

*De l'impasse à la
réforme: la crise du
secteur de santé au
Liban*

Wim Van Lerberghe, Walid Ammar,
Abdelhai Mechbal



Studies in Health Services Organisation & Policy, 2, 1997
Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere
© ITGPress, Nationalestraat 155, B2000 Antwerp, Belgium. E-mail :
isa@itg.be

Wim Van Lerberghe, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique
Walid Ammar, Ministère de la Santé Publique, Beyrouth, Liban
Abdelhai Mechbal, Organisation Mondiale de la Santé, Beyrouth, Liban

De l'impasse à la réforme: la crise du secteur santé au Liban

D/1997/0450/2
ISBN 90-76070-02-4
ISSN 1370-6462

*La réalisation de ce travail a été rendue possible en partie grâce au soutien financier du Programme Avicennes de la DGXII de la Commission Européenne (contrat ERB AVI*CT93-0012).*

Introduction

Vers la moitié des années 1990 il y a eu une pression croissante en faveur d'une réforme du secteur santé au Liban. Le système sanitaire y était caractérisé par un développement non contrôlé des services privés et par une explosion des coûts. Le contexte dans lequel cette pression est apparue présente à la fois des similitudes et des différences par rapport à ce qui se passe dans d'autres pays.

La plupart des pays industrialisés se sont engagés dans des réformes de leur système de santé avec le sentiment de "*ne pas en avoir pour leur argent*" : une réaction à l'explosion des coûts et à la critique des rigidités bureaucratiques (Dekker, 1994). La priorité a généralement été donnée à l'offre de soins, et les questions administratives et financières dominent le débat (Oevretveit, 1994). Ces réformes comportent quasiment partout l'introduction de mécanismes de marché dans le but de favoriser l'efficacité micro-économique (Saltman, 1994), et de maîtriser l'explosion des coûts.

Le paradigme central qui émerge des réformes sanitaires des années 1990 est la séparation des fonctions d'achat et de prestation des soins, le financement dépendant d'une logique publique, et la prestation d'une logique compétitive (Chernikovsky, 1995). Son application ne mène pas à des situations uniformes : il y a différents degrés de séparation entre ces fonctions, et différents degrés de concurrence possibles. Mais la séparation des fonctions d'achat et de prestation des soins institutionnalise des rapports entre l'état et le secteur privé. Or, on ne dispose pas de théorie économique pour prévoir comment les prix et la nature des contrats seront décidés dans de tels marchés. L'expérience, surtout en pays en voie de développement, fait encore défaut. On part du principe qu'il y aura de toute façon négociation, et que la coopération des parties concernées sera pour celles-ci une stratégie de survie.

Cela ne correspond pas nécessairement à un désengagement de l'état. Celui-ci peut se désengager au moins partiellement de la prestation directe de soins, mais il garde ses responsabilités de financement et en prend

d'autres, souvent bien plus importantes que par le passé, en matière de politique et de régulation. Pour de nombreux pays en voie de développement cela signifie en fait une extension de l'autorité de l'état aux secteurs non-gouvernementaux et privés. Le défi est alors de le doter de la capacité institutionnelle pour faire face à cette transformation.

Les pays en développement, et spécialement ceux qui ont atteint un niveau de revenu moyen, témoignent d'un intérêt grandissant pour ce type de démarche. Comme dans le monde industrialisé, ils veulent contrôler l'explosion des coûts, mais également, et c'est là une question beaucoup plus centrale, ils cherchent une réponse à l'incapacité flagrante des gouvernements à fournir et à financer les soins de santé (Banque Mondiale, 1993). Comme en Europe de l'Ouest et de l'Est, on mise sur la concurrence et le remplacement de la gestion directe par des relations contractuelles pour accroître l'efficacité des prestataires. La sous-traitance de services cliniques - plus spécifiquement des soins hospitaliers - est donc au coeur du processus de réforme entrepris par un nombre croissant de pays en développement. Réduire le rôle du secteur public dans l'offre de soins, et y impliquer le secteur privé concurrentiel avec maintien d'un financement public, est alors considéré comme le moyen de résoudre l'inefficacité du secteur public sans devoir sacrifier au souci d'équité (Birdsall et James, 1992).

Cette approche a été adoptée dans les milieux du développement avec une rapidité qui contraste avec le manque d'expérience et de démonstration empirique de succès (Carr Hill, 1994). Le pour et le contre, les stratégies qui marchent et celles qui ne marchent pas, n'ont pas été clairement identifiés dans le monde industrialisé (Petchey, 1995 ; Saltman, 1994), ni a fortiori dans les pays en développement. Le peu d'information factuelle dont on dispose à ce jour tend à montrer que les conditions pour introduire de telles réformes avec succès ne sont souvent pas réunies dans les pays en développement (Broomberg, 1994). Le manque de capacité du secteur public en matière de régulation et son faible pouvoir de négociation y constituent en effet des contraintes spécifiques (McPake et Hongoro, 1995).

Ce qu'il y a de spécifique au Liban, c'est que, contrairement à la plupart

des pays en développement, l'incapacité du gouvernement à remplir la fonction d'offre de soins n'a *pas* été le facteur déclenchant pour pousser à la réforme du secteur. L'état est tellement marginalisé dans l'offre de soins que la séparation des fonctions d'achat et de prestation y existe *de facto*. Les soins ambulatoires et hospitaliers sont pratiquement exclusivement privés. Les hôpitaux privés dépendent cependant d'un financement public. Ce montage s'est avéré hautement inefficace : le système privé ne s'est pas autorégulé, et les autorités publiques n'ont pas réussi à mettre en place des mécanismes de régulation de leur côté. C'est le constat de cette inefficace et de l'explosion des coûts – donc de l'échec des mécanismes de marché non régulé – qui est à l'origine du mouvement de réforme au Liban.

Le cas libanais illustre le rôle stratégique du secteur public dans ses fonctions de régulation, de planification et de mise en place des politiques de santé. Il démontre qu'un secteur public qui néglige son rôle de régulation ou qui n'en a pas les moyens institutionnels, ne trouve pas dans le financement un levier suffisamment puissant pour éviter les échecs prévisibles des mécanismes de marché libre.

Guerre civile et santé publique marginalisée

Les représentations idylliques du Liban d'avant la guerre civile de 1975-90 ont fait place aux images de violence mondialisées à travers les médias. La complexité de cette guerre est le reflet de la complexité de son histoire. Le Liban a été un lieu d'invasion et de refuge depuis le temps des Phéniciens, et a une longue tradition d'immigrations et d'émigrations¹.

Le système administratif et socio-économique est basé sur un délicat jeu d'équilibre entre Sunnites, Chiïtes, Druzes, Alawi, Maronites, Chrétiens orthodoxes, Catholiques, Protestants, Latins, Orthodoxes arméniens, Catholiques arméniens, Catholiques syriens, Caldéniens, Musawi, et autres dénominations, toutes sous l'influence d'un nombre limité de familles et clans influents. Cette structure sociale détermine à la fois la politique et l'administration (Salibi, 1993). Deux facteurs jouent un grand rôle : les influences féodales et patriarcales de quelques familles anciennes et puissantes ; et la tradition phénicienne de commerce et d'échanges. Ils ont donné au Liban une forte tradition d'individualisme, d'autosuffisance et d'initiative privée. Le secteur privé et les organisations non gouvernementales à but non lucratif (ONG) sont prépondérants dans de nombreux domaines dont la santé et l'éducation, où ils sont fortement liés et identifiés aux différentes communautés. Traditionnellement, l'administration publique avait une réputation de compétence et d'efficacité, et constituait même un débouché professionnel attractif. Elle n'a cependant jamais joué un rôle majeur dans le secteur de la santé.

¹ Il y a quatre fois plus de Libanais éparpillés à travers le monde qu'au Liban même – souvent dans des positions économiques ou politiques de pouvoir.



Figure 1. Le Liban.

Autrefois pays prospère, le Liban s'est appauvri pendant la guerre. En termes réels le revenu moyen reste encore inférieur au niveau d'avant-guerre. L'activité économique a cependant redémarré de façon spectaculaire pendant les années 1990. Bien que les chiffres soient d'une fiabilité toute relative, le PIB par habitant (Figure 2) aurait quadruplé depuis 1990 (EIU, 1997). Cette croissance rapide – qui tend en ce moment à s'essouffler – est la toile de fond pour la description de la crise du système de santé pendant les années 1990.

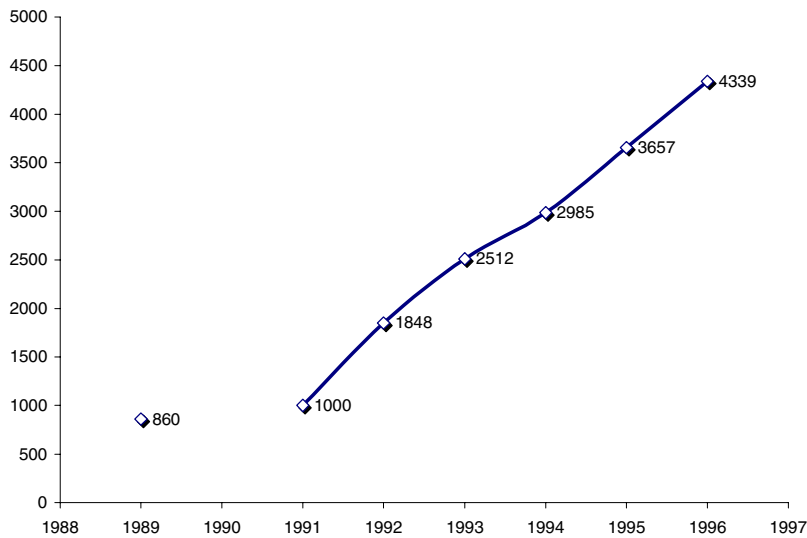


Figure 2. PIB par habitant, en \$EU.

Durant les quinze années de guerre civile, de 1975 à 1990, environ un quart de la population libanaise a émigré. Une étude de 1992, deux ans après la fin de la guerre, a comptabilisé 450.000 déplacés : quelque 15% de la population totale (Feghali, 1992). Des données démographiques fiables sont cependant difficiles à obtenir, car politiquement sensibles: le dernier recensement national remonte à 1932. Selon l'enquête population et habitat de 1996, il y aurait en ce moment environ trois millions de Libanais dans le pays, avec un taux d'accroissement de 1.6%. La situation démographique s'est compliquée ultérieurement par la présence de quelques 900.000 travailleurs étrangers (surtout syriens), et d'environ 400.000 réfugiés palestiniens.

La guerre a été une période d'urbanisation accélérée: 85% de la population vit maintenant en milieu urbain. Elle a également été une période de transition démographique et épidémiologique. La population des moins de 5 ans ne représente plus que 9,6% de la population totale au Liban, comparés aux 12-13% des autres pays de la région. En 1975 la mortalité infantile au Liban était de 48 pour mille. Elle a augmenté au milieu de la guerre, passant

à 57 pour mille, pour retomber à 44 pour mille en 1990. En 1992 elle n'était plus que de 34 pour mille, concentrée dans quelques zones limitées du pays, dans le Nord et dans la vallée de la Bekaa. Les résultats préliminaires de l'étude PAPCHILD de 1996 donnent un taux de mortalité infantile de 28 pour mille. L'espérance de vie à la naissance est maintenant de 66.8 ans pour les hommes et de 70.7 ans pour les femmes. Les maladies infectieuses et parasitaires diminuent en importance. La demande de soins est actuellement dominée par les maladies chroniques et les problèmes liés à l'urbanisation².

L'infrastructure publique libanaise a beaucoup souffert de la guerre. Bâtiments et équipements ont été détruits, pillés ou endommagés (Kronfol et Bashshur, 1989). De nombreux fonctionnaires compétents et bien formés ont quitté le pays (Kronfol et al., 1992). Ceux qui sont restés ont cherché en premier lieu à survivre tant bien que mal avec un salaire insuffisant. Le temps n'était pas à la modernisation des idées, des techniques ou des méthodes de travail. En pratique, le Ministère de la Santé Publique s'est désagrégé pendant la guerre. Il n'y avait ni politique de santé claire, ni moyens pour la réaliser, ni même l'information pour pouvoir travailler. Les programmes de santé publique réalisés pendant la guerre étaient pilotés par les bailleurs de fonds – principalement l'OMS et l'UNICEF - et exécutés par différentes ONG à but non lucratif. Compte tenu des circonstances, cela s'est avéré hautement efficace. Les ONG se sont révélées très flexibles et capables de produire des résultats: 89% de couverture vaccinale DPT3 en temps de guerre civile³. Le Ministère de la Santé Publique par contre n'a joué qu'un rôle marginal pendant toute cette période.

En fait, les activités du Ministère de la Santé Publique se limitaient à sous-traiter avec des hôpitaux privés pour faire face aux urgences. Ceci n'était en fait que la poursuite d'une politique contractuelle qui existait avant la guerre. L'état payait alors chaque année la facture pour quelque

² A titre d'exemple, une analyse des motifs d'utilisation des centres de santé au Liban a trouvé comme résultat le plus constant la grande fréquence des diagnostics et traitements de l'hypertension et du diabète (Adib, 1994).

³ A l'heure actuelle le taux de couverture DPT3 est de 97%.

40.000 hospitalisations de court séjour dans le secteur privé.

Pendant la guerre, la participation directe du Ministère de la Santé Publique à l'offre de soins hospitaliers est devenue marginale. Au milieu des années 80, sept hôpitaux publics avaient été détruits. A un certain moment le secteur public ne disposait que de 20 lits à Beyrouth. Dès 1984 il ne gérait plus que 10% des lits hospitaliers (Anon., 1987). De 1870 lits au début des années 1970, il ne lui en restait plus que 700 à la fin de guerre, dont une partie n'était plus fonctionnelle.

En revanche, le secteur privé est resté très dynamique tout au long de la guerre: 56% de la capacité actuelle des hôpitaux privés a vu le jour pendant cette période. Cela a essentiellement permis le développement d'un certain nombre d'entreprises privées, qui utilisaient pour cela des capitaux d'investissement générés par la guerre.

La guerre a également été une période de grande expansion pour les ONG à but non lucratif. Elles ont mis en place un réseau de centres de santé et de dispensaires, et ont joué un rôle clé dans des programmes tels que la vaccination. Les ONG internationales ont pris en charge les programmes d'urgence. Elles sont ainsi passées de 28 à 171 structures. Les ONG libanaises ont connu une croissance analogue, mais peu documentée. Organisations de petite taille pour la plupart, ces ONG libanaises travaillaient dans des zones rurales peu couvertes et des poches urbaines de pauvreté, principalement à Beyrouth et au Mont Liban. Elles ont concentré leurs efforts sur l'aide d'urgence et l'assistance humanitaire et ont relativement peu travaillé dans le développement communautaire. Au milieu des années 1980 par exemple, 43% de leur clientèle bénéficiait de services de santé et 47% d'aide d'urgence (MLSA & NPA, 1985). La majorité des ONG nationales dépendait de dons venant d'ONG étrangères ou du soutien de partis et factions politiques. Pendant la guerre, ces ONG ont acquis reconnaissance et crédibilité, même si certaines n'étaient que de simples instruments de propagande, voire des paravents d'organisations commerciales. Après la guerre, cette crédibilité ne leur a toutefois pas servi à rester impliqués dans les discussions de politique de santé et de planification. Les ONG ont perdu leur rôle central et hautement visible –

un rôle de secteur public de fait – en faveur d'un secteur à but lucratif qui s'est développé de façon non régulée, utilisant pour cela l'investissement privé.

L'offre de soins

L'expansion du secteur hospitalier

Le Liban dispose d'une capacité hospitalière importante. Le nombre de lits a augmenté pendant et après la guerre (Figure 3). Plus de la moitié des hôpitaux privés ont été ouverts pendant cette période. Entre-temps, le nombre de lits du secteur public a diminué, à la fois en termes absolus et relatifs.

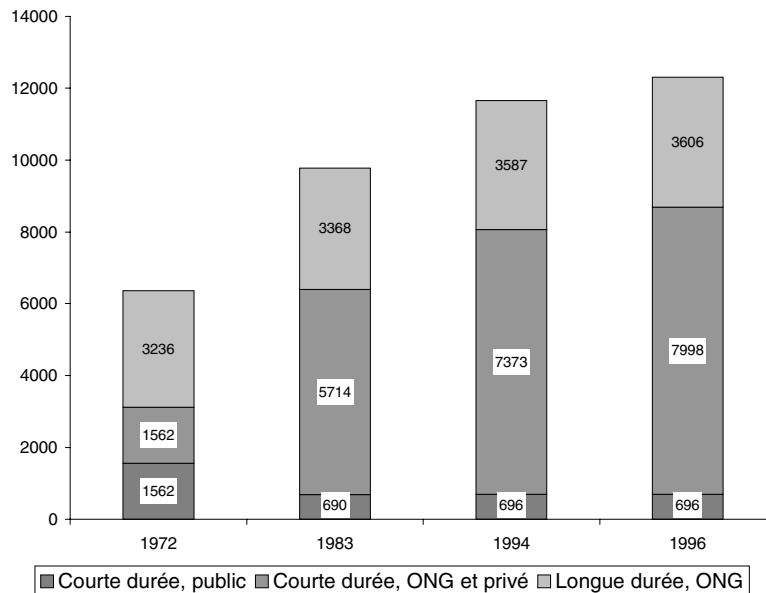


Figure 3. L'expansion du nombre de lits dans les hôpitaux libanais.

Les lits de long séjour appartiennent au secteur des ONG à but non lucratif. Six pour-cent des lits pour hospitalisations de courte durée appartiennent

ment au secteur public et 22% aux ONG à but non lucratif. Plus de 70% des hôpitaux pour hospitalisations de courte durée sont des organisations privées à but lucratif (appartenant à des médecins individuels ou à des groupes d'hommes d'affaires comprenant des médecins) : cette proportion est de loin supérieure à des pays comme la France (environ 20%), l'Allemagne (autour de 15%) ou les Etats Unis (11% en 1990).

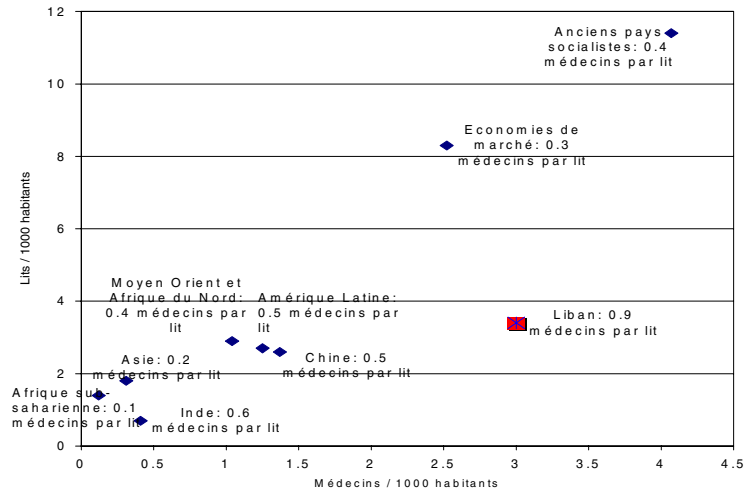


Figure 4. Nombre de médecins et de lits d'hôpitaux par 1000 habitants au Liban et dans d'autres régions du monde.

Dans les années 1980, 61% des patients de Beirouth étaient admis dans les hôpitaux non gouvernementaux à but non lucratif, lieux de bénévolat et d'enseignement; 37% dans d'autres hôpitaux privés et moins de 2% dans les hôpitaux publics (Kronfol et al. 1985). L'activité de ces derniers est devenue encore plus marginale: depuis 1992, le nombre d'hospitalisations, de consultations externes, de radiologies, d'examens de laboratoire etc. y diminue de 10 à 20% par an. Nombre de ces hôpitaux publics ont maintenant un taux d'occupation des lits d'à peine 5 à 10%. Entre-temps, les petits hôpitaux privés à but lucratif semblent voir leur part de marché augmenter. Il y a actuellement environ 3,4 lits hospitaliers pour 1.000 habitants au Liban (Figure 4), soit plus que dans le reste de la région, mais

moins que dans d'autres pays avec une densité médicale similaire.

L'expansion des structures sanitaires des 15 dernières années s'est effectuée essentiellement sous la forme de petits hôpitaux privés de courts séjours: sur un total de 140, 87 hôpitaux ont moins de 50 lits. Pratiquement un tiers de tous les lits aigus se trouvent dans des hôpitaux de 50 lits ou moins (Figure 5). Les hôpitaux à but lucratif sont en général plus petits que ceux des ONG ; les plus grands sont les hôpitaux universitaires.

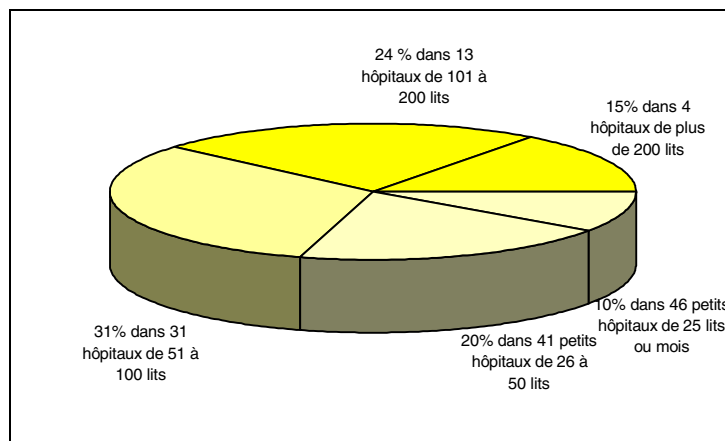


Figure 5. La répartition des lits en fonction de la taille des hôpitaux.

Les soins ambulatoires

Pour les libanais le modèle par excellence pour les soins ambulatoires est le médecin privé. Un ménage sur cinq environ considère avoir un "médecin de famille", comme on l'entend en Europe de l'Ouest, visites à domicile en moins⁴.

Les médecins sont très nombreux: 8 à 9.000, soit un ratio qui approche les trois médecins pour 1000 habitants (Figure 4). C'est un des taux les plus

⁴ Elles représentent moins de 5% des contacts : Abyad,1994; Kronfol et al. 1985.

élevés au monde si on exclut les anciennes économies socialistes européennes. Le ratio du nombre de médecins/lit est aussi parmi les plus élevés au monde, environ trois fois celui des pays de l'OCDE. Il est donc normal que les soins ambulatoires représentent la perspective naturelle de carrière pour la pléthore de médecins, mais que ceux-ci n'en exercent pas moins une pression pour augmenter la capacité hospitalière.

Les soins ambulatoires s'effectuent essentiellement en cabinet médical privé (Figure 6). Les consultations externes hospitalières assurent 8% et les centres de santé, en grande partie créés pendant la guerre, ont étendu leur part à 10%. La plupart de ces centres de santé appartiennent à des ONG à but non lucratif; les quelques centres de santé et dispensaires publics proposent des services de mauvaise qualité et sont peu utilisés. L'offre de soins des ONG à but non lucratif est stratégiquement importante. Pendant la guerre, c'est à travers leurs services que continuaient à fonctionner des programmes tels que la vaccination. Dans l'après-guerre, ils forment souvent la seule source de soins accessible aux plus pauvres.

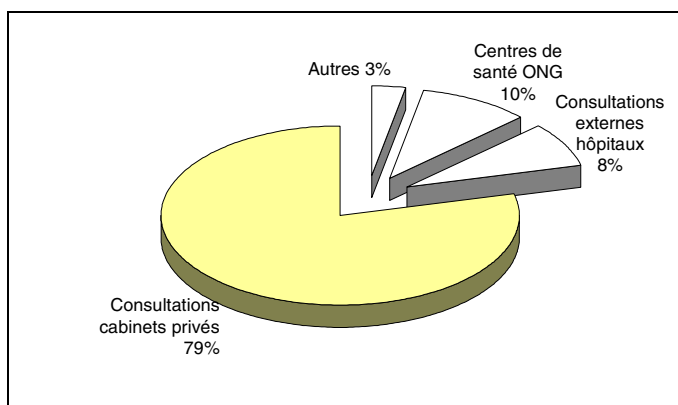


Figure 6. Les différentes sources de soins ambulatoires.

Les centres de santé des ONG sont parfois de gros établissements avec un personnel nombreux, plusieurs spécialistes et un équipement important; d'autres centres sont beaucoup plus modestes, installés dans un appartement loué et ne proposant que des services essentiels; certains de ces centres de santé fonctionnent mal; d'autres offrent un service de

meilleure qualité que celui du praticien privé moyen, à un prix plus abordable pour le patient.

Dans l'ensemble cependant, les différences entre centres de santé ONG et cabinets privés tendent à s'estomper. C'est la conséquence logique de l'évolution de l'environnement dans lequel les ONG à but non lucratif opèrent. Depuis la fin de la guerre, elles ont en effet du mal à trouver des fonds. L'engagement au Liban des bailleurs étrangers a diminué, et la tendance a été de rediriger les fonds vers le gouvernement. Entre-temps les financements politiques liés aux différentes factions impliquées dans la guerre se sont amenuisés. Assurer un recouvrement des coûts est alors devenu essentiel. La pléthore de médecins autorise les centres de santé des ONG à utiliser les services de médecins non salariés à temps partiel: en moyenne 8,4 par centre. Le produit du paiement à l'acte des consultations est partagé entre le médecin et l'ONG, sur une base qui peut être par exemple de 50/50 ou 75/25. Les centres de santé des ONG se transforment ainsi progressivement en infrastructures louées à des médecins privés qui, s'ils remplissent la mission de l'ONG, utilisent son infrastructure pour se bâtir une clientèle privée. Ce phénomène est maintenant devenu tellement important – il touche d'ailleurs tout autant les centres de santé publics – que certaines ONG cherchent des solutions pour en limiter les effets négatifs. Lorsqu'ils ne travaillent pas dans les structures des ONG, ces médecins privés fonctionnent pour la plupart comme des entrepreneurs individuels, le plus souvent avec une étiquette de spécialiste, mais sans accréditation, contrôle ou réglementation. Il y a donc entre les centres de santé et les cabinets privés un continuum. La pratique de la plupart des centres de santé des ONG à but non lucratif devient plus commerciale, tandis que le secteur privé à but lucratif ne peut plus ignorer les standards de qualité que certains des centres de santé ONG ont établi de fait.

Dépenses de santé et financement

Volume, sources de financement et bénéficiaires

Savoir qui dépense quoi pour les soins de santé au Liban est extrêmement difficile. Les dépenses sont faites comme paiements directs de services par les utilisateurs ; par des assurances privées ; par les systèmes d'assurances sociales publics: le Fonds National de Sécurité Sociale (FNSS), qui couvre les employés du secteur formel, l'assurance pour les militaires et les forces de sécurité, et les coopératives des fonctionnaires (CSC) ; enfin, le Ministère de la Santé Publique, qui garantit le financement de l'hospitalisation des personnes sans assurance-maladies, et de certains types d'hospitalisation des assurés.

	1992	1993	1994	1995
Systèmes d'assurance publique (FNSS, CSC, Armée et Forces de Sécurité)	49,0	71,0		130,8
Ministère de la Santé Publique	45,1	62,8	72,1	98,2
ONG libanaises et bailleurs internationaux	29,0			41,6
Assurances privées	41,6			151-207
Contributions directes des ménages	136,4			179-381
Total	301			601-859
Dépenses en US\$/habitant/an	100			200-286

Tableau 1. *Qui paie la facture de la santé? (En millions de \$EU; estimations adaptées de Posarac, 1994 et diverses autres sources)*

Les informations des différentes sources sont incomplètes et contradictoires, tant en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires du système d'assurances, que pour les montants des dépenses. L'estimation des dépenses pour 1992 est de 301 millions de \$EU, soit environ 100 \$EU par habitant et par an (Posarac, 1994). En triangulant des informations venant de diverses sources pour l'année 1995 on obtient une fourchette de 600 à 862 millions de \$EU (Tableau 1) soit entre 200 et 300 \$EU par habitant.

Environ 60% des dépenses sont constitués de paiements directs ou d'assurances privées, tandis qu'un tiers passe à travers une structure publique : le Ministère de la Santé Publique et les systèmes d'assurance publics.

La situation change manifestement très vite, non seulement en termes absolus (les dépenses ont doublé en moins de 3 ans), mais aussi en pourcentage du PIB. Le Tableau 2 montre que déjà en 1992 les dépenses de santé privées au Liban (3,2%) étaient du même niveau, en termes de PIB, que celles des économies de marché établies (3,5%), et plus élevées que dans la majorité des autres pays. Les dépenses publiques étaient en revanche parmi les plus basses. En 1995, les dépenses de santé globales au Liban ont atteint 5,4 à 8,3% du PIB, principalement grâce à une augmentation des dépenses privées, et dans une moindre mesure, à celle des dépenses publiques.

<i>Pays</i>	<i>Total</i>	<i>Public</i>	<i>Privé</i>
Liban (estimations 92)	4,8	1,6	3,2
Liban (fourchette 1995)	5,4-8,3	2,1	3,3-6,2
Syrie	2,0	0,4	1,6
Jordanie	3,8	1,6	2,0
Turquie	4,0	1,5	2,5
Chine	3,5	2,1	1,4
Moyen Orient (pondéré)	4,1	2,4	1,7
Amérique Latine (pondéré)	4,0	2,4	1,6
Afrique Sub-Saharienne (pondéré)	4,5	2,5	2,0
Asie (pondéré)	4,5	2,8	2,7
Inde	6,0	1,3	4,7
Economies de marché (pondéré)	9,1	5,6	3,5

Tableau 2: Dépenses de santé publiques et privées (à l'exclusion des dépenses d'assistance) en pourcentage du PIB.

Ces ressources ne sont pas toutes distribuées de façon uniforme à l'ensemble de la population libanaise, et la situation évolue rapidement. La Figure 7 donne une idée de la distribution des dépenses effectuées à travers les divers systèmes d'assurance, les ONG et l'Etat, en 1992 et 1995. Les

données concernant les dépenses et les couvertures d'assurance sont des estimations de fiabilité incertaine⁵. Il y a des marges d'incertitude importantes. Avec cette réserve, la Figure 7 illustre bien les évolutions rapides dans le financement du secteur de santé au Liban.

Moins d'un cinquième de la population a souscrit à une assurance maladies auprès d'une des nombreuses compagnies privées. La fourchette des estimations du pourcentage de couverture est large – de 5 à 17% – mais ce secteur est certainement en expansion. Si on admet que la population couverte par l'assurance privée est passée de 8% en 1992 à 11% en 1995, la moyenne des dépenses à l'exclusion des dépenses directes des ménages, pour cette partie de la population est d'environ 460 \$EU⁶ en 1995. Dans ces 460 \$EU plus de 430 \$EU, soit 3 fois plus qu'en 1992, sont pris en charge par les compagnies d'assurances privées. Celles-ci couvrent essentiellement, mais pas exclusivement, des soins hospitaliers. Sur les 460 \$EU, l'argent des bailleurs ou les dépenses des ONG représentent 13,8 \$EU, et le Ministère de la Santé Publique participe à concurrence de 10 à 14 \$EU par personne par an pour les frais d'hospitalisation de chirurgie cardiaque, dialyse rénale et autres maladies spécifiques. Ce dernier chiffre pourrait bien être une sous-estimation, car il est fort possible que ce type de traitement remboursé par le Ministère de la Santé Publique, soit utilisé en premier lieu par les classes plus aisées, qui sont également celles qui ont une assurance privée.

⁵ Pour construire cette figure on a considéré que les dépenses des bailleurs et des ONG à but non lucratif bénéficient à l'ensemble de la population de trois millions d'habitants. Les dépenses du Ministère de la Santé Publique ont été affectées à la population non assurée, à l'exception des dépenses concernant la chirurgie cardiaque, la dialyse rénale et les traitements anticancéreux, qui sont supposées bénéficier à l'ensemble de la population (voir ci-dessous). Les dépenses des divers systèmes d'assurance publique ont été réparties entre les bénéficiaires de ces assurances et leurs ayant-droits. Il en a été de même pour les dépenses des assurances privées, bien que 25% de ces dernières aient été allouées à la fois aux assurés privés et publics, prenant en compte l'habitude de plus en plus répandue de souscrire à une assurance complémentaire.

⁶ En prenant d'autres hypothèses de base, ces dépenses pourraient aller jusqu'à 950 \$EU par bénéficiaire par an.

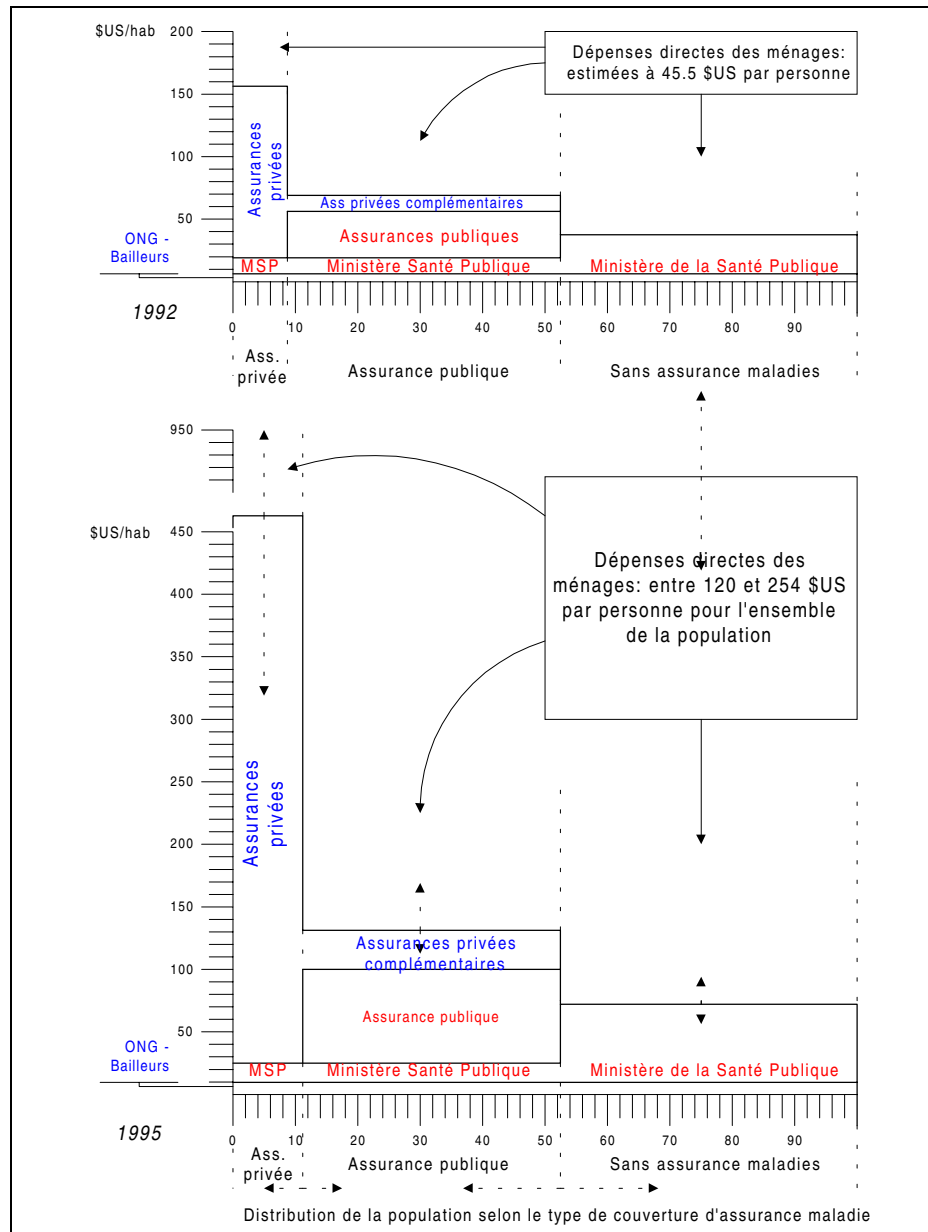


Figure 7. Qui paie combien et pour qui ? Dépenses en fonction du type de couverture. Les flèches en pointillé indiquent les fourchettes des estimations.

Environ la moitié de la population est couverte par l'un des trois systèmes d'assurance publics: armée, fonctionnaires (CSC) et employés (FNSS). Ces systèmes ont été mis en place pendant les années 1960, en suivant les modèles européens (Kronfol et Bashur, 1989). Ils ont plus que doublé leurs dépenses entre 1992 et 1995 (Tableau 1), et atteignent maintenant environ 74 \$EU par personne et par an. Environ 40% de leurs dépenses sont consacrés aux soins hospitaliers. Les individus couverts par une assurance publique peuvent aussi souscrire une assurance complémentaire privée (dont les dépenses sont estimées ici, de façon plutôt arbitraire, à 29 \$EU per personne⁷), et ils bénéficient des contributions du Ministère de la Santé Publique (estimation à minima de 10 à 14 \$EU) et des ONG et bailleurs (13,8 \$EU). La dépense totale pour cette partie de la population se situerait alors entre 112 et 168 \$EU, de l'ordre de 129 \$EU par personne.

Le reste de la population n'est pas couvert par un régime d'assurance-maladies. Pour cette tranche de population, le Ministère de la Santé Publique dépense environ 55 \$EU par personne en achetant des soins hospitaliers auprès des hôpitaux privés. Par contre, il ne dépense quasiment rien en soins ambulatoires. La seule autre contribution (à l'exclusion des paiements directs des ménages) au financement des soins de santé de cette population non assurée est celle des bailleurs et des ONG. Le total des dépenses (toujours à l'exclusion des contributions directes des ménages) s'élevait en 1995 à environ 69 \$EU (fourchette de 58 à 89), soit plus du double du montant de 1992. Ces dépenses concernent essentiellement des soins hospitaliers. A part un financement de fait de certains services par les ONG à but non lucratif, la population non assurée doit payer de sa poche tous les soins ambulatoires.

Outre les grandes inégalités, – probablement sous-estimées avec le système de calcul utilisé ici – la Figure 7 montre surtout un accroissement extrêmement rapide du niveau des dépenses totales faites par l'état ou les systèmes d'assurance maladies. Elle est plus marquée pour la population ayant souscrit à une assurance privée, mais touche également le reste de la

⁷ Selon l'hypothèse que 25% des dépenses totales des assurances privées le sont en vertu d'une assurance complémentaire.

population. Il faut la voir par rapport à l'accroissement spectaculaire, dans la même période, du PIB. Les dépenses en santé semblent néanmoins augmenter plus vite, et, comme on le verra plus tard, il n'y a pas de raisons de penser que le ralentissement de l'accroissement de l'économie freinera cette expansion.

La Figure 7 montre également l'importance des dépenses directes des ménages. On ne dispose pas de données permettant de différencier ces dépenses directes pour les différents groupes de population, par exemple en fonction du régime d'assurance maladies ou du lieu d'habitat. Mais il est probable que les dépenses directes sont plus importantes, en proportion du revenu, pour les populations moins nanties que pour les ménages plus aisés.

Qui finance quoi ? Où va l'argent ?

Les informations présentées ci-dessus proviennent de données agrégées. Nous disposons également d'informations obtenues à partir d'une enquête sur un échantillon de 1.200 ménages faite en 1994 (Anon. 1995 ; Firkh et al. 1996). Cet échantillon n'est pas vraiment représentatif : les dépenses moyennes par personne sont de 390 \$EU, ce qui semble nettement au-dessus de la moyenne nationale en cette période.

La part relative de chaque source de financement est cependant fort proche des estimations faites pour 1995 dans le Tableau 1. Cette enquête permet de faire quelques observations intéressantes, tout d'abord sur l'importance relative de divers types de dépenses. Pour l'ensemble de l'échantillon, deux tiers des dépenses servent à payer la dentisterie, les médicaments et les consultations ambulatoires. L'hospitalisation ne prend que 20% du total (Figure 8).

Si on regarde les dépenses faites à partir des différentes sources de paiement, l'enquête confirme que le Ministère de la Santé Publique finance essentiellement des soins hospitaliers (Figure 9). Les dépenses directes des ménages paient surtout des soins ambulatoires et des médicaments. Pour les ménages de cet échantillon, les dépenses de dentisterie sont aussi importantes que les dépenses de consultation médicale ambulatoire.

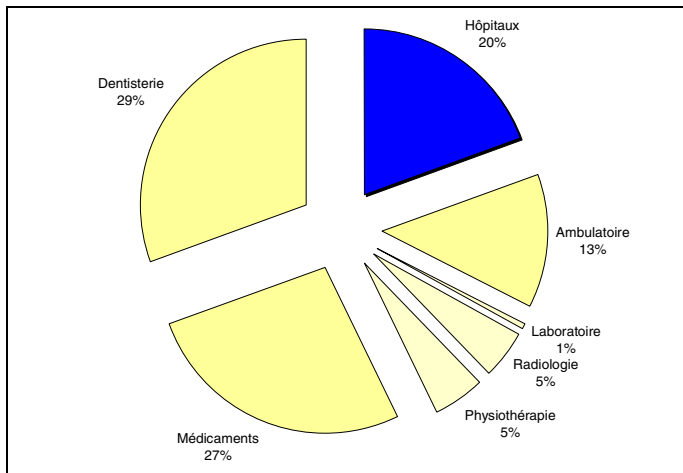


Figure 8. Destinations des dépenses selon l'enquête de consommation de 1994.

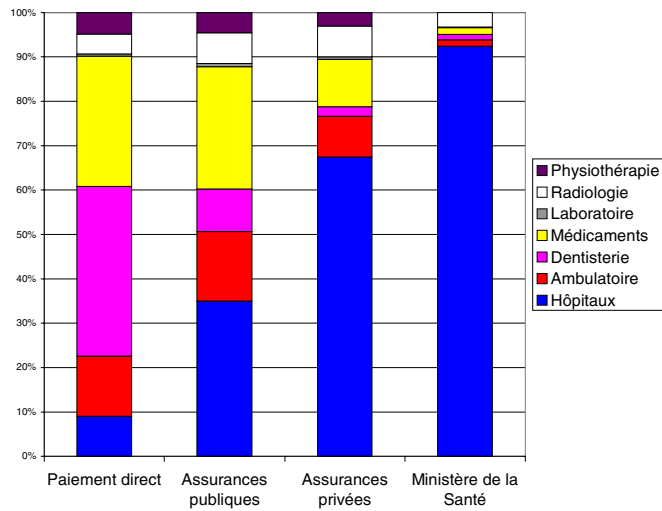


Figure 9. Destination des dépenses selon les sources de financement.

Les sources de financement pour les soins ambulatoires

On peut, à partir des données de cette même enquête, estimer l'importance relative des différentes sources de financement pour différents types de soins ambulatoires (Figure 10). Plus de trois-quarts (77%) des entrées des prestataires de soins ambulatoires sont payés directement par leur clients. C'est également le cas pour les laboratoires (74%), les médicaments (79%) et encore plus prononcé pour les soins dentaires (92%). Il n'y a qu'un cinquième des paiements qui est effectué par une assurance publique (16%) ou privée (4%) (Firkh et al. 1996).

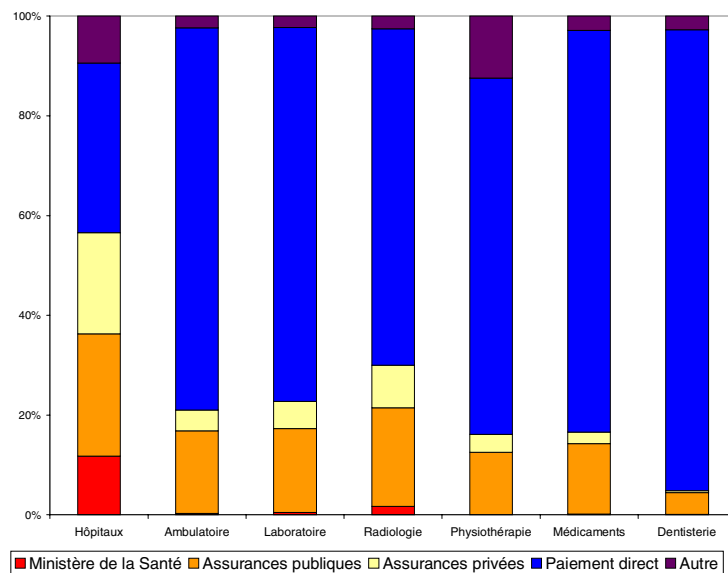


Figure 10. Sources de revenus pour différents types de soins

Ces données confirment en grandes lignes les résultats de l'analyse des données agrégées de 1992-93, selon lesquelles 60% des soins ambulatoires sont payés directement par les ménages. Les systèmes d'assurance publics ont contribué pour 40 millions de \$EU aux soins non hospitaliers en 1993

(moins d'un tiers du total). Le reste venait des assurances privées et des ONG (dont la part, estimée à 6 millions \$EU couvrait probablement surtout les individus non assurés). Le Ministère de la Santé Publique n'était pratiquement pas impliqué dans ce financement. Les prestataires de soins ambulatoires sont donc plutôt indépendants du financement public -- et peu influençables par celui-ci.

Le financement des hôpitaux

Les hôpitaux dépendent en grande partie de financements publics pour pouvoir fonctionner. Pour l'échantillon de l'enquête ménages de 1994 ce serait de l'ordre d'un tiers (Figure 10). Selon les autres sources d'information, le secteur public est plus important encore.

Sans compter les paiements directs, on a dépensé, en 1995, de l'ordre de 50 à 70 \$EU par habitant et par an pour les non assurés et pour les citoyens qui bénéficient d'une assurance publique. Pour les individus couverts par une assurance privée les dépenses d'hospitalisation (à l'exclusion des dépenses directes des ménages) sont probablement nettement supérieures à 300 \$EU.

Les paiements directs n'interviennent, contrairement à ce qui se passe pour les soins ambulatoires, que dans une moindre mesure. Selon l'analyse des données agrégées, environ deux tiers des revenus des hôpitaux proviennent du Ministère de la Santé Publique et des assurances publiques.

Pratiquement la moitié des dépenses de santé - dons exclus - est ainsi consacrée aux soins hospitaliers. Le secteur public y contribue à raison de 12 \$EU par personne et par an pour la population (aisée) avec une assurance privée, 50 à 60 \$EU par personne et par an pour la population avec une assurance publique (employés et militaires ainsi que leur dépendants), et 55 \$EU par personne et par an pour la population non assurée. Au total, les assurances publiques et le Ministère de la Santé Publique ont déboursé environ 80 millions \$EU pour les soins hospitaliers fournis dans les hôpitaux privés en 1992, et environ le double en 1995. Le reste provient des assurances privées et directement des usagers.

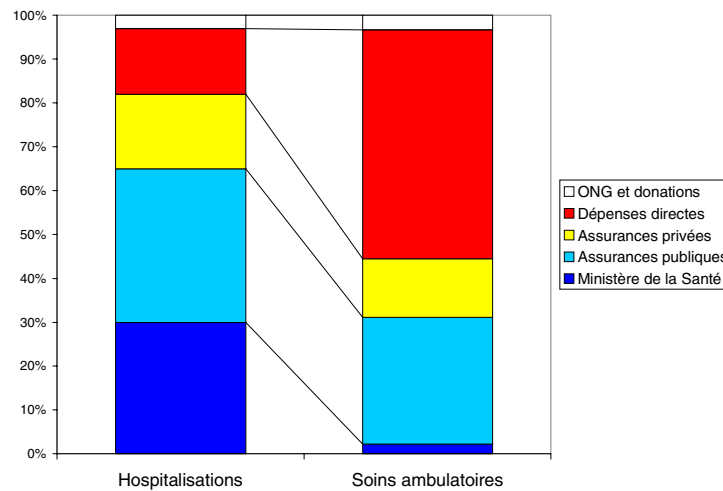


Figure 11. Sources de financement des soins ambulatoires et hospitaliers (estimations à partir des données globales de 1993).

En 1992-1993, 65% des revenus des hôpitaux privés provenaient du Ministère de la Santé Publique et des assurances publiques, 18% des assurances privées et seulement 15% des paiements directs des ménages; les dons quant à eux représentent 3% de ces revenus (Figure 11) (Posarac, 1994). Une étude faite sur 82 hôpitaux en 1994 (Jurjus, 1994) ainsi que les données détaillées de 4 hôpitaux en 1995 (Ramaddan, 1996) confirment cette dépendance des hôpitaux privés des sources publiques de financement (Tableau 3).

Les informations de diverses sources semblent donc confirmer que le secteur public contribue de façon considérable à assurer la survie de ces entreprises privées. Il le fait de trois manières.

Tout d'abord par l'entremise des systèmes d'assurance publics qui assurent le remboursement de dépenses spécifiques des consultations externes et des hospitalisations dans les hôpitaux privés. Ces remboursements se font de façon indépendante du Ministère de la Santé Publique.

	<i>Ministère de la Santé Publique et systèmes d'assurance publique</i>	<i>Assurances privées</i>	<i>Contributions directes des ménages</i>
82 hôpitaux en 1994	67,1%	17,6%	15,3%
Hôpital 1, 1995	88,4%	6,1%	5,5%
Hôpital 2, 1995	76,1%	16,9%	6,9%
Hôpital 3, 1995	46,0%	25,0%	20,0%
Hôpital 4, 1995	51,0%	30,8%	18,2%

Tableau 3: Sources de revenus de 82 hôpitaux privés en 1994 et de 4 hôpitaux privés en 1995

Ensuite par le paiement, à travers le budget du Ministère de la Santé Publique, de certains traitements (chirurgie cardiaque, dialyse rénale et traitements anticancéreux). Une décision politique datant de 1990 a amené le Ministère de la Santé Publique à payer ces traitements en secteur privé pour tous les citoyens Libanais. Cela représente actuellement 30 à 50% du budget alloué au remboursement des soins hospitaliers: les estimations a minima vont de 10 à 14 \$EU par personne en 1995, partant de 8,5 \$EU en 1992. On ne sait pas si les bénéficiaires de ce financement sont représentatifs de l'ensemble de la population ou d'une classe particulière.

Finalement, il y a les contrats entre les hôpitaux privés et le Ministère de la Santé Publique, à travers lesquels celui-ci paye les frais d'hospitalisation des personnes non assurées. Cela concernait environ 40.000 patients par an pendant la guerre; dans l'après-guerre, le nombre de bénéficiaires a augmenté de façon spectaculaire: 64.200 patients en 1990, 65.800 en 1991, 80.000 en 1992, 90.000 en 1995 (Figure 12). Le Ministère de la Santé Publique réserve un certain nombre de lits pour les patients subventionnés. Chaque hôpital est classé, et l'on s'accorde sur les tarifs pour la chambre, les examens, les médicaments, le bloc opératoire etc.... Le Ministère de la Santé Publique doit donner son feu vert pour l'admission d'un patient subventionné, sur la base d'une note de référence très superficielle. Il recevra alors pour ce patient une facture détaillant les diverses dépenses faites pour ce malade (repas, oxygène, médicaments, ...). Il doit l'honorer sans pouvoir exercer le moindre contrôle sur le bien-fondé

du contenu de cette facture. Il est probablement très difficile, sinon impossible, de trouver d'autres pays au monde ayant un système de facturation à la fois aussi compliqué et aussi incontrôlable que celui du Liban. Les abus sont monnaie courante, mais bien que l'assurance publique ait à deux reprises annulé des contrats avec des hôpitaux privés, le Ministère de la Santé Publique n'a jamais été en position de le faire. Ce n'est qu'à partir de 1993-95 que le Ministère a commencé à disposer des éléments pour pouvoir discuter des factures proposées.

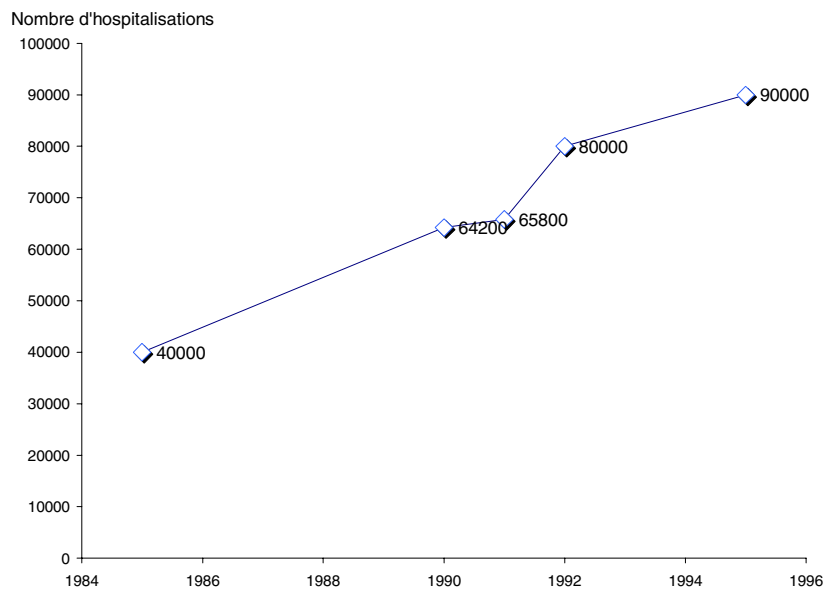


Figure 12. Augmentation du nombre de personnes non assurées bénéficiaires du remboursement, par le Ministère de la Santé Publique, des frais d'hospitalisation en hôpital privé.

Les conséquences pour le fonctionnement du système de santé

Immédiatement après la guerre, on pensait pouvoir passer de l'aide d'urgence à un système de soins auto-régulé de prestataires de soins privés. La concurrence garantirait l'efficacité et la qualité des soins, ainsi que leur accessibilité financière. Au bout de 5 ans, cette hypothèse d'autorégulation s'est avérée fautive. Bien qu'une information systématique en ce domaine fasse défaut, il y a de nombreuses indications de la médiocre qualité technique des soins, en particulier dans les plus petits hôpitaux. L'absence de mécanismes de régulation du système de santé favorise l'inefficacité, et met à mal l'organisation rationnelle de l'offre de soins. Tant parmi les professionnels que parmi le public, médecine spécialisée et soins tertiaires sont devenus les bases de la culture médicale⁸ – ce qui rend encore plus difficile toute réorientation.

Rien n'est fait pour encourager le praticien privé ou le centre de santé à se sentir responsable au delà de la réponse immédiate à la demande. La continuité des soins n'est pas une priorité : moins de 2% des consultations des médecins sont faites dans le cadre d'un suivi organisé. De nombreux centres de santé proposent des consultations de spécialistes, mais laissent, par exemple, l'hôpital prendre en charge la consultation prénatale. Les conséquences sont manifestes : technologie privilégiée au détriment de la communication, médicalisation, usage irrationnel de médicaments. Les pharmacies hospitalières stockent en moyenne 514 produits différents, mais il y a un hôpital qui va jusqu'à 8.000. Les finances publiques paient la moitié des 1,5 millions d'actes radiologiques annuels (Jurjus, 1994) pour les trois

⁸ Les consommateurs n'ont jusqu'à présent pas manifesté de mécontentement, mais il est vrai que les problèmes de pérennisation ne sont pas encore apparus au grand jour.

millions d'habitants. Les centres de santé ou cabinets privés capables de faire un ECG sont plus nombreux que ceux à même de proposer des activités de planning familial. Pratiquement rien n'est fait dans le domaine de la promotion de la santé, comme la prévention du tabagisme. Le législateur a fait de la chirurgie cardiaque et de la dialyse rénale des priorités, mais sans prévention primaire ou programme "diabète" - la cause de plus d'un quart des insuffisances rénales. Le manque de "conduites à tenir" cliniques et de règles laisse libre cours à des prescriptions qui ne font que répondre à la demande, sans se préoccuper de rationalisation ou d'autres contraintes que celle de la solvabilité immédiate du patient. Ceci est inquiétant, notamment pour le traitement de l'hypertension et du diabète. Pendant ces dernières années les médicaments pour ces maladies étaient financés par des bailleurs extérieurs. Le gouvernement a repris ce financement à raison de 1,5 millions de \$EU par an : il n'y a cependant aucune directive de traitement permettant de contrôler les coûts.

Les ONG à but non lucratif proposent une alternative de soins financièrement abordables (et au besoin gratuits) pour les plus démunis. Leur mode de fonctionnement les a conduit à accepter la responsabilité globale des soins de certains groupes de population. Ceci est cependant en train de changer. Comme leurs sources de financement habituelles se tarissent, les ONG se rapprochent du style de pratique privée: choix exclusifs d'activités capables de générer des revenus immédiats. La conjoncture financière difficile des ONG entraîne la restriction "de fait" de leur mission, et en conséquence, une érosion du filet de sécurité sociale ainsi qu'une disparition progressive des expériences et modèles de pratiques de qualité au niveau des soins de santé primaires. Cette évolution est directement liée à l'absence de financement public pour rendre les structures ambulatoires accessibles aux pauvres, et au fait que le gouvernement s'est montré incapable d'influencer et rationaliser le mode de fonctionnement des praticiens privés.

L'absence d'outils ou de leviers appropriés rend difficile la rationalisation des soins ambulatoires. Le mode de financement des soins hospitaliers la complique encore davantage. Les hôpitaux et les soins de santé de premier échelon sont deux sous-systèmes séparés, tant sur le plan

opérationnel que dans leur mode de financement. Les modalités de subventions publiques incitent les hôpitaux à entrer en concurrence, non pas entre eux, mais avec les services de premier échelon : un premier échelon rationalisé menacerait les sources de revenu des hôpitaux. Il y a donc une perte d'efficacité due au fait qu'on n'exploite pas la complémentarité des différents niveaux de soins, primaires, secondaires et tertiaires.

En parallèle, la concurrence inter-hospitalière ne fonctionne pas comme incitatif à l'efficacité. La viabilité globale du réseau a été sacrifiée à la rentabilité à court terme. La multitude de petits hôpitaux privés fournit une capacité litière excessive par rapport à la demande. Le taux d'hospitalisation de 13.9 est proche de la médiane de 16.1 de l'OCDE, mais le taux d'occupation des lits reste faible (56%, alors que la moyenne de l'OCDE est de 81%). La durée moyenne de séjour de 4,8 jours (Jurjus, 1994), soit moins de la moitié de celle des pays de l'OCDE. Cela s'explique probablement par la forte proportion d'admissions médicalement non justifiées, surtout dans les petits hôpitaux. Ces derniers ont en outre une durée moyenne de séjour de 20% de plus que les hôpitaux universitaires ou ceux des ONG à but non lucratif.

Le Liban a maintenant trois fois plus de médecins par habitant que la moyenne des autres pays du Moyen-Orient. Cela risque de stimuler encore plus la croissance des dépenses et l'augmentation du nombre des lits hospitaliers. De nouveaux hôpitaux sont déjà en construction. La plupart sont trop petits pour permettre une véritable économie d'échelle, et l'on observe une sous-utilisation de l'équipement: les scanners dans les plus petits hôpitaux ne font que 3 à 8 examens (souvent injustifiés) par jour; les installations de dialyse rénale pourraient satisfaire le double du nombre actuel de patients (Jurjus, 1994), or les 401 patients dialysés par million d'habitants au Liban sont déjà au-dessus de la médiane à 274 de l'OCDE (OCDE, 1996).

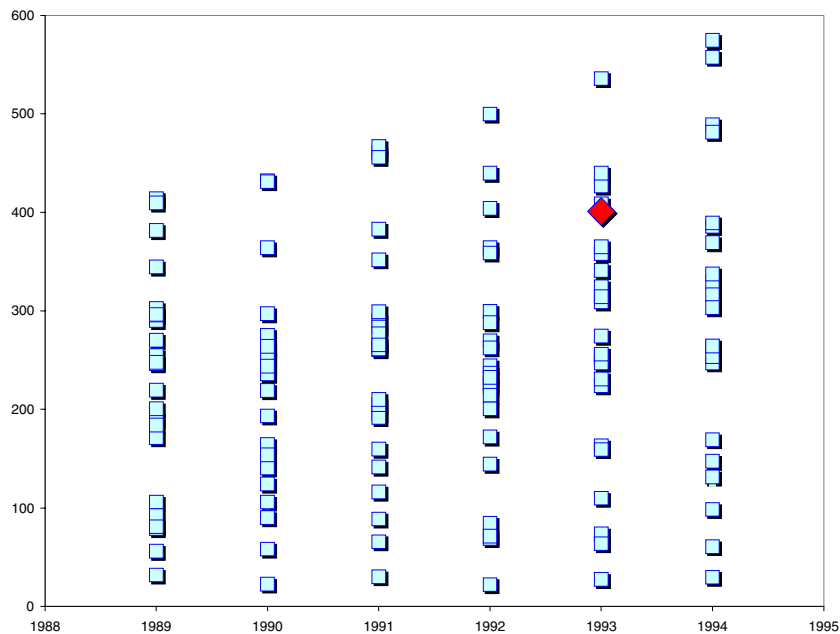


Figure 13. Personnes sous dialyse par million d'habitants, au Liban (losange) et dans 25 pays de l'OCDE.

Malgré des déséquilibres en personnel (il n'y a que 2000 infirmières qualifiées au Liban) qui risquent de mettre en question le maintien d'un niveau correct de fonctionnement, les hôpitaux visent un niveau de technologie bien supérieur à celui de nombreux pays industrialisés. Le mode de financement encourage les hôpitaux privés à investir dans la technologie lourde, puisque le coût de son utilisation sera préférentiellement subventionné par l'argent public. Cela a conduit à une expansion très rapide du matériel sophistiqué, sans grande justification technique ou économique. Il y a maintenant 6 IRM au Liban, tous situés à quelques kilomètres les uns des autres. A raison de 240 cas par semaine, les dépenses induites peuvent être estimées à 4.400.000 \$EU par an: l'équivalent de 5% du budget du Ministère de la Santé Publique. Il y a 7 centres de fécondation in vitro au Liban ; le nombre de scanners est passé de 27 en 1993 (Jurjus, 1994) à 46 en 1996, et les installations de litotripsie de 10 à 21. Le développement le plus rapide a eu lieu en chirurgie cardiaque, technique

remboursée par le Ministère de la Santé Publique.. Le nombre d'opérations à coeur ouvert est passé de 621 en 1992 à 1330 en 1995. Les technologies médicales lourdes sont actuellement plus disponibles⁹ au Liban que dans bien des pays industrialisés (Figure 14), alors que le pays ne dispose que de deux centres de gériatrie. Hormis les effets iatrogènes prévisibles auxquels cette évolution peut mener, elle renforce la culture d'hospitalo-centrisme et alimente l'explosion des coûts.

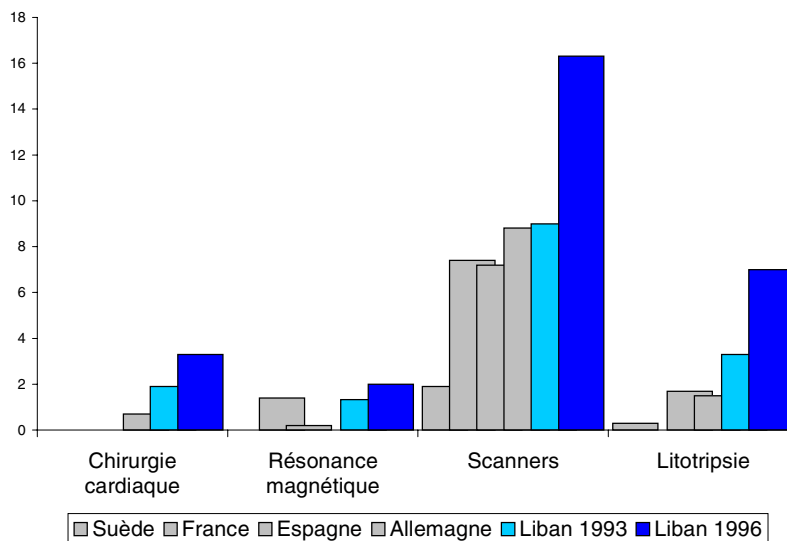


Figure 14. Technologies médicales sélectionnées, par million d'habitants: disponibilité en Allemagne, Suède, France et Espagne (Source : OCDE 1997) et au Liban en 1993 (Jurjus, 1994) et en 1996 (Source : Ministère de la Santé Publique).

Ces investissements considérables comptent sur une croissance continue du marché de la santé pour générer des profits. Cependant, même

⁹ Mise à part la litotripsie, ces techniques sont en grande partie remboursées par le Ministère de la Santé Publique. Pour la radiothérapie, qui ne bénéficie pas d'un tel remboursement, il n'y a qu'une seule installation par million d'habitants, contre 2.9 en Espagne, 4.6 en Allemagne et 6.6 en France.

comparées aux économies de marché, les dépenses privées sont déjà élevées en termes de pourcentage du PIB, et les dépenses publiques augmentent trop vite pour être supportées par l'état. La situation actuelle est telle que, en absence de mécanismes de régulation le Ministère de la Santé Publique et les systèmes de sécurité sociale doivent affronter une situation financière intenable, tandis que la mise en place de mécanismes de régulation et de rationnement viendrait menacer les profits de l'investissement privé.

Les pressions pour réformer le secteur santé

L'impasse du début des années 1990

L'offre de soins, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, est donc essentiellement privée et non régulée. Les soins ambulatoires se sont développés indépendamment de tout financement public. L'expansion des hôpitaux privés n'a par contre été possible que grâce à la garantie d'achat de soins hospitaliers par les systèmes d'assurance et par le Ministère de la Santé Publique.

La dépendance des hôpitaux privés (et particulièrement des plus petits) du financement public devrait logiquement permettre au Ministère de la Santé Publique de négocier l'achat de soins hospitaliers à partir d'une position de force. Il n'en a cependant pas pu tirer parti. Le secteur hospitalier grève de plus en plus lourdement son budget, ainsi que celui des assurances publiques (Abyad, 1994).

Les remboursements du Ministère de la Santé Publique aux hôpitaux ne font qu'augmenter au cours des années, à la fois en termes absolus et relatifs (Figure 15). Dans les années 1970, cela représentait un tiers du budget du Ministère de la Santé Publique. Depuis 1991, plus de 80% du budget (salaires inclus) y passe - avec un pic de 86% en 1994. Proportionnellement, c'est nettement au-dessus de la part des dépenses publiques récurrentes pour la santé que les pays de l'OCDE consacrent aux hôpitaux (54% dans les années 80). Parmi 60 pays à faible, moyen et haut revenus (Barnum et Kutzin, 1993), le Malawi est le seul pays à attribuer aux hôpitaux une proportion aussi élevée de ses dépenses publiques récurrentes aux hôpitaux. Au Liban on passe de 18,6 millions \$EU en 1990 à 62,5 millions \$EU en 1994 et 82,4 millions en 1995. Dans ce cadre budgétaire, l'espace de développement des autres activités du Ministère de la Santé Publique est réduit et va en s'amenuisant.

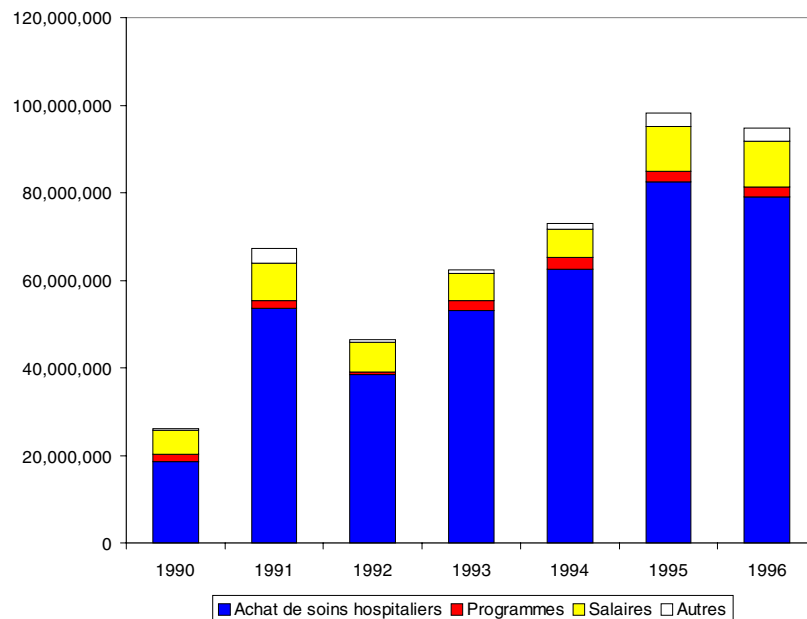


Figure 15. Achat, par le Ministère de la Santé Publique, de soins hospitaliers dans les hôpitaux privés, en \$EU, et dépenses totales du Ministère de la Santé Publique. Les dépenses pour 1991 englobent des dépenses de rattrapage de la budgétisation sous-évaluée de 1990. Les chiffres de 1996 représentent les dépenses budgétisées.

Le Ministère de la Santé Publique rencontre donc des difficultés croissantes pour faire face à l'inflation des factures présentées par les hôpitaux privés. Il lui est difficile d'obtenir une partie plus importante du budget du gouvernement, mais il n'arrive pas pour autant à maîtriser le flux d'argent versé aux hôpitaux privés. Les systèmes d'assurance publics sont dans une situation similaire. Avec son poids financier, le Ministère de la Santé Publique devrait néanmoins théoriquement avoir des moyens de pression sur les hôpitaux. En pratique le pouvoir réel du Ministère vis-à-vis des hôpitaux privés est limité pour des raisons techniques, administratives et politiques.

Sur un plan technique, il est difficile de faire jouer la concurrence entre les hôpitaux privés (sous forme de contrats préférentiels) du fait de l'asymé-

trie entre l'information disponible au niveau du payeur (Ministère de la Santé Publique et assurances publiques) et au niveau du prestataire (hôpitaux privés). Le Ministère de la Santé Publique ne dispose pas d'une connaissance de l'intérieur du fonctionnement du secteur hospitalier. La complexité des mécanismes de paiement et l'absence de technologie adéquate et de personnel formé rendent difficile même la simple détection d'abus flagrants ou de facturations erronées (Kronfol et Bashshur, 1989); on est loin de la mise en place de manuels de standardisation des protocoles de traitement ou de normes de coûts. Ce manque de connaissance et d'information prive le Ministère de la Santé Publique du contrôle du mécanisme de fixation des prix, qui, comme le montre l'expérience européenne (Von Otter et Saltman, 1992), est un outil déterminant pour équilibrer l'offre et la demande dans un marché régulé.

Le Ministère de la Santé Publique ne peut donc pas baser sa fonction de régulation et de contrôle sur une base d'information solide. Il ne dispose pas non plus des cadres nécessaires pour le faire, et n'a pas la marge de manoeuvre budgétaire pour recruter du personnel adéquat. En 1994 à peine 8,9% de son budget sont disponibles pour payer des salaires, contre 15,3% en 1990. En termes de pouvoir d'achat, le budget personnel de 1994 ne vaut plus que 67,5% de celui de 1990. Avec une moyenne globale, en 1994, d'environ 3.600 \$EU par employé, il est bien difficile de retenir le personnel et pratiquement impossible d'attirer de nouveaux éléments qualifiés¹⁰. Une augmentation de 50% (en \$EU) du budget salarial en 1995 a ramené le pouvoir d'achat à son niveau de 1990. Cela n'a cependant pas changé grand-chose à la situation, étant donné les contraintes administratives qui pèsent sur l'embauche de personnel dans le service public.

Sur un plan politique, le Ministère de la Santé Publique est soumis à des

¹⁰ Sans parler de la mise en place d'un système d'offre de soins reposant sur un personnel employé par le secteur public. La seule façon de recruter les cadres nécessaires pour permettre au Ministère de jouer son rôle de régulateur serait d'utiliser l'ensemble de la masse salariale à ces fins. Pour cela il faudrait pouvoir se débarrasser des personnels actuellement en charge de soins, ce qui serait politiquement délicat, voir impossible.

pressions pour étendre la capacité hospitalière plutôt que de la réguler. La décision de passer un contrat avec un hôpital particulier est d'abord et avant tout une question de considérations politiques et confessionnelles. Le Ministère ne peut se permettre de manifester des préférences parmi les hôpitaux. Il ne peut donc pas limiter l'accès au marché sur des arguments techniques. Lorsqu'un nouvel hôpital ouvre ses portes, le Ministère de la Santé Publique ne peut l'en empêcher – d'autant plus qu'il n'est pas en mesure de proposer une alternative de soins hospitaliers en secteur public. Ces pressions ainsi que le souci d'accessibilité et de continuité des soins empêchent la fermeture d'hôpitaux ou l'arrêt des accords de remboursement, même lorsqu'une logique de marché le suggère de façon évidente. Une fois seulement le FNSS - sur lequel le Ministère de la Santé Publique n'a aucun contrôle - a été suffisamment puissant politiquement pour mettre fin au contrat avec un hôpital qui n'arrêtait pas de présenter de fausses factures. Dans le contexte Libanais, où les équilibres politiques et confessionnels sont essentiels, le Ministère de la Santé Publique lui-même n'a jamais été en position d'en faire autant. Même un hôpital qui présente des factures surestimées de 60% ou plus restera sous contrat. En principe, le Ministère a l'autorité administrative pour intervenir, mais il n'a ni l'information ni les moyens techniques pour aller au fond des choses. Le service public, absent des décisions politiques et de l'offre de soins depuis plus de dix ans n'a ni la crédibilité ni le prestige nécessaire pour résister aux pressions politiques et clientélistes avec des arguments techniques. Puisqu'à la fois la participation au marché des soins et l'exclusion de celui-ci sont sujets à de telles contraintes politiques, il fallait s'attendre (Maynard, 1991) à ce qu'il n'y ait pas de contrôle sur l'ampleur des coûts, sur leur justification, ou sur la qualité des soins.

Le Ministère de la Santé Publique a encore moins de pouvoir sur ce qui se passe dans le secteur ambulatoire : il n'y bénéficie même pas d'un levier financier. En dépit d'une discrète amélioration ces 5 dernières années, le Ministère de la Santé Publique dépense encore moins de 4% de son budget pour les programmes et activités techniques ambulatoires. Les programmes de « soins de santé primaires » ne représentaient que 21.000 \$EU en 1991. Ils sont passés à 1.500.000 \$EU en 1995. Cela reste tout à fait marginal comparé à la facture des soins hospitaliers. Tout comme pour le secteur hos-

pitalier, le Ministère de la Santé Publique n'a pas d'autorité technique dans ce domaine. Il n'a pas été un acteur significatif dans l'offre de soins de ces dernières décennies. Quant à son autorité administrative, elle est extrêmement réduite et quasiment impossible à exercer dans le contexte d'interférences politiques et d'équilibres confessionnels délicats. C'est même le cas en ce qui concerne des problèmes disciplinaires évidents comme la présence sur le lieu de travail des médecins employés par le Ministère.

Le Ministère de la Santé Publique se retrouve donc avec (i) un budget qui ne lui permet pas de payer les personnels nécessaires pour assurer ses propres activités; (ii) une demande croissante de financement de soins fournis en hôpitaux privés; (iii) une marge de liberté budgétaire très étroite : peu de perspectives d'augmentation budgétaire significative, et peu d'emprise sur ce qui mobilise l'essentiel des ressources, l'achat de soins dans les hôpitaux privés. Entre-temps les effets économiques et culturels de l'expansion non régulée du secteur privé deviennent visibles.

La préparation de la réforme: information et alliances

Pendant les premières années après la guerre, il y a eu un gros effort de recherche et de collecte d'information. Le Ministère de la Santé Publique et l'OMS ont commencé à documenter l'ampleur de l'explosion des coûts, les inefficiences et contradictions croissantes du système de santé, et l'importance des maladies chroniques et des problèmes de santé liés à l'environnement urbain. Il a fallu pour cela lancer toute une série d'études et de recherches. Elles ont été mises en oeuvre par des universitaires et des bureaux d'étude, sous financement OMS et en collaboration étroite avec le Ministère. Cette phase de recherche a permis d'engranger les informations et la documentation nécessaires pour argumenter la nécessité d'une réforme et pour l'orienter. Elle a aussi eu d'autres retombées importantes.

Tout d'abord, le Ministère de la Santé Publique a pu utiliser les connaissances acquises comme levier politique. Il a pu se construire un argumentaire en faveur de la réforme du secteur et gagner progressivement

l'autorité nécessaire à la position de leader. Il a également pu transformer les collaborations établies lors de ces recherches en alliances en dehors de son propre ministère, et promouvoir au sein de son personnel une nouvelle détermination. Enfin, tout au long de ces discussions avec le milieu académique, les ONG et la scène internationale, le choix stratégique du Ministère de la Santé Publique a eu le temps de mûrir: renforcer ses fonctions de régulateur et de décideur plutôt que de s'engager dans l'extension d'un système public de prestation de soins.

A partir de 1994 le Ministère de la Santé Publique a utilisé la préparation d'un prêt de la Banque Mondiale comme une opportunité pour lancer le processus de la réforme. L'objectif était double: réorienter l'offre de soins et assainir la structure financière. Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique se devait d'améliorer sa politique de leader et son pouvoir de négociation.

Les réformes sanitaires en cours dans les pays industrialisés mettent surtout l'accent sur l'efficacité micro-économique des prestations et sur les mécanismes d'allocation qui relient les financements aux prestations (Saltman, 1994). On s'attache généralement d'abord à soulager la pression fiscale (Beaglehole et Davis, 1992) en mettant l'accent sur les incitations économiques et sur les mécanismes de financement du secteur de santé (Ovretveit, 1994). Au Liban, la spécificité de la réforme tient à sa séquence chronologique: même si la réforme de l'organisation du système de soins et celle de son financement sont étroitement liées, la réforme du système de soins a commencé par des tentatives de renforcement institutionnel du ministère, de maîtrise des coûts, et de rationalisation des activités de soins, tandis que les propositions de réforme au niveau macro-économique n'en sont qu'à une phase d'identification des options possibles.

Il est clair que l'explosion des coûts et le dysfonctionnement du système de santé Libanais sont en grande partie liés aux hôpitaux et à leur mode de financement. Cela ne signifie pas pour autant qu'il est possible de s'atteler d'emblée à ces problèmes. L'importance du financement public place a priori le Ministère de la Santé Publique en bonne position pour négocier avec les hôpitaux, et devrait lui permettre d'éliminer les causes majeures

d'inefficience, de contrôler les coûts et de stimuler une garantie de qualité. Les petits hôpitaux privés, non efficaces du fait même de leur trop petite taille, seraient particulièrement sensibles à des mesures financières, qu'elles soient encourageantes ou dissuasives. Mais le Ministère de la Santé Publique n'a d'emprise que sur ses propres dépenses, et ne contrôle pas celles des systèmes d'assurance publics. Le Ministère de la Santé Publique est encore trop faible techniquement et politiquement pour imposer seul des modifications à l'organisation financière.

La pression en faveur d'une réforme ne peut venir des professionnels actifs dans la pratique ambulatoire privée, telle qu'elle fonctionne actuellement. Une certaine tradition de la médecine de famille existe au Liban (Abyad et al. 1992), mais depuis quelques années, la tendance est à l'hospitalocentrisme. Les soins ambulatoires se réduisent à la vente et consommation d'actes techniques. Les Centres de Santé du secteur public ne constituent pas actuellement une alternative crédible, et peu de responsables pensent qu'ils peuvent le devenir à court terme, même en y consacrant des ressources importantes. L'absence d'un modèle organisationnel alternatif est un handicap majeur pour parvenir à améliorer la qualité des soins de premier échelon. Cela empêche l'utilisation du premier échelon comme un moyen de pression pour rationaliser les soins hospitaliers. Les médecins de famille ou médecins généralistes ne pourront influencer le fonctionnement des hôpitaux que lorsqu'ils auront entamé leur propre transformation.

La restructuration du secteur privé ambulatoire ne se fera pas, du moins à court terme, à l'aide de simples mécanismes financiers. Cela impliquerait une intervention massive de l'état, ce qui n'est pas réaliste compte tenu de la situation budgétaire et de la position trop faible du Ministère de la Santé Publique. On ne pourra donc agir qu'en utilisant des formes de pression qui ne dépendent pas uniquement des mécanismes administratifs du ministère: pression de la communauté médicale et pression des usagers pour des soins accessibles et de qualité.

Les interventions

La réforme du secteur santé au Liban n'est pas une intervention planifiée « clés en main ». C'est au travers d'un ensemble de mesures partielles que la situation a mûrie entre 1992 et 1996. On peut les regrouper dans quatre champs de décision : problématique hospitalière, soins ambulatoires, capacité de régulation et préparation de la réforme du financement du secteur. Le premier objectif était de créer une compétence en termes de personnel et de connaissance du système, afin de rendre l'environnement favorable et de gagner un certain degré de contrôle sur le système. Il fallait acquérir les compétences pour formuler, conduire et négocier l'ensemble des propositions de la réforme.

NEGOCIER UN MEILLEUR RAPPORT COUT-QUALITE LORS DE L'ACHAT DE SOINS HOSPITALIERS

La stratégie par rapport à la problématique hospitalière vise en premier lieu à améliorer la position de négociation du Ministère dans l'achat de soins auprès des hôpitaux privés¹¹.

La mesure déterminante a été la tentative de contrôle des systèmes de facturation et de tarification des soins hospitaliers payés par l'état. Au départ, il s'agissait d'apporter une réponse technique à une urgence budgétaire: l'augmentation des dépenses d'achat de soins auprès des hôpitaux privés. Un système informatisé a été mis en place pour identifier les abus et les détournements, mais surtout pour acquérir une connaissance plus approfondie de la structure des coûts des soins hospitaliers. L'informatisation de la facturation doit permettre la transformation du

¹¹ Entre-temps, on a également pris un certain nombre de mesures par rapport aux hôpitaux publics (autonomie de gestion et réhabilitation), toujours afin d'améliorer la position de négociation à travers une meilleure connaissance de la problématique, mais aussi, espère-t-on, en pouvant offrir des alternatives.

mode de remboursement vers un système basé sur les « diagnostic related groups ». Cela devrait permettre non seulement le contrôle des coûts, mais également promouvoir la micro-efficience des hôpitaux. Le Ministère disposerait ainsi d'un levier pour introduire des éléments de rationalisation des soins hospitaliers - par exemple en stimulant la mise en place d'hospitalisation de jour pour certaines maladies.

Modifier le système de fixation des prix exige à la fois des compétences et des techniques qui n'étaient pas disponibles au Liban il y a quelques années, mais qui le deviennent progressivement. Cela demande aussi de la part des autorités une capacité d'assurer le suivi des décisions prises, et de renégocier les conditions de paiement des soins en fonction de normes de traitements rationnels. Le Ministère de la Santé Publique a en effet pu renégocier les factures pour l'année 1995, et obtenir une réduction de 13%.

Le plus important cependant, du point de vue stratégique, est que cela a permis au Ministère de la Santé Publique de nouer une alliance avec le FNSS - sur lequel il n'a aucun pouvoir administratif - pour adopter des positions communes lors des négociations avec les hôpitaux privés. Le problème du financement des hôpitaux n'a ainsi pas encore été abordé de front¹², mais le rapport de forces change.

Un obstacle majeur pour l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers est l'absence totale de relation entre les hôpitaux et le premier échelon. Le résultat en est qu'on n'utilise pas le potentiel de pression des médecins de famille en faveur de l'amélioration de la qualité des soins. Ce potentiel est réel, étant donné la concurrence de facto que se font premier échelon et niveau hospitalier. Théoriquement, le premier échelon pourrait faire pression sur les hôpitaux pour obtenir un meilleur rapport qualité-prix, en usant de son influence sur le choix de l'hôpital par le malade. Cela semble le seul niveau auquel on peut réellement faire jouer des mécanismes de

¹² Une étude de faisabilité sur la mise en place des HMO (Health Maintenance Organisations) dans une banlieue de Beyrouth (Firkh et al. 1996) a permis d'élargir la palette des options possibles à explorer. Cela renforce la position de négociation des autorités publiques.

marché. Mais pour cela il faudrait que le premier échelon prenne ses responsabilités envers le malade d'une façon fondamentalement différente qu'à l'heure actuelle.

ASSURER LA QUALITE ET L'ACCESSIBILITE DES SOINS AMBULATOIRES

Le second champ d'intervention est donc celui des soins ambulatoires. Les premières études sur le système de santé et les formulations de programmes de contrôle de maladies datent de 1993-95. Elles ont contribué à remettre la problématique des Soins de Santé Primaires à l'agenda politique. Mais cela ne représentait pas encore une politique vis-à-vis des soins ambulatoires.

Un autre élément est venu s'ajouter en 1995-1996 lorsque le Ministère de la Santé Publique a commencé à négocier des contrats avec les Centres de Santé des ONG à but non-lucratif. En échange d'un support logistique (médicaments, formation, équipement etc.), les ONG doivent s'engager à fournir à une population donnée un paquet minimum de prestations décidées en commun avec le Ministère. Les ONG doivent également s'engager à introduire de façon structurée une garantie de qualité. Le Ministère de la Santé Publique mise sur un triple effet de ces arrangements contractuels.

Tout d'abord, la population couverte par ces Centres de Santé pourra bénéficier de soins accessibles et avec un minimum de garanties de qualité. Cela répond au souci du Ministère de la Santé Publique de maintenir un filet de sécurité pour les plus démunis, tout en étant congruent avec la mission des ONG.

On espère ensuite que l'offre suscitera chez les usagers une demande de soins de qualité, et que cette demande constituera, à l'avenir, une pression non seulement sur les ONG mais également sur les médecins privés. Il s'agit en somme d'une stratégie de rationalisation des soins privés qui mise sur la pression des usagers et l'évolution des attentes dans la relation usager-prestataire.

Enfin, l'introduction progressive d'un système d'enregistrement de la population au Centres de Santé, associé à une subvention par capitation, pourrait progressivement autoriser les Centres de Santé à négocier eux-mêmes des accords contractuels pour les soins hospitaliers concernant leur population. A côté de son rôle de prestataire de services, le premier échelon jouerait également un rôle dans l'achat de soins secondaires et tertiaires (Enthoven, 1991). Ces Centres de Santé occuperaient alors une position similaire à celle des médecins généralistes "fundholders" en Grande-Bretagne. Les pressions en faveur de la rationalisation des soins hospitaliers ne viendraient alors pas seulement du Ministère de la Santé Publique, mais aussi d'une partie des professionnels de santé, en tant que défenseurs des patients.

Pour la mise en place de mesures concernant les soins ambulatoires, les autorités publiques bénéficient de deux atouts: la pléthore de médecins (à terme, la densité médicale élevée devrait mener à un certain degré de prolétarianisation des médecins) et le potentiel des Centres de Santé des ONG. Le Ministère de la Santé Publique pourrait alors plus facilement trouver des candidats prêts à jouer le jeu de l'amélioration de la qualité en échange d'un appui venant du secteur public.

Cette stratégie d'arrangements contractuels avec les Centres de Santé des ONG n'a cependant qu'un potentiel limité¹³ et reste fragile. La spécification des modalités techniques des contrats est essentielle et doit encore être testée ; elle demande des capacités pas immédiatement disponibles, ni au sein du Ministère, ni au sein des ONG elles-mêmes. Le point le plus difficile est celui de l'enregistrement de la population, nécessaire pour l'introduction d'un appui basé sur un système de capitation.

¹³ Les Centres de Santé des ONG ne couvrent qu'environ 10% des contacts de premier échelon. C'est trop peu pour vraiment exercer une influence majeure. Ceci dit, les "fundholders" en Grande Bretagne ne représentaient que 3% de l'ensemble des cabinets médicaux 3 ans après leur introduction, et seulement 15% lorsque leur développement intensif fut décidé (Petchey, 1995). A priori ce n'est donc pas impossible d'exercer une influence politique considérable même en ne disposant que d'une petite part de marché.

L'expérience montre que cela risque de se heurter à de fortes résistances (Blecher et al. 1995), or c'est un élément essentiel pour éviter que l'appui public ne soit pas un incitatif à la médicalisation et à la surconsommation. On est donc encore loin d'une stratégie globale de rationalisation et de régulation des soins ambulatoires privés. Mais à ce stade, l'essentiel est de savoir créer un environnement favorable et de saisir les opportunités.

CONSTRUIRE UNE CAPACITE DE REGULATION

Le troisième groupe de mesures vise à renforcer les capacités du Ministère en matière de négociation et de régulation du secteur privé. Il faut pour cela développer des instruments de régulation, des alliances (en particulier avec les systèmes d'assurances sociales) et re-positionner le Ministère dans un rôle d'autorité.

Le premier élément qui a contribué de façon significative a été le lancement de différentes études et recherches à partir de 1992. Dès 1994 une étape décisive a été franchie à travers le contrôle des facturations pour les achats de soins hospitaliers. Le Ministère commençait ainsi à disposer d'un outil de régulation et de maîtrise du système. Cela lui a permis de renforcer son autorité et de créer des alliances, en particulier avec les systèmes d'assurance publique. A partir de 1995 il a créé un nombre de groupes de travail au sein du Ministère sur une série de problèmes techniquement importants et vulnérables tels que le système d'information ou la carte sanitaire. Ces groupes de travail comportent des fonctionnaires du Ministère et des consultants nationaux recrutés avec des termes de référence précis. Ces consultants ont été choisis sur base de leurs compétences spécifiques et de leur expérience de travail dans le secteur privé, universitaire et ONG à but non lucratif. Ces éléments nouveaux sont payés - à un niveau de salaire concurrentiel - dans le cadre du projet de Réforme du Secteur Santé financé par un prêt de la Banque Mondiale. Ils ne font donc pas partie du cadre du Ministère - bien qu'à terme ils doivent y être intégrés au moins en partie.

La collaboration des fonctionnaires et de ces recrues « semi-externes » ne va pas sans poser des problèmes, dus notamment aux différences de

niveau de salaire. Néanmoins, cela a permis d'amener une expertise technique et, surtout, d'introduire une nouvelle culture managériale. La logique purement administrative du Ministère se combine maintenant avec une logique de projet, avec des objectifs à atteindre et une redevabilité pour l'obtention de résultats.

Cette modernisation accélérée du Ministère de la Santé Publique, combinée aux alliances qu'il a nouées au début des années 90 pendant la phase de recherche et de documentation, commence à donner des résultats: le Ministère de la Santé Publique est la structure qui à ce jour a la meilleure - même si elle reste très insuffisante - connaissance de la situation, et il s'en sert pour défendre avec conviction son agenda. Il commence également à mettre au point des instruments de régulation - contrôle des prix, planification des ressources humaines, planification des infrastructures.

PREPARER LA REFORME DU FINANCEMENT DU SECTEUR

A partir de 1996 le Ministère a commencé à concentrer les études et recherches qu'elle commandite (auprès de ses groupes de travail et en dehors du Ministère) sur les problèmes de financement du secteur. L'objectif à court terme est autant de se créer des alliances et une reconnaissance de son leadership et de son autorité, que d'obtenir l'information nécessaire pour pouvoir formuler des propositions de réforme.

La position des différents acteurs

Un contexte a priori peu favorable

Malgré sa position de faiblesse initiale, le Ministère de la Santé Publique est donc parvenu à jouer un rôle central pour pousser à une réforme du secteur santé. C'est une situation assez inhabituelle. Généralement, ce sont plutôt les politiciens (Hunter et Stockford, 1996), les professionnels (Von Otter et Saltman, 1991), ou, dans les pays en développement, les agences internationales¹⁴ de développement qui mettent la réforme à l'ordre du jour.

Il a pu le faire en remplissant un vide politique. Il n'y a pas au Liban de leader clairement identifiable dans le secteur santé. Les différents groupes proviennent d'horizons très divers et sont fragmentés ; aucun ne peut prétendre avoir une autorité incontestée. Le prestige et l'autorité des ONG a fortement diminué après la fin de la guerre. Les organisations professionnelles jouent un rôle limité, et chaque hôpital privé s'intéresse en premier lieu à ses propres intérêts immédiats. Les politiciens en place sont assez indifférents à l'organisation de l'offre de soins, et aux propositions de changement. Ils voient le système de santé en premier lieu comme un outil pour assurer l'équilibre politique. Le biais idéologique en faveur des hôpitaux, de la technologie et de la libre entreprise, occulte les perspectives financières désastreuses du secteur santé. Celles-ci sont considérées tout au plus comme des problèmes mineurs en comparaison au défi politique et économique de la reconstruction. Tout mécontentement vis-à-vis de l'offre de soins est interprété comme l'expression d'un besoin d'expansion de l'offre de soins (médecins et hôpitaux), plutôt que comme un besoin de rationalisation ou de changement de politique et de modèle d'offre de soins.

Le climat idéologique du Liban est clairement en faveur du développe-

¹⁴ Généralement dans le contexte de programmes d'ajustement structurel (Okunzi et Macrae, 1995).

ment du secteur privé; il est donc difficile de limiter l'expansion des hôpitaux privés en termes de capacité hospitalière et d'équipement. Par ailleurs, la stratégie de reconstruction économique repose sur les travaux publics. Pour le secteur sanitaire, cela signifie un intérêt premier porté à la construction hospitalière. Des crédits Saoudiens, Koweïtiens et en provenance de l'OPEEC, sont actuellement utilisés à la construction de sept nouveaux hôpitaux publics. Ces choix sont manifestement plus guidés par le souci de saisir les opportunités de travaux publics, que par une logique de développement du système de santé¹⁵.

Des agendas contradictoires

Si le Ministère de la Santé Publique a commencé à jouer un rôle de premier plan, il n'en reste pas moins que sa position n'est pas homogène. Plusieurs analyses des difficultés dans lesquelles se trouve le système de santé libanais se confrontent. On peut distinguer deux pôles : un premier qu'on pourrait caractériser de « technocrate » et un autre plus lié au monde et aux influences « politiques ». Le pôle « technocrate » est à l'origine de la pression pour la réforme du secteur, tandis que le pôle « politique » opte pour le statu quo et l'expansion du réseau hospitalier (Figure 16).

¹⁵ Pour certains responsables du Ministère de la Santé Publique ces nouveaux hôpitaux sont un problème budgétaire et gestionnaire. Ils peuvent difficilement envisager d'embaucher le personnel nécessaire ni de débloquer le budget de fonctionnement, compte tenu (i) des échecs du Ministère dans la gestion des hôpitaux publics existants ; (ii) de sa marge de manoeuvre réduite pour re-allouer les lignes budgétaires dans un budget accaparé par le système actuel d'achat de soins aux hôpitaux privés; (iii) de la rareté du personnel infirmier; et (iv) de la surcapacité hospitalière du secteur hospitalier privé déjà en place. Mais en même temps, ces mêmes responsables du Ministère sont conscients du besoin politique de préserver une marge de négociation avec le secteur privé, et pouvoir offrir une alternative de soins hospitaliers publics serait un argument non négligeable, d'autant plus que le Ministère veut pouvoir prendre en charge les urgences en cas de conflit armé.

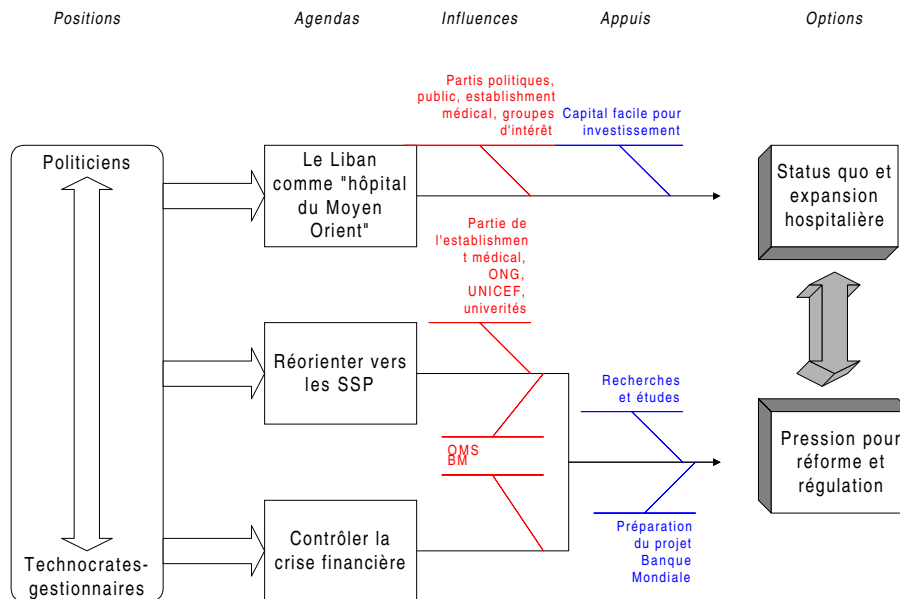


Figure 16. Les différentes tendances en matière de politique sanitaire au sein du Ministère de la Santé Publique.

Un premier agenda est de faire du Liban « l'hôpital du Moyen-Orient ». Conforme à l'idéologie de privatisation qui alimente aujourd'hui la politique de reconstruction du Liban, c'est l'agenda de ceux parmi les cadres du Ministère de la Santé Publique qui se trouvent le plus confrontés au besoin de maintenir les équilibres entre les différentes clientèles. Il bénéficie d'appuis de certains groupes d'intérêts au sein du Ministère de la Santé Publique, et de différents groupes en dehors du Ministère de la Santé Publique: les partis politiques, la majorité de l'establishment du secteur médical privé, et - compte tenu de la culture hospitalocentriste dominante - le grand public. Cet agenda se traduit en une politique en faveur de l'expansion hospitalière et d'un statu quo en matière de régulation et de financement. Cette option politique se trouve renforcée par la facilité d'accès aux capitaux pour des investissements lourds, tant auprès des bailleurs qu'au Liban même ou auprès de la diaspora. Les espoirs de fortes retombées financières à court terme facilitent ainsi l'expansion hospitalière,

qui, il est vrai, tend à s'essouffler un peu. Cet agenda a le grand avantage d'apporter une réponse aux contraintes politiques spécifiques du Liban: en jouant sur les décisions concernant les hôpitaux et le financement, il est possible de maintenir ou de modifier à court terme les équilibres entre les différents groupes.

Un deuxième agenda est celui de la ré-orientation du système vers les Soins de Santé Primaires, par exemple en matière de prise en charge des maladies chroniques. Il est partagé par le pôle « politique » qui subit des pressions en ce sens des bases électorales et de ses clientèles, et par ceux au sein du Ministère de la Santé Publique qui ont une vision plus gestionnaire et technocratique. Cet agenda reçoit en outre l'appui des ONG à but non lucratif qui ont un discours de soins de santé primaires, ainsi que d'une partie de l'establishment médical et du milieu académique¹⁶. Il s'est également trouvé des alliés parmi des agences telles que l'OMS, et plus tard, la Banque Mondiale.

Le troisième agenda est celui de la maîtrise des coûts. Pour les gestionnaires au sein du Ministère de la Santé Publique, les difficultés financières constituent le noeud du problème. Ils ont en effet pu mesurer, dès 1992, les conséquences des décisions politiques en matière de financement du secteur santé. Le financement des soins hospitaliers n'a toutefois pas été le seul argument en faveur de la réforme. Le Ministère de la Santé Publique voulait également trouver un nouvel équilibre plus rationnel entre soins de santé primaires, secondaires et tertiaires, et relever le défi de la transition épidémiologique. Enfin, certains de ses cadres ont une solide tradition de service public, renforcé par les relations avec les ONG pendant la guerre. Tout cela fait du Ministère de la Santé Publique l'un des rares groupes organisés soucieux des problèmes d'équité et d'accessibilité aux soins. Les relations étroites avec l'OMS et le milieu universitaire n'ont fait que renforcer cette tendance.

C'est la conjugaison de ces deux agendas (réorientation vers les soins de

¹⁶ Les concepts de médecine de famille ne sont pas dominants, mais sont présents : Abyad et al. 1992.

santé primaires et contrôle des coûts) qui a fait monter la pression en faveur d'une réforme et de la régulation du système. Le défi consiste à le faire dans un environnement politique peu conscient du besoin et des enjeux de la réforme, et à contre-courant de puissants intérêts¹⁷ favorisant le statu quo. Il y a donc deux grands courants politiques qui s'affrontent : celui de l'expansion du réseau hospitalier et du statu quo en matière de financement, et celui qui fait pression pour réformer et réguler le secteur.

La contrainte majeure au lancement d'une réforme résidait au sein du Ministère de la Santé Publique lui-même: son manque de leadership, de compétence institutionnelle, d'autorité pour inscrire la réforme sur l'agenda politique (Kronfol et Bashshur, 1989). Le Ministère de la Santé Publique avait en effet peu d'expertise technique, de poids politique et de professionnels qualifiés. Seule une poignée d'individus avait une vision d'ensemble des problèmes du système de santé, et des pistes de solutions. Cet état de fait était en grande partie imputable à l'absence d'information de base sur le financement du secteur¹⁸.

En dépit de cela, c'est le Ministère de la Santé Publique qui, subissant de front les conséquences financières de l'évolution des cinq dernières années, et malgré sa fragilité politique et institutionnelle, a pris l'initiative. Ce qui était en jeu, c'était à la fois les modalités de l'offre de soins (équilibre entre les soins hospitaliers et les soins communautaires, qualité des soins, accessibilité et équité), et les aspects administratifs et financiers de la régulation, de la maîtrise des coûts et de l'efficacité. Il a très rapidement opté pour une fonction prioritaire de régulation plutôt que d'implication directe dans l'offre de soins. Cette évolution a été possible grâce à une connaissance plus précise des problèmes du système de santé, connaissance

¹⁷ Une partie du secteur privé par exemple aimerait bien contrôler la gestion des fonds des assurances publiques, afin d'en rationaliser l'administration et de garantir les subventions aux hôpitaux.

¹⁸ Il est à ce sujet révélateur que même des cadres supérieurs des assurances maladies publiques étaient incapables de donner une image précise des flux d'argent; ou que le Ministère de la Santé Publique n'avait pas d'inventaire à jour des centres de santé et des hôpitaux du pays.

qui s'est encore affiné pendant la phase préparatoire, en 1995-96, d'un prêt de la Banque Mondiale pour la réforme du secteur santé.

Une réforme gradualiste

Ce que fait le Ministère de la Santé Publique n'est pas de la simple improvisation du type « muddling through » (Lindblom, 1959 ; Bennet et Holland, 1977), ni un changement planifié tel qu'on l'envisageait dans les plans quinquennaux de la planification sanitaire classique. Il s'agit plutôt de saisir les opportunités qui ouvriront des voies de progrès et d'expérimentation. Cette démarche a ses faiblesses: il n'y a toujours pas de vue claire sur la structure future du financement du secteur santé, ni, par exemple, sur la façon de réorganiser les soins ambulatoires privés. L'absence de traitement immédiat des questions financières est d'ailleurs la principale critique faite à l'encontre de cette réforme par la communauté internationale. Cette faiblesse pourrait pourtant bien être un atout important: le Ministère de la Santé Publique s'est donné le temps pour la préparation de la réforme, pour l'expérimentation et l'analyse. Le risque s'en trouve réduit de se voir imposer de l'extérieur des solutions toutes faites mais non adaptées au contexte. On pourra ainsi utiliser l'assainissement financier du secteur santé comme outil d'amélioration de l'offre de soins autant que pour la maîtrise des coûts.

Plus important encore, dans une société fragmentée comme celle du Liban, cette approche gradualiste permet de nouer les alliances indispensables. Lorsqu'une vision d'ensemble de la réforme des soins de santé et du financement se dégagera, l'équilibre des pouvoirs aura changé. Il semble maintenant établi que le secteur public au Liban restera marginal en tant que prestataire de soins, mais il a une occasion de redéfinir son rôle en termes de financement, et d'entreprendre la régulation du système de santé.

Bibliographie

Abyad, A. (1994) The Lebanese health care system. *Fam. Pract.* **11**, 159-161.

Abyad, A., Zoorob, R. et Sidani, S. (1992) Family medicine in Lebanon: the 10th anniversary. *Fam. Med.* **24**, 575-579.

Adib, S.M. (1994) Most common diseases treated in primary health care facilities in Lebanon. pp.1-20. Beirut: American University of Beirut, Report to the World Bank.

Anonymous (1987) Lebanon at present and its needs for rehabilitation and development. 1-182. Beirut: Hariri Foundation.

Anonymous (1995?) Health financing in Lebanon. Cost and Insurance Coverage. Results from the household survey. Unpublished report.

Barnum, H. et Kutzin, J. (1993) *Public Hospitals in Developing Countries. Resource Use, Cost, Financing*, Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.

Beaglehole, R. et Davis, P. (1992) Setting national health goals and targets in the context of a fiscal crisis: the politics of social choice in New Zealand. *Int. J. Health Serv.* **22**, 417-428.

Bennet, A.E. et Holland, W.W. (1977) Rational Planning or Muddling Through. *Lancet*, 464-466

Birdsall, N. et James, A. (1992) Health, government and the poor. The case for the private sector. Washington,DC: The World Bank. Unpublished report.

Blecher, M.S., Bachmann, M.O. et McIntyre, D. (1995) Acceptability to general practitioners of national health insurance and capitation as a reim-

bursement mechanism. *S. Afr. Med. J.* **85**, 847-851.

Bobadilla, J.L., Cowley, P., Musgrove, P. et Saxenian, H. (1994) Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bull. World Health Organ.* **72**, 653-662.

Broomberg, J. (1994) Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Pol. Plann.* **9**, 237-251.

Carr Hill, R. (1994) Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Soc. Sci. Med.* **39**, 1189-1201.

Chernikovsky, D. (1995) Health Sector Reform in Industrialised Countries : An Emerging Paradigm. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1995.

Dekker, E. (1994) Health care reforms and public health. *Eur. J. Public Health* **4**, 281-286.

Economist Intelligence Unit (1997). Lebanon. Country report 1st quarter 1997.

Enthoven, A.C. (1991) Internal market reform of the British National Health Service. *Health Affairs* **10**, 60-70.

Feghali, K. (1992) Displacement in Lebanon, Facts and Figures. pp.1-44. Beirut: Ministry of Displaced People.

Firikh, M., Sinno, Z. et Ziade, F. (1996) Makassed Health Programme Health Maintenance Organisation Survey. MOH-WHO unpublished report, Beirut, 1-33.

Hunter, D. et Stockford, D. (1996) Health Care Reform in the United Kingdom. In: S. Nitayarumphong, ed.: Health Care Reform at the Frontier of Research and Policy Decisions. MOH, Bangkok.

Jurjus, A.R. (1994) Hospital and heavy technology in Lebanon. Unpublis-

hed. MOH-WHO unpublished report, Beirut, 1-18.

Kronfol, N., Muawwad-Jarawan, E. et Lockwood-Hourani, L. (1985) The utilization of health services. In: Zurayk, H.C. et Armenian, H.K. (Eds.) *Beirut 1984: a population and health profile*, pp. 119-156. Beirut: American University of Beirut.

Kronfol, N.M. et Bashshur, R. (1989) Lebanon's Health Care Policy: a case study in the evolution of a health system under stress. *J. Public Health Policy* **10**, 377-396.

Kronfol, N.M., Sibai, A.M. et Rafeh, N. (1992) The impact of civil disturbances on the migration of physicians: the case of Lebanon. *Med. Care* **30**, 208-215.

Lindblom, C.E. (1959) The Science of "Muddling Through". *Publ. Admin. Rev.* **19**, 79-88.

Maynard, A. (1991) Developing the health care market. *Economic Journal* **101**, 1277-1286.

McPake, B. et Hongoro, C. (1995) Contracting out of clinical services in Zimbabwe. *Soc. Sci. Med.* **41**, 13-24.

MLSA-NPA (Ministry of Labour and Social Affairs and Norwegian People's Aid) (1985) *Social Welfare Services in Lebanon*. Beirut: unpublished report.

Oevretveit, J. (1994) Values in European health care markets: choice, equity and competition. *Eur. J. Public Health* **4**, 294-300.

Okunzi, S.A. et Macrae, J. (1995) Whose policy is it anyway? International and national influences on health policy development in Uganda. *Health Pol. Plann.* **10**, 122-132.

OECD (1996). *Eco-santé OCDE 96*. Editions électroniques de l'OCDE, Paris.

- Petchey, R. (1995) General practitioner fundholding: weighing the evidence. *Lancet* **346**, 1139-1142.
- Posarac, A. (1994) Health Sector Financing in Lebanon. pp.1-48. Washington, DC: World Bank.
- Ramaddan, S. (1996) Sources of funds for four private hospitals in 1995. Personal communication.
- Salibi, K. (1993) *A House of Many Mansions. The History of Lebanon Reconsidered*. London: I.B.Taurus & Co LTD.
- Saltman, R.B. (1994) A conceptual overview of recent health care reforms. *Eur. J. Public Health* **4**, 287-293.
- The World Bank (1993) *Investing in Health*, Oxford: Oxford University Press.
- Van Lerberghe, W., Amar, W., El-Rashidi, R., Sales, A. et Mechbal, A. (1997) Reform follows failure. I. Unregulated Private Health Care in Lebanon. *Health Policy and Planning* (in press).
- von Otter, C. et Saltman, R.B. (1991) Towards a Swedish health policy for the 1990s: planned markets and public firms. *Soc. Sci. Med.* **32**, 473-481.
- von Otter, C. et Saltman, R.B. (1992) *Planned markets and public competition. Strategic reform in Northern European health systems*, Buckingham, UK: Open University Press.

Introduction	1
Guerre civile et santé publique marginalisée	5
L'offre de soins	11
L'expansion du secteur hospitalier	11
Les soins ambulatoires	13
Dépenses de santé et financement	17
Volume, sources de financement et bénéficiaires	17
Qui finance quoi ? Où va l'argent ?	22
Les sources de financement pour les soins ambulatoires	24
Le financement des hôpitaux	25
Les conséquences pour le fonctionnement du système de santé	29
Les pressions pour réformer le secteur santé	35
L'impasse du début des années 1990	35
La préparation de la réforme: information et alliances	39
Les interventions	43
<i>Négocier un meilleur rapport coût-qualité lors de l'achat de soins hospitaliers</i>	43
<i>Assurer la qualité et l'accessibilité des soins ambulatoires</i>	45
<i>Construire une capacité de régulation</i>	47
<i>Préparer la réforme du financement du secteur</i>	48
La position des différents acteurs	49
Un contexte a priori peu favorable	49
Des agendas contradictoires	50
Une réforme gradualiste	54
Bibliographie	55