

LE MESSAGE DU PRÉSIDENT

Les champs de l'économie du développement et de l'économie de la santé se recoupent assez logiquement, soit que l'on parte de l'hypothèse de la santé comme facteur déterminant du développement économique, soit que l'on s'intéresse au développement et au financement des systèmes de soins dans les pays en voie de développement. Nous sommes heureux de contribuer à renforcer ce courant de recherche, en préparant avec le Ministère des Affaires Étrangères et la Banque Mondiale un colloque sur le financement des soins de santé dans les pays d'Afrique francophone. Friands de sigles, nous avons baptisé ce projet Économie de la Santé dans les Pays en Développement (ESPAD), et je tiens à remercier tous les membres du CES qui en sont les chevilles ouvrières. Le numéro présent de la Lettre est d'ailleurs consacré à ce thème. Ce nouveau front témoigne de notre souci d'une couverture la plus large possible des thèmes de recherche dans notre discipline.

Je crois savoir que vous avez été nombreux à répondre au questionnaire envoyé par Émile Lévy et Philippe Ulmann dans le cadre de la rencontre franco-britannique du mois de janvier, et je vous en remercie. Il nous faudra cependant attendre cette manifestation pour avoir communication des résultats, mais nous en ferons sans aucun doute aussi matière à publication dans la Lettre du Collège, pour ceux d'entre vous qui n'auront pas pu venir. J'avoue ma curiosité sur vos sentiments sur la relation entre économistes de la santé et décision publique. Je me demande d'ailleurs s'il n'aurait pas été opportun d'interroger aussi ces décideurs, de façon à traiter à la fois l'offre et la demande (ou l'absence de demande peut-être ?).

Le calendrier appelle de ma part des vœux anticipés pour les fêtes de Noël et de fin d'année. J'imagine que tous vous aspirez à quelques jours de repos, loin du travail et de l'économie de la santé, je vous y encourage car l'année 2004 est encore pleine de projets pour le Collège, et nous avons besoin de votre énergie et de vos idées pour animer notre communauté. Prenez soin de vous en ces temps d'épidémies qui déciment les travailleurs et laminent la productivité des entreprises (les Recommandations du CES devraient maintenant vous permettre d'en mesurer l'ampleur), et goûtez au plaisir de fêtes bien méritées !

Gérard de POUVOURVILLE
Directeur de recherche CNRS
CREGAS - Unité INSERM U537

ÉDITORIAL

LE CES ET L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Faisons sans complexe notre autocritique. Depuis sa création le Collège des Économistes de la Santé et la plupart de ses membres sont restés enfermés dans la problématique des Pays Développés et dans les concepts élaborés, tant pour l'analyse des comportements que pour l'éclairage des choix ou pour les propositions de Réforme du Système de Santé.

Fort heureusement certains d'entre nous avaient joué un rôle pionnier, et membres ou non de notre Collège, ils avaient entrepris des travaux sur la base de missions/réflexions concernant les problèmes de santé spécifiques des Pays en Développement. Certains ont travaillé en individuel, s'appuyant plus ou moins sur des organisations nationales ou internationales (Ministère de la Coopération, ORSTOM, AFD, Associations humanitaires, ... OMS et ses Directions régionales, UNICEF, Banque Mondiale, etc.). D'autres ont même constitué des Équipes de Recherche spécialisées (Aix, Clermont-Ferrand, Grenoble...).

Grâce à des initiatives ponctuelles, nos Économistes de la Santé ont pu participer à des programmes de formation à l'Économie et à la Gestion (notamment de Programmes d'aide internationale).

Ces formations, lorsqu'elles sont dispensées en français affirment la présence de la France dans la forme d'aide la plus essentielle pour l'avenir de ces pays.

Nos collègues ont aussi permis de dépasser une conception périmée de la Coopération : envoi de médicaments sans se soucier de leur destination finale, construction de lits hospitaliers, sans se préoccuper de la maintenance des équipements et de la relève des professionnels. On leur doit d'avoir contribué à faire émerger des problématiques nouvelles : ciblage sectoriels, établissement de priorités, prise en compte de l'impact des modes de financement, micro-assurance, protection sociale pour tous.

Il était donc temps que le Collège fédère ces Économistes déjà engagés et motivés* et leur trouve une place appropriée dans ses structures.

C'est ce qui vient de se produire avec la création d'une Commission spécifique, dont l'intitulé est E.S.P.A.D (Économie de la Santé dans les Pays en Développement) et dont les objectifs sont déjà définis.

Souhaitons qu'elle puisse s'étendre et coopérer avec d'autres groupes de travail du CES (Séminaires, Guidelines, etc.).

Bon vent à ce nouveau chantier !

Emile LÉVY

Professeur Émérite
Université Paris-Dauphine

* dont certains sont les auteurs des articles de cette lettre

Une nouvelle initiative du Collège : ESPAD

Économie de la Santé dans les PAys en Développement

Depuis plusieurs mois, certains de nos membres ont initié une réflexion sur l'opportunité du Collège de s'intéresser plus activement à l'économie de la santé dans les pays en développement.

Après de nombreux échanges entre ces membres et les administrateurs du Collège, ces derniers ont décidé lors du dernier Conseil d'Administration de créer un Comité de Coordination en charge du projet ESPAD : Économie de la Santé dans les PAys en Développement.

L'organisation d'ESPAD

Lors de sa séance du lundi 29 septembre 2003, le Conseil d'Administration du Collège a décidé de créer, sur la base d'une proposition détaillée du projet et conformément aux statuts du CES, une commission (intitulée Comité de Coordination) en charge du projet ESPAD.

Ce Comité de Coordination, composé de Membres du Collège, est directement placé sous la responsabilité du Conseil d'Administration du CES. Ce comité ne dispose pas d'une autonomie de gestion et rend compte de ses actions au Conseil d'Administration pour accord. Le Comité bénéficie cependant d'une délégation du CA pour agir en son nom pour la mise en œuvre des différentes activités ESPAD. Pour ce faire, ce Comité est placé sous la responsabilité d'un Membre du Conseil d'Administration du Collège et sa gestion opérationnelle est coordonnée par le Secrétaire Général du Collège.

Les personnes nommées au Comité de Coordination ESPAD par le Conseil d'Administration du Collège sont :

Responsable :

Émile LEVY – Membre du Conseil d'Administration et du Bureau du CES (trésorier).

Membres :

Martine AUDIBERT (CERDI-Univ. de Clermont-Ferrand), Laurent AVENTIN (DCT-Ministère des Affaires Étrangères), Pascal BROUILLET (Agence Française du Développement), Alain LETOURMY (CERMES-CNRS), Jacky MATHONNAT (CERDI-Univ. de Clermont-Ferrand), Eric de ROODENBEKE (AFTH2-Banque Mondiale).

Coordinateur :

Philippe ULMANN – Secrétaire Général du CES.

Lors de la constitution de ce Comité, le Conseil d'Administration du Collège a précisé que sa composition restait ouverte et que tout membre du CES qui souhaitait en faire partie, devait en faire la demande au CA.

Les objectifs d'ESPAD

L'objectif principal d'ESPAD est de développer et de gérer des actions dans le domaine de l'économie de la santé dans les Pays en Développement.

Il s'agira en particulier de renforcer la coopération entre les économistes de la santé du Collège et des pays

développés avec ceux des pays en développement, en particulier avec la création d'un réseau, favorisant ainsi les échanges (séminaires, colloques...), la diffusion des connaissances (publications, rapports...) et la coopération avec les organisations nationales et internationales intervenant dans ce domaine. Pour ce faire, un certain nombre d'initiatives ont déjà été prises depuis la constitution du Comité de Coordination ESPAD.

Les premières actions

La première tâche de ce Comité a été d'organiser son fonctionnement et d'établir un premier planning de travail. Les premières actions menées depuis le début octobre 2003 ont porté sur l'élaboration des modalités d'organisation du réseau en économie de la santé dans les pays en développement (voir p. 14), la diffusion de l'information concernant le lancement d'ESPAD (en particulier avec la Lettre du Collège de ce trimestre), enfin la mise en place de l'Organisation d'un colloque sur le financement de la santé en Afrique francophone (voir p. 6).

Les autres activités à venir

Dès le début 2004, le Comité ESPAD va donc travailler à la constitution du réseau en économie de la santé dans les pays en développement (voir p.14), à la création d'une rubrique ESPAD sur le site internet du Collège et à la mise en ligne d'informations concernant ce projet et le domaine qu'il couvre, enfin à l'organisation du colloque d'avril (voir p.6).

Puis dès l'été 2004, il est prévu un certain nombre d'actions portant sur la collecte et la publication d'informations sur l'économie de la santé dans les pays en développement (internet, références bibliographiques, colloques...), ainsi que le renforcement des relations avec les grandes organisations internationales comme l'OMS, la Banque Mondiale..., mais aussi avec les organisations nationales, associations d'économistes de la santé...

Bref, un programme bien rempli et très intéressant qui ne pourra réussir qu'avec la participation de tous les membres du Collège qui voudront bien investir de leur temps dans ce nouveau projet, ô combien important pour l'économie de la santé et notre Collège.

Philippe ULMANN

Secrétaire Général

Collège des Économistes de la Santé

Évolutions et enjeux du financement de la santé dans les pays en développement : quelques repères

Le débat sur l'accès des pays en développement aux antirétroviraux a donné une forte résonance médiatique à la problématique du financement de la santé dans les pays en développement. Mais le financement de la santé – et non pas seulement celui des systèmes de santé – est depuis plusieurs décennies une question récurrente dans le vaste champ du "développement". Par delà les différences considérables de situation entre pays qui font que le financement de la santé ne peut être analysé en dehors de son environnement socio-économique et politique – que l'on pense par exemple à des situations aussi éloignées que le Chili, Cuba, la Chine, Sri Lanka, l'Algérie ou le Niger - il se dégage malgré tout une évolution tendancielle des approches autour de trois paradigmes successivement dominants : gratuité des soins, contribution financière des usagers (trop souvent abusivement qualifiée de "recouvrement des coûts"), et développement des mécanismes assuranciers.

Qui finance les dépenses de santé dans les pays en développement ?

Le constat, dans ces grandes lignes, est assez simple : dans l'ensemble, plus les pays sont pauvres, plus le financement direct par l'utilisateur est proportionnellement important et plus les mécanismes assuranciers sont réduits. Dans les pays à faible revenu, environ 70% des dépenses de santé sont des paiements directs effectués par les usagers, 30% viennent du financement public et les mécanismes d'assurance sont très peu développés ; dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, le financement public représente 55% des dépenses totales de santé, le financement privé direct environ 35% et les assurances environ 10%. Le financement public est de l'ordre de 1,1% du PIB dans les pays à faible revenu et de 3% dans ceux à revenu intermédiaire. Le financement privé est de 3,2% du PIB dans les pays les plus pauvres et de 2,9% dans les autres. En d'autres termes le financement de la santé correspond schématiquement à 4%-6% du PIB (contre 10% en moyenne dans les pays riches), avec de grands écarts au sein de chaque groupe.

L'impasse de la gratuité des soins pour tous

Il est assez aventureux de vouloir généraliser, mais jusqu'à la fin des années soixante-dix, les politiques de santé avaient tendance à être structurées d'une part autour de grands programmes verticaux (lutte anti vectorielle, vaccination,...) et d'autre part autour d'une approche hospitalo-centrée des systèmes de soins. Globalement, il y a eu des résultats. Mais les programmes verticaux ne réglèrent qu'une partie des

problèmes de santé et il est apparu que les systèmes hospitalo-centrés consommaient une partie trop importante de ressources rares pour une contribution très discutée à l'amélioration de la santé des populations. Il y avait donc à la fois des problèmes d'efficacité et d'efficience, de financement, d'accès aux soins et d'équité. Ces préoccupations ont conduit en 1978 à la conférence d'Alma-Ata dont la stratégie, s'appuyant entre autres sur les expériences de la Chine, du Sri Lanka et du Costa Rica était fondée sur "les soins de santé primaires" gratuits pour tous. L'approche en termes de système de santé de district, promue par l'OMS, s'inscrit dans l'opérationnalisation des directives d'Alma Ata. La stratégie d'Alma Ata a été appliquée de manière extrêmement inégale selon les Etats. Mais la multiplicité des expériences est traversée par une constante, l'insuffisance du financement, principalement assuré par le prélèvement interne et par l'aide étrangère.

La crise des années 80 a profondément affecté les finances publiques des pays en développement et a donné un relief particulier à la sous-dotation des budgets de la santé, même si certains Etats ont réussi à accroître la part de la santé dans leurs dépenses publiques et à augmenter les dotations affectées à la santé par habitant en valeur réelle. Les politiques d'ajustement structurelles ont souvent été, et sont encore, des boucs émissaires commodes pour évacuer la responsabilité de certains Etats dans des choix de dépenses publiques qui auraient pu être différents. Quoiqu'il en soit, un triple constat émerge: (i) la faiblesse du financement public va de pair avec des soins de qualité médiocre et une couverture très inégalitaire (ii) la gratuité des soins est souvent devenue très largement formelle –rationnement quantitatif des soins, dessous de table, achat de médicaments de spécialité et de consommables dans le privé - (iii) les dispositifs permettant de protéger l'accès des pauvres aux soins sont quasi-inexistants.

Officialisation et besoin de rationalisation de la contribution financière des usagers

C'est dans ce contexte qu'a vu le jour en 1987 l'Initiative de Bamako consacrant, entre autres principes, celui de la participation financière des usagers (ou partage des coûts) et de la disponibilité en médicaments génériques. Le coût réel des soins pour l'utilisateur devait soit diminuer soit augmenter raisonnablement, leur qualité devait s'améliorer et des mécanismes de solidarité communautaire devaient être mis en place. Conceptuellement, il y avait peu de raisons que les pauvres soient plus pénalisés qu'ils ne l'étaient par le système de gratuité de pénurie qui régnait dans la majorité des pays. Les principes de l'Initiative de

Bamako ont été déclinés de manière très variable selon les Etats, qu'il soit fait ou non référence à l'initiative (Asie et Amérique Latine). Au fil des ans, les dogmatismes critiques ou apologétiques paraissent s'estomper à la lumière des études qui se multiplient, affaiblissant la position des aficionados comme celle des opposants inconditionnels au recouvrement des coûts. Aujourd'hui, le bilan est très mitigé, que ce soit en matière d'accès aux soins, de qualité et d'équité, des avancées positives coexistant avec des effets négatifs selon les pays et les expériences.

De toutes les façons, il est évident que la contribution financière des usagers ne saurait à elle seule constituer une formule permettant de sortir les systèmes de santé de l'ornière et garantir à tous un accès à des soins, même limité à des soins de base, de qualité. En a-t-il d'ailleurs jamais été question comme un certain débat passionnel voudrait le laisser entendre ? Aujourd'hui, l'utilité de la participation financière des usagers n'est plus guère remise en cause, mais un recentrage s'opère sur ce qu'il est raisonnable d'en attendre et ce à quoi il faut être particulièrement vigilant (équité, corruption, dévoiements des incitations en recherches de rentes, faible qualité, etc.). Son rôle en tant qu'instrument de recherche de l'efficacité est par ailleurs mis en avant au même titre, sinon plus, que l'objectif financier. Deux effets potentiels sont en ce sens à rechercher. Le partage des coûts allège la contrainte financière de l'Etat, ce qui lui permet d'améliorer son efficacité allocative en concentrant davantage ses dépenses de santé là où les bénéfices sociaux sont les plus importants. En second lieu, le partage des coûts peut améliorer l'efficacité des structures de soins et la qualité des prestations en permettant d'octroyer des incitations financières au personnel et en favorisant un contrôle venant d'"usagers-clients" plus exigeants. Mais naturellement, ceci n'a rien d'automatique comme le montre la littérature.

Le financement de la santé au cœur des politiques de développement

Dans les années 90, la réflexion sur le financement de la santé a été profondément marquée par l'approfondissement de l'analyse des relations entre santé et développement, et plus spécifiquement entre santé et lutte contre la pauvreté, avec un souci croissant porté à l'équité. S'y retrouve notamment l'influence des travaux d'Armatya Sen sur les "capabilities" et l'"empowerment" des populations. En bref et en général, on sait que les pauvres ont moins accès aux services de santé que les autres, que ces services sont de qualité moindre, qu'ils profitent comparativement peu des subventions publiques (analyse de l'"incidence du bénéfice"), qu'ils payent comparativement plus et qu'une utilisation identique des ressources débouche chez eux sur une amélioration de la santé moindre que pour les autres groupes. Les conséquences de la maladie y sont souvent plus redoutables car elle entraîne des

pertes de revenus qui peuvent être dramatiques, conduire à la vente d'actifs productifs, à l'endettement, créant une dynamique pernicieuse qui aggrave la pauvreté ("medical poverty trap"). C'est ainsi que la problématique du financement de la santé dans les pays en développement a été sortie de sa logique sectorielle pour devenir partie intégrante de la lutte contre la pauvreté. On en trouve des illustrations dans les documents cadre de stratégie de réduction de la pauvreté et dans les modalités de l'initiative d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (dite " Initiative PPTE "). Il est donc primordial pour les gouvernements de prendre en considération tous les aspects du financement de la santé dans leurs dimensions macro et micro-économiques, de la gestion des finances publiques à la génération de revenu, au comportement d'épargne des ménages et à leurs modes de gestion du risque, ce qui est un lourd défi compte tenu des faiblesses institutionnelles récurrentes qui subsistent en dépit de progrès constatés, parfois spectaculaires.

Cette évolution de l'approche du financement de la santé ne pouvait que conduire au renouveau de la réflexion sur la protection sociale et sur l'assurance maladie dans les secteurs formel et informel. C'est l'un des grands chantiers actuels en matière de financement de la santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire⁽¹⁾.

Que le financement de la santé soit devenu une dimension clé des politiques de développement est manifeste. Plusieurs orientations font l'objet, semble-t-il, d'un assez large consensus parmi les Etats et leurs partenaires extérieurs, y compris parmi un nombre significatif d'ONG :

- i. Le financement public de la santé reste notablement insuffisant, quand bien même on se limiterait à un panier de soins jugés fondamentaux, mais augmenter les ressources ne suffit pas. Une dimension importante de la réflexion contemporaine est de déterminer quel(s) mode(s) de gestion de ces ressources permet(tent) le mieux d'"acheter" les résultats escomptés, entre autres pour atteindre en matière de santé, les Objectifs de Développement du Millénaire⁽²⁾. Quel financement doit être décentralisé ? L'aide extérieure doit-elle être affectée à des projets particuliers ou plutôt à des programmes ? Doit-elle ne plus être affectée mais accordée au titre de soutien budgétaire général sur la base d'un dialogue avec les autorités centré sur l'atteinte d'objectifs précis en matière de santé

(1) Voir article d'Alain Letourmy, pages 7-8 du présent numéro de la Lettre.

(2) Réduction des 2/3 des taux de mortalité des moins de cinq ans ; des _ des taux de mortalité maternelle ; renverser la tendance en matière de propagation du Sida. On notera que ces objectifs nécessitent d'agir sur de nombreux éléments en dehors du système de santé.

(Sector Wide Approach) avec glissement d'une conditionnalité sur les instruments à une conditionnalité sur les résultats ? etc.

- ii. La nécessité d'une contribution financière des usagers, raisonnable et convenablement articulée aux différents niveaux du système de soins est indispensable comme instrument d'une politique de santé cohérente, mais cet instrument est à manier avec une grande prudence.
- iii. Certains soins et certaines activités sanitaires (avec fortes externalités) doivent rester ou devenir très largement subventionnés ou gratuits. On retrouve ici la question du financement des biens publics/bien privés et de ce qui dans la sphère de la santé constitue des biens publics globaux.
- iv. Les fonctions du financement des systèmes de santé vont bien au-delà de la seule mobilisation des ressources et englobent une mission de mise en commun et de gestion des ressources dans une perspective de partage des risques ; à cela s'ajoute une dimension quasi indissociable des précédentes qui est la question de l'articulation entre modes de régulation et financement des systèmes.
- v. L'impact des modes de financement sur l'accès aux soins et le bien-être des pauvres doit faire l'objet d'une attention particulière. Mais comment se fait-il qu'il n'y ait pas davantage de mécanismes communautaires de solidarité ? L'économiste de la santé souhaiterait l'aide du sociologue pour comprendre pourquoi il y a, ici et là – même si c'est relativement rare - en Afrique et ailleurs, des centres de soins financièrement prospères et des pauvres à qui on ne permet pas d'en franchir le seuil, pourquoi des situations de corruption, connues de tous, sont tolérées par des pouvoirs qui tiennent parallèlement un discours convenu sur l'"exclusion des pauvres des systèmes de soins". Questions assurément naïves...
- vi. Il convient de renforcer la dimension 'protection' des modes de financement et plus largement des systèmes de santé. Il en résulte logiquement un intérêt fort pour le développement des mécanismes d'assurance, depuis la recherche de la réhabilitation et de l'élargissement des dispositifs de protection sociale institutionnelle existants dans le secteur formel, jusqu'au développement de multiples formules d'assurance dans le secteur informel (épargne-santé, mutuelles, etc.).

Le financement des "maladies de la pauvreté"

En 2000, près de 70% des pertes d'AVCI (années de vie corrigées de l'invalidité) en Afrique sont dues aux maladies transmissibles contre 43% en Asie du sud-est et 11% en Europe. Parmi ces maladies, le Sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies diarrhéiques et la rougeole sont les principales responsables des décès. En 2002, six millions de décès dans le monde étaient

attribuables au VIH/sida (3 millions dont 75% en Afrique sub-saharienne), à la tuberculose (2 millions) et au paludisme (1 million, dont 90 % en Afrique sub-saharienne).

Depuis quelques années, la communauté internationale s'est donc mobilisée pour accroître les ressources destinées à lutter contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, les "maladies de la pauvreté". Il s'en suit différentes initiatives que l'on évoquera brièvement ici.

En 1997, l'onusida lance une initiative pour l'introduction de la thérapie antirétrovirale à prix réduit qui permet, en 1998, le lancement en Côte d'Ivoire et en Ouganda des premiers projets d'accès aux antirétroviraux, suivi du Sénégal qui lance sa propre initiative. En 1999, la France engage une action concertée incitative (ACI) dans le domaine de la recherche et lance par l'intermédiaire du Ministère de la Recherche, le programme VIHPAL. L'objectif de l'ACI est de renforcer les liens de coopération scientifique entre la France et les pays en développement en développant les recherches sur les maladies tropicales. Le programme a permis de financer des contrats de recherche, répartis pour environ un tiers au VIH/sida et deux tiers au paludisme, impliquant des chercheurs français et des chercheurs et universitaires du sud.

En 1998, l'initiative "Faire reculer le paludisme" (Roll Back Malaria) est lancée par l'OMS et confortée en avril 2000, par la déclaration d'Abuja signée par 44 chefs d'Etat Africains. Elle fixe comme objectif qu'en 2005, au moins 60% des personnes à risque (les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans) aient reçu une moustiquaire imprégnée ou aient accès à tout autre moyen de prévention du paludisme. Mais cinq ans après le début de l'initiative, 2 % seulement des enfants africains dorment sous moustiquaire imprégnée.

L'idée d'un fonds mondial "Sida et santé" - devenu "Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme" (Fonds Global) a été lancée en juillet 2000 à Okinawa (Japon) lors de la réunion des pays du G8. En janvier 2001, cette idée a reçu l'appui du Secrétaire général des nations unies et du Directeur général de l'OMS. Officiellement créé en 2002, le fonds est une entité internationale, issue d'un partenariat indépendant émanant des secteurs public et privé. Son objectif principal est de recueillir, gérer et verser des ressources qui complèteraient ou s'ajouteraient à d'autres formes d'aide au développement pour contribuer de manière durable et significative à réduire les infections, la maladie et la mort.

Pour le Sida, l'objectif spécifique, réaffirmé par l'OMS le 1^{er} décembre 2003, est de permettre l'accès aux antirétroviraux à trois millions de personnes des pays en développement d'ici à 2005, mais six millions de malades en auraient un besoin urgent. Et si la tendance actuelle se prolonge, seul un million de personnes y auront accès en 2005. Selon l'OMS, le coût du programme serait de 5,5 milliards de dollars dont l'essentiel reste encore à mobiliser.

Les principales sources de financement du Fonds Global sont les Etats donateurs (50%) et la société civile (40%) dont les ONG et les institutions académiques. Les ressources ont été allouées pour 60% à l'Afrique, 20% à l'Asie, 11% à l'Amérique Latine et 9% à l'Europe de l'est et affectées à des programmes concernant pour 60% le VIH/sida, 23% le paludisme et 17% la tuberculose. Les versements sont, comme on pouvait s'y attendre, très en deçà des engagements des Etats et le fonds est donc largement sous doté. L'Union Européenne a pour sa part lancé une initiative de 600 M d'euros visant à la création d'un partenariat Nord-Sud pour la réalisation d'essais cliniques (EDCPT) sur les trois maladies de la pauvreté VIH/sida, le paludisme et la tuberculose.

Par ailleurs, une question importante est de savoir dans quelle mesure ces ressources sont additionnelles aux autres formes d'aide à la santé, ou dans quelle mesure une partie d'entre elles correspond de fait à des réorientations de priorités dans le domaine de la santé (et des autres secteurs). Si tel est le cas, à quels types de dépenses de santé a-t-on renoncé pour un plus grand effort en faveur de la lutte contre le Sida ?

En conclusion, pour tous les pays confrontés à la nécessité de faire évoluer leur système de santé, il est

essentiel de considérer l'importance du choix des options sociales sous-jacentes à la panoplie de mesures techniques de financement qui s'offrent aux décideurs. Aucun mécanisme de financement, de régulation et de recherche de l'efficacité n'est socialement neutre. Donc, des choix à caractère social s'opèreront nécessairement. Soit ils seront le résultat d'une réflexion aboutie, soit ils seront le produit implicite des orientations adoptées et dont les conséquences sociales s'imposeront alors aux populations et à leurs gouvernements. C'est précisément pour cette raison que les mécanismes de financement des systèmes de santé doivent être placés au service d'une stratégie de développement car les choix qui sont faits traduisent l'importance qu'une société donne ou souhaite donner à certaines valeurs.

Martine AUDIBERT

CERDI, Directeur de Recherches au CNRS

Jacky MATHONNAT

CERDI, Professeur à l'Université d'Auvergne

Colloque "L'amélioration de l'accès aux services de santé en Afrique francophone : le rôle de l'assurance"

Institut de la Banque Mondiale - Institut Multilatéral d'Afrique - CES

28-29 avril 2004 – Paris

L'une des premières initiatives entreprises par le Comité de Coordination ESPAD a été de s'associer avec l'Institut de la Banque Mondiale (WBI) et l'Institut Multilatéral d'Afrique (IMA) pour l'organisation d'un colloque sur "Le financement des systèmes de santé en Afrique Francophone", avec le soutien du Ministère des Affaires Étrangères, de l'OMS et de nombreuses autres organisations internationales.

Ce colloque intervient dans le cadre du programme, lancé en 2001 par le WBI et le IMA, de formation aux problématiques d'assurance en santé des décideurs des pays d'Afrique francophone.

Le CES serait en charge de l'organisation de la manifestation d'un point de vue logistique et serait associé à l'élaboration du programme des 2 journées qui

se tiendront au Conservatoire National des Arts et Métiers à Paris.

Ces journées s'inscriront dans le cadre du cycle de séminaires internationaux sur l'assurance et le risque en santé (SEMINARIS) développé par le CES depuis début 2002. Le format et le type de contenu de cette IV^{ème} conférence SEMINARIS seraient similaires aux trois précédentes (intervention de professionnels et d'académiques, table ronde, large place pour le débat avec la salle...).

Toutes les personnes souhaitant participer à cette conférence sont priées de se faire connaître par e-mail ou courrier. Des informations sur l'organisation et le déroulement de la manifestation seront diffusées en janvier 2004 sur le site internet du collège.

Santé, lutte contre l'exclusion et la pauvreté dans les pays en développement

La pauvreté endémique qui sévit dans les pays en développement a évidemment des conséquences en termes de santé. La mortalité et la morbidité qu'on y observe sont le reflet de l'importance de la population démunie et elles constituent simultanément un facteur d'appauvrissement de l'économie et de la société. Deux questions essentielles concernent les économistes à partir de ce constat trop souvent fait. La première renvoie aux modalités d'accès aux soins des personnes démunies : comment leur permettre de bénéficier de services de bonne qualité et réalisant une prise en charge complète de leur état, lorsque cela est nécessaire ? Cette question a trait à l'organisation des soins médicaux et à leur financement. La seconde interroge sur la place à donner à la santé dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion : comment éviter que les personnes qui ont (ou auront) une capacité productive ne puissent l'utiliser du fait de la maladie et qu'elles aillent ainsi augmenter le stock des indigents ? On est là dans le domaine de la protection sociale.

Le paiement des soins pour les personnes démunies

L'évolution des modalités de financement des systèmes de soins dans les pays en développement n'a pas été favorable aux personnes sans ressources. L'Initiative de Bamako a incité les pays à l'organisation du "recouvrement des coûts", c'est-à-dire à l'instauration du paiement direct des services et des médicaments par les malades. Ce dispositif a élevé automatiquement une barrière financière en matière de recours aux soins. Elle a provoqué l'exclusion des plus pauvres, comme l'ont montré diverses études effectuées dans des contextes différents. Cela dit l'Initiative de Bamako ne doit probablement pas être tenue pour unique responsable de cette mise à l'écart des indigents et il faut savoir que la gratuité d'accès aux soins dans les pays à faible revenu n'a correspondu qu'exceptionnellement aux pratiques réelles. Si l'on met de côté certains pays marqués, jusqu'à une date assez récente (comme le Viet Nam), par une organisation des soins de type soviétique, les usagers du secteur public avaient toujours une certaine somme à déboursier, soit pour rémunérer de façon occulte les personnels, soit pour acheter eux-mêmes les produits manquant dans les formations de santé. Avec le recouvrement des coûts, le paiement est devenu officiel et une tarification sociale a été mise en place. Cela n'a pas empêché la pérennisation des pratiques antérieures, mais il est devenu patent que l'accès aux centres de soins et a fortiori à l'hôpital était impossible pour les plus pauvres. Les pouvoirs publics n'ont pas ignoré cette situation et, dans de nombreux pays, ils ont promulgué des dispositifs de gratuité réservés à certaines catégories

de malades ou de personnes (femmes enceintes, jeunes enfants, etc.), dont celles qui étaient réputées pauvres (personnes âgées et indigents officiellement reconnus). Ces dispositifs ont rarement donné satisfaction. Dans bon nombre de situations, ce sont les formations de santé qui ont assumé le coût des soins "gratuits", car il était impossible que les payeurs substitutifs remplissent leurs engagements. Ainsi, dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest, la pratique des certificats d'indigence, délivrés par les autorités territoriales, s'est traduite par un manque à gagner considérable pour les prestataires et, en outre, un certain nombre de faux indigents ont profité de la situation. La délivrance de ces certificats tend à disparaître, mais on note toutefois que les réformes des établissements de soins qui, dans leur ensemble, instaurent leur autonomie financière leur laissent en même temps la charge des soins aux plus démunis, en posant par exemple le principe de l'obligation de soins en cas d'urgence, même pour ceux qui ne peuvent payer. On comprend alors que les personnes sans ressources soient mal accueillies, voire rejetées par le secteur public. Paradoxalement, le versement *ex ante* de subventions aux établissements ne résout pas le problème, car ceux-ci tentent d'abord de faire payer les malades et leur refusent l'accès en cas de non solvabilité. Dans ce cas, l'offre de soins n'est plus pénalisée, mais la situation est pire pour les pauvres.

Ces difficultés à établir la gratuité dans des formations de santé qui sont par ailleurs tenues de recouvrer des recettes propres ont entraîné la réflexion et l'expérimentation sur la mise en place de dispositifs de financement permettant l'accès des plus pauvres. Ces filets de sécurité doivent reposer sur une solidarité élargie et l'on observe qu'il y a plusieurs façons de concevoir celle-ci. Les systèmes les plus larges envisagent la mise en place de fonds nationaux qui sont censés payer à la place des indigents, selon des modalités plus ou moins simples.

Il existe aussi des dispositifs locaux instaurant un partage des coûts entre les formations de santé et les collectivités et qui réduisent à peu de choses, voire à rien du tout, la dépense à la charge des malades (cas des Caisses de solidarité du Mali). L'avantage des dispositifs locaux tient à la connaissance des personnes et à la proximité entre le payeur et le prestataire de soins. Mais, on note toutefois qu'ils n'évitent pas la mise en place d'une procédure assez complexe d'identification des pauvres, ni d'un système de gestion qui entraîne un coût non négligeable. Ainsi, ces dispositifs se révèlent parfois dissuasifs pour les personnes, qui préfèrent ne pas chercher à en bénéficier et ils semblent difficiles à généraliser là où les acteurs locaux ne sont pas prêts à financer les soins des indigents. Le résultat est que ces

dispositifs représentent un ensemble d'expérimentations hétérogènes et qu'elles ne couvrent que peu de personnes, au regard des besoins supposés.

L'instauration de systèmes plus larges (fonds d'assistance) devrait donc recevoir une attention plus grande, mais elle se heurte au problème de définition générale du statut d'indigent, qui est loin d'être consensuelle. Par ailleurs, la mise en place d'une institution nouvelle, intervenant dans le financement des formations de santé, appelle de nombreuses réserves, compte tenu des échecs ou des dysfonctionnements patents des caisses de sécurité sociale dans les pays en développement. Il reste que, comme on va le voir, il n'y a pas beaucoup d'autres voies pour la prise en charge des soins aux plus démunis, dans le contexte de l'extension de la protection sociale destinée à contribuer à la lutte contre la pauvreté.

L'extension de la protection sociale et la lutte contre la pauvreté.

L'accent mis sur la lutte contre la pauvreté fait de la santé et de son maintien un facteur de préservation de la capacité productive des personnes, qui doit les empêcher de tomber dans la pauvreté. Le concept de capital humain est sous-jacent à cette approche, qui vaut autant pour le secteur de la santé que pour celui de l'éducation. C'est la vulnérabilité des populations qui doit être réduite et la démarche qui s'impose s'exprime en termes de gestion du risque. Elle milite en faveur du développement de la protection sociale et de l'assurance maladie, non pas en direction des pauvres, mais de ceux qui pourraient le devenir. La cible est donc la population des exclus de la couverture sociale existante, c'est-à-dire principalement les ménages évoluant dans ce qu'il est usuel d'appeler le secteur informel de l'économie. Ce secteur regroupe le monde rural et les activités urbaines de petit commerce et d'artisanat, qui sont caractérisées par une absence de cadre relatif aux conditions de production et d'emploi.

Dans les pays en développement, ce secteur de l'économie regroupe de 60 à 90 % de la population, selon les contextes. Le concept de micro assurance de santé représente le mode d'organisation de l'assurance maladie en direction de ces groupes. Il fait l'objet de nombreuses expérimentations, soutenues par la plupart des partenaires du développement, bailleurs et ONG. Les formes prises par la micro assurance sont variables. Le cas des mutuelles, répandu en Afrique de l'ouest et du centre, est intéressant en ce qu'elles représentent une forme de gestion décentralisée et participative de la protection sociale.

En Asie et en Amérique latine, on a de nombreux exemples de micro assurance de santé, greffée sur des activités de micro crédit et sur des micro entreprises. L'organisation de ces dispositifs laisse plus ou moins de place à la participation, mais on est bien dans la même démarche en direction des exclus de la protection sociale classique, fondée, quant à elle, sur le salariat et

qui ne s'est mise en place que dans les entreprises privées et au sein de la fonction publique.

Si cette extension de la protection sociale constitue une perspective importante, comme instrument de prévention de la pauvreté, elle ne résout pas le problème de la couverture maladie des plus pauvres. Certains États ont beau afficher leur volonté de mettre en place une assurance maladie universelle (Côte d'Ivoire, Gabon, Kenya notamment), ils devront trouver une solution pour que tous contribuent aux régimes créés. Or il est clair que l'accès à l'assurance est interdit à ceux qui sont déjà tombés dans la pauvreté.

Les formules de micro assurance ou les mutuelles tentent de couvrir le plus grand nombre avec des garanties très bon marché, mais il reste toujours une cotisation à payer, que les plus démunis ne peuvent fournir. On retrouve inévitablement la question de la subvention à donner aux indigents, mais cette fois, c'est l'adhésion à un régime d'assurance volontaire qu'il s'agit de subventionner. On retrouve les mêmes possibilités et les mêmes difficultés que lorsqu'il s'agit de payer les soins à la place des pauvres. La subvention d'une adhésion peut être locale, par exemple dans le cas d'une mutuelle de village où la communauté s'entend pour faire bénéficier certains ménages sans contribution (cas de villages tirant leurs ressources de cultures de rente au Mali par exemple). Mais il peut y avoir un dispositif de plus grande ampleur : subvention globale d'une mutuelle par l'État ou par une collectivité territoriale, système de paiement substitutif de la cotisation par un organisme de niveau régional ou national. Comme lorsqu'il s'agit de payer les soins, la détermination des indigents constitue un passage obligé (et délicat à négocier) de la démarche.

Il reste que l'assurance maladie n'a de chances de fonctionner correctement que si des formations de santé de bonne qualité sont associées aux régimes, ce qui n'est pas toujours facile à trouver dans les pays en développement. Cette remarque indique que les avantages supposés de l'extension de l'assurance maladie dans la lutte contre la pauvreté sont conditionnés par le fonctionnement de l'offre de soins. Ils n'en sont pas moins importants, non seulement pour les personnes vulnérables dont il s'agit de préserver le capital humain, mais aussi pour les plus pauvres, qui, au-delà de la possibilité d'accès aux services et aux médicaments qui leur est offert par la garantie, seront intégrés à des dispositifs à vocation générale.

Alain LETOURMY
Chercheur CNRS
CERMES - CNRS

Quelle place pour la politique hospitalière dans les pays à faible revenu ?*

Dans les pays à faible revenu, tout comme dans les pays à revenu élevé, l'hôpital est omniprésent dans le débat sur la réforme du système de santé. Cependant les termes de ce débat s'expriment de manière totalement différente dans des pays où :

- le financement public ne couvre qu'une part mineure des dépenses de santé ;
- la protection sociale étant quasiment inexistante, il n'y a pas de tiers payant ;
- les bailleurs étrangers apportent souvent davantage de ressources que l'Etat n'en mobilise.

Il est aisé d'en déduire le décalage des enjeux autour de la régulation d'un système de santé dans lequel :

- la faiblesse des systèmes d'information donne une image floue de l'activité hospitalière ;
- les établissements sont souvent caractérisés par d'importants dysfonctionnements rendant les soins coûteux et de qualité médiocre ;
- le personnel hospitalier absorbe une part majeure des insuffisantes ressources humaines nationales.

Dans un contexte, où les ressources nationales, complétées par l'aide internationale⁽³⁾ ne suffisent pas pour mettre en place un dispositif d'offre de santé cohérent et complet, il n'y a pas d'autres alternatives que de focaliser la politique de santé sur la priorisation des dépenses de santé. Toute l'analyse qui a prévalu pour mettre en place cette stratégie repose sur trois éléments essentiels :

- Une situation épidémiologique dominée par les maladies transmissibles et les conséquences du milieu (hygiène de vie et pratiques culturelles) ;
- Une analyse du système de santé s'appuyant sur l'évolution des principaux indicateurs socio-démographiques (mortalité infantile, mortalité maternelle, espérance de vie,...) comme indicateurs de résultat.
- Une amélioration des indicateurs socio-démographiques possible rapidement grâce à des interventions peu coûteuses mais ayant un impact

significatif sur la situation épidémiologique (vaccination, lutte contre la malnutrition, lutte antivectorielle,...).

Dans ce cadre d'analyse, l'hôpital est jugé peu efficace puisqu'il mobilise une part majeure des ressources publiques, sans amélioration significative des indicateurs choisis. Toute la réflexion sur le système de santé se concentre alors sur la mise en œuvre des soins de santé primaire qui se décline ultérieurement sous la forme de : "l'opérationnalisation du district de santé" et "la mise en œuvre de l'initiative de Bamako".

L'échec de la politique d'appui aux hôpitaux de référence et les premiers résultats encourageant des politiques en faveur des soins de santé primaires ont largement contribué, pendant les années 90 à un véritable effet d'éviction de l'hôpital dans la réflexion sur l'évolution des systèmes de santé. De manière paradoxale, dans le même temps :

- pour les Etats, bien qu'adhérant aux priorités de soins de santé primaire (sous l'influence -pour ne pas dire la contrainte- des bailleurs de fonds), la demande de soutien en faveur du secteur hospitalier n'a pas faibli tout comme la part qu'ils y consacraient sur le budget public de santé ;
- les partenaires du développement soutenant les soins de santé primaires reconnaissent aussi une place majeure à l'hôpital de première référence dans le cadre du système de santé de district : ils continuent à y réaliser d'importants investissements.

Alors que l'hôpital de district a bénéficié de l'importante réflexion sur la mise en place d'un système de santé s'appuyant sur la notion de district, il faut reconnaître l'absence de conceptualisation autour de la politique hospitalière. Lorsque le volet hospitalier figure dans la réforme des systèmes de santé, il se traduit rarement par une politique. Il s'agit le plus souvent de la déclinaison au secteur hospitalier des autres composantes de la politique de santé : amélioration de l'offre de soins, renforcement des compétences professionnelles, amélioration de l'accès aux soins, meilleure allocation spatiale des ressources, incitations à la performance par l'autonomisation et/ou une privatisation accrue, etc.

Depuis la fin des années 90, la question hospitalière fait l'objet d'une vision plus nuancée bien que restant secondaire dans un débat maintenant dominé par la lutte contre le SIDA et la réduction de la pauvreté dans le cadre de la politique d'allègement de la dette. En effet en reconnaissant l'importance de l'hôpital dans la mobilisation des ressources publiques nationales et en acceptant l'enjeu politique de cette institution, il n'apparaît plus possible de l'ignorer. Il devient alors

* L'auteur de cet article, Eric de Roodenbeke est directeur d'hôpital. Il a été chargé de mission politique hospitalière au Ministère de la coopération puis des affaires étrangères (1996/2001) et à partir de janvier 2004 auprès de la Banque Mondiale.

(3) De manière bilatérale, principalement par les pays appartenant au Comité d'Aide au Développement de l'OCDE et par les grands bailleurs multilatéraux.

nécessaire de proposer des solutions pour améliorer son fonctionnement. C'est une évolution notable par rapport au discours antérieur s'appuyant sur la critique de l'hôpital pour conforter la nécessité de consacrer toutes les ressources sur la politique de district.

L'optique qui est alors choisie est dominée par l'analyse de la piètre performance de l'hôpital en tant qu'organisation à partir d'une approche focalisée sur les facteurs de production et sur la production elle-même : approvisionnement défaillant, personnel démotivé, infrastructures et équipements non fonctionnels, soins de faible qualité, fréquentation insuffisante et/ou inadéquate, etc.

Ainsi les réponses ont été développées sur ce registre en réfléchissant en particulier sur le statut de l'hôpital pour placer cet aspect au cœur de la réforme hospitalière⁽⁴⁾. Les débats portent sur :

- les modalités de réforme du statut de l'hôpital public et sur l'importance qu'il faut lui donner par rapport au développement du secteur privé.
- la privatisation et la notion d'hôpital entreprise avec des outils qui ne diffèrent pas d'un continent à l'autre à partir d'une présentation universelle des possibles solutions.

Pour obtenir les améliorations souhaitées, les efforts se concentrent autour des facteurs pouvant créer les conditions d'une meilleure performance :

- évolution du cadre réglementaire dans une logique publique et/ou selon une approche privée pour favoriser les mécanismes de marché afin d'optimiser le processus de production ou du moins de limiter les gaspillages les plus visibles ;
- formation de gestionnaires à différents niveaux de manière à disposer de compétences qui font particulièrement défaut dans ce domaine. Il est attendu de ces professionnels qu'ils mettent en place les outils de maîtrise de la gestion ;
- politiques en direction des ressources humaines combinant formation et dispositifs de motivation en relation avec les résultats (mesurés en termes de volume d'activité et/ou de recettes) ;
- utilisation du financement comme instrument pour inciter à la performance et/ou orienter la nature de la production vers des domaines jugés prioritaires.

Cette préoccupation sur le statut de l'hôpital comme élément générateur de performance potentielle n'est pas négligeable mais elle masque ce qui devrait être au premier rang des questions sur l'hôpital : la réflexion sur la portée de l'institution hospitalière dans le système de

santé. La réforme institutionnelle qui est souvent mentionnée au sujet de l'hôpital dans la politique sectorielle en faveur de la santé ne recouvre que le cadre institutionnel dans lequel l'organisation hospitalière évolue.

Une réflexion sur la performance qui dépasse la préoccupation du statut de l'hôpital est au cœur de débats dans les pays à revenu élevé mais avec une base théorique et factuelle encore débutante⁽⁵⁾ : ce qui domine relève principalement d'une analyse de la performance d'un processus de production ou de l'organisation en s'appuyant sur des analyses médico-économiques de quelques pathologies "traceuses". Une telle démarche, qui n'est pas encore véritablement engagée dans les pays à faible revenu, ouvre des perspectives pour s'engager dans une analyse de la performance institutionnelle.

En envisageant l'hôpital sous l'angle institutionnel, il s'agit de s'interroger en premier lieu sur le bien fondé de ses missions afin de rechercher celles pour lesquelles, il joue un rôle incontournable et/ou plus efficient. Cette question nous oblige à revenir sur la nature des indicateurs choisis pour mesurer le produit hospitalier. En effet, la focalisation sur la mesure de la performance du système de santé à partir de l'évolution des indicateurs socio-démographiques ne pouvait qu'occulter une réflexion sur l'institution hospitalière : celle-ci est par définition inefficace car elle n'a que peu d'influence sur ces indicateurs.

Alors que la politique de soins de santé primaire montre aussi ses limites même si les stratégies de lutte contre la pauvreté participent à sa relance, il n'est plus possible de continuer à négliger certaines dimensions fondamentales associées à l'hôpital :

- l'hôpital doit s'analyser sous sa dimension de bien public au regard de la sécurité qu'il apporte aux populations qui peuvent y faire recours (le service des urgences en est l'illustration)⁽⁶⁾ ;
- l'hôpital joue un rôle de filet de sécurité pour la prise en charge des gros risques. Les mécanismes de financement et l'organisation pour assurer une bonne accessibilité interviennent de manière déterminante pour garantir ou non l'égalité face à la prise en charge de la maladie ;
- l'hôpital joue un rôle majeur pour la formation des professionnels de santé : cette production n'est pas mesurée et les organisations bureaucratiques actuelles

(5) Voir travaux de la DRESS, de l'OCDE et du centre de l'OMS à Barcelone.

(6) L'efficience de la politique hospitalière ne peut pas se réduire à un simple rapport entre ressources mobilisées et production de soins mesurée en terme d'activité tels que journée d'hospitalisation, actes réalisés, etc. Cette relation n'est pertinente que pour juger de la performance relative des organisations hospitalières.

(4) A. Preker et A. Harding - Innovation in health service delivery : the corporatization of public hospitals- the World Bank, Washington, D.C., 2003, 618p - en est l'illustration avec une présentation analytique autour de la question du statut et une série d'étude de cas.

qui dissocient la responsabilité de soins de celle de la formation contribuent à des dysfonctionnements majeurs dans l'organisation de cette production ;

- l'hôpital est nécessaire pour crédibiliser les soins de santé primaire et son développement va de pair avec celui du renforcement de l'accès à la santé de base. La question de l'articulation entre les institutions est donc particulièrement importante. Elle se pose principalement lorsqu'il s'agit de dépasser le niveau du district de santé.
- la réflexion sur l'hôpital est liée à celle sur le rôle de la croissance urbaine dans la dynamique du développement. L'institution hospitalière se justifie dans un bassin de population qui permette de dépasser l'effet de seuil pour assurer la réalisation d'économies d'échelle.

La promotion des soins de santé primaires, dont il n'est pas question de contester la légitimité, s'est trop focalisée sur l'évolution des indicateurs socio-démographiques. Ces indicateurs mis en avant de manière excessive pour justifier la nécessité "d'investir dans la santé" ne pouvaient que conduire à cet effet d'éviction sur la réflexion hospitalière. Le développement massif de l'épidémie du SIDA a démontré l'importance d'une approche combinée : celle sur la prévention qui dépasse largement le système de santé et celle sur le traitement qui repose sur la performance du système de santé à la fois au niveau de base mais aussi de l'hôpital.

La réflexion sur la réforme hospitalière doit dépasser la question du statut des hôpitaux pour évoluer vers un paradigme plus large qui doit combiner l'approche sur l'organisation et celle sur l'institution dans une vision précisant mieux les capacités du système de santé à répondre aux besoins de santé des populations. De plus, le système hospitalier ne peut se résumer derrière le terme générique "d'hôpital". Les établissements hospitaliers possèdent des missions variables en fonction de leur place dans le système de santé et de la densité de population dans leur zone de chalandise. Une typologie hospitalière doit accompagner la double réflexion sur la performance de l'institution comme de l'organisation.

Si les termes du débat sont spécifiques aux pays à faible revenu, il existe une certaine universalité des facteurs à considérer pour aborder la question hospitalière dans les systèmes de santé.

(7) D. Filmer, J. Hammer et L. Prichett, pp. 375-396 dans "Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu". Sous la direction de M. Audibert, J. Mathonnat, E. de Roodenbeke, Karthala, Paris, 2003.

(8) Déjà en 1981, le Dr Mahler, Directeur général de l'OMS indiquait : "Un système de santé fondé sur les soins de santé primaire ne peut tout simplement pas exister sans un réseau hospitalier." OMS, Hôpitaux et santé pour tous, rapport d'un comité d'experts, série de rapports techniques, #744, Genève, 1987, 88 p.

Mais l'importance donnée à chacun de ces facteurs ne sera pas la même en fonction des priorités qu'il faut mettre en avant compte tenu des ressources disponibles, des modalités de leur mobilisation et du paysage épidémiologique.

Eric de ROODENBEKE

Senior Health Specialist

Bureau développement humain Afrique de l'Ouest

Banque Mondiale

Communiqué de l'un de nos Membres, suite à la dernière Lettre du Collège

"A la suite de la publication des recommandations méthodologiques du CES dans la lettre du CES de Juin 2003, il est fait à plusieurs reprises allusion aux recommandations 1997 présentées comme d'hypothétiques travaux antérieurs du CES. Il convient de préciser que les recommandations de 1997 ont été réalisées à l'initiative de la commission Évaluation économique du médicament de l'ex-SNIP par une commission tripartite composée de 18 membres dont 6 représentants des pouvoirs publics, 6 représentants académiques et 6 industriels de la santé. Cette commission a été présidée par Émile Lévy qui a été choisi uniquement pour sa grande expertise et non pour sa qualité de Président du CES de l'époque. Cette commission a donc toujours travaillé à l'écart des auspices du CES.

Le fait que les recommandations méthodologiques de 1997 aient été publiées dans une lettre du CES de 1997, puis entre autre par le Journal d'Économie Médicale ne confère aucune paternité particulière du CES sur ces travaux."

Ariel Béresniak

Précision d'Émile Lévy en réponse à ce message

"Les arguments développés par Ariel Béresniak sont dans l'ensemble exacts et méritaient à ce titre d'être communiquées à nos lecteurs. Cependant certaines affirmations sont excessives. Non seulement les recommandations ont été portées à la connaissance du public grâce à la Lettre du Collège, mais encore le budget ayant permis de donner quelques moyens à la Commission, dont il est question, a été voté et versé au crédit du Collège des Économistes de la Santé, lequel a pu ainsi rémunérer 2 rapporteurs et payer quelques frais de déplacement. Donc, si sur le fond il ne s'agit effectivement pas de paternité, sur la forme le Collège a permis que l'opération puisse se faire."

Émile Lévy

L'Agence Française de Développement et les enjeux de l'économie de la santé dans l'aide aux systèmes de santé dans les pays du Sud

Le groupe de l'Agence Française de Développement (AFD) est créé en 1941 à Londres (sous le titre de Caisse Centrale de la France Libre), son appellation a ensuite évolué avec celles de ses différentes missions. La réforme de la coopération de 1998 a confirmé le rôle principal de l'AFD comme "opérateur pivot" du dispositif d'aide publique au développement et comme acteur de référence du financement de l'économie des Départements et Territoires d'Outre-Mer. Sa filiale PROPARCO intervient en faveur du secteur privé. L'AFD gère également les deux institutions monétaires de l'Outre-mer, l'IEDOM et l'IEOM. Ses tutelles sont le Ministère des Affaires Étrangères et le Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie.

L'AFD est un établissement public et une institution financière spécialisée soumise à la réglementation bancaire. En 2001, le total de ses engagements (hors opérations de garanties et hors ajustement structurel) représentait 1,22 milliards d'€ pour un total de bilan de 17 milliards d'€. Le directeur de l'AFD est Jean-Michel Séverino, ancien vice-président l'Asie de la Banque Mondiale. Pierre Jacquet, membre du CAE, est économiste en chef et directeur de la stratégie.

Les orientations stratégiques de l'AFD

Le Plan d'Orientation Stratégique (POS) élaboré en 2002 donne trois principales orientations à l'institution : être une agence de développement de référence mondiale, (contribuer aux engagements internationaux de la France et, renforcer et développer ses partenariats stratégiques et financiers par l'AFD. Les financements de l'AFD (sous différentes formes : prêt, don, garantie, etc.) correspondant aux trois thèmes principaux d'intervention retenus, visent à favoriser :

- (i) Un environnement économique stable et efficient ;
- (ii) Un développement respectueux de l'environnement ;
- (iii) Un développement soucieux de cohérence sociale.

Ce dernier thème comprend la lutte contre la pauvreté (objectif central des institutions bi et multilatérales de développement) et les inégalités (objectif complémentaire défendu par les pouvoirs publics français).

L'accès des populations démunies aux services de base (eau, éducation et santé) est la principale stratégie visant à renforcer cette cohérence sociale. Les secteurs de l'éducation et de la santé ont été confiés à l'AFD dans le cadre de la réforme de la coopération de 1998.

Le secteur de la santé au sein de l'AFD

Les financements accordés depuis 1999 dans le secteur de la santé pour un montant d'environ 50 millions d'€, visent notamment à :

- (i) Renforcer l'ensemble des sous systèmes de santé au niveau d'une région administrative (Mali, Tchad, Maroc etc...);
- (ii) Favoriser la lutte contre les grandes endémies, dont le VIH-SIDA (Mozambique, Haïti, etc...);
- (iii) Développer des actions ciblées sur des sujets à fort potentiel (intervention des entreprises privées en faveur de la lutte contre le VIH-SIDA, partenariat public-privé, production vaccinale, système de protection maladie : micro-assurances de santé, problématique eau et santé, etc.).

Les thèmes qui portent sur l'articulation :

- (i) de l'offre et de la demande de soins,
- (ii) des politiques sectorielles nationales et des politiques de développement local,
- (iii) des volumes d'investissement et des capacités de fonctionnement (ressources financières, problématique des ressources humaines),
- (iv) des capacités de payer des usagers et du cadre de dépenses et de financement du secteur à moyen terme, etc., sont explorés dans chaque projet ou programme financé par l'AFD.

D'autres thématiques de travail spécifiques sont inscrites dans l'agenda du secteur de la santé :

- (i) L'insertion de la problématique de la micro-assurance dans les formations dispensées au CEFEB (centre de formation spécialisé de l'AFD situé à Marseille), dont le diplôme (DESS) est accordé par l'université Paris I ;
- (ii) La prise en compte de la protection sociale dans le cadre de la problématique de la croissance et la compétitivité des économies etc...

Autre cadre de référence : les nouveaux enjeux de l'aide au développement

La remise en question des politiques d'aide, notamment à la fin des années 1990 a conduit d'une part, à un besoin accru de justification et d'évaluation des interventions et d'autre part, à une meilleure harmonisation des interventions des bailleurs et de la conception de nouvelles logiques d'intervention.

Un des enjeux majeurs de l'aide porte ainsi sur le passage d'une approche traditionnelle ou aide-projet vers le financement de politique sectorielle dans le cadre d'une approche programme, utilisant un financement de nature budgétaire. L'augmentation des volumes d'aide et l'amélioration de la gouvernance demeurent les autres grands sujets du débat international.

La santé est probablement le secteur (avec l'éducation) le plus concerné par ces nouvelles orientations en raison de ses caractéristiques propres (nombreux déterminants, dimension multi sectorielle des résultats sanitaires, existence de nombreux sous systèmes contribuant aux atteintes des objectifs, rôle fondamental des politiques publiques etc...).

Et l'économie de la santé dans tout cela ?

Cette présentation rapide des interventions santé à l'intérieur des objectifs de l'AFD et dans le cadre des grands enjeux de l'aide au développement au niveau mondial, a montré qu'elles s'inscrivent dans un contexte général où la problématique économique est devenue incontournable.

Les arbitrages budgétaires délicats (la ressource publique étant limitée) entre les différents domaines traditionnels de l'AFD (grandes infrastructures ; secteurs de l'eau ou du développement agricole ; secteur financier ; besoins d'investissement des entreprises, etc...) obligent le secteur de la santé à affiner la justification (notamment économique) de toute demande d'allocation de ressources internes.

Lors de la conception des projets qui fait en général appel à de l'expertise externe, l'évaluation économique des interventions envisagées doit être proposée. La pérennité des financements envisagés doit également prendre en compte la question des coûts récurrents occasionnés par les investissements. Le financement des services à produire doit être analysé tant du point de vue des opérateurs publics que de celui des acteurs privés.

En outre, il est probable que des interventions spécifiques au domaine du financement des soins et de la protection maladie vont être progressivement développées à l'AFD.

L'approche sectorielle et le financement budgétaire qui deviennent la norme en terme de modalité de l'aide en général, conduisent à développer notamment :

- (i) l'analyse des politiques publiques et leurs conditions de réussite (notamment le cadrage financier, la politique de ressources humaines, etc...),
- (ii) l'évaluation institutionnelle du système de santé, et
- (iii) l'articulation avec les autres politiques sectorielles.

Dans tous ces différents domaines, l'économie de la santé a un rôle éminent à jouer. Si dans la plupart des institutions de développement cette discipline a probablement pris une place dominante, cela n'est pas le cas dans les pays du Sud. Dans ces derniers, il manque en effet un nombre important d'économistes de bon niveau, placés dans des positions de décision et d'expertise au sein des administrations de santé afin d'améliorer la pertinence des orientations de santé publique. La formation en Afrique d'économistes de la santé reste modeste eu égard aux enjeux du secteur.

La capacité de fournir à ces experts, l'accès à la connaissance du Nord et à des circuits d'échange institutionnels durant leur carrière est également posée, les universités françaises sont souvent faibles dans ce domaine contrairement aux universités anglo-saxonnes.

Enfin, il n'existe pratiquement aucune institution de référence dans les domaines de la recherche en santé publique et en économie de la santé dans l'univers francophone du Sud.

L'attraction qu'exercent vis à vis des personnels de santé du Sud, les systèmes de santé et d'expertise du Nord, eux mêmes confrontés à une pénurie de cadres de santé, devrait conduire les acteurs du Nord à devenir plus ambitieux en matière de transfert de compétences, de formation (initiale et continue) et de soutien à la recherche dans les pays du Sud. Ce dernier objectif, qui est l'un des Objectifs Du Millénaire (ODM) que s'est fixé la coopération Nord Sud, est particulièrement nécessaire en économie de la santé.

Pascal BROUILLET

Chargé de Mission – Division Santé
Agence Française du Développement

Activité ESPAD : Création d'un réseau en économie de la santé dans les pays en développement

Objectifs

L'une des premières actions du Comité de Coordination ESPAD est la constitution d'un réseau d'économie de la santé dans les pays en développement.

Ce réseau facilitera la mise en relation des professionnels, universitaires et chercheurs travaillant sur les questions d'économie de la santé dans les pays en développement. Il participera à une meilleure reconnaissance de l'apport de cette discipline en particulier dans la formulation des politiques d'intervention et des instruments qui les accompagnent.

Domaines d'activité

- Les membres du réseau favoriseront le recueil et la diffusion d'informations sur les expériences, les projets, les études et les recherches touchant à l'économie de la santé dans les pays en développement.
- Les membres du réseau participeront à des groupes de réflexion sur des sujets clés pour l'économie de la santé des pays en développement. Ces groupes pourront apporter une aide à la définition des politiques de santé et des instruments pour leur mise en œuvre, si le CA du CES leur en donne mandat.
- Les membres du réseau pourront réaliser, à titre personnel et sans mandat du CES (sauf cas particulier et accord du CA) des études et des analyses de documents publiés sur les questions d'économie de la santé afin d'en dégager les enjeux et les perspectives de manière à diffuser largement ces informations.
- Les membres du réseau participeront à l'élaboration et à la tenue de colloques, séminaires et journées de réflexion.
- Les membres du réseau participeront à des activités de publication.
- Les membres du réseau le souhaitant seront sollicités, à titre personnel et sans mandat du CES, pour répondre à toute forme de demande de conseil et d'appui y compris sous forme de missions.
- Le réseau recherchera les collaborations avec les organismes bilatéraux et multilatéraux ayant des activités en relation avec l'économie de la santé.

Conditions de participation

- Le réseau est ouvert aux personnes possédant une formation supérieure en économie de la santé et/ou une expérience significative en économie de la santé dans le cadre des pays en développement.
- La participation au réseau implique un engagement de disponibilité en relation avec les activités sur lesquelles un engagement est pris.

- La participation au réseau est indépendante de l'appartenance ou non au Collège des Économistes de la Santé.
- Les personnes issues ou travaillant dans les pays en développement sont particulièrement incitées à participer à ce réseau.
- Le français sera la langue de communication du réseau mais celui-ci reste ouvert à toute personne quelle que soit sa nationalité et sa langue.

Modalités de participation

- Faire acte de candidature par une lettre de motivation ;
- Adresser son CV décrivant son cursus, expérience professionnelle ainsi que ses réalisations professionnelles et universitaires.
- Indiquer ses domaines majeurs d'intérêt et les questions qu'il serait opportun de traiter au sein de ce réseau.
- Préciser sa disponibilité pour participer aux travaux du réseau en précisant les domaines privilégiés.
- Les candidatures devront être adressées au CES par mél : CES2@wanadoo.fr en indiquant en objet : réseau ESPAD.

Organisation du réseau

- Le réseau est coordonné par le CES qui assure la responsabilité de son pilotage par l'intermédiaire du Comité de Coordination ESPAD composé de membres du CES.
- Le comité aura la responsabilité d'agrèer les candidatures à ce réseau et d'organiser son animation selon les modalités qu'il définira ; il rendra compte au CA du CES.
- Un programme annuel d'activité sera établi et largement diffusé.
- Les membres du réseau seront mobilisés, en fonction du programme annuel d'activité et de leurs domaines d'intérêt.
- La participation au réseau relève d'une activité bénévole ne donnant droit à aucune indemnisation ou remboursement en dehors d'activités spécifiques le prévoyant explicitement.
- Le site internet du CES hébergera une rubrique dédiée à cette activité et les membres du réseau bénéficieront d'informations spécifiques en figurant dans une liste d'adressage.

Informations complémentaires

- La création de ce réseau fait l'objet d'un soutien du Ministère des Affaires Étrangères et de l'AFD.
- Le réseau devrait être opérationnel dès le printemps 2004.

Le Comité de Coordination ESPAD
Collège des Économistes de la Santé

LA VIE DU COLLÈGE

Assemblée Générale

Le mercredi 10 mars prochain se tiendra, en fin d'après-midi, l'Assemblée Générale du Collège des Économistes de la Santé, à Paris au Conservatoire National des Arts et Métiers. Comme nous en avons pris l'habitude depuis 3 ans, il a été décidé que l'Assemblée Générale se déroulerait à la suite d'une manifestation (séminaire, conférence...) en économie de la santé, à laquelle serait associé le Collège.

Nous sommes particulièrement ravis que pour cette année, l'AFSE (Association française de Sciences Économique) nous ait proposé de nous associer pour l'organisation de leur manifestation "Les entretiens de l'AFSE", qui portera cette année sur le thème : "Assurance santé et concurrence". Vous recevrez dans les prochaines semaines plus d'informations, ainsi que la convocation à l'Assemblée Générale.

Nous espérons que vous serez nombreux à participer.

Évaluation économique des stratégies de santé

Après sa mise en ligne sur le site du Collège en juillet dernier, le Guide Méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé est désormais disponible en version reliée. Pour vous le procurer, contacter le Collège.

Site internet

La nouvelle version du site internet du Collège est désormais en ligne. De nouvelles rubriques sont proposées : accès à un moteur de recherche, mise en ligne des sommaires des principales revues d'économie

de la santé... Dès fin janvier, un espace Membre, avec code d'accès personnalisé fourni lors des renouvellements de cotisations, comprendra un forum de discussion, un accès à des informations réservées, la mise en ligne des Lettres du Collège, de l'annuaire... Cette nouvelle version dispose aussi d'une nouvelle adresse : www.ces-asso.org, plus simple que la précédente, en particulier du point de vue de notre visibilité internationale.

Colloques en partenariat avec le Collège

III^{èmes} Journées d'Économie Publique Louis-André Gérard-Varet. Marseille, les 11 et 12 juin 2004.

"Santé, Assurance et Équité"

Les propositions de communication doivent parvenir au comité de coordination scientifique au plus tard le 15 février 2004 (appel à communication sur le site du CES).

XXVII^{èmes} Journées des Économistes français de la Santé. CREDES, Paris, 17-18 juin 2004.

"Approches économiques des inégalités de santé"

Les propositions de communication doivent parvenir au comité d'organisation au plus tard le 31 janvier 2004 (appel à communication sur le site du CES).

5th European Conference on Health Economics. LSE, Londres, 8-11 septembre 2004.

Les propositions de communication doivent parvenir au comité d'organisation au plus tard le 16 février 2004 (appel à communication sur le site du CES).

CES – HESG WORKSHOP 2004

I^{ères} Rencontres Franco-Britanniques en Économie de la Santé

PARIS - 14-16 janvier 2004

A quelques jours des I^{ères} Rencontres Franco-Britanniques en économie de la santé que le CES organise en partenariat avec nos collègues britanniques du Health Economists' Study Group (HESG), nous sommes ravis de vous annoncer que le programme est désormais disponible sur notre site internet et que nous comptons déjà de très nombreuses inscriptions.

Vous pourrez constater sur le site du Collège que la quantité (40) et la qualité des présentations en sessions parallèles (téléchargeables sur le site du CES avec un mot

de passe attribué aux inscrits) devraient permettre de fructueux et passionnants échanges entre économistes de la santé britanniques et français, de même que les deux sessions plénières consacrées aux comportements des économistes de la santé et à leur rôle dans la prise de décision publique des deux côtés de la Manche.

Quant aux activités sociales, que nous vous invitons à découvrir sur la plaquette des Rencontres, elle aussi téléchargeable sur notre site, elles devraient ravir les participants et leur permettre de (re)découvrir Paris.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES – 7, rue de Citeaux, 75012 Paris.

Tél: 01-43-45-75-65, Fax : 01-43-45-75-67,

E-mail : CES2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Gérard de Pouvourville,
Secrétariat de rédaction : Julie Cardi, Philippe Ulmann.
Réalisation : Louyot.
Tirage : 800 exemplaires.