

CHAPITRE TROIS

Services de santé : sont-ils bien choisis et bien organisés ?

Les services de santé visent à protéger ou améliorer la santé. Qu'ils parviennent ou non à le faire dépend des services fournis et de la manière dont ils sont organisés. Des ressources doivent être affectées à des interventions que l'on sait être efficaces conformément aux priorités nationales ou locales. Etant donné que ces ressources sont limitées, il existera toujours une certaine forme de rationnement, mais les prix ne doivent pas être le principal critère de détermination des soins dispensés et des bénéficiaires. Tant les organisations administratives hiérarchisées que les marchés fragmentés et non réglementés présentent de sérieuses lacunes pour l'organisation des services : une intégration souple de prestataires de soins de santé autonomes ou semi-autonomes pourrait atténuer ces problèmes.

3

SERVICES DE SANTÉ : SONT-ILS BIEN CHOISIS ET BIEN ORGANISÉS ?

LACUNES INSTITUTIONNELLES

De même que le principal objectif d'un système de santé est l'amélioration de la santé humaine, sa principale fonction doit être la prestation de services de santé. Les autres fonctions ont également de l'importance, notamment parce qu'elles contribuent à cette prestation de services. Un système de santé faillit donc gravement à sa mission lorsque des interventions sanitaires efficaces et d'un coût abordable ne sont pas offertes à des populations qui en auraient besoin. C'est parfois parce que les prestataires n'ont pas les compétences nécessaires ou en raison d'une pénurie de médicaments et de matériel, ce qui résulte des problèmes de formation et d'investissement examinés au chapitre 4 ou des problèmes d'achat mentionnés ici ainsi qu'au chapitre 5. Parfois, les services n'atteignent pas les bénéficiaires potentiels en raison d'obstacles financiers : ceci est dû à l'inéquité du financement des services qui est analysée au chapitre 5. Souvent, toutefois, les lacunes de la prestation des services sont dues à un dysfonctionnement de l'organisation du système de santé, même dans des cas où les apports nécessaires existent et où l'appui financier est suffisant et convenablement réparti. Un tel défaut d'organisation peut résulter de l'inadéquation des mécanismes de collaboration entre les différents acteurs de la prestation des services, source d'effets incitatifs pervers et de choix erronés au moment de se prononcer sur ce que les services sont censés apporter, et à qui, ou sur les rationnements nécessaires s'il n'est pas possible de satisfaire les besoins ou les désirs de chacun. Le présent chapitre examine comment choisir les services qui doivent être assurés, comment organiser leur prestation et comment offrir aux prestataires des incitations appropriées.

La complexité de l'organisation des prestations de services est illustrée par l'exemple suivant qui n'a rien d'exceptionnel. Une jeune femme pauvre se rend à pied dans un poste sanitaire de l'Etat avec son nourrisson malade. Lorsqu'elle arrive, il n'y a ni médecin ni médicaments. Toutefois, une infirmière lui remet un nécessaire de réhydratation orale et lui explique comment s'en servir. Elle lui demande de revenir le surlendemain si la diarrhée du nourrisson persiste. L'infirmière ne voit qu'une demi-douzaine de malades ce jour-là. Pendant ce temps, au service des consultations externes d'un hôpital communautaire qui se trouve à environ une heure de voiture, plusieurs centaines de malades font la queue. Certains sont sommairement examinés par un médecin de service et sont en mesure d'obtenir les médicaments qui leur sont prescrits auprès de la pharmacie de l'hôpital. Le service ferme de bonne heure et les malades qui n'ont pas encore été examinés sont priés de revenir le jour suivant sans rendez-vous. Certains des médecins se dépêchent alors d'aller

travailler dans une maison de santé ou clinique privée pour gagner un complément de rémunération.

Les faibles honoraires des médecins et la pénurie de personnel qualifié et de médicaments au poste sanitaire peuvent être considérés comme les conséquences d'un investissement insuffisant. Toutefois, on ne peut pas imputer à un manque de ressources la mauvaise répartition des moyens entre le poste de santé et l'hôpital, la faible productivité de l'infirmière, la sous-utilisation de l'hôpital lorsque son service de consultations externes ferme trop tôt, les périodes prolongées sans médecin de permanence et les pertes de temps subies par les patients qui doivent faire la queue, puis revenir un autre jour, parce qu'il n'existe pas de système de rendez-vous. Ces problèmes reflètent des erreurs de priorités et d'organisation, tant au moment des investissements initiaux et de la formation que lors de la prestation ou de la non-prestation des services. Si l'histoire finit bien pour la mère et son nourrisson, c'est seulement parce que l'enfant a eu la chance d'avoir une diarrhée et pas le paludisme ou une autre affection que l'infirmière eût été incapable de reconnaître ou de soigner, ou encore parce qu'il ne nécessitait pas des soins trop coûteux pour que la mère puisse les payer directement. La possibilité de recevoir gratuitement des soins, même limités, pourrait être aussi la raison pour laquelle une mère se rend dans une structure publique plutôt que dans une pharmacie privée ou chez l'un de ces guérisseurs traditionnels qui ont une nombreuse clientèle.

Le présent chapitre examine comment fixer un ordre de priorité des services que doivent assurer les systèmes de santé et passe en revue les choix et mécanismes qui entrent en jeu dans le rationnement qu'implique cet ordre de priorité. Il décrit ensuite les facteurs organisationnels qui permettent de veiller à ce que les gens reçoivent des services appropriés au moment opportun.

LES GENS SONT AU CŒUR DES SERVICES DE SANTÉ

L'histoire de la mère et de son nourrisson illustre une autre caractéristique des services de santé : la prestation des services est le niveau du système où prestataires et bénéficiaires des interventions sont le plus directement en contact. Toutefois, l'action des gens va au-delà de ces deux rôles, ainsi que l'indique la Figure 3.1. C'est le patient qui est au centre de la prestation des services pour les interventions cliniques, ou la population cible pour les services de santé publique collectifs. Les gens sont aussi des consommateurs, car leur comportement, y compris le choix des soins de santé qu'ils recherchent et utilisent, a une incidence sur leur santé. Le consommateur peut être le malade lui-même ou quelqu'un, par exemple sa mère, agissant en son nom, ou simplement une personne qui fait certains choix concernant son régime alimentaire, son mode de vie et d'autres facteurs de la santé.

Il arrive que les rôles de consommateur, de malade et de prestataire soient exercés au même moment par une seule et même personne, comme dans le cas où une femme accouche sans assistance ou presque. Chaque minute, des milliers de femmes dans le monde donnent naissance à un enfant. Dans les pays où la proportion des accouchements en présence d'un personnel qualifié est faible (9 % au Népal, 8 % au Bangladesh et en Éthiopie, 5 % en Guinée équatoriale, 4 % au Gabon et en Mauritanie, 2 % en Somalie), les naissances ont généralement lieu en présence d'accoucheuses non qualifiées ou de membres de la famille. Même lorsqu'une césarienne est pratiquée par un prestataire qualifié, chaque femme doit néanmoins participer activement à la naissance et aux soins du post-partum.

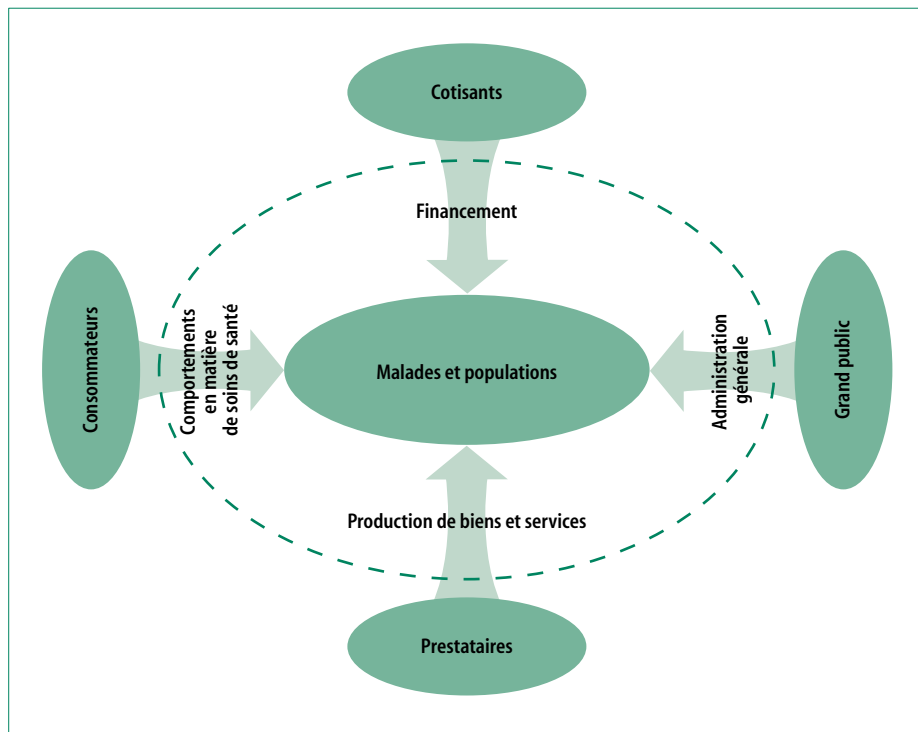
Il arrive souvent que les choix des gens, notamment en ce qui concerne les soins, soient influencés par la réactivité du système décrite au chapitre 2. L'utilisation ne dépend pas

seulement de la perception par le consommateur de la nécessité ou de la probabilité d'un service. S'il existe des différences marquées entre les sociétés, les principes de base d'une relation éthique entre le prestataire et le patient comportent généralement les mêmes exigences dans les domaines du consentement, de la confidentialité, de la discrétion, du respect de la vérité et de la sincérité (1). En regroupant dans l'expression « respect de la personne » les composantes dignité, autonomie et confidentialité de la réactivité, on souligne l'importance des gens en général, et pas seulement des patients, en tant que bénéficiaires des services de santé.

Les gens contribuent aussi au financement du système. Des millions de pauvres doivent payer tous les services qu'ils reçoivent, et cela au moment où ils sont malades. Dans les systèmes de santé dotés de mécanismes de contribution plus équitables, les gens en bonne santé assurent l'essentiel du financement du système en payant leurs impôts ou leurs cotisations à une assurance-maladie, de sorte que le cotisant peut ou non être le malade ou le consommateur. Enfin, en tant que citoyens – et notamment en tant qu'autorités chargées de représenter les citoyens de défendre leurs intérêts –, les gens participent à l'administration générale du système. De même que les quatre fonctions doivent être toutes assurées pour qu'un système soit performant, les gens doivent jouer tous ces rôles pour que les avantages potentiels atteignent les malades et les populations qui sont au cœur du système.

Les gens exercent les fonctions de prestataire, de consommateur, de bailleur de fonds et d'administrateur général du système de santé pendant toute leur vie active, mais c'est à n'importe quel moment, de leur naissance à leur décès, qu'ils peuvent jouer le rôle de malade. La nécessité de fournir des services à des personnes de tous âges complique aussi beaucoup le choix des services qu'il convient de privilégier et de la manière de les organiser,

Figure 3.1 Rôles multiples des gens au sein des systèmes de santé



car les risques diffèrent selon le stade de l'existence, et accorder la priorité à une intervention particulière consiste, du moins en partie, à donner la priorité à un groupe d'âge particulier. Ces différences sont ce qui contribue à transformer une transition démographique – abaissement de la mortalité et allongement de l'espérance de vie – en transition épidémiologique – évolution de l'importance relative des différentes menaces qui pèsent sur la santé, et notamment passage des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles.

Outre les variations en fonction de l'âge, le tableau de la morbidité présente des différences très nettes entre régions, entre pays et entre groupes de population. C'est ainsi qu'en Afrique, les maladies infectieuses constituent près de 70 % de la charge de morbidité, ainsi que l'indique le Tableau 4 de l'annexe. En Europe, ce pourcentage est inférieur à 20 %. Les pauvres sont davantage exposés aux maladies infectieuses que les riches (2), mais, au cours des 20 prochaines années, ils seront eux-mêmes sujets aux maladies cardio-vasculaires et cérébrovasculaires liées à l'usage du tabac (3). Il peut paraître naturel de faire porter les choix d'un système de santé sur les affections qui représentent une large part de la charge de morbidité, soit parce qu'elles intéressent un grand nombre de personnes, soit parce qu'elles se traduisent, chez chaque victime, par une détérioration considérable de la santé.

Toutefois, tout ce que les systèmes de santé peuvent réellement faire, c'est exécuter des services ou interventions déterminés. Même si, dans un premier temps, on décide de se concentrer sur une ou plusieurs maladies, il demeure nécessaire de décider de la marche à suivre, c'est-à-dire des interventions sur lesquelles on va mettre l'accent. Le nombre des interventions possibles dépasse largement celui des maladies et la stratégie appropriée pour lutter contre une maladie peut reposer sur une intervention unique ou sur un ensemble d'activités. Pour compliquer encore le problème, une intervention donnée peut être efficace contre plusieurs maladies ou causes de morbidité parce que ses effets s'exercent sur un facteur de risque ou symptôme commun. Ceci vaut particulièrement pour les activités diagnostiques : le prélèvement d'échantillons de sang ou l'utilisation des rayons X ou autre technique d'imagerie peuvent être indiqués dans le traitement de problèmes très divers. Ainsi, en mettant l'accent sur une intervention ou en finançant les apports nécessaires pour l'exécuter, on ne se limite pas automatiquement à une seule maladie. Déterminer les priorités consiste également à décider à quoi l'on destine une intervention donnée.

L'éventail des méthodes diagnostiques et des interventions médicales et chirurgicales dont on dispose pour de nombreuses maladies est très large, et il devrait s'étendre considérablement au cours des prochaines décennies. Dès lors, les services doivent être conçus et exécutés de manière à permettre d'innover et de s'adapter à de nouveaux problèmes de santé et à de nouvelles interventions tout en répondant aux besoins de gens très différents quant à l'âge, aux revenus, aux habitudes et aux risques sanitaires. Même dans les pays riches, aucun système de santé ne permet de répondre à tous ces besoins : il faut donc soigneusement choisir les services à assurer en priorité, sans quoi ce qui sera fait risque d'être très différent de ce que l'on doit raisonnablement considérer comme le plus important.

CHOIX DES INTERVENTIONS : TIRER LE MAXIMUM DES RESSOURCES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ

Les Anciens pensaient qu'Esculape, dieu de la médecine, avait deux filles : l'une, Hygie, était chargée de la prévention des maladies, l'autre, Panacée, du traitement (4). Si l'on applique certaines activités préventives à des individus – la vaccination en est l'exemple le

plus évident – la distinction entre prévention et cure ou traitement coïncide étroitement avec la différence entre intervention de santé publique axée sur toute une population et intervention clinique destinée à des individus. Étant donné que la demande porte généralement sur ces dernières et pas nécessairement sur les premières, l'une des principales tâches des responsables du choix des services prioritaires consiste à établir un équilibre entre les activités de santé publique et les activités cliniques (5).

Demander au système de santé de produire le plus haut niveau de santé pouvant être obtenu avec les ressources qui y sont affectées revient à exiger qu'il soit aussi rentable que possible. On va donc mettre l'accent sur les interventions permettant de tirer le maximum de ce que l'on y investit et accorder une moindre priorité à celles qui, bien qu'utiles pour certains, n'améliorent la santé de la population en général que de façon négligeable pour chaque dollar dépensé. C'est là le fondement implicite de la mesure de la performance d'après l'espérance de vie corrigée de l'incapacité qui est présentée au chapitre 2 et au Tableau 10 de l'annexe. En ce qui concerne le niveau de santé, on pourrait obtenir une répartition plus efficace des ressources du système en les transférant d'interventions peu rentables à des interventions d'un bon rapport coût/efficacité (6). Les avantages potentiels de cette opération sont parfois immenses car, dans l'arsenal actuel des interventions, il en est qui coûtent très cher et n'entraînent qu'une augmentation insignifiante de l'espérance de vie. C'est ainsi qu'aux États-Unis d'Amérique, un groupe de 185 interventions financées par des fonds publics coûte environ \$21,4 milliards par an, pour un gain estimatif de 592 000 années de vie (compte tenu seulement des décès prématurés ainsi évités). En réinvestissant ces fonds dans les interventions les plus rentables, on sauverait 638 000 années de vie de plus, à condition d'atteindre tous les bénéficiaires potentiels. En ce qui concerne les différents services, le coût par année de vie sauvée pourrait ne pas dépasser \$236 pour le dépistage et le traitement des nouveau-nés souffrant de drépanocytose ou atteindre \$5,4 millions pour la lutte contre les émissions de radionucléides (7). Dans les pays pauvres, toutes les valeurs absolues seront inférieures, mais le rapport entre des interventions plus ou moins rentables pourra demeurer très important.

La technique consistant à associer les calculs de coût à des mesures de l'efficacité des interventions et à utiliser le résultat pour déterminer les priorités est très récente. Des travaux antérieurs effectués dans des pays en développement avec ce genre de technique portaient essentiellement sur le rapport coût/efficacité de certains programmes de lutte contre la maladie (8-13). Ce type d'étude s'est développé à la suite de la publication par la Banque mondiale du *Rapport sur le développement dans le monde 1993* (14) et d'études ultérieures de l'OMS (15). Le Tableau 3.1 donne quelques exemples d'interventions qui peuvent, si elles sont bien exécutées, réduire notablement la charge de morbidité, notamment chez les pauvres, pour un coût raisonnable comparativement aux résultats. Les services peuvent aussi être classés d'après leur importance pour la charge de morbidité d'une tranche d'âge ou d'un sexe déterminés, et leur rentabilité pour ces groupes (14).

L'idéal serait que les services présentant de tels avantages soient également peu coûteux, de manière à pouvoir s'appliquer à d'importantes populations de bénéficiaires et n'entraîner qu'une dépense totale raisonnable. Toutefois, il n'est pas assuré qu'un faible coût par vie sauvée ou par année de vie en bonne santé gagnée signifie un faible coût par personne : certaines interventions rentables peuvent être très coûteuses et l'on peut observer, pour une même maladie, de grandes variations d'un service de santé à l'autre. Ceci vaut particulièrement pour le paludisme, contre lequel il existe deux interventions – la prophylaxie à la chloroquine et deux tournées annuelles de pulvérisations d'insecticide – dont la rentabilité est à peu près équivalente, mais dont le coût diffère énormément si on les applique à toute

la population concernée d'un pays africain à faible revenu (16). Ces différences de coût sont encore supérieures dans le cas des interventions contre l'infection à VIH.

L'inverse est également vrai : des interventions sanitaires peuvent être peu rentables même si elles ne coûtent pas très cher et visent une nombreuse population. C'est ainsi que bien des prestataires de services continuent à recourir aux antibiotiques pour traiter des maladies virales, malgré leur complète inefficacité en pareil cas. Même dans les pays riches, il faut veiller à ce que les efforts des services de santé restent essentiellement axés sur des interventions de santé publique et cliniques efficaces et d'un coût abordable. Dans les pays à bas revenu, où l'éventail et le coût des interventions possibles vont très au-delà de ce qu'autorisent les ressources disponibles, les gaspillages dont profitent certains malades privent les autres d'un traitement essentiel.

Tableau 3.1 Interventions ayant une importante incidence potentielle sur les résultats sanitaires

Exemples d'intervention	Principales composantes des interventions
Traitement de la tuberculose	Traitement de brève durée sous observation directe (DOTS) : administration d'une chimiothérapie standardisée de brève durée à tous les cas de tuberculose sous surveillance ayant un frottis négatif au cours de la phase initiale (2-3 mois)
Interventions de santé maternelle et pour une maternité sans risque	Planification familiale, soins prénatals et à l'accouchement, accouchement hygiénique et sans risque en présence d'un personnel qualifié, soins du post-partum et soins obstétricaux essentiels pour les grossesses à haut risque et les complications
Planification familiale	Information et éducation, mise à disposition et bonne utilisation de moyens anticonceptionnels
Interventions de médecine scolaire	Éducation sanitaire et interventions nutritionnelles, y compris les traitements antihelminthiques, la supplémentation en micronutriments et les repas scolaires
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance	Prise en charge des infections aiguës des voies respiratoires, des diarrhées, du paludisme, de la rougeole et de la malnutrition ; vaccination, conseil sur l'alimentation et l'allaitement au sein, supplémentation en micronutriments et en fer, traitement antihelminthique
Prévention du VIH/SIDA	Information ciblée pour les travailleurs de l'industrie du sexe, sensibilisation par l'éducation du grand public, conseil, dépistage, traitement de masse des maladies sexuellement transmissibles, sécurité transfusionnelle
Traitement des maladies sexuellement transmissibles	Prise en charge des cas à l'aide du diagnostic des syndromes et de l'algorithme de traitement type
Vaccination (PEV Plus)	BCG à la naissance ; vaccin antipoliomyélitique oral à la naissance, à 6, 10 et 14 semaines ; DTC à 6, 10, 14 semaines ; HepB à la naissance, à 6 et à 9 mois (facultatif) ; rougeole à 9 mois ; TT pour les femmes en âge de procréer
Paludisme	Prise en charge des cas (évaluation précoce et traitement rapide) et choix de mesures préventives (par exemple, moustiquaires de lits imprégnées d'insecticide)
Lutte contre le tabagisme	Taxe sur le tabac, information, solutions de substitution pour la nicotine, poursuites juridiques
Maladies non transmissibles et traumatismes	Dépistage précoce et prévention secondaire de certaines affections

Il faut donc absolument procéder à une analyse coût/efficacité pour déterminer les services qui permettront de tirer un maximum d'avantages sanitaires des ressources disponibles, mais cette analyse doit s'appliquer à des interventions déterminées, et non à la lutte contre la maladie en général ou contre un ensemble de causes. De ce fait, il va falloir évaluer un large éventail d'interventions, et le coût d'une telle opération ainsi que le temps qu'il faut y consacrer risquent de la mettre hors de la portée de la plupart des pays, à l'exception des plus riches. En outre, les analyses actuellement effectuées ne permettent souvent pas de repérer les erreurs d'affectation des ressources, car elles s'attachent à évaluer les nouvelles technologies et négligent la répartition actuelle des moyens de production et des activités (6).

Le coût des interventions peut varier largement d'un pays, d'un contexte et d'un mode d'intervention à l'autre (17). Une généralisation systématique risque d'entraîner de graves erreurs dans la planification et l'exécution d'interventions au demeurant efficaces. Même si elles ne s'appliquent qu'à un nombre d'interventions relativement faible, des études doivent être entreprises dans chaque pays ou population pour éviter de telles erreurs. En Guinée, par exemple, 40 interventions ont été ainsi examinées. On les a choisies en partie d'après les conclusions d'études plus générales entreprises ailleurs, mais en s'appuyant sur des informations locales détaillées pour confirmer qu'elles seraient effectivement appropriées dans ce pays (18).

Les variations des coûts et résultats des interventions présentent un intérêt particulier lorsqu'une gamme d'interventions peut être indiquée contre une maladie particulière. Pour reprendre l'exemple du paludisme, dans un pays où les dépenses de santé sont d'un faible niveau et la charge de morbidité importante, la prise en charge des cas et la prophylaxie chez les femmes enceintes seraient extrêmement rentables et d'un coût abordable (16). Si le pays dispose de plus de ressources, on peut inclure l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide qui vont prévenir davantage de cas, mais coûter plus cher par unité d'avantage sanitaire gagnée. Une estimation unique du rapport coût/efficacité de la lutte antipaludique peut conduire à la fausse conclusion que cette lutte n'est pas financièrement accessible si, par exemple, dans un pays à faible revenu, cette estimation est basée sur un programme associant toutes les solutions techniquement réalisables. D'une manière générale, la gamme de services la plus rentable dépend des ressources disponibles. Cette relation ne permet évidemment pas de déterminer le budget à consacrer à la lutte antipaludique, qui dépend de ce que le pays peut payer, compte tenu de ses autres problèmes et priorités sanitaires. On ne part pas, notamment, du principe qu'il ne devrait payer que le montant correspondant à une ou plusieurs des interventions les moins chères car, en dépensant davantage et en adoptant une stratégie mixte, il peut éventuellement obtenir de bien meilleurs résultats sur le plan sanitaire.

Un mauvais usage de l'analyse coût/efficacité peut aussi amener à gravement sous-estimer le coût effectif de la lutte si l'estimation est basée sur les coûts et l'efficacité d'un seul type d'intervention et si l'on a ensuite recours à des interventions multiples. De nombreux facteurs peuvent influencer sur le rapport coût/efficacité effectif d'un programme d'intervention donné au cours de son exécution. Parmi eux figurent la disponibilité, le dosage et la qualité des apports (notamment le personnel qualifié, les médicaments, le matériel et les biens consommables), les prix locaux, notamment ceux de la main-d'œuvre, la capacité d'exécution, les structures organisationnelles et les incitations sous-jacentes, et le cadre institutionnel sur lequel s'appuie le programme (17, 19).

Tous ces obstacles permettent de penser que, même si elle se fonde sur le seul critère du rapport coût/efficacité, l'analyse du potentiel d'un système de santé à tirer davantage des

sommes qu'il dépense doit commencer par prendre en compte les capacités, activités et résultats actuels, et examiner ensuite les mesures qu'il convient de prendre à partir de cette base de référence pour ajouter, modifier ou éliminer des services. Cette méthode risque d'avoir de profondes incidences en matière d'investissement dans les cas où l'on ne peut pas changer grand-chose si l'on se contente de réorienter le personnel, les installations et le matériel en place (20).

CHOIX DES INTERVENTIONS : QUE FAUT-IL ENCORE PRENDRE EN COMPTE ?

Le rapport coût/efficacité est une notion utile pour atteindre le meilleur état général de santé, mais pas forcément pour le deuxième objectif, qui est la réduction des inégalités. Les populations dont l'état de santé est inférieur à la moyenne peuvent moins bien réagir à une intervention ou nécessiter davantage de dépenses pour être atteintes ou traitées par les services, de sorte que le souci d'une bonne répartition suppose la volonté de sacrifier à d'autres critères certaines améliorations globales de la santé. D'une manière plus générale, le rapport coût/efficacité n'est que l'un des neuf critères, au moins, auquel un système de santé peut être appelé à se conformer. Un système de santé doit protéger les gens contre le risque financier s'il veut atteindre le but d'une contribution financière équitable. Il en résulte que le coût doit être pris en considération, et pas seulement sa relation avec les résultats sanitaires, que les fonds soient publics ou privés. Un système de santé doit viser à assurer à la fois une équité horizontale et verticale, en traitant de la même manière tous ceux qui ont les mêmes besoins sanitaires et en privilégiant ceux dont les besoins sont les plus pressants pour parvenir à réduire les inégalités sanitaires. Il lui faut aussi veiller non seulement à ce que les bien portants subventionnent les malades, ce que tout dispositif de prépaiement permettra d'obtenir en partie, mais aussi à ce que la charge du financement soit équitablement répartie en faisant subventionner les pauvres par les riches. Ce dernier objectif oblige généralement à dépenser des fonds publics en faveur des pauvres.

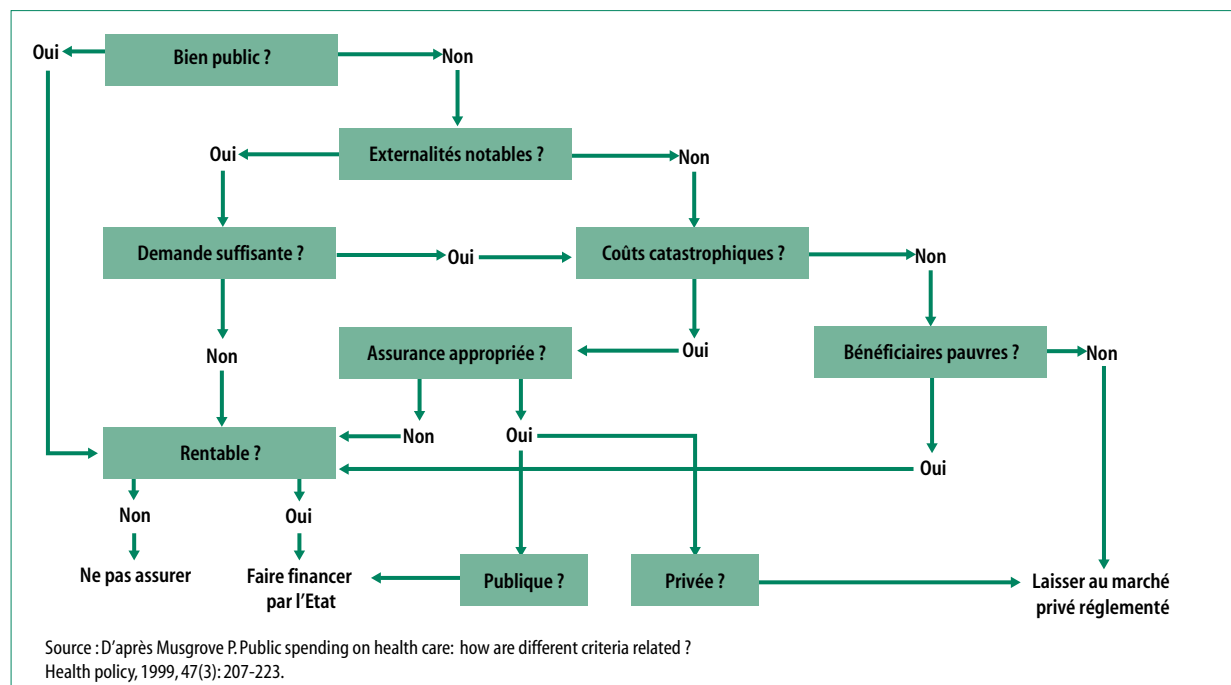
Les deniers publics sont aussi le mode principal (sinon le seul mode important) de financement des biens publics, c'est-à-dire des interventions que le marché privé n'offre pas car les acheteurs ne peuvent pas s'en approprier tous le profit et les non-acheteurs ne peuvent pas être exclus. Cette même constatation vaut pour les biens quasi publics comportant des externalités importantes, c'est-à-dire des retombées avantageuses pour les non-utilisateurs. La demande privée de tels services sera généralement insuffisante. Des interventions de ce type ont la plus grande importance pour la lutte contre les maladies transmissibles lorsque le traitement d'un cas peut en prévenir beaucoup d'autres, notamment lorsque l'on traite l'environnement et non telle ou telle personne. Les analystes et les décideurs considèrent aussi à juste titre que les décisions concernant l'affectation de ressources qui ont une incidence sur l'ensemble du système de santé doivent s'inspirer de considérations sociales, comme la nécessité de donner la priorité aux personnes gravement malades et de promouvoir le bien-être des futures générations. La Figure 3.2 résume les choix qui s'offrent pour l'utilisation des fonds publics ou gérés par l'Etat en indiquant dans quel ordre les différents critères doivent être pris en compte et comment on peut s'en servir pour décider si une intervention doit être achetée ou non. Cette manière de fixer les priorités renforce l'accent placé sur les deux objectifs résultats sanitaires et équité financière. Elle confère aussi une importance accrue aux activités de santé publique en prenant pour point de départ des interventions qui sont des biens publics ou quasi publics.

Ignorer ces autres critères et n'utiliser que la charge de morbidité et le rapport coût/efficacité pour déterminer les priorités peut conduire les tenants des différentes interventions à faire table rase de toutes les expériences passées, chacun s'efforçant de prouver que son programme entraîne de plus grands avantages ou coûte moins que les autres, sans toujours prendre en considération l'ensemble des facteurs qui compliquent le problème. Ils sont ainsi souvent amenés à sous-estimer le véritable coût des programmes et le risque d'échec qui résultera, au cours de leur mise en œuvre, d'une pénurie de ressources.

Une approche trop restrictive tend aussi à faire négliger le rôle de premier plan que le secteur public doit jouer dans la protection des pauvres et dans les mesures destinées à remédier aux défaillances du marché de l'assurance, c'est-à-dire à la tendance de celui-ci à exclure précisément les gens qui en ont le plus besoin, car ils sont généralement plus exposés que les autres à un risque de mauvaise santé. De nombreuses familles devront à un moment ou un autre faire face à un problème de santé peu fréquent pour lequel il existe une intervention efficace mais très coûteuse. Celles qui peuvent la payer vont s'adresser au secteur privé pour recevoir les soins nécessaires, mais s'il n'existe aucune forme d'assurance organisée, cette solution est généralement trop coûteuse pour les pauvres qui voient alors dans l'hôpital public un dernier recours. Cette démarche se traduit souvent par une utilisation inappropriée et abusive des soins hospitaliers et nuit à la fonction de financement des systèmes de santé.

Les systèmes de santé proprement dits dispensent toujours des services qui répondent à divers critères. La limite du possible qui définit la performance relative reflète cette situation étant donné qu'elle est basée sur les résultats effectifs considérés par rapport aux dépenses de santé et au capital humain. Un système de santé conçu et exploité uniquement dans un souci de rentabilité peut être en mesure d'allonger considérablement l'espérance de vie moyenne ou d'améliorer l'égalité, voire les deux, mais il correspondra beaucoup moins à ce que les gens veulent et attendent.

Figure 3.2 Questions à poser pour décider des interventions devant être financées et assurées



S'il est particulièrement difficile d'attribuer un rang de priorité aux interventions et aux bénéficiaires des services de santé, c'est parce que les différents critères ne sont pas toujours compatibles. L'efficacité et l'équité, notamment, sont souvent en conflit, car les coûts du traitement d'un problème de santé donné diffèrent selon les individus ou parce que la gravité d'une maladie n'est guère en rapport avec l'efficacité des interventions destinées à la combattre ou avec leur coût. Le rapport coût/efficacité n'est jamais la seule justification de l'utilisation des ressources publiques, mais c'est le facteur dont il faut le plus souvent tenir compte dans le choix des interventions à acquérir. On ne peut l'ignorer que lorsque les coûts sont bas et les bénéficiaires suffisamment aisés pour décider d'eux-mêmes de la valeur d'un achat particulier pour lequel ils vont s'adresser au marché, ou lorsque la protection contre les dépenses catastrophiques est une considération essentielle et peut être assurée par le prépaiement. La détermination des priorités d'un système de santé est un exercice qui fait intervenir divers critères techniques, éthiques et politiques et qui est toujours sujet à des modifications en fonction de l'expérience, des réactions du public et de l'inertie du financement et de l'investissement (21).

CHOIX DES INTERVENTIONS : QUE FAUT-IL SAVOIR ?

Pour fixer les priorités de façon réaliste, il faut disposer de nombreuses informations, à commencer par les données épidémiologiques. On a récemment beaucoup progressé dans la connaissance de la santé et du tableau de la morbidité dans le monde (14, 15, 22), y compris dans l'analyse des facteurs de risque qui influent sur plus d'une maladie à la fois. Les plus importants sont la malnutrition chez l'enfant et les mauvaises pratiques touchant à l'eau et l'assainissement. Parmi les autres grands facteurs de risque figurent la sexualité à risque, la consommation d'alcool, la pollution des locaux, le tabagisme, les risques professionnels, l'hypertension et l'absence d'exercice physique. Les services de santé publique d'un pays doivent s'attaquer à ces facteurs de risque évitables en fonction du contexte local. C'est ainsi que les origines de la malnutrition varient largement d'un pays et d'une région à l'autre. Dans l'Afrique subsaharienne et en Asie méridionale, le problème est souvent dû à une carence en micronutriments associée à un apport calorique insuffisant, tandis qu'en Europe centrale et orientale, la malnutrition est souvent due à un apport de mauvaise qualité plutôt qu'insuffisant, c'est-à-dire à un régime trop riche en graisse et en féculents raffinés. Les activités de santé publique vont par conséquent varier selon les facteurs de risque et la morbidité dans le pays considéré.

Si l'on dispose aujourd'hui de bonnes données sur les types de risque et le tableau de la morbidité au niveau national, rares sont les pays qui décomposent ces données par niveau de revenu, par sexe ou par groupe vulnérable (par exemple, les handicapés, les minorités ethniques et les personnes âgées fragiles). Plus rares encore sont ceux qui recueillent des renseignements sur les comportements favorables à la santé au sein de ces groupes ou sur leur utilisation des structures sanitaires. Or, sans une telle information, il est difficile d'évaluer l'efficacité des interventions, car une même intervention peut avoir des effets très divers lorsqu'on l'applique à différentes populations.

Les gouvernements doivent savoir comment encourager les comportements favorables à la santé dans les groupes cibles nécessitant des soins. C'est ainsi que les variations intergroupes de la mortalité des moins de cinq ans sont particulièrement importantes au Brésil, au Nicaragua et aux Philippines, mais beaucoup plus faibles au Ghana, au Pakistan et au Viet Nam. Il faut donc mettre davantage l'accent sur l'équité de la prestation des services de santé dans les premiers nommés (23). Il existe aussi souvent, au sein d'un même pays, des

différences importantes d'une intervention à l'autre concernant l'utilisation des soins médicaux préventifs et cliniques. Au Pérou, les différences entre riches et pauvres sont beaucoup plus grandes pour les accouchements en présence d'un personnel qualifié que pour les vaccinations (24), en raison surtout du coût très supérieur des accouchements.

Il est particulièrement recommandé aux responsables des politiques de recueillir des données sur les facteurs de risque, les états morbides et les interventions et de les associer avec des données tirées d'enquêtes auprès des ménages et des établissements sanitaires, de discussions de groupe et de l'application d'autres méthodes qualitatives ainsi que d'études universitaires, étant donné que les données agrégées à l'échelle mondiale ou nationale risquent de ne pas refléter les besoins locaux. Les services de santé publique et cliniques doivent être conçus pour répondre à ces derniers et se prêter à des réajustements novateurs au cours de leur mise en œuvre. Si la collecte et l'analyse de ces données sont plus difficiles dans les pays les plus pauvres qui ont le plus besoin de ce type d'analyse, les méthodes deviennent courantes et d'une utilisation plus aisée, même dans des pays à bas revenu (25).

Les étapes suivantes permettront aux systèmes de santé d'être plus à même d'effectuer des interventions efficaces d'un coût abordable, notamment pour les populations deshéritées :

- Premièrement, il convient de procéder en permanence à une évaluation détaillée des facteurs de risque sous-jacents, de la charge de morbidité et des modes d'utilisation dans les populations cibles.
- Deuxièmement, l'information recueillie dans le monde au sujet du coût et de l'efficacité des interventions ainsi que des diverses pratiques doit tenir compte des prix et des contextes locaux.
- Troisièmement, tous les pays doivent instaurer une politique claire de rationnement des interventions et veiller à ce que leurs ressources dont le montant est limité soient affectées à des domaines considérés comme hautement prioritaires. On s'attachera ensuite à déterminer comment y parvenir. Rares sont les pays qui disposent de protocoles cliniques permettant de standardiser les modes d'activité et d'adapter les interventions prioritaires connues aux besoins. Plus rares encore sont ceux qui ont les moyens de faire appliquer ces directives à la prestation des soins financés par le secteur privé.
- Enfin, aucune de ces mesures ne présente d'intérêt si la qualité de la prestation des services n'est pas assurée.

MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS PAR LE RATIONNEMENT DES SOINS

Fixer les priorités est une chose, mais dispenser ce que l'on considère comme les services les plus utiles aux dépens du reste en est une autre. Les marchés résolvent ce problème en agissant sur les prix de sorte que les bénéficiaires de biens et de services sont déterminés non seulement par l'importance attribuée à ces biens et services, mais aussi par les moyens dont on dispose pour les acquérir. Les priorités ne sont alors fixées par personne et dépendent des lois du marché. Comme on l'a déjà indiqué, c'est là pratiquement le pire moyen de déterminer qui doit accéder à tel ou tel service de santé. Chaque système de santé doit donc décider des autres moyens à utiliser lorsque les ressources ne permettent pas de répondre aux besoins ou aux attentes.

Les pays à bas revenu se heurtent à des difficultés quasi insurmontables pour fixer les priorités et rationner les services. L'épidémie de VIH/SIDA tue plus de deux millions de

personnes par an en Afrique, soit plus de 10 fois le nombre des victimes annuelles des guerres et des conflits armés, et elle constitue, depuis quelques années, une lourde charge pour les services de santé de nombreux pays d'Asie méridionale et d'Afrique subsaharienne à bas revenu. Les systèmes de santé doivent ici faire face à un problème à long terme. Déterminer la part de ressources qu'il convient d'allouer aux campagnes de prévention du SIDA et au traitement des malades tout en maintenant les autres services de santé essentiels oblige à faire des choix difficiles. C'est là un problème chronique très différent de la nécessité de rationner des soins non urgents lorsque le système est temporairement surchargé en raison d'une brève flambée épidémique ou bien d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine. Les services d'urgence ont alors la priorité, on ajourne les mesures non essentielles et le système se concentre sur l'épidémie jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment maîtrisée pour que les activités normales puissent reprendre.

La méthode de rationnement prolongé des soins la plus fréquente consiste à imposer un contrôle des dépenses rigoureux qui n'est pas axé sur un groupe de maladies déterminé ni sur une grande catégorie d'interventions mais se contente de limiter les engagements budgétaires pour les maintenir à un niveau abordable. Cette technique a été le plus fréquemment utilisée par les systèmes de santé financés par un budget global et le rationnement des soins incombe alors au responsable du budget. Elle a été appliquée par le Service national de Santé britannique avant 1990 ainsi que par les ministères de la santé de nombreux pays à bas revenu. D'autres techniques de maîtrise des coûts sont maintenant expérimentées avec des résultats variables par de nombreux pays de l'Union européenne et certains pays en développement (26).

Le principal inconvénient de cette démarche est que, dans les pays à bas revenu, elle entraîne généralement une dégradation du niveau général et de la qualité des soins. Si les ressources sont entre les mains des nantis, les groupes vulnérables risquent de rester à l'écart. Le budget disponible est généralement accaparé par les prestataires dont l'influence politique est la plus forte, comme les spécialistes et les hôpitaux, au lieu d'être utilisé conformément aux besoins de la population. Ainsi, dans de nombreux pays à bas revenu, une approche basée exclusivement sur la maîtrise des dépenses conduit à empêcher d'importants segments de la population d'accéder à des soins organisés.

Une deuxième approche consiste à rationner certains services conformément à des priorités fixées selon des critères préétablis, comme on l'a vu plus haut. Cette méthode appliquée pour la première fois au milieu des années 1980 est maintenant partiellement en vigueur en Norvège, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, en Suède et dans l'Oregon (Etats-Unis d'Amérique) (27). Tous utilisent une combinaison de critères sociaux, politiques et de rentabilité. Depuis 1993, plusieurs pays en développement ont essayé d'adopter des « paquets » d'interventions, diversement décrits comme incluant des services « essentiels » ou « de base » ou « fondamentaux » dont le coût est abordable dans chaque contexte national (28). Le Mexique a été le premier pays à concevoir et adopter un tel paquet (29). Le Bangladesh, la Colombie et la Zambie ont également entrepris ce type de réforme.

Les priorités claires fixées au cours de ce processus constituent un net progrès par rapport à la démarche classique qui consiste en une maîtrise passive des dépenses. Le système présente pourtant un sérieux inconvénient : dans la pratique, en effet, les prestataires doivent faire face à une demande de services qui ne figurent pas dans le paquet ainsi défini. Ils réagissent généralement en subventionnant les activités non prévues à l'aide du budget reçu pour le financement du paquet de services ou en faisant payer un supplément pour les services additionnels. La première attitude entraîne une perte de financement pour le paquet de services prévu à l'origine et la seconde une augmentation des paiements directs et

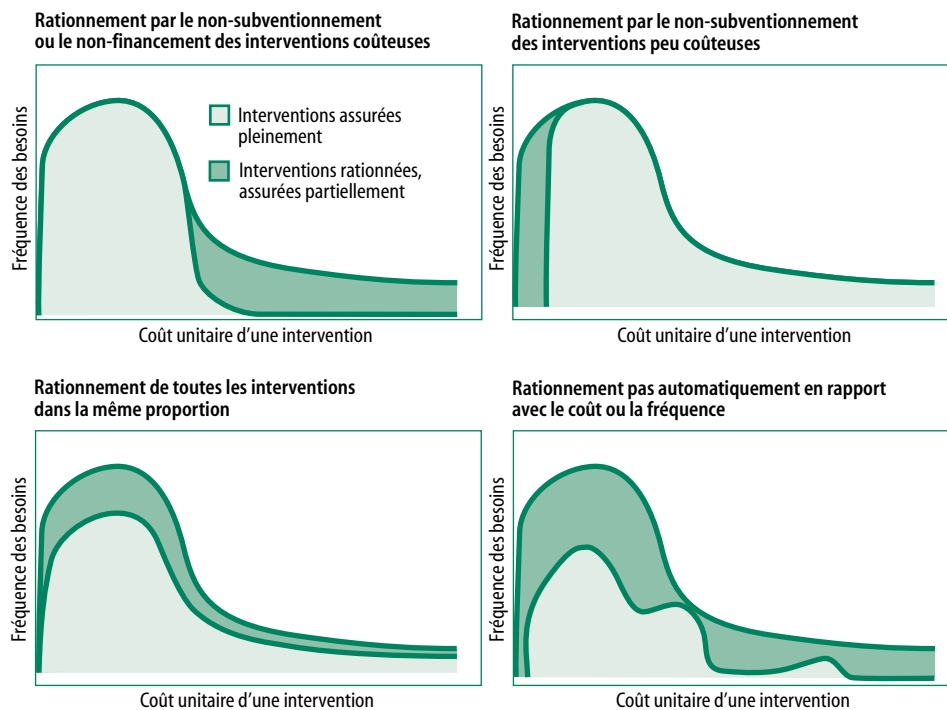
une érosion de la protection financière. Jusqu'ici, les tentatives qui ont été faites pour éviter un tel comportement chez les prestataires n'ont guère été couronnées de succès.

Un autre problème est posé par les « limites de la rationalisation » (dans laquelle s'inscrit le rationnement) (30), notamment si celle-ci est assimilée à la rentabilité. Les politiciens, les prestataires et le grand public se soucient de tous les critères mentionnés plus haut et peuvent éprouver de graves doutes au sujet des choix de répartition faits au départ. Le succès de la définition de priorités explicites dépend de l'acceptation et du soutien des prestataires et des consommateurs.

Même dans les limites du paquet de services financés par prépaiement, notamment si ce financement est public ou imposé par l'Etat, il n'existe aucun mode de rationnement des soins qui soit manifestement supérieur aux autres. La Figure 3.3 illustre quatre démarches simplifiées basées sur une formule associant le coût des services par personne traitée ou concernée et la fréquence estimative de l'utilisation du service. D'une manière générale, les services très coûteux sont rarement nécessaires et l'on a beaucoup plus souvent besoin de diverses interventions d'un coût intermédiaire. La courbe supérieure de chacun des tableaux de la figure montre ce que pourrait être la demande des différents services en l'absence de toute forme de rationnement, c'est-à-dire si chaque besoin était exprimé sous forme de demande et s'il n'existait aucun obstacle financier ou autre à l'obtention des soins. Il s'agit du maximum de ce qu'un système de santé peut souhaiter ou tenter d'offrir.

Pour limiter ce qui est effectivement dispensé, une méthode consiste à exclure la totalité ou la majorité des services rares et très coûteux, c'est-à-dire à raccourcir sur la figure la partie droite de la distribution des besoins. Cette méthode est assez fréquemment appliquée par les assurances privées qui excluent expressément certains services ou qui sélectionnent les clients potentiels en fonction du risque de manière à réduire la probabilité de ces services. Elle peut être compatible avec le souci de rentabilité (mais pas obligatoire-

Figure 3.3 Différents modes de rationnement des interventions sanitaires d'après le coût et la fréquence des besoins



ment) et, dans les systèmes qui disposent de ressources très limitées, c'est là une forme de rationnement pratiquement indispensable. Toutefois, elle augmente au maximum pour le consommateur le risque financier si l'intervention peut être obtenue par paiement direct ou le risque de détérioration catastrophique de la santé si le service n'est pas disponible pour tous.

La démarche inverse consiste à exclure les services fréquents mais très peu coûteux des régimes de prépaiement en obligeant ainsi à les payer directement, ce qui revient à raccourcir sur la figure l'extrémité gauche de la distribution. On peut alors éventuellement éviter certaines dépenses administratives, mais l'économie financière globale ne sera pas forcément substantielle. D'une manière générale, les prix ne doivent pas être le principal critère de rationnement, et le paiement par des non-pauvres de sommes modiques ne pose qu'un problème relativement mineur. Toutefois, cette démarche se heurte à une difficulté manifeste : elle expose les pauvres à des risques qui seraient acceptables pour les non-pauvres et, par conséquent, accentue l'inégalité de la contribution financière. Si les prix doivent jouer un rôle, il est peut-être nécessaire de procéder à un rationnement différent pour les pauvres et pour le reste de la population.

Un système de santé doit aussi essayer de rationner tous les services dans la même proportion, en donnant à chaque personne qui en a besoin les mêmes chances d'obtenir les soins, indépendamment de leur coût ou du nombre de personnes qui nécessitent la même intervention. Il y a peu à dire sur cette manière de dispenser moins de soins que ce qui serait nécessaire, étant donné qu'elle n'est conforme à aucun des critères examinés ci-dessus. Au mieux, elle représente une tentative d'étalement plus ou moins équitable de la frustration éprouvée par ceux qui ne peuvent pas se faire soigner, mais elle ne permet même pas d'atteindre l'objectif de l'égalité de la réactivité. Il peut s'agir de la réaction d'un système sous pression et dépourvu d'orientations claires quant à l'importance relative des différents services.

Le dernier tableau de la Figure 3.3 correspond à une claire définition des priorités qui permet de rationner certains services beaucoup plus sévèrement que d'autres. Dans ce cas seulement, les priorités théoriques sont effectivement respectées de manière à influencer sur la prestation des services, et ce n'est que si les priorités sont choisies conformément à des critères appropriés que le rationnement, quelles que soient ses modalités d'application, contribue réellement à améliorer la performance d'un système de santé.

APRÈS LE CHOIX DES PRIORITÉS : ORGANISATION DES SERVICES ET INCITATIONS POUR LES PRESTATAIRES

La définition des priorités est généralement considérée comme une prérogative du secteur public, notamment en ce qui concerne le bon usage des dépenses publiques ou imposées par l'Etat. A cet effet, peu importe que la prestation des services soit publique ou privée, ou comment les prestataires sont rémunérés. Ce qui importe vraiment c'est qu'en passant des contrats avec des prestataires privés ou en les remboursant au moyen d'une assurance publique, l'Etat puisse veiller à ce que les priorités soient respectées, même s'il ne fournit pas lui-même les services. Dans le domaine du financement privé et volontaire des services, il n'existe généralement aucune priorité explicite : ce secteur du système de santé répond à la demande plutôt qu'aux besoins. Il convient de prendre en considération l'incidence

des paiements directs sur les pauvres en raison de la demande accrue, dans le secteur privé, d'interventions qui ne figurent pas dans le paquet de services publics. Toutefois, certaines priorités peuvent être imposées par une réglementation exigeant, par exemple, que toutes les polices d'assurance privée couvrent un éventail de services essentiels ou en limitant la mesure dans laquelle les prestataires ou assureurs privés peuvent choisir les patients ou clients sur la base du risque. Ces fonctions figurent parmi les aspects de l'administration générale examinés au chapitre 6. D'une manière plus générale, étant donné que ce sont, en dernier ressort, les prestataires qui dispensent ou non les services prioritaires, le rationnement suppose « une direction attentive des agents » qui servent d'intermédiaires aux patients et qui évaluent leurs besoins sanitaires concurrents (31).

Avec une liste de priorités donnée et un ou plusieurs mécanismes de rationnement des soins identiques, la manière dont les services sont effectivement dispensés (qui bénéficie de quelles interventions, efficacité de leur prestation, réactivité du système) peut encore différer nettement d'un système de santé à l'autre. Ces différences sont dues au fait que, si les prestataires peuvent être encouragés ou astreints à dispenser certains services et si les budgets et règlements publics sont conçus de manière à imposer ces choix, les prestataires continuent à disposer d'une certaine latitude pour décider eux-mêmes qui traiter, pour quoi et comment. Quelle doit précisément être cette latitude est l'une des questions essentielles qui se posent à un système de santé. La réponse dépend de caractéristiques organisationnelles et institutionnelles dont la conjugaison détermine certaines des incitations fondamentales auxquelles réagissent les prestataires.

La relation entre organisations, institutions et interventions a son parallèle dans celle qui existe entre les joueurs, les règles et les objets d'un jeu. Les *organisations* sont les joueurs – par exemple, les prestataires individuels, les hôpitaux, les dispensaires, les pharmacies et les programmes de santé publique. Les *institutions* sont les règles (règles formelles et coutumes non écrites), c'est-à-dire les contraintes sociales communes qui déterminent les interactions humaines et les mécanismes permettant de les mettre en œuvre. Les institutions clés qui influent sur le système de prestation de services comprennent les règles relatives à l'administration en général (y compris la direction, la diffusion de l'information, la coordination et la réglementation) et aux achats. Les *interventions*, au sens de services ou activités comme on l'a vu plus haut, sont les objets du jeu et comprennent le traitement clinique, les mesures de santé publique et les actions intersectorielles de promotion de la santé (32). Les *incitations* enfin sont l'ensemble des récompenses et des pénalités que les prestataires peuvent recevoir du fait des organisations pour lesquelles ils travaillent, des institutions qui les régissent et des interventions particulières qu'ils exécutent.

Toutes ces caractéristiques présentent, tant au sein d'un même pays que d'un pays à l'autre, des différences marquées qui reflètent la complexité du processus de production des interventions sanitaires et la diversité des cultures et des traditions. Les structures ou formes organisationnelles, les modes de prestation des services, les mécanismes organisationnels d'incitation et les liaisons entre les services sont les caractéristiques qui exercent le plus d'influence sur les services cliniques et de santé publique. Comme le souligne le chapitre 1, les services de santé gèrent un bien – le corps humain – très différent de ceux sur lesquels s'exercent les autres activités économiques. À certains égards, toutefois, la production des services de santé ne diffère pas trop de celle d'autres services. Les progrès de l'application aux services de santé de l'analyse des systèmes et de la théorie de l'organisation mettent progressivement en évidence l'importance de ces facteurs (33-35).

MODES D'ORGANISATION

Les services de santé peuvent être organisés selon trois modes radicalement différents : au moyen d'une administration hiérarchique, en vertu d'accords contractuels à long terme soumis à certains contrôles indépendants du marché, et dans le cadre d'interactions directes à court terme entre patients et prestataires régies par les lois du marché (36). Ces modes d'organisation sont indépendants du régime de propriété – public ou privé. C'est ainsi que la propriété de services organisés au sein d'une hiérarchie peut être publique, comme dans le cas du vaste réseau de services de santé publique, hospitaliers et ambulatoires qui fait partie du système de prestation de services du Ministère de la Santé en Turquie et dans bien d'autres pays. Elle peut aussi être privée, comme celle d'une organisation de soins intégrés de santé aux Etats-Unis du type Kaiser Permanente, mais de telles institutions privées souffrent souvent des mêmes pesanteurs administratives que les organismes publics. Par ailleurs, si les interactions de type commercial entre prestataires et patients concernent surtout le secteur privé, des échanges à court terme de même nature sous la forme de paiements directs sont de plus en plus fréquents dans le secteur public de nombreux pays à bas revenu.

L'Inde offre des exemples de ces trois modes d'organisation. Les services du secteur public y sont du type hiérarchisé et les prestataires sont employés directement par l'Etat. A l'autre extrémité se situe le domaine des interactions directes basées sur le marché et non contractuelles entre population et prestataires. On y trouve à la fois les prestataires privés proprement dits et un système d'honoraires informels au sein d'établissements publics : 80 % du total des dépenses de santé sont effectuées dans ce cadre. Au milieu, diverses formes de dispositions contractuelles ont cours. Il peut s'agir de contrats à long terme entre le secteur public et des prestataires non gouvernementaux (à but lucratif ou non). Ce mode d'organisation est utilisé principalement pour le traitement de la cataracte et, en augmentant le nombre de prestataires financés par les deniers de l'Etat, il a permis un important développement de la chirurgie axée sur la prévention de la cécité, notamment au profit des pauvres. L'assurance privée est un autre type d'accord contractuel qui peut être ou non réglementé par les pouvoirs publics. Le patient a un certain type de relation avec l'assureur qui, à son tour, a une relation différente (contractuelle ou non) avec les prestataires.

Chacun de ces modes d'organisation des services de santé a ses avantages et ses inconvénients, selon le contexte et le type de service – communautaire ou clinique. Lorsqu'une coordination étroite s'impose, comme pendant la reconstruction du service de santé en Bosnie-Herzégovine à l'issue des hostilités (vers la fin des années 1990) ou lors d'une flambée de choléra, il est préférable d'instaurer un contrôle hiérarchique. S'inspirant largement d'expériences comme celle du Système national de Santé du Royaume-Uni et peu enclins à faire régler les problèmes de santé par le seul secteur commercial en raison des problèmes que pose une telle démarche, de nombreux pays à revenus moyen et intermédiaire ont, au cours de ces 50 dernières années, mis en place des systèmes de soins de santé financés par l'Etat et dispensant des services produits par une administration publique à intégration verticale. Il en est résulté un meilleur accès aux soins de santé pour des millions de personnes et, ainsi de nombreux programmes de santé publique ont pu être exécutés avec succès.

Toutefois, les administrations hiérarchiques présentent aussi de sérieux inconvénients pour la prestation des services de santé, lesquels apparaissent de plus en plus clairement depuis quelques années (37, 38). En effet, elles risquent d'être influencées par les intérêts des bureaucrates et des prestataires qui y travaillent, et il arrive souvent qu'elles ne soient pas aussi efficaces pour limiter ou réorienter les priorités que pour développer la capacité

de production et multiplier les services. On y observe aussi fréquemment un grand nombre des défaillances du secteur commercial concernant l'abus des situations de monopole (par exemple, la collecte de loyers sous la forme de frais informels) et le déséquilibre de l'information. Avec le temps, de nombreux systèmes de prestation de services hiérarchisés sont devenus beaucoup trop rigides, et leurs méthodes inefficaces produisent des soins médiocres ne répondant pas aux besoins et aux attentes des populations et des individus desservis. C'est la raison qui a conduit à entreprendre un grand nombre des réformes récentes décrites au chapitre 1.

Lorsqu'il faut faire preuve d'inventivité et de souplesse pour satisfaire à des besoins précis, comme pour le développement de nouveaux médicaments et matériels, les organisations commerciales sont préférables. Toutefois, les interactions commerciales directes entre patients et prestataires dans le secteur de la santé présentent l'inconvénient majeur d'exposer les premiers au risque financier de la maladie, à moins que des ressources financières suffisantes n'aient été préalablement mises en commun. En outre, il est difficile ou impossible de veiller à ce que ces transactions respectent les priorités en matière d'interventions et de malades que le système de santé cherche à imposer.

En raison des inconvénients des structures hiérarchiques rigides et des systèmes de paiement directs dans le secteur de la santé, des pays du monde entier tentent aujourd'hui d'instaurer des contrats à long terme associant les avantages d'une plus grande souplesse et de meilleures possibilités d'innovation au maintien d'un contrôle général des objectifs stratégiques et de la protection financière. On analyse déjà des expériences de passation de contrats pour la prestation de services dans des pays à bas et moyen revenus (39) et des efforts particuliers sont faits pour tirer des leçons des cas les mieux documentés, notamment celui du Royaume-Uni, dont d'autres pays pourraient tirer parti (40).

MODES D'ORGANISATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

Comme de nombreuses autres formes de production, les services de santé peuvent être dispensés dans des organisations plus ou moins concentrées ou dans des cadres hybrides comportant des éléments concentrés et d'autres plus dispersés (41). Les organisations de services dispersées sont habituelles pour des activités qui ne donnent pas lieu à des économies d'échelle, c'est-à-dire dont les coûts unitaires ne sont pas plus faibles dans les grandes unités que dans les petites, comme les soins de santé primaires, y compris la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, les pharmacies, les permanences dentaires, l'exécution sur le terrain de programmes de santé publique, les services de conseil, l'action sociale et les soins communautaires et à domicile. Ces services ambulatoires comportent généralement un assez large éventail d'activités d'une complexité variable, comme la gestion des services cliniques et non cliniques courants assurés par des individus ou des petites équipes.

La production dispersée et concurrentielle par de petites unités donne de bons résultats dans tous les secteurs où les mécanismes commerciaux sont un bon moyen d'organiser la production. Il n'en va pas ainsi dans le domaine de la santé pour toutes les raisons qui font que les lois du marché sont moins efficaces lorsqu'on les applique aux soins de santé. Toutefois, les tentatives qui ont été faites pour remédier aux défaillances du marché en intégrant ces activités dispersées dans une structure administrative hiérarchisée se sont presque toujours heurtées à des problèmes de motivation du personnel et de transparence. Une étroite surveillance est difficile à mettre en œuvre et un contrôle excessif est nuisible. On a obtenu de meilleurs résultats avec des relations contractuelles basées sur la réputation pro-

fessionnelle ainsi que sur un sens aigu de l'engagement et des responsabilités. Ces relations donnent depuis longtemps satisfaction dans des pays comme le Danemark et la Norvège et on les a récemment expérimentées avec succès en Croatie, en Hongrie et en République tchèque.

Les modes d'organisation concentrés sont courants dans des secteurs tels que les soins hospitaliers, les laboratoires centraux de santé publique et les établissements d'enseignement des sciences de la santé qui ne donnent pas lieu à des économies d'échelle – diminution des coûts à mesure que la taille augmente – ni à des économies de gamme – diminution des coûts à mesure que les activités se diversifient (42, 43). Il s'agit alors d'interventions hautement spécialisées et très coûteuses qui nécessitent de grandes équipes regroupant des compétences très variées. Certaines imposent une surveillance permanente (pour les traitements et soins chirurgicaux) et un contrôle rigoureux des conditions d'asepsie (pour les unités de chirurgie et de soins aux brûlés). La transparence peut généralement être assurée par l'observation directe des produits ou résultats. La plupart des membres du personnel peuvent être recrutés à titre permanent ou à temps partiel plutôt que dans le cadre des relations contractuelles qui semblent donner de meilleurs résultats pour les activités dispersées. Les pays ont mieux réussi à intégrer ces services au sein d'administrations publiques hiérarchisées, mais ils pâtissent des inconvénients de ce mode d'organisation.

Il existe, pour les organisations de services concentrées, des limites de taille au-delà et en deçà desquelles elles cessent d'être efficaces. Au-delà, on peut citer l'exemple des vastes hôpitaux de 1000 à 2000 lits et les immenses laboratoires de santé publique d'Europe centrale et orientale qui étaient caractérisés par une spécialisation excessive, une faible productivité et une mauvaise qualité des soins (44). En deçà, il se pose également des problèmes d'efficacité et de qualité considérables lorsque les installations qui dispensent des soins spécialisés sont trop petites. Des hôpitaux pavillonnaires ou de district n'ayant que 20 à 50 lits sont courants dans de nombreux pays à revenu bas ou intermédiaire comme l'Éthiopie, le Maroc et la Turquie, notamment en zone rurale et dans le secteur privé (45). Il arrive alors souvent que les taux d'occupation des lits soient faibles et que le personnel ne voit pas un nombre suffisant de malades pour entretenir les compétences cliniques requises qu'exige le traitement des affections rares. Ces établissements peuvent soigner de façon satisfaisante les maladies banales, mais doivent alors être intégrés dans un système d'orientation-recours pour le traitement des affections plus rares ou nécessitant des soins complexes.

Les modes d'organisation hybrides se situent quelque part entre ces deux extrêmes. Un grand nombre des activités ayant une forte incidence potentielle sur les résultats sanitaires (indiquées au Tableau 3.1) sont exécutées dans un tel cadre. Certains éléments stratégiques des programmes de lutte contre des maladies infectieuses comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA font l'objet d'une coordination planifiée au niveau national. Toutefois, la mise en œuvre de ces activités est parfois plus efficace lorsqu'elles se déroulent dans le cadre de relations contractuelles avec des prestataires locaux que lorsqu'elles sont exécutées dans le cadre de programmes verticaux isolément des autres services ambulatoires. C'est ainsi qu'en Égypte, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance exige une étroite coordination, à l'échelon national, d'activités telles que la vaccination, la lutte antipaludique et la supplémentation martiale, mais il serait impossible de la mener à bien sans prestataires locaux ayant le large éventail de compétences nécessaire, par exemple, pour soigner les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et les maladies de l'enfance.

Ce dernier exemple met en lumière l'un des principaux problèmes de la prestation des services de santé, à savoir l'équilibre à maintenir entre le contrôle général de l'exécution des politiques et une souplesse suffisante pour que les administrateurs et les prestataires soient

capables d'innover et d'adapter les politiques aux besoins et contextes locaux avec tout le dynamisme nécessaire. Les services de santé en institution et hors-institution qui peuvent être remaniés par la négociation et adaptés en cours d'exécution au gré des autorités de tutelle ainsi que leur personnel répondent mieux aux besoins sanitaires de la population et à ses autres attentes que ceux dont l'organisation est hautement centralisée (46-49). Cette constatation confirme les relations entre la réactivité et les caractéristiques des services décrites au chapitre 2, mais une telle approche peut déboucher sur des résultats très différents de ceux que l'on se proposait d'obtenir au départ. Plus les gestionnaires et le personnel sont axés sur l'exécution d'une tâche clairement définie et plus il sera possible d'atteindre les grands objectifs de la politique générale sans avoir à recourir, pour les contrôles, à une structure hiérarchique rigide (50).

ALIGNEMENT DES INCITATIONS

Les prestataires de services ont besoin d'une souplesse suffisante, non pas à des fins arbitraires, mais pour pouvoir réagir à des incitations claires, c'est-à-dire pour que les incitations incluses dans les mécanismes organisationnels et institutionnels ne soient pas rendues inopérantes par des blocages. De plus en plus conscients de la nature structurelle des problèmes rencontrés dans les systèmes de prestation de services hiérarchisés, les responsables des politiques de nombreux pays ont été amenés à revoir les incitations inhérentes aux divers modes d'organisation et à modifier la répartition du pouvoir de décision, des recettes et du risque financier entre les différents participants qui est analysée dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* (16).

Il existe de nombreuses façons de modifier le type d'incitation lié à l'organisation des services de santé. Dans les pays d'Amérique latine, y compris l'Argentine et le Brésil, la décentralisation a transféré aux échelons inférieurs les pouvoirs de décision et, souvent, les droits et responsabilités en rapport avec la collecte des recettes du gouvernement central. A Sri Lanka, une autre forme de décentralisation a consisté à déléguer aux provinces certains des pouvoirs de contrôle du gouvernement central. En Indonésie, la création d'hôpitaux semi-autonomes a fait faire un pas de plus dans cette direction, car des établissements sanitaires sont ainsi dotés de pouvoirs de décision et de contrôle. En Hongrie, les médecins généralistes sont passés au début des années 1990 du statut de fonctionnaires à celui de praticiens semi-autonomes liés par contrat aux gouvernements locaux et à la caisse nationale d'assurance-maladie nouvellement créée.

Dans chacun de ces exemples, on a modifié une ou plusieurs incitations organisationnelles qui influent fortement sur le fonctionnement de l'unité concernée, qu'il s'agisse d'une province, d'une région, d'un district ou d'un prestataire individuel comme un hôpital ou un dispensaire (51). La Figure 3.4 montre la relation entre les formes d'organisation examinées plus haut et les cinq incitations suivantes :

- Le degré d'*autonomie* (pouvoir de décision) de l'organisation vis-à-vis de son propriétaire, des acheteurs contractuels comme les caisses d'assurance, de l'Etat et des consommateurs. Parmi les pouvoirs de décision critiques figurent le droit de regard sur le dosage des apports et le niveau, sur les produits et les limites des activités, sur la gestion financière, sur l'administration hospitalière et non hospitalière, sur la gestion stratégique et sur la stratégie commerciale (s'il y a lieu).
- Le degré de *transparence*. Lorsque les pouvoirs de décision sont délégués à une organisation, les gouvernements sont moins en mesure d'imposer un contrôle direct (par la voie hiérarchique). Lorsque l'autonomie s'accroît, il faut garantir la transparence

en passant de la supervision hiérarchique au suivi, à la réglementation et à l'inclusion d'incitations économiques dans les contrats.

- Le degré d'*exposition au marché* ou la part de recettes fondée sur la concurrence et non sur un transfert budgétaire direct. La participation du secteur commercial n'implique pas nécessairement un financement par paiements directs ; il est en effet préférable que les organisations de prestataires entrent en concurrence pour la collecte de recettes prépayées. Lorsque des gouvernements viennent au secours d'organisations qui ont un déficit ou des dettes par suite d'une mauvaise performance technique, ils atténuent l'impact de l'exposition au marché.
- Le degré de *responsabilité financière* pour les pertes et le droit de percevoir des profits (bénéfices non distribués et produits des ventes de biens en capital). C'est ce qui détermine dans quelle mesure les gestionnaires et le personnel sont financièrement intéressés à économiser. En cas d'autonomie accrue, c'est eux et non l'Etat qui sont les ayants droit résiduels aux flux de recettes, mais les demandes doivent alors être clairement énoncées et réglementées.
- La proportion de *services obligatoires non financés*. Lorsqu'une part importante des recettes globales est d'origine commerciale, les organisations courent un risque financier en raison des dépenses non récupérables associées aux obligations pour lesquelles il n'est pas prévu de fonds, comme les soins dispensés aux pauvres ou aux grands malades. Les réformes institutionnelles, axées sur une augmentation de l'autonomie, doivent donc s'accompagner de mesures complémentaires de financement de la santé destinées à protéger les pauvres. Le chapitre 5 passe en revue des exemples récents de telles réformes en Amérique latine.

Jusqu'à quel point les pays peuvent remplacer sans danger un contrôle hiérarchique de la prestation des services par un environnement incitatif (en passant vers la droite du spectre de la Figure 3.4) dépend de la nature des services et de leur capacité à contrôler la conformité avec les objectifs publics à l'aide de mécanismes indirects tels que la réglementation et la passation de contrats. Il n'existe aucune solution miracle pour garantir le succès d'un système de prestation de services. Toutefois, des pays comme le Canada (52), qui ont réussi à mettre en place un cadre plus cohérent pour ces trois caractéristiques organisationnelles, obtiennent de meilleurs résultats que d'autres comme les Etats-Unis d'Amérique (53) où l'on observe de nombreux signaux contradictoires car les incitations du marché sont très fortes en certains endroits et plus étroitement encadrées ailleurs.

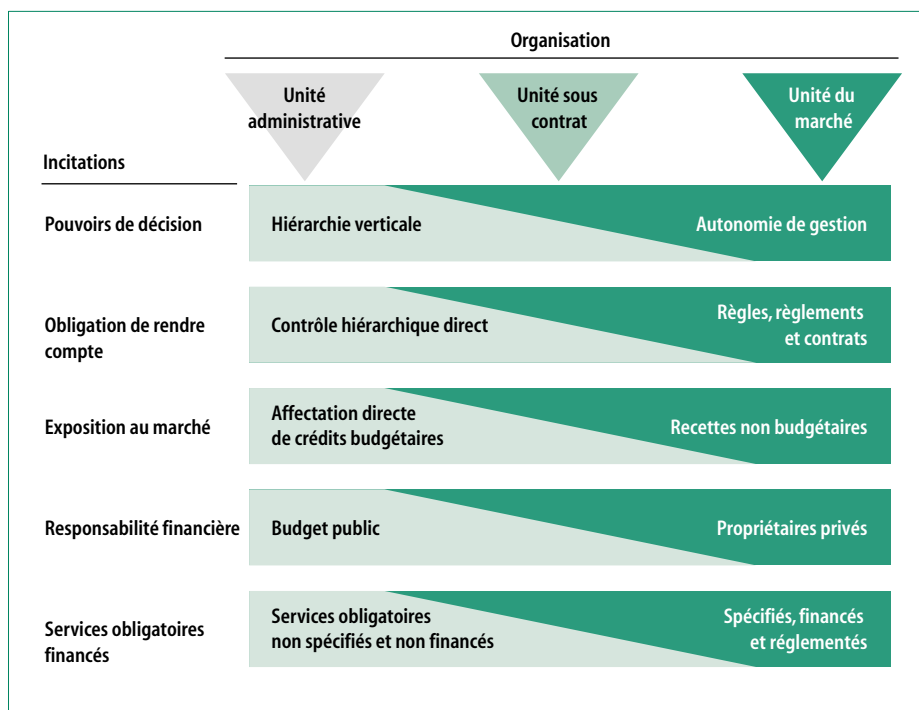
La cohérence des incitations institutionnelles est particulièrement importante dans le secteur hospitalier en raison de son rôle essentiel dans la prestation des services. Les pays ayant adopté des objectifs cohérents et alignés entre elles les cinq incitations institutionnelles semblent avoir obtenu de meilleurs résultats que ceux qui ont défini des objectifs et des incitations contradictoires. A Singapour, par exemple, les hôpitaux publics jouissent d'une autonomie considérable pour des décisions gestionnaires qui vont des achats au personnel (54). La transparence est maintenant assurée par des contrats et non par des contrôles hiérarchiques. Les hôpitaux sont en concurrence pour la clientèle et peuvent conserver les excédents de recettes résultant d'économies. Il existe aussi un mécanisme de subventions bien établi pour les groupes à faible revenu, mais un subventionnement croisé demeure nécessaire pour certains services obligatoires non financés. Les évaluations de suivi montrent que les réformes ont permis d'améliorer la réactivité aux malades et l'efficacité de la gestion des ressources, tout en protégeant les malades pauvres contre l'opportunisme de certains hôpitaux qui cherchent à accroître leurs revenus. En Indonésie, le degré d'autono-

mie est bien plus bas, mais les diverses incitations sont mieux équilibrées qu'en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni où la politique assure une moins bonne cohérence des cinq incitations institutionnelles (39, 55, 56). Les hôpitaux sont incontestablement les organisations les plus complexes du système de prestation de services, et leur rôle évolue rapidement à mesure que de nouvelles procédures entraînent un rééquilibrage entre soins hospitaliers et ambulatoires et que les pressions financières s'accroissent (57). Comment organiser les services hospitaliers et les intégrer avec ceux des autres prestataires est probablement la question la plus difficile à laquelle un système de prestation de services ait à répondre.

L'un des moyens auquel de nombreux pays ont eu recours pour essayer d'accroître l'exposition des hôpitaux au marché consiste à sous-traiter certaines activités hospitalières. Les expériences tentées jusqu'ici dans ce domaine ont eu des résultats inégaux. C'est ainsi que l'on a sous-traité avec quelques succès l'entretien du matériel médical en Thaïlande, les services administratifs en Afrique du Sud et les services courants de gardiennage, de restauration et de blanchissage à Bombay. La plupart de ces activités peuvent gagner en efficacité si elles sont confiées à des spécialistes. Mais, à quelques exceptions près, la sous-traitance pose beaucoup plus de problèmes avec les services cliniques, car elle entraîne la perte du contrôle stratégique exercé sur une partie du processus de production, un déplacement des coûts et des problèmes de surveillance de la qualité des produits (58).

De nombreuses interventions de santé publique, comme les programmes de lutte antipaludique et les programmes nutritionnels au Sénégal ainsi que les programmes de santé génésique au Bangladesh, sont maintenant exécutées par des prestataires privés ayant passé un contrat à long terme, et non dans le cadre de programmes verticaux rigides sous la direction d'une administration centrale hiérarchisée. En outre, l'autonomie et la privatisation des médecins généralistes, dentistes, pharmaciens et autres agents de soins de santé

Figure 3.4 Différentes incitations internes dans trois structures institutionnelles



ambulatoires ont nettement progressé en Europe centrale et orientale, ce qui a eu à la fois de bons et de mauvais résultats.

Comme dans le cas des hôpitaux, les services ambulatoires rendus autonomes fonctionnent mieux lorsque les contradictions entre les objectifs et les systèmes d'incitation organisationnels sont réduites au minimum. Le Tableau 3.2 donne quelques exemples d'incitations institutionnelles pour les soins ambulatoires. Des tensions se produisent souvent lorsque le pouvoir de décision n'est pas étendu aux administrateurs (par exemple, lorsque les pressions politiques rendent impossibles le licenciement du personnel), lorsque des mécanismes assurant la transparence ne sont ni inclus dans les contrats à long terme, ni imposés par la discipline du marché, et lorsque les prestataires ne sont pas autorisés à conserver les excédents de recettes et ne sont pas non plus tenus pour responsables des pertes, ce qui ne les incite pas à économiser.

Les avis sont encore très partagés sur la question de savoir si les contrats à long terme passés avec des prestataires privés créent de meilleures incitations que des contrats similaires dans le secteur public. Le choix des incitations les plus appropriées peut dépendre de la priorité donnée aux objectifs. A l'échelle mondiale, la tendance consiste à éviter l'ineffica-

Tableau 3.2 Exemples d'incitations organisationnelles pour les soins ambulatoires

Organisation concernée	Exemples de pays
<p>Equipes locales ou districales gérant plusieurs structures cliniques et services de santé publique</p> <p>Y compris les bureaux de district du ministère de la santé et les conseils municipaux. Les changements apportés aux incitations institutionnelles sont souvent modestes et portent pour la plupart sur les pouvoirs de décision relatifs au budget et au personnel. Le risque financier demeure limité. Le degré effectif d'exposition au marché peut être supérieur à ce qui était prévu lorsque la part des rémunérations à l'acte est importante.</p>	<p>Finlande : les municipalités possèdent et gèrent des centres de santé, emploient du personnel, collectent des taxes et fixent les tarifs.</p> <p>Philippines : décentralisation en 1993 des responsabilités concernant les soins de santé primaires (et autres services sociaux) au profit des gouvernements locaux. Les biens, le personnel et les budgets ont été transférés au niveau local. Le Ministère de la Santé a mis en place des associations communautaires de soins de santé auprès de chaque administration locale. Les agents de santé relèvent maintenant des administrations locales et non du Ministère de la Santé. Le travail de supervision du Ministère de la Santé est devenu plus difficile.</p> <p>Zambie : l'Office central de la Santé, organe exécutif du Ministère de la Santé, passe maintenant des contrats dans le cadre de plans annuels de district avec des équipes de district et des offices sanitaires de district indépendants. Les districts ont davantage la maîtrise de leur budget d'exploitation pour les dépenses autres que les salaires, mais le personnel est encore principalement employé dans la fonction publique. La situation évolue à mesure que de nouveaux diplômés sont engagés par les districts et que le personnel non qualifié est recruté sur place. L'obligation de rendre compte à l'Office central de la Santé est assurée au moyen de sanctions lorsque les cibles de performance agréées n'ont pas été atteintes. Les recettes provenant des rémunérations à l'acte sont conservées par les établissements.</p>
<p>Etablissements particuliers</p>	<p>Bélarus : les polycliniques perçoivent maintenant leur propre budget et peuvent conserver une certaine partie des recettes provenant des paiements par l'utilisateur.</p> <p>Burkina Faso : des centres de santé à gestion communautaire ont été créés dans le cadre de l'initiative de Bamako : ils comprennent un tiers d'établissements publics et gèrent les recettes provenant des cotisations des usagers (jusqu'à 10 % du budget d'exploitation), principalement pour les médicaments. L'administration du personnel est officiellement centralisée. Il n'existe aucun canal hiérarchique bien défini entre les offices communautaires et le personnel des centres de santé.</p> <p>Mali : les centres de santé indépendants sont des mutuelles à but non lucratif appartenant à des associations communautaires qui les financent et les gèrent. Ces centres de santé recrutent leur propre personnel. Dans la pratique, rares encore sont ceux qui jouissent d'une indépendance financière.</p>
<p>Médecins généralistes</p>	<p>Croatie : médecins salariés de services ambulatoires précédemment employés par l'administration centrale. Ils sont maintenant indépendants et sous contrat.</p>

cité et l'absence de réaction inhérentes aux hiérarchies devenues trop rigides, tout en évitant l'autre extrême, à savoir des marchés non réglementés qui compromettent presque toujours la protection financière et risquent de gêner la coordination stratégique nécessaire pour dispenser des soins efficaces.

INTÉGRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

A mesure que des unités organiques comme les hôpitaux ou les dispensaires deviennent plus autonomes, le système de prestation des services risque de se fragmenter. Une fragmentation peut s'opérer entre des organisations de prestataires du même type (hôpitaux, services ambulatoires, ou programmes de santé publique) ou entre différents niveaux de soins. Elle a des effets négatifs sur l'efficacité et l'équité du système d'orientation-recours, à moins que l'on ait prévu des dispositions particulières pour garantir une certaine forme d'intégration entre les unités de prestations de services semi-autonomes ainsi créées.

Lorsque les services de santé se fragmentent, l'efficacité de la répartition en pâtit. C'est ainsi que des structures sanitaires non cliniques conçues pour dispenser des services de santé publique en Pologne et en Hongrie doivent souvent faire de la prévention secondaire et dispenser un large éventail de soins de base, car elles ne sont pas convenablement reliées au réseau de soins ambulatoires. Les hôpitaux universitaires, rendus récemment autonomes en Malaisie, assurent toute une gamme de soins hospitaliers et ambulatoires pour des maladies qui pourraient être soignées efficacement à un niveau inférieur dans un cadre communautaire. Les médecins généralistes de la République tchèque, devenus récemment autonomes, se sont empressés d'acheter une grande quantité de matériels coûteux et rarement utilisés (59).

Dans les cas où les modes d'organisation des prestataires entraînent une fragmentation, les désillusions provoquées par un système axé sur le marché peuvent conduire à réinstaurer un certain degré d'intégration verticale et horizontale et un contrôle hiérarchique accru. L'Arménie, la Hongrie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont récemment tenté une telle expérience. Toutefois, le modèle du marché et le modèle hiérarchique posent tous deux des problèmes. Il importe de ne pas oublier les défaillances des systèmes de santé à planification centralisée qui se sont manifestées dans des pays aussi divers que le Costa Rica, le Royaume-Uni, Sri Lanka, la Suède et l'ex-Union soviétique (59).

L'« intégration virtuelle », au lieu de l'intégration verticale classique, est un moyen de préserver l'autonomie des prestataires avec tous ses avantages, sans provoquer de fragmentation. Dans le cadre de l'intégration verticale, un dispensaire reçoit ses instructions d'un hôpital ou d'un service public, ce qui limite la possibilité de répondre aux besoins locaux. Avec l'intégration virtuelle, on utilise des systèmes de communication modernes pour échanger rapidement des informations, sans contrôles pesants. Cette méthode est particulièrement utile pour l'orientation-recours et permet de faire appel aux services de prestataires non gouvernementaux qu'il serait difficile d'intégrer dans une organisation hiérarchisée. Le Bangladesh et le Ghana font l'essai de ce type de technique.

Même aux Etats-Unis d'Amérique, l'intégration verticale sous le contrôle des organisations de soins intégrés est en voie d'être remplacée par l'intégration virtuelle du réseau de prestataires de soins intégrés (HMO), d'autres groupes de prestataires et d'une industrie mondiale de l'assurance (30). L'intégration verticale des unités de production et de distribution est maintenant considérée comme un mécanisme de coordination de dernier recours et utilisée essentiellement lorsque l'on ne dispose pas d'une formule contractuelle (60).

Les tentatives d'intégration virtuelle se heurtent à trois problèmes courants en rapport avec la décentralisation, la séparation entre les acheteurs et les prestataires et les paiements directs par les usagers. Dans de nombreux pays, la décentralisation suscite depuis peu un enthousiasme accru, car elle est considérée comme le moyen d'atteindre des objectifs programmatiques et politiques très divers, tant en santé que dans d'autres domaines. Le but clairement affirmé de la décentralisation est souvent d'améliorer la réactivité et les incitations en transférant à des niveaux inférieurs du secteur public la propriété, les responsabilités et l'obligation de rendre compte. Ce transfert s'opère généralement entre l'administration centrale et les Etats ou provinces, les régions, les districts, les communautés locales et les structures publiques.

Les réformes se heurtent fréquemment à des difficultés car les problèmes structurels internes des hôpitaux, dispensaires et centres de santé publique ne disparaissent pas au cours des transferts. En Ouganda, la décentralisation n'a pas comblé le déficit financier de nombreuses installations sanitaires. A Sri Lanka, elle a mis en évidence la faiblesse de la capacité gestionnaire sans parvenir à y remédier. Au Ghana, des obligations sociales non financées ont été transférées à des niveaux inférieurs de l'administration qui, en raison de l'échec des réformes de l'assurance sociale, ne disposait pas d'une capacité financière suffisante pour endosser de telles responsabilités. Dans de nombreux cas, le gouvernement central reprend très vigoureusement les choses en mains lorsque les gouvernements locaux traitent de questions politiquement sensibles d'une manière qui ne correspond pas à ses vues.

Des tensions similaires se produisent souvent en cas de mésentente entre acheteurs et prestataires. En Hongrie ainsi qu'en Nouvelle-Zélande, des organismes d'achat situés dans divers secteurs du gouvernement et encore responsables de l'administration générale (comme les ministères de la santé et des finances) sont entrés en conflit avec les propriétaires de prestataires sous contrat (par exemple des municipalités et des gouvernements locaux). En Hongrie, des pouvoirs constitutionnels ont été octroyés, au début des années 1990, à une caisse nationale d'assurance-maladie autogérée placée sous le contrôle des syndicats. Pendant huit ans environ, jusqu'en 1998 – date où ce système a pris fin le Ministère des Finances et la caisse d'assurance-maladie ont été constamment en conflit au sujet de la politique fiscale et de la maîtrise des coûts. Souvent, les prestataires n'étaient pas payés en temps voulu.

Enfin, l'entrée en vigueur de la rémunération à l'acte crée des tensions entre les achats de services conformes à la politique et prépayés et ceux qu'effectuent les consommateurs selon les lois du marché. Il en a été particulièrement ainsi dans de nombreuses républiques d'Asie centrale et dans les pays touchés par la crise de l'Asie orientale où les recettes provenant d'achats conformes à la politique ont considérablement diminué ces dernières années. Ce phénomène risque de nuire aux politiques nationales de définition des priorités et de maîtrise des coûts et, comme on l'a vu au chapitre 2, il rend le financement beaucoup moins équitable. La manière de faire des achats une partie intégrante de la fonction de financement est traitée plus en détail au chapitre 5.

Pour atteindre leurs objectifs en matière d'amélioration de la santé, de réactivité et d'équité de la contribution financière, les systèmes de santé doivent déterminer certaines priorités et trouver des mécanismes pour inciter les prestataires à les respecter. Cette tâche n'est guère aisée en raison de deux problèmes. Premièrement, les priorités doivent refléter divers critères qui se contredisent parfois et qui nécessitent une quantité d'informations dont la plupart des systèmes de santé ne disposent pas actuellement. Deuxièmement, pour que les

priorités soient efficaces, il faut mettre en place des mécanismes de rationnement, des structures organisationnelles, des dispositifs institutionnels et des incitations pour les prestataires qui soient avant tout compatibles entre elles ainsi qu'avec les buts du système.

RÉFÉRENCES

1. **Beauchamp TL, Childress JF.** *Principles of biomedical ethics, 3rd ed.* Oxford, Oxford University Press, 1989.
2. **Gwatkin DR, Guillot M.** *The burden of disease among the global poor: current situation, future trends, and implications for strategy.* Washington, DC, et Genève, Banque mondiale et le Forum mondial pour la recherche en santé, 1999.
3. **Jha P, Chaloupka FJ, eds.** *Tobacco control policies in developing countries.* Oxford, Oxford University Press, 2000.
4. **Loudon I.** *Western medicine: an illustrated history.* Oxford, Oxford University Press, 1997.
5. **McKee M.** For debate – does health care save lives? *Croatian Medical Journal*, 1999, **40**(2): 123–128.
6. **Murray CJL et al.** *Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (GPE Discussion Paper No. 4).
7. **Tengs TO.** *Dying too soon: how cost-effectiveness analysis can save lives.* Irvine, California, University of California, National Center for Policy Analysis, 1997 (Policy Report No. 204).
8. **Barnum H, Tarantola D, Setiady I.** Cost-effectiveness of an immunization programme in Indonesia [Rapport coût/efficacité pour un programme de vaccination en Indonésie]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1980, **58** (3): 499–503 (résumé en français).
9. **Barnum H.** Cost savings from alternative treatments for tuberculosis. *Social Science and Medicine*, 1986, **23**(9): 847–850.
10. **Prescott N, de Ferranti D.** The analysis and assessment of health programs. *Social Science and Medicine*, 1985, **20**(12): 1235–1240.
11. **Mills A.** Application des principes d'évaluation économiques des programmes de santé dans les pays en développement. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 1985, **38**(4): 368–382.
12. **Mills A.** L'évaluation économique des programmes de santé dans les pays en développement : tour d'horizon et exemples. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 1985, **38**(4): 402–431.
13. **Lee M, Mills A, eds.** *Health economics in developing countries.* Oxford, Oxford University Press, 1984.
14. *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé.* Washington, DC, Banque mondiale, 1993.
15. **Murray CJL, Lopez AD, eds.** *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
16. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999. Pour un réel changement.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document non publié WHO/WHR/99.1).
17. **Hammer J.** *Economic analysis for health projects.* Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (Policy Research Working Papers, No. 1611).
18. **Jha P, Bangoura O, Ranson K.** The cost-effectiveness of forty health interventions in Guinea. *Health Policy and Planning*, 1998, **13**: 249–262.
19. **Peabody J et al.** *Policy and health: implications for development in Asia.* Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
20. **Murray CJL, Kreuser J, Whang W.** *Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems.* In: Murray, CJL, Lopez AD. *Global comparative assessments in the health sector disease burden, expenditures and intervention packages.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.
21. **Bobadilla JL.** Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. In: Frenk J. *Observatorio de salud.* Chapitre 11. Mexico, Fundación Mexicana para la Salud, 1997 (en espagnol).
22. **Murray CJL, Lopez AD.** *Global health statistics.* Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
23. **Wagstaff A.** *Inequalities in child mortality in the developing world. How large are they? How can they be reduced?* Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (HNP Discussion Paper).

24. **Cotlear D.** *Peru: improving health care financing for the poor.* Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (Country Studies).
25. **Wagstaff A.** *HNP module of Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) toolkit.* Washington, DC, Banque mondiale, 2000.
26. **Missialos E, Grand JL, eds.** *Health care and cost containment in the European Union.* Aldershot, Ashgate, 1999.
27. **Ham C.** Corporatization of UK Hospitals. In: Preker AS, Harding A. *Innovations in service delivery: the corporatization of hospitals.* Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
28. **Bobadilla JL et al.** Design, content and financing of an essential national package of health services [Structure, contenu et financement d'un module national de services de santé essentiels]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1994, **72**(4): 653-662 (résumé en français).
29. **Bobadilla JL et al.** *El paquete universal de servicios esenciales de salud.* Economía y salud, documentos para el análisis y la convergencia. Mexico, Fundación Mexicana para la Salud, 1994 (en espagnol).
30. **Robinson R.** Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy*, 1999, **49**:13-26.
31. **Maynard A.** Rationing health care: an exploration. *Health Policy*, 1999, **49**:5-11.
32. **Berryman SE et al.** *Assessing institutional capabilities.* Washington, DC, Banque mondiale, 1997 (World Bank Working Paper).
33. **Wilson JQ.** *Bureaucracy: what government agencies do and why they do it.* New York, Basic Books, 1989.
34. **Schmalensee R, Willing RD.** *Handbook of industrial organization, Vols I and II.* Elsevier Science, Amsterdam (Pays-Bas), 1989.
35. **Williamson O.** *The economic institutions of capitalism: firms, markets and relational contracting.* New York, Free Press, 1985.
36. **Williamson OE.** Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 1991, **36**(2): 269-296
37. **Barr N, ed.** *Labor markets and social policy in Central and Eastern Europe.* Oxford, Oxford University Press pour la Banque mondiale, 1994.
38. **World Bank.** *World development report 1996 – From plan to market.* New York, Oxford University Press, 1996: 123-132
39. **Lieberman S.** Corporatization of Indonesia hospitals. In: Preker AS, Harding A. *Innovations in service delivery: the corporatization of hospitals.* Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
40. **Palmer N.** *The theory and evidence of contracting for primary care services: lessons for low and middle income countries.* London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999. Document non publié.
41. **Gregory R.** Accountability, responsibility, and corruption: managing the 'public production process'. In: Boston J. *The state under contract.* Wellington, Nouvelle Zélande, Bridget Williams Books, 1995.
42. **Panzar J, Willing R.** *Economies of scale and economies of scope in multi-output production.* Murray Hill, NJ, Bell Laboratories, 1975 (Economic Discussion Paper No. 33).
43. **Teece DJ.** Economies of scope and the scope of the enterprise. *Bell Journal of Economic Behavior and Organization*, 1980, **1**: 223-247.
44. **Ho T.** Hospital restructuring in the European and Central Asian Regions. In: McKee M et al. *The appropriate role of the hospital.* Copenhagen, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 2000 (sous presse).
45. **Barnum H, Kutzin J.** *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing.* Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1993.
46. **Lipsky M.** *Street-level bureaucracy.* New York, Russell Sage, 1980.
47. **Tarimo E.** *Pour une meilleure santé au niveau du district: comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991.
48. **Conyers D, Cassels A, Janovsky K.** *Decentralisation and health systems change: a framework for analysis.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié WHO/SHS/NHP/93.2).
49. **Janovsky K, Travis P.** *Decentralization and health systems change: case study summaries.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.
50. **Pressman J, Wildavsky A.** *Implementation.* Berkeley, University of California Press, 1973.

51. **Harding A, Preker AS.** Conceptual framework for organizational reform of hospitals. In: Preker AS, Harding A. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
52. **Evans B.** General revenues financing: a comparison of US and Canada. In: Figueras J et al. *Funding health care and long-term care: options in Europe*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 2000 (sous presse).
53. **Robinson JC.** The corporate practice of medicine: competition and innovation in health care. Berkeley, University of California Press, 1999.
54. **Phua K.** Corporatization of hospitals in Singapore. In: Preker AS, Harding A. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
55. **Scott G.** Corporatization in New Zealand hospitals. In: Preker AS, Harding A. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
56. **Ham C.** Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*, 1997, **42**(1): 49–66.
57. **McKee M, Healy J.** *The role of the hospital in a changing environment*. European Observatory on Health Care Systems and London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999. Document non publié.
58. **Mills A.** Contractual relationship between government and the commercial private sector in developing countries. In: Bennett S, McPake B, Mills A. *Private health providers in developing countries: serving the public interest*. Londres, Zed Books, 1997.
59. **Preker AS, Feachem RGA.** *Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe*. Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (Technical Paper No. 293).
60. **Klein B, Crawford RG, Alchian AA.** Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. *Journal of Law and Economics*, 1978, **21**: 297–326.

