

L'échelon local



Dans les pays émergents et en développement, les dépenses de santé sont décentralisées vers les États et les villes

Un hôpital construit à Butaro par Partners in Health pour le ministère de la Santé du Rwanda.

Victoria Fan et Amanda Glassman

COMME dit l'adage, rien n'est certain, à part la mort et les impôts.

Les économistes pourraient ajouter une troisième certitude à la liste : la croissance des dépenses de santé. Quand une économie s'accroît, deux tendances importantes convergent dans le cadre de la *transition du financement des dépenses de santé* : les dépenses par habitant augmentent, tandis que les frais réglés directement par les patients diminuent (graphique 1).

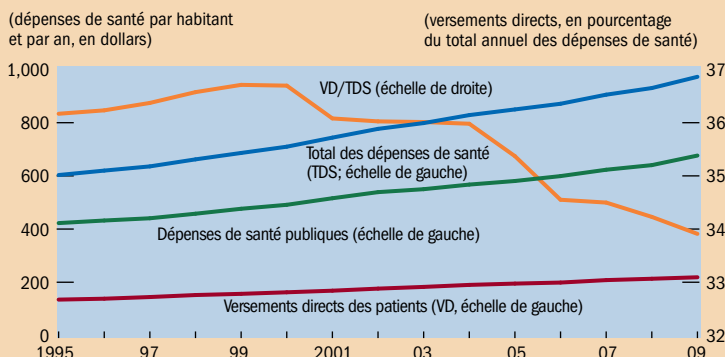
Mais si la hausse des dépenses de santé totales semble inévitable, la baisse des paiements directs qui appauvrissent les ménages ne l'est pas. Bien que l'on observe en moyenne une diminution des versements directs des patients, la facture des soins fait encore exploser le budget de nombreux ménages, surtout dans les pays à faible revenu. D'après les travaux consacrés à cette question, il faudrait que les États ou les administrations publiques consacrent davantage de ressources à la santé (et appliquent des politiques pour mieux utiliser les deniers publics qui financent les systèmes de santé nationaux) pour que les dépenses directes des ménages diminuent encore.

Or, un pourcentage important des dépenses publiques de santé ne sont pas engagées au niveau national, notamment dans les grands pays fédéraux composés d'entités régionales autonomes du type États ou provinces (graphique 2). Bon nombre de décisions difficiles concernant la répartition efficace et efficiente des financements publics pour la santé sont prises non pas au niveau de la capitale, mais de collectivités régionales et locales. Dans les pays avancés, ce n'est pas nouveau. Comme les revenus progressent dans les pays émergents et en développement, où l'on voit aussi se poursuivre les processus de démocratisation, de décentralisation et d'urbanisation, les dépenses des administrations locales devraient donc continuer d'augmenter. Au Brésil, par exemple, les dépenses de santé des administrations infranationales sont

Graphique 1

Hausse constante

Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter à l'échelle mondiale, mais la participation directe des patients diminue.



Source : Fan et Savedoff (2014).

Note : moyennes de 126 pays avancés, émergents et en développement.

VD/TDS = versements directs, en pourcentage du total des dépenses de santé.



passées de 25 % à 55 % du total des dépenses de santé publiques entre 1980 et 2009 (graphique 3).

Néanmoins, s'agissant de l'efficacité des dépenses régionales et locales destinées à améliorer l'état de santé de la population et atténuer l'appauvrissement lié aux frais médicaux, on observe des disparités importantes. En outre, la santé publique, dont l'objet est de préserver le bien-être grâce à des programmes de prévention (vaccination, etc.) et de surveillance et de contrôle des épidémies (Ébola, par exemple) est trop souvent négligée au profit de fonctions médicales plus visibles et plus prestigieuses qui traitent des maladies, très généralement en milieu hospitalier, au moyen de technologies coûteuses, avec à la clé des gains minimes en termes de santé.

Ces tendances justifient que l'on examine les dépenses de santé des administrations infranationales, y compris les réformes locales qui ont fait leurs preuves dans des pays émergents et en développement et les efforts des administrations centrales pour stimuler l'innovation et les résultats au plan local.

Initiatives locales

Bon nombre d'entités infranationales ont réussi des réformes dans les domaines de la santé, des soins et du bien-être, alors même que des réformes nationales échouaient. Ces réformes locales ont concerné, entre autres, le financement et le paiement, et l'organisation et la réglementation du secteur. Des mesures ont même été prises pour tenter de modifier les comportements individuels, en encourageant l'exercice physique ou en déconseillant le tabagisme.

Plusieurs de ces changements ont été observés dans les pays avancés. Aux États-Unis, par exemple, le Massachusetts a entrepris en 2006 d'étendre la couverture maladie. Tous ceux qui n'étaient pas assurés ont dû souscrire des contrats privés, avec des subventions de l'État pour les plus pauvres d'entre eux. Cette expérience a servi de modèle à l'expansion nationale controversée de l'assurance maladie qui est entrée en vigueur en 2014.

Mais on assiste aussi à de nombreux changements dans les pays émergents et en développement.

Chine : Shanghai, premier pôle commercial du pays, a lancé une réforme sur plusieurs fronts afin de réduire la participation directe des patients et obtenir des progrès sanitaires à moindre coût

(Cheng, 2013). Les dispensaires de la ville avaient établi une liste d'un millier de *médicaments essentiels*, avant même que la Chine ne lance sa réforme nationale, en 2009, qui a permis un accès universel à 307 de ces médicaments. Shanghai est probablement doté du système d'information sanitaire le plus sophistiqué et le plus intégré du pays : tous les hôpitaux et les médecins peuvent se connecter au dossier médical de leurs patients. Le système permet ainsi de surveiller les médecins et de maîtriser les coûts pour, au final, améliorer la santé de la population. Shanghai fait aussi œuvre de pionnier en mettant sur pied un système intégré de fourniture de soins primaires, secondaires et tertiaires. Les autres provinces chinoises suivent de près les initiatives de Shanghai.

Colombie : à Medellín, la deuxième ville de ce pays sud-américain, les autorités ont créé un réseau unifié de soins ayant pour objet de réduire les écarts de qualité entre les différents lieux de soins (Guerrero *et al.*, 2014).

Pakistan : les autorités de la province du Pendjab ont adopté un modèle de répartition des ressources axé sur les résultats, visant à mettre clairement en relation les financements accordés à un district et ses besoins. Chaque district reçoit automatiquement 70 % de sa dotation de base. Pour obtenir les 30 % restants, il doit améliorer ses résultats, qui sont mesurés par des indicateurs précis, comme le pourcentage de naissances ayant lieu dans un établissement de soins ou en présence d'un accoucheur qualifié, ou encore le pourcentage d'enfants de 18 à 30 mois bénéficiant d'une couverture vaccinale. Il est certain que ce modèle incite les districts de la province à obtenir de meilleurs résultats en termes de santé.

Brésil : la ville de São Paulo gère le programme Agita São Paulo, qui promeut un mode de vie actif, en diffusant le message que pratiquer 30 minutes d'exercice physique par jour est à la fois possible et agréable. La ville organise également des manifestations géantes pour encourager les gens à modifier leurs habitudes et pour améliorer le bien-être de la population. Ces campagnes ont été reprises par de nombreuses autres villes brésiliennes (OPS, 2011).

L'impulsion venue d'en-haut

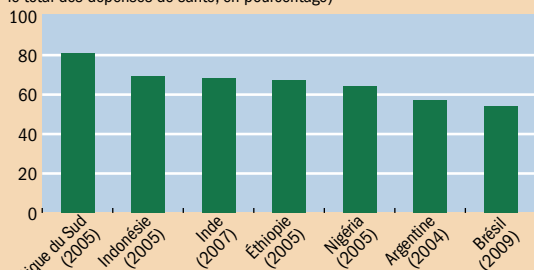
Même quand les dépenses et l'innovation relèvent de l'échelon régional, les administrations nationales jouent un rôle décisif en

Graphique 2

Dépenses locales

Dans bon nombre de pays émergents et en développement, les dépenses de santé des administrations régionales et locales sont supérieures à celles de l'administration centrale.

(part des dépenses de santé infranationales dans le total des dépenses de santé, en pourcentage)



Source : calculs des auteurs.

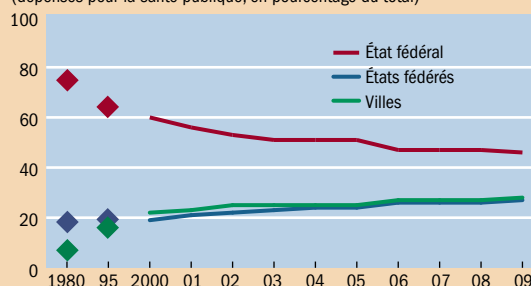
Note : Les années, indiquées entre parenthèses, pour lesquelles des données sont disponibles, varient selon les pays.

Graphique 3

Un pouvoir régional accru

Au Brésil, la part des dépenses de santé des États et des villes dans les dépenses de santé totales est passée d'environ 25 % en 1980 à 55 % en 2009.

(dépenses pour la santé publique, en pourcentage du total)



Source : Langevin (2012).

supervisant et guidant les entités infranationales et en se servant des financements transférés depuis l'échelon central pour soutenir leurs actions dans le domaine de la santé. Les administrations centrales peuvent décider de la manière de transférer des fonds aux administrations régionales ou de payer des prestataires de soins pour que les États, les provinces ou même les villes obtiennent de meilleurs résultats.

Au Rwanda, par exemple, les autorités ont créé des incitations financières à l'intention notamment des prestataires du secteur public et des associations confessionnelles à but non lucratif. Conditionnés à une augmentation de la quantité et de la qualité des services de soins proposés aux malades du SIDA, aux mères et aux enfants, les paiements étaient approuvés après un audit indépendant et représentatif des rapports d'exécution. Ce programme a permis d'améliorer notablement la nutrition infantile et l'offre de services de soins s'est accrue de 20 % (Gertler et Vermeersch, 2013).

En Argentine, le gouvernement fédéral incite financièrement les provinces à améliorer leurs résultats en matière de naissances. Les critères à remplir pour bénéficier des incitations concernent l'inscription des familles non assurées au Plan Nacer, le recul de la mortalité néonatale et la fourniture de soins prénatals de qualité. Le programme rembourse aux provinces 5 dollars par mois par habitant pour chaque personne inscrite et 3 dollars de plus si les objectifs d'augmentation du poids à la naissance et de la couverture vaccinale sont atteints. Ainsi, 60 % de l'incitation sont liés au nombre d'inscriptions au programme et 40 % à l'amélioration de la couverture maladie et de la santé. Au final, la mortalité néonatale a reculé de 22 % entre 2004 et 2008 (Gertler, Giovagnoli et Martinez, 2014).

En Inde, les États de la fédération sont incités à participer au programme national d'assurance maladie pour les pauvres, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY). Dans tous les États, des assureurs privés se portent candidats chaque année, district par district. Un organisme désigné dans chaque district sélectionne le contrat le plus compétitif et au meilleur rapport qualité-prix. Ensuite, pour chaque nouvel assuré, l'État règle 25 % de la prime et l'administration centrale le solde. Il n'y a pas de paiements axés sur les résultats. Les assureurs sont incités à assurer autant de gens que possible pour augmenter au maximum leur chiffre d'affaires. Ce programme lancé en 2007 couvre aujourd'hui plus de 100 millions d'Indiens et propose un ensemble de prestations hospitalières assez généreux. Le premier bilan dressé semble montrer que les patients appauvris par leurs dépenses de santé sont moins nombreux qu'avant (La Forgia et Nagpal, 2012). RSBY est relativement peu coûteux et ne représente qu'une fraction des dépenses de santé publiques en Inde.

Un problème de capacités

Quelles que soient les promesses de la décentralisation, il reste de sérieux défis à relever pour pouvoir transférer les fonctions gouvernementales et les responsabilités financières aux échelons infranationaux. Même quand les autorités régionales ont des pouvoirs décisionnels très étendus, les États ou les provinces peuvent ne pas savoir les mettre à profit parce que leurs capacités administratives, et éventuellement leurs obligations de rendre des comptes, sont limitées.

Au Mexique, par exemple, où la plupart des dépenses de santé sont engagées par les administrations régionales ou locales, le

gouvernement fédéral a tenté d'évaluer les performances des États pour le dépistage précoce et le traitement du cancer du sein (Lozano *et al.*, 2006). Mais certains des États fédérés ont cessé de transmettre les rapports correspondants et les autorités fédérales ont cessé de publier les résultats après seulement un cycle d'évaluation.

Dans bon nombre de pays, l'extension des responsabilités dévolues aux échelons infranationaux et l'augmentation de leurs dépenses se traduisent par des écarts importants de niveaux de soins, d'équité et de résultats entre régions riches et régions pauvres. Cela s'explique notamment par les caractéristiques démographiques (âge, revenus, état de santé général, risques, comportements), la base des recettes fiscales et les priorités d'investissement locales. On observe des disparités aussi dans les pays avancés. Au Royaume-Uni, le *NHS Atlas of Variation* publié en 2011 par le Service national de la santé a mis en évidence des écarts considérables entre les prestations de santé en fonction du lieu.

En Inde, les États moins performants et plus pauvres du centre-nord comme le Bihar et l'Uttar Pradesh n'ont pas les capacités administratives requises et ont du mal à utiliser les financements que leur alloue l'autorité centrale. Leur capacité de dépense va de 42 % (Uttar Pradesh) à 89 % (Maharashtra).

Les disparités dans la fourniture régionale des services de santé reflètent des ressources et des priorités différentes; sans mesures destinées à garantir la portabilité des services, une famille changeant d'État risquerait de se retrouver sans couverture maladie. En Chine, la possibilité de se faire soigner est liée à la région de résidence (Roberts, 2012).

Dans certains pays, des fonctions qui devraient relever de l'administration nationale ont été déléguées à des organismes régionaux, entraînant des effets pernicieux. Ainsi, les impôts en faveur de la santé publique, frappant par exemple le tabac et l'alcool, la surveillance épidémiologique, et les mesures d'urgence et la mutualisation des risques associées aux maladies rares et coûteuses sont souvent plus efficaces à l'échelle nationale. Un cas unique de maladie rare très coûteuse peut rapidement ruiner un système de santé local, si des mécanismes appropriés de partage des risques financiers ne sont pas instaurés. Face à une épidémie galopante nécessitant d'intervenir à l'échelle de tout un pays, comme la flambée d'Ébola observée dernièrement en Afrique de l'Ouest (où les dépenses de santé publiques sont déjà extrêmement faibles), des autorités locales peuvent facilement être débordées.

En général, les autorités nationales et infranationales font peu de cas des fonctions de santé publique telles que les services de vaccination et de prévention, qui ne sont pas rentables du fait d'une demande insuffisante. Dans certains pays, les administrations régionales et locales ont réorganisé leur département de la santé au profit de la médecine (traitement des maladies et pathologies) et au détriment de la santé publique, qui privilégie la prévention et le maintien en bonne santé de la population. En Inde, seul l'État du Tamil Nadu n'a pas fusionné l'unité de santé publique avec le département des soins médicaux. C'est peut-être grâce à cet intérêt pour la prévention que le Tamil Nadu est en tête du classement des États indiens pour ses résultats en matière de santé, alors que ses dépenses de santé sont les plus faibles.

Les défis à relever par les pouvoirs publics sont rarement simples et exigent souvent de multiples solutions et tentatives. Les décideurs ont tout intérêt à adopter une attitude favorisant

l'expérimentation et l'apprentissage. Or l'expérimentation, l'innovation et l'apprentissage posent des difficultés techniques et nécessitent des ressources considérables, tout en remettant en cause des idées et des intérêts bien établis.

Dans plusieurs pays, l'expérimentation et l'innovation sont supervisées par les États et les provinces, dont certains tentent de formaliser les expérimentations. Aux États-Unis, le Centre pour l'innovation des centres de services Medicare et Medicaid facilite la recherche systématique de solutions concernant les soins qui présentent une faible valeur et un coût élevé pour le système de santé américain. En garantissant des financements sur 10 ans et de manière indépendante des financeurs (Medicare et Medicaid), le Centre pour l'innovation atténue l'effet des désincitations et des risques habituellement associés à l'innovation. Il a piloté une série d'approches et de modèles inédits, y compris des structures de soins responsables et des maisons médicales permettant de partager les risques financiers entre assureurs et prestataires afin d'encourager une meilleure coordination des soins et de réduire les coûts. Avec Medicaid, le programme fédéral offrant des services de santé aux pauvres, il existe des variations considérables de couverture selon les États. Grâce à l'aide financière et technique du Centre pour l'innovation, les États ont la possibilité de tester des modèles adaptés à leurs besoins.

Expériences chinoises

Les expérimentations institutionnelles ne sont pas l'apanage des États-Unis et d'autres pays riches. La Chine a procédé à des expérimentations, généralement à petite échelle pour commencer, dans quelques-uns de ses quelque 2.800 comtés. Son programme-phare d'assurance maladie en milieu rural, le Nouveau système médical coopératif (NCMS), a été introduit dans un petit nombre de comtés puis transposé à l'échelle nationale en 2003. Une couverture de base a été ainsi offerte aux habitants des zones rurales, qui devaient régler eux-mêmes une grande partie de leurs frais médicaux.

En Afrique du Sud, le gouvernement fédéral a encouragé des projets pilotes dans 11 des 54 districts du pays, en vue d'adopter un système d'assurance maladie qui viendrait compléter le système public existant. Mais ces pilotes ont souffert d'un manque de moyens techniques au niveau des districts et de l'insuffisance de l'assistance technique de l'administration centrale. Depuis, aucune autre initiative d'envergure n'a été annoncée dans ce domaine.

Les bailleurs de fonds internationaux peuvent apporter leur contribution en favorisant des expériences infranationales. La Banque mondiale et l'organisme allemand de coopération internationale pour le développement (GIZ) ont fourni un soutien technique important au programme indien RSBY. La Banque mondiale accorde des prêts à des administrations infrafédérales (États et provinces) : en 2008, ces concours représentaient entre 10 % du montant total prêté au Mexique et plus de 60 % dans des pays comme l'Inde ou le Pakistan (Banque mondiale, 2009). Mais ces opérations exigent une garantie souveraine, qui peut ou non faciliter l'innovation dans les collectivités infranationales capables de payer les intérêts de leur dette. Bien qu'elles puissent théoriquement y prétendre, il est rare que ces administrations bénéficient de subventions de partenariats public-privé comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le

paludisme (FMSTP) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), qui cherchent à promouvoir la santé publique en finançant des campagnes de vaccination. Si les financeurs mondiaux de la santé s'intéressaient davantage aux administrations infranationales, des approches plus créatives permettraient peut-être des progrès sanitaires plus nets.

Les systèmes de santé sont de plus en plus locaux, ce qui devrait conduire les décideurs nationaux et internationaux à appréhender différemment les questions du financement, des transferts budgétaires, du paiement et de la fourniture des soins. Ils devraient au minimum être plus attentifs aux dépenses de santé des entités locales et à la manière dont les incitations à améliorer les résultats peuvent être transmises de l'administration centrale aux États.

Dans le domaine de la santé, la délégation des responsabilités à un échelon plus local ne tiendra ses promesses que si les politiques sont coordonnées à tous les niveaux afin de rendre les systèmes de santé plus efficaces. ■

Victoria Fan est professeur adjoint à l'Université de Hawaï, à Manoa, et chercheuse au Center for Global Development; Amanda Glassman est directrice des politiques et de la recherche en matière de santé mondiale au Center for Global Development.

Bibliographie :

- Banque mondiale, 2009, "World Bank Engagement at the State Level: The Cases of Brazil, India, Nigeria, and Russia," *Independent Evaluation Group Report* (Washington).
- Cheng, Tsung-Mei, 2013, "Explaining Shanghai's Health Care Reforms, Successes, and Challenges," *Health Affairs*, Vol. 32, No. 12, p. 2199-204.
- Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," *Social Science and Medicine*, Vol. 105 (March), p. 112-21.
- Gertler, Paul, and Christel Vermeersch, 2013, "Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes," NBER Working Paper No. 19046 (Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez, 2014, "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer," *World Bank Policy Research Working Paper 6884* (Washington).
- Guerrero, Ramiro, Sergio Prada, Dov Chernichovsky, and Juan Urriago, 2014, "La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública," *PROESA Report* (Cali, Colombia: Icesi University).
- La Forgia, Gerard, and Somil Nagpal, 2012, "Government-Sponsored Health Insurance in India: Are You Covered?" *World Bank Policy Note 72238* (Washington).
- Langevin, Mark S., 2012, *Brazil's Healthcare System: Towards Reform?* (Washington: BrazilWorks).
- Lozano, Rafael, and others, 2006, "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage," *The Lancet*, Vol. 368, No. 9548, p. 1729-41.
- Pan American Health Organization (PAHO), 2011, "Non-Communicable Diseases in the Americas: Cost-Effective Interventions for Prevention and Control," *Issue Brief* (Washington).
- Roberts, Dexter, 2012, "China May Finally Let Its People Move More Freely," *Business Week*, March 15.