Ce sont donc bien les asymétries informationnelles, bien plus que le caractère public ou privé des producteurs, qui éloignent de l'optimum premier. Et la présence de la transparence dans les conditions de concurrence pure et parfaite n'autorise pas à déduire une quelconque supériorité a priori de la forme marchande sur l'intervention publique.

Au passage, notons que le modèle de l'optimum second tel qu'il est généralement présenté suppose une capacité de contrôle suffisante des pouvoirs publics. C'est précisément l'hypothèse sur l'origine des distorsions qui permet à cette analyse de proposer des mécanismes de corrections : l'intervention publique engendre des déviations, mais en même temps le secteur dans lequel ces déviations ont lieu permet de les corriger. Au contraire, le caractère lâche des relations entre l'Etat et les petits prestataires (que nous développerons dans la section suivante) rend complexe la définition de mesures correctives. Bénard, conformément aux approches de second rang, fait reposer l'intervention publique sur un système de taxations-subsidies. Or, les pouvoirs publics ne pourront opérer que s'ils détiennent une information suffisante sur les unités et les agents privés. A l'évidence donc, une régulation fondée sur le principe de la taxation se heurtera, dans le cadre béninois, aux défauts d'informations touchant aux micro-unités. Bénard pose le principe d'une déconnexion entre, d'une part, le prix de référence et le prix de production, et d'autre part, le prix de référence et le prix de consommation. Si les prix pratiqués sur le marché sont méconnus, aucun système de ce type ne peut être appliqué. Les pouvoirs publics ignorent non seulement les prix eux-mêmes, mais également la différence entre les prix de production et les prix de vente des services. En outre, les lacunes d'information se doublent du problème de recouvrement fiscal que nous avons souligné plus haut (chapitre 1). Les pouvoirs publics disposent de moyens de contrôle limités, à plus forte raison sur les transactions du micro-marché.

De façon plus générale, une question essentielle ressort de cette analyse. Les comportements micro-économiques développés sur le marché peuvent-ils s'accorder avec des mécanismes de subvention ? Comment détecter les unités concernées alors qu'elles demeurent non répertoriées ? Comment éviter des manipulations d'informations voisines de celles présentées à propos de la décentralisation par les prix ? Dans l'analyse de Bénard, l'appréhension des agents taxés ou subventionnés est supposée aisée. Au contraire nous considérons comme centrale l'idée d'unités méconnues et non contrôlées par l'agent central. On touche ici à la double question qui sera abordée dans le chapitre suivant et que nous ne développons donc pas ici : comment résoudre, dans un modèle de régulation, à la fois les

problèmes *d'information* (de l'agent central sur les micro-unités) et de *contrôle* (des micro-unités par l'agent central) ?

I.2.2.2 . UN OPTIMUM GENERAL ?

L'analyse de Bénard répond à un second principe des approches en termes d'optimum second : celui-ci ne peut être obtenu que par des corrections portant sur un équilibre général. La détermination d'équilibres partiels ne permet pas d'atteindre l'optimum. La raison en est que l'intervention correctrice aura des effets sur l'ensemble de l'économie, dont il faut tenir compte pour calculer l'optimum obtenu.

Peut-on appliquer ce principe aux micro-unités ? Il semble au contraire que, par deux aspects (les problèmes d'information d'une part, le caractère spécifique de la santé d'autre part), notre terrain d'analyse nécessite une appréhension sectorielle, et que de ce point de vue l'approche de second rang ne convienne pas à celui-ci.

En premier lieu, la réalisation d'un optimum second repose dans ces conditions sur une connaissance suffisante de toutes les fonctions d'utilité et de l'ensemble de leurs déterminants. Or l'hypothèse sur les asymétries d'informations sous-tend que, dans le secteur sanitaire d'abord, l'on se trouve confronté à la connaissance imparfaite des utilités individuelles. Les limites de la fonction d'utilité sanitaire globale viennent témoigner de cette caractéristique. De plus, l'insuffisance des informations touche plus généralement l'ensemble des préférences des agents, ce qui rend fort délicat le calcul des relations entre le secteur sanitaire et les autres domaines de l'économie.

En conséquence, l'impossibilité d'un optimum général de premier rang ne trouve pas de solution dans l'approche de second rang, confrontée aux asymétries d'information voire à l'incertitude du secteur de santé. Quelle conclusion peut-on en tirer sur la caractérisation des relations entre pouvoirs publics et micro-unités ? La limite essentielle de la recherche de l'optimum second semble ici résider dans son objet même : se rapprocher au plus près d'un optimum premier. Il convient au contraire, dans notre cas, de quitter la référence à l'équilibre général et à l'optimalité de premier rang. L'intervention correctrice d'un agent extérieur au marché, puisqu'elle ne peut agir sur l'ensemble de l'économie, ne pourra être que sectorielle. De même, la notion de sous-optimum que nous utilisons doit-elle être distinguée de celle d'optimum second : l'optimum second est un sous-optimum particulier, celui qui répond à des conditions spécifiques d'information et de contrôle, conditions fort éloignées de notre terrain. Le concept de sous-optimum tel que nous l'entendons permet d'envisager des situations qui n'aboutiront pas (ou très difficilement) à l'optimum second, et encore moins à l'optimum premier.

L'analyse des micro-unités sanitaires amène donc à quitter la référence à l'équilibre général et à l'optimum pour s'intéresser plutôt à un équilibre sectoriel et sous-optimal.

Un second aspect du micro-marché sanitaire semble conduire également à cette orientation vers une analyse par le sous-optimum sectoriel. Il s'agit de la nature particulière du bien sanitaire, et de sa relation avec le seuil de santé. En effet, si l'atteinte du seuil permet aux individus d'améliorer leur capacité à exercer rationnellement leurs choix, alors l'intervention sur ce secteur par des mesures spécifiques peut être justifiée. En particulier, les individus seront plus aptes à révéler leurs préférences pour les autres biens s'ils disposent d'un niveau sanitaire suffisant. Il est donc possible d'envisager qu'un sous-optimum soit recherché sur le marché sanitaire, sous l'impulsion de pouvoirs publics souhaitant favoriser l'atteinte du seuil. Ce sont ici les externalités particulièrement fortes du bien sanitaire qui jouent à donner au marché des soins un statut spécifique dans les relations avec l'agent central.

Une conséquence importante ressort de l'analyse des modèles de régulation abordés dans cette première section. L'Etat et le marché, loin de s'opposer sur la question de l'information, présentent le point commun de lacunes informationnelles fortes, qui viennent remettre en cause les modèles évoqués.

Une approche qui aborderait les liens entre pouvoirs publics et micro-unités sur le fondement d'une telle opposition (Etat contre marché) semble donc peu à même d'éclairer la complexité de ces relations. Au contraire, nous admettons que les lacunes d'information rapprochent l'Etat et le micro-marché sous deux angles complémentaires :

- D'une part, elles s'observent **autant dans les services publics que privés**. Les asymétries caractérisent les relations entre l'offre et la demande dans chaque secteur.

- D'autre part, elles touchent les **relations entre les pouvoirs publics et les prestataires**, qu'ils soient publics ou privés, mais il est vrai de façon particulièrement forte en ce qui concerne les micro-unités. L'offre des micro-unités bénéficie d'une **rente informationnelle autant vis-à-vis des pouvoirs publics que de la demande** qui s'adresse à cette offre.

Ainsi, l'hypothèse de supériorité d'une forme sur l'autre (les services privés supérieurs ou inférieurs aux prestations publiques, le marché supérieur ou inférieur à l'Etat) est ici rejetée, au contraire de ce que semblent postuler la plupart des modèles abordés (la régulation centralisée suppose l'Etat capable d'allouer de façon optimale les ressources ; le modèle du marché souligne à l'opposé l'efficacité allocative de la régulation marchande ; le principe d'optimum second cherche à revenir à une forme proche de ce marché, qui permettrait d'approcher l'optimum premier). Les limites informationnelles de ces schémas de régulation ont déjà été abordées par les analystes de la santé (Mougeot 1986, Kleiber 1991, Béjean

1994), mais il semble qu'à chaque fois, cet aspect fondamental de rapprochement entre l'Etat et le marché soit sous-estimé.

De plus, les analyses évoquées ci-dessus (Mougeot, Kleiber, Béjean) ne considèrent pas la question des relations particulières entre Etat et micro-unités (ceci s'explique par la faible part que semblent représenter les activités informelles dans les terrains abordés par ces auteurs). Or précisément, les micro-unités occupent une place toute particulière dans les conclusions que nous venons de tirer. Il est frappant de remarquer que des secteurs aussi différents que les pouvoirs publics et les petits prestataires se trouvent touchés l'un et l'autre par une telle caractéristique de lacunes informationnelles.

C'est donc sur l'analyse des relations entre l'Etat et les micro-unités que nous débouchons maintenant. Les échecs des modèles de régulation centralisée, de régulation par le marché, de décentralisation par les prix et d'optimum second, pour expliciter ces relations, orientent la réflexion vers les mécanismes incitatifs, comme nous allons tenter de le montrer. La question est à ce stade de savoir si ces derniers permettront tout à la fois de définir le lien entre l'agent central et les unités décentralisées, et de justifier d'un point de vue théorique l'intervention publique sur le micro-marché sanitaire.

II. LES INCITATIONS : DES PRINCIPES PERTINENTS, UN CADRE DIFFERENT.

L'inadéquation des modèles de régulation optimale et générale dans le contexte des micro-unités amène à poser l'hypothèse que le micro-marché ne pourra se trouver qu'en situation sous-optimale, et qu'une régulation ne pourra être que sectorielle. L'intérêt des modèles incitatifs réside précisément dans la façon dont ils appréhendent les relations entre les

pouvoirs publics et les agents privés : celles-ci sont sous-optimales, sectorielles, et sujettes à des contre-stratégies de la part de l'agent (ici les micro-unités) qui limitent la capacité de l'Etat à intervenir efficacement.

Précisons que les incitations normatives peuvent être définies comme des procédures par lesquelles un centre, en situation d'asymétrie informationnelle, définit une règle assortie de mécanismes tendant à diminuer l'écart entre cette règle (ou norme) et les comportements des agents. En effet, si les stratégies d'offre permettent de supposer qu'il n'y a pas coïncidence parfaite entre les objectifs des pouvoirs publics et ceux des agents privés, alors la réduction de cet écart peut passer par la mise en oeuvre d'incitations (Laffont 1982). Dans notre cadre d'analyse, ce type d'incitations consisterait alors pour l'Etat à instaurer des normes de qualité et des mécanismes qui stimuleraient le rapprochement entre ces normes et les services offerts par les micro-unités.⁴⁵ Un tel mécanisme repose sur la notion de déviance. En l'occurrence, les déviants sont les prestataires qui proposent un service ne répondant pas à la norme qualitative instaurée par l'agent central.⁶

En dehors des présupposés sur la sous-optimalité et la régulation sectorielle, la pertinence du principe incitatif dans le cadre du présent terrain repose sur une hypothèse

⁴ Pour résumer, les incitations caractérisent une relation d'agence qui engendre des mécanismes de récompenses et de sanctions du principal vers l'agent. Dans le cas des micro-unités béninoises, on parle d'incitations des pouvoirs publics vers ces micro-unités. Il y a incitations dès lors que l'on suppose des informations asymétriques, et que l'on s'interroge sur le mode de régulation du micro-marché à partir de mécanismes sanctionnants et/ou stimulants.

⁵ L'Etat est un terme générique recouvrant l'ensemble des institutions publiques susceptibles d'intervenir sur le marché. Nous considérons ici L'Etat comme un agent régulateur. Nous n'abordons pas la question de l'institution publique la plus apte à exercer un contrôle sur le marché (tel ou tel ministère, telle ou telle administration publique du champ sanitaire), mais celle du mode de régulation efficace. C'est pourquoi l'Etat est vu comme un agent homogène, même si dans la réalité il peut recouvrir un certain nombre d'intervenants différents. Cette homogénéité se traduit par des relations incitatives dans lesquelles l'Etat est considéré comme le principal, sans précision sur la nature de ce régulateur.

⁶ Notons que cette définition des déviants se distingue de celle qui a été présentée dans la première partie de ce chapitre, dans le cadre des analyses de second rang. La déviance n'est pas ici considérée comme un écart par rapport aux comportements de concurrence pure et parfaite. Certes, elle apparaît lorsque l'information est imparfaite, mais elle peut autant se rencontrer sur un marché proche de certaines caractéristiques de concurrence pure et parfaite que dans une situation de monopole ou d'intervention publique. La déviance concerne ici l'écart par rapport à une norme, en l'occurrence une norme de qualité. Le fait que cette norme puisse être édictée par les pouvoirs publics révèle bien la différence entre la déviance prise au sens habituel du terme (référence à la concurrence pure et parfaite), et l'approche qui prévaut ici.

relative au champ d'intervention des pouvoirs publics dans le domaine sanitaire. On doit distinguer ce principe, qui touche à la problématique de l'équité, des interrogations sur la capacité réelle de l'Etat à intervenir efficacement sur le micro-marché (ces dernières sont introduites dans cette section, mais elles seront principalement développées dans le chapitre 6). Concernant le principe d'une intervention publique a priori justifiée, nous nous référons à la place toute particulière qu'occupe la santé dans l'ensemble des critères de bien-être. Si l'on admet, certes, que le "développement" mis en oeuvre par les institutions publiques locales et internationales a subi des échecs dans le cadre sanitaire (en témoigne l'objet même de notre analyse : la prolifération des micro-unités montre les lacunes des infrastructures publiques et privées de plus grande taille), néanmoins le domaine sanitaire semble a priori nécessiter une intervention publique en termes de contrôle des prestations. En effet, la révélation des préférences des demandeurs se heurte, comme nous l'avons souligné, aux stratégies d'offre. L'exercice de la rationalité de demande de santé sera peut-être favorisé par un mécanisme résultant d'un agent central, et reposant sur l'objectif de révélation non contrainte des préférences de demande. Pour cela, les asymétries d'informations entre offreurs et demandeurs ne peuvent être arbitrées par ces seuls deux acteurs, mais nécessitent l'intervention d'un troisième agent qui, bien que subissant l'asymétrie vis-à-vis de l'offre, soit capable d'inciter les prestataires à adopter des comportements moins générateurs de risque sanitaire pour les populations à revenus faibles. La présente analyse suppose (à partir des conclusions du chapitre 4 et du principe d'une intervention publique introduit en préliminaire du présent chapitre) que l'absence de relations contractuelles satisfaisantes sur le marché (la demande ne peut fixer les conditions du contrat, les coûts de contrôle sont très élevés, l'offre bénéficie de son rôle de "providence" dans un contexte d'asymétrie) justifie de porter la réflexion vers le rôle de l'Etat comme acteur incitatif sur l'offre.

Le débat sous-jacent est celui qui sépare les tenants d'une intervention décrétée du développement, et les analyses soulignant au contraire l'insuffisante prise en compte de la demande (cf Mahieu 1994). Or, une approche par les incitations permet a priori de tenir compte de la double exigence du secteur sanitaire, qui rejoint ce débat entre offre décrétée et révélation de la demande :

- Révéler la demande signifie ici que les rationalités des utilisateurs sur le marché pourront s'exprimer. Le secteur des micro-unités constitue en ce sens un ensemble de stratégies individuelles (d'offre et de demande) non décrétées par l'agent central. La demande n'apparaît donc pas soumise aux seules décisions publiques, et peut en outre s'adapter aux conséquences de ces décisions (la réduction de certaines dépenses par exemple) par le recours à d'autres formes de prestations. En ce sens le marché des micro-unités se doit d'être préservé.

- Néanmoins, le marché constitue lui-même un lieu où la révélation de la demande peut se trouver bloquée par les asymétries informationnelles et les stratégies d'offre. Les incitations peuvent a priori atténuer les risques subis par la demande et favoriser la pression que celle-ci exercera sur la qualité des produits. Les mécanismes incitatifs peuvent s'appuyer sur des normes qualitatives, édictées par les pouvoirs publics qui jouent alors un rôle de régulateur tout en laissant à la demande le choix des prestataires consultés.

Comme nous l'avons évoqué (cf. préliminaire), le principe d'intervention publique repose ici sur les problèmes de qualité que le marché ne peut surmonter, mais également sur la nature particulière du service sanitaire. Pourtant, les modèles incitatifs traditionnels ne constituent en réalité des voies pertinentes qu'au seul niveau des hypothèses générales, à savoir :

- l'existence d'asymétries;
- la possibilité d'une non-coïncidence entre les objectifs des agents individuels et ceux de l'agent central.

C'est la vérification de ces hypothèses qui permettra de reprendre certains aspects des incitations pour caractériser les relations entre l'Etat et les micro-unités. Par contre, la possibilité de procédures incitant effectivement les prestataires à se rapprocher de l'objectif central se doit d'être discutée. Il convient pour cela de soulever le problème des particularités du terrain ici abordé. C'est pourquoi l'objectif de cette section est de répondre à la question suivante : si les principes fondamentaux des incitations semblent pertinents car ils reposent

sur une hypothèse d'asymétries informationnelles fortes, leur application aux micro-unité ne nécessite-t-elle pas un aménagement des modèles ? On peut en effet distinguer deux spécificités de notre problématique et de notre terrain. D'une part, nous nous intéressons au problème de la qualité, alors que les schémas incitatifs concernent généralement des questions quantitatives et tarifaires. Ce sera l'objet d'un premier point (II.1). D'autre part, nous observons des micro-unités, alors que les analyses incitatives s'intéressent essentiellement aux relations formelles, entre l'Etat et les entreprises publiques, ou entre les actionnaires et les entreprises privées officielles. Nous abordons ce dernier aspect dans un deuxième temps (II.2). Chacune de ces deux spécificités (la qualité comme objet, les micro-unités comme terrain) montrera la nécessité d'aménager les modèles incitatifs face à notre problématique. Parallèlement l'importance des asymétries informationnelles s'en trouvera confirmée, et une première analyse des contraintes de l'intervention publique sera fournie.

II.1 . UN PROBLEME SPECIFIQUE : LA QUALITE.

Si le prix des petites prestations sanitaires entre en compte dans le choix des demandeurs, c'est néanmoins sur la qualité des produits que nous souhaitons mettre ici l'accent, compte tenu de l'impact qu'exerce l'asymétrie informationnelle sur celle-ci.

Or, la remarque de Laffont (1991) sur la rareté des analyses incitatives portant sur la qualité ("la réglementation de la qualité est en soi un problème encore fort peu étudié") demeure valable aujourd'hui. C'est ce que nous montrons dans un premier temps, à travers les approches actuelles des incitations telles qu'elles se trouvent appliquées aux pays industrialisés : les problèmes à traiter sont largement d'ordre quantitatif, puisque principalement liés à la recherche d'une baisse des coûts et d'une régulation du seul volume des actes (II.1.1). Les difficultés autour d'une réglementation de la qualité apparaissent également à travers les propositions et interventions de la Banque Mondiale et des pouvoirs

publics béninois : les micro-unités sanitaires semblent exclues ou marginalisées à travers les modalités de régulation envisagées ou appliquées (II.1.2).

II.1.1 . LA RARETE DES ANALYSES QUALITATIVES DANS LE CHAMP DES PAYS INDUSTRIALISES.

Les préoccupations actuelles des pays industrialisés en termes de systèmes sanitaires ont orienté les analyses des incitations vers des recherches portant principalement sur la maîtrise des coûts. Partant des approches centrées sur les asymétries d'informations entre les acteurs du système sanitaire, largement inspirées des conclusions de Arrow (1963) et Akerlof (1970) (cf chapitre 4), les réflexions en cours dans ce contexte tentent de déterminer les outils d'un contrôle quantitatif et tarifaire afin de limiter les dépenses de santé liées à la prise en charge des actes par la collectivité.

On voit notamment se développer des analyses de la médecine ambulatoire et du comportement des producteurs de soins. Béjean et Gadreau (1992) insistent ainsi sur la relation patient-médecin et les possibilités d'induction de la demande par l'offre. Le médecin détient l'information sur la qualité des services offerts, ce qui peut être source de sélection adverse (la qualité serait inférieure à ce qu'elle devrait être), et surtout de risque moral (mensonge sur le comportement de l'offre). Le second se voit particulièrement favorisé en situation d'urgence, lorsque les coûts de recherche d'information s'avèrent trop élevés pour permettre une réappropriation de l'information du côté de la demande. L'induction de la demande par l'offre peut alors passer par les quantités (le médecin augmente le nombre d'actes) et/ou par les prix (réévaluation des honoraires).

L'objectif revient alors à mettre en oeuvre des mécanismes incitatifs à la "maîtrise médicalisée des dépenses" (Béjean 1993) : la maîtrise des coûts passe par la définition d'une

production médicale souhaitable, fixée par les pouvoirs publics. L'incitation à modérer les actes consiste à rémunérer à un prix inférieur les prestations qui dépasseraient la norme (p 19), en instaurant éventuellement un tarif régressif à mesure que la quantité produite dépasse la limite fixée. Un tel mécanisme se fonde également sur l'outil que peut constituer la nomenclature des actes : si les pouvoirs publics souhaitent favoriser le choix des prestataires pour certains actes moins coûteux, il est envisageable de fixer leur prix au dessus de celui des autres, ou encore de moduler le mécanisme incitatif en leur faveur. Le modèle est donc censé jouer également sur la structure d'activité des médecins : à chaque type d'acte correspondrait un seuil de prestations différent, ceci incitant les médecins à privilégier plutôt certaines activités moins coûteuses (Béjean donne l'exemple des soins ambulatoires et à domicile, plus économiques que les actes nécessitant une hospitalisation).

Une telle approche tente donc d'appliquer une version affinée de l'enveloppe budgétaire globale à un champ sanitaire contraint par le coût des prestations pour la collectivité. En vue d'atténuer le poids des asymétries informationnelles sur les pouvoirs publics, on voit apparaître ce type d'analyses dans des versions également proches de l'enveloppe globale : Fermon (1993a) propose ainsi une enveloppe globale conservant le système de rémunération à l'acte, mais "en modulant la valeur par rapport au nombre d'actes réalisé". En effet, l'enveloppe globale présente deux inconvénients importants : d'une part elle risque d'amener à des rationnements de demande, ou à un renforcement de l'asymétrie informationnelle si elle est calculée à partir du volume de prestations de la période précédente (les médecins ont en effet tout intérêt à surévaluer les besoins de la clientèle auprès des pouvoirs publics). D'autre part, elle fait peser les risques financiers sur le corps médical, obligé de s'adapter à cette contrainte. Fermon imagine donc, face à ces limites, de conserver la tarification unitaire, tout en la modulant en fonction du nombre d'actes réalisés par le praticien (p 8). C'est la profession médicale dans son ensemble qui détermine alors les modalités de répartition de l'enveloppe globale entre ses membres. L'analyse de Fermon s'inscrit donc bien dans une logique d'incitations appliquée au cas des pays industrialisés.

L'importance actuelle, dans les pays industrialisés, de ce type d'analyse centrée sur la maîtrise des coûts apparaît à travers la place que lui donne le champ institutionnel et politique. Ainsi, le rapport "Santé 2010" du Commissariat Général au Plan (1993) accorde-t-il une large analyse aux approches incitatives de réduction des charges (pp 237-465) : les "incitations micro-économiques vertueuses des agents", l'instauration de budgets incitatifs prospectifs, la maîtrise de la démographie médicale, constituent les propositions essentielles du rapport. Le constat qui fonde l'ensemble du rapport réside dans la nécessité de trouver un nouveau mode de contrôle des dépenses médicales. Les comportements des acteurs, au niveau de l'offre comme de la demande, sont appréhendés comme les causes essentielles des difficultés actuelles de financement. Ils constituent donc l'enjeu principal du rapport, qui propose des mesures fondées sur des incitations financières à tous les niveaux de l'offre sanitaire. L'objet consiste à augmenter la responsabilité financière des prestataires, afin de réduire le risque moral. En résumé, l'analyse et les solutions proposées reposent sur une application de la théorie de l'agence aux services médicaux, sur l'exemple de l'approche déjà abordée de Béjean et Gadreau (1992), ainsi que celle de Rochaix (1989). En dehors des spécificités du secteur sanitaire, soulignées par cette dernière et reprises dans le rapport Santé 2010 (le patient est sujet à une incertitude particulièrement élevée due à son ignorance sur le besoin de traitement; il ne peut observer le résultat de l'action de l'offre ; enfin le système du tiers payant introduit la notion d'intérêt collectif dans la relation d'agence), celui-ci utilise la relation d'agence comme point de départ des difficultés et des solutions présentées.

Les modes de régulation normative ainsi ébauchés répondent à des contraintes fort différentes de celles rencontrées au Bénin. Certes, celui-ci connaît de lourdes difficultés financières et les PAS témoignent des politiques menées pour réduire les coûts subis par les pouvoirs publics. Mais en dehors de ces problèmes communs, il semble difficile de comparer la situation béninoise (et plus généralement subsaharienne) à celle des pays industrialisés. Ces derniers subissent les effets d'une offre pléthorique sur les coûts du secteur de santé, dans des systèmes au demeurant largement codifiés et dont la qualité est soumise à un contrôle effectif de la part des pouvoirs publics. Au Bénin, on se trouve au contraire en situation de rareté des ressources sanitaires et de tâtonnement du système de santé face aux critères d'efficacité et de

qualité. A côté des problèmes de financement, la question de la réponse aux besoins prend donc une tout autre ampleur que dans les pays occidentaux.

Au regard de ces fortes différences entre le cas béninois et celui des pays industrialisés, on ne peut se satisfaire des analyses centrées essentiellement sur les questions de réduction des charges. La rareté des approches fondées sur le problème de la qualité nécessite de combler cette insuffisance des analyses qualitatives, tout en restant dans une problématique d'incitations. C'est cette jonction entre d'une part des analyses incitatives, mais ne portant pas sur la qualité, et d'autre part des approches de réglementation de la qualité, mais négligeant les problèmes d'incitations, que nous tenterons d'ébaucher dans le chapitre 6.

II.1.2 . LES APPROCHES INSTITUTIONNELLES : LES PETITES PRESTATIONS EVINCEES DU DEBAT ?

Le projet de réglementation du secteur sanitaire privé apparaît clairement dans les analyses de la Banque Mondiale (1993), et les tentatives de codification de la part des pouvoirs publics béninois tendent à reprendre de telles propositions. On peut pourtant s'interroger, au regard des caractéristiques des micro-unités, sur la pertinence des modalités de régulation ainsi ébauchées. La question de la réglementation ou du contrôle de la qualité semble encore une fois éludée, alors que nous avons souligné dans les développements précédents l'importance des problèmes d'information et de contrôle, particulièrement dans le cas des micro-unités.

De plus, le contrôle de qualité tel qu'il est proposé par la Banque Mondiale ne répond pas aux hypothèses que nous avons posées concernant les relations entre pouvoirs publics et micro-unités. La raison en est que ces dernières ne sont pas considérées comme faisant l'objet de relations spécifiques avec l'Etat. En d'autres termes les problèmes d'informations et de

contrôle sur un secteur proche de l'économie "informelle" semblent éludés, au profit du secteur privé dans son ensemble. Les propositions concernant les mesures de surveillance et d'incitations semblent à ce titre révélatrices, car elles font l'objet d'une confusion, qui revient à évincer les micro-unités du débat sur l'intervention publique⁷. Examinons ces deux modes d'action publique, la surveillance et les incitations, pour souligner leurs différences et la confusion évoquée.

Concernant les mesures de **surveillance**, le rapport 1993 de la Banque avance la nécessité d'une "forte action réglementaire des gouvernements, notamment en ce qui concerne les services de santé dispensés par le secteur privé afin d'en assurer la sécurité et la qualité..." (p 6). Il propose également de "générer et diffuser des informations sur le comportement des producteurs de soins, sur les équipements et médicaments de première nécessité, sur le coût et l'efficacité des interventions, ainsi que sur la situation des divers établissements et producteurs de soins au regard de la procédure d'agrément" (p 7). On lit encore qu'il appartient aux pouvoirs publics "d'assurer la qualité des soins dispensés par le secteur privé - par l'homologation des hôpitaux et des laboratoires, par la délivrance d'autorisations d'exercer aux écoles de médecine et aux médecins, par la réglementation de la vente de médicaments et par le contrôle des pratiques médicales" (p 13).

Si peu de précisions sont apportées sur les modalités d'action, on constate néanmoins que l'on se trouve bien en présence de mesures d'ordre réglementaire. Elles rejoignent en ce sens les orientations des pouvoirs publics béninois, à travers le Plan Directeur Pharmaceutique et le Plan d'Action Prioritaire Triennal, qui contiennent de nombreuses mesures fondées sur la réglementation des prestations (cf annexe 4). Ainsi, la réglementation de la qualité se retrouve-t-elle dans les mesures que ces programmes proposent face :

- au développement de la vente illicite (juridiction-réglementation, répression, information et éducation) ;

⁷ La surveillance allie des mesures de réglementation à une répression éventuelle. Elle se distingue des mécanismes incitatifs en ce qu'elle ne contient pas de clauses incitatives en cas de vérification de la norme par les unités contrôlées.

- à la valorisation des plantes locales (réglementation de l'herboristerie) ;
- à "l'usage irrationnel" des produits pharmaceutiques ;
- aux problèmes d'assurance de qualité.

On constate cette même importance de la réglementation de la qualité dans les programmes du Plan d'Action Prioritaire Triennal (notamment les programmes 2, 5 et 6 de l'annexe 4).

Ainsi, le poids du concept de réglementation dans les analyses institutionnelles semble montrer la préférence pour une régulation de marché réglementé. Or, la réglementation ainsi prônée ne tient pas compte des caractéristiques déjà soulignées des micro-unités. En effet, l'information doit être suffisamment disponible sur la connaissance du secteur concerné et la mesure de la qualité des prestations. Nous avons montré que ce n'était pas le cas. L'évaluation de la qualité des services ne peut avoir lieu si l'asymétrie d'information entre les pouvoirs publics et les offreurs persiste.

De plus, le contrôle et la sanction doivent être possibles, ce qui s'avère improbable dans le secteur non répertorié. Le mécanisme de surveillance, pour être efficace, ne peut être qu'assorti d'une procédure de répression éventuelle. Or, celle-ci ne semble pas applicable à l'heure actuelle, compte tenu des stratégies individuelles développées sur le marché des micro-unités. Des mécanismes de sanction risquent de se heurter, soit au retrait de l'offre, ce qui aurait des conséquences probablement néfastes sur la demande, soit à l'inefficacité des procédures compte tenu de la faible capacité de contrôle des unités productives. Ce dernier argument sera développé en abordant les limites des incitations liées au caractère non contrôlé du marché (II.2).

Enfin, la réglementation assortie de sanctions s'avère fort délicate compte tenu de son objet même (la qualité des services sanitaires, qui demeure méconnue), en particulier

dans le secteur des micro-unités. L'exemple des expériences de surveillance du secteur privé est à ce titre édifiant. Dans le cadre des programmes évoqués plus haut (Plan Directeur Pharmaceutique et Plan d'Action Prioritaire Triennal), les pouvoirs publics béninois ont procédé en 1994 à une révision de la réglementation de la prescription médicale et du code de déontologie pharmaceutique (cf. Kaddar 1995 p 17). Dans les faits, ces textes ne touchent que le secteur officiel, ce qui montre les limites d'une intervention de surveillance sur un marché non contrôlé. De même, l'expérience originale d'un réseau de surveillance auprès des praticiens privés ne semble pas suffisante pour toucher les micro-prestataires. Avec l'appui du Ministère de la Coopération française, les pouvoirs publics béninois ont suivi en 1993 et 1994 l'activité d'un certain nombre de cabinets privés. La méthodologie reposait sur un recueil transversal de données (par distinction avec les relevés systématiques qui caractérisent les enquêtes en routine largement utilisées pour les services publics): sur un échantillon de prestataires, des relevés ponctuels étaient effectués, qui présentaient l'avantage de la souplesse nécessaire à la légèreté des structures concernées. Les objectifs de ce «réseau sentinelle de surveillance» étaient (Josse et Helynck 1994) :

- objectifs généraux : obtenir une estimation de la pathologie couverte par le secteur privé à but lucratif, et compléter l'estimation de la morbidité obtenue par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) par une information en provenance du secteur privé (les prestataires étaient sollicités pour compléter mensuellement une fiche en indiquant les principales causes de consultation et le nombre de cas observés pour chaque type de maladie);
- objectifs spécifiques: étudier les principaux motifs de recours aux praticiens privés, et évaluer la faisabilité d'un recueil d'informations auprès des praticiens privés.

Cette expérience est intéressante car elle montre que les programmes de réglementation, s'ils concernent surtout le secteur public, intègrent également des préoccupations relatives au secteur privé. Néanmoins les micro-unités restent exclues de ce type de relevés, qui, par la méthode utilisée, ne peuvent toucher que les seuls prestataires officiels. En effet le système du réseau sentinelle suppose une confiance suffisante des unités vis-à-vis des enquêteurs, et la certitude de ne pas perdre les avantages de leur statut non contrôlé. L'importance de cette difficulté apparaît si l'on examine le nombre de praticiens

ayant réellement répondu à l'enquête: sur 33 inscrits au réseau, le nombre de participants a évolué entre 6 et 10 selon les mois (sur une période allant de janvier 1993 à mars 1994) (cf. les résultats de Josse et Helynck, 1994). On peut supposer qu'une enquête similaire dans le secteur des micro-unités aurait mené à une participation encore plus faible, en raison notamment de la méfiance qui aurait prévalu face aux techniques de contrôle et d'information utilisées: identification des prestataires, fiches mensuelles de notification d'activité à compléter régulièrement, organisation de réunions sous l'égide du réseau de surveillance.

Les propositions de la Banque Mondiale concernant une intervention sous forme d'**incitations** semblent relever d'un flou comparable à celui qui prévaut pour les mesures de surveillance. De façon générale, la Banque semble regrouper sous le terme d'incitations des mesures allant de la seule stimulation de la concurrence, jusqu'à des mécanismes proprement incitatifs c'est-à-dire fixant des objectifs assortis de rémunérations liées aux résultats obtenus par les prestataires. Dans le premier des deux cas, la mise en oeuvre de mécanismes concurrentiels touche le secteur public autant que le champ privé. La décentralisation des services est censée jouer un rôle important dans ce mouvement, ainsi que la mise en concurrence des prestations publiques et privées entre elles (1993 p 6). La promotion de la "diversité et de la concurrence" ainsi prônée (p 7) concerne à la fois les services de santé eux-mêmes, et les mécanismes d'assurance contre la maladie. Plus généralement, les analystes de la Banque Mondiale avancent les vertus de la concurrence comme argument pour soumettre les infrastructures aux lois du marché (1994 p 58). Si la nécessité de tous les monopoles n'est pas remise en cause, c'est la contestabilité des marchés qui se voit proposée afin d'augmenter l'efficacité des prestations. Ainsi, même dans le cas de monopoles naturels (pour lesquels il est plus économique que le marché soit constitué d'un seul prestataire), la possibilité d'entrée de nouveaux prestataires est supposée stimuler l'allocation efficace des ressources (p 59).

A côté de ces considérations sur la concurrence, que la Banque Mondiale intègre dans son approche des incitations, il convient de distinguer les mécanismes incitatifs proprement dits, qui jouissent aujourd'hui d'une faveur particulière auprès de cette institution.

En effet, les propositions de stimulation de la concurrence s'accompagnent souvent d'analyses sur la nécessité d'y adjoindre des actions réglementaires d'accompagnement. Or, il apparaît que, si la Banque Mondiale évoque les modèles incitatifs dans les relations entre l'agent central et les prestataires de santé officiels (secteur public et unités privées de grande taille ou répertoriées), elle n'applique pas ces analyses aux micro-unités, leur préférant dans ce dernier cas l'approche de la "surveillance" déjà abordée. A contrario, les analyses incitatives se voient utilisées dans le cadre des politiques d'infrastructures, notamment les télécommunications et transports (1994), c'est-à-dire pour des secteurs d'activité dont la qualité des services peut se mesurer sans les difficultés rencontrées dans le domaine sanitaire.

Ainsi concernant les infrastructures évoquées, la Banque aborde successivement les possibilités offertes par les méthodes du coût majoré (ou taux de rentabilité), des prix plafonds, et de la concurrence par référence. Les deux premières méthodes apparaissent certes largement irréductibles au contrôle de la qualité, car elles s'attachent essentiellement à des critères de rendement et de prix. En effet les prix plafonds signifient que l'on régule l'augmentation autorisée des tarifs pratiqués, et non pas une quelconque norme de qualité (p 77). La méthode du coût majoré ou du taux de rentabilité permet quant à elle d'assurer la couverture de la totalité des coûts de l'activité du prestataire (p 76). Au contraire, la troisième méthode d'incitations ainsi évoquée (concurrence par référence) n'est pas étrangère au problème de la qualité des prestations, comme nous allons maintenant le préciser. Mais ne pouvant s'appliquer qu'aux prestataires comparables entre eux et donc facilement observables, elle ne peut servir de fondement à une régulation dans le champ des micro-unités béninoises. Les lacunes des approches incitatives au regard des questions de qualité se trouvent ainsi confirmées, en particulier dans le cas du domaine sanitaire et des micro-unités. Reprenons ces éléments.

Le concept de "concurrence par référence", selon l'expression de la Banque Mondiale, traduit implicitement l'analyse de la concurrence par comparaison ("yardstick competition", Schleifer 1985). L'application faite par les analystes de la Banque au cas des

infrastructures n'est pas hasardeuse, puisque une telle approche convient particulièrement au cas de la distribution téléphonique ou électrique (Laffont 1991). La concurrence par comparaison consiste au départ (Schleifer 1985) à déterminer le prix pratiqué par une entreprise en prenant pour références les coûts d'entreprises comparables. A ce principe de base fondé sur la comparaison des entreprises les unes avec les autres, selon des critères financiers ou qualitatifs, peut être adjointe une clause éventuelle de récompense pour celles dont les résultats satisfont les pouvoirs publics.

Or, si un tel modèle peut se voir pratiqué selon un critère de coût (comparaison des coûts de production, et des prix des diverses unités), peut-on envisager de l'appliquer au domaine sanitaire, par une comparaison de la qualité des différents prestataires ? En réalité, les lacunes d'information sur la qualité viennent limiter l'opportunité d'un tel schéma. De plus, à supposer que cet obstacle se trouve surmonté (par l'élaboration d'une fonction de qualité par exemple), demeure le problème essentiel du caractère sanctionnant de cette procédure pour les micro-unités qui ne répondraient pas à la norme : on retrouve les problèmes posés par une approche en termes de surveillance, à savoir la possibilité de stratégies individuelles sur le marché des micro-unités qui viendront remettre en cause les mesures.

L'objet spécifique que constitue la qualité des services semble donc d'emblée souligner les limites des approches en termes incitatifs. La qualité, difficile à évaluer, rend complexe la définition d'une norme-objectif qui donnerait lieu à des incitations. La focalisation des approches incitatives sur les services publics, les entreprises d'Etat ou les unités privées officielles, ajoute à la difficulté d'aborder la régulation sous l'angle de la qualité des services offerts par les micro-unités. Néanmoins, la limite des modèles incitatifs sous leur angle normatif ne remet pas en cause une analyse des relations entre pouvoirs publics et micro-unités qui serait fondée sur l'hypothèse d'asymétries informationnelles et d'objectifs différents entre ces deux acteurs.

II.2 . UN TERRAIN SPECIFIQUE : LE SECTEUR PRIVE NON CONTROLE.

Les analyses dites incitatives s'avèrent essentiellement tournées vers les prestataires officiels. La distinction dominante au sein de ce secteur concerne le caractère public ou privé des unités à réguler. Sans considérer spécifiquement le secteur sanitaire, deux types de relations principal-agent peuvent être distinguées au sein de ces approches : d'une part, celles qui relient la firme aux pouvoirs publics (c'est le cas de la firme publique), d'autre part, celles qui rattachent l'entreprise aux actionnaires (c'est le cas de la firme privée). Dans les deux cas, on se trouve bien en présence d'un agent dont les caractéristiques sont globalement bien connues par le principal, et dont le contrôle semble possible à partir de contrats incitatifs. Ainsi en est-il des modèles proposés par Baron et Myerson (1982), Laffont et Tirole (1986), Bös et Peters (1990), qui considèrent soit l'entreprise publique, soit le monopole privé, soit encore les deux types de firmes dans une optique comparative.

Dans les analyses incitatives appliquées au secteur sanitaire, les modèles qui semblent a priori les plus proches du présent terrain d'analyse pourraient être ceux qui portent sur l'incitation des médecins libéraux en situation d'asymétrie (Béjean et Gadreau 1992, Béjean 1994, Fermon 1993a) : on y retrouve en effet la caractéristique de petite taille propre aux micro-unités, ainsi que la situation de concurrence entre les cabinets. En réalité, les analyses mentionnées continuent de s'intéresser au secteur institutionnel (par opposition aux micro-unités qui ne sont pas répertoriées), suivant en cela les principes des approches en termes d'agence. D'une façon générale, ces dernières s'attachent à des terrains où le secteur qualifié d'informel occupe une place marginale dans l'économie (comme c'est le cas des prestations sanitaires), et considèrent les asymétries touchant au seul domaine officiel. De plus, elles focalisent l'attention sur les problèmes de coût et de tarification plutôt que sur les risques touchant à la qualité. On se trouve donc encore loin des problèmes que nous avons soulignés dans le cas des micro-unités sanitaires béninoises.

Les propositions de la Banque Mondiale contribuent également à marginaliser les micro-unités. Les incitations ne semblent concerner que le secteur officiel, notamment public, soit par mise en concurrence avec le champ privé, soit par des mesures stimulantes de rationalisation (décentralisation, formation des personnels, mise en place de systèmes de gestion et d'un contrôle par les pouvoirs publics tel que les trois modalités proposées dans le Rapport 1994 et évoquées plus haut : coûts majorés, prix plafond, concurrence par référence). Les petites unités ne feraient alors l'objet que d'une réglementation prudentielle et qualitative, fondée sur un contrôle et d'éventuelles sanctions.

Or, la réglementation et le contrôle sous la forme d'une surveillance se sont depuis longtemps avérés inadéquats vis-à-vis des petites unités de production (aujourd'hui la répression tend à laisser place à une problématique de soutien : pour le Bénin voir Attin 1990, Maldonado 1993, et pour l'Afrique subsaharienne Botzung 1996). Leur application dans le domaine sanitaire apparaît donc a fortiori plus délicate encore. Les modèles des incitations peuvent-ils alors se substituer à une simple réglementation, malgré les limites que nous avons déjà soulignées ? Nous abordons ici le problème du difficile contrôle des petits prestataires sanitaires par les pouvoirs publics, dépassant ainsi la seule question de l'évaluation de la qualité. Il s'avérera que si la surveillance ne répond pas aux hypothèses sur les stratégies individuelles, les modèles incitatifs utilisés dans le cas des pays industrialisés contiennent eux-mêmes des clauses sanctionnantes qui ne conviennent pas au contexte ici abordé.

Nous allons aborder la difficulté d'un contrôle public du point de vue des deux catégories d'acteurs sur le marché : les modèles incitatifs concernent à la fois le côté de l'**offre** (par des mécanismes d'enchères concurrentielles, de contrats à clauses motivantes, de procédures de bonus-malus) et de **la demande** (incitations des consommateurs par la participation à l'évaluation et l'information-éducation-communication). Or, l'un comme l'autre de ces aspects ne peuvent s'appliquer tels quels au cas des micro-unités, du fait des relations fortement distendues qui prévalent entre l'Etat et le marché. Nous n'abordons pour le moment que les incitations sur l'offre, pour deux raisons : d'une part celles-ci apparaissent dominantes

dans les préoccupations des théories incitatives, d'autre part notre analyse s'intéresse pour le moment aux relations entre l'Etat et les micro-unités. Les incitations sur la demande seront néanmoins abordées dans le chapitre 6, au regard des limites que présentent les mécanismes consacrés à l'offre.

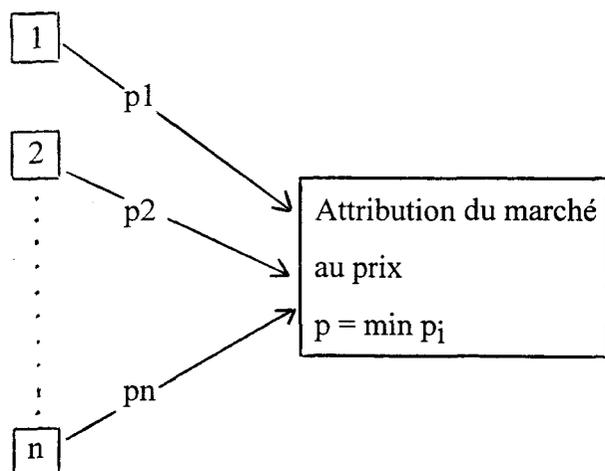
Nous reprenons les deux types de modèles incitatifs généralement distingués, soit par mise en concurrence (mécanisme d'enchères), soit par contrats (contrats à clauses motivantes ou procédures de bonus/malus), afin de montrer qu'ils ne résolvent pas, sous leur forme traditionnelle, les difficultés rencontrées par les pouvoirs publics dans la recherche du contrôle des petits prestataires.

II.2.1 . LA MISE EN CONCURRENCE PAR ENCHERES.

La procédure d'enchères concurrentielles s'inspire du mécanisme dit de Clarke, Groves et Vickrey (respectivement 1971, 1973, 1961), par lequel chaque agent qui impose un coût par un changement de décision ou un mensonge sur ses intentions se voit taxé du montant de ce coût sur la collectivité. Les enchères concurrentielles consistent à mettre en concurrence plusieurs prestataires devant l'obtention d'un marché ou d'un contrat. Les pouvoirs publics, ou principal, fixent une règle (par exemple une quantité produite assortie d'un prix), face à laquelle les producteurs annoncent "sous pli cacheté" les modalités de leur service. Mougeot et Naegelen (1984) appliquent cette procédure au domaine sanitaire. Le schéma de décision, inspiré de Naegelen (cf. Mougeot 1986), est présenté ci-dessous.

SCHEMA 4

LES ENCHERES CONCURRENTIELLES



Agents

Principal

Cette procédure est incitative dans la mesure où l'agent sélectionné se voit rémunéré du montant non pas de sa proposition, mais de celle du deuxième agent ayant fait l'offre la plus basse. Les agents ne se trouvent donc pas incités à proposer un prix différent du prix réel, car cela peut soit leur faire perdre le marché (s'ils annoncent un prix supérieur au prix d'un autre offreur), soit leur occasionner une perte une fois le marché obtenu (si l'agent sélectionné a annoncé un prix inférieur au prix des autres, alors que son prix réel était supérieur, il obtient le marché mais subit une perte égale à la différence entre son prix réel et le prix annoncé par le second moins disant) (Mougeot, Naegelen 1984).

Trois raisons tendent à montrer qu'un tel modèle se heurterait à l'objet qualitatif de notre problématique, autant qu'aux caractéristiques des micro-unités sanitaires béninoises.

En premier lieu, la procédure d'enchères concurrentielles s'attache aux **variables de prix et de quantité plutôt qu'à la qualité**. Or, si l'annonce du vrai prix constitue bien une stratégie prédominante dans le modèle des enchères (car la règle énoncée par le principal s'avère non manipulable du fait de la rémunération sur la base du deuxième offrant le plus bas), on peut douter qu'une telle facilité de norme soit offerte au critère de qualité dans le cas des micro-unités. En effet, la détermination d'une norme de qualité opérationnelle reste le préalable nécessaire à l'élaboration d'une règle incitative. La fonction de qualité présentée au chapitre 3 se doit d'être améliorée avant d'élaborer un modèle d'intervention publique. A cet égard, le modèle des enchères tel qu'il est présenté par Mougeot et Naegelen ne fournit pas les moyens d'un contrôle d'ordre qualitatif, car ses critères d'évaluation (quantité et prix) s'avèrent beaucoup moins complexes que la mesure de la qualité. Encore une fois, la focalisation des approches incitatives sur les variables quantitatives et tarifaires limite leur portée, puisqu'elles ne se trouvent pas confrontées, contrairement à notre problématique, à la difficulté de déterminer une évaluation pertinente de la variable objectif.

En second lieu, les enchères concurrentielles fondent l'intervention publique sur **l'attribution d'un marché ou d'un contrat** pour une activité donnée. En réalité, l'intervention directe des pouvoirs publics béninois dans le secteur privé conduirait probablement à l'échec des tentatives de contrôle. Il apparaît difficile pour un agent extérieur aux transactions entre les micro-unités et les utilisateurs, de s'immiscer dans les échanges de cet ordre. Le dynamisme et la prolifération du marché reposent sur les stratégies de l'offre et de la demande, elles-mêmes stimulées par le caractère flou et largement non répertorié du secteur. Dans ce contexte, l'agent central ne peut se substituer à la demande, puisque les stratégies des deux côtés du marché se fondent précisément sur la relation directe entre offre et demande. Les avantages trouvés par les prestataires dans le report vers le marché semblent empêcher toute réappropriation par les pouvoirs publics. Nous reviendrons sur cette difficulté.

Enfin, l'hypothèse de **mise en concurrence des offreurs** s'avère inadéquate face au secteur des micro-unités. Les enchères constituent en effet un schéma dans lequel le rôle des

pouvoirs publics comme intermédiaire permet aux petites unités d'exercer leur activité dans de meilleures conditions que sur un marché pur, tout en évitant les inconvénients d'une offre qui serait trop protégée. Or, le secteur des micro-unités est peu comparable avec le cas des entreprises publiques ou relativement protégées qui nécessiteraient une mise en concurrence. Le caractère auto-dynamique du marché (lié à son caractère libre) vient à l'encontre d'une telle hypothèse. La mise en oeuvre d'un contrôle de qualité sur les micro-unités ne peut reposer sur l'Etat comme agent intermédiaire obligé entre l'offre et la demande. Elle semblerait plutôt devoir relever d'un effet de levier, c'est-à-dire de la mise aux normes d'un certain nombre d'unités sans une intervention directe de l'agent central (nous reviendrons sur cet effet de levier).

A cette étape intermédiaire, nous concluons que les mécanismes incitatifs, de par leur caractère sanctionnant (ils taxent les unités qui s'éloignent de la norme), sont susceptibles d'engendrer des comportements d'adaptation de la part de l'offre qui peuvent affecter négativement la satisfaction de la demande. A cet égard, on fait apparaître les limites du caractère répressif des analyses incitatives. Les distorsions qu'elles peuvent entraîner du point de vue de la satisfaction des individus ne seront pas forcément compensées par les gains qu'elles procurent.

II.2.2 . LES MECANISMES DE CONTRATS.

Dans les mécanismes de contrats à clauses motivantes (Holt 1979), la règle incitative de l'Etat (agent central) repose sur l'attribution du contrat à l'entreprise qui propose le prix le

plus bas, et le versement d'une prime en cas de sous-coût (ou le prélèvement d'une taxe en cas de surcoût).⁸

Si par exemple, l'agent propose sa production à un prix p , et que le coût ex post s'avère supérieur à p , il subit une pénalité proportionnelle au surcoût. La procédure symétrique (prime proportionnelle aux gains de coût par rapport au prix annoncé) permet d'inciter les producteurs à rapprocher le coût prévisionnel et le coût réel, voire à abaisser le second sous le premier afin de dégager des avantages financiers.

Dans le cadre sanitaire, de telles procédures correspondent aux propositions en termes d'enveloppe globale (Béjean, Gadreau, Fermon, cf pages précédentes), ainsi qu'en termes de "réseaux de soins coordonnés" (Launois et Giraud 1986) (ces derniers, inspirés des "health maintenance organizations" américaines, ont donné lieu à des approches non sans impact sur la présente problématique, que nous aborderons au cours de cette analyse).

Nous soulignons dans un premier temps la pertinence du principe général qui préside à l'allocation par contrat au regard des micro-unités sanitaires béninoises. Puis nous insistons sur les limites de ce modèle compte tenu des caractéristiques du secteur.

⁸ Les procédures par contrats intègrent également le mécanisme de bonus-malus (voir par exemple Weitzman 1976), voisin des contrats à clauses motivantes. Mais leur application prioritaire aux économies centralisées repose sur des mécanismes difficiles à concilier avec les relations entre les pouvoirs publics béninois et les micro-unités. En effet, la procédure de Weitzman repose sur trois étapes qui supposent des entreprises planifiées, ou pour le moins largement contrôlées : d'abord, le centre propose aux unités un objectif assorti d'une rémunération et d'un bonus ; ensuite, l'entreprise choisit un plan de production et un niveau de bonus ; enfin, la production a lieu et l'entreprise reçoit une rémunération en fonction de l'objectif initial, de l'objectif révisé et de la production effective. Nos conclusions sur l'inadéquation d'une régulation centralisée (I.1.2) s'appliquent également au mécanisme de bonus-malus.

II.2.2.1 . LA PERTINENCE DU PRINCIPE GENERAL

Le principe fondamental des mécanismes de contrats résume de façon édifiante l'état des relations entre les pouvoirs publics béninois et les petits prestataires urbains. L'agent central "ne peut ni apprécier, ni contrôler la qualité, l'effet ou le coût [de l'agent périphérique], ce qui est la situation la plus fréquente dans les services de soins. La relation contractuelle doit inciter l'agent périphérique à fournir la prestation correspondant le mieux possible aux critères de performance de l'agent central, tout en maximisant son propre avantage" (Kleiber 1991 p 236).

Le modèle propose l'utilisation d'incitations d'ordre financier : "si le coût prévu est supérieur au coût réel ex post [...], l'entreprise reçoit alors une prime..." (Mougeot 1986 p 72), "l'incitant est en général d'ordre monétaire" (Kleiber 1991 p 236). Par rapport aux micro-unités, ce principe présente a priori l'avantage de prendre en compte l'un des déterminants essentiels des stratégies d'offre, à savoir la recherche d'un profit. Les limites que nous avons soulignées des approches fondées sur la seule réglementation (absence de stimulation de l'offre, dimension répressive) montrent en effet que l'incitation des micro-unités ne peut être efficace que si elle s'appuie sur des stimulations financières. Les petits prestataires adaptent leurs stratégies en fonction des intérêts qu'ils peuvent y trouver : en l'occurrence, l'incitant financier peut constituer un facteur de décision important dans leurs comportements d'offre (cf les déterminants de l'offre dans le chapitre 2).

Pourtant, une lacune essentielle du modèle résulte encore de sa focalisation sur un objectif de coût, même si les formulations générales permettent d'intégrer éventuellement d'autres variables. Les contrats motivants négligent la qualité comme variable objectif des pouvoirs publics. Comment rendre opérationnel un contrat portant sur la qualité, à plus forte raison dans le cas des micro-unités ? Nous reviendrons sur cette question plus loin.

En vertu de l'apport de ce modèle, et au delà des réserves qui seront développées, nous en retiendrons le principe essentiel : **s'il est possible** de définir une **incitation efficace** (c'est-à-dire qui améliore la qualité des prestations), alors cette incitation ne peut être fondée que sur **une clause motivante** en fonction de l'atteinte ou non d'un objectif par les unités productives.

L'intérêt de clauses motivantes montre au passage les limites des seules pratiques ou tentatives de réglementation, qui n'intègrent pas de motivation financière. De même nous pouvons souligner l'insuffisance des politiques qualifiées d' "information-éducation-communication" (IEC), qui sont actuellement menées par les pouvoirs publics béninois, et qui reprennent une modalité d'intervention déjà expérimentée dans certains pays industrialisés.

En effet, l'IEC apparaît comme un axe important des programmes menés par les pouvoirs publics béninois à travers les textes déjà évoqués (MSP 1993b, 1993c). On peut distinguer parmi les mesures de réglementation (annexe 4), d'une part les actions tournées vers l'offre, d'autre part celles destinées plutôt à la demande. Ces dernières seront abordées dans l'analyse des problèmes de contrôle de la demande (chapitre 6, II.2). Les interventions d'IEC sur l'offre sanitaire consisteraient, quant à elles, à mettre en oeuvre les actions suivantes :

- Le contrôle de la vente illicite de médicaments par :
 - la juridiction et la réglementation
 - la répression (deux inspecteurs étaient prévus en 1993)
 - l'information et l'éducation (comité de lutte contre la vente illicite) ;

- La stimulation de l' "usage rationnel" des médicaments :
 - réglementation, répression et sensibilisation contre les prescriptions "irrationnelles" ou illégales
 - enquêtes, séminaires et enseignements sur les ordonnances "mal rédigées"
 - réglementation et formation des personnels public et privé pour réduire la "dispensation anarchique".

Un programme d'IEC spécifique aux médicaments apparaît en outre dans le Plan d'Action Prioritaire triennal, où les dépenses prévues en 1993 étaient de 45 000 000 FCFA (avant dévaluation) pour des actions touchant aux problèmes de "vente illicite, prescription irrationnelle ou illégale, auto-médication, publicité non réglementée, manque d'informations objectives sur les médicaments" (programme 7 de l'annexe 4).

On peut s'interroger sur l'impact de telles mesures sur l'amélioration effective des conditions qualitatives de l'offre, d'une part en observant l'effet des politiques d'IEC déjà menées dans certains pays développés, d'autre part en confrontant les actions engagées dans le cadre du Plan Pharmaceutique aux caractéristiques des micro-unités.

De façon générale, les politiques d'IEC semblent avoir connu des résultats ambigus. Le rapport déjà évoqué, "Santé 2010" (Commissariat Général au Plan 1993), conclut en effet au "succès limité des politiques d'éducation-information", citant en ce sens les enquêtes menées (Selbach 1979, Griver 1979, Schroeder et alii 1984, in Commissariat Général au Plan 1993). Le rapport distingue les campagnes d'éducation des campagnes d'information en retour sur l'activité des médecins. En appliquant cette distinction au terrain béninois, on peut d'ores-et-déjà introduire les difficultés que ne peuvent éviter de rencontrer de tels programmes.

Concernant d'abord les politiques d'éducation, il s'agit de transmettre aux prestataires une information sur la valeur médicale et/ou le coût d'un acte diagnostique ou thérapeutique (p 380). Dans les pays industriels où ces politiques ont été menées, les études citées montrent qu'un suivi est nécessaire pour assurer la continuité de l'impact (par exemple l'utilisation d'une méthode thérapeutique sûre ou moins coûteuse pour une affection donnée). On suppose donc que les praticiens ont effectivement reçu l'information préalable. Or, si cela apparaît probable au sein des pays industrialisés, on peut douter qu'il en soit ainsi dans les PVD. Les difficultés rencontrées pour obtenir des informations sur les petits prestataires se doublent d'une

réceptivité probablement plus faible de ceux-ci face aux informations provenant des pouvoirs publics. On peut, à cet égard, considérer comme raisonnablement applicables aux micro-unités béninoises les résultats des enquêtes menées sur le secteur informel sous la direction de Morrisson, Solignac Lecomte et Oudin (1994). Celles-ci montrent notamment que les prestataires des petites entreprises ne connaissent pas toujours les conditions légales de création de leur activité (p 84).⁹ On peut donc penser qu'il existe des barrières à l'entrée d'information sur le marché des micro-unités en général, et donc sur celui des services sanitaires.

Au problème des asymétries informationnelles défavorables au centre par rapport à la périphérie s'ajoute donc ici celui de la difficulté à transférer toute l'information souhaitée vers les unités privées. Les moyens utilisés dans le cadre occidental pour le transfert d'informations vers les médecins (conférences, lettres, revues, affichages) ne peuvent en conséquence s'appliquer aux micro-unités béninoises : les prestataires sont en majorité non répertoriés, ce qui limite une approche personnalisée ; ils ne fréquentent pas tous (sauf dans le cas des agents exerçant une pluri-activité) les lieux susceptibles de centraliser l'information (tels que les infrastructures sanitaires) ; enfin on peut douter que leur activité et les contraintes qu'ils rencontrent (cf chapitre 2) leurs permettent de (ou les incitent à) chercher l'information susceptible d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Concernant les mesures d'information en retour, la confrontation au terrain béninois révèle des difficultés dans la nature même de ce type de stratégie. En effet, celle-ci consiste à distribuer aux prestataires l'information sur l'activité et l'efficacité des autres praticiens, afin de modifier les comportements dans le sens d'un objectif collectif. En réalité, la méconnaissance déjà soulignée des petits prestataires urbains réduit largement la validité de la politique évoquée. En outre, rien ne garantit l'efficacité d'une information en retour sur la modification du comportement des prestataires, notamment dans le contexte de recherche de profit qui semble prévaloir sur le marché des micro-unités. La primauté des logiques

⁹ Les personnes interrogées ne sachant pas si le non-enregistrement est nécessaire, ou manquant d'information sur les modalités légales d'activité, représentent 91,7 % en Tunisie, 4,3 % au Niger, 26,8 % au Swaziland.

lucratives face aux rationnements dont font l'objet les diplômés peut limiter les modifications de comportement souhaitées par les pouvoirs publics dans le sens d'une amélioration de la qualité.

Si maintenant nous examinons plus précisément les mesures du Plan Directeur Pharmaceutique, les limites que nous venons de souligner semblent confirmées. On retrouve principalement le volet de l'éducation dans les principes de la sensibilisation contre la prescription irrationnelle, dans les enquêtes, séminaires et enseignements, enfin dans la formation du personnel médical. Les problèmes de transfert d'information vers les prestataires des petites unités sont éludés, et l'accent se trouve porté sur le secteur officiel, le seul notamment à pouvoir bénéficier de formations et donner lieu à des enquêtes de grande envergure. Le secteur non répertorié fait quant à lui l'objet de projets de "surveillance" dans le sens défini plus haut : la réglementation s'accompagnerait d'une répression des offreurs particulièrement déviants par rapport à la fonction-objectif des pouvoirs publics.

Les limites des politiques d'IEC, ainsi que celles de la réglementation, tendent donc à conforter le rôle potentiel des modèles de contrats motivants. Néanmoins, ces derniers nécessitent une analyse critique au regard des hypothèses et des caractéristiques relatives aux micro-unités.

II.2.2.2 . DES MODALITES INADEQUATES

Nous abordons les limites des contrats à clauses motivantes sous deux aspects. D'une part, le caractère non monopsoniste des pouvoirs publics dans le cas des micro-unités amène à infirmer le principe d'un Etat attribuant un marché et assurant le financement de toute la prestation (un principe différent devra être proposé). D'autre part, l'une des deux modalités essentielles des contrats motivants repose sur les "réseaux de soins coordonnés" : Or ces

derniers n'apparaissent pas adaptés au caractère parcellisé du marché des micro-unités, alors que ce type de mécanisme a connu et rencontre encore un certain succès dans les analyses des systèmes de santé occidentaux mais également dans le cas béninois.

En premier lieu, les présentations courantes des contrats à clauses motivantes dans le domaine sanitaire (Mougeot 1986, Kleiber 1991) considèrent les relations entre pouvoirs publics et entreprises comme fondées sur **le financement par les premiers de la prestation des unités productives**. Ce paiement, fondé sur une **relation de monopsonne**, dépend de la différence entre le prix annoncé par l'unité (p) et le prix effectif (p^*) : l'entreprise est rémunérée p si $p=p^*$, elle reçoit $\beta(p-p^*)$ si $p>p^*$, elle est pénalisée de $\beta(p^*-p)$ si $p<p^*$. Dans tous les cas, les pouvoirs publics financent l'intégralité de l'offre du contrat, ce qui rend déterminant l'impact de leur tarification sur le comportement des entreprises.

Dans les relations entre l'Etat béninois et les petits prestataires, il semble difficile d'imaginer non seulement l'attribution d'un marché ou d'un contrat du premier aux seconds (les relations sont distendues), mais également le financement de toute la production des entreprises par les pouvoirs publics. Les relations ne s'ordonnent pas sous la forme d'un monopole bilatéral comme le suppose le modèle. Les entreprises se trouvent au contraire soumises à la concurrence, et les pouvoirs publics ne prennent pas part dans les échanges entre les micro-unités et leurs utilisateurs.

Le rôle de l'agent central s'en trouve modifié sur le terrain béninois : les pouvoirs publics ne peuvent être ni acheteurs de prestations informelles, ni financeurs de la totalité de la production des unités éventuellement sélectionnées, puisque ceci remettrait en cause le caractère libre des petites prestations. La seule forme de relation qui préserverait la nature de ces activités semble donc reposer sur une relation non pas directe (telle que celle fondée sur un monopole bilatéral, de type acheteur public/vendeur unique, et/ou financeur intégral/unité financée), mais au contraire indirecte (c'est-à-dire tenant compte du caractère concurrentiel du

marché étudié). On peut ainsi envisager un modèle supposant un agent central qui proposerait une règle de subvention des micro-unités sous la condition du rapprochement d'une norme de qualité. De cette façon, l'Etat ne serait ni acheteur direct, ni financeur intégral, mais se limiterait à prendre en charge une partie des coûts de production de certaines unités sélectionnées. L'efficacité d'un tel modèle sera discutée dans le chapitre suivant.

La seconde limite des contrats à clauses motivantes provient de leur version en termes de **pré-paiement**. Ce système, inspiré des "health maintenance organizations" (HMO aux Etats-Unis), a donné lieu en France aux propositions de réseaux de soins coordonnés, que l'on qualifie parfois de "quasi-marché" (Mougeot 1986). On observe que les analyses en termes de pré-paiement provoquent un intérêt non négligeable dans les PVD, notamment à travers certaines institutions internationales. La Banque Mondiale évoque ainsi la possibilité de substituer au paiement à l'acte le système de pré-paiement (1993 p 13), en se fondant sur une logique économique (résolution du problème de financement) pour justifier une telle option. L'Unicef appuie également ce mécanisme (Grant 1987), montrant le relatif consensus qui s'est établi autour du paiement des soins par les usagers, au delà des divergences de doctrine entre les divers organismes (plutôt économique pour la Banque Mondiale, alors que l'OMS et l'Unicef nuancent la vision d'un marché efficace). Or, si cette modalité de financement et de régulation offre l'avantage de tenter une conciliation entre le marché pur et la centralisation administrative, elle ne permet néanmoins pas de prendre en compte les micro-unités, et ne répond pas aux hypothèses qui se rattachent à notre terrain.

Le système de pré-paiement consiste à proposer aux demandeurs un abonnement à une filière de soins : la cotisation permet à l'individu de bénéficier ensuite, sans frais supplémentaires, d'un éventail de prestations en fonction de ses besoins. On reconnaît généralement à ce type de mécanisme l'intérêt de favoriser la concurrence entre les offreurs, puisque les filières de soins se trouvent en concurrence entre elles pour les contrats d'adhésion des particuliers (de même que les prestataires de soins sont en concurrence pour la participation aux HMO). De plus, les HMO permettraient, dans le contexte occidental, de

réduire le coût des dépenses sanitaires, puisque les frais de santé sont à la charge de la filière une fois l'adhésion annuelle versée par le client. Ainsi, le risque moral et la sélection adverse seraient appelés à disparaître du côté de l'offre.

Une variante des HMO, proposée par Giraud et Launois en France (Launois et Giraud 1986), permet de montrer le rôle des pouvoirs publics dans l'incitation à réduire les coûts de santé, et dans la mise en concurrence des prestataires. Les "réseaux de soins coordonnés" (RSC) se fondent en effet sur l'exemple des HMO, à la différence près que la sécurité sociale continuerait, dans le cas des RSC, à verser un forfait annuel aux particuliers, pour financer leur adhésion aux réseaux indépendamment du coût de celle-ci et de l'utilisation réelle du réseau par le client. Le rôle central de la sécurité sociale demeure donc dans un premier temps. Les salariés continuent de cotiser à cet effet en proportion de leur salaire. Les RSC ne modifient donc pas le système de financement de la sécurité sociale, mais redéfinissent par contre celui des dépenses de santé. En outre, les auteurs préconisent de stimuler la concurrence au sein des prestataires, à l'instar du système américain : une concurrence entre les réseaux d'abord, mais également une concurrence entre ceux-ci et les médecins libéraux.

Au delà des différences entre les HMO et les RSC, le point commun essentiel réside dans la règle incitative, qui dans les deux cas résulte d'une décision publique, réglementant les normes qualitatives et éventuellement tarifaires (selon que les pouvoirs publics imposent ou non une marge de prix aux réseaux).

Le mécanisme motivant repose sur l'intérêt, pour les organisations sanitaires, de dégager un surplus ou au moins de minimiser leurs coûts : plus les adhérents consomment de prestations, plus la filière de soins subit un accroissement de ses charges, puisque l'utilisateur ne paie plus à l'acte mais de façon forfaitaire. La qualité serait quant à elle assurée par la mise en concurrence des HMO ou des RSC.

Le système de pré-paiement connaît une ébauche d'analyse et d'application dans les pays subsahariens. La Banque Mondiale (1993 p 13) évoque la possibilité d'encourager le secteur privé à pratiquer le pré-paiement plutôt que le paiement à l'acte, afin d'éviter l'augmentation excessive du nombre des actes, en citant comme exemple le cas des organisations de soins intégrées (c'est-à-dire les "quasi-marchés" tels que les HMO ou les réseaux de soins coordonnés). Des tentatives d'application ont par ailleurs eu lieu. Dumoulin et Kaddar (1993), citant le cas du Zaïre, notent que les résultats d'une telle expérience sur deux sites ne permettent pas d'évaluer clairement l'impact des formules de pré-paiement. Dans le premier cas (une zone de 5000 habitants), seuls les habitants des villages proches s'étaient abonnés, et ceux-ci semblaient exercer une sélection adverse consistant à consommer en grandes quantités, ce qui rendait le système déficitaire. Dans le second cas (district de Bwamanda), le système de pré-paiement fonctionnerait grâce au programme de développement intégré conjoint.

Les analyses et les expériences demeurent donc tâtonnantes, mais on peut d'ores-et-déjà considérer les limites d'un tel modèle dans le cas des micro-unités béninoises, en raison d'une caractéristique essentielle de ce marché, à savoir sa parcellisation qui empêche la mise en place de contrats entre l'agent central et un groupe de prestataires.

Les systèmes de pré-paiement, HMO ou RSC, reposent le plus souvent sur l'idée de filières complètes de soins. Or, il convient de distinguer cette approche globale de l'offre sanitaire, d'une réalité béninoise beaucoup plus parcellisée, notamment dans le cas du secteur libre non répertorié. Les filières de soins ne peuvent concerner qu'un secteur sanitaire dont les offreurs sont identifiables, répertoriés et contrôlables par les pouvoirs publics. Les échecs de la structuration du "secteur informel" tendent à montrer que l'émergence d'organisations de prestataires ne peut concerner que le secteur officiel. On peut à cet égard s'intéresser à l'étude de Elisha (1989), qui tente d'analyser l'applicabilité des HMO au Bénin. L'auteur conclut que trois solutions s'avèrent possibles, toutes fondées sur le développement des HMO au Bénin :

"- La HMO se comporte comme une mutuelle ;

- l'Etat privatise le secteur maladie et devient un employeur ordinaire et la HMO prend tout à sa charge ;

- l'Etat continue d'assurer ses prestations à 80 % et la HMO s'occupe des 20 % et des frais de médicaments génériques, à condition que la liste de ceux-ci soit pré-établie et leurs prix conventionnés avec des pharmacies agréées, etc, et que tout cela soit codifié dans le règlement intérieur".

Elisha, qui développe donc une vision favorable à la mise en place d'un système de pré-paiement et d'assurances-maladie privées, ne considère en réalité que les unités de santé déclarées ou de grande taille, ainsi que les seuls acteurs institutionnels (Etat, Office Béninois de Sécurité Sociale, banques, Loterie Nationale, grandes entreprises, p. 39). Ainsi ne sont pris en compte ni les salariés non déclarés, ni les micro-unités sanitaires. Certes, Elisha distingue trois cas qui supposent une inégalité des salariés face à la protection contre la maladie : d'abord les salariés dont l'employeur ne prend pas en charge les frais de maladie ; ensuite, ceux dont la société couvre une partie ou la totalité des dépenses ; enfin les employés des grandes sociétés publiques et les agents permanents de l'Etat, ces derniers étant en principe les mieux couverts en cas de besoin sanitaire. Mais en réalité, ces différents cas demeurent confinés à la situation des entreprises déclarées et/ou de grande taille, au sein desquelles les salariés bénéficient d'un statut généralement légal. En conséquence, les propositions de Elisha ne concernent que le secteur officiel et laissent de côté les micro-unités, comme la plupart des analyses en termes de quasi-marché. La portée de l'étude au regard de l'intérêt du pré-paiement s'en trouve réduite, compte tenu de la diversité des sources de soins au Bénin.

Si les filières de soins ne peuvent s'appliquer à un marché parcellisé, le secteur des micro-unités vient renforcer cette inadéquation avec le modèle. Les HMO nécessitent un contrôle qui suppose une structuration déjà suffisante. Les propositions de Elisha reposent sur

une alliance entre des acteurs institutionnels : entreprises, médecins et structures hospitalières, pharmaciens et structures de distribution de médicaments, organismes d'assurance. Ainsi l'auteur cite-t-il comme intervenants prioritaires des organismes sur lesquels une action de réglementation ou déréglementation semble possible : l'Office Béninois de Sécurité Sociale (OBSS), la SONAR (société d'assurance), les banques, la Loterie Nationale, les grandes entreprises (Air Afrique, SCOA, SONICOG, SBEE). Dans les faits, les modalités de contrôle proposées par Elisha s'avèrent donc inadaptées au cas des petits prestataires : la "Joint Commission Accreditation of the Organization" (p. 43), qui viserait à révéler les problèmes d'organisation, de gestion et de compétence médicale par une "méthode objective", ou encore le contrôle de qualité ("quality insurance", p 44), ne concernent que des tentatives d'organisation qui porteraient sur les services officiels. Il apparaît donc encore une fois marquant de constater que les micro-unités ne sont pas abordées dans une étude qui, pourtant, s'interroge sur l'organisation et la restructuration des services de santé.

En fin de compte les contrats à clauses motivantes ne semblent pas pouvoir prendre la forme de filières de soins intégrés. La parcellisation, l'absence de contrôle et les stratégies individuelles des offreurs sur le micro-marché apparaissent peu compatibles avec ce type de régulation. De façon plus générale, les quasi-marchés de la santé, qui jouissent actuellement de la faveur des institutions (Banque mondiale et pouvoirs publics), restent une forme d'intervention (ou de restructuration) qui concerne peu les micro-unités. Celles-ci sont au départ un secteur libre et non contrôlé, alors que l'objet des quasi-marchés revient à introduire des éléments de concurrence au sein d'un système administré.

L'analyse des deux modèles de régulation ainsi présentés (enchères concurrentielles et contrats motivants) nous amène à proposer une mise en relation de deux groupes d'hypothèses que nous avons retenues : d'une part, celles touchant aux comportements des offreurs et énoncées dans les chapitres 2 et 4 (stratégies de reports et stratégies de manipulation d'information) ; d'autre part, celles relatives au mode de régulation (rôle

potentiel des incitations compte tenu de l'inadéquation des modes de régulation optimale et générale).

L'entrée des petits prestataires sur le marché s'est vue motivée par des rationnements, montrant ainsi l'importance des variables financières (ou touchant aux ressources) dans les choix effectués par les offreurs. Compte tenu de la place occupée par ces contraintes dans les décisions de report vers le marché, nous pouvons avancer que la rationalité des offreurs les pousse de la même façon à s'adapter à toute contrainte nouvelle, c'est-à-dire à minimiser celle-ci, voire à choisir de nouvelles stratégies de reports. En d'autres termes, on peut supposer que la rationalité de l'offre conduira celle-ci à adapter son comportement à tout mécanisme instauré par les pouvoirs publics et amenant des contraintes supplémentaires. Ainsi en est-il de tout mécanisme réglementaire et/ou sanctionnant, qui peut voir son efficacité limitée, voire anéantie, par les stratégies d'offre :

- **Les mécanismes de réglementation**, sans mise en oeuvre parallèle de sanctions destinées aux déviants, ne peuvent suffire à réguler la qualité des prestations des micro-unités. Il en est de même des campagnes d'information et de sensibilisation (IEC notamment). Les petits prestataires adaptent leur comportement aux contraintes du marché avant de tenir compte des règles normatives publiques.

- **Les mécanismes sanctionnants**, c'est-à-dire fondés sur la surveillance et la répression des unités éloignées de la norme, peuvent entraîner des manipulations d'information accrues de la part des offreurs. Celles-ci peuvent s'exercer au détriment de la demande, contrairement aux effets recherchés de l'intervention. Si les sanctions sont lourdes, les prestataires peuvent opter pour la fuite du marché, la demande se retrouvant alors rationnée.

Face aux limites des réglementations indicatives ou sanctionnantes, les incitations dans leur forme normative confirment l'ambiguïté de l'intervention publique. L'apport de ces modèles provient du dépassement de l'opposition entre l'Etat comme régulateur et le marché

comme lieu d'expression des stratégies individuelles : les relations entre pouvoirs publics et agents décentralisés dépassent l'opposition Etat-marché, car toutes les relations entre l'un et l'autre reposent sur des stratégies d'utilisation ou de recherche d'information. Néanmoins, les modèles d'incitations demeurent par nature répressifs, et en ce sens ne correspondent pas aux logiques développées sur le marché des micro-unités. Nous allons voir dans le chapitre 6 que seul un modèle d'incitations non sanctionnantes, c'est-à-dire ne pénalisant pas les offreurs qui demeurent en dehors de la norme, permet a priori de réduire une partie des manipulations d'informations, mais ne garantit nullement que cet effet ne s'accompagnera pas de contre-stratégies de la part des agents du marché.

En fin de compte, la portée normative des incitations se heurte à la question du contrôle externe des unités productives. Bös et Peters (1990) distinguent le contrôle externe du contrôle interne. Tous deux visent à réduire les coûts marginaux, la différence portant sur l'origine du contrôle. Dans le premier cas, celui-ci provient soit des actionnaires, soit des pouvoirs publics. Il est possible de remplacer l'objectif de baisse des coûts marginaux par celui d'amélioration de la qualité, afin d'appliquer ces critères aux micro-unités. Mais le premier problème vient de la difficulté d'évaluer le contrôle interne, c'est-à-dire les efforts des prestataires pour accroître la qualité. Un contrôle externe peut alors apparaître comme une réponse aux limites des mécanismes de contrôle par le marché. En l'absence d'actionnaires, le seul acteur susceptible de jouer ce rôle semble être l'Etat, ou toute institution compétente dans le domaine sanitaire (Ordre des médecins par exemple). Or, si l'idée du contrôle externe peut s'inspirer des analyses incitatives, une différence essentielle avec celles-ci réside dans le fait qu'il ne s'agit pas d'une relation de l'Etat avec une entreprise officielle, mais avec une multitude de micro-unités.

CONCLUSION

Les analyses incitatives répondent à bien des égards aux lacunes des modèles analysés dans la première section de ce chapitre. Nous avons en effet tenté de montrer que la sous-optimalité n'est pas assimilable à un problème d'Etat, mais bien à un problème d'information. Les approches incitatives permettent alors de considérer le problème de l'information comme commun à l'Etat et au marché, et d'envisager en conséquence une régulation non pas optimale et générale mais sous-optimale et sectorielle : l'information constitue bien une contrainte forte, autant dans les relations entre l'offre et la demande que dans celles qui relient les pouvoirs publics à l'offre.

Mais les incitations se heurtent à deux caractéristiques essentielles de la présente problématique : son objet (la qualité des services de santé), et les spécificités de son terrain (un secteur parcellisé et composé de micro-unités faiblement répertoriées, dont certaines caractéristiques sont proches du secteur "informel"). La faible structuration des relations entre les pouvoirs publics et les petits prestataires nous interroge sur la capacité des premiers à réguler sur un mode indicatif (par la révélation de l'information sur l'offre et l'absence de sanctions aux déviants) ou/et répressif (réglementation et sanctions).

Les éléments de modèle que nous abordons dans le chapitre 6 se proposent de mettre au centre de l'analyse les mécanismes incitatifs face aux lacunes publiques ainsi introduites. L'objectif est d'aborder précisément les comportements de marché qui peuvent limiter l'efficacité de toute intervention externe. Nous tenterons de montrer que même dans le cas d'incitations non assorties de pénalités (pour les déviants), les stratégies des acteurs restent en partie incontrôlables. Parallèlement le modèle permettra de redéfinir le champ d'action publique face à la question du bien-être sanitaire individuel, et dans l'optique d'une remise en cause de l'opposition Etat-marché.

CHAPITRE 6

INCITATIONS, QUALITE ET MICRO-UNITES SANITAIRES

Le chapitre 4 tendait à montrer que les risques inhérents au marché des micro-unités reposent sur une asymétrie informationnelle entre les prestataires et les utilisateurs. Le chapitre 5 soulignait que les asymétries concernent également les relations entre les pouvoirs publics et les offreurs, renforçant au passage les risques du marché. Nous cherchons ici à tirer les conséquences de ce point commun entre l'Etat et le secteur privé. Le présent chapitre aborde le problème des relations entre les pouvoirs publics et le secteur des petites unités sanitaires sous l'angle des incitations publiques. Le terrain des micro-unités béninoises constitue toujours le support de cette analyse, dont l'objectif est de questionner la théorie des incitations. Les modèles incitatifs présentent deux dimensions, l'une positive, l'autre normative, vis-à-vis desquelles il convient de situer la présente approche. La *dimension normative* des incitations tente de fournir les règles d'un partage optimal des informations et des risques : dans le cas des micro-unités, il s'agirait de définir des contrats optimaux entre l'offre et la demande, ou entre l'offre et les pouvoirs publics, afin de jouer sur les risques de qualité. Nous soulignons dans ce chapitre les conditions particulières dans lesquelles une approche incitative peut être efficace. A l'idée d'un Etat régulateur d'une qualité minimale, se heurtent les asymétries informationnelles qui posent la question des contre-stratégies développées par les offreurs face aux normes publiques, mais également par les demandeurs trop souvent négligés dans les procédures normatives. La portée des incitations sous leur jour normatif s'en trouve donc partiellement limitée, même si la régulation de qualité offerte par le marché est elle-même insatisfaisante. La *dimension positive* des incitations permet précisément de caractériser les relations entre pouvoirs publics et micro-unités à partir des contre-stratégies de la part de l'agent (les micro-unités) qui limitent la capacité de l'Etat à réguler efficacement le micro-marché. Encore une fois, nous soulignons la capacité d'action restreinte des pouvoirs publics, mais dans une optique divergente de celle des analyses en

termes de bureaucratie. On montre en effet ici, d'une part, que cette faiblesse semble paradoxale avec le rôle potentiel d'un agent régulateur face au critère de seuil sanitaire, d'autre part, qu'elle n'a pas pour contrepartie la supériorité du secteur privé, comme l'ont souligné les chapitres 4 et 5 (le problème informationnel est commun aux deux secteurs).

Le problème des pouvoirs publics, dans l'hypothèse où ils poursuivent l'objectif d'améliorer la couverture sanitaire des populations, peut donc s'interpréter comme une problématique d'incitations vis-à-vis des petits prestataires, en l'occurrence une incitation à se rapprocher d'une norme qualitative. Dans ce cadre conceptuel, l'objet de ce chapitre consiste à expliquer les relations entre l'Etat et les micro-unités comme fondées sur les comportements des individus face aux asymétries. C'est dans cette optique que l'approche positive est exploitée, puisqu'elle permet de souligner la complexité de ces relations au regard de la question informationnelle, alors que l'analyse normative est plutôt utilisée "a contrario", c'est-à-dire comme une étude des limites d'une intervention qui ne prendrait pas en compte les stratégies et contre-stratégies individuelles. A cet égard, nous nous éloignons d'un certain nombre d'analyses qui, à partir d'une approche normative, parviennent à définir des règles d'intervention publique claires. Nous insistons au contraire ici sur le principe suivant : les modèles incitatifs présentent une intéressante portée explicative des relations entre pouvoirs publics et micro-unités, mais on peut difficilement en déduire des règles normatives parfaitement efficaces au sens de la théorie des incitations, c'est-à-dire une intervention publique fondée sur des contrats optimaux entre le principal (l'Etat) et les agents (les micro-unités). Le résultat de ces contrats entre le principal et les agents demeure incertain, pour des raisons que nous tenterons précisément de déterminer en espérant ainsi contribuer à combler un manque dans l'analyse des relations contractuelles entre l'Etat et le marché sur le terrain sanitaire. Ce manque a déjà été évoqué par certains auteurs (Zwi et Mills 1995, Cassels 1995) pour l'application de modèles de quasi-marché dans le cadre plus général des pays en développement. Notre terrain et notre analyse se distinguent des réflexions sur les quasi-marchés puisque, comme nous l'avons noté précédemment (chapitre 5, II.2.2), ces derniers touchent à la fois au secteur officiel et à une problématique de stimulation de la concurrence, alors que nous nous intéressons à des unités non contrôlées et déjà soumises à la concurrence. Néanmoins les lacunes dans l'évaluation des conditions de relations contractuelles entre l'Etat

et le marché constituent le point commun entre les analyses sur les quasi-marchés et les approches sur les micro-unités. Bien plus, si les quasi-marchés rencontrent une telle limite dans la vérification empirique de leur efficacité, alors qu'ils jouissent aujourd'hui d'une certaine promotion dans les pays en développement, les liens contractuels de l'Etat avec le micro-marché ne peuvent qu'être encore plus méconnus compte tenu de la rareté des approches portant sur ce terrain.

Nous avons souligné déjà certaines des différences essentielles entre les analyses incitatives habituelles et le présent terrain d'étude. Les premières s'interrogent généralement sur les relations entre l'Etat et les entreprises publiques, privatisées, ou officielles. Elles peuvent également consacrer des modèles au contrôle exercé non par les pouvoirs publics, mais par les détenteurs du capital de l'entreprise. Dans tous les cas, on s'éloigne d'une étude de petites unités non répertoriées et aux relations fort distendues avec l'agent central. Pourtant, nous avançons ici que l'approche par les incitations permet un éclairage fructueux des relations entre l'Etat et les micro-unités, malgré un contexte économique et social éloigné des pays industrialisés. L'intérêt des analyses incitatives consiste à appliquer l'hypothèse de relations informationnelles asymétriques et de comportements stratégiques, et d'en déduire les contraintes rencontrées par toute intervention publique sur un micro-marché. Pour cela, la question de l'efficacité supérieure du secteur marchand ou de l'Etat se doit d'être infirmée, comme le concluait le chapitre 5. Il convient donc d'abandonner l'objet de certains modèles incitatifs, qui tentent de comparer l'efficacité d'une firme publique et d'une firme privatisée (Bös et Peters 1990, Laffont et Tirole 1990, Shapiro et Willig 1990, Schmidt 1990).

La présentation d'un modèle incitatif de qualité peut être abordée sous la forme de deux questions. D'une part, quelle norme sera retenue ? D'autre part, quelle sera l'efficacité du mécanisme ? Nous nous intéressons d'abord (I) à la norme qualitative. En effet toute approche incitative normative nécessite la définition de cette norme, sans laquelle les conditions et les modalités de l'intervention publique ne peuvent être précisées.¹ Nous abordons

¹ Béjean (1994 p 177) souligne que la théorie positive de l'agence reste pauvre en matière de politique économique, car "ses auteurs stipulent l'émergence spontanée de formes contractuelles et organisationnelles

successivement la justification de l'instauration d'une norme de qualité, et le contenu de cette fonction qualitative compte tenu des contraintes d'évaluation des micro-prestations. Concernant l'intérêt d'une norme qualitative (I.1), on peut montrer sous quelles caractéristiques du marché celle-ci semble justifiée : le micro-marché sanitaire répond à un certain nombre de ces conditions. Néanmoins, La fonction de qualité qui se dégage (I.2) nécessite la réduction de l'évaluation des prestations aux seuls critères tangibles de l'activité. L'absence des critères intangibles constitue une première délimitation de la place de l'Etat.

Dans un second temps (II), il devient possible de présenter des relations incitatives entre l'Etat et les micro-unités, afin d'aborder la question de l'efficacité des incitations. Le modèle permet de souligner l'intérêt a priori des incitations face à l'insuffisance des mesures réglementaires de qualité (telles que l'instauration de standards par exemple) (II.1). Mais une analyse des hypothèses retenues fait apparaître les contre-stratégies possibles de la part des individus sur le marché, et montre que la capacité de l'Etat à assurer une norme minimale de qualité dépend finalement de ces stratégies (II.2).² Apparaît alors une limite essentielle de toute intervention publique centrée sur l'offre, qui souligne au passage le paradoxe du rôle de l'Etat : une intervention sur les offreurs qui vise à assurer la révélation des préférences de demande tient rarement compte des préférences réelles des demandeurs. D'un côté, l'atteinte du seuil de santé, conditionnée par la qualité des prestations dont les pouvoirs publics peuvent être garants, permettrait la révélation rationnelle des préférences de demande. De l'autre côté, la recherche de révélation des préférences par des standards de qualité peut aboutir à des contre-stratégies qui distordraient les choix et limiteraient l'efficacité de ces normes. Finalement les incitations, comme les tentatives de "formalisation de l'informel", tendent à considérer la demande comme donnée, alors qu'au contraire toute modification de l'information disponible ou des caractéristiques du marché peut jouer sur la révélation de la demande, et sur les stratégies de celle-ci.

optimales". En parlant ici d'approche normative, nous nous référons précisément à la nécessité de prendre en compte les limites du marché dans la définition de relations contractuelles optimales.

² Les contre-stratégies sont les stratégies mises en oeuvre en réponse aux décisions des autres agents. Nous focalisons ici l'analyse sur les contre-stratégies des offreurs, mais aussi celles des demandeurs, face aux décisions des pouvoirs publics dans un cadre de relations incitatives. Les contre-stratégies montrent les limites de l'efficacité des mesures incitatives. Nous verrons qu'elles peuvent notamment consister, pour l'offre, à utiliser ou détourner les normes incitatives (en mettant en place des manipulations d'information adaptées), ou en fuyant du marché, et pour la demande, à ne pas se tourner vers les prestataires sélectionnés par les pouvoirs publics.

I . REGLEMENTATION ET FONCTION DE QUALITE.

La justification a priori de la fonction de qualité comme critère des incitations (I.1) réside dans l'impossibilité pour le marché de permettre à la demande une parfaite connaissance des produits (c'est la conséquence des asymétries abordées au chapitre 4). Néanmoins, nous introduisons également ici la question des hypothèses sur lesquelles repose l'incitation, en particulier les hypothèses sur les caractéristiques du marché au niveau des demandeurs (sensibilité à la qualité, élasticité) et des offreurs (coût marginal de fourniture de biens de qualité, coûts d'opportunité).

Le contenu de la fonction de qualité (I.2) montre par contre que celle-ci ne pourra intégrer l'ensemble des déterminants de la qualité. On fait ainsi apparaître la double dimension de l'évaluation des micro-unités (un service évaluable à travers des critères objectivés, en même temps qu'une activité non évaluable objectivement). La qualité dépend de ces deux types de critères, en partie une standardisation minimale des prestations, et en partie leur caractère libre voire intangible. Il en résulte une première limite de l'intervention publique.

I.1 . JUSTIFICATION DE LA FONCTION DE QUALITE.

I.1.1 . BIENS D'EXPERIENCE ET CONTROLE PAR LA DEMANDE

Nous l'avons vu (chapitre 4), la qualité des services des micro-unités sanitaires ne peut être évaluée avant l'achat, ce qui rapproche ces prestations des biens d'expérience (l'évaluation ne peut se faire qu'après l'achat), voire des biens de confiance (certaines dimensions de la qualité ne sont jamais connues). Peut-on réguler la qualité d'un bien d'expérience comme les micro-services sanitaires ? Tirole avance (1994) que, dans le cas des biens d'expérience, le contrôle ne peut être exercé à travers une fonction de qualité. Nous nous attachons ici à remettre en cause cette idée.

Dans une analyse des modes de réglementation adaptés à chaque type de bien, Tirole distingue trois catégories principales : les biens dont la qualité est vérifiable par le réglementeur, les biens de recherche, et les biens d'expérience (la qualité de ces deux dernières catégories étant invérifiable par le réglementeur). Le premier type de produits présente l'intérêt de pouvoir faire facilement l'objet d'une fonction de qualité. Quelle est la place des micro-unités sanitaires dans cette typologie ?

En tant que biens d'expérience, les petits services sanitaires semblent a priori peu compatibles avec l'élaboration d'une fonction de qualité. Tirole avance que, contrairement aux biens de recherche, les biens d'expérience ne peuvent faire l'objet d'une évaluation de qualité à travers le volume des ventes. Alors que dans le cas d'un bien de recherche, "une inférence peut être faite entre le niveau de qualité du bien et son niveau de vente" (p 71), cela s'avère impossible pour les biens d'expérience, puisque "la qualité n'est observable qu'ex post de l'achat par le consommateur". Nous ajouterons un argument supplémentaire à l'impossibilité

de considérer les ventes comme l'assurance de la qualité des petits services sanitaires. En effet, les contraintes des utilisateurs en termes de revenu représentent, nous l'avons vu, un facteur de choix essentiel en faveur des micro-unités. Rien n'assure alors que le recours massif à ces prestataires constitue la garantie d'une qualité minimale : à cet égard ce sont les conditions particulières de recours aux services de santé qui montrent l'inadéquation d'une évaluation fondée sur les ventes réalisées, et renforcent au passage l'argumentation de Tirole.

Une autre conclusion de l'auteur nous semble au contraire beaucoup plus contestable, tout au moins dans le cas des micro-unités. Celui-ci avance que la seule forme de réglementation de qualité des biens d'expérience pourrait être la mesure directe par les consommateurs. Ce système, qualifié de "système alarme", permettrait de compenser l'impossibilité d'un contrôle de l'offre par réglementation directe. La participation des utilisateurs à l'évaluation, selon lui la seule forme envisageable, serait stimulée par un mécanisme de compensations qui leur permettrait de mesurer eux-mêmes la qualité.

Peut-on considérer comme pertinente une telle approche dans le cas des micro-unités sanitaires ? Nous avançons au contraire ici que les incitations sur la demande ne peuvent suffire à assurer la qualité. L'hypothèse d'un contrôle extérieur au marché ne peut donc être rejetée. Explicitons cette idée.

On peut montrer les limites des procédures de contrôle par les consommateurs à partir de la notion de "marché-jugement" présentée par Karpik (1989). L'auteur distingue, dans une approche centrée sur les avocats (dans les pays industrialisés) mais par bien des égards généralisable à d'autres secteurs, le marché-prix du marché-jugement. Le premier ajuste l'offre et la demande par les prix, sous les conditions d'acteurs égoïstes et rationnels et de biens homogènes. Le marché-jugement se caractérise au contraire par la diversification des biens et services en fonction de la qualité, et les choix s'y effectuent à partir de jugements

individuels, rendus possibles par des mécanismes réduisant l'incertitude, en particulier les réseaux et la confiance.

Le marché-jugement comprend une double dimension qui permet d'exercer des choix en distribuant des éléments d'information. La première dimension relève de mécanismes extérieurs à la demande, tels que la publicité, l'expertise, la critique par voie de médias, ainsi que les obligations collectives et l'autorité publique et/ou privée (par exemple dans le cas sanitaire, la réglementation des prestations et l'ordre des médecins). La seconde dimension complète, nuance éventuellement, la première : il s'agit de l'information qui circule au sein même de la demande (le "bouche à oreille") et contribue à évaluer la qualité des services offerts par chaque praticien.

L'intérêt d'une fonction de qualité réside précisément, dans le présent cadre d'étude, des lacunes du marché-jugement. En effet, si l'on suppose qu'au delà de la variable-prix (dont on a souligné le caractère déterminant dans les choix de demande), les jugements sur la qualité des produits peuvent atténuer les asymétries d'information et faciliter l'expression de la rationalité de demande, on peut alors s'interroger sur les modalités de tels mécanismes de contrôle dans le cas des micro-unités.

Certes, la seconde dimension évoquée par Karpik (circulation d'information au sein de la demande) contribue largement à faciliter les choix des demandeurs sur notre micro-marché. On peut penser à cet égard que le "bouche-à-oreille", pour reprendre le terme de l'auteur, constitue un facteur effectif d'information sur les produits, d'autant plus qu'il s'agit d'une offre de proximité, élément favorable aux transferts d'information. Les stratégies thérapeutiques présentées au chapitre 2 tiennent compte d'une telle source d'information comme stimulateur de choix par les utilisateurs. A cet égard, il existe une mise en oeuvre effective de la rationalité de demande. La place centrale des asymétries informationnelles sur le marché demeure, mais la circulation d'information entre les utilisateurs peut alors

contribuer à réduire les asymétries et/ou à faciliter les décisions les plus satisfaisantes. Le chapitre 4 a souligné l'existence, mais également les limites de cette circulation d'information, nous n'y revenons pas.

Au contraire, on peut douter de la possibilité pour les demandeurs d'utiliser pleinement les moyens d'information extérieurs au marché, en dehors peut-être de l'information-éducation-communication (IEC, cf chapitre 5). L'absence d'une publicité officielle sur les petits prestataires, de procédures d'expertises, d'une critique fondée sur une évaluation rigoureuse, limite ainsi la portée de cette dimension du marché-jugement.³ En outre, le maintien des micro-unités à la marge des prestataires officiels préserve celles-ci de la notion d'obligation collective et les exempte des clauses déontologiques propres aux organismes professionnels. La situation des micro-unités béninoises reste donc largement différente de celle des prestataires étudiés par Karpik : la dimension extérieure du marché-jugement (publicité, contrôle officiel, clauses déontologiques) est depuis longtemps développée dans les illustrations données par l'auteur (les avocats en France et aux Etats-Unis), alors qu'elle s'avère peu présente au sein du micro-marché sanitaire béninois. C'est au titre de cette différence que la fonction de qualité peut apporter un éclairage sur l'évaluation des petites unités. Celles-ci échappant partiellement à la notion de marché-jugement, la fonction de qualité peut a priori jouer un rôle à la fois du côté des producteurs (existence d'une norme, imparfaite et partielle, mais révélatrice de certains critères de qualité), et des demandeurs (participation à la révélation des informations sur les services).

La fonction de qualité semble donc justifiée au regard des lacunes des évaluations et des informations qui pourraient faciliter les choix individuels. Encore faut-il que les caractéristiques de la demande (comportement vis-à-vis du produit) et de l'offre (évolution des coûts marginaux et des coûts d'opportunités en fonction de la qualité) soient précisées sous la forme d'hypothèses qui délimiteront le champ d'efficacité du modèle incitatif.

³ Nous reviendrons sur la difficulté à révéler de l'information à la demande, en considérant le problème sous un angle incitatif (II.2). Cette question apparaîtra comme cruciale dans la problématique de la réglementation de qualité.

I.1.2. LES HYPOTHESES D'UNE NORME QUALITATIVE EFFICACE

Que signifie l'efficacité d'un mécanisme incitatif ? Elle réside dans la réalisation de l'objectif du principal (ici les pouvoirs publics), par la modification effective des comportements des agents. L'efficacité sous-tend en réalité une condition qui apparaît peut-être trop implicitement dans ce qui vient d'être énoncé : le mécanisme ne sera efficace que si des contre-stratégies (réactions stratégiques par rapport à la norme incitative), de la part des agents ou d'autres acteurs, ne viennent pas remettre en cause la réalisation de l'objectif. Dans les relations entre pouvoirs publics et micro-marché sanitaire, on considère les petits prestataires comme les agents de l'Etat, et les demandeurs comme les autres acteurs évoqués ci-dessus. Les premiers comme les seconds peuvent donc limiter, voire annuler l'efficacité de tout mécanisme incitatif. Il convient donc de préciser les conditions d'offre et de demande qui jouent sur cette efficacité. Ceci sera fait dans la présentation du modèle et dans les éléments d'analyse qui l'accompagneront (II). Nous concluons provisoirement que les limites du marché pour fournir à la demande toutes les informations nécessaires à ses choix constituent une condition non suffisante de l'efficacité des incitations.

I.2 . UNE FONCTION DE QUALITE TANGIBLE.

La fonction de qualité vise à vérifier la présence ou l'absence d'un facteur de qualité dans une unité de production. Certains critères de la fonction présentée au chapitre 3 ne peuvent être repris ici en raison de leur difficile évaluation et/ou de leur subjectivité. Ainsi en est-il de certains facteurs de fiabilité (comment évaluer l'uniformité de l'acte et la sécurité de fonctionnement dans un domaine où les solutions uniques et optimales demeurent rares ?), et plus encore des éléments favorables au risque moral (sensibilité, communication, crédibilité, sécurité et compréhension).

Afin de surmonter une telle limite, nous sommes amené à fonder la fonction de qualité sur les seuls facteurs dont l'évaluation demeure possible. Pour ce faire, il convient de préciser les conditions de la qualité des services offerts, afin de distinguer celles qui peuvent entrer dans la fonction de qualité, de celles qui lui échappent.

La qualité des services sanitaires se trouve partiellement liée à leur normalisation, c'est-à-dire à des critères de codification permettant une forme de standardisation. La fonction de qualité correspond à cette première catégorie de facteurs. A cet égard nous pouvons situer notre analyse par rapport à l'approche de Barcet (1991), qui met en relation la qualité du service en général avec deux caractéristiques de normalisation : d'une part le degré de tangibilité, d'autre part l'engagement de résultats ou de moyens de la part des prestataires. Selon l'auteur, quatre situations seraient alors possibles :

- Une tangibilité élevée du service et un engagement de résultat : le temps de production du service est très court, et l'on se trouve dans le cas d'un service fortement standardisé, qui rend possibles des économies d'échelle importantes et une baisse du coût. C'est donc la qualité du résultat qui compte.

- Une tangibilité élevée et un engagement de moyens : le service est contrôlé par les pouvoirs publics à travers l'imposition de normes précises. Il s'agit des services qui mettent à disposition des clients des moyens (de résoudre un problème) que ces derniers ne peuvent ni posséder ni gérer, pour des raisons de coût élevé ou de distance. La qualité du service dépend alors directement des moyens matériels.

- Une tangibilité faible et un engagement de résultat : dans le cas des services d'étude, d'audit, de comptabilité par exemple, on cherche à mettre en oeuvre des "méthodologies relativement bien codifiées et ayant fait la preuve de leur efficacité." (p 7), c'est-à-dire des méthodologies précises pour atteindre un objectif précis. La relation entre le prestataire et le client est principalement une "relation préalable" qui permet de fournir des informations à l'offre afin que celle-ci mette ensuite sa technique en application.

- Une tangibilité faible et un engagement de moyens : la caractéristique principale selon Barcet est l'absence de solution unique et optimale (services de diagnostic, conseil, conception et recherche). Il existe toujours des "variantes possibles de solution" (p 10), et de ce fait le producteur doit présenter comme qualité essentielle la capacité à utiliser conjointement son sens de la communication et sa compétence.

L'auteur suppose donc que la standardisation des services (correspondant au premier cas) permet de garantir leur qualité. Les petites prestations urbaines sanitaires amènent à reprendre cette hypothèse tout en la nuancant au regard des caractéristiques de ces services. En effet, l'importance des facteurs relationnels entre praticien et utilisateur (cf chapitre 4) empêche une standardisation élevée et nécessite au contraire de concilier une codification minimale des actes (techniques thérapeutiques, diagnostics, matériel) avec cette absence de solution optimale et unique telle qu'elle est définie dans le quatrième cas par Barcet.

En nuancant l'hypothèse de Barcet selon laquelle la standardisation serait garante de qualité, on peut alors rapprocher les micro-unités sanitaires du modèle qui associe une tangibilité faible et un engagement de moyens. En effet, la caractérisation donnée par ce cas se rapproche des petites prestations sanitaires : le traitement n'est pas unique et les résultats des prestations demeurent aléatoires et soumis à incertitude.

On souligne alors bien la double dimension des micro-unités : d'une part elles relèvent d'une solution non optimale et d'une incertitude sur les résultats ; d'autre part, elles appellent à reprendre l'hypothèse de Barcet sur la nécessité d'une standardisation, mais sous un angle nuancé qui peut se formuler ainsi : la standardisation favorise *partiellement* la qualité du service, malgré l'absence de solution unique et optimale.

C'est cette double dimension qui fonde le rôle d'une fonction de qualité : celle-ci répond à la part standardisable du service, ce qui contrebalance l'aspect relationnel de celui-ci en introduisant des variables objectives dans l'évaluation.

La fonction de qualité sera donc composée des seuls critères pouvant faire l'objet d'une évaluation. Ce choix ne remet pas en cause la fonction présentée au chapitre 3, qui permet de prendre en compte un plus large ensemble de critères, mais ne répond pas à la problématique d'une incitation. Parmi les variables présentées dans le chapitre 3, on peut considérer que seules deux d'entre elles peuvent être retenues dans l'optique d'un contrôle de la qualité par un agent central : les parties tangibles et la compétence. En effet, l'absence ou la présence de compétences d'abord peut se mesurer dans le cas des micro-unités par la possession ou non d'un diplôme : médecin, infirmière, sage-femme, aide-soignant(e). La fonction de qualité pourra ainsi prendre en compte le nombre et la nature des diplômés par rapport au nombre de personnes exerçant dans l'unité concernée. Certes, nous avons souligné plus haut les possibilités de mensonge de la part des producteurs sur leurs compétences réelles, dans la mesure où les utilisateurs ne contrôlent pas systématiquement celles-ci. Mais dans le cadre d'incitations financières aux prestataires, cette limite peut être levée par le caractère codifié des diplômes des professions médicales, et la facilité pour les institutions de contrôler les compétences à partir de ces normes.

L'évaluation des équipements et du matériel médical peut également constituer un critère de la fonction. Le caractère basique du matériel utilisé par les micro-unités facilite une telle mesure, à laquelle on peut ajouter la salubrité des locaux. Ici encore, c'est la présence ou l'absence des critères de qualité qui permet de situer l'unité par rapport à la fonction de qualité.

En conséquence, le mécanisme incitatif ne peut intégrer tous les éléments de la qualité, puisqu'il reposera sur une fonction de qualité réduite du type suivant :

$$Fr = f(C, E)$$

Fr = fonction réduite de qualité

C = compétence (diplôme)

E = équipement.

Concernant la compétence, on peut attribuer à chaque niveau de diplôme un coefficient significatif de la fiabilité que présente en principe son détenteur : les médecins bénéficieraient donc d'un coefficient plus élevé que les infirmiers, eux-mêmes assortis d'un crédit supérieur à celui des aides-soignants. Sur le plan de l'équipement, on peut procéder de la même manière à partir de critères portant sur l'hygiène et la salubrité du local, l'état du matériel utilisé, et les conditions d'usage des inputs nécessitant des précautions toutes particulières (seringues, médicaments).

La fonction de qualité qui en découlerait permettrait de situer le cabinet concerné sur une échelle technique d'évaluation allant par exemple de 0 à 10.

On n'intègre donc dans cette fonction que les déterminants les plus tangibles de la qualité, et donc également les plus contrôlables par l'agent central comme par les utilisateurs des services. Finalement, une limite essentielle de l'approche incitative normative apparaît d'emblée, puisque, sous l'hypothèse de mise aux normes d'un certain nombre d'unités, certaines possibilités de stratégies demeurent, tant que certains critères restent absents de la fonction.

Cette distinction entre critères tangibles et intangibles prend tout son intérêt au regard de sa signification dans le champ des comportements stratégiques : nous avons en effet avancé (chapitre 4) que les manipulations d'information du côté de l'offre relevaient plutôt de la sélection adverse si elles concernaient les premiers critères, et plutôt du risque moral si elles

s'appliquaient aux second. En conséquence, il apparaît que les mécanismes incitatifs tels que nous les présenterons se trouveront limités à la réduction de la sélection adverse. Une double question se pose alors. D'une part, ces mécanismes peuvent-ils être efficaces et sous quelles conditions ? Les hypothèses du modèle tiendront une place importante dans la problématique de l'efficacité d'une intervention publique. D'autre part, les contre-stratégies de risque moral ne viennent-elles pas contrabalancer toute tentative de régulation qualitative ? La question sous-jacente réside dans l'existence ou non d'un équilibre entre la régulation externe au marché (ici, par le jeu sur la sélection adverse), et son contrôle par les seules logiques individuelles. En particulier, une inefficacité partielle de l'intervention sur le marché peut souligner la nécessaire double dimension des services sanitaires : la codification des éléments les plus tangibles (ici la compétence et l'équipement) peut contribuer à contrebalancer l'indispensable complexité des relations entre patient et soignant. Les micro-unités sanitaires sont donc à la fois des services complexes et dont la nébulosité contribue à l'efficacité (flexibilité, adaptation à certains besoins, co-production du produit : c'est l'aspect non évaluable du service), et des prestations qui nécessiteraient une normalisation minimale face aux aléas des traitements et aux stratégies d'offre (codification des actes élémentaires par le matériel utilisé autant que par les compétences des praticiens : c'est l'aspect codifié du service). Nous tentons dans la seconde section d'apporter quelques éclairages sur ces questions.

II . MODELE INCITATIF ET INTERVENTION PUBLIQUE DANS LE CHAMP SANITAIRE.

La question de l'intervention publique dans le champ des micro-unités est traitée en deux temps. Nous nous attachons d'abord à modéliser l'impact de normes de qualité sur le niveau moyen de qualité du marché (II.1). L'objet est de montrer que sur un marché tel que celui des micro-unités, où les unités non normées ne disparaîtraient pas forcément (car il est impossible de les interdire efficacement), la simple définition de normes sans procédures incitatives ne suffit pas à l'accroissement de la qualité moyenne. Le rôle des incitations est

donc introduit, ce qui permet de dépasser les limites du modèle de Leland (1979) sur l'intérêt des standards de qualité en situation de sélection adverse. Les conditions d'efficacité des incitations sont ensuite abordées au regard des comportements individuels (II.2). Les hypothèses nécessaires au fonctionnement des mécanismes montrent que, même en supposant une offre suffisamment connue par le principal, l'efficacité n'est pas assurée. En effet, l'incertitude sur la réponse de la demande aux incitations sur l'offre demeure sous-estimée. Cette demande se trouve au centre d'un paradoxe sur la révélation des préférences, qui remet en cause l'opposition entre l'Etat et le marché.

II.1 . STANDARDS DE QUALITE ET ROLE DES INCITATIONS.

Le problème des normes qualitatives a déjà été abordé dans le contexte occidental, par une littérature qui s'est interrogée à la fois sur la pertinence de l'intervention publique, et sur les modalités optimales de régulation de la qualité (Leland 1979, Shaked et Sutton 1981, Shavell 1984, Shapiro 1986). Ces approches se focalisent généralement sur des mesures de surveillance, laissant de côté les mécanismes incitatifs. Notre analyse tente de considérer au contraire la question sous l'angle des incitations.

La réflexion de Leland peut néanmoins constituer, pour deux raisons, un bon point de départ à notre approche. D'abord, elle ne considère que le **problème de sélection adverse**, l'auteur justifiant ce choix par l'utilisation de l'analyse de Akerlof sur le marché des voitures d'occasion, qui concerne effectivement la seule sélection adverse. Pour une autre raison, nous plaçons l'information cachée (ou sélection adverse, par distinction de l'action cachée, ou risque moral) au centre de notre analyse : cet a priori résulte des limites d'intervention de l'agent central sur le risque moral, comme il a été souligné précédemment. La seconde raison pour laquelle l'approche de Leland introduit avec pertinence notre problématique provient des modalités d'intervention publique qu'il examine, à savoir **les normes de qualité**. L'auteur reconnaît avec raison le rôle potentiel d'autres formes d'intervention, en particulier la

réduction des asymétries, et la responsabilité du producteur. Mais les arguments qu'il évoque pour expliquer les limites de ces dernières (p. 1330) nous semblent rejoindre nos conclusions précédentes (chapitres 4 et 5). La réduction des asymétries apparaît fort coûteuse et ses effets incertains (notamment ceux des achats répétés), et la responsabilité du producteur (par rapport aux produits de faible qualité) ne semble possible que si la qualité est réellement et complètement vérifiable ex-post. La norme de qualité constitue dans notre cas une mesure potentielle face à l'insuffisance des mécanismes marchands, et à la nature particulière du service sanitaire. Encore faut-il que son efficacité directe soit réelle, et ses effets pervers limités.

Sur cette base commune entre le modèle de Leland et notre approche, nous allons aborder l'intérêt de traiter la question des normes qualitatives sous l'angle des incitations, alors que ces deux aspects (normes de qualité et incitations) restent généralement séparés.

II.1.1 . LE MODELE DE LELAND.⁴

Sous l'hypothèse de l'asymétrie d'information (les vendeurs connaissent la qualité du service qu'ils offrent, les acheteurs l'ignorent), Leland définit les variables suivantes :

q = index de qualité d'un service ou d'un bien

$Q = [q_l, q_h]$ = éventail de qualité des services qui peuvent être vendus sur le marché

$f(q)$ = offre potentielle de services de qualité q (l'offre potentielle pour chaque niveau de q est considérée comme donnée, à l'instar de l'hypothèse d'Akerlof)

$$F(q) = \int_{q_l}^q f(q') dq'$$

⁴ La présentation qui suit est complétée par les développements ultérieurs ainsi que l'annexe 6.

$R(q)$ = coût d'opportunité de l'offre d'une unité de produit de qualité q .

Leland pose une hypothèse forte en répartissant les variables de quantité et de qualité de telle sorte que l'offre se trouve uniformément distribuée sur l'intervalle $[0,1]$. En conséquence,

$$Q = [0,1],$$

$$f(q) \equiv 1,$$

$$F(q) = q.$$

Cette hypothèse ne convient pas aux mécanismes incitatifs que nous allons définir. Au contraire, les incitations visent à modifier la distribution de qualité en augmentant le nombre d'unités produisant des services plus qualitatifs. Néanmoins, les conclusions de Leland sur l'intérêt des standards de qualité pour l'élévation de la qualité moyenne seront reprises.

L'auteur reprend en outre l'hypothèse de Akerlof sur l'évolution du coût d'opportunité: celui-ci augmente avec l'accroissement de la qualité :

$$R'(q) \equiv dR/dq > 0.$$

L'intérêt de cette analyse pour notre approche réside moins dans la définition de l'équilibre de marché, que dans ses conclusions sur le rôle des standards de qualité. Etant donné \hat{q} , le niveau de qualité maximal offert sur le marché, l'offre totale sera :

$$y = \int_0^{\hat{q}} f(q) dq = F(\hat{q}) = \hat{q}, \quad [17]$$

et la qualité moyenne sera :

$$\bar{q} = \int_0^{\hat{q}} qf(q) dq / F(\hat{q}) = (1/2)\hat{q}. \quad [18]$$

Un système de licences (autorisations d'exercer) est alors introduit, qui correspond à l'instauration d'un niveau de qualité L , en-dessous duquel l'offre est éliminée, c'est-à-dire interdite (car non licenciée). Leland en déduit une reformulation des deux variables précédentes y et \bar{q} :

$$y = \int_L^{\hat{q}} f(q) dq = F(\hat{q}) - F(L) = \hat{q} - L, \quad [19]$$

et,

$$\bar{q} = \int_L^{\hat{q}} qf(q) dq / [F(\hat{q}) - F(L)] = (1/2)(\hat{q} + L). \quad [20]$$

La qualité moyenne après l'introduction de L apparaît bien supérieure à ce qu'elle était dans la situation initiale, dès lors que $\hat{q} > L$.

II.1.2 . INTRODUCTION DES INCITATIONS.

Nous allons supposer maintenant que les pouvoirs publics souhaitent intervenir pour améliorer la qualité des micro-prestations sanitaires. Avant de présenter les conséquences de cette hypothèse, il convient de préciser le type de mécanismes incitatifs que nous retenons.

L'insuffisance des schémas horizontaux et verticaux

A ce titre, nous partons de la distinction entre approche verticale et horizontale, proposée par Mougeot (1986). Les schémas verticaux supposent une redistribution des ressources par un organisme central (assurance-maladie, Etat) qui gère le système de santé. Les mécanismes de contrats à clauses motivantes sont dans ce cadre appliqués pour rapprocher les prestataires de l'objectif collectif (en termes d'efficacité et de coûts). C'est donc également le centre qui, en l'absence d'une sanction externe sur la qualité des produits (dans ce schéma, les prestataires sont supposés soumis à une concurrence limitée, et les utilisateurs peuvent difficilement jouer le rôle de principal), instaure des normes qualitatives et favorise la diffusion des informations.

Comme le précise Mougeot, une telle modalité semble inadaptée à la médecine ambulatoire, compte tenu des problèmes de contrôle et des phénomènes de file d'attente qui en résulteraient. Or l'auteur ne traite que des unités formelles de santé. On peut donc étendre sa remarque aux micro-unités sanitaires pour les raisons déjà exposées dans la présentation de contrats motivants (chapitre 5, II.2.2). En effet le centre doit, pour contrôler les prestataires, disposer de capacités d'observation et de sanction suffisantes. Le difficile lien entre structures formelles et informelles limite donc ici les schémas verticaux, en particulier sous la forme des contrats motivants qui en constituent une représentation courante.

Les schémas de régulation horizontale supposent, au contraire, une situation dans laquelle un principal qui se trouve sur le marché peut contrôler la qualité de façon suffisante, ce qui laisse une large part au jeu du marché. Mougeot parle en ce sens de "quasi-marché" (cf chapitre 5, II.2.2), afin de caractériser les processus d'ajustement horizontaux utilisés. Dans cette hypothèse, le contrôle de la qualité est réalisé par les agents privés eux-mêmes. L'auteur distingue le cas de la médecine parcellisée de celui de la médecine globalisée, et développe le second dans le cadre des réseaux de soins coordonnés déjà abordés dans le chapitre précédent.

Dans le contexte d'une parcellisation des prestations, qui répond tout particulièrement au présent terrain d'étude, et s'oppose au cas de la globalisation, on peut alors s'interroger sur la pertinence du principe selon lequel ce seraient les agents privés qui contrôleraient la qualité. En réalité, les développements antérieurs (chapitre 4) tendent à montrer que les utilisateurs ne peuvent à eux seuls assurer un tel rôle : ni dans le cadre de leurs choix, qui demeurent partiellement contraints et confrontés aux asymétries, ni dans le cadre d'assurances officielles (telles que le préconisent les schémas horizontaux) qui touchent actuellement une part marginale de la population.

Nous nous trouvons donc en présence de schémas qui montrent bien les difficultés rencontrées par les modèles incitatifs. Soit le contrôle par les pouvoirs publics ne tient pas compte de la particularité des relations entre secteur officiel et secteur des micro-unités, en particulier dans les services de santé (c'est la lacune des schémas verticaux) ; soit la prise en compte de la situation de marché (existence d'une offre parcellisée et soumise à l'ajustement externe) ne considère pas les limites d'un contrôle qualitatif par les seuls demandeurs (c'est le problème des schémas horizontaux).

Au regard de ces limites, l'efficacité du schéma incitatif sur les micro-unités repose sur deux conditions apparemment difficiles à concilier :

- Il doit être non sanctionnant pour les écarts par rapport à la norme. En d'autres termes, la clause des contrats motivants qui permet à ceux-ci de pénaliser les entreprises engendrerait probablement des adaptations de la part de l'offre (fuites du marché, poursuite de l'activité dans les mêmes conditions de qualité face à la difficulté de sanctionner un secteur peu contrôlé, ou encore pratiques renforcées de manipulation informationnelle), qui rendraient caduque la règle fixée par l'agent central ;
- Le modèle doit néanmoins inciter les producteurs à rapprocher leurs conditions de production d'une norme de qualité, puisque la demande ne peut à elle seule assurer ce

contrôle. L'incitation peut alors être un couplage entre une norme (l'objectif des pouvoirs publics) et une subvention en fonction de la qualité.

La particularité du modèle pourrait être alors de s'appuyer sur l'hypothèse d'une situation de marché (proche du schéma de régulation horizontale) tout en proposant un contrôle normatif (comme le préconisent les schémas verticaux). Néanmoins, il s'éloignerait des deux modèles évoqués compte tenu des conclusions tirées dans le chapitre précédent. Le schéma des contrats s'avère en effet trop éloigné des contraintes rencontrées dans les relations entre pouvoirs publics et petits prestataires. Les enchères concurrentielles elles-mêmes supposent des relations directes (l'Etat s'interposant entre la demande et l'offre), alors que nous avons déjà insisté sur la difficulté pour l'agent central d'intervenir selon une telle procédure. En outre, la dimension pénalisante des deux schémas semble contradictoire avec les caractéristiques du fonctionnement des micro-unités, et remettrait en cause l'efficacité des procédures engagées.

Sans aborder pour le moment les conditions d'efficacité d'un modèle incitatif liées aux comportements d'offre et de demande, nous pouvons néanmoins avancer que celui-ci présenterait les caractéristiques suivantes :

- une règle de qualité non sanctionnante ;
- une règle de qualité stimulante par un effet de levier.

L'effet de levier n'a pas rapport, ici, avec le mécanisme d'endettement des entreprises qui leur permettrait d'augmenter le taux de rendement des actionnaires au-dessus du taux de rendement du capital. Il signifie que l'on suppose comme objectif des pouvoirs publics la recherche de l'amélioration de la qualité du plus grand nombre possible d'unités. Le mécanisme de subvention des prestataires atteignant la norme édictée peut donner lieu à un effet de levier, c'est-à-dire à une élévation de la qualité moyenne sur le marché.

Précisons qu'un tel modèle ne repose pas sur l'hypothèse selon laquelle les prestataires seraient systématiquement égoïstes dans leur rôle d'offre. Nous nous démarquons ici de la critique faite par Béjean (1994 p 236) vis-à-vis des modèles incitatifs : ceux-ci, en se fondant sur un paradigme de rationalité substantielle, réduiraient l'éthique professionnelle des médecins à "un comportement intentionnel et fondamentalement égoïste". En réalité, le schéma d'analyse présenté ici ne considère pas une situation caractérisée par des individus purement égoïstes. Du côté de la demande, la définition que nous avons donnée de la rationalité individuelle suppose au contraire des comportements fondés à la fois sur l'égoïsme et l'altruisme (dépenses de santé pour soi, ou dépenses pour les autres, par l'investissement intergénérationnel par exemple). Du côté de l'offre, la possibilité d'altruisme (prise en compte de l'intérêt de l'autre) et/ou d'éthique (altruisme fondé sur des principes différents des critères économiques usuels, par exemple à travers la déontologie médicale) dans les décisions de l'offre n'empêche pas le risque de comportements stratégiques qui peuvent être défavorables à l'intérêt collectif. C'est sur cette approche des comportements stratégiques que se fonde ici la logique de mécanismes incitatifs : non pas l'idée réductrice d'individus essentiellement égoïstes, mais l'hypothèse de comportements complexes qualifiés de stratégies, et fondés sur la co-existence de l'altruisme et de l'égoïsme. L'analyse de Béjean semble à cet égard reposer sur un rapprochement systématique entre égoïsme et rationalité substantielle, alors que l'on peut se demander si la seconde implique forcément le premier.

Introduction des incitations

L'introduction de mécanismes incitatifs dans le modèle de Leland appelle à remettre en cause deux hypothèses de celui-ci. D'une part, les entreprises qui ne répondent pas aux normes de qualité sont maintenant supposées demeurer sur le marché : les pouvoirs publics ne les répriment pas (ou ne peuvent les réprimer), ce qui correspond à la fois aux caractéristiques fréquentes des relations entre l'Etat et les micro-unités (difficulté d'une répression, qu'elle soit fiscale ou se traduise par l'arrêt de l'activité), et aux principes du mécanisme incitatif supposés dans le paragraphe précédent. D'autre part, la distribution des entreprises en fonction du

niveau de qualité n'est plus uniforme, ce qui ne remet pas en cause l'intérêt a priori d'une norme, mais permet par contre d'introduire une incitation qui modifierait la répartition de qualité.

Pour examiner l'incidence de ces deux nouvelles hypothèses, il convient de supposer un mécanisme incitatif qui va stimuler l'amélioration de la qualité. Ce mécanisme tel que nous le présentons ne constitue pas une proposition normative en tant que telle : il occupe plutôt le statut d'un outil de travail, qui permettra de montrer l'intérêt a priori des incitations, mais également leurs limites face aux stratégies des individus.

Leland pose L comme le standard de qualité. Considérons que, dans la fonction incitative, L constitue le seuil de qualité qui va permettre aux pouvoirs publics de sélectionner les entreprises incitées. Nous l'appellerons non pas L , mais Q_n pour "qualité de norme". L'incitation consiste en une subvention dont il faut préciser le contenu. On suppose une règle d'incitations fondée sur les trois termes suivants : le **niveau de qualité** tangible de l'unité ; la **différence** entre ce niveau d'une part, et la norme de qualité Q_n d'autre part ; enfin le **coût** que subit l'unité pour atteindre la norme.

Formuler une règle incitative nécessite de préciser les déterminants de l'utilité des acteurs directement concernés, à savoir le régulateur central et les micro-unités. Nous donnons ces déterminants dans un premier temps avant d'aborder la règle incitative.

L'utilité de l'agent central et des prestataires

Supposons dans un premier temps que l'utilité des pouvoirs publics dépend de la qualité des services offerts : plus cette dernière augmente, plus l'utilité s'accroît. Lorsque la

qualité a dépassé l'objectif minimal de qualité fixé par les pouvoirs publics (Q_n), alors l'utilité augmente à mesure que s'élève la différence entre la qualité effectivement fournie et l'objectif minimal :

$$U_p = U(Q_e - Q_n) \quad [21]$$

$$U_p' > 0$$

$$U_p'' < 0$$

avec :

U_p = utilité des pouvoirs publics

Q_e = mesure de la qualité effective tangible du service fourni

Q_n = qualité de norme (objectif minimal de qualité de l'agent central)

L'utilité du prestataire est supposée dépendre des éléments suivants⁵ :

$$U_m = U(v, S, c)$$

avec :

v = quantité vendue de services de santé (volume des prestations)

⁵ La fonction d'utilité des offreurs est présentée dans le chapitre 2 (cf. [2]) comme dépendant du profit dégagé, c'est-à-dire des variables suivantes : $U_m = U(\pi) = U(p; v; c)$, avec p = prix ; v = quantité vendue de prestations ; c = coûts de production. Les modifications introduites ici se justifient pour deux raisons :

- D'abord, en introduisant l'hypothèse d'une incitation, on est amené à ajouter deux nouveaux déterminants de l'utilité, S et c . A noter que la variable c présente un contenu plus précis que celle du chapitre 2 : elle est le coût nécessaire à une production qui atteint la norme qualitative.

- Ensuite, la focalisation de notre analyse sur les mécanismes incitatifs nécessite de simplifier les autres variables pour mieux mettre en valeur les incidences de l'incitation. On remplace donc le profit dégagé (et ses déterminants p, v, c) par la seule quantité vendue (v). Cette hypothèse semble possible si l'on considère que la faiblesse des coûts de production (soulignée au chapitre 2) est une donnée, et que les coûts s'élèvent peu avec l'accroissement de l'activité (il n'y a pas par exemple d'investissements en équipement lourd pour faire face à un éventuel surplus de demande). Les offreurs cherchent donc à augmenter la quantité vendue.

S = montant de la subvention reçue (on suppose d'une part que $S \geq 0$, sous l'hypothèse d'une incitation non sanctionnante, d'autre part que $S \geq c$)
 c = coût marginal de production d'un service de qualité normée.

En supposant que la fonction d'utilité des producteurs est séparable et additive, on a :⁶

$$U_m = U_1(v) + U_2(S-c) \quad [22]$$

$$U'_1 > 0$$

$$U''_1 < 0$$

$$U'_2 > 0$$

$$U''_2 < 0$$

La règle incitative

On peut formuler la règle incitative comme suit :

pour chaque micro-unité,

$$S = \alpha(C+E) + \beta[(C+E)-Q_n] + c \quad [23]$$

C'est-à-dire :

$$S = \alpha Q_e + \beta(Q_e - Q_n) + c \quad [23']$$

avec :

S : montant de la subvention versée à l'unité sanitaire

⁶ C'est l'hypothèse que pose également Béjean (1994) dans sa formalisation simplifiée de la relation entre médecins et pouvoirs publics dans le contexte occidental.

Q_e : mesure de la qualité tangible du service fourni

$$(Q_e = C + E)$$

C : qualité de compétence

E : qualité d'équipement

Q_n : qualité de norme (objectif de l'agent central)

c : coût marginal de production d'un service de qualité normée.

α et β : coefficients positifs.

Concernant c , on suppose que $c = c(Q_n)$, c'est-à-dire que le coût marginal de la mise aux normes dépend du coût d'acquisition des variables de qualité :

$$c = c(C, E) = c_c + c_e \quad [24]$$

avec :

c_c = coût marginal d'acquisition d'un diplôme (médecin, infirmier, sage-femme)
(l'indice c indique la qualité de compétence),

c_e = coût marginal de l'équipement normé (local, matériel nécessitant une mise aux normes) (l'indice e indique la qualité d'équipement).

On peut alors distinguer trois cas.

Premier cas : $Q_e < Q_n$

L'unité reçoit alors une subvention nulle ($S = 0$). C'est le caractère non sanctionnant du modèle, au contraire du schéma des contrats à clauses motivantes. Ici, un niveau de qualité inférieur à la norme ne pénalise pas financièrement le prestataire, car l'agent central n'intervient que sur des valeurs de $(Q_e - Q_n)$ positives.

Deuxième cas : $Q_e = Q_n$

On a alors :

$$S = \alpha Q_e + 0 + c = \alpha Q_e + c \quad [25]$$

Troisième cas : $Q_e > Q_n$

On a alors :

$$S = \alpha Q_e + \beta(Q_e - Q_n) + c. \quad [26]$$

Le fondement du modèle se trouve dans le schéma des contrats à clauses motivantes (cf chapitre 5, II.2.2). Nous retrouvons en particulier deux éléments essentiels de ce type de mécanisme.

En premier lieu, nous sommes bien en présence d'une subvention à marge variable, comme c'est le cas des contrats motivants. Ces derniers se fondent en effet sur une prime dont la forme générale se résume ainsi :

$$R = \alpha p + \beta(p - c) + c \quad [27]$$

avec :

p : offre de l'entreprise en termes de coût de production

c : coût ex-post de la production.

La forme générale des contrats motivants se retrouve donc, à travers les trois éléments constitutifs du mécanisme incitatif : une incitation portant d'abord sur la performance de l'entreprise, une incitation touchant ensuite à une différence (entre cette

performance et l'annonce initiale ou l'objectif), enfin une incitation relative au coût subi par le producteur.

En second lieu, nous retrouvons comme dans les clauses motivantes, un contrat à marge fixe dans le cas où $p=c$ (pour les contrats motivants) et dans celui où $Q_e=Q_n$ (dans notre modèle, cf. [25]).

Au delà de cette inspiration générale, on peut distinguer trois différences essentielles et liées entre elles, par rapport aux schémas des contrats motivants. De telles spécificités résultent largement de la nature particulière des relations entre pouvoirs publics et micro-unités, qui nécessitent une adaptation des procédures incitatives habituelles.

La première différence est d'ordre technique. Alors que les contrats motivants font dépendre la subvention d'une prévision (p) et d'une valeur ex-post (c), nous substituons à ces termes deux autres critères. D'une part, la prévision se trouve remplacée par la valeur réelle de la qualité (Q_e) (cf. [23']). En effet, on peut difficilement se fonder sur une offre a priori des unités, compte tenu des relations peu codifiées qui relient les pouvoirs publics et les prestataires. Nous considérons, dans le mécanisme ici supposé, que le signal envoyé par les micro-unités à l'agent central réside non pas dans la qualité annoncée de leurs prestations, mais plutôt dans la qualité réelle une fois un certain niveau atteint.

D'autre part, la valeur ex-post se voit quant à elle remplacée par l'objectif des pouvoirs publics, c'est-à-dire Q_n , la qualité normée. Ainsi, une première fraction de la subvention dépend de la qualité effectivement constatée (Q_e), et une deuxième fraction, de la différence entre cette qualité effective et la norme exogène ($\beta[Q_e-Q_n]$) (cf. [23']).

La deuxième différence, qui concerne plus précisément le mode de relations entre l'agent central et les unités, se trouve liée aux spécificités du modèle que nous venons de souligner. Dans ce dernier, les pouvoirs publics n'attribuent pas un contrat, mais versent une subvention aux producteurs. Dans le cas des contrats à clauses motivantes, l'agent central choisit l'unité retenue avant d'appliquer le mécanisme de paiement. Ainsi la sélection s'effectue-t-elle ex-ante, le contrat n'étant alors pas seulement un moyen de choisir l'entreprise soutenue, mais, également et surtout, de garantir un comportement non opportuniste de la part du producteur retenu. C'est pourquoi les variables qui déterminent le montant du paiement sont une offre et un coût ex-post.

Au contraire, le modèle ici présenté sélectionne les unités subventionnées, les autres recevant une subvention nulle : c'est dans cette logique que l'on compare une qualité réelle et une qualité-objectif. C'est donc la nature fortement spécifique des relations entre pouvoirs publics et micro-unités (par rapport aux relations généralement considérées dans les modèles incitatifs) qui détermine la nature du modèle et ses spécificités par rapport au schéma courant.

Enfin, la troisième différence entre les modèles à clause motivante et notre mécanisme réside dans le caractère non sanctionnant du second. La sanction se trouve extérieure au modèle, et se traduit par l'absence de subvention plutôt que la taxation.

L'impact de la subvention sur l'accroissement de qualité d'une micro-unité dépend de l'élasticité de l'effort de l'entreprise à l'incitation. Cette incitation est représentée ici par $I = \alpha Q_e + \beta(Q_e - Q_n)$,

avec :

$$I = \text{incitation. } I = S - c.^7 \quad [28]$$

⁷ La variable c n'apparaît pas ici car elle n'est pas un élément incitatif, mais une compensation de coûts.

L'élasticité de l'effort à l'incitation peut donc être considérée comme :

$$\chi = \frac{Q_{e'} - Q_e}{I} \quad [29]$$

avec :

Q_e = qualité tangible effective initiale

$Q_{e'}$ = qualité tangible effective après le versement de la subvention.

L'entreprise sera d'autant plus incitée à améliorer la qualité que α et β seront élevés. Mais toutes les entreprises n'augmentent pas uniformément leur qualité. Celles qui se trouvent déjà au-dessus de la norme ne bénéficient pas de la subvention, sauf si les pouvoirs publics décident d'instaurer un deuxième niveau de Q_n , qui viserait à atteindre des niveaux de qualité encore plus élevés que la norme initiale (on n'examine pas cette possibilité ici). Celles qui se situent largement sous la norme n'investiront dans une amélioration de la qualité que si la compensation des coûts est effective. Or, nous verrons plus loin que cette compensation n'est pas forcément assurée. Finalement, il apparaît que, même en supposant comme Leland une situation initiale de distribution uniforme de la qualité, l'introduction d'une incitation modifie cette distribution. L'hypothèse de Leland doit donc bien être abandonnée, et avec elle l'écriture de la qualité moyenne du marché. En réalité, l'application d'un mécanisme incitatif modifie les résultats de Leland de trois façons :

- en termes de quantité : le nombre d'entreprises reste identique (alors qu'il diminue dans le modèle de Leland) ;
- en termes de qualité moyenne : celle-ci augmente, comme dans l'approche de Leland, mais cet accroissement n'est plus dû à la disparition de certaines entreprises : il résulte de l'atteinte par certaines du niveau de qualité normé ;
- en termes de prix : ils restent stables, par le mécanisme de la compensation des coûts de mise aux normes.

Examinons successivement ces trois aspects.

La persistance des micro-unités non normées

La norme de qualité n'étant pas imposée aux entreprises dans notre modèle, la détermination de la quantité d'offre doit être redéfinie. Leland supposait que toute l'offre non-normée disparaissait (cf. [19]), aboutissant à :

$$y = \hat{q} - L.$$

Au contraire, nous supposons ici que le volume total de l'offre (que nous assimilons au nombre d'entreprises) reste identique. Mais la remise en cause de l'uniforme distribution de qualité empêche de poser que :

$$y = \hat{q}. \quad (\text{cf. [17]})$$

En effet, dans notre cas,

$$f(q) \neq 1,$$

$$F(q) \neq q.$$

Si les entreprises non normées restent, alors on peut parler d'un phénomène de segmentation qualitative du marché :

- sur le segment normé que nous appellerons S1,

$$y'1 = \int_L^{\hat{q}} f(q') dq' = F(\hat{q}) - F(L) \quad [30]$$

$y'1$ étant le niveau de l'offre du segment 1 après l'incitation.

- sur le segment non normé que nous appellerons S2,

$$y'2 = \int_0^L f(q')dq' = F(L) \quad [31]$$

y'2 étant le niveau de l'offre du segment 2 après l'incitation.

On remarque donc que $y'1 = F(\hat{q}) - F(L) \neq \hat{q} - L$, puisque la distribution de qualité n'est plus uniforme. La répartition des entreprises en fonction du niveau de qualité se trouve modifiée par le jeu des incitations. De même, $y'2 = F(L) \neq L$.

L'apparition d'une segmentation qualitative sur le marché résulte bien de la persistance des micro-unités non normées. Cette caractéristique présente des incidences importantes en termes d'efficacité des incitations, que nous aborderons dans l'analyse des hypothèses du modèle.

L'augmentation de la qualité

L'expression de la qualité moyenne après instauration des normes chez Leland ne vaut plus :

$$\bar{q}' \neq \int_L^{\hat{q}} q'f(q')dq' / [F(\hat{q}') - F(L)]$$

(\bar{q}' étant la qualité moyenne après la mise en place de la norme),

puisque la qualité moyenne doit se calculer à partir de l'ensemble des unités et non pas seulement de celles qui sont normées. Nous substituons donc à l'expression précédente :

$$\bar{q}' = \int_0^{\hat{q}} q'f(q')dq' / F(\hat{q}') \quad [32]$$

$$= \frac{\int_0^{\hat{q}} q' f(q') dq'}{F(\hat{q}')} \quad [32']$$

$$= \frac{\int_0^{\hat{q}} q' f(q') dq'}{\int_0^{\hat{q}} f(q') dq'} \quad [32'']$$

Il apparaît donc que, si le mécanisme incitatif est efficace, la qualité moyenne du marché va augmenter sans que le nombre d'entreprises n'ait besoin de diminuer. Par exemple, si sur un marché comportant 100 entreprises, 10 d'entre elles, se situant sous la norme, décident d'améliorer leur qualité pour bénéficier de l'incitation (ou parce que cette incitation leur permet d'atteindre leur objectif de qualité en vertu de critères éthiques), alors la qualité moyenne ne peut qu'augmenter (en supposant que la qualité des autres unités ne varie pas). C'est-à-dire :

$$\frac{\int_0^{\hat{q}'} q' f(q') dq'}{\int_0^{\hat{q}'} f(q') dq'} > \frac{\int_0^{\hat{q}} q f(q) dq}{F(\hat{q})}$$

$$\bar{q}' > \bar{q}$$

(la qualité moyenne après incitation \bar{q}' est supérieure à la qualité moyenne avant incitation \bar{q}).

Il est important de noter qu'ici, l'augmentation de la qualité moyenne ne résulte pas de la baisse du nombre d'entreprises, comme c'était par contre le cas chez Leland (la qualité totale était divisée par $[F(\hat{q}) - F(L)]$, et non par $F(\hat{q})$ comme c'est désormais le cas) (cf. [20]), mais provient de l'accroissement du nombre de celles qui atteignent la norme. On voit donc bien la différence entre une approche fondée sur la répression (disparition des unités sous-

qualitatives) et un mécanisme incitatif non sanctionnant. Ce dernier tend à créer une segmentation, qui donne lieu à une décomposition de la qualité moyenne en deux valeurs :

- la valeur qu'elle prend sur le segment normé, que nous appellerons \bar{q}'_1 :

$$\bar{q}'_1 = \int_L^{\hat{q}} q'f(q')dq' / [F(\hat{q}) - F(L)] \quad [33]$$

- la valeur qu'elle prend sur le segment non normé, que nous appellerons \bar{q}'_2 :

$$\bar{q}'_2 = \int_0^L q'f(q')dq' / F(L) \quad [34]$$

La stabilité des prix

Leland considère deux types de coûts pour les entreprises : le coût marginal (de production d'un bien de qualité par exemple), et le coût d'opportunité. Son hypothèse sur la relation positive entre la qualité et le coût d'opportunité signifie que les coûts d'entrée sur le marché vont augmenter avec l'accroissement de la qualité, puisque l'instauration de normes exerce un effet de sélection à l'entrée. C'est également pour cette raison que l'élévation de la qualité moyenne engendre une augmentation des prix de marché (voir annexe 6 et développements suivants). L'analyse de Leland semble à cet égard insatisfaisante, en tout cas vis-à-vis des services de santé. L'auteur conclut en effet que, dans le cas de coûts d'opportunité croissants avec la qualité, l'instauration de normes qualitatives sera souhaitable si le coût marginal associé à l'amélioration de la qualité est faible.⁸ Concernant les micro-unités, il semble d'abord que l'atteinte du niveau de qualité normé puisse dans certains cas occasionner des coûts marginaux élevés relativement aux ressources financières du prestataire : il en est

⁸ L'auteur énonce au total quatre conditions qui rendent les normes souhaitables :

- une demande faiblement élastique aux prix ;
 - une demande fort sensible à la qualité ;
 - de faibles coûts marginaux d'amélioration de la qualité ;
 - une faible disposition à payer pour les biens et services de faible qualité.
- Nous verrons quels aménagements, voire quelle remise en cause ces hypothèses nécessitent.

ainsi de l'obtention d'un diplôme. De plus, même si l'on suppose des coûts marginaux faibles, la situation des entreprises et des usagers du micro-marché ne garantit pas que les uns ou les autres puissent assumer, ou accepter, une augmentation même limitée des charges de production.

L'impact d'une incitation, telle que nous l'avons définie plus haut, revient précisément, si celle-ci est efficace, à compenser les coûts d'atteinte de la norme. Si nous avons identifié c à la valeur des coûts marginaux de production d'un service normé, nous pouvons également étendre cette variable à la couverture des coûts d'opportunité subis par les micro-unités. En effet, la compensation financière des coûts permet en principe de ne pas augmenter les coûts d'entrée sur le marché, puisque l'acquisition des caractéristiques d'un service normé est au moins en partie financée par l'agent central.

La stabilité réelle des prix dépend finalement de la capacité du principal à compenser tous les coûts liés à l'accroissement de qualité. Si l'on suppose qu'il existe un prix d'équilibre de qualité, l'absence de compensation mènera à un accroissement des prix d'offre, que la demande ne pourra peut-être pas payer. Des rationnements risquent alors d'apparaître sur le marché. Cette question sera examinée dans l'analyse des hypothèses du modèle. Retenons pour l'instant que le mécanisme incitatif, s'il fonctionne, permet d'améliorer la qualité sans augmenter les prix.

II.2 . INCITATIONS, MARCHE ET STRATEGIES INDIVIDUELLES

Nous avons jusqu'ici supposé un modèle d'incitations efficace. Néanmoins certaines questions sur les conditions de cette efficacité sont également apparues. Nous cherchons maintenant à mettre en valeur le rôle des stratégies individuelles dans toute relation entre l'Etat et le marché. L'inefficacité des incitations dans certaines conditions repose la question

de la place laissée aux préférences de demande, telle qu'elle avait été également soulevée dans l'analyse des limites du marché.

Nous examinons d'abord les limites des incitations sous l'angle de l'offre (II.2.1), à travers notamment la question de l'évaluation des coûts pour les micro-unités. Le problème du financement des incitations sera également évoqué. Nous soulignons ensuite que l'intervention publique ne peut se passer de considérer les comportements de demande (II.2.2), qui jouent un rôle déterminant dans son efficacité, et semblent insuffisamment pris en compte dans les modèles incitatifs ainsi que plus généralement dans la caractérisation des relations entre le marché et l'Etat.

II.2.1. INCITATIONS ET OFFRE SANITAIRE.

Intéressons-nous dans un premier temps au problème du coût, avant d'aborder la question du financement.

II.2.1.1 . LE PROBLEME DU COUT

Le versement d'une subvention en fonction de critères de qualité, s'il s'accompagne d'un effet de levier, peut également entraîner un accroissement des coûts subis par les producteurs, proportionnel à l'écart entre leur situation qualitative et la règle fixée par l'agent central. On peut donc supposer que cette dernière ne sera pas incitative, contrairement aux effets attendus, si la subvention allouée ne fait que compenser les coûts engendrés par la mise aux normes. Ainsi le calcul du montant des transferts publics aux offreurs détermine-t-il l'efficacité de l'incitation sur les comportements des offreurs, si l'on suppose que ceux-ci effectuent un calcul coût-avantages avant leurs investissements.

Dans ces conditions, l'efficacité de la règle dépendra plus précisément de la possibilité ou non pour les micro-unités de dégager un surplus après la perception de la subvention. Ce surplus peut résulter de l'augmentation de la demande suite à l'amélioration de la qualité des services. Mais un tel résultat ne présente pas de caractère automatique. En supposant que la demande reste stable (ce qui revient à considérer comme donnée la variable v , définie plus haut comme la quantité vendue), le montant de la subvention doit être suffisamment élevé pour dépasser les coûts de la mise aux normes⁹.

On retrouve une question similaire dans un cadre fort différent, celui de l'Angleterre des années 80, avec la mise en oeuvre dans ce pays de "quasi-marchés" de la santé (Le Grand 1991, Maynard 1991). Certes, le système anglais de "quasi-marchés" se distingue nettement du contexte béninois, ainsi que du schéma que nous ébauchons. Il s'inscrit en effet dans un mouvement de libéralisation de l'économie, lié à l'arrivée des conservateurs au pouvoir, et vise des services publics de santé. Les quasi-marchés consistent alors, par un ensemble de réformes, à introduire la concurrence dans le système de prestations. L'objectif essentiel revient à redéfinir le rôle de l'Etat qui, jusqu'alors prestataire autant que financeur, est amené à réduire son intervention au seul financement. Comme dans de nombreux pays industrialisés, la question essentielle est donc celle de la restructuration du secteur public, avec dans le cas de l'Angleterre une orientation vers le développement de la concurrence. Si la remise en cause des prérogatives de l'Etat au Bénin rejoint partiellement ces évolutions, néanmoins l'objet de notre analyse s'en distingue nettement : les micro-unités béninoises ne constituent pas un secteur public en voie de restructuration, et leur caractère marchand et concurrentiel a été souligné dans le chapitre 2. La notion de quasi-marchés sur le modèle anglais ne peut donc servir de grille d'analyse du développement des petits prestataires. Malgré ces différences essentielles, on peut néanmoins souligner un point commun entre les deux phénomènes, qui réside dans le problème des coûts engendrés par une intervention publique fondée sur une participation financière. Ainsi Le Grand indique-t-il que "la difficulté de contrôler la qualité des produits dans de nombreux secteurs de services sociaux en situation de marché amène

⁹ Si v est donnée alors l'utilité du prestataire que nous avons définie comme $U_1(v)+U_2(S-c)$ (avec S = subvention et c = coût de production, cf. [22], II.1.2) varie principalement en fonction du second terme $U_2(S-c)$. Nous supposons implicitement jusqu'à maintenant que $(S-c)$ était positif. Or le problème de l'évaluation de c par les pouvoirs publics, qui est soulevé ici, amène à envisager que $(S-c)$ puisse être nul ou négatif.

souvent à privilégier la qualité ou la quantité des inputs. Ainsi les hôpitaux seraient en concurrence sur la base de leur niveau d'équipements ou la valeur de leurs médecins ; [...] inévitablement cela se reporte sur les coûts de production. S'il existe un lien direct entre la qualité et la quantité d'inputs et la quantité et la qualité des produits, cela n'a pas d'importance car les dernières augmentent avec les premières. Mais s'il n'en existe pas (et dans de nombreux domaines de services sociaux, le lien entre les inputs et la production reste à établir), alors on peut s'attendre à un accroissement des coûts, sans amélioration des services offerts." (p126, traduction personnelle).

Au regard de cette analyse, le schéma des incitations stimulantes que nous supposons se distingue par la mise en concurrence nulle ou limitée des offreurs face au financement public. En conséquence, l'accroissement des coûts subis par les prestataires ne dépend pas de leur nombre et de la concurrence qu'ils se livrent entre eux, mais du montant de la subvention versée. Si celle-ci est insuffisante pour être incitative, alors l'amélioration de la qualité ne sera pas effective. Par contre, on ne se trouve pas dans la situation décrite par Le Grand et présentée dans les modèles incitatifs traditionnels : le modèle ne repose pas sur un mécanisme de mise en concurrence d'offreurs jusque là protégés (entreprises publiques, secteurs d'Etat), mais plutôt sur une stimulation financière tournée vers des unités déjà soumises à concurrence.

La valeur de c influe donc directement sur l'efficacité de la règle incitative, ce qui transparaît clairement dans le mécanisme incitatif présenté plus haut. Deux cas peuvent être distingués à cet égard. Dans un premier cas, si l'évaluation de la valeur de c est la même quelle que soit la micro-unité considérée, alors chacune de ces unités ne se trouve pas incitée à l'identique. En effet, puisque alors c est indépendant de la qualité initiale du service, on peut assister à un effet de sélection au détriment des cabinets les plus modestes et/ou les plus éloignés de la norme au départ, sauf à définir un niveau de c élevé qui permette de prendre en compte les unités les moins qualitatives. A défaut, celles-ci devront fournir un effort plus élevé pour atteindre le même niveau de qualité. Mais retenir une compensation de coût élevée

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

A cette inégalité des prestataires devant la subvention s'ajoute la question des réactions des offreurs dans le temps. A supposer que les coûts de mise aux normes puissent être évalués, les prestataires ne jugeront pas forcément de leur intérêt d'améliorer la qualité. Nous pouvons à cet égard appliquer l'idée d'un "ratchet effect" tel qu'il a été étudié par Weitzman (1980) dans le cas d'incitations portant sur les quantités produites. L'auteur souligne que si le producteur répond à l'incitation en réduisant sa production, il peut être à terme pénalisé car les pouvoirs publics adopteront par la suite des critères de sanction encore plus restrictifs. Le producteur peut être alors incité à adopter un comportement contraire à (ou différent de) l'objectif des pouvoirs publics. Béjean évoque l'intérêt de considérer ce phénomène dans le champ sanitaire, mais toujours dans le cadre d'un contrôle quantitatif des prestations (1994 p 196). Dans le cas d'une régulation qualitative des micro-unités, l'application du "ratchet effect" peut s'analyser selon deux effets. Soit les prestataires craignent que l'agent central, face à l'accroissement général de la qualité, augmente à terme le niveau de la norme Q_n , auquel cas ils devront s'adapter à ces nouvelles exigences. Soit les producteurs anticipent une baisse de la subvention, puisque l'atteinte de la norme est d'autant moins coûteuse que l'on se rapproche de Q_n . Finalement, l'introduction de la dynamique dans le comportement des prestataires montre que l'incitation ne peut être efficace que si elle intègre les réactions de ceux-ci dans le temps.

Dans un deuxième cas, on peut envisager la possibilité de moduler l'évaluation de c en fonction de chaque unité. Mais nous avons souligné les lacunes qui frappent la connaissance de la qualité initiale autant que des coûts de production, du fait de la nébulosité qui touche les micro-unités. Une incitation reposerait alors sur un échange d'informations coûteux entre le principal et chaque prestataire candidat à la subvention. Cet échange pourrait

en outre donner lieu à des manipulations d'information de la part de l'agent, qui rejoignent les problèmes posés par les tentatives de structuration du secteur informel face à la rente d'information dont les petits producteurs bénéficient. Interprétée à travers une relation incitative sur la qualité, cette difficulté montre encore une fois que les relations entre Etat et micro-unités se tissent autour des asymétries.

Finalement l'intervention publique, à moins d'être omnisciente sur les caractéristiques des micro-prestataires, peut être amenée à se reporter sur une compensation de coûts forfaitaire, telle que nous l'avons présentée dans le premier cas abordé. Dans ces conditions, si les pouvoirs publics ne veulent pas subventionner les prestataires proches de la norme au-delà de leurs besoins, ils se voient contraints de fonder la subvention sur une compensation c qui ne soit pas trop élevée, mais de ce fait ils sélectionnent les offreurs, c'est-à-dire empêchent les unités les moins qualitatives d'atteindre la norme. Montrons cet effet pervers d'une méconnaissance des coûts, en reprenant et remettant en cause certains aspects du modèle de Leland.

L'auteur considère l'équilibre de marché comme le niveau de qualité qui égalise le prix de demande et le prix d'offre, à partir des hypothèses suivantes :

$p_s = R(\hat{q})$, le prix d'offre est égal au coût d'opportunité de la qualité maximale offerte sur le marché,

$p_d = p(\bar{q}, y)$, le prix de demande (disposition marginale à payer) dépend de la qualité moyenne et du niveau de l'offre de telle sorte que :

$$p_q \equiv \partial p / \partial \bar{q} > 0, \quad [35]$$

$$p_y \equiv \partial p / \partial y \leq 0. \quad [36]$$

Partant de [17] et [18] ($y = \hat{q}$ et $\bar{q} = (1/2)\hat{q}$), il déduit que le prix de demande est une fonction de \hat{q} :

$$p_d = p\left(\frac{1}{2}\hat{q}, \hat{q}\right), \quad [37]$$

et définit \hat{q}_e comme une qualité d'équilibre satisfaisant l'égalité entre prix d'offre et prix de demande :

$$R(\hat{q}_e) = p\left(\frac{1}{2}\hat{q}_e, \hat{q}_e\right). \quad [38]$$

Finalement, le prix d'équilibre est donné par :

$$p_e = p(\bar{q}_e, y_e) = R(\hat{q}_e) \quad [39]$$

Chez Leland, finalement, l'accroissement de la qualité moyenne ne pose pas de problème d'ajustement offre-demande, dans la mesure où le nouvel équilibre (niveau de qualité qui égalise, après l'instauration de standards, le prix d'offre et le prix de demande), traduit une augmentation de la disposition à payer autant que du prix d'offre. Il n'y a pas de rationnement, ni du côté des offreurs, ni du côté des demandeurs. L'équilibre en situation de standards minimum de qualité s'écrit en effet :

$$p\left[\frac{1}{2}(\hat{q}_e + L), \hat{q}_e - L\right] = R(\hat{q}_e). \quad [40]$$

Le prix de demande augmente sous l'effet combiné de l'accroissement de qualité ($\partial p / \partial \bar{q} > 0$), et de la baisse de l'offre ($\partial p / \partial y \leq 0$), et le prix de l'offre augmente en fonction de l'élévation du coût d'opportunité.

Or, la discussion des hypothèses de Leland sur les déterminants des prix montre que les incitations peuvent être à la fois utiles et délicates. Sur le micro-marché, l'augmentation de la qualité entraîne-t-elle un accroissement de la disposition à payer ? Certes, les usagers s'orienteront plus volontiers vers les services les plus qualitatifs. Mais le modèle de Leland ne prend pas en compte les contraintes budgétaires des acheteurs, alors que nous avons souligné (chapitre 2) la part déterminante de cette variable dans les choix de demande. En conséquence, rien n'assure que l'amélioration de la qualité de certains cabinets accroîtra la disposition à payer des usagers, en particulier les plus modestes. Si un effet d'augmentation du prix de demande a lieu, il peut en tout cas n'être que partiel, et l'équilibre des prix se trouve alors remis en cause. L'intérêt d'une subvention réside précisément dans la compensation des coûts subis par l'offre, permettant d'éviter un déséquilibre entre le prix proposé par l'offre et celui de la demande.

De même, on peut se demander pour les mêmes raisons si la baisse du volume de l'offre, telle que la suppose Leland, va systématiquement engendrer un accroissement de la disposition à payer les prestataires qui restent sur le marché. Les contraintes budgétaires de la demande peuvent tout autant empêcher celle-ci d'accéder aux services, du fait de l'augmentation des prix d'offre. Les pratiques d'auto-traitement, ou le recours à d'autres formes de soins (médecine traditionnelle), peuvent alors faire l'objet de nouveaux reports face au rationnement de la demande vis-à-vis des petites unités normées.

Les déterminants du prix de demande supposés par Leland apparaissent donc insatisfaisants au regard du micro-marché. Parmi les conditions sous lesquelles les normes de qualité sont "socialement désirables" (p 1342), l'auteur retient une demande peu sensible à l'accroissement des prix, mais très sensible à une meilleure qualité. Certes, nous avons déjà largement insisté sur les déterminants qualitatifs de la demande. Mais l'auteur néglige finalement une troisième variable déterminante à côté de la qualité et du volume d'offre : celle des contraintes de revenu, dont on peut supposer qu'elles limitent la disposition à payer des demandeurs quel que soit le niveau de qualité. En effet certains éléments d'enquêtes nous ont

amené (chapitre 2) à retenir l'hypothèse d'une sensibilité de la demande aux prix pour les populations à revenus faibles¹⁰. Cette hypothèse s'oppose à celle qui fut posée par la Banque Mondiale (1987) lorsqu'elle proposa de fonder le financement des services de santé sur le paiement direct par les demandeurs (politique du recouvrement). En effet, il était alors postulé que la demande présentait une inélasticité aux prix, et qu'un accroissement de ces derniers n'empêcherait pas une augmentation du recours aux services publics, à condition que leur qualité augmentât. En réalité, on peut aujourd'hui s'interroger sur la validité d'une telle supposition, en particulier dans le cas des ménages les plus pauvres. Zwi et Mills (1995) partagent ce doute lorsqu'ils soulignent non seulement les difficultés d'application du recouvrement, mais également et surtout l'absence d'un consensus sur la valeur de l'élasticité-prix. Les auteurs indiquent que les enquêtes récentes sur le terrain africain ne concluent pas toutes à l'inélasticité.

Il est frappant de noter que l'hypothèse que nous remettons ici en cause (l'inélasticité-prix de la demande) est identique à celle qu'avait antérieurement posé Leland. Cette concordance entre le modèle de Leland et l'application du recouvrement des coûts dans le secteur sanitaire africain aboutit aux mêmes conséquences en termes d'équité : il n'y aurait pas de problèmes d'équité (accès de tous aux services de santé, donc à un niveau de santé minimal) puisque la disposition à payer augmenterait systématiquement en cas d'accroissement de la qualité. Au contraire, si l'on suppose la possibilité d'une élasticité de la demande aux prix négative, alors la question de l'équité revient au centre de l'analyse.

¹⁰ Voir en particulier MSP-PNUD-OMS 1991, CREDESA 1989, Bichmann et alii 1991. L'enquête du CREDESA, certes effectuée en milieu rural, tend à montrer que 52,8 % des populations à "bas revenu" sont sensibles aux prix des services, contre 41,8 % pour les "revenus moyens" et 25 % pour les "hauts revenus" (cf tableau 15, chapitre 2). L'étude de Czesnik et Wolf (1992) conclut quant à elle que l'élasticité est légèrement négative pour les catégories à revenu modeste, alors qu'elle est quasiment nulle pour les populations plus aisées. Comme nous l'avons indiqué (chapitre 2), le caractère apparemment nuancé de ces derniers résultats (l'élasticité ne serait que faiblement négative pour les revenus modestes) est expliqué par les auteurs eux-mêmes par la nature fondamentale des services sanitaires, qui amènerait les agents à de grands sacrifices pour maintenir un minimum de dépenses de santé. En tout état de cause, nous retenons l'hypothèse d'une élasticité forte pour deux raisons : d'une part, elle semble étayée par les résultats des autres enquêtes ; d'autre part, la barrière financière reste un facteur de choix important pour les couches modestes dans l'analyse de Czesnik et Wolf.

Il convient donc de réécrire les déterminants du prix de demande, en considérant les deux aspects suivants : d'une part la qualité et la quantité d'offre jouent bien sur ce prix, mais avec une incertitude sur le signe de la relation (en particulier, des demandeurs qui éprouvent une préférence pour une meilleure qualité peuvent ne pas être en mesure de payer cette qualité, d'où une disposition à payer faible). D'autre part et de façon liée, une troisième variable doit être ajoutée, celle des contraintes de revenu, qui jouent à la baisse de la disposition à payer :

$$p_d = p(q, y, R) \quad [41]$$

R étant le revenu du demandeur.

L'imperfection de l'ajustement après l'introduction des normes traduit une situation de rationnement. Celui-ci peut toucher l'offre, si c'est elle qui finalement doit ajuster son prix à la baisse. Mais alors un certain nombre de prestataires risquent de quitter le marché. Le rationnement peut également concerner la demande, si l'offre maintient un prix égal au coût d'opportunité mais supérieur au prix de demande. Les incitations permettent en principe de répondre au risque de tels rationnements.

Mais pour que les incitations soient efficaces, elles doivent compenser effectivement les coûts subis par l'offre dans l'augmentation de qualité. Si, pour toutes les micro-unités,

$$c < R(\hat{q}),$$

$$c \text{ 'est-à-dire } c < p_s,$$

alors $p_s > p(q, y, R)$ (le prix d'offre est supérieur au prix de demande, l'offre cherchant à compenser l'insuffisance de c en augmentant les prix).

Si, cas plus probable, certaines entreprises voient leurs coûts compensés alors que d'autres non, ces dernières seront moins incitées à atteindre la norme. On peut voir se

développer un sous-segment moins qualitatif mais moins coûteux, ce qui repose la question des stratégies d'offre face aux asymétries persistantes. Un sous-segment de moindre qualité peut persister si une partie de la demande, malgré la stabilité des prix des unités normées, préfère l'avantage relatif de prix des cabinets non normés. Au contraire le sous-segment tendrait à disparaître si les prix des micro-unités subventionnées s'avéraient suffisamment faibles pour attirer toute la demande. Dans tous les cas, les stratégies d'offre et de demande se combinent pour limiter ou favoriser l'efficacité des mécanismes incitatifs.

II.2.1.2 . LE PROBLEME DU FINANCEMENT

Le problème du financement des incitations, plus généralement de toute intervention publique sur la qualité du marché, se doit d'être soulevé. Leland considère la question des normes de qualité en faisant abstraction des coûts de leur mise en oeuvre et du contrôle nécessaire. C'est là une lacune de son approche. Or, l'introduction d'incitations, parce qu'elle suppose ici une modalité d'intervention différente (la subvention plutôt que la répression), et parce qu'elle s'applique à un terrain où les manipulations d'information ont été soulignées, ne peut se passer de considérer cet aspect crucial qu'est le financement. Ce problème peut jouer de deux façons sur l'efficacité des incitations. D'abord le coût du financement peut jouer sur l'utilité des pouvoirs publics. La fonction d'utilité de ces derniers ne concerne alors plus le seul niveau de qualité ($U_p = U[Q_e - Q_n]$) (cf. [21]), mais intègre le coût de la subvention :

$$U_p = U_1[Q_e - Q_n] + U_2[S] \quad [42]$$

avec $U'_2 < 0$.

Ensuite, la recherche du financement par la taxation n'est pas sans effets sur les comportements des agents. C'est sur ce second aspect que nous insistons ici.

Le financement des subventions qualitatives est susceptible d'engendrer ce que nous qualifierons de **distorsions possibles en amont**. Celles-ci résultent des conséquences du financement sur le comportement des agents selon qu'ils y contribuent ou en sont exemptés. On peut en effet supposer que l'intervention publique amènera à ponctionner certaines catégories, sauf à être entièrement prise en charge par des fonds extérieurs. On connaît certes les difficultés des procédures fiscales rencontrées dans les pays subsahariens (identification des catégories taxées et recouvrement), mais la mise en oeuvre de ces mécanismes ne peut être exclue a priori. L'analyse économique s'est déjà interrogée sur les conséquences de transferts publics financés par la taxation. Ainsi Warr (1982) et Roberts (1984) s'intéressent-ils aux conséquences de la taxation sur les effets d'éviction des transferts volontaires par les transferts publics. Selon eux le résultat d'un tel mode de financement réside dans la réduction des transferts privés, annulant ainsi l'effet des interventions publiques supplémentaires. Certes, la modification des hypothèses retenues par ces auteurs permet de nuancer les conclusions avancées : en particulier la taxation ne repose pas sur les seules catégories aisées et bienveillantes qui effectuaient des transferts volontaires. En conséquence le transfert public peut être supérieur aux transferts privés de ces catégories (c'est ce qu'indiquent Bergstrom, Blume et Varian, 1986). Néanmoins la possibilité d'une éviction des initiatives privées par l'intervention publique ne peut être exclue dans le cas d'un modèle incitatif sur les micro-unités. Sans parler spécifiquement de transferts volontaires, les pratiques redistributives au sein des réseaux sociaux (prise en charge de dépenses de santé, de sécurité, d'éducation, par la famille ou la communauté) peuvent se trouver remises en cause par la taxation des catégories qui financent habituellement ces dépenses. Les couches de populations les plus démunies sont donc susceptibles de perdre partiellement en assistance par les proches ce qu'ils gagneraient en qualité des soins. Plus généralement, toute ponction des catégories les plus aisées peut se traduire par des ajustements internes aux réseaux de redistribution habituels.

Par ailleurs, la question du financement se heurte aux éventuelles contre-stratégies de la part des catégories taxées. Accepteront-elles les ponctions imposées ? Tenteront-elles de réduire leur contribution par des stratégies de mensonge sur la capacité contributive ? La difficulté réside ici dans le fait que les catégories bénéficiaires de l'intervention publique peuvent difficilement, compte tenu de leurs contraintes financières, être en même temps à

l'origine du financement des transferts. Ce sont donc les agents les plus nantis qui seront éventuellement mis à contribution. Ces derniers peuvent-ils trouver un intérêt à une ponction qui bénéficie à d'autres catégories ? Certes, les externalités liées à l'amélioration de l'état sanitaire des plus pauvres (éradication des épidémies, réduction de la promiscuité des personnes malades, conséquences économiques favorables...) jouent sur la disposition individuelle à contribuer au financement. Mais de telles externalités n'influent que de façon indirecte et variable sur la satisfaction des catégories qui disposent d'un état de santé avantageux. Si les externalités constituent un incitant insuffisant, l'efficacité de la taxation n'a rien d'assuré tant que les agents ponctionnés ne bénéficient pas de l'amélioration de la qualité des micro-unités. Le problème de la taxation résulte en fin de compte du caractère fragmenté des services sanitaires en fonction des différentes catégories d'utilisateurs : on se trouve dans un système au sein duquel les payeurs de l'intervention publique ne seraient pas, au moins au départ, les utilisateurs des services concernés, sauf si les micro-unités parviennent à égaler le niveau qualitatif des structures privées officielles (ce qui semble peu probable), ou si plus simplement elles améliorent suffisamment leur qualité pour que leur avantage relatif en termes de coût associé à cette qualité les amène à capter une clientèle plus aisée. Dans tous les cas, l'élargissement de l'utilisation des micro-unités aux catégories plus aisées apparaît incertain, mais l'hypothèse ne doit pas être écartée. L'hypothèse de mécanismes incitatifs sur la qualité ne semble pas y mener particulièrement, puisque de telles incitations viseraient plutôt la stabilisation de la demande et de l'offre que l'accroissement des débouchés de celle-ci. Mais il est toujours possible pour certains usagers des cliniques officielles de s'adresser aux micro-unités pour certaines affections, et aux cliniques pour d'autres. On se trouve alors en situation de complémentarité des services (pour certaines catégories d'utilisateurs), plutôt que de substituabilité parfaite.

En conséquence, un enjeu essentiel du modèle serait de définir des procédures qui inciteraient à participer au financement des transferts publics. L'importance de cette question peut être soulignée à partir des mécanismes de pivot à la Clarke-Groves (Clarke 1971, Groves et Loeb 1975), qui néanmoins ne rendent pas compte de toutes les spécificités de notre terrain. Le processus de pivot repose sur la recherche de la véritable valeur attribuée par les individus à un bien public. La méthode consiste à sur-taxer tous les agents qui par leur annonce

diminuent la satisfaction des autres agents en les privant de la consommation du bien public. Nous n'entrons pas ici dans le détail de la procédure, qui touche plus au calcul de la production optimale qu'au financement d'un bien. L'intérêt de cette approche pour notre analyse réside plutôt dans l'occasion qu'elle donne de souligner le problème complexe de la qualité : le mécanisme de pivot suppose la production d'un bien ou d'un service que chacun peut a priori souhaiter consommer compte tenu de la réponse aux besoins qu'il fournit. En d'autres termes la question de la qualité du produit n'est pas traitée, ni la possibilité d'une inégalité des agents devant cette qualité. La question posée par le mécanisme de Clarke est donc : à qualité donnée, comment les décisions des agents financeurs vont-elles jouer sur la quantité produite du bien concerné? Au contraire la présente analyse suppose, non seulement que la qualité n'est pas homogène, mais également que le financement va modifier la qualité des services proposés, et donc éventuellement influencer le comportement des demandeurs vis-à-vis de ces services (par exemple en favorisant l'entrée, même occasionnelle, de nouveaux utilisateurs sur le marché). L'attitude des agents taxés ne peut donc être appréhendée de façon aussi simple que dans le modèle de Clarke-Groves.

La question des stratégies développées par les agents taxés se rapproche donc, tout en s'éloignant, des problèmes que tente de résoudre le mécanisme de pivot :

- Elle s'en approche parce que nous nous intéressons au comportement des individus face au financement d'un service, et à la possibilité du refus des agents d'y contribuer. En ce sens, on revient bien à la problématique de la place du secteur informel dans le financement des dépenses publiques. Ici, cette question prend une importance cruciale puisque les agents qui offrent ou demandent sur le micro-marché sont précisément les bénéficiaires de l'intervention publique potentielle.

- Néanmoins les stratégies des catégories susceptibles d'être taxées s'éloignent a contrario du mécanisme de pivot, par deux aspects essentiels. D'une part, le service fourni apparaît déjà au départ faire l'objet d'une fragmentation de la demande (orientation vers les

services privés officiels pour les catégories aisées, et vers les micro-unités pour les catégories moins nanties). L'intervention publique vise donc une catégorie particulière de demandeurs, précisément celle qui ne peut financer les subventions. En conséquence on peut s'attendre à ce que les agents taxés, moins concernés par l'intervention parce que faisant appel à d'autres prestataires, seront particulièrement enclins à développer des stratégies de fuite fiscale. D'autre part, et de façon paradoxale avec le premier point, l'amélioration de la qualité liée aux subventions incitatives peut modifier la composition de la demande adressée aux micro-unités. Les agents qui s'adressent habituellement au secteur privé officiel pour des raisons de fiabilité sont susceptibles de se tourner partiellement vers les micro-prestataires, ceux-ci se rapprochant des normes de qualité tangible souhaitées par les demandeurs, tout en conservant leur caractéristique de coûts limités. Certains financeurs des transferts peuvent alors devenir également bénéficiaires des services subventionnés, auquel cas leurs stratégies face à la taxation seront modifiées.

On devine en fin de compte la complexité du financement des incitations qualitatives. La taxation, s'il s'agit du mode de financement choisi, peut jouer sur les stratégies des catégories taxées non seulement par leur comportement face à la taxation (fuite, mensonge, report sur d'autres contraintes), mais également par l'orientation de leur demande (appel à des prestataires normés). A cet égard, caractériser les relations entre l'Etat et les micro-unités sous l'angle des incitations permet de montrer que les effets d'une intervention publique sur les comportements de demande ne seront pas neutres, contrairement à ce que peut laisser supposer une action centrée sur l'offre. Les aspects de "révélation de la demande" de type Clarke-Groves ne suffisent pas à intégrer toutes les stratégies possibles.

Pour conclure sur ces questions de l'offre et du financement, remarquons que chacune des limites, ou en tout cas des conditions, d'un modèle incitatif normatif semble clairement dépendante des comportements de demande. Ces derniers apparaissent finalement omniprésents dans l'analyse précédente, même s'ils ne sont abordés qu'implicitement. Il

convient donc de situer maintenant toute l'importance de la demande, et l'insuffisance de sa prise en compte dans les relations entre l'Etat et le marché.

II.2.2 . INCITATIONS ET DEMANDE DE SANTE.

Le rôle de la demande dans les relations entre l'Etat et le marché rejoint la problématique des incitations. Nous pouvons en effet l'analyser sous deux angles. En premier lieu, les approches incitatives ont abordé, outre l'action sur l'offre, les incitations sur la demande par la révélation d'informations à cette dernière. Or, cette question se trouve bien au centre des relations Etat-marché dans le cas des petites prestations sanitaires. Si nous considérons les limites des incitations potentielles sur l'offre, et plus généralement des tentatives d'intervention publique sur les micro-unités, alors nous pouvons nous interroger sur la capacité des incitations sur la demande à compenser de telles lacunes (II.2.2.1). Nous tentons de montrer ici, en continuité avec les développements précédents, que la demande, même mieux informée, reste soumise aux limites du marché du point de vue qualitatif.

En second lieu, on peut s'interroger sur la place de la demande au sein des incitations sur l'offre (II.2.2.2). La focalisation sur l'offre tend à mener à des hypothèses contestables au niveau des déterminants de la demande. Surtout, celle-ci n'apparaît pas dans sa dimension active. L'intervention sur la sélection adverse témoigne de cette lacune, et montre la complexité des relations entre l'Etat et le marché. Le risque moral, difficile à intégrer à un modèle, révèle un paradoxe : il limite les possibilités de choix de la demande, mais il fait partie intégrante de la dimension intangible de ses choix.

II.2.2.1 . LES LIMITES DES INCITATIONS SUR LA DEMANDE

La possibilité d'une rationalité de demande qui s'exercerait pleinement au-delà d'un seuil sanitaire a permis de supposer que les stratégies des utilisateurs peuvent limiter les manipulations d'information du côté de l'offre. Mais les limites des contre-stratégies de demande, que nous avons également soulignées (chapitre 4), montrent plus généralement que toutes les pratiques que l'on peut rapprocher de "l'auto-sélection" ne semblent pas suffir à assurer une qualité suffisante des services. Nous interprétons ici la notion d'auto-sélection, généralement définie dans le cadre de l'économie de l'assurance, de façon à la rendre applicable au cas du micro-marché sanitaire. Dans une relation de principal-agent, les prestataires (agents) peuvent être amenés à révéler leurs caractéristiques en fonction du risque et de la qualité présentés par leurs services. L'économie de l'assurance considère plutôt une auto-sélection réalisée par le principal, c'est-à-dire l'assuré, qui choisit alors le contrat d'assurance dont les caractéristiques (prime et franchise) correspondent le mieux à son profil de risque. Nous appliquons ici la notion d'auto-sélection non plus au principal, mais à l'agent. Ainsi le moindre prix des micro-prestations par rapport aux cliniques officielles constitue une première information, même si elle demeure rudimentaire, sur le niveau de qualité.

Les incertitudes sur l'efficacité de l'auto-sélection des demandeurs (chapitre 4) nous amènent donc à nous interroger sur les moyens qui peuvent être envisagés du côté des pouvoirs publics pour faciliter la capacité des utilisateurs à exercer une pression sur la qualité des prestations. Dans une optique de révélation de la demande, l'intervention d'un agent extérieur au marché peut apparaître nécessaire pour que les choix soient réalisés dans des conditions de risque minimal. Encore faut-il que les mécanismes incitatifs sur la demande soient suffisants, comme nous allons maintenant le souligner.

Si nous reprenons la distinction effectuée par Mougeot (1986) entre les schémas de régulation verticaux et horizontaux, les incitations sur la demande peuvent être rattachées à la

deuxième catégorie. En effet, alors que les premiers reposent sur un contrôle par les pouvoirs publics (procédures normatives), les seconds se fondent sur un contrôle par les agents privés "dans le cadre de leurs choix ou par des assurances privées ou mutualistes" (p 163).

La régulation de type horizontal propose des modes de révélation de la demande, et rejoint donc la question d'une intervention publique sur la capacité des utilisateurs à exprimer leurs choix. Elle suppose que les demandeurs ont la possibilité, soit de façon directe (procédure de choix individuels), soit de façon indirecte (assurances, mutualités), de contrôler la qualité des services offerts : la situation de concurrence entre les prestataires soumettrait ceux-ci à des "ajustements externes", et limiterait leurs comportements stratégiques face à une demande qui, par ses choix, déterminerait leur part de marché.¹¹

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

Des tentatives d'application de procédures révélatrices d'informations ont vu le jour dans les pays industrialisés. En France, l'Association Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) réalise des conférences de consensus, qui regroupent des professionnels, des représentants de la tutelle et des usagers, et prennent en compte l'avis préalable d'experts (Béjean et Gadreau 1996). Même si cette expérience appelle à être

¹¹ Dans l'hypothèse d'un marché non parcellisé, comme c'est par exemple le cas des HMO.

améliorée (Béjean et Gadreau soulignent en particulier que les implications économiques des décisions sont négligées au profit du critère d'efficacité médicale, p 43), elle témoigne de la possibilité, dans les pays industrialisés, d'apporter une meilleure évaluation des pratiques médicales en révélant des informations et en stimulant la participation des demandeurs.

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

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

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

Les mesures engagées à travers le volet "demande" de l'Information-Education-Communication (cf annexe 4) s'inscrivent dans l'optique d'une stimulation des choix de demande favorables à l'objectif public. Il en est ainsi des mesures d'information en général (sur l'auto-médication et sur les médicaments notamment), mais également de celles touchant à la réglementation de la publicité et à l'assurance de qualité. Elles ont à ce titre l'avantage des principes visant à favoriser les choix de demande, mais présentent ce faisant les inconvénients que nous venons de souligner (problème de l'information et de l'intervention sur la demande tournée vers les micro-unités).

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

II.2.2.2 . SELECTION ADVERSE, RISQUE MORAL ET DEMANDE DE SANTE

L'hypothèse qui a jalonné l'ensemble des développements précédents consiste à considérer les utilisateurs des micro-unités comme des demandeurs de santé dont les préférences ne peuvent, dans certaines conditions du marché exposées, faire l'objet d'une révélation rationnelle. A ce blocage de la demande en termes d'expression de la rationalité s'ajoutent les difficultés pour les pouvoirs publics d'améliorer les conditions de contrôle de l'offre par la seule demande : la régulation incitative horizontale, qui devrait permettre aux individus d'améliorer leur capacité de choix, se heurte aux contraintes financières et informationnelles.

L'objectif implicite d'une intervention sur l'offre via un modèle incitatif consiste donc à contourner l'impossibilité d'une action directe sur la demande. La contrainte est à cet égard différente, une fois encore, des modèles incitatifs relatifs aux systèmes de santé occidentaux : ici, "l'absence d'expression de la demande" (Mougeot 1994 p 97) ne résulte pas d'un système fondé (comme dans de nombreux pays industrialisés) sur un mode de financement indirect qui engendre une inélasticité-prix. Elle provient au contraire du marché lui-même, par le jeu combiné des asymétries informationnelles et des contraintes des demandeurs. Ces derniers, face à l'urgence ou la nécessité des soins, se voient contraints de recourir à une offre qui, détenant l'information et jouissant du statut de providence, peut pratiquer la sélection adverse et le risque moral. Tout l'enjeu des incitations, si elles sont viables, revient donc à permettre l'exercice des choix de demande les plus favorables à l'amélioration du niveau de santé. Paradoxalement, l'intervention d'un agent central pour assurer le fonctionnement des choix de demande comporte elle-même le risque de décréter une qualité de prestations au détriment de certaines variables importantes dans les préférences des utilisateurs. Nous pouvons faire apparaître ce paradoxe en confrontant l'objectif supposé de l'agent central dans le modèle présenté plus haut, et les comportements de demande de santé.

Au préalable, interrogeons-nous sur la notion d'optimum de demande. Le terme d'optimum répond mal, nous l'avons vu, aux contraintes rencontrées par les utilisateurs des micro-unités. Nous parlerons plutôt de la situation la plus satisfaisante parmi les sous-optima possibles, puisque le marché sanitaire se caractérise par la multiplicité des traitements possibles et l'asymétrie informationnelle. Ceci précisé, les chapitres 2 et 3 permettent de distinguer deux grands facteurs de la satisfaction des demandeurs de santé : d'une part, l'atteinte du seuil sanitaire minimal ; d'autre part la réponse aux déterminants de la demande (différenciation-revenu et différenciation-qualité).

Le seuil sanitaire joue favorablement sur la satisfaction des demandeurs, puisqu'il permet à ces derniers d'exercer rationnellement leurs préférences (chapitre 3). Les déterminants de la demande constituent quant à eux les fondements de la fonction de décision

sanitaire (chapitre 2) : les variables de différenciation-revenu (prix, distance) se combinent avec les facteurs de différenciation-qualité (critères tangibles et intangibles d'évaluation) dans la réalisation des choix.

Ainsi la situation la plus satisfaisante pour un demandeur de santé est celle qui d'une part lui donne accès au seuil sanitaire, d'autre part lui permet de bénéficier d'une prestation qui constitue une combinaison de facteurs quantitatifs et qualitatifs répondant à ses contraintes et ses préférences. On peut par exemple considérer le cas d'un individu caractérisé ainsi : le seuil de santé est atteint, les ressources sont faibles, l'asymétrie subie vis-à-vis des prestataires est forte. La première caractéristique permet de considérer que l'individu pourra consacrer son choix à la recherche du second terme de satisfaction, à savoir la réponse au profil de sa fonction de décision. En l'occurrence, le demandeur s'orientera plutôt vers un prestataire proche, peu onéreux, et dont les caractéristiques qualitatives permettent une réduction de l'asymétrie : facteurs de fiabilité et de communication par exemple.

La demande de santé peut alors être rapprochée d'une décision lexicographique (telle que celle-ci est définie par Georgescu-Roegen 1954), dans le sens où l'utilisateur des prestations va d'abord chercher à satisfaire son besoin le plus important (ici l'atteinte du seuil sanitaire), avant d'engager la recherche de réponses à ses préférences et ses contraintes secondaires. Par contraintes secondaires nous entendons celles qui demeurent (ou apparaissent) une fois que la contrainte de seuil sanitaire est dépassée. Dans le cas de la demande de santé sur le marché béninois, on constate alors que certaines contraintes jouent à la fois sur le besoin premier (le seuil sanitaire) et sur les besoins hiérarchiquement inférieurs (réponse aux préférences, catégorie de revenu, lieu d'habitation...). Ainsi dans l'exemple précédent d'un agent ayant atteint le seuil critique, les ressources détenues par l'individu concerné ont d'abord constitué une contrainte dans l'atteinte du seuil, puis sont devenues un critère de choix une fois celui-ci atteint. Si la démarche repose sur deux temps, par contre les déterminants et les contraintes des choix peuvent jouer dans chacune des étapes de la demande.

L'idée d'une démarche lexicographique dans les choix de santé aura une incidence essentielle sur l'impact qu'une incitation peut exercer sur la demande. En effet, la procédure lexicographique permet ici de préciser une conclusion tirée du chapitre 3 : nous avons avancé que l'atteinte du seuil sanitaire permettait aux individus d'exercer rationnellement leurs préférences. En termes lexicographiques, on peut traduire cette idée ainsi : la substitution entre l'atteinte du seuil et la réponse aux préférences de demande n'est pas possible, puisque la pratique des préférences dépend largement de la réalisation de la première condition.¹²

Ces précisions sur la satisfaction de la demande sanitaire permettent d'aborder l'impact du modèle incitatif. Nous nous sommes précédemment interrogé sur les distorsions possibles en amont de l'intervention, à propos des problèmes de financement. Intéressons-nous maintenant aux *distorsions possibles en aval*. Le modèle permet-il réellement de révéler les préférences des demandeurs ?

Du point de vue d'un agent régulateur, l'objectif implicite des incitations revient d'abord à s'assurer qu'un bien-être sanitaire minimal des individus sera atteint. Nous avons présenté au chapitre 3 une fonction de bien-être social qui mesure le bien-être sanitaire des individus à partir de leur niveau par rapport au seuil de santé (cf. [13]) :

$$S = S \min (es_1, es_2, \dots es_n).$$

La difficulté à intégrer tous les déterminants du bien-être de demande apparaît sous deux angles. D'une part, nous l'avons vu dans les limites des hypothèses de Leland sur notre terrain, les réponses de la demande à une incitation sur l'offre ne sont pas négligeables, et

¹² Ceci rejoint notre remarque sur le caractère faiblement substituable des dépenses de santé (chapitre 4, II.1.1). Rappelons cependant, comme l'indique la note 6 du chapitre 4, que cette hypothèse de faible substituabilité concerne les individus se trouvant sous le seuil de santé. Au-delà, la complémentarité des choix redevient concevable, soit au sein des décisions sanitaires, soit entre l'ensemble des dépenses individuelles.

traduisent l'adaptation des individus aux modifications issues de l'intervention. Elles peuvent donc remettre en cause l'action publique. D'autre part, la demande s'exprime à travers les déterminants intangibles de ses choix, qui rejoignent les critères intangibles de la qualité. De ce point de vue, il s'agit d'une limite du modèle incitatif, mais au-delà, une caractéristique essentielle des relations entre l'agent régulateur et le marché apparaît. Le risque moral est à la fois un facteur de réduction des choix (une limite du marché), et la manifestation la plus significative de l'existence de choix de demande qu'une intervention extérieure peut difficilement réguler.

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

Demande et sélection adverse

Si nous nous intéressons strictement aux variables de qualité que sous-tend le modèle présenté plus haut, alors la dimension tangible sera privilégiée. La demande est-elle prise en compte dans ce cadre ? Comme l'indiquent la procédure lexicographique ainsi que la fonction de bien-être social, l'atteinte du seuil de santé par les individus constitue le premier objectif supposé des transferts publics. En ce sens l'intervention publique à travers les incitations est considérée comme susceptible d'améliorer la situation des demandeurs de santé, puisque les critères tangibles occupent une place première dans l'atteinte du seuil de santé. Ils permettent d'élargir les possibilités de choix dans l'accès au seuil sanitaire et d'améliorer l'état de santé une fois ce seuil atteint. En ce sens également la stabilisation d'une partie de l'offre (vers une qualité partiellement normée) est censée favoriser l'accès au seuil, tout en donnant à la

demande des informations nécessaires à la réalisation de choix moins contraints par les asymétries.

Mais la satisfaction de la demande passe également par la réalisation des préférences. Si l'individu est capable, parce qu'il jouit d'un état sanitaire suffisant, de passer à la seconde étape lexicographique (l'exercice des préférences), alors la question se pose des stratégies qu'il poursuivra et de leur impact sur les résultats de l'intervention. C'est ainsi que l'on peut interpréter les problèmes posés par les hypothèses de comportement de demande (II.2.1 et II.2.2). Du fait que les demandeurs sont dans une certaine mesure sensibles aux prix, parce qu'ils ne peuvent faire abstraction de leurs contraintes budgétaires, la persistance d'entreprises non normées fait jouer la rationalité des usagers. Les choix de ces derniers déterminent la disparition ou le maintien de ce sous-segment d'offre. En ce sens, la qualité joue bien un rôle essentiel dans les décisions des agents, mais ce rôle se trouve pondéré par les contraintes individuelles.

Une analyse qui suppose une élasticité faible de la demande aux prix place la qualité comme déterminant quasiment unique des choix, et sous-estime de ce fait certaines stratégies liées à la combinaison des contraintes et des préférences des demandeurs. Par exemple, elle ne peut tenir compte des éventuels reports vers les prestataires non normés, si les prix de ces derniers demeurent inférieurs à ceux des services normés (ce qui peut être le cas par exemple si les unités normées proposaient déjà des prix supérieurs avant l'instauration de la norme). En supposant donc que certaines micro-unités préfèrent ne pas bénéficier de l'incitation (si la compensation des coûts est insuffisante notamment), alors l'évolution de l'offre dépend partiellement des reports de la demande. Celles-ci dépendent à leur tour de la valeur respective de l'élasticité de demande par rapport aux prix, et de l'élasticité de demande en fonction de la qualité¹³. Pour les catégories les plus modestes, le premier terme risque de prendre une valeur supérieure au second. A priori, les reports vers le sous-segment non normé

¹³ Considérer la possibilité de ce type de comportements de la part de la demande revient à restaurer la place de v (la quantité vendue) dans la fonction d'utilité des producteurs : si v n'est plus fixe, on retrouve $U_m = U_1(v) + U_2(S-c)$ (cf. [22]).

dépendent donc positivement de l'importance des patients dont les ressources sont les plus faibles. L'intervention publique peut se trouver en échec par rapport à ses objectifs, si l'apparition d'un sous-segment repose le problème des stratégies de sélection adverse.

Demande, critères intangibles et risque moral

La problématique d'une intervention publique fondée sur les seules variables tangibles de l'activité résulte de la difficulté à intégrer des critères d'ordre plus subjectif. Ainsi, nous avons distingué dans le chapitre 3 les variables "de qualité du produit" (fiabilité, compétence, tangibilité), des variables "de comportement du prestataire" (sensibilité, communication, crédibilité, sécurité, compréhension), l'ensemble constituant une fonction de qualité réduite (car ne prenant pas en compte l'accès aux prestataires et la courtoisie). Au regard des asymétries du marché analysées dans le chapitre 4, nous avons conclu que la sélection adverse concernait plutôt les facteurs de qualité du produit, alors que le risque moral touchait plutôt aux facteurs de comportement.

En conséquence, le mécanisme incitatif qui nous a servi d'outil d'analyse, parce qu'il repose sur une fonction de qualité tangible, présente essentiellement une incidence en termes de sélection adverse. L'action sur les critères les plus évaluables de la qualité n'empêche pas les comportements de risque moral de perdurer ou de se développer. Précisons cette idée en reprenant chacun des critères de la fonction de qualité élargie (cette fonction est définie dans le chapitre 3).

Concernant les variables qualifiées de tangibles, on constate qu'elles se trouvent bien intégrées dans le mécanisme incitatif. La *fiabilité*, dont nous avons souligné la faiblesse dans le cas des micro-unités, rejoint un objectif premier du modèle, qui vise à standardiser une partie de la production des prestataires. Le contrôle de l'équipement utilisé et des compétences

des praticiens (rattachés aux critères de *compétence et d'équipement*) contribue à rendre l'acte en partie ou totalement uniforme.

Concernant les autres variables de qualité, elles sont omises du modèle incitatif car peu sujettes à une mesure et/ou une standardisation. Même si l'action sur la sélection adverse peut avoir une incidence indirecte sur les comportements de risque moral, ces derniers continuent de bénéficier d'une importante marge de jeu.

Ainsi la *communication*, qui repose sur l'échange d'informations entre clients et praticiens, met en jeu des relations trop complexes pour être résumées aux conditions techniques de production. Mais le contrôle de ces dernières, à travers l'équipement et la compétence, peut atténuer les possibilités de risque moral dans la mesure où la conformation à des normes réduit la marge de manoeuvre des prestataires en termes de comportement. La relative standardisation des conditions techniques de production simplifie, pour les utilisateurs, le mode d'évaluation des actes.

De même, les critères de *crédibilité et de sécurité*, même s'ils peuvent faire l'objet de nombreuses manipulations de la part des praticiens, se trouvent en partie déterminés par le degré de contrôle des conditions techniques. La crédibilité repose sur la capacité du prestataire à convaincre l'utilisateur de la pertinence du traitement. Or, le patient aura d'autant plus les moyens de contrôler celle-ci que les différents prestataires utiliseront des équipements et des compétences proches. En ce sens l'évaluation de l' "honnêteté" des praticiens se trouve facilitée par la clarification des conditions de production. Concernant la sécurité, on peut considérer un effet similaire de la standardisation : même si le prestataire dispose de nombreux moyens de manipuler l'information sur son comportement (utilisation effective du matériel par exemple), néanmoins la mise aux normes permet d'atténuer l'éventail des possibilités de risque moral.

En fin de compte, il semble que seuls les critères de *sensibilité* et de *courtoisie* s'avèrent relativement indépendants des conditions techniques de production (c'est-à-dire des équipements et de la compétence). L'ensemble des autres variables que nous avons reprises, qu'elles relèvent de la qualité du produit (fiabilité, compétence, tangibilité), ou du comportement du prestataire (communication, crédibilité, sécurité, compréhension), sont susceptibles de subir l'impact d'un contrôle des deux critères de qualité retenus dans le modèle incitatif. Néanmoins, seul le premier groupe de variables (fiabilité, compétence et tangibilité) se trouve directement lié à un tel modèle. Au contraire, le second groupe n'est touché que de façon indirecte, et l'on peut difficilement évaluer l'incidence réelle des mesures de contrôle sur celui-ci.

Une conséquence essentielle réside donc bien dans l'incertitude forte qui demeure sur les stratégies de l'offre en termes de risque moral. Puisque les critères relatifs au comportement des prestataires (communication, crédibilité, sécurité, compréhension) ne peuvent faire l'objet d'un contrôle strict, alors le modèle incitatif non seulement n'exerce qu'une influence hypothétique sur ceux-ci, mais également peut renforcer les stratégies de risque moral au lieu de les atténuer. Ainsi, l'amélioration du contrôle des conditions de production, tout en réduisant la sélection adverse (le mensonge sur la qualité du produit diminue), donnerait-elle lieu à des contre-stratégies d'offre en termes de risque moral ? On ne peut exclure que les praticiens cherchent à bénéficier de subventions tout en accroissant le mensonge sur les pratiques médicales dépendant peu des critères matériels, ou même qu'ils utilisent la crédibilité donnée par leur appartenance à la norme pour cacher aux utilisateurs le poids de tels comportements stratégiques.

Que pouvons-nous en déduire sur l'efficacité d'une intervention publique par rapport à la demande ? En réalité, considérer uniquement la question sous l'angle de l'offre et des caractéristiques de ses produits s'avère encore une fois singulièrement réducteur. Il convient de revenir à la place de la demande vis-à-vis des deux dimensions de la qualité, et de son rôle par rapport aux manipulations d'information.

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

Le risque moral, comme l'indique son appellation, constitue **d'abord un risque** pour les demandeurs. Il est possible à cet égard de situer la filiation, mais également la spécificité de notre terrain avec les mécanismes incitatifs habituels. Dans les économies industrielles, l'incitation a pour vocation de traiter deux problèmes simultanément, la sélection adverse et le risque moral. Mais elle se trouve en réalité confrontée à un arbitrage délicat entre les deux. Ainsi, l'approche incitative, sur son terrain d'origine et de prédilection (les économies industrielles), se trouve souvent confrontée au choix entre un contrôle des prix ou un contrôle des coûts. Si la réglementation concerne uniquement les prix, alors elle est censée réduire le risque moral puisque c'est l'effort de l'entreprise qui se trouve contrôlé : mais celle-ci conserve alors sa rente d'information sur les coûts, ce qui laisse libre cours aux pratiques de sélection adverse (cf Curien 1990). Par contre, si la réglementation s'attache à rembourser les coûts

supplémentaires subis par les entreprises, alors la rente d'information de celles-ci diminue (et avec elle la sélection adverse), mais le risque moral demeure voire s'aggrave¹⁴.

Le modèle ici présenté n'échappe pas à un tel paradoxe entre l'action sur la sélection adverse et celle sur le risque moral. Mais sa focalisation sur la question de la qualité et sur les micro-unités modifie les contraintes et les propositions qu'il contient. Deux grandes lignes se dégagent à cet égard.

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

¹⁴ Voir en particulier les modèles de Baron et Myerson (1982), Laffont et Tirole (1986, 1990), Bös et Peters (1990), pour une approche de ces questions.

En second lieu et de façon liée, puisque la problématique ici abordée concerne plutôt la qualité que la tarification, alors l'arbitrage entre sélection adverse et risque moral dans le modèle incitatif s'en trouve modifié par le caractère plus complexe des variables retenues. Il ne semble pas que la réflexion sur le choix du modèle puisse se réduire à un arbitrage modulé entre ces deux aspects des stratégies d'offre (sélection adverse et risque moral). Dans le cas des modèles portant soit sur les coûts soit sur les prix, l'impact sur la sélection adverse et le risque moral peut se mesurer beaucoup plus facilement que dans celui des normes de qualité, à plus forte raison lorsque celles-ci concernent un secteur de petits prestataires. En d'autres termes, la définition du modèle sur la base d'une fonction de qualité tangible (jouant prioritairement sur la sélection adverse) ne signifie pas que la sélection adverse et le risque moral puissent être aussi nettement séparés que le supposent les modèles incitatifs habituels. Notamment, l'action sur la sélection adverse peut jouer sur le risque moral, soit en l'augmentant (si les prestataires décident d'utiliser la crédibilité donnée par la norme à accroître leurs stratégies, ou s'ils estiment que l'accroissement du risque moral permettra de compenser les pertes liées à la baisse de la sélection adverse), soit en le diminuant (si le contrôle partiel de certains standards de qualité augmente les exigences des patients sur le résultat, et/ou leur permet de mieux détecter l'origine de certaines inefficacités de l'offre). Dans le deuxième cas, le rôle de la demande dans la réduction du risque moral vient compléter une intervention exogène sur la sélection adverse (toujours sous la condition que cette intervention soit efficace). La demande n'est donc pas passive face au risque moral, même si son rôle limité peut nécessiter une intervention extérieure, comme le suggèrent les incitations.

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

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

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

Nous avons introduit une première remise en cause de ces présupposés en soulignant que la demande est active dans le processus de production, et capable elle-même de stratégies (chapitre 4). Nous pouvons maintenant la prolonger à travers la question de l'intervention publique. Les limites des approches incitatives normatives résultent certes de la nature particulière des relations entre l'Etat et les micro-unités. Mais plus généralement, notre terrain fait apparaître une lacune dans la façon dont la demande est appréhendée. Si l'on réintroduit une demande active sur le marché, alors le débat des incitations dépasse, par exemple, celui qui arbitre entre une régulation par les prix, et une régulation par les coûts. Dans le premier cas, on jouerait sur le risque moral, alors que, dans le second, on influencerait sur la sélection adverse. Le terrain et la problématique abordés ici tendent à montrer que dans le cas des petites prestations sanitaires, l'arbitrage repose plutôt sur l'équilibre entre d'une part un contrôle des unités, d'autre part la liberté donnée aux stratégies individuelles. Le premier

terme de cet arbitrage concerne la nécessité de réglementer les variables tangibles de l'activité médicale, en relation avec le critère du seuil sanitaire. Le second montre que l'efficacité du marché dans la réponse à certains besoins repose partiellement sur les critères intangibles et les relations personnelles entre praticien et utilisateur.

CONCLUSION

L'intervention publique sur le micro-marché sanitaire semble justifiée par la primauté lexicographique du seuil sanitaire. Mais une analyse en termes d'incitations montre que toute intervention engendre des contre-stratégies dont les effets peuvent être abordés sous l'angle des asymétries. C'est une première différence avec les analyses incitatives habituelles que d'appliquer une telle approche à un terrain de micro-unités, pour souligner que la délimitation du champ d'intervention publique dépend largement des comportements face au modèle. De plus, l'application au cas du micro-marché oblige à une discussion des mécanismes incitatifs dans leur aspect sanctionnant : les relations Etat-marché ne relevant pas ici de contrats, on ne peut aborder celles-ci dans une optique de monopole ou de monopsonne. Le marché reste libre, et les stratégies de ses agents en sont d'autant plus déterminantes pour l'efficacité d'une intervention. La théorie de la réglementation telle qu'elle se développe aujourd'hui dans les analyses portant sur les pays industrialisés (c'est-à-dire par l'application de mécanismes incitatifs, cf. par exemple Laffont 1991, Laffont 1994, Vallée 1994) trouve ici un terrain stimulant car nécessitant un aménagement des hypothèses sur les relations entre le principal et les agents.

Mais c'est surtout au sujet de la demande que l'application d'une approche incitative semble révéler un aspect essentiel des relations entre l'Etat et le micro-marché. Ce dernier est

parfois considéré comme la forme la plus proche du marché pur, ce qui permet de généraliser certaines des conclusions ici avancées. La façon dont les analyses incitatives considèrent la demande du marché s'avère proche des relations qui relient dans la réalité les pouvoirs publics béninois et la demande de santé, et peut-être plus généralement l'Etat et le secteur dit informel. La demande est analysée à travers le prisme de l'offre, et les manipulations d'information de cette dernière. Les incitations sur la demande ne semblent abordées que pour compléter la recherche de contrats essentiellement tournés vers l'offre. L'expression d'incitations "passives" (Kleiber 1991) est révélatrice du rôle laissé aux usagers des services de santé.

Cette approche centrée sur l'offre est bien sûr d'autant plus lourde de conséquences que la demande est difficile à appréhender, comme c'est le cas du domaine sanitaire. A cet égard, le micro-marché sanitaire répond bien à deux caractéristiques (secteur sanitaire et aspects informels) qui exacerbent les problèmes d'évaluation et de définition du produit. De façon plus générale, les lacunes d'appréhension de la demande propres aux analyses incitatives (et en dépit de l'apport de celles-ci dans la caractérisation des relations entre l'Etat et l'offre) semblent transposables aux tentatives d'intervention sur le secteur informel. Depuis 1988, le Bénin fait l'objet d'expériences de consolidation des activités informelles. Le Programme d'appui aux petits producteurs urbains d'Afrique francophone (PAPPU), sous l'égide du PNUD et avec la participation du BIT, cherche à rendre viables les petites entreprises, sous l'hypothèse que celles-ci constituent le ferment inexploité des solutions aux problèmes d'emploi et de stagnation économique. Or il est frappant de constater que de tels programmes n'appréhendent jamais la demande que de façon implicite, comme si celle-ci était une donnée, ou au plus une variable indépendante. Le PAPPU centre son action sur les offreurs, avec pour objectif de stimuler la mobilisation des ressources propres (systèmes informels d'épargne et de crédit), les initiatives individuelles, la prise de conscience parmi les petits producteurs de constituer une catégorie susceptible de peser sur l'économie. L'étude sur le coût de la légalisation des activités informelles (Attin 1990) s'inscrit bien dans cette optique, puisque les "perspectives du passage du secteur informel au secteur formel" concernent les seuls producteurs, sans considérations sur l'impact au niveau de la demande. Les mesures de "redynamisation" (p 27) préconisées par l'auteur consistent ainsi à faciliter l'installation des

unités (adaptation du code des investissements, octroi de crédits d'installation) et leur fonctionnement (aide à l'approvisionnement en matières premières, aide à la commercialisation, exonérations d'impôts).¹⁵

La présentation de Maldonado (1993), l'un des promoteurs les plus fervents du projet, confirme également une telle vision. La demande n'est abordée que de façon indirecte, non pas comme ensemble d'acteurs du marché, mais comme débouché de l'offre, qu'il faut chercher à stimuler (p 278).¹⁶ Il est vrai, l'absence de prise en compte des activités sanitaires dans les statistiques de base (due en partie à leur part marginale au sein du secteur informel) oriente essentiellement le projet vers les producteurs artisanaux, dont l'activité repose en partie sur la sous-traitance. La nature de la demande est donc différente pour ces catégories. Néanmoins, même dans ce cas les caractéristiques des demandeurs semblent négligées. Le Programme d'études et d'enquêtes sur le secteur informel (PEESI) se consacre essentiellement à l'étude de l'offre (évaluation de sa contribution au PIB, à l'emploi, répartition des activités, au sein desquelles on note que les micro-unités sanitaires ne figurent pas).

Si le champ sanitaire est apparu à bien des égards spécifique par rapport aux autres secteurs, néanmoins il révèle peut-être une situation généralisable à bon nombre d'activités économiques du marché. La demande est méconnue, voire négligée, ce qui ne peut que se traduire par des relations entre l'Etat et le marché qui sous-estiment les stratégies et contre-stratégies des acteurs. Dans le contexte sanitaire, cette lacune présente des incidences particulièrement fortes au regard de la nature du service considéré (la santé comme bien premier) et des critères d'équité. Au passage, redonner à la demande son sens au sein des

¹⁵ Notons que Attin n'aborde pas le problème du financement des mesures préconisées ; Nous avons souligné dans le cas des micro-unités sanitaires combien cette question était importante.

¹⁶ Les tentatives de promotion du secteur informel au Rwanda dans les années 80 s'inspirent de présupposés similaires en termes de prédominance de l'offre (cf Lecomte, Maldonado, Ransoni 1986). On retrouve ces présupposés dans les orientations dégagées par Maldonado dans le cadre du Programme Mondial de l'Emploi du Bureau International du travail : l'objet essentiel est l'analyse du caractère légal ou illégal des activités et la question de la régularisation de ces activités, afin de "desserrer les contraintes qui pèsent actuellement sur les micro-entreprises" (Maldonado 1989).

stratégies individuelles permet de rapprocher l'Etat et le marché : tous deux présentent des lacunes dans la réponse aux besoins et dans la révélation des préférences. La question de l'information se trouve au centre de ce rapprochement.

CONCLUSION GENERALE

Les conclusions tirées à l'issue de chaque chapitre amènent à une réflexion sur les relations entre l'Etat et le marché.

Le premier chapitre montre en quoi le développement du micro-marché sanitaire est lié à l'idée selon laquelle le secteur privé serait plus efficace que l'intervention publique dans l'allocation des ressources. Les analyses en termes de bureaucratie ont ainsi été appliquées au terrain sanitaire. De façon complémentaire, le rapport coût-efficacité constitue le critère d'évaluation principal des services de santé, en particulier du secteur public. L'analyse coût-efficacité est vue à ce titre comme un substitut à l'évaluation par le marché. Le deuxième chapitre s'intéresse aux déterminants du développement du micro-marché, en particulier du point de vue des logiques individuelles : ces dernières ont joué un grand rôle dans la prolifération des petites unités. En effet l'on peut interpréter cette prolifération comme résultant des reports d'offre et de demande, face aux rationnements sur le marché du travail et sur celui des services de santé. La demande, rationnée et différenciée, se tourne vers des services dont les caractéristiques répondent en partie aux besoins spécifiques de cette catégorie d'usagers : proximité, soins de base, souplesse et honoraires modérés par rapport aux cliniques officielles. Les offreurs, rationnés également, sont des entrepreneurs à la recherche de profit, ce qui contribue à la pérennité du marché puisque leurs logiques lucratives trouvent un débouché dans une demande forte. Finalement, les logiques publiques (restructuration du secteur public sur la base de la recherche d'efficacité) et les logiques privées (reports des prestataires et des usagers vers un secteur dynamique) se combinent pour favoriser le développement des transactions sur un marché qui répond aux caractéristiques d'atomicité et de facilité d'entrée. Le deuxième chapitre insiste donc sur le caractère en partie concurrentiel du micro-marché, et donne une première approche des logiques de l'offre et de la demande.

Mais l'application au micro-marché des critères actuels de l'efficacité et de l'équité semble inadéquate (chapitre 3). La qualité est une variable sous-estimée, alors qu'elle joue un rôle déterminant dans la relation entre d'une part l'efficacité dans la réponse aux besoins, d'autre part l'équité. Le lien que nous dégagons entre l'efficacité et l'équité provient de la

définition que nous donnons d'un seuil de santé. Celui-ci contribue en effet à la capacité qu'ont les individus d'exercer rationnellement leurs préférences. Sous le seuil, la capacité individuelle se trouve réduite à des comportements de consommation, renforcés par l'urgence du recours aux services sanitaires. La combinaison de décisions de consommation et d'investissement résulte de l'atteinte du seuil minimal. Ce dernier constitue donc une condition d'équité puisqu'il conditionne l'adéquation des choix sanitaires des individus à leurs contraintes. Il convient alors de confronter le micro-marché à ce critère du seuil sanitaire, à travers l'élaboration d'une fonction de qualité et l'application de celle-ci aux relations entre l'offre et la demande. Les asymétries d'information et les manipulations du côté de l'offre sont ainsi soulignées (chapitre 4) pour montrer les risques qualitatifs du marché. Les contre-stratégies de demande face à la sélection adverse et au risque moral (achats répétés, sélection des offreurs, acquisition d'information, diversification des risques) ne peuvent à elles seules assurer une qualité minimale, pour des raisons qui tiennent aux lacunes informationnelles fortes du secteur (renforcées par le faible niveau éducatif), à la vulnérabilité sanitaire des individus (la demande de santé peut être un besoin urgent à satisfaire), aux contraintes de revenu des catégories modestes (l'offre des micro-unités constitue une solution à la cherté des autres formes de services). Le secteur officiel n'est donc pas seul à présenter des comportements stratégiques. Le micro-marché ne peut garantir des contrats offre-demande satisfaisants du point de vue de la qualité.

La mise en valeur des manipulations d'information sur le marché pose la question du mode de régulation le plus à même de limiter les risques de qualité. Or les modèles de régulation négligent le problème de l'information, notamment dans les relations entre l'Etat et le marché, et supposent le plus souvent la supériorité de l'une ou l'autre forme (chapitre 5). Nous avançons au contraire que l'Etat et le marché ne s'opposent pas, en considérant leur rapprochement sous l'angle des asymétries informationnelles. L'information constitue une contrainte commune aux pouvoirs publics et à la demande qui s'exprime sur le marché. L'absence d'optimum premier résulte de la contrainte informationnelle plutôt que de l'intervention publique. La régulation ne peut donc être ni optimale ni générale, mais sera sous-optimale (car particulièrement contrainte) et sectorielle (elle ne pourra concerner que le secteur de la santé). L'analyse des incitations permet de relier les pouvoirs publics et le

marché (chapitre 6), à la fois d'un point de vue positif et normatif. Si l'on considère que l'intervention publique peut se justifier du fait des risques du marché (point de vue normatif), néanmoins l'application d'une norme incitative voit son efficacité conditionnée par des hypothèses restrictives sur les comportements des acteurs et sur leur connaissance par le principal. Le rôle des contre-stratégies d'offre limite la marge de jeu d'une intervention extérieure au marché, de même que les réactions des demandeurs ne peuvent être neutres. Les incitations permettent néanmoins d'interpréter les relations entre l'Etat et l'offre, l'Etat et la demande, l'offre et la demande, comme fondées sur les asymétries (approche positive). Il en résulte un rapprochement de l'Etat et du marché par une lacune commune, qui constitue également un paradoxe de toute intervention publique : la demande semble négligée autant par le marché que par les pouvoirs publics, et l'efficacité respective de ces derniers dans l'allocation des ressources sanitaires s'en trouve réduite.

Les analyses incitatives tiennent une grande place dans les conclusions auxquelles nous avons abouti. Mais il convient de rappeler que nous avons utilisé les incitations comme une grille d'analyse des relations entre l'Etat et le marché, plutôt que comme des modèles pouvant systématiquement se traduire par des recettes applicables au présent terrain. Plus précisément, on est loin de pouvoir encore parler de politiques incitatives comme c'est le cas depuis quelques années dans les pays occidentaux (voir en particulier la nouvelle théorie de la réglementation, Laffont 1991, Laffont 1994, Vallée 1994), y compris dans le secteur sanitaire. Les analyses récentes d'économie de la santé appliquées au cas français montrent un attrait tout particulier pour les mécanismes incitatifs face au problème de la maîtrise des coûts. Mais si les modèles proposés (Mougeot 1994, Béjean 1994) semblent susceptibles d'être insérés aux réformes en cours, telle n'était pas l'ambition du présent travail. En effet l'analyse des incitations était ici utilisée dans un contexte fort différent, où les conditions d'efficacité de toute réglementation connaissent des contraintes particulièrement fortes.

De plus, nous avons indiqué dès l'introduction que le recours à la théorie de l'agence et aux modèles incitatifs n'enlevait en rien l'intérêt potentiel d'utiliser la théorie des jeux pour

caractériser les relations entre les unités économiques étudiées dans cette analyse. En effet, les interactions individuelles apparaissent bien sources de conflits, que ce soit sur le marché ou dans les relations entre l'Etat et le secteur privé. Dans ce dernier cas néanmoins, notre choix a consisté à considérer un cas particulier de la théorie des jeux, à savoir une incitation publique. Ceci nous a semblé justifié par l'importance dans le secteur sanitaire du rôle, réel ou potentiel, de l'Etat. L'intervention publique semble en effet justifiée dans son principe par la difficulté de rendre compatibles les stratégies privées, alors que la santé constitue un bien premier pour lequel cette compatibilité apparaît nécessaire, surtout dans un contexte de fortes lacunes sanitaires. L'idée, fidèle aux approches incitatives, d'un acteur qui s'attribue des prérogatives (ici pour veiller à la qualité des prestations), s'explique dans ce contexte et sur ce terrain particuliers que sont les micro-unités et le secteur de la santé.

Par ailleurs, l'analyse que nous avons menée à partir d'une approche incitative n'a fait qu'évoquer le problème crucial du financement de toute réglementation publique dans le champ des micro-entreprises. Une étude approfondie de cette question reste à faire, en particulier sur les problèmes de financement en amont (quelles sources de financement ?) et en aval (quelles conséquences sur le comportement des agents mis à contribution ?). Une raison essentielle pour laquelle ces aspects n'ont pas été pleinement développés résulte du choix que nous avons opéré en faveur d'une analyse centrée sur les lacunes d'information. Les relations entre l'Etat et le micro-marché ont été principalement abordées sous cet angle informationnel, et non pas dans une optique institutionnelle. Cette dernière aurait en effet nécessité une approche essentiellement normative, alors que nous souhaitons insister également sur la capacité compréhensive d'un modèle incitatif. La distinction opérée par Cassels (1995) entre le rôle de l'information et celui des institutions dans le champ de la santé peut être à ce titre examinée. L'auteur estime qu'un débat s'est constitué à partir de la question suivante : dans quelle mesure les réformes des systèmes de santé (dans les pays en développement) dépendent-elles d'une meilleure information sur laquelle fonder les décisions allocatives, et dans quelle mesure dépendent-elles de réformes institutionnelles ? Cette seconde dimension apparaît clairement normative, à travers les exemples qu'en donne Cassels (le rôle des groupes de pression - tels que les associations professionnelles - dans les choix publics, ou le "manque d'un pouvoir politique puissant"). La question du financement se

devait certes d'être abordée dans notre approche des micro-unités de santé, mais, participant largement à la problématique institutionnelle, elle n'a pas constitué le centre de notre analyse même si le problème du financement ne pouvait être éludé. Plus généralement, la dimension insitutionnelle peut être intégrée au débat sur les incitations publiques, notamment dans notre cas sur la question relative à la durabilité et la crédibilité des mécanismes incitatifs. On touche ici à une question importante en économie publique, celle du régime électoral et politique et de son impact sur l'efficacité de l'intervention (ce problème constitue un programme de recherche vers lequel la théorie de la réglementation dans les pays industrialisés semble se tourner - voir en particulier Laffont 1991, 1994). Sur cette question, notre choix de privilégier le rôle de l'information plutôt que celui des institutions résulte également d'une situation caractéristique du contexte africain : l'instabilité des régimes politiques, qui a longtemps touché le Bénin (cf. préambule) et rend beaucoup plus difficile une approche centrée sur les institutions politiques.

Mais les conclusions auxquelles nous parvenons permettent, nous l'espérons, d'aborder sous un angle nouveau les activités non répertoriées dans les pays en développement, ainsi que le rôle de l'Etat vis-à-vis de ces activités. Si les incitations visent généralement à réintroduire des comportements concurrentiels dans des systèmes grandement investis par l'Etat, il nous a semblé intéressant de les utiliser à contre-emploi, c'est-à-dire au contraire comme un outil de réglementation d'un secteur libre. L'objet était précisément de montrer que l'intérêt des mécanismes incitatifs ne provenait pas forcément de cette fonction concurrentielle, mais plutôt et avant tout de leur présupposé sur les asymétries informationnelles.¹ De même que les contrats privés ne permettent pas toujours d'atteindre un optimum (ou un niveau de qualité satisfaisant), de même les incitations peuvent-elles être employées dans une optique différente du marché comme condition d'efficacité. Le terrain africain associé à celui de la santé nous a permis de souligner cet autre usage possible, puisque nous avons posé le problème en termes de réglementation plutôt que de déréglementation. Le micro-marché constitue en effet déjà un marché, souvent considéré comme le plus libre du

¹ Nous nous distinguons en ce sens de l'objet habituellement reconnu à la théorie des incitations (la mise en oeuvre de déréglementations et/ou de privatisations), que l'on retrouve par exemple chez Curien (1990) pour qui celle-ci, "couplée au terrain naturel d'applications que lui offrent les mouvements déréglementaires en gestation dans plusieurs grands secteurs publics, [...] constitue une voie de renouveau pour le calcul économique".

point de vue des décisions individuelles. Nous avons tenté de réintroduire sur ce marché l'idée du rôle de l'Etat comme agent essentiel de la satisfaction des besoins humains. Le fait que les micro-unités sanitaires puissent être par certains aspects considérées comme un secteur informel, montre les liens très forts entre notre problématique et celle des ressources offertes par le secteur informel. La question sous-jacente revient dans les deux cas au même dilemme : une intervention externe pour réguler les micro-marchés peut-elle éviter d'affaiblir au moins en partie la révélation des préférences et les initiatives individuelles ?

L'utilisation des incitations dans le contexte du micro-marché sanitaire béninois a peut-être contribué à éclairer la précédente question. L'intérêt du champ sanitaire provient à cet égard de sa dimension éthique. Celle-ci permet en effet de dépasser la dichotomie trop simpliste entre intervention et laisser-faire, puisque l'intervention publique semble justifiée de par cette seule dimension éthique (nous avons cependant essayé de montrer qu'elle pouvait l'être également pour d'autres raisons liées à l'information disponible). Une fois qu'est admise la possibilité d'une intervention, les relations entre l'Etat et le marché peuvent être abordées sous un angle beaucoup plus libéré de l'opposition habituelle. Le problème de la justification d'une intervention laisse place à celui des conditions de l'efficacité de cette intervention. Nous avons choisi d'examiner celles-ci sous un angle particulier, celui des asymétries informationnelles. L'hypothèse d'asymétries informationnelles ne constitue certes qu'un seul aspect des relations entre Etat et marché, mais elle tient compte du problème essentiel de connaissance et de contrôle des micro-entreprises. Elle permet également d'interpréter un certain nombre de comportements de la part des offreurs, considérés alors comme dotés d'une véritable rationalité économique.

Il est à noter que si les incitations semblent justifiées au regard de certaines stratégies d'offre (celles qui touchent aux manipulations d'information), cela ne signifie pas que des principes éthiques soient absents des motivations de l'offre. Nous avons en effet précisé que les stratégies pouvaient certes viser à accroître le revenu de l'activité, mais également à chercher une réponse aux besoins des patients (chapitre 4, II). La production médicale

consiste traditionnellement à arbitrer entre des préoccupations éthiques et la recherche de profit. Cette hypothèse limite bien sûr le champ d'application des incitations, à supposer que l'éthique du médecin le mène effectivement à des choix équitables, ce qui n'est pas garanti. Il manque à cet égard à notre approche une étude de la déontologie pratiquée au sein des micro-unités, qui aurait permis de compléter la dimension des manipulations stratégiques, en la nuancant éventuellement. Néanmoins la justification du principe d'une intervention publique nous semble intacte, au regard du terrain que nous avons abordé. En effet le développement du secteur privé, sans réel accompagnement institutionnel, dans un contexte de contraintes économiques fortes pour la profession médicale, et de facilité des manipulations informationnelles, présente le risque d'un repli des offreurs vers des stratégies de survie et/ou de profit au détriment des logiques éthiques. La notion du seuil de santé (chapitre 3) résume à ce titre la nécessité d'assurer un niveau de qualité suffisant des prestations, puisque la qualité joue sur l'atteinte du seuil, qui elle-même constitue notre critère de l'équité dans le domaine sanitaire.

Mais la question des liens entre l'Etat et le marché abordée sous l'angle des incitations soulève également, nous l'avons vu, un problème souvent sous-estimé par rapport à ceux touchants aux offreurs : c'est celui de la révélation de la demande. A partir des conclusions dégagées sur ce point, on peut finalement s'interroger sur l'intérêt d'une restauration des logiques de demande dans le débat sur le développement. Auparavant, il convient de préciser dans quelle mesure l'analyse du micro-marché sanitaire semble permettre quelques généralisations prudentes. La santé et le micro-marché constituent a priori des terrains extrêmes. Comment peut-on en déduire une analyse des relations entre l'Etat et le marché ? Toute hypothèse est généralement présentée comme un outil d'analyse fondé sur une stylisation de faits. Elle permet d'aboutir à des conclusions, qui seront ensuite modulées, voire transformées en fonction du relâchement de l'hypothèse. En ce sens, l'hypothèse est bien une représentation extrême de la réalité, qui permet des généralisations. C'est dans cette optique que l'on peut utiliser le terrain des micro-unités sanitaires. Ces dernières, par leur nature (proche du secteur informel) et leur activité (la santé), constituent des cas spécifiques. Mais les caractéristiques de ces cas particuliers (fortes asymétries, importance des stratégies, méconnaissance de la part des pouvoirs publics, co-production partielle du produit, difficultés

d'évaluation), s'observent également dans d'autres secteurs, même si elles n'y prennent pas une telle ampleur que dans le domaine ici étudié.² L'étude d'un cas apparemment extrême permet donc de tirer quelques conclusions plus générales. De plus, l'analyse du secteur sanitaire est apparue comme un champ d'intervention traditionnellement privilégié de l'Etat. Le paradoxe entre d'une part cette relation habituelle, et d'autre part l'apparente faiblesse des liens entre les pouvoirs publics béninois et le micro-marché nous a semblé pouvoir faire l'objet d'une analyse fructueuse sur les raisons de cette situation. Pour ces raisons (étude d'un cas dont les caractéristiques peuvent être étendues dans une certaine mesure à d'autres terrains, difficultés particulières de l'intervention publique dans un secteur où l'Etat trouve pourtant sa place), le terrain de notre analyse constitue bien une source de réflexion et de discussion sur certains thèmes de l'économie publique.

Nous avons souligné que le point commun entre les analyses incitatives et certaines politiques publiques réside dans leur rapport distendu avec la demande. Les incitations semblent négliger cette dernière, et leur confrontation avec le terrain subsaharien permet de faire apparaître cette lacune. Le problème sous-jacent est celui de la complexité du produit sanitaire, car c'est en partie l'intervention de la demande dans la production qui limite l'efficacité potentielle des incitations publiques. De même, les interventions cherchant à "formaliser le secteur informel" (telles que celle prônée par Maldonado, cf. conclusion du chapitre 6) restent le plus souvent centrées sur l'offre.³ Parallèlement, on assiste aujourd'hui à une certaine remise en cause des méthodes appliquées par les institutions internationales en termes d'action sur le développement. Le constat des échecs d'une intervention résultant essentiellement de la volonté des organismes extérieurs aux pays a mené à une réflexion à

² En outre le caractère particulier des caractéristiques des micro-unités de santé ne signifie pas que ces dernières soient une spécificité béninoise. Nous avons évoqué (introduction de la troisième partie, note 1) les observations de Dorier-Apprill (1995) sur la prolifération au Congo (Brazzaville) d'un "secteur informel de santé" à vocation biomédicale. L'auteur semble également reconnaître le caractère fréquent de formes de soins similaires dans le contexte africain : "Dans de nombreuses métropoles d'Afrique et du Tiers-Monde, l'abondance même de l'offre biomédicale s'accompagne d'une forte hétérogénéité des pratiques, souvent mal contrôlées par les pouvoirs publics" (p 135).

³ Cette orientation de l'action institutionnelle vers le côté de l'offre est appuyée par les travaux de recherche sur l'appui aux petites entreprises. Botzung par exemple (1996) souligne que la promotion des petites entreprises constitue depuis le milieu des années 80, un domaine privilégié d'intervention des bailleurs de fonds, et cherche, à partir d'une étude ayant porté sur plusieurs pays (Sénégal, Côte d'Ivoire, Ghana, Congo, Madagascar, Kenya, cf. GRET/IRAM 1995) des voies d'expérimentation pour améliorer le financement des entrepreneurs. Il n'est pas fait allusion au profil des demandeurs et à la rencontre offre-demande.

laquelle les institutions elles-mêmes participent. On a donc assisté depuis le début des années 90 à l'apparition d'approches tentant de prendre en considération le rôle potentiel des instances nationales, celles-ci jouant alors le rôle d'une demande (demande d'aide financière, d'apports techniques et logistiques, d'expertises...). Ainsi la Banque Mondiale intègre-t-elle à la problématique de l'ajustement une dimension institutionnelle qui vise à renforcer le rôle des institutions (1991). Le PNUD (1990 à 1995) développe une approche similaire à travers la notion de développement humain. En effet, l'indice de développement humain regroupe, outre des indicateurs de niveau de vie, d'éducation et de santé, un critère de liberté humaine par le biais du niveau de démocratisation des pays. Le recentrage sur la dimension institutionnelle apparaît nettement.

Or ces tentatives de révélation de la demande concernent-elles réellement les individus ? On peut au contraire soutenir que la demande reste négligée à travers les politiques initiées par cette vision, et que les relations entre l'Etat et le marché demeurent pauvres en termes de révélation de la demande. Ainsi, le demandeur aujourd'hui pris en compte par les acteurs internationaux (PNUD, BIRD notamment) regroupe les administrations nationales, les ONG, éventuellement les entreprises des pays concernés. La demande émanant des individus reste à l'écart des débats et des décisions. L'insuffisante prise en compte de la demande concerne donc autant les tentatives de "formaliser l'informel", que certains traduisent par la notion de "démocratie participative" (Maldonado 1993), que les approches récentes des institutions internationales.

Appliquée aux micro-prestations sanitaires, cette limite permet de montrer que les pouvoirs publics reproduisent finalement avec le micro-marché le schéma qui les relie eux-mêmes aux organismes internationaux. Plus précisément, de même que les institutions extérieures s'adressent aux seules administrations publiques, ou éventuellement aux structures de développement oeuvrant sur le territoire, de même l'Etat limite son intervention aux offreurs du marché. La demande n'est qu'imparfaitement révélée, comme le traduisent les limites des modèles incitatifs.

Cette négligence dans la prise en compte de la demande apparaît d'autant plus préoccupante qu'elle touche particulièrement le marché informel. En effet, si des tentatives de restauration des logiques de demande semblent aujourd'hui prendre corps en réaction à la focalisation sur l'offre, il est à craindre qu'un programme de recherche sur la demande soit en priorité consacré au secteur officiel, voire à l'analyse macroéconomique. Ainsi en était-il en tout cas du numéro spécial de la revue Tiers Monde consacré à la "réhabilitation de la demande" (1993), qui regroupe des contributions relatives à des préoccupations essentiellement macroéconomiques (demande et investissement dans le processus d'ajustement [Fontaine] ; multiplicateur, endettement et termes de l'échange [Bagchi] ; échanges extérieurs et accumulation dans la "zone yen" [Halévi] ; "trappe de la dette" en Inde [S. Sen]). On est loin de l'analyse des comportements sur les micro-marchés, peut-être parce que ceux-ci ne peuvent précisément être appréhendés avec autant de facilité que d'un point de vue officiel et/ou macroéconomique. Si la réhabilitation de la demande semble donc une préoccupation croissante des analystes du développement, l'enjeu d'une révélation de la demande d'un point de vue microéconomique reste semble-t-il largement sous-estimé.

ANNEXES

Annexe 1

Le modèle capital-santé de Grossman : la maquette de Cl. Le Pen (1988)

"La maquette se compose des six équations suivantes :

$$U = U(\mu.H, Z) \quad [1]$$

$$H = (1-\delta).H_0 + I \quad [2]$$

$$I = I(M, TM ; E) \quad [3]$$

$$Z = Z(X, TX ; E) \quad [4]$$

$$p_m.M + p_x.X = w.TW + A \quad [5]$$

$$TW + TM + TX + TL = \omega \quad [6]$$

avec :

[U : utilité du temps de bonne santé (précisé par nous-même)]

H : le stock de capital-santé, H_0 étant le stock initial au début de période et δ , le taux de dépréciation de ce dernier

μ : la quantité de services rendus dans la période par unité de capital-santé, ce service étant interprété comme le temps de "bonne santé" permis par la détention d'une unité de capital-santé (μ est considérée comme une constante : c'est évidemment une simplification : $\mu.H$ le temps de bonne santé permis par la détention de capital est limité à 365 jours par an et il est vraisemblable que le gain marginal de jours de bonne santé décroît quand le stock de capital-santé augmente)

I : l'investissement brut en capital-santé, fonction de M, des biens et services consommés, et de TM, du temps passé à se soigner

Z : la quantité d'un bien composite de consommation finale beckerien, produit à partir d'intrants matériels X et de temps TX selon la fonction [4]

E : un vecteur de caractéristiques sociales diverses (notamment le milieu social de l'individu, son niveau d'éducation, etc.)

p_X et p_M : les prix des inputs matériels M et X

w : le taux de salaire

A : les revenus non salariaux

TW : le temps de travail

TL : le temps perdu en raison de la maladie

ω : le temps total disponible

Ce modèle présente le programme d'un individu représentatif maximisant l'utilité du temps de bonne santé que lui confère son capital-santé H et sa consommation Z , sous une double contrainte de richesse [5] et de temps [6]. Les consommations sont "produites" à partir d'intrants matériels et de temps selon deux fonctions de production [3] et [4].

La demande de biens et services médicaux s'obtient donc en maximisant [1], sous les contraintes [2], [3], [4], [5] et [6], ces deux dernières contraintes pouvant être combinées dans une contrainte unique de revenu total (en tenant compte de ce que le temps de maladie TL est par définition égal à $\omega - \mu H$) :

$$A + w.\mu. [I(M, TM ; E) + (1 - \delta)H_0] = C(M, TM) + D(T, TX) \quad [7]$$

avec $C(M, TM) = p_M.M + w.TM$, les dépenses d'investissement (en temps et en biens et services médicaux) dans la santé et $D(T, TX) = p_X.M + w.TX$, les dépenses d'investissement dans les autres types de satisfaction finale.

Les conditions de premier ordre suivantes définissent l'investissement optimal et la combinaison optimale des facteurs de production :

$$\pi = \mu(U_H + W) \quad [8]$$

λ

$$\pi = p_m + w \quad [9]$$

$$I_m \quad I_m$$

avec :

$$\pi = \frac{\delta C}{\delta I} : \text{le coût marginal de l'investissement}$$

U_h : la dérivée partielle de la fonction d'utilité par rapport au stock de capital-santé H

I_m et I_{tm} : les dérivées partielles de I par rapport à M et TM

λ : un multiplicateur de Lagrange.

La condition [8] exprime qu'à l'équilibre, le cout marginal de l'investissement en santé est égal à son bénéfice marginal. Un accroissement marginal du stock de santé augmente en effet la période de "bonne santé" d'une quantité μ . Celle-ci est doublement valorisée. D'abord en tant qu'elle permet un accroissement du revenu ($\mu.w$) : c'est l'aspect "investissement" du modèle. Ensuite, en tant qu'elle procure un accroissement d'utilité dont la contrepartie monétaire s'écrit:

(μU_h) ; c'est l'aspect "consommation" du modèle."

λ

Annexe 2

Le modèle de la disposition à payer de Jones-Lee

"Soit un agent doté d'une richesse initiale \bar{w} et confronté à un risque léthal \bar{p} durant la période. On suppose que ce risque peut être abaissé à un niveau p quelconque ($p < \bar{p}$) moyennant les dépenses de prévention appropriées. La question est de savoir quelle somme v l'agent est prêt à investir pour faire baisser effectivement le risque de \bar{p} à p .

On note $L(w)$ la fonction d'utilité (de Von Neuman-Morgernstern, VNM) "normale" durant la vie et $D(w)$ la fonction d'utilité (VNM) "au seuil de la mort". Cette fonction décrit la satisfaction de détenir des richesses matérielles au moment de mourir (ce qui permet de laisser un héritage à ses enfants, de mettre ses proches à l'abri du besoin, etc.).

La somme maximale v qu'on accepte de payer est celle qui conserve le niveau global d'utilité après abaissement du risque. Elle est donc définie comme la solution de :

$$(1-p).L(\bar{w}-v) + p.D(\bar{w}-v) = (1-\bar{p}).L(\bar{w}) + \bar{p}.D(\bar{w})$$

En supposant que les fonctions $L(.)$ et $D(.)$ sont bornées (de manière à éviter les effets du paradoxe de Saint-Petersbourg), continues et deux fois différentiables, en supposant qu'elles sont concaves en vertu de l'hypothèse d'aversion pour le risque pour l'agent lui-même et pour ses héritiers, en supposant enfin que l'agent préfère vivre que mourir durant la période, ce qui se traduit par l'hypothèse : $L(w) > D(w)$, on montre facilement que :

$$\frac{\delta v}{\delta p} < 0, \quad \frac{\delta^2 v}{\delta p^2} < 0 \quad (0 \leq p < 1)$$

D'où l'allure de la courbe donnée par la figure 1. On aura :

$v(p) > 0$ pour $p < \bar{p}$: l'agent est prêt à payer pour une amélioration du risque,

$v(p) < 0$ pour $p > \bar{p}$: il réclame une compensation pour son aggravation.

La somme à payer pour l'élimination totale du risque ($p=0$) dépend de l'utilité "dans la vie". On montre en effet que :

$$v(0) > \bar{w} \Leftrightarrow L^{-1}[(1-\bar{p}).L(\bar{w}) + \bar{p}.D(\bar{w})] < 0$$

Si cette somme est supérieure à la richesse initiale ($v(0) > \bar{w}$), la solution dépend des capacités d'emprunt de l'agent. Si celles-ci sont limitées, il peut subsister un risque inéliminable \tilde{p} (figure 2).

Par contre la compensation exigée quand le risque approche de 1 dépend de l'utilité "dans la mort". On a en effet dans ce cas là : $D(\bar{w}-v) = (1-\bar{p}).L(\bar{w}) + \bar{p}.D(\bar{w})$, et comme $D(\cdot)$ est bornée, la question de savoir s'il existe une valeur $w = \bar{w}-v$ telle que $D(w)$ est égal à l'utilité initiale dépend de la valeur β de la borne :

- si $\beta > (1-\bar{p}).L(\bar{w}) + \bar{p}.D(\bar{w})$, la valeur finie existe et l'agent accepte de mourir contre le paiement d'une indemnité $v(1)$ dont il ne bénéficiera que par héritiers interposés (cf figure 3).
- si en revanche $\beta \leq (1-\bar{p}).L(\bar{w}) + \bar{p}.D(\bar{w})$, alors aucune somme finie ne peut compenser la mort immédiate.

Enfin, le modèle permet de déterminer la valeur marginale d'une modification du risque à partir de la dérivée de la fonctionnelle $v(p) < 0$ au point \bar{p} :

$$\left(\frac{\delta v}{\delta p}\right)_{\bar{p}} = \frac{L(\bar{w}) - D(\bar{w})}{(1-\bar{p}).L'(\bar{w}) + \bar{p}.D'(\bar{w})} = m$$

C'est cette expression qui sert aux calculs empiriques. Connaissant ainsi la valeur de m que l'individu est prêt à payer pour éviter une petite variation du risque vital dp , on en déduit aisément la valeur subjective de la vie :

$$V = \frac{m}{dp}$$

FIGURE 1

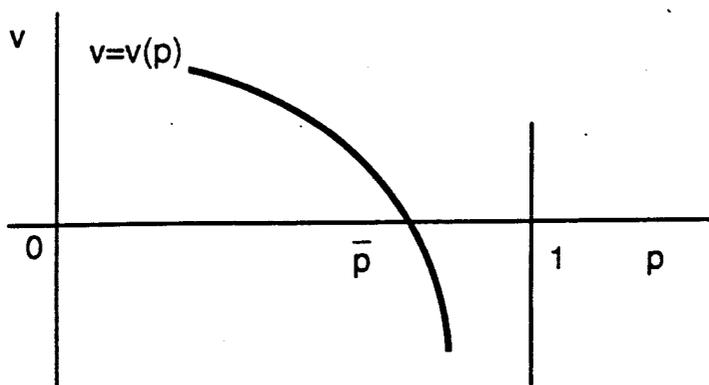


FIGURE 2

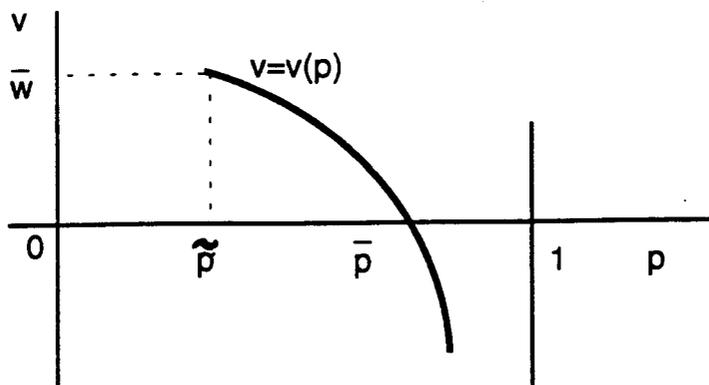
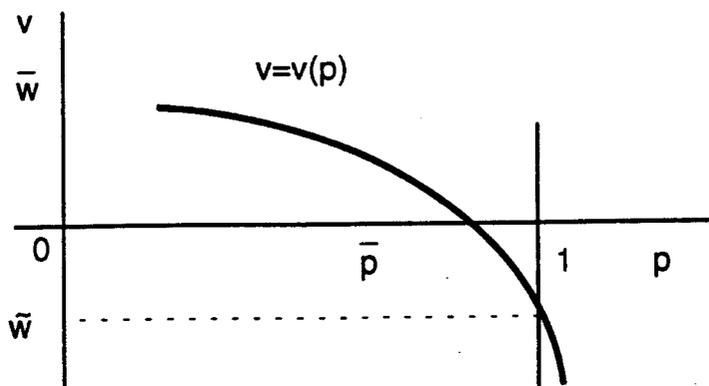


FIGURE 3



ANNEXE 3

L'indice de développement humain (IDH).

"Le Rapport mondial sur le Développement de 1990 a défini le développement humain comme le processus d'élargissement des possibilités qui s'offrent aux individus. Le rapport insistait sur les choix essentiels : possibilité de mener une longue vie en bonne santé, d'acquérir des connaissances et d'accéder aux biens, à l'emploi et au revenu nécessaires pour bénéficier d'un niveau de vie décent.

Ainsi défini, le développement ne se mesure pas au seul revenu. Le rapport de 1990 a donc proposé une nouvelle mesure du développement, l'indicateur composite de développement humain (IDH), regroupant trois indicateurs : l'espérance de vie, l'éducation et le revenu.

Pour chacune de ces trois composantes, le rapport de 1990 a défini des niveaux minimum à l'échelle mondiale : espérance de vie minimum, niveau d'alphabétisation des adultes minimum et niveau de revenu par habitant minimum. Il a également établi des maxima ou des niveaux adéquats qu'il est souhaitable d'atteindre.

L'IDH est obtenu en trois étapes. La première consiste à définir une mesure du manque dont un pays souffre dans chacune des trois variables de base - l'espérance de vie (X1), le taux d'alphabétisation (X2) et le (logarithme du) PIB par habitant (X3). Des valeurs maximale et minimale sont déterminées pour chacune des trois variables, compte tenu des valeurs observées, définissant une échelle comprise entre 0 (correspondant à la valeur minimale déterminée pour la variable concernée) et 1 (correspondant à la valeur maximale). La mesure du manque observé par rapport au maximum fournit la position du pays sur cette échelle. Ainsi, I_{ij} est l'indicateur de manque pour le pays j relativement à la variable i et se définit selon la formule :

$$I_{ij} = \frac{\max_j X_{ij} - X_{ij}}{\max_j X_{ij} - \min_j X_{ij}}$$

La deuxième étape consiste à définir un indicateur moyen de manque (I_j), en prenant la simple moyenne arithmétique des trois indicateurs :

$$I_j = \frac{1}{3} \sum_{i=1}^3 I_{ij}$$

La troisième étape consiste à calculer l'indicateur de développement humain (IDH) comme 1 moins l'indicateur moyen de manque :

$$(IDH)_j = (1 - I_j)^3$$

Extrait de PNUD 1991 (Notes techniques, p 100).

ANNEXE 4

Plan directeur pharmaceutique 93 et plan d'action prioritaire triennal 94-96 du Ministère de la Santé Publique.

Plan directeur pharmaceutique

Ce plan a été élaboré et adopté lors du séminaire de mars 1993 (Cotonou). Il concerne quatre secteurs d'intervention publique (voir pages suivantes).

SECTEUR 1 : Politique et gestion des programmes

PROBLEME	MESURES ENVISAGEES	BUDGET NECESSAIRE
Ressources humaines		
- Insuffisance du personnel qualifié dans le domaine médico-pharmaceutique public.	- Formation (recyclage de 5 pharmaciens, 2 gestionnaires, 1 statisticien). - Recrutement.	- 32 000 000 FCFA - 4 000 000 FCFA
- Insuffisance de la pratique professionnelle.	- Identification des incompatibilités poste-qualification. - Plan de formation,	- 1 800 000 FCFA
- Faible capacité des cadres pharmaceutiques en matière d'élaboration et de gestion des programmes et de projets de secteur	- Plan de formation spécifique. - Formation de 7 pharmaciens.	- 0 FCFA. Plan élaboré - 39 000 000 FCFA
Ressources financières		
- Difficulté de mobilisation des ressources de mise en oeuvre des programmes et faible absorption des ressources mobilisées.	- Etude des mécanismes de mobilisation et d'utilisation des fonds. - Affectation à la Direction des pharmacies et des laboratoires (DPHL) Des fonds d'enregistrement des médicaments. - Ateliers sur les procédures de négociation et de mobilisation des ressources financières. - mobilisation des ressources nécessaires par : *sensibilisation des intervenants nationaux et internationaux *utilisation rationnelle des ressources	5 000 000 FCFA - 2 000 000 FCFA - 800 000 FCFA- 0 FCFA (bilan d'activités).

Secteur 2 : Approvisionnement et logistique.

PROBLEME	MESURES ENVISAGEES	BUDGET NECESSAIRE
- Insuffisance des moyens matériels, financiers et d'infrastructures	- Identifier les besoins (Direction des pharmacies et laboratoires) - Elaboration de budgets de programme et de projets spécifiques avant de formuler les requêtes - Réviser les textes portant régime des médicaments au Bénin (i.e. accroissement des taxes d'enregistrement et affectation effective des fonds à la DPHL)	- 20 000 FCFA - 50 000 FCFA - 500 000 FCFA
- Inadéquation entre l'offre et les besoins réels de la population	- Identification des pathologies locales (système d'enregistrement) - Assurer l'approvisionnement.	Pour mémoire Pour mémoire
- Insuffisance et non-respect de la réglementation en matière d'importation de médicaments	- Actualisation des textes (statut de l'importateur) - Mise en place d'antennes d'inspection pharmaceutique en collaboration avec la douane	Pour mémoire- 5 000 000 FCFA
- Développement de la vente illicite	- Juridiction, réglementation - Répression (2 inspecteurs) - Information et éducation (comité de lutte contre la vente illicite)	pour mémoire - 14 400 000 FCFA - 10 000 000 FCFA
Prix trop élevés par rapport au pouvoir d'achat	- Négocier avec le Ministère des finances l'exonération douanière - Elaboration d'une politique sociale des médicaments - Plafonner les prix des médicaments ou négocier la stabilité des prix à l'achat sur une période déterminée (commission tarifaire) - Diversifier les sources d'approvisionnement.	Pour mémoire Pour mémoire 1 000 000 FCFA pour mémoire
Insuffisance de la valorisation des plantes médicinales locales	- Aide des structures de recherche sur les plantes médicinales - Réglementation de la pratique de l'herboristerie	5 000 000 FCFA Pour mémoire

SECTEUR 3 : Usage rationnel

PROBLEME	MESURES ENVISAGEES	BUDGET NECESSAIRE
- Prescription irrationnelle ou illégale	- Réglementation, répression, sensibilisation - Enquête	- 37 750 000 FCFA - 500 000 FCFA
- Ordonnance mal rédigée	- Séminaires, enseignement	- 500 000 FCFA
- Dispensation anarchique (cliniques publiques et privées, dépôts, officines)	- Réglementation - Formation du personnel public et privé (2 séminaires par département)	- pour mémoire - 5 500 000 FCFA
- faiblesse de l'autorité pharmaceutique réglementaire	- Consolidation de l'organisme central - Décentralisation : création d'une inspection départementale des pharmacies , fonctionnement de celle-ci, et formation	- 20 000 000 FCFA - 100 000 000 FCFA - 1 000 000 FCFA - 80 000 000 FCFA

SECTEUR 4 : Assurance de qualité.

PROBLEME	MESURES ENVISAGEES	BUDGET NECESSAIRE
- Inexistence ou faiblesse d'un système d'assurance de qualité	Notamment : création d'un laboratoire de contrôle de qualité	- 60 000 000 FCFA
- Absence d'inspection des établissements	- Textes - Contrôle	- 200 000 FCFA - 1 000 000 FCFA par an

Plan d'action prioritaire triennal 1994-1996

Ce plan devait rendre plus opérationnel le plan directeur pharmaceutique, en dégagant les priorités suivantes.

"Programme 1 : accélération ou renforcement de la concrétisation de la volonté politique.

Total : 1 850 000 FCFA.

Programme 2 : Actualisation du cadre juridique et renforcement de la réglementation pharmaceutique. Total : 199 000 000 FCFA.

Programme 3 : Formation et utilisation rationnelle du personnel. Total : 101 000 000 FCFA.

Programme 4 : Mobilisation et utilisation rationnelle des ressources matérielles et financières (difficulté de mobilisation des ressources, insuffisance des moyens matériels, financiers et d'infrastructure). Total : 7 870 000 FCFA.

Programme 5 : Amélioration du système d'enregistrement (adéquation entre l'offre et les besoins réels, valorisation des plantes locales, système d'assurance de qualité). Total : 10 000 000 FCFA (dont 10 000 000 à l'adéquation offre-besoins).

Programme 6 : Amélioration du système d'assurance de qualité (faiblesse de la production nationale, inexistence ou faiblesse de l'assurance de qualité). Total : 60 000 000 FCFA.

Programme 7 : Information-éducation-communication (IEC) sur les médicaments (vente illicite, prescription irrationnelle ou illégale, auto-médication, publicité non réglementée, manque d'informations objectives sur les médicaments). Total : 45 000 000 FCFA

Total général : 424 720 000 FCFA".

Source : MSP 1993b, 1993c.

ANNEXE 5

Le modèle d'optimum second appliqué à la santé de Bénard.

“ Soit une économie comprenant 4 biens k , $k = 0 \dots 3$ le bien 0 servant de numéraire, le bien 1 représentant le temps d'activité des individus consacré soit au loisir soit au travail, le bien 2 le panier de tous les biens autres que le numéraire appelé par la suite "bien ordinaire", et le bien 3, les soins de santé. Cette économie est formée aussi de I individus ($i = 1 \dots I$) et de 2 secteurs de production : le secteur productif général f produisant les biens 0 et 2 à l'aide du travail 1, et le secteur de santé g , produisant le bien 3 à l'aide des biens 0 et 2 et du travail 1.

Chaque individu est doté d'un revenu initial R^i et d'une fonction d'utilité $U^i(.)$ continue et deux fois dérivable dans chacun de ses arguments et dont toutes les utilités marginales directes sont décroissantes. Ces fonctions d'utilité sont chacune concaves et ne comportent aucune externalité.

A l'intérieur de chacune d'elles les quantités consommées (ou fournies pour le travail) seront exprimées par des fonctions de demande (ou d'offre pour le travail) dont les prix des divers biens et services et le revenu de l'individu sont les variables explicatives.

Ces fonctions individuelles sont les éléments d'une fonction d'utilité collective de Bergson $W [U(.)]$ telle que

$$W^i \equiv \frac{\partial W}{\partial U^i} > 0 \quad \forall i.$$

Les entreprises ont des fonctions de production $f^h(.)$ à rendements non croissants et sans externalités et dont les arguments, quantités d'outputs et d'inputs sont elles-mêmes fonction des prix par des fonctions d'offre pour les produits et de demande pour les facteurs.

Prix à la consommation q_ℓ et à la production p_ℓ sont déconnectés de sorte qu'une taxe (> 0) ou subvention (< 0), $t_\ell = q_\ell - p_\ell$, puisse éventuellement intervenir. La grandeur optimale de cette taxe et des prix de référence (shadow prices) des biens seront solution du modèle.

Pour chaque bien, ainsi que pour le temps d'activité, des relations d'équilibre entre offres et demandes devront être respectées. Enfin une contrainte obligera le prix à la consommation des soins q_3 à ne pas dépasser une fraction de leur prix de production p_3 . Elle résumera la déviance imposée par les Pouvoirs Publics en la matière.

Le modèle d'optimisation sociale consistera à maximiser la fonction d'utilité collective $W[U(.)]$ sous toutes les contraintes précédemment énoncées et notamment la dernière. Nous l'écrirons :

$$\begin{array}{l}
 (1) \left\{ \begin{array}{l}
 (1.0) \text{ Max } W [\dots U^i (\dots x_k^i (\dots q_\ell \dots; R^i \dots) \dots)] \quad (\forall k, \ell = 0 \dots 3) \\
 \text{ sous les contraintes} \\
 (1.1) \quad y_2^f - f [\dots y_k^f (\dots p_\ell \dots) \dots] \leq 0 \quad ; \quad \mu_f \geq 0 \quad \text{avec } k = 0, 1 \\
 (1.2) \quad y_3^g - g [\dots y_k^g (\dots p_\ell \dots) \dots] \leq 0 \quad ; \quad \mu_g \geq 0 \quad \text{avec } k = 0, 1, 2 \\
 (1.3) \quad \sum_i x_0^i (\dots q_\ell \dots; R^i) + y_0^f (\dots p_\ell \dots) + y_0^g (\dots p_\ell \dots) \leq \bar{A}_0; \quad \pi_0 \geq 0 \\
 (1.4) \quad \sum_i x_1^i (\dots q_\ell \dots; R^i) + y_1^f (\dots p_\ell \dots) + y_1^g (\dots p_\ell \dots) \leq \sum_i \bar{A}_1^i; \quad \pi_1 \geq 0 \\
 (1.5) \quad \sum_i x_2^i (\dots q_\ell \dots; R^i) - y_2^f (\dots p_\ell \dots) + y_2^g (\dots p_\ell \dots) \leq 0; \quad \pi_2 \geq 0 \\
 (1.6) \quad \sum_i x_3^i (\dots q_\ell \dots; R^i) - y_3^g (\dots p_\ell \dots) \leq 0; \quad \pi_3 \geq 0 \\
 (1.7) \quad q_3 - (1-b) p_3 \leq 0; \quad \gamma_3 \geq 0 \\
 (1.8) \quad q_0 = 1; \quad \gamma_0 \geq 0 \\
 (1.9) \quad p_0 = 1; \quad v_0 \geq 0
 \end{array} \right.
 \end{array}$$

(avec $0 \leq b \leq 1$)

./.

Les quatre biens et leurs flux apparaissant dans ce modèle sont explicités dans le tableau suivant :

<u>Biens</u>	Emplois		Ressources	
	Consommation finale	Consommation intermédiaire	Production nette	Dotation fixe
0. Numéraire	x_0^i	y_{00}^f, y_{00}^g	0	\bar{A}_0
1. Temps d'activité	x_1^i	y_{11}^f, y_{11}^g	0	$\sum_i \bar{A}_1^i$
2. Bien ordinaire	x_2^i	0, y_{22}^g	y_{22}^f	0
3. Soins	x_3^i	0, 0	y_{33}^g	0

On suppose donc que le numéraire (0) et le temps d'activité des individus (1) ne sont pas produits mais disponibles chacun en quantité limitée par des dotations fixes \bar{A}_0 et $\sum_i \bar{A}_1^i$. Le temps d'activité des individus se compose de temps de loisir (ou de travail à la maison) x_1^i , supposé doté d'une utilité marginale positive ($U_1^i > 0$), et de travail productif dans les deux secteurs f et g. Les biens 0 et 1 n'étant pas produits ne figurent donc que dans les contraintes (1.3) et (1.4) de ressources et emplois de biens.

En revanche le bien ordinaire (2) et les soins (3) sont produits respectivement par les secteurs f et g. Ils font donc l'objet des fonctions de production (1.1) et (1.3) dont on a explicité les outputs respectifs y_{22}^f et y_{33}^g . Le bien 2 peut être input du secteur g tandis que le bien 3 ne peut être que consommé finalement. D'où leurs équations respectives de ressources et emplois (1.5) et (1.6). Enfin la contrainte (1.7) fait apparaître la subvention aux soins.

Les termes en μ , π et γ sont les multiplicateurs de Lagrange ou variables duales représentant respectivement pour μ les rentabilités sociales marginales des deux secteurs, pour π les 4 prix de référence des biens considérés et pour γ_3 le coût social d'opportunité du subventionnement des soins. γ_0 et v_0 sont les multiplicateurs de Lagrange associés à la définition du numéraire.

La dérivation du lagrangien de ce modèle d'optimum "indirect" (c'est-à-dire écrit avec des fonctions d'offre et de demande où les prix de marché q et p figurent explicitement), est donnée en annexe.

Quelques transformations, elles aussi classiques (cf. par exemple R. GUESNERIE (1980) et J.J. LAFFONT (1982)) utilisant notamment les relations de Slutsky, conduisent à des systèmes de relations de prix les unes à la production, les autres à la consommation entre 3 biens seulement (1, 2 et 3) le bien 0 servant de numéraire étant éliminé. Conserver les 4 biens conduirait en effet à des matrices de coefficients de Slutsky dont le déterminant serait nul. Faire du bien 0 le numéraire conduit à poser $p_0 = \pi_0 = q_0 = 1$ et par conséquent $\tau_0 = \theta_0 = 0$, de sorte que tous les termes, soit en τ_0 , soit en θ_0 sont éliminés. Economiquement il est d'ailleurs naturel de considérer que le numéraire ne subit ni imposition ni subvention. De même, les équations duales relatives à p_0 et q_0 disparaissent.

Nous restons donc avec 2 systèmes de 3 équations à 3 inconnues (les écarts des prix soit à la production, soit à la consommation par rapport aux prix de référence correspondants notés respectivement $\tau_k \equiv \pi_k - p_k$ et $\theta_k \equiv q_k - \pi_k$) et dont les coefficients sont ceux des matrices de Slutsky à 3 biens rendues définies négatives par l'élimination du numéraire et de l'équation surabondante ayant trait aux variations du prix de celui-ci.

Apparaissent ainsi deux sous-systèmes de relations duales relatifs l'un aux écarts τ_ℓ (prix de référence - prix à la production), l'autre aux écarts θ_ℓ (prix à la consommation - prix de référence). L'étude du signe de ces écarts nous renseignera sur la nature de l'instrument fiscal (impôt indirect ou subvention) qui, à l'optimum, devrait s'insérer entre le prix à la production et celui à la consommation.

Du côté des prix à la production, on trouve ⁽¹⁾ :

$$(2) \begin{cases} -\tau_1 P_{11} - \tau_2 P_{21} - \tau_3 P_{31} = 0 \\ +\tau_1 P_{12} - \tau_2 P_{22} - \tau_3 P_{32} = 0 \\ +\tau_1 P_{13} + \tau_2 P_{23} - \tau_3 P_{33} = (1-b) \gamma_3 \end{cases}$$

Les coefficients $P_{k\ell}$ sont des sommes coefficients de Slutsky pour les fonctions d'offre des deux secteurs f et g.

Compte tenu des rôles respectifs des biens 1, 2 et 3 dans chacun de ces secteurs (toujours input pour le travail 1, output net pour le bien 2 en f et input en g ; toujours output pour le bien 3 en g) les coefficients $P_{k\ell} \equiv P_{k\ell}^f + P_{k\ell}^g$ ont des signes déterminés traduisant leur nature.

Compte tenu de ces signes et de celui du déterminant principal du système (2) qui, étant celui d'une matrice de coefficients de substitution définie négative d'ordre 3, est lui-même négatif, on montre que les solutions en τ_ℓ du système (2) ont les signes ci-après :

$$(3) \begin{cases} \tau_1 = \pi_1 - p_1 < 0 \\ \tau_2 = \pi_2 - p_2 < 0 \\ \tau_3 = \pi_3 - p_3 < 0 \end{cases}$$

A la production tous les biens (y compris le loisir) ont donc un prix supérieur à leur prix de référence. Autrement dit, le prix du travail (opposé du loisir) sera inférieur à son prix de référence, tandis que celui du bien ordinaire et celui des soins seront supérieurs à leurs prix de référence respectifs.

Du côté des prix à la consommation en posant $Q_{kl} = \sum_i \left(\frac{\partial x^i}{\partial q_l} \right)_{u^i=c}$ le coefficient de substitution en demande compensée, on obtient le système suivant :

$$(4) \begin{cases} +\theta_1 Q_{11} + \theta_2 Q_{21} + \theta_3 Q_{31} = 0 \\ +\theta_1 Q_{12} + \theta_2 Q_{22} + \theta_3 Q_{32} = 0 \\ +\theta_1 Q_{13} + \theta_2 Q_{23} + \theta_3 Q_{33} = \gamma_3 \end{cases}$$

Les coefficients de substitution Q_{kl} ont eux aussi des signes différents mais bien déterminés selon leur nature. Le déterminant principal étant celui d'une matrice de Slutsky définie négative d'ordre 3 est lui-même négatif. On trouve alors que les solutions du système (4) en θ_ℓ ont les signes suivants :

$$(5) \begin{cases} \theta_1 = q_1 - \pi_1 < 0 \\ \theta_2 = q_2 - \pi_2 < 0 \\ \theta_3 = q_3 - \pi_3 < 0 \end{cases}$$

Les prix à la consommation des biens (loisir compris) seront donc inférieurs à leurs prix de référence respectifs.

Nous pouvons alors calculer les taxes ou subventions t_k et définir leur signe, donc leur nature économique. En effet, par définition :

$$t_k \equiv q_k - p_k = (q_k - \pi_k) + (\pi_k - p_k) = \theta_k + \tau_k$$

d'où :

$$(6) \begin{cases} t_1 = \theta_1 + \tau_1 = (-) + (-) = - & \text{soit } q_1 < p_1 & \text{imposition} \\ t_2 = \theta_2 + \tau_2 = (-) + (-) = - & \text{soit } q_2 < p_2 & \text{subvention} \\ t_3 = \theta_3 + \tau_3 = (-) + (-) = - & \text{soit } q_3 < p_3 & \text{subvention} \end{cases}$$

Rappelons que le travail, étant offert par les consommateurs et demandé par les producteurs, l'infériorité de son prix à la consommation (c'est-à-dire du salaire brut) par rapport à son prix à la production (salaire versé) implique l'imposition du salaire.

L'analyse de second rang menée à l'aide de ce modèle permet donc de dégager les conclusions suivantes.

1. Les subventions et impositions déterminées par le modèle sont liées entre elles par les relations (3) (5) et (6), elles-mêmes tirées des relations duales (2) et (4) caractérisant les conditions du 1er ordre de l'optimum, nécessaires et suffisantes en raison des hypothèses de concavité posées sur les fonctions d'utilité et de production. Elles ne peuvent donc être définies ni calculées par des relations d'équilibre partiel.

Elles ne s'annulent que

- soit dans le cas trivial où la contrainte (1.7) n'est pas saturée à l'optimum de sorte que $\gamma_3 = 0$;
- soit dans les cas où le numérateur de l'un des θ_k et celui du τ_k correspondant s'annuleraient simultanément, en raison des valeurs prises par les coefficients de substitution concernés.

2. Ces subventions ou taxations sont composées de 2 parties : l'écart du prix de référence au prix de production ($\tau_k = \pi_k - p_k$) et l'écart du prix de consommation au prix de référence ($\theta_k = q_k - \pi_k$).

Il en résulte que, sauf si les soins sont totalement gratuits (voir conclusion 7 ci-après), aucun prix à la production ni à la consommation n'est plus égal au prix de référence correspondant et que $q_k < \pi_k < p_k$, $\forall k$.

3. Tous les biens (loisir compris) doivent être subventionnés, non seulement les soins, comme l'imposait la contrainte additionnelle (1.5), mais aussi le bien de consommation ordinaire ($t_2 = q_2 - p_2 < 0$). En revanche le travail doit être taxé ($t_1 = q_1 - p_1 < 0$). La négativité de t_1 implique en effet que le travail soit payé à prix q_1 moindre que celui déboursé par les secteurs qui l'emploient (p_1).

4. Ce résultat est contre-intuitif en ce qui concerne le bien 2 qu'on aurait pu s'attendre à voir taxé et non subventionné. Il provient du jeu même de l'optimum second qui vient compenser partiellement par une réduction de prix à la consommation des autres biens, celle décidée autoritairement en faveur des soins, de façon à atténuer la distorsion des choix individuels.

5. Il en résulte que le financement des dépenses de santé par des cotisations sociales assises sur les salaires, comme le fait le système français actuel, est, au moins qualitativement, mieux conforme aux conclusions de ce modèle que ne le serait un financement recourant à des impôts indirects, telle la taxe à la valeur ajoutée (TVA) frappant les biens de consommation.
6. Par rapport à l'optimum de 1er rang, l'optimum de 2nd rang ainsi caractérisé, va donc :

- a) Taxer et par conséquent augmenter le prix de vente du travail, dont l'emploi, plus cher, se trouvera freiné et dont l'offre moins bien payée, est découragée au profit du loisir... ou du temps passé à se soigner.
- b) Subventionner non seulement les soins mais aussi les autres biens de consommation de façon à atténuer le déséquilibre entre la consommation des deux types de biens. Sous sa forme très générale retenue ici, le modèle ne permet pas de déterminer de façon précise l'affectation de ressources entre les secteurs f (production de biens) et g (santé). On peut cependant augurer que l'allocation préférentielle des ressources en faveur de la production de soins demeure, car, sinon, on serait revenu à l'optimum de 1er rang qui implique $p_k = q_k = \pi_k \quad \forall k$. Autrement dit, la subvention du bien 2 ne compense pas totalement celle du bien 3, ce dernier gardant un avantage de prix par rapport à la situation de 1er rang.

7. Le paramétrage de la commande b a des répercussions sur ces taxes-subventions mais uniquement du côté production. On se souvient en effet que b n'intervient que dans la détermination des τ_k (cf. équations 2) mais non dans celle des θ_k .

Quand b augmente les valeurs absolues de tous les τ_k diminuent pour s'annuler quand $b = 1$.

Autrement dit $\lim_{b \rightarrow 1} t_k = \theta_k = q_k - \pi_k$

Et comme $t_k = q_k - p_k$

on voit que $\lim_{b \rightarrow 1} p_k = \pi_k$

Mais quand $b = 1$, $q_3 = 0$ et $t_3 = -p_3 = -\pi_3$

Par conséquent les soins gratuits pour les consommateurs ramènent tous les prix de production à leurs prix de référence respectifs (exception à la conclusion 3).

Les conclusions sont moins immédiates en ce qui concerne les prix à la consommation des biens 2 et 1. Le raisonnement économique permet cependant d'inférer que la subvention sur le premier et l'impôt sur le second devront être accrus. En effet pour "faire face à la concurrence" accrue des soins, les autres biens de consommation auront besoin d'une subvention plus forte. Il en ira de même du loisir ce qui conduit à augmenter l'imposition du travail.

Inversement quand $b = 0$, il est clair que la contrainte additionnelle (1.7) disparaissant, on revient à un optimum de 1er rang et qu'alors $q_k = p_k = \pi_k \quad \forall k$.

V - Conclusions générales

Nous pensons avoir montré dans cette étude les points suivants :

1. Le financement public du système de soins, en déconnectant l'offre et la demande, prive le marché de son rôle régulateur sans l'avoir remplacé par des modalités aussi efficaces. La quantité (et parfois la qualité) des soins s'en trouve certes augmentée mais leur prix aussi.
2. Les pertes d'efficacité sont d'autant plus fortes que le système de soins est plus monopoliste et plus bureaucratique. La quantité de soins consommés peut alors être inférieure à ce qu'elle serait dans une situation avec financement public de la demande mais offre concurrentielle.
3. L'objectif d'équité poursuivi par le subventionnement, voire la gratuité, des soins n'atteint son objectif que si ces réductions de prix sont limitées aux populations démunies ou à haut risque. Généralisées à tous les individus, elles entraînent des effets pervers (rente pour les riches, risque moral, etc.)
4. Resituée dans une optique d'équilibre général l'analyse de la "déviance" que constitue le subventionnement a priori des soins, montre (à l'aide d'un modèle de second rang) que ce financement public, doit s'accompagner d'une taxation du travail et d'une subvention des autres biens de consommation et de production si l'on veut qu'un optimum second soit atteint.
5. Contrairement à ce qui est souvent avancé (notamment en France à l'heure actuelle) le recours à la fiscalité indirecte générale sur les biens pour financer les dépenses de santé n'est pas optimal, tandis que la taxation de l'offre de travail (impôt sur les salaires) l'est.
6. Cet optimum second sera, en tout état de cause, caractérisé par de sérieuses distorsions non seulement des prix (impôts et subventions précités) mais aussi de l'affectation des ressources."

Extrait de Bénard 1983.

ANNEXE 6

Le modèle de Leland : compléments.

Leland justifie les standards de qualité en comparant \hat{q}_e , niveau de qualité d'équilibre qui prévaut sur un marché avec information asymétrique, au niveau de qualité \hat{q} "socialement optimal". Il utilise pour cela le critère de "bénéfices nets", qu'il applique ainsi :

$$W = \int_0^y p(\bar{q}, y') dy' - \int_0^{\hat{q}} R(q) dq \quad [1]$$

(avec toujours: \bar{q} = qualité moyenne des services; y = offre sur le marché; $R(q)$ = coût d'opportunité d'offre d'une unité de qualité q).

W représente donc le bénéfice net, c'est-à-dire la disposition à payer totale d'unités de service de qualité moyenne \bar{q} moins le coût d'opportunité de l'offre. En utilisant les équations (17) et (18) (cf chapitre 6), Leland dérive W par rapport à \hat{q} :

$$\frac{dW}{d\hat{q}} = 1 \int_0^{\hat{q}} p_q(\bar{q}, y') dy' + p(\bar{q}, \hat{q}) - R(\hat{q}) \quad [2]$$

Lorsque $\hat{q} = \hat{q}_e = y_e$, l'expression du prix d'équilibre (cf. [39], chapitre 6) permet d'écrire :

$$\left. \frac{dW}{d\hat{q}} \right|_{\hat{q}_e} = 1 \int_0^{\hat{q}_e} p_q(\bar{q}, y') dy' > 0 \text{ lorsque } \hat{q}_e > 0 \quad [3]$$

(l'expression est positive en vertu des hypothèses de Leland sur les déterminants des prix de demande : $p_q \equiv \partial p / \partial \bar{q} > 0$, et $p_y \equiv \partial p / \partial y \leq 0$).

Leland énonce donc le théorème suivant : les marchés ouverts ($\hat{q}_e > 0$) avec asymétrie d'information produiront une qualité inférieure à celle qui est socialement optimale.

Au contraire, l'auteur tente de montrer l'intérêt des standards de qualité. L'impact de ces derniers serait :

$$W = \int_0^{\hat{q}-L} p(\bar{q}, y') dy' - \int_L^{\hat{q}} R(q) dq \quad [4]$$

En différenciant W en fonction de L, on aboutit à :

$$\frac{dW}{dL} = \left[\int_0^{\hat{q}_e-L} p_q(\bar{q}_e, y') dy' \right] \left(\frac{d\hat{q}_e}{dL} + 1 \right) + R(L) - R(\hat{q}_e) \quad [5]$$

Un niveau de qualité minimum est alors désirable si cette expression est positive. L'auteur souligne que le signe est généralement ambigu, mais, en prenant un exemple numérique, considère le cas où la norme de qualité sera favorable à l'accroissement du bien-être social. Il en déduit les hypothèses pour lesquelles la norme sera avantageuse : forte sensibilité aux variations de qualité, faible élasticité de la demande à l'accroissement des prix, faible coût marginal d'accroissement de qualité, faible valeur donnée aux services de faible qualité (cf chapitre 6 note 8).

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL-SMITH B. (1994), An introduction to health policy, Planning and financing. London : Longman.
- ADECHOUBOU M. (1996), «Les banquiers ambulants au Bénin», Tiers Monde, n° 145, janvier-mars, pp 60-66.
- ADJAHOU R. (1992), La faillite du contrôle des finances publiques au Bénin (1960-1990). Editions du Flamboyant.
- ADOUKONOU B. (1993), Vodoun, démocratie et pluralisme religieux, Les publications du Sillon Noir, Cotonou, mars.
- AGBOTON M.A. (1992), "Une expérience réussie : le CREDESA de Ouidah", Infirmiers, novembre, pp 4-8.
- AKERLOF G. (1970), "The market of lemons : quality uncertainty and the market mechanism", Quarterly Journal of Economics, vol. 84, août.
- AKIN J., BIRDSALL N. (1987), "Le financement des services de santé dans les pays en développement : situation et propositions", Finances et Développement, juin, pp 40-43.
- ALBOUY M. (1972), La régulation économique dans l'entreprise. Dunod.
- ANDREFF W. (1989), "Les politiques d'ajustement des pays en développement à orientation socialiste : un retour à l'orthodoxie", Tiers Monde, n° 118, avril-juin, pp 299-314.
- APST (analyse pluridisciplinaire des situations de travail) (1992), L'évaluation économique à l'épreuve des services : l'activité entre efficacité et efficience. Rapport final de la recherche financée par le Ministère de la recherche et de la technologie. Université de Provence.
- ARROW K.J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", American Economic Review, vol. 53, n° 5.
- ARROW K.J. (1974), "General economic equilibrium : purpose, analytic techniques, collective choice", American Economic Review, vol. 63, n° 3, pp 253-272.
- ARROW K.J., DEBREU G. (1954), "Existence of an equilibrium for a competitive economy", Econometrica, 22, pp 265-290.
- ARROW K.J., HURWICZ L. (1960), "Decentralization and computation in resource allocation", in Pfouts R. (éd.), Essays in economics and econometrics in honour of H. Hotelling, Chapel Hill.
- ATTIN S.J. (1990), Perspective du passage du secteur informel au secteur formel au Bénin (le coût de la légalité). BIT, Genève.
- AUGE M. (1984), "Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement", in Augé M., Herzlich Cl. (1984), Le sens du mal (anthropologie, histoire, sociologie de la maladie). Editions des archives contemporaines.
- BAGCHI A. (1993), "Trois processus de base de stimulation ou de dépression dans l'économie mondiale", Tiers Monde n° 135.
- BANNERMAN R.H., BURTON J, CH'EN WEN-CHIEH (dir.) (1983), Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. OMS.
- BANQUE MONDIALE (1987), Financing health services in developing countries : an agenda for reform. Washington.
- BANQUE MONDIALE (1990), La pauvreté, Rapport sur le développement dans le monde. Washington

BANQUE MONDIALE (1991), "Proceedings of the World Bank", Annual conference on development economics, World Bank Economic Review.

BANQUE MONDIALE (1993), Investir dans la santé, Rapport sur le développement dans le monde. Washington

BANQUE MONDIALE (1994), Une infrastructure pour le développement, Rapport sur le développement dans le monde. Washington.

BARCET A. (1991), Production and service supply structure: temporality and complementarity relations, in Daniels P.W., Moulaert F. (ed.), The changing geography of advanced producer services. London et New York: Pinter, Belhaven Press. pp 59-69.

BARON D., MYERSON R. (1982), "Regulating a monopolist with unknown costs", Econometrica, vol. 50, n° 4, pp 911-930.

BARRERE A. (1968), La cohérence de l'économie publique, le plan et le marché, in Guitton et Margolis, Economie publique, Actes du Colloque de l'AISE, Biarritz, septembre 1966, éditions du CNRS, Paris, pp 449-482.

BATIFOULIER Ph (1990), Incitations et conventions dans l'allocation des ressources : une application à l'économie de la santé. Thèse de doctorat, Paris X.

BATIFOULIER Ph. (1992), "Le rôle des conventions dans le système de santé", Sciences sociales et santé, n° 1, pp 5-44.

BATIFOULIER Ph. (1993), "Financement du système de soins et appauvrissement de la politique économique", Revue Française des Affaires Sociales, pp 7-27.

BAUMOL W.J., PANZER J.C., WILLIG R.D. (1982), Contestable markets and the theory of industrial structure. San Diego, Harcourt, Brace Jovanovich.

BAYART J.F. (1990), L'Etat en Afrique. Fayard.

BECKER G. (1965), "A theory of the allocation of time", Economic Journal, septembre.

BECKER G. (1976), The economic approach to human behavior, pp 282-294 : "Altruism, egoism, and genetic fitness : economics and sociobiology". University of Chicago Press.

BECKER G. (1981), A treatise on the family. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts et London, Angleterre.

BECKER G., GHEZ G. (1975), The allocation of time and goods over the life cycle. National Bureau of Economic Research, Columbia University Press.

BECU P., DIEZI J. (1990), Proposition pour la mise en place d'un système d'assurance de qualité dans le cadre de la politique pharmaceutique nationale. Rapport de mission OMS. Bénin, 25 avril-5 mai.

BEHRMAN, DEOLALIKAR (1988), "Health and nutrition", in Chenery et Srinivarian (éd.), Handbook of Development Economics, North Holland.

BEJEAN S. (1993), "Nomenclature, codage et régulation en médecine ambulatoire", communication aux Journées de l'Association Française de Sciences Economiques, Dijon, 27 et 28 mai.

BEJEAN S. (1994), Analyse économique des systèmes de santé : du marché à l'organisation. Economica.

BEJEAN S., GADREAU M. (1991), "Quelles théories économiques pour l'hôpital ?", Cahiers Lillois d'Economie et de Sociologie, n° 18.

BEJEAN S., GADREAU M. (1992), "Asymétries d'information et régulation en médecine ambulatoire", Revue d'Economie Politique, mars-avril, pp 207-226.

BEJEAN S., GADREAU M. (1996), "Du calcul économique à l'évaluation organisationnelle des politiques de santé", Revue Française d'Economie, vol 11, n° 1, pp 21-47.

BEJOT J.P., DUPONT S. (1993), "L'heure de vérité du modèle béninois", Jeune Afrique Economie, n° spécial, 117.

BELLON B., CAIRE G., CARTELIER L., FAUGERE J.P., VOISIN C. (coord.)(1994), L'Etat et le marché. ADIS-Economica.

BELANGER G., MIGUE J.L. (1974), "Toward a general theory of managerial discretion", Public Choice, vol. 28, été.

BENARD J. (1983), "Capital humain et optimum de second rang : le cas des dépenses de santé", Cahiers du CEPREMAP, n° 8325.

BENASSY J.P. (1976), « Théorie du déséquilibre et fondements microéconomiques de la macroéconomie », Revue Economique, vol. 27, n° 5, septembre, 755-804.

BENASSY J.P. (1982), Macroéconomie et théorie du déséquilibre, Dunod.

BENOIST J. (1989), "Médecine traditionnelle et médecine moderne en République Populaire du Bénin", Ecologie Humaine, vol. 7, n° 1, pp 85-89.

BERCHE Th. (1985), "A propos d'une ONG de développement sanitaire : l'Eglise catholique en Afrique et les soins de santé primaire", Sciences Sociales et Santé, vol. 3, n° 3-4, novembre, pp 85-103.

BERGSTROM T., BLUME L., VARIAN H. (1986), "On the private provision of public goods", Journal of Public Economics, février, pp 25-49.

BICHMANN W., DIESFELD H.J., AGBOTON Y., GBAGUIDI E.A., SIMSHÄUSER U. (1991), "District health systems : users' preferences for services in Benin", Health Policy and Planning, n°4, pp 361-370.

BIT (1972), Employment, incomes and equality : a strategy for increasing production employment in Ghana, BIT.

BLACKORBY Ch., DONALDSON D. (1992), "The value of living : a comment", Recherches Economiques de Louvain, vol. 58, pp 143-146.

BOBADILLA J.L., COWLEY P. (1995), "Designing and implementing packages of essential health services", Journal of International Development, vol. 7, n° 3, pp 543-554.

BOITEUX M. (1956), "Sur la gestion des monopoles publics astreinte à l'équilibre budgétaire", Econometrica, vol. 24, n°1, pp 22-40.

BONNET D. (1985), "Note de recherche sur la notion de "corps chaud" chez les Moose du Burkina", Sciences Sociales et Santé, vol. 3, n°3-4, novembre.

BÖS D., PETERS W. (1990), "A principal-agent approach on manager effort and control in privatized and public firms", Discussion paper, in Ott A., Hartley K., Privatization and economic efficiency.

BOTZUNG M. (1996), «Dispositifs d'appui et financement de la petite entreprise», Tiers Monde, n° 145, janvier-mars, pp 135-150..

BRETON A. (1974), the economic theory of representative government, Macmillan, Londres.

BRETON A., WINTROBE R. (1975), "The equilibrium size of a budget maximizing bureau", Journal of Political Economy, vol ; 83, février.

BRETON A., WINTROBE R. (1982), The logic of bureaucratic conduct. Cambridge University Press.

BRISSET Cl. (1984), La santé dans le tiers monde. La découverte, Le Monde.

BROOME J. (1985), "The economic value of life", Economica, 52.

BROOME J. (1992), "The value of living", Recherches Economiques de Louvain, vol. 58, n° 2, pp 125-142.

BROUSSEAU E. (1993), "Les théories des contrats : une revue", Revue d'Economie Politique, vol. 103, n°1, janvier-février.

BRUNET-JAILLY J. (1989), "Comment financer les coûts récurrents de la santé au Mali ?", Communication aux Neuvièmes Journées d'Economie Sociale.

BRUNET-JAILLY (1989), "Le financement de la santé dans les pays pauvres : recouvrer les coûts ou les réduire", communication aux Neuvièmes Journées d'Economie Sociale.

BRUNET-JAILLY J. (1992), "Santé : une occasion manquée ? Le Mali et l'initiative de Bamako", Afrique Contemporaine n° 162, deuxième trimestre, pp 3-18.

BUCHANAN J. (1975), The limits of liberty. Between anarchy and Leviathan. Chicago.

BUNGENER M. (1993), "Pour une approche plurielle du produit médical", Communication aux Journées de l'Association Française de Sciences Economiques, Dijon, 27 et 28 mai.

CAHUC P. (1993), La nouvelle microéconomie. La découverte.

CASSELS A. (1995), "Health sector reform : key issues in less developed countries", Journal of International development, vol. 7, n° 3, pp 329-347.

CATSAMBAS T., FOSTER S. (1986), "Etre sélectif dans les dépenses : le cas des médicaments de base", Finances et Développement, décembre, pp 29-32.

CAZENAVE Ph., MORRISSON Ch. (1978), Justice et redistribution. Economica.

CHAMBERLIN E. (1933), The theory of monopolistic competition. Harvard University Press.

CHAPALAIN M. T. (1971), "L'étude RCB sur la périnatalité", Bulletin RCB, n°3, mars, pp 7-21.

CHARMES J. (1987), "Débat actuel sur le secteur informel", Tiers Monde, n° 112.

CHARPY CH. (1986), "Réguler les dépenses de santé : entre César et Mammon", Futuribles, décembre, pp 21-33.

CHARREAUX G. (1990), "La théorie des transactions informelles : une synthèse", Economies et Sociétés, Série Sciences de gestion, n° 15, pp 137-161.

CHAUDHURY T.D. (1989), "A theoretical analysis of the informal sector" World Development, vol. 17, n° 3, pp 351-355.

CHITOU I. (1995), "Les privatisations au Bénin et au Sénégal : pourquoi de si modestes résultats ?", in Ellis S. et Fauré Y.A., Entreprises et entrepreneurs africains, Karthala-Orstom.

CHRISTALLER W. (1933), Die zentralen orte in Suddeutschland. Iena, Fischer.

CICHON M., GILLION C. (1993), "Le financement des soins de santé dans les pays en développement", Revue Internationale du Travail, vol. 132, n° 2, pp 193-208.

CLARKE E.H. (1971), "Multipart pricing of public goods", Public Choice, 11, pp 17-33.

COLLANGE G., PLANE P., VAN DER HOEVEN R (1993), "L'ajustement structurel et les hommes, le cas du Bénin", Afrique Contemporaine, n° 167, pp 14-28.

COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN (1993), Santé 2010 : équité et efficacité du système. Groupe "Prospective du système de santé", présidé par R. Soubie. La documentation française.

COOPER R., ROSS T.H. (1984), "Prices, product qualities and asymmetric information : the competitive case", Review of Economic Studies, pp 197-207.

- COURRIER ACP-CEE (1988), La santé pour tous ? Dossier, n° 108, mars-avril.
- COURRIER ACP-CEE (1994), Santé publique. Dossier, n° 147, septembre-octobre.
- CENTRE REGIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE (CREDESA) (1989), Rapport final des activités de recherche. Pahou, Bénin. Décembre.
- CROPPER M.L. (1977), "Health, investment in health and occupational choice", Journal of Political Economy, n° 6.
- CROPPER M.L. (1981), "Measuring the benefits from reduced morbidity", American Economic Review, n° 2, pp 235-240.
- CULLIS JG, WEST P.A. (1979), The economics of health. An introduction, Martin Robertson, Oxford.
- CURIEN (1990), Calcul économique, in X. Greffe, J. Mairesse, J.L. Reiffers (Ed.) : Encyclopédie Economique. Economica. Tome 1, pp 411-454.
- CZESNIK F., WOLF E. (1992), Pouvoir d'achat et auto-financement dans le projet bénino-allemand des soins de santé primaires. Projet bénino-allemand de soins primaires, SVA/GTZ, Cotonou.
- DANSOU F.E. (1988), "Le développement des activités informelles dans un contexte d'ajustement structurel : le cas de la République Populaire du Bénin". In Les pratiques juridiques, économiques et sociales informelles, Actes du colloque de Nouakchott réunis par J.L. Lespès, 8-11 décembre. PUF.
- DARBON S., LETOURMY A. (1983), "La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néoclassique ?", Sciences Sociales et Santé, n° 2, mars, pp 31-77.
- DARBY M., KARNY E. (1973), "Free competition and the optimal amount of fraud", Journal of Law and Economics, n° 16.
- DARDANONI, WAGSTAFF (1987), "Uncertainty and the demand for medical care", Discussion paper n° 26, Center for Health Economics, university of New York.
- DECAILLET F. (1994), "Coopération ACP-UE dans le domaine de la santé : le tournant des années 90", Courrier ACP-CEE, n° 147, septembre-octobre.
- DEFALVARD H. (1994), "Marché et développement", Cahiers des Sciences Humaines, n° 1-2.
- DESTANNE DE BERNIS G. (1973), "La planification sanitaire : questions introductives", Tiers Monde, n° 1, pp 19-45.
- DESTEXHE A. (1987), "Crise économique et financement de la santé", Politique Africaine, numéro spécial : Les politiques de santé, n° 28, pp 53-64.
- DO ANGO-PADONOU F., ONIBON H., YEDOMON H., (1990), "A propos de 203 cas d'auto-médication observés en consultation dans le service de dermatologie du CNHU de Cotonou", Afrique médicale, n° 284, pp 221-223.
- DORIER-APPRILL E. (1995), «Pour une géographie du pluralisme thérapeutique dans les grandes villes d'Afrique Noire», Espace, Populations, Sociétés, n° 1, pp 135-141.
- DOSSOU A., ZEPKA L. (1989), "L'impact du contre-choc pétrolier au Nigéria sur l'économie béninoise", Tiers Monde, n° 120.
- DOWIE J. (1975), "The portfolio approach to human behavior", Social Science and Medicine, vol. 9.
- DOZON J.P. (1991), "Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire", Politique Africaine, pp 9-20.
- DREZE J. (1962), "L'utilité sociale d'une vie humaine", Revue Française de Recherche Opérationnelle, 23.

DREZE J. (1992), "From the "value of living" to the economics and ethics of population : the path is purely methodological", Recherches Economiques de Louvain, vol. 58, n° 2, pp 147-166.

DREZE J., SEN A. (1989), Hunger and public action. Oxford University Press.

DUMONT J.P. (1987), Les systèmes étrangers de sécurité sociale. Economica.

DUMOULIN J., KADDAR M. (1993), "Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes", Sciences Sociales et Santé, n° 2, juin, pp 82-119.

DUPONT S. (1993), "Bénin : le printemps de l'économie", Jeune Afrique Economie, n° 166.

DUPUY, GAZIER, RAY (1988), Analyse économique des politiques sociales. PUF.

ELAM II (1993) : Suivi des caractéristiques et comportements des groupes vulnérables en situation d'ajustement structurel (1990-1992). Seconde enquête légère auprès des ménages, dans le cadre du projet BEN/87/023 : "Planification macro-économique, sectorielle et régionale". Ministère du plan et de la restructuration économique, Institut national de la statistique et de l'analyse économique, PNUD.

ELISHA A.N. (1987), Le système de protection sanitaire et sociale en République Populaire du Bénin : aspects médicaux et socio-économiques. Mémoire du certificat CEDSS, Institut de médecine légale, université Paris V.

ELISHA A.N. (1989), Essai d'application à la République Populaire du Bénin d'une HMO (health maintenance organization). Cotonou.

EVANS R.G. (1974), "Supplier induced demand : some empirical evidence and implications", in Perlman (éd.), The economics of health and medical care, Wiley, New York.

EVANS D.B., HURLEY S.F. (1995), "The application of economic evaluation techniques in the health sector : the state of the art", Journal of International Development, vol. 7, n° 3, pp 503-524.

FAINZANG S. (1985), "La "maison du blanc" : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina", Sciences Sociales et Santé, n° 3-4, pp 105-127.

FERMON B. (1993a), "Modes de rémunération et comportement des producteurs de soins", Communication aux Journées de l'Association Française de Science Economique, Dijon, 27 et 28 mai.

FERMON B. (1993b), "Médecine libérale et coordination des choix : existe-t-il un mode de rémunération optimal ?", Revue Française des Affaires Sociales, n° 2, pp 29-41.

FERRAND NAGEL S. (1993), "Médecine libérale, médecine sociale et régulation du système de santé", Revue Française des Affaires Sociales, pp 43-79.

FINDLAY R. (1991), "The new political economy : its explanatory power for LDCs", dans G Meier (ed.), Politics and policy making in developing countries, ICS press, San Francisco.

FONTAINE J.M. (1993), "Demande et investissement dans le processus d'ajustement", Tiers Monde, n° 135, juillet-septembre, pp 491-512.

FONTAINE J.M., JACMART M.C. (1993), "La réhabilitation de la demande. Points de repère et analyses appliquées", présentation du dossier "La réhabilitation de la demande", Tiers Monde, n° 135, juillet-septembre, pp 485-490.

FUCHS V. (1968), "Medical care", in The Service Economy. Columbia University Press. pp 115-127.

FUCHS V.R. (1972), « Health care and the United States economic system », Millbank Memorial Fund Quarterly, n° 2.

FUCHS V. (1978), "The supply of surgeons and the demand for operations", Journal of Human Resources, vol ; 13, supp.

FUCHS V.R., KRAMER M.J. (1972), "Determinants of expenditures for physician services in the U.S., 1948-1968", NBER Occasional paper

GABSZEWICZ J. (1994), La concurrence imparfaite. La Découverte.

GABSZEWICZ J., THISSE J. (1982), "Disparité des revenus et différenciation des produits", Cahiers du séminaire d'économétrie, vol. 24

GADREAU M. (1978), Une mesure de la santé. Paris, Sirey, Collection de l'Institut de Mathématiques Economiques.

GADREY J. (1986), Productivité et évaluation des services : la construction sociale du produit. ERMES (Etudes et Recherches sur les Mutations Economiques des Services), Université de Lille 1. Rapport de recherche pour le Ministère de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur, programme "Technologie, emploi, travail". Décembre 1986.

GADREY J. (1991), "Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion", Politiques et Management Public, vol. 9, n° 1, mars.

GADREY J. (1994), "De l'évaluation des actions publiques à celle de l'efficacité des services : convergences et spécificités", communication aux Journées du CLERSE, juin, Université des Sciences et Technologies de Lille.

GARNIER Ph., MAJERES J. (1992), "Lutter contre la pauvreté par la promotion de l'emploi et des droits économiques et sociaux au niveau local", Revue Internationale du Travail, vol ; 131, n° 1, pp 69-82.

GEFFROY Cl. (1972), La portée de la théorie de la concurrence monopolistique. Repères. MAME.

GEORGESCU-ROEGEN N. (1954), "Choice, expectations and measurability", Quarterly Journal of Economics, n° 4, pp 503-534.

GERTLER, LOCAY, SANDERSON (1988), "Health care financing and the demand for medical care", LSMS Working papers, Banque Mondiale, n° 37.

GEYNDT (de) W. (1995), «Managing the quality of health care in developing countries», World Bank Technical Papers, n° 258.

GIRAUD P., LAUNOIS R.G. (1985), Les réseaux de soins, médecine de demain. Paris, Economica.

GNANSOUNOU S., LELART M. (1994), "Tontines et tontiniers sur les marchés africains : le marché Saint-Michel de Cotonou", in Adams D.W., Fitchett D.A. (dir.), Finance informelle dans les pays en développement, Presses Universitaires de Lyon.

GODIN F. (1986), Bénin 1972-1982 : la logique de l'Etat africain. L'Harmattan.

GOMEZ P.Y. (1994), Qualité et théorie des conventions. Economica, Paris.

GOUTEUX J.P. (1992), "Surnaturel, santé et action communautaire en Afrique noire", Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, n° 3.

GRANT J. (1987), Allocution dite "Initiative de Bamako", 37ème session du Comité régional de l'Afrique de l'OMS, 9 septembre, document AFR/RC 37/conf.doc/3.

GREFFE X. (1981), Analyse économique de la bureaucratie. Economica.

GREFFE X. (1994), Economie des politiques publiques. Dalloz

GRET, IRAM (1995), Dispositifs d'appui et petite entreprise: une rencontre difficile. Paris, août 1995, Rapport de synthèse.

GRIFFIN Ch. (1991), "Soins de santé : les PVD doivent changer leurs priorités", Finances et Développement, mars, pp 45-47.

GROSSMAN M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", Journal of Political Economy, vol. 80, n° 2, pp 223-255.

GROSSMAN M. (1982), "The demand for health a decade after", Journal of Health Economics, vol. 1.

GROSSMAN M., BENHAM L. (1974), "Health, hours and wages", in Perlman (éd.), The economics of health and medical care, Wiley, New York.

GROVES Th. (1973), "Incentives in teams", Econometrica, juillet, pp 617-631

GROVES T., LOEB M. (1975), «Incentives and public inputs», Journal of Public Economics, n° 4, pp 211-226.

GRUENNAIS M.E., MAYALA D. (1988), "Comment se débarrasser de l' "efficacité symbolique" de la médecine traditionnelle ?", Politique Africaine, n°31, pp 51-61.

GUHAN S. (1994), "Stratégies de sécurité sociale dans les pays en développement", Revue Internationale du Travail, vol. 133, n° 1, pp 37-58.

GUILLAUMONT P. (1971), "Santé et production", Revue d'Economie Politique, pp 1-35.

HALEVI J. (1993), "Croissance asiatique et demande effective : une perspective historique", Tiers Monde n° 135.

HECHT R., MUSGROVE Ph. (1993), "Repenser le rôle de l'Etat dans le secteur de la santé", Finances et Développement, septembre.

HELYNCK B. (1994), Problèmes posés par la mise en place d'un système d'information sanitaire au Bénin. Séminaire international sur les systèmes d'information sanitaire. MSP, Ministère de la Coopération. Cotonou, Bénin, 20-21-22 juin 1994.

HELYNCK B. (1995), Le système national d'information et de gestion sanitaires au Bénin. Séminaire de concertation UNICEF-Coopération Française. Abidjan, 17-18 janvier 1995.

HILL A.G. (1993), "La santé pour tous en Afrique ?", in Politiques de développement et croissance démographique rapide en Afrique, INED, Congrès et colloques, n° 13.

HOLT C.A. (1979), Bidding for contracts, in C.A. Holt, R.W. Schore, Bayesian analysis in economic theory and time series analysis. North Holland, Amsterdam.

HOTELLING H. (1929), "Stability in competition", Economic Journal, vol. 39, pp 41-57.

HOURS B. (1982), "Les infirmiers malades de l'Etat : représentations de l'Etat et de la santé publique dans quatre formations sanitaires camerounaises", Tiers Monde, n° 90, pp 366-373.

HOURS B. (1984), "Demande d'assistance et droit de protection : insécurité sociale et stratégies sanitaires au Cameroun", Sciences Sociales et Santé, vol. 2, n° 3-4, octobre, pp 5-19.

HOURS B. (1986), "L'Etat de la santé", Cahiers d'Etudes Africaines, n° 103, pp 395-401.

HUGON Ph. (1980a), "Dualisme sectoriel ou soumission des formes de production au capital : peut-on dépasser le débat ?", Tiers Monde, n° 82, pp 235-259.

HUGON Ph. (1980b), "Les petites activités marchandes dans les espaces urbains africains (essai de typologie)", Tiers Monde, n° 82, pp 405-430.

HUGON Ph. (1989), "incidences sociales des politiques d'ajustement", Tiers Monde, n° 117, janvier-mars, pp 59-84.

HUGON Ph. (1990), Approches pour l'étude du secteur informel (dans le contexte africain). In Turnham D., Salomé B., Schwarz A. (éd.), Nouvelles approches du secteur informel, Paris, Centre de développement de l'OCDE, pp 81-100.

HUGON Ph. (1993), L'économie de l'Afrique. La découverte.

HUGON Ph. (1995a), "Ajustement structurel et effets sociaux", in M. Vernières (éd.), Ajustement, éducation, emploi. Economica. pp 13-50.

HUGON Ph. (1995b), "Les entrepreneurs africains et l'analyse économique", in Ellis S. et Fauré Y.A. (dir.) : Entreprises et entrepreneurs africains, Karthala-ORSTOM.

IGUE J.O., SOULE B.G. (1992), L'Etat-entrepôt au Bénin. Commerce informel ou solution à la crise ? Paris, Karthala, 207 p.

INSAE (1989-1992), Enquête budget consommation. Cotonou, INSAE.

IPPOLITO (1981), "Information and the life cycle consumption of hazardous goods", Economic Inquiry, n° 4.

JACQUEMOT P., RAFFINOT M. (1994), La nouvelle politique économique en Afrique. EDICEF - AUPELF UREF.

JAMISON D.T. (1993), "Investir dans la santé", Finances et Développement, septembre.

JARRET M.F., MAHIEU F.R. (1991) ; "Ajustement structurel, croissance et répartition : l'exemple de la Côte-d'Ivoire", Tiers Monde, n° 125, pp 39-62.

JENSEN M.C., MECKLING W.H. (1976), "The theory of firm : managerial behaviour, agency costs and ownership structure", Journal of Financial Economics, vol. 3, octobre.

JOBERT B. (1986), "Clientélisme et soins primaires", Sciences Sociales et Santé, n° 3-4, pp 223-227.

JONES-LEE M.W. (1976), The value of life, an economic analysis. Martin Robertson.

JONES-LEE M.W., HAMMERTON M., PHILLIPS P.R. (1985), "The value of safety : results of a national sample survey", The Economic Journal, 95, mars, pp 49-72.

JOSSE R., HELYNCK B. (1994), Expérience béninoise d'un réseau sentinelle de surveillance auprès des praticiens du secteur privé. Séminaire international sur les systèmes d'information sanitaire. MSP, Ministère de la Coopération. Cotonou, Bénin, 20-21-22 juin 1994.

JOYCE T., CORMAN H., GROSSMAN M. (1988), "A cost-effectiveness analysis of strategies to reduce infant mortality", Medical Care, vol. 26, n° 4.

KADDAR M. (1992), Médicaments essentiels et secteur privé commercial. Cotonou, Bénin. Centre International de l'Enfance, rapport de mission.

KADDAR M. (dir.) (1995), Etude du secteur pharmaceutique privé au Bénin, conséquences sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels. Centre International de l'Enfance.

KAHNEMAN D., TVERSKY A. (1982), "The psychology of preferences", Scientific American Journal, n° 1.

KARPIK L. (1989), "L'économie de la qualité", Revue Française de Sociologie, vol. 30, pp 187-210.

KARSTEN G. (1995), "Health care : private good versus public good", The American Journal of Economics and Sociology, avril.

KESSLER D. (1986), "Sur les fondements économiques de la sécurité sociale", Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, pp 97-113.

KLEIBER Ch. (1991), Questions de soins : essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins. Payot, Lausanne.

KLEIN B., LEFFLER K. (1981), "The role of market forces in assuring contractual performance", Journal of Political Economy, n° 81, pp 639-641.

KUMSSA A. (1996), "L'économie politique de la privatisation en Afrique subsaharienne", Revue Internationale des Sciences Administratives, mars.

LABOURDETTE A. (1988), Economie de la santé. PUF.

LACHAUD J.P. (1995), Pauvreté et marché du travail au Bénin : quelques éléments d'analyse. Document de travail, Centre d'économie du développement, université de Bordeaux 1.

LACROIX G., BOLDUC D., MULLER Ch. (1994), "The demand for primary health care in Benin : a discrete choice model". Actes du 43ème colloque international de l'association d'économétrie appliquée : "Econométrie de la santé", Lyon, 7-8 juillet.

LAFFONT JJ (1982), Cours de théorie microéconomique, tome 1 : Fondements de l'économie publique. Economica.

LAFFONT J.J. (1991), "Théories des incitations et nouvelles formes de réglementation", Communications et Stratégies, 4ème trimestre.

LAFFONT J.J. (1993), «A propos de l'émergence de la théorie des incitations», Revue Française de Gestion, n° 96, novembre-décembre, pp 13-19.

LAFFONT J.J. (1994), "Rôle de la conceptualisation et avancées de l'économie de la réglementation", Journées internationales de l'IDATE, Séminaire Communications et stratégies, 18 novembre, Montpellier.

LAFFONT JJ, TIROLE J. (1986), "Using cost observation to regulate firms", Journal of Political Economy, vol. 94, n° 3, pp 614-641.

LAFFONT JJ, TIROLE J. (1990), "The regulation of multiproduct firms", Journal of Public Economics, 43.

LAFFONT J.J., TIROLE J. (1993), A theory of incentives in procurement and regulation. MIT Press.

LANCASTER K. (1966), "A new approach to consumer theory", Journal of Political Economy, vol. 74, pp 131-157.

LANCASTER K., LIPSEY R. (1956), "The general theory of second best", Review of Economic Studies, 24 (63), pp 11-32.

LANCRY P.J. (1989), "Le secteur 2 de la médecine libérale, un élément de marché ?", Revue d'Economie Politique, vol 99, n° 6, novembre-décembre, pp 854-870.

LANDEFELD J.S., SESKIN E.P. (1982), "The economic value of life : linking theory to practice", American Journal of Public Health, 72.

LANGE O. (1936/37), "On the economic theory of socialism", Review of Economic Studies, vol. 4, n° 1 et 2.

LAUNOIS R., GIRAUD P. (1986), "Santé : l'auto-régulation est-elle un mythe ?", Futuribles, n° 105, pp 3-19.

LEBRUN Th., SAILLY J.C. (1991), "L'évaluation économique appliquée aux actions et décisions médicales", Cahiers Lillois d'Economie et de Sociologie, n° 18, pp 52-70.

LEBRUN Th., SAILLY J.C. (1992), "L'évaluation médico-économique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques", Reflets et Perspectives de la Vie Economique, mai-juin.

LECOMTE B., MALDONADO C., RANSONI P. (1986), "La promotion du "secteur non structuré" : le cas de Kigali", Tiers Monde, n° 106, avril-juin, pp 439-455.

LE GRAND J. (1991), "Quasi-markets and social policy", The Economic Journal, septembre, pp 1256-1286.

LELAND H.E. (1979), "Quacks, lemons, and licensing : a theory of minimum quality standards", Journal of Political Economy, vol 87, n°6, pp 1328-1346.

LELART (1989), "L'épargne informelle en Afrique : les tontines béninoises", Tiers Monde, n° 118, avril-juin, pp 271-298.

LE PEN Cl. (1988), "Demande de soins, demande de santé", in Lévy, "La demande en économie de la santé", Revue d'Economie Politique, n° 4, pp 458-470.

LE PEN Cl. (1993), "Capital humain et économie de la santé : valeur et qualité de la vie humaine en économie de la santé", Communication aux Journées de l'Association Française de Science Economique, université de Bourgogne, Dijon, 27-28 mai.

LE PEN Cl. (1996), «Théorie de l'utilité et mesure des états de santé : le débat QALYs - HYE», Cahiers du CERESA, n° 1, Université de Paris Dauphine, à paraître dans Economie et Prévision.

LESPEL J.L. (1988), "La dynamique des informalités : le cas de la protection sociale", Actes du colloque de Nouakchott : Pratiques juridiques, économiques et sociales informelles. PUF.

LESUEUR J.-Y., PLANE P. (1994), «Les services publics subsahariens : importance socioéconomique et évaluation des politiques d'assainissement», Tiers Monde, tome 35, n° 140, octobre-décembre, pp 779-799.

LEVY E. (1988) (dir.), "La demande en économie de la santé", Revue d'Economie Politique, n° 4, pp 455-507.

LEVY E., BUNGENER M., DUMENIL G., FAGNANI F. (1973), Economie du système de santé, Dunod.

LEVY-LAMBERT H., GUILLAUME H. (dir.) (1975), La rationalisation des choix budgétaires. Presses Universitaires de France.

LINDHAL E. (1919), "Just taxation - a positive solution", in Musgrave R.A., Peacock A.T., Classics in the theory of public finance, Mac Millan 1958.

LITTLE I., MAZUMDAR D., PAGE J. (1987), Small manufacturing enterprises. Oxford University Press, New York.

LOCOH Th. (1993), "Solidarités et survie des populations africaines : quel rôle pour la famille, l'Etat et les autres acteurs sociaux ?", in INED, Congrès et colloques n° 13.

LUBELL H. (1991), Le secteur informel dans les années 80 et 90. Centre de Développement de l'OCDE. Paris.

LUFT H.S. (1994), "Les réseaux de soins coordonnés : l'expérience tentée aux Etats-Unis peut-elle s'appliquer ailleurs ?", in La santé : qualité et choix. Etudes de politique de santé n° 4. OCDE.

MAHIEU F.R. (1989), Les fondements de la crise économique en Afrique. L'Harmattan.

MAHIEU F.R. (1993), "Droits et obligations communautaires en Afrique et stratégies individuelles", in INED, Congrès et colloques, n° 13.

MAHIEU F.R. (1994), "Planification ou marché du développement ? Des projets à l'approche nationale des programmes.", Tiers Monde, n° 140, pp 851-873.

MAJNONI d'INTIGNANO B. (1991), "Incitations financières et concurrence dans les systèmes de santé", Observations et Diagnostics Economiques, n°36, avril, pp 117-139.

MAJNONI d'INTIGNANO B., STEPHAN J.C. (1982), Hippocrate et les technocrates, Calmann Lévy, Paris.

MALDONADO C. (1989), Orientations méthodologiques pour une recherche sur les contraintes institutionnelles et légales dans le secteur dit informel. Bureau International du Travail, Genève.

MALDONADO C. (1993), "Rompre l'isolement : une expérience d'appui aux petits producteurs urbains du Bénin", Revue Internationale du Travail, vol. 132, n° 2, pp 275-294.

MALINVAUD E. (1967), "Decentralized procedures for planning", in MALINVAUD, BACHARRACH (éd.), Activity analysis in the theory of growth and planning, Mac Millan, Londres, pp 170-208.

MANDL P.E., OFOSU-AMAAH S. (1989), "Financement communautaire des services de santé locaux : expériences acquises en Afrique", Documents de travail de l'UNICEF, n° 1.

MAYNARD A. (1991), "Developing the health care market", The Economic Journal, septembre.

MAZUMDAR D. (1976), The urban informal sector, BIRD, pp 655-679.

MEASHAM A.R. (1986), "Santé et développement : l'expérience de la Banque", Finances et Développement, décembre, pp 26-28.

MILLS A., VAUGHAN J.P., SMITH D.L., TABIBZADEH I. (dir.) (1991), La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expérience de quelques pays. Genève, OMS.

MISHAN E.J. (1969), Cost-benefit analysis. North-Holland.

MORRISSON Ch., SOLIGNAC LECOMTE H.B., OUDIN X. (1994), Micro-entreprises et cadre institutionnel dans les pays en développement. OCDE, Centre de développement.

MOUGEOT M. (1986), Le système de santé : centralisation ou décentralisation ? *Economica*.

MOUGEOT M. (1994), Systèmes de santé et concurrence. *Economica*.

MOUGEOT M., NAEGELEN F. (1984), Les marchés hospitaliers. *Economica*.

MOULIN M. (1986), "Le recours aux médecines parallèles : une contre-légitimité de la pensée occidentale", Sciences Sociales et Santé, vol. 4, n° 2, pp 89-107.

MOUSSAYE (DE LA) E., JACQUEMOT P. (1993), "Politiques de santé : les trois options stratégiques", Afrique Contemporaine, n° 166, pp 15-26.

MSP (Ministère de la Santé Publique) (1982), Statistiques sanitaires 1979-1980. Direction des Etudes et de la Planification.

MSP (1988), Statistiques sanitaires 1985-1986. Direction des Etudes et de la Planification.

MSP (1990), Evaluation économique du PEV/SSP au Bénin. MSP, UNICEF, OMS, OCCGE ; Coopération Française, CIE, IMT Anvers, PDS Pahou.

MSP (1992a), Déclaration de politique sanitaire de Madame Véronique Lawson, Ministre de la Santé Publique.

MSP (1992b), Rapport du séminaire sur l'harmonisation du financement communautaire et des systèmes de recouvrement des coûts. Cotonou, février.

MSP (1993a), Statistiques sanitaires 1992. Service des Etudes de Stratégie et de la Prévision.

MSP (1993b), Plan directeur pharmaceutique. Cotonou.

MSP (1993c), Plan d'action prioritaire triennal 1994-1996.

MSP (1994), Statistiques sanitaires 1993. Service des Etudes de Stratégie et de la Prévision.

MSP, OMS, PNUD (1991), Identification de la perception des problèmes sanitaires par les populations du Bénin. Cotonou.

MSP, MINISTERE DE LA COOPERATION FRANCAISE (1994), Séminaire international sur les systèmes d'information sanitaire, Rapport de synthèse. Cotonou, Bénin, 20-21-22 juin.

- MUSHKIN S.J. (1962), "Health as an investment", Journal of Political Economy, vol. 70, n° 2, pp 129-157.
- MUURINEN J.M. (1982), "Demand for health : a generalized Grossman model", Journal of Health, vol. 1.
- MYERSON R.B. (1979), "Incentive-compatibility and the bargaining problem", Econometrica, vol. 47, n° 1, pp 61-73.
- NELSON (1970), "Information and consumer behavior", Journal of Political Economy, n° 78, pp 311-329.
- NISKANEN W.J. (1971), Bureaucracy and representative government, Aldine Atherton, Chicago.
- NYS J.F. (1981), La santé : consommation ou investissement. Paris, Economica.
- OAKLEY P. (1989), L'engagement communautaire pour le développement sanitaire. OMS.
- OMS, UNICEF (1978), Les soins de santé primaires. Rapport conjoint du directeur général de l'OMS et du directeur exécutif de l'UNICEF. Genève-New York
- OMS (1984), "Formation des enseignants et gestionnaires infirmiers, notamment pour les soins de santé primaires", Série de Rapports Techniques, n° 708.
- OMS (1989a), "Amélioration des prestations des agents de santé communautaire dans les soins de santé primaires", Série de Rapports Techniques, n° 780.
- OMS (1989b), Médecine traditionnelle dans la région africaine : rapport de la première réunion des centres collaborateurs OMS. Niamey, 13-16 février 1989.
- OMS (1990), Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaire. Genève.
- OMS (1992), Pour une nouvelle action de santé publique. Rapport du sommet de la santé publique de Saïtama, Japon, 17-20 septembre 1991.
- OUIJANO (1974), "The marginal pole of the economy and marginalised labor force", Economy and Society, pp 394-428.
- PARASURAMAN A., BERRY L., ZEITHMAL V., (1985), "A conceptual model of service quality", Journal of Marketing, vol. 49.
- PARET H. (1984), Planification de la santé en Afrique. L'harmattan.
- PARET H. (1988), Economie des soins médicaux. Editions ouvrières.
- PARETO V. (1916), Traité de sociologie générale, Doz. pp 1306-1601.
- PAULY M. (1968), "The economics of moral hazard", American Economic Review, vol. 58, pp 531-537.
- PHELPS C.E, NEWHOUSE J.P. (1974), "Coinsurance, the price of demand and the demand for medical care", Review of Economics and Statistics, n° 3, pp 334-342.
- PLANE P. (1994), "La privatisation dans les pays en développement : qu'avons-nous appris ?", Revue Française d'Economie, n° 2, pp 147-185.
- PNUD (1990 à 1995), Rapport annuel sur le développement humain. Paris, Economica.
- QUINET C. (1994), "Herbert Simon et la rationalité", Revue Française d'Economie, pp 133-181
- RAWLS J. (1971), A theory of justice. Harvard University Press.
- RAYNAL J.J. (1991), "Le renouveau démocratique béninois : modèle ou mirage ?", Afrique Contemporaine, n° 160, pp 3-24.
- RIBOUD M. (1978), Accumulation du capital humain. Economica.
- RICHARD J.L. (1995), «Profil des utilisateurs des différents services de santé moderne dans le Bénin rural», Espace, Populations, Sociétés, n° 1, pp 91-104.

RICE D.P. (1967), "Estimating the cost of illness", American Journal of Public Health, vol. 57.

ROBERTS R.D. (1984), "A positive model of private charity and public transfers", Journal of Political Economy, n° 1, pp 136-148.

ROBERTS R.D. (1987), "Financing public goods", Journal of Political Economy, n° 2.

ROCHAIX L. (1986), Asymétries informationnelles et comportement médical, Thèse, Université de Rennes 1.

ROCHAIX L. (1989), "Information asymmetric and search for physicians services", Journal of Health Economics, n° 1.

ROSNY (DE) E. (1979), "Combien de médecines pour l'Afrique ?", Projet, n° 139, pp 1097-1110.

ROSNY (DE) E. (1981), Les yeux de ma chèvre. Terre humaine, Plon.

ROSS S. (1973), "The economic theory of agency. The principal's problem", American Economic Review, vol. 63, n° 2, pp 134-139.

ROSSER R., KIND P. (1978), "A scale of valuation of state of illness : is there a social consensus", International Journal of Epidemiology, n° 7, pp 347-358.

ROTSCHILD M., STIGLITZ J. (1976), "Equilibrium in competitive insurance markets : an essay on the economics of imperfect competition", Quarterly Journal of Economics, vol. 91.

ROUGEMONT A., BRUNET JAILLY J. (1989) (dir.), La santé en pays tropicaux. ACCT, Doin.

SALAMA P., VALIER J. (1994), Pauvretés et inégalités dans le Tiers Monde, Paris, La Découverte.

SALAMA P., VALIER J. (1995), "Mesures de pauvretés et de l'appauvrissement", Tiers Monde, n° 142, avril-juin, pp 257-278.

SAMUELSON P.A. (1954), "The pure theory of public expenditures", Review of Economics and Statistics, novembre.

SHELLING T.C. (1968), The life you saved may be your own, in S.B. Chase (éd.), Problems in public expenditures analysis, Brookings Institute, Washington.

SCHLEIFER A. (1985), "A theory of yardstick competition", Rand Journal of Economics, 16.

SCHMIDT K. (1990), "The cost and benefits of privatization", Discussion paper, University of Bonn.

SEN A. (1981), Poverty and famines : an essay on entitlement and deprivation, Clarendon Press, Oxford.

SEN A. (1991a), "La liberté individuelle : une responsabilité sociale", Esprit n° 3-4, mars-avril, pp 5-25.

SEN A. (1991b), "Welfare economics and population ethics", Papier présenté au "Nobel jubilee symposium on population, development and welfare", décembre.

SEN A. (1993), Ethique et économie et autres essais. PUF.

SEN A., MUELLBAUER J., KANBUR R., HART K., WILLIAMS B. (1987), The standard of living, The Tanner Lectures, Clare Hall, Cambridge 1985. Cambridge University Press.

SEN S. (1993), "Les dimensions interne et externe de la crise des paiements en Inde", Tiers Monde n° 135.

SETHURAMAN S.V. (1976), "Le secteur urbain non structuré : concept, mesure et action", Revue Internationale du Travail, vol. 114, n° 1, pp 79-92.

SHAKED A., SUTTON J. (1981), "The self-regulating profession", Review of Economic Studies, pp 217-234.

SHAPIRO C. (1982), "Consumer information, product quality, and seller reputation", Bell Journal of Economics, n° 13, pp 20-35.

SHAPIRO C. (1986), "Investment, moral hazard, and occupational licensing", Review of Economic Studies, pp 843-862.

SHAPIRO C., WILLIG R.D. (1990), Economic rationales for the scope of privatization, in Suleimen E.N., Waterbury J., The political economy of public sector, reform and privatization, Westview Press.

SHAVELL S. (1984), "The design of contracts and remedies for breach", The Quarterly Journal of Economics, février, pp 122-148.

SIMON H. (1959), "Theories of decision-making in economics and behavioral science", American Economic Review, vol. 49, n° 1.

SINDZINGRE N. (1985), "Tradition et biomédecine", Sciences Sociales et Santé, vol. 3, n° 3-4, novembre, pp 9-26.

SPENCE M. (1972), "Job market signaling", Quarterly Journal of Economics, vol. 87, n° 3, pp 355-374.

SPENCE M. (1977), "Non-price competition", American Economic Review, n° 67, pp 255-259.

STANDING (1974), A trichotomous model of urban labor market, in Colloque sur les marchés du travail urbain dans les pays en développement, Institut International d'Etudes Sociales, Genève.

STEEL (1980), Intensité de capital, dimension de la firme et choix entre emploi et production : l'importance de l'analyse multisectorielle. BIRD.

STERN N. (1993), Le rôle de l'Etat dans le développement économique. Conférences Walras-Pareto, Editions Payot Lausanne.

STIGLER J. (1961), "The economics of information", Journal of Political Economy, vol. 69, pp 213-224.

STIGLITZ J.E. (1988), "Economic organization, information, and development", in Chenery et Srinivarian (éd.), Handbook of Development Economics, North Holland.

STIGLITZ J.E. (1989), "Markets, market failures, and development", American Economic Review, Papers and proceedings, mai, pp 197-203.

SWEENEY G.H. (1982), "The market of physician's services : theoretical implications and empirical test of the target income hypothesis", Southern Economic Journal, n° 3.

TARINO E., CREESE A. (1991), La santé pour tous d'ici à l'an 2000 : à mi-chemin, le point de la situation dans divers pays. OMS.

THOMPSON M.S. (1980), Benefit-cost analysis for program evaluation, Sage, Londres.

TIROLE J. (1988), A theory of industrial organization. MIT Press.

TIROLE J. (1994), "Réglementation de la qualité", Journées internationales de l'IDATE, Séminaire "Communications et stratégies", 18 novembre, Montpellier.

UNICEF, MINISTERE DU PLAN ET DE LA STATISTIQUE DU BENIN (1990), Crise économique, ajustement structurel et survie des ménages au Bénin pendant les années 80. Cotonou.

VALLEE A. (1994), "Le régulateur face à l'asymétrie d'information", Communications et Stratégies, n° 14, pp 15-27.

VAN DER HOEVEN R., VAN DER KRAAIJ F. (dir.)(1995), L'ajustement structurel et au-delà en Afrique subsaharienne. Karthala.

VAN PARIJS Ph. (1991a), "Le paradigme rationaliste et ses compagnons", Recherches Economiques de Louvain, vol. 58, n° 1.

VAN PARIJS Ph. (1991b), Qu'est-ce qu'une société juste ? Seuil.

VARIAN H. (1974), "Equity, envy, and efficiency", Journal of Economic Theory, vol. 9, pp 63-91.

VELASQUEZ G. (1989), "Médicaments et financement des systèmes de santé dans les PVD : le "recouvrement des coûts" : un concept à revoir", Tiers Monde, n° 118, pp 455-463.

VERNIERE (1975), "A propos de la marginalité : réflexions illustrées par quelques enquêtes en milieu urbain et suburbain africain", Cahiers d'Etudes Africaines, n° 3.

VICKREY W. (1961), "Counterspeculation, auctions and competitive sealed tenders", Journal of Finance, n° 16, pp 8-29.

VITTIN T.E. (1990), "Le Bénin à l'heure du renouveau démocratique", Politique Africaine, avril.

VIVIANI J.L. (1994), "Incertitude et rationalité", Revue Française d'Economie, n° 2, pp 105-146.

VOGEL R.V. (1988), "Cost recovery in the health care sector : selected country studies in west Africa", World Bank technical papers.

VOISIN C. (1994), "Nature et légitimité des entreprises publiques : vers un renouvellement du débat", Revue Française d'Economie, pp 121-175

VOISIN C. (1994), La réduction de l'Etat au marché dans la théorie des incitations ?, in Bellon, Caire, Cartelier, Faugère, Voisin : L'Etat et le marché. ADIS-Economica.

VOISIN C. (1995), "La privatisation, une question "d'incitations" : propriété, réglementation et information", Revue d'Economie Politique, 105 (3), mai-juin, pp 481-514.

WALRAS L. (1874), Eléments d'économie politique pure. Lausanne, L. Corbaz. Réédition, Paris, Economica, 1988.

WARR P.G. (1982), "Pareto optimal redistribution and private charity", Journal of Public Economics, n° 1.

WEINSTEIN M.C., STASON W.B. (1977), "Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices", New England Journal of Medicine, 296.

WEISBROD B.A. (1971), "Costs and benefits of medical research : a case of poliomyelitis", Journal of Political Economy, 79, pp 527-544.

WEITZMAN M. (1976), "The new soviet incentive model", The Bell Journal of Economics, vol. 7.

WEITZMAN M. (1980), "The ratchet principle and performance incentives", The Bell Journal of Economics, vol. 11, pp 302-308.

WICKSELL K. (1896), "A new principle of just taxation", in Musgrave et Peacock, Classics in the theory of public finance, MacMillan, 1958

WILLIAMS A.H. (1985), «Economics of coronary artery bypass grafting», British Medical Journal, n° 291.

WILLIAMSON O.E. (1975), Markets and hierarchies : analysis of implications. New York. The Free Press.

WINTER S.G. (1975), "Optimization and evolution", in R.H. Ray et T. Groves, Adaptative economic models, New York Academic Press.

YOUNG R.A. (1991), "Privatization in Africa", Review of African Political Economy, n° 51, juillet.

ZWI A.B., MILLS A. (1995), "Health policy in less developed countries : past trends and future directions", Journal of International Development, vol. 7, n° 3, pp 299-328.

ABREVIATIONS

BIT : Bureau International du Travail
CAME : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CCS : Centre communal de santé
CHD : Centre hospitalier départemental
CNHU : Centre national hospitalier universitaire
CREDESA : Centre régional pour le développement et la santé
CSSP : Centre de santé de sous-préfecture
EBC : Enquête Budget Consommation
HMO : Health maintenance organization
MSP : Ministère de la santé publique
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ONP : Office National de Pharmacie
PAPPU : Programme d'Appui aux Petits Producteurs Urbains d'Afrique Francophone
PEESI : Programme d'Etudes et d'Enquêtes sur le Secteur Informel
PAS : Plans d'ajustement structurel
PEV : Programme élargi de vaccination
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
RSC : Réseaux de Soins Coordonnés
SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SSP : Soins de santé primaires
UVS : Unité villageoise de santé

SOMMAIRE DES SCHEMAS ET TABLEAUX

SCHEMA 1 : La structure des soins primaires

SCHEMA 2 : Les logiques du marché : rationnements et reports

SCHEMA 3 : Micro-unités, rente de quantité et rente de prix en régulation décentralisée

SCHEMA 4 : Les enchères concurrentielles

TABLEAU 1 : Les unités de santé publique : effectifs et conformité

TABLEAU 2 : Le déficit des échanges extérieurs

TABLEAU 3 : La dette extérieure

TABLEAU 4 : Evolution du budget du Ministère de la santé

TABLEAU 5 : Importations de produits pharmaceutiques par le secteur public en 1992 et 1993

TABLEAU 6 : La spécialisation des structures de soins primaires

TABLEAU 7 : Coût global du programme élargi de vaccination de 1986 à 1989

TABLEAU 8 : Coût et efficacité de la couverture vaccinale

TABLEAU 9 : Infrastructures sanitaires privées répertoriées par les pouvoirs publics

TABLEAU 10 : L'offre privée de santé : essai de typologie

TABLEAU 11 : L'offre privée : prestations officielles et services non répertoriés

TABLEAU 12 : Les prix dans deux cliniques de Cotonou

TABLEAU 13 : Les prix des petits cabinets

TABLEAU 14 : Services offerts par les petits cabinets

TABLEAU 15 : Revenus et sensibilité aux prix, CREDESA, Pahou 1986

TABLEAU 16 : Incidence de la pauvreté selon les niveaux de vie alternatifs et les régions au Bénin

TABLEAU 17 : Service comme produit et service comme résultat

TABLEAU 18 : Les déterminants de la qualité selon Parasuraman, Berry et Zeithmal

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	I
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 MARCHE.....	78
I. LE MARCHE, GAGE D'EFFICACITE ?.....	79
1.1 . FONDEMENTS DE L'EFFICACITE MARCHANDE ET JUSTIFICATIONS DE L'ETAT TUTELAIRE.....	79
1.2 . LE RETOUR AU MARCHE 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 MARCHE.....	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 MARCHÉ	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 MARCHÉ	222
I.1 . UN MARCHÉ 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 MARCHÉ 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 MARCHÉ.....	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
PRELIMINAIRE : LE PRINCIPE D'UNE INTERVENTION PUBLIQUE.....	285
I. L'IMPOSSIBILITE D'UNE REGULATION OPTIMALE ET GENERALE FACE AUX PROBLEMES D'INFORMATION.....	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 . LES INCITATIONS : DES PRINCIPES PERTINENTS, UN CADRE DIFFERENT.....	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
CONCLUSION.....	355
CHAPITRE 6 INCITATIONS, QUALITE ET MICRO-UNITES SANITAIRES.....	356
I . REGLEMENTATION ET FONCTION DE QUALITE.....	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 . MODELE INCITATIF ET INTERVENTION PUBLIQUE DANS LE CHAMP SANITAIRE.....	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
CONCLUSION.....	423
CONCLUSION GENERALE.....	427

ANNEXES	438
BIBLIOGRAPHIE.....	461
ABREVIATIONS.....	478
SOMMAIRE DES SCHEMAS ET TABLEAUX	479
TABLE DES MATIERES.....	480

