



HAL
open science

Inégalités dans l'accès et le financement des soins au Tadjikistan : le rôle des stratégies informelles et des migrations

Sandra Pellet

► **To cite this version:**

Sandra Pellet. Inégalités dans l'accès et le financement des soins au Tadjikistan : le rôle des stratégies informelles et des migrations. Economies et finances. Université Paris sciences et lettres, 2018. Français. NNT : 2018PSLED068 . tel-02461192

HAL Id: tel-02461192

<https://theses.hal.science/tel-02461192>

Submitted on 30 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE DE DOCTORAT

de l'Université de recherche Paris Sciences et Lettres
PSL Research University

Préparée à l'Université Paris-Dauphine

Inégalités dans l'accès et le financement des soins au
Tadjikistan: le rôle des stratégies informelles et des
migrations

École Doctorale de Dauphine — ED 543

Spécialité **Sciences économiques**

**Soutenue le 11.10.2018
par Sandra Pellet**

Dirigée par **Florence Jusot**

Cécile Lefèvre

COMPOSITION DU JURY :

Olivier Bargain
Université de Bordeaux
Président du jury

Caroline Dufy
Science Po Bordeaux
Membre du jury

Florence Jusot
Université Paris-Dauphine
Directrice de thèse

Cécile Lefèvre
Université Paris Descartes
Co-Directrice de thèse

Marta Menéndez
Université Paris-Dauphine
Membre du jury

Bruno Ventelou
Aix Marseille Université
Rapporteur

François-Charles Wolff
Université de Nantes
Rapporteur

L'Université Paris-Dauphine n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

Ma thèse a été une longue route, aussi intense que celle qui relie Khorog à Douchanbé. Et s'il s'agit d'un travail très personnel, j'ai bien heureusement bénéficié de l'aide de nombreuses personnes tout au long de ma route.

Mes premiers remerciements vont à mes deux directrices, Florence Jusot et Cécile Lefèvre, qui ont d'abord soutenu mon projet, puis qui ont su me guider pour exploiter au mieux les différentes pistes de mon travail. Je les remercie aussi pour leur bienveillance dans les moments de doute.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les membres de mon jury. Bruno Ventelou et François-Charles Wolff, pour leur relecture attentive de mes chapitres, à un stade pourtant ingrat, et dont les précieux commentaires ont largement contribué à la version actuelle de ma thèse. Je remercie également Olivier Bargain, Caroline Dufy et Marta Menéndez, d'avoir accepté de lire mon travail et de participer à la soutenance à venir.

La plupart des chapitres constituant ce manuscrit ont été présentés dans plusieurs conférences et ont bénéficié des discussions généreuses de nombreux discutants et participants. Je remercie, entre autres, Nicolas Sirven, Sandrine Mesplé-Somps, Nadiya Ukrayinchuk, Sandy Tubeuf, Nicolas Jacquemet, Yves Arrighi, Denis Raynaud, Carole Treibich, Léontine Goldzahl, Brice Nkoumou, Sophie Hohmann et Eleonora Elguezabal. J'aimerais aussi remercier tous les participants du séminaire du LEGOS, et notamment Anne-Laure Samson, Éric Bonsang et Clémentine Garrouste pour leurs remarques, ainsi que mes co-organisateurs du séminaire Aire postsoviétique/Ère postcommuniste à l'ENS. Nos échanges interdisciplinaires ont énormément apporté à l'analyse du matériau.

Plusieurs institutions ont soutenu mes travaux par leur aide matérielle et permis de réaliser cette thèse dans d'excellentes conditions. Les universités de Rouen et de Paris-Dauphine, en mettant à ma disposition un bureau et en finançant mes déplacements en conférence. L'IFEAC et le Ministère des Affaires étrangères en finançant mon premier déplacement sur le terrain par l'intermédiaire de la Bourse AMI. Et l'INED qui a financé mon second terrain dans le cadre du projet phare (Dés)équilibres démographiques, solidarités familiales et politiques sociales.

Au sein de ces institutions, ce sont des personnes qui ont été d'une très grande aide, à plusieurs reprises, et que je voudrais remercier. Je pense à Eve Caroli, Chantal Charlier et

plus récemment Igor Bratusek à l'ED, à Brigitte Dormont et Nathalie Ferragu au LEGOS, à Valérie Golaz et Jacques Véron à l'INED, à Olivier Ferrando à l'IFEAC et à Marie-Laure Cabon Dhersin et Arnaud Elie à Rouen.

Je remercie tous mes interlocuteurs au Tadjikistan qui m'ont accordé du temps et qui m'ont tant appris. Sans eux cette thèse n'aurait pas été la même. Je remercie tous ceux qui ont facilité mon accès au terrain, comme Juliette Cleuziou ou les membres d'EFCA, et tous ceux qui m'ont reçu chez eux, accueillie, accompagnée, aidée à obtenir un contact ou encore bien d'autres clés d'entrée sur le terrain.

Puisque le contrat doctoral, ce n'est pas que de la recherche mais aussi une découverte du métier d'enseignant, je remercie François Etner, Franck Bien et Sophie Méritet, de m'avoir donné l'opportunité d'enseigner la Microéconomie à Dauphine, et Pamina Koenig, de m'avoir laissé le champ libre pour le TD d'économie européenne à Rouen, qui a été ma plus belle expérience d'enseignement. J'ai d'ailleurs une pensée pour mes étudiants des différents établissements, qui par leur respect et leur attention m'ont permis d'avoir une expérience enrichissante et joyeuse.

Malgré le temps qui passe, je n'oublie pas ceux qui ont compté dans mon parcours et qui ont contribué à m'orienter vers la recherche. Je pense à Florence Weber, Flore Gubert et Denis Cogneau qui ont encadré ma scolarité à l'ENS et à PSE, à Bernard Chavance dont les cours à l'EHESS m'ont passionnée, à Alain Blum et aux membres de l'Institut démographique de Moscou, où tout a commencé. Je pense aussi à Laurent Gobillon et Anne Lambert qui m'ont fait confiance et permis de co-écrire avec eux. Je pense aux copains du Master PPD, aux copains d'Ulm et de Montrouge. Mention spéciale à Corentin pour son incomparable sens critique et à Julie pour sa relecture très efficace dans le dernier rush.

En remontant encore un peu dans le temps, je pense à mes camarades de BL/LLK qui ont tous pris des chemins si variés, notamment à Maëlle, notre juge préférée, et à Juliette, notre digital com' à paillettes, qui ont conservé leur ouverture d'esprit et leur humour. Mention spéciale à Clarisse, la plus littéraire des chimistes, pour sa relecture et ses *feedbacks* sur le système français.

Je remercie aussi les copines des Workshops LETAP et de la BNF, avec une mention spéciale à Juliette, fan invétérée de biblio, et Béa, pour ses commentaires lumineux, ainsi que les anciens et nouveaux camarades de RCE qui m'ont permis de garder un œil sur d'autres sujets économiques et sociaux.

Je remercie ceux qui me supportent au jour le jour depuis quelques années et qui ont fait de cette thèse une expérience inoubliable. Je pense bien sûr à mes incroyables collègues et anciens collègues de Dauphine ("étoiles dans les yeux"). À Lexane, qui en même temps qu'une belle surprise, m'a appris à templatiser façon TeX. À Marine, l'œil de lynx de l'économétrie. À Chacha et Dodo, pour leur relecture généreuse un soir de désespoir, et à Momo qui a pointé les dernières (j'espère) scories orthographiques et mathématiques.

Et puis à tous les autres, Maroua, Cricri, Emy, Josselin, Dio et Alexis qui contribuent, chacun à leur manière, à la chaude ambiance de la C104 droite. Je n'oublie pas les autres doctorants : ceux de la C104 gauche qui parfois pâtissent de cette chaude ambiance à droite, ceux du couloir rouge et tous les anciens qui ont accompagné si joyeusement mon milieu de début de fin de thèse. Une pensée pour Jojo, Nina, Sarah, Louis, Marion, Pierre, Yeganeh, Charlie, Amine, Björn et bien d'autres !

Enfin, en dépit des apparences, je n'ai pas fait que des études dans ma vie. Et, si elle est si riche, c'est aussi grâce à tous les autres. Alors je profite de cet espace pour remercier tous ceux que j'aime. Cette thèse, même si vous ne l'avez pas lu, et ne la lirez probablement jamais, vous la portez en peu en vous et m'avez aidée à la porter jusqu'au bout. À toutes mes *partners in crime*, Raj d'Oxford (*and the little Lily BK who was born just as I was putting an end to this thesis!*) et Las Tias de Saint-Maur. À ma Marie, soutien inconditionnel, même à l'autre bout du monde. Et à Aurore et Wanda, mes Grosses préférées pour nos trois décennies d'amitié.

Je voudrais pour finir remercier ma famille. Famille nombreuse, famille nerveuse mais famille heureuse ! Merci à mes trois frangins, qui sont de véritables complices dans ma vie personnelle, associative et jusque dans ma vie professionnelle. Big-up à Victor, qui a déchiffré les messages d'erreur comme personne et a eu la classe de me laisser la primeur du titre de Docteur Pellet (de peu). Merci à mon papa dont la bienveillance et les compétences infinies m'ont tant apporté. Cette fois encore, « dans le dernier virage avant la montée vers l'Alpe d'Huez ». Et merci à ma maman, dont la tendresse et l'écoute m'ont donné confiance.

Pour tout le reste, mille merci à celui qui partage ma vie, qui la rend si joyeuse et si douce. À toi, Bastien, mon complice, mon point fixe, ma courbe de tendance, mon âme sœur.

Merci à vous tous de m'avoir accompagnée, encadrée, entourée tout au long de cette route.

Sandra

Table des matières

Remerciements	i
Table des matières	v
Liste des tableaux	ix
Table des figures	xi
Introduction	1
I Contexte et Méthodes	7
Introduction	9
1 Contexte historique, sanitaire et démographique	10
1.1 Situation sanitaire	10
1.2 Flux migratoires	12
1.3 Enjeux et problématisation	15
2 Le système de santé tadjik : entre héritage soviétique et réformes récentes .	16
2.1 Organisation : un système à quatre échelons, hérité du système socialiste « extensif et ramifié »	16
2.2 Ressources physiques et humaines	20
2.3 Financement : entre habitude héritée et évolution des pratiques . .	21
2.4 Réformes récentes : les influences internationales et les permanences institutionnelles locales	24
3 Aspects méthodologiques de la thèse	26
3.1 Présentation des données quantitatives	27
3.2 Présentation des données qualitatives	31
4 Le système de santé en pratique : les premiers constats	38
4.1 L’accessibilité des soins : barrières physiques et financières	39
4.2 Les représentations du système et l’expérience des enquêtés	44
Bibliographie	57
Annexes	58

II Paiements informels	63
Introduction	65
1 Contexte, hypothèses et méthodes	68
1.1 Les pratiques de rémunération informelle au Tadjikistan	68
1.2 Hypothèses théoriques : comment expliquer l'existence du paiement informel ?	69
1.3 Données et méthodes	76
2 Quels patients versent un paiement informel ? Paient-ils des montants différents ?	82
2.1 Statistiques descriptives	82
2.2 Modèle en deux parties : est-ce que donner dépend du revenu ? Est-ce que le montant dépend du revenu ?	89
2.3 Régression quantile	90
3 Des paiements injustifiés : la figure du médecin monopoleur dans les entretiens	95
3.1 Les médecins qui demandent et les patients qui acceptent, négocient ou refusent	95
3.2 Dénonciation des médecins par les autres médecins	99
4 Des paiements justifiés : les patients donnent, les médecins acceptent et tous se justifient	103
4.1 La « juste rémunération » : premier niveau de justification du paiement informel	103
4.2 Deuxième niveau de justification : l'encouragement (comportements stratégiques)	109
5 Discussion et conclusion : une convention en crise ?	115
Bibliographie	122
Annexe	123
III Équité	125
Introduction	127
1 Contexte et données	131
1.1 Contexte	131
1.2 Données	133
1.3 Variables d'intérêt	133
2 Méthodes	137
2.1 Mesurer le niveau de vie	137
2.2 Mesure de l'équité horizontale (HE)	140
2.3 Mesure de l'équité verticale (VE)	143
3 Résultats : l'équité horizontale en accès	145
3.1 Standardisation	145

3.2	Mesure de la concentration du recours (HE)	146
3.3	Explication de l'iniquité horizontale : décomposition de l'indice de recours	149
4	Résultats : mesure de l'équité verticale en financement	150
4.1	Mesure de l'équité verticale observée	150
4.2	Renoncement aux soins	151
4.3	Dépenses contrefactuelles corrigées du non recours	152
4.4	Dépenses contrefactuelles à besoin équivalent : les médecins différencient-ils entre riches et pauvres ?	155
	Conclusion	158
	Bibliographie	162
	Annexe	163
IV Migrations		165
	Introduction	167
1	Contexte et hypothèses théoriques	170
1.1	Contexte tadjik	170
1.2	Hypothèses	174
2	Données et méthodes	176
2.1	Données	176
2.2	Variables d'intérêt	177
2.3	Statistiques descriptives	183
2.4	Stratégie empirique	191
3	Résultats : l'effet des remises sur l'accès aux soins	196
3.1	L'impact des remises sur la propension à consommer des soins	196
3.2	L'impact des remises sur l'intensité de la consommation de soins	198
3.3	L'impact des remises de fonds sur le renoncement aux soins	199
4	L'effet hétérogène des transferts de fonds	203
4.1	Comparaison des quartiles de dépenses entre NRH et RRH	203
4.2	Régression quantile	204
5	Discussion et conclusion	209
5.1	Effet de richesse ou effet propre des remises ? Estimation de l'élasticité	209
5.2	Rapatriement ou envoi de fonds ?	209
5.3	Discussion sur le biais	210
5.4	Discussion sur les implications en matière d'équité	210
5.5	Conclusion	211
	Bibliographie	216
	Annexes	217

Conclusion**229**

Liste des tableaux

Chapitre I	7
I.1	Tableau récapitulatif des entretiens 37
Chapitre II	63
II.1	Récapitulation des hypothèses 77
II.2	Proportion de patients ayant payé un paiement informel parmi les consommateurs 84
II.3	Paiement informel dans le budget mensuel du ménage (parmi ceux qui en donnent) 85
II.4	Description du paiement informel (répartition et montant) en fonction des caractéristiques du patient 88
II.5	Modèle en deux parties 92
II.6	Estimation par régression quantile 94
Chapitre III	125
III.1	Consommation de soins par quintile de niveau de vie 145
III.2	Les besoins de soins par quintile de niveau de vie 146
III.3	Estimation de l'effet des variables de besoins sur le recours 147
III.4	Indices de concentration du recours aux soins 149
III.5	Décomposition de l'iniquité de recours 150
III.6	Indices de concentration et KPI obtenus à partir des dépenses observées . 153
III.7	Proportion de renoncement et non recours par catégorie socioéconomique 153
III.8	Dépenses contrefactuelles 157
III.9	Régression de l'équivalent-loyer déclaré par les ménages 163
Chapitre IV	165
IV.1	Récapitulatif des sources possibles de biais 176
IV.2	Part des dépenses de santé dans la consommation 178

IV.3	Variables de renoncement et les sous-échantillons correspondant	179
IV.4	Statistiques descriptives des ménages bénéficiaires ou non de remises . . .	186
IV.5	Consommation de soins par statut de migration du ménage	187
IV.6	Augmentation de la consommation de soins consécutive au retour du migrant	187
IV.7	L'effet de la santé sur le statut de migration du ménage	188
IV.8	L'effet de la santé sur l'intention de migrer	190
IV.9	Comparaison des VI potentielles	194
IV.10	Déterminants de la réception de remises : équation de première étape . .	195
IV.11	L'effet de recevoir des remises sur la consommation de soins	200
IV.12	Effet des remises sur le renoncement et le non recours	202
IV.13	L'effet de recevoir des remises à différents quartiles de dépenses ambula- toires	207
IV.14	L'effet de recevoir des remises à différents quartiles de dépenses hospitalières	208
IV.15	L'effet de recevoir des remises sur la consommation de soins	219
IV.16	L'effet de recevoir des remises sur la consommation de soins ambulatoires	220
IV.17	L'effet de recevoir des remises sur la consommation de soins hospitaliers .	221
IV.18	Estimation jointe de la probabilité de recours à l'ambulatoire et de RR .	223
IV.19	Tobit et IVTobit	224
IV.20	L'effet d'avoir un migrant de retour sur la consommation de soins	225
IV.21	Indicateurs de renoncement aux soins par quintile	226
IV.22	Répartition des ménages RRH dans les quartiles de dépenses condition- nelles de santé	227
IV.23	L'élasticité des dépenses de santé aux remises de fonds	228

Table des figures

Chapitre I	7
I.1 Situation géographique du Tadjikistan	11
I.2 Comparaison des dépenses de santé totales en pourcentage de PIB	13
I.3 Proportion moyenne de ménages à déclarer recevoir des remises de fonds de migrant par région	14
I.4 Renoncement total aux soins	39
I.5 Renoncement partiel aux soins	40
Chapitre II	63
II.1 Répartition des montants de paiements à l'acte en ambulatoire condi- tionnellement au fait d'avoir payé	86
II.2 Répartition des montants de paiements informels au personnel hospitalier conditionnellement au fait d'avoir donné	87
Chapitre III	125
III.1 Courbes de concentration des recours	148
III.2 Courbes de concentration des dépenses de santé	152
III.3 Courbes de concentration des dépenses contrefactuelles ambulatoires . . .	155
III.4 Courbes de concentration des dépenses contrefactuelles hospitalières . . .	156
Chapitre IV	165
IV.1 Comparaison de la consommation des NRH et RRH par quartile de dé- penses ambulatoires	204
IV.2 Comparaison de la consommation des NRH et RRH par quartile de dé- penses hospitalières	205
IV.3 Distribution des dépenses de santé par composante (A. et H.)	217
IV.4 Distribution des remises de fonds	218

Introduction générale

“ The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. ”

Constitution de l’OMS, 22
juillet 1946

Garantir à tous l’accès aux soins est devenu un objectif politique au milieu du XX^e siècle, régulièrement réaffirmé depuis par les organisations internationales et les gouvernements nationaux, et inscrit à ce titre dans le volet santé des Objectifs de Développement Durable en 2015.

Avant les grands progrès de la médecine moderne, la santé était de l’ordre de la bénédiction. Mais lorsque de nouvelles techniques, efficaces mais coûteuses, se sont développées, l’accès à ces soins a d’abord été un bien de luxe, réservé aux catégories de population qui pouvaient se le permettre, et non un droit.

L’émergence de l’hygiénisme avec la compréhension des maladies infectieuses, l’avènement du socialisme, puis celui des démocraties sociales en Europe ont changé cette vision de la santé et ont ouvert la voie à une « politique » de santé, dont les différences nationales reflètent les trajectoires historiques et les cultures politiques. Toutefois, les différents systèmes créent des conditions plus ou moins favorables pour permettre un accès aux soins effectif et équitable des populations. Avec la boîte à outils de l’économiste de la santé, il est alors possible de mesurer et d’expliquer l’efficacité et l’équité des systèmes de soins.

Si tous les systèmes de santé méritent d’être évalués au regard des objectifs politiques qu’ils se donnent, il est particulièrement intéressant d’étudier l’équité d’accès et de financement dans des pays où le reste-à-charge est élevé et le secteur informel important. En effet, il s’agit souvent de systèmes publics dans lesquels le financement est défaillant. La charge est alors transférée aux ménages qui paient directement de leur poche, pour

reprendre l'expression anglaise « out-of-pocket ». Il est assez fréquent que ces restes-à-charge soient informels, comme c'est le cas dans certains pays d'Europe de l'Est, d'Afrique subsaharienne et d'Asie centrale. Du point de vue de l'économiste, cela complexifie la mesure de l'équité et de l'efficacité du système tout en augmentant son intérêt. De façon générale, les restes-à-charge ont de fortes chances d'être régressifs, mais seulement si tous les patients les paient, ce qui suppose qu'il n'y ait pas de renoncement aux soins. Quant aux paiements informels, leur contribution positive ou négative aux inégalités n'est pas évidente intuitivement du fait de leur caractère informel.

Au Tadjikistan, pays le plus pauvre d'Asie centrale, le contexte post-socialiste se traduit par un secteur presque entièrement public du point de vue de la propriété des établissements, mais dont le financement public ne représente plus qu'un petit tiers. Les dépenses privées des ménages, principalement composées de paiements informels et de dépenses en médicaments, ont connu une très forte augmentation dans les années 1990, conjointement à la crise de l'État. Le Tadjikistan possède des infrastructures anciennement de qualité, mais actuellement vétustes et inégalement équipées. Par ailleurs, l'héritage soviétique s'observe dans l'inscription du pays dans un espace de mobilités, de migrations et transferts monétaires qui demeure celui de l'ex-URSS.

Les pratiques de paiements informels dans les services de santé sont très courantes dans les pays anciennement socialistes (Ukraine, Kazakhstan, Kirghizistan, Roumanie, Russie, etc.). Au Tadjikistan, un système de paiement à l'acte informel existe et s'est imposé d'autant plus aisément que des systèmes d'arrangements informels existaient déjà depuis longtemps. Nous utilisons par la suite l'expression consacrée dans la littérature, « paiements informels », pour désigner les versements d'argent aux soignants après une prise en charge. Ces versements ne sont ni légaux ni illégaux mais tolérés.

Or, depuis l'indépendance, ces paiements informels ont pris une plus grande ampleur. Nous essayerons de comprendre pourquoi ces pratiques perdurent au-delà de la transition post-socialiste, la place qu'elles ont dans les dépenses de santé des ménages et le sens qu'elles prennent pour les acteurs. Sont-elles génératrices de défiance ou un moyen de restaurer la confiance ?

Ces paiements informels, ajustables au niveau de vie du patient, sont parfois décrits comme la partie progressive du financement des soins. Les paiements informels sont-ils réellement ajustés au niveau de vie des patients ? Si oui, permettent-ils d'éviter les dépenses catastrophiques¹, de réduire le renoncement ? Sinon représentent-ils une barrière à l'accès aux soins ? Finalement, accroissent-ils ou réduisent-ils les inégalités d'accès aux soins ? Nous définissons par la suite les inégalités d'accès comme des inégalités horizontales de consommation de soins en regard des besoins de soins.

1. L'OMS suggère que les dépenses de santé soient considérées comme catastrophiques quand elles atteignent ou dépassent 40% du revenu non indispensable à la subsistance du ménage, c'est-à-dire le budget restant une fois les besoins de base satisfaits.

Dans un contexte faits d'héritages qui sont à la fois des contraintes et des ressources, les acteurs mettent en place des stratégies. Quel rôle la mobilité transnationale, principale source de revenu mobilisée pour la subsistance des ménages, joue-t-elle dans le financement et l'accès aux soins ? En effet, la migration d'un membre de la famille permet à de nombreux ménages tadjiks d'avoir des ressources complémentaires grâce aux remises de fonds. Celles-ci désignent tout envoi ou rapatriement d'argent par le migrant pour soutenir sa famille. Est-ce que les remises de fonds contribuent à améliorer l'accès aux soins de leur famille, tel un filet informel de protection sociale ? Les migrations et la réception de remises de fonds ne sont pas également réparties sur le territoire ni entre les ménages de statuts socio-économiques différents. Les migrations pourraient-elles alors limiter ou au contraire accroître encore les inégalités d'accès aux soins ?

Afin d'analyser le système de santé actuel, les pratiques de rémunérations informelles, l'équité globale du système - en accès et en financement - et le rôle des mobilités internationales, nous mobilisons les données du Tadjikistan Living Standards Survey (2007), réalisée auprès de 4 800 ménages, ainsi qu'une enquête de terrain menée auprès de 40 patients et médecins.

Dans la suite de cette thèse, nous suivons le plan suivant.

I Étudier le système de santé au Tadjikistan postsoviétique : contexte et méthode

Vingt cinq ans après l'indépendance, le système de santé tadjik s'insère dans un contexte marqué par la période post-socialiste et toujours en transition. On identifie deux types d'obstacles dans l'accès aux soins. Le premier est un obstacle physique : la distance à une offre médicale de qualité et le relief montagneux du Tadjikistan. Le second est financier : le remplacement des financements publics par des dépenses privées principalement informelles génère des coûts de prise en charge à géométrie variable. L'exploitation de données qualitatives permet d'en comprendre les motifs et plus largement de documenter les différentes stratégies des acteurs.

Après avoir exposé les principaux aspects du système de santé, et décrit l'expérience qu'en font certains Tadjiks, nous verrons qu'une défiance profonde envers certains professionnels de santé s'est développée et que le renoncement aux soins s'est accru.

II Donner, recevoir et réclamer : le paiement informel au médecin

Dans le chapitre II, nous analysons à la fois les déterminants et l'ampleur des paiements informels et les différentes justifications de cette pratique, en mobilisant les données d'enquête et les données qualitatives, observations et entretiens sur le terrain. Nous montrons que la différenciation des tarifs est loin d'être la règle, contrairement à ce qui est souvent

écrit dans la littérature. Lorsqu'elle existe, elle ne s'explique pas forcément par la volonté propre du médecin de tirer profit des patients riches tout en favorisant les pauvres. Nous montrons également qu'une forme de paiement informel est instituée et acceptée par tous, le paiement informel conventionnel. Mais le sentiment croissant de défiance des patients vis-à-vis des médecins fragilise cette convention et lui donne progressivement un autre sens.

III Équité dans la consommation de soins et dans le financement

Dans le chapitre III, nous mesurons simultanément les conséquences en termes d'équité horizontale dans l'accès aux soins et d'équité verticale dans le financement d'un système à restes-à-charge très importants. En utilisant la méthodologie des indices de concentration pour mesurer l'équité horizontale et verticale, ainsi qu'une mesure de niveau de vie affinée, nous mettons en évidence le fait que la consommation de soins n'est pas équitablement répartie dans la population malgré l'universalité du système de soins. Les populations plus démunies cumulent plus de non recours et de renoncement aux soins. Le système est régressif, les paiements informels sont plus élevés pour les patients pauvres en proportion de leur revenu, contrairement au principe « Robin des bois », bien que les dépenses directes restent en absolu plus concentrées dans les populations aisées. Nous comparons enfin la répartition des paiements informels contrefactuels (après avoir contrôlé des différences de besoins) aux dépenses formelles. Ceux-ci sont tous régressifs, invalidant l'hypothèse de progressivité des paiements informels.

IV Accès aux soins et migrations internationales : les remises de fonds augmentent-elles la consommation de soins ?

Les remises de fonds des migrants ont-elles un impact sur la consommation de soins de leur famille au pays ? En assouplissant la contrainte budgétaire, ces transferts devraient améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les systèmes avec de faibles dépenses publiques de santé. Cependant, les besoins de soins pouvant inciter les migrants à envoyer davantage d'argent, il est envisageable que les transferts soient endogènes.

Le chapitre IV étudie cette question dans le contexte spécifique du Tadjikistan, où l'on observe à la fois des dépenses directes de santé élevées et une forte dépendance aux migrations. On applique une estimation en deux parties, à la marge extensive (propension à consommer) et à la marge intensive (niveau de consommation parmi les consommateurs). Une méthode d'instrumentation est mise en œuvre pour vérifier l'hypothèse d'endogénéité des transferts. Les résultats montrent que les transferts ont un impact positif, mais hétérogène, qui diffère en fonction du niveau de la consommation de soins. L'effet n'est significatif que pour les plus grands consommateurs de soins.

Dans l'ensemble, on ne met pas en évidence de rôle redistributif des paiements informels et les remises de fonds, quant à elles, étant inégalement réparties et inégalement utilisées pour les soins, ont plutôt tendance à renforcer les inégalités de consommation mais à atténuer le renoncement.

Chapitre I

Étudier le système de santé au Tadjikistan postsoviétique : contexte et méthodes

Sommaire

	Introduction	9
1	Contexte historique, sanitaire et démographique	10
2	Le système de santé tadjik : entre héritage soviétique et ré- formes récentes	16
3	Aspects méthodologiques de la thèse	26
4	Le système de santé en pratique : les premiers constats	38
	Bibliographie	57
	Annexes	58

Introduction

Ni l'inscription légale qui fait de la santé un droit, ni la contrainte d'un objectif chiffré à remplir ne garantissent l'effectivité de l'accès de tous aux soins. Le manque de moyens réellement mis à disposition par l'État dans un système public ou son engorgement, l'absence d'assurance obligatoire, le développement de modes de financements informels, ou simplement les pratiques socio-culturelles héritées du passé, et parfois la corruption du système font obstacle à l'accès des populations moins bien dotées. Ainsi, dans de nombreux pays à système de santé public, la santé est-elle toujours un bien de luxe, comme elle peut l'être dans les pays libéraux à système de santé privé avec un marché d'assurance peu régulé et sans filet de sécurité.

Il est donc particulièrement intéressant d'étudier l'équité d'accès et de financement dans des pays à fort secteur informel, comme certains pays d'Europe de l'Est, d'Afrique subsaharienne ou d'Asie centrale. Le Tadjikistan, pays le plus pauvre d'Asie centrale, cumule justement les conditions économiques d'un pays en développement, des problématiques à la fois post-socialistes (fort secteur public et informel conjointement à la ruine de l'État, infrastructures existantes mais vétustes, corruption), post-guerre civile (crise humanitaire des années 1990) et, sous certains aspects, post-coloniales (position périphérique avec une forte dépendance à l'ancien centre, visible notamment à travers les migrations).

Dans ce chapitre introductif, nous voyons comment l'accès à la santé aujourd'hui est pris dans des tendances longues et des institutions héritées de l'histoire. Les héritages postsocialistes influencent le Tadjikistan contemporain dans un certain nombre de dimensions. Sur le plan démographique, les flux migratoires sont structurés par ces héritages. La dépendance économique également. Le fonctionnement du système de santé est encore fortement influencé par le système soviétique.

Le système hérité a pour principales caractéristiques d'être un système public, officiellement gratuit et universel, les infrastructures sont une propriété d'État. Mais dans ce système les paiements informels se sont presque substitués aux financements publics. Ils représentent une très large part des dépenses de santé privées. La combinaison de ces deux éléments peut affecter les inégalités d'accès de différentes façons. D'un côté, les inégales ressources des régions et le manque de moyens dans les échelons les plus bas défavorisent les régions et ménages pauvres. De l'autre, l'informalité des tarifs pourrait s'adapter aux différents budgets.

Cette large part de l'informel rend dans tous les cas utile l'usage de méthodes mixtes pour en saisir le poids et le sens pour les acteurs. C'est pourquoi, nous présentons ici les différents types de données utilisées dans cette thèse.

1 Contexte historique, sanitaire et démographique

Le Tadjikistan, ex-république de l'Union soviétique et république indépendante depuis 1992, se situe au cœur de l'Asie centrale. C'est un pays enclavé et essentiellement montagneux, frontalier de l'Ouzbékistan à l'ouest, du Kirghizstan au nord, de la Chine à l'est et de l'Afghanistan au sud.

Près des trois quarts des 8,7 millions d'habitants au Tadjikistan¹ vivent en zone rurale. Douchanbé, au centre de la Région de subordination républicaine, est la capitale et Khoudjand, au nord au bord du fleuve Syr-Daria, et aux frontières kirghizes et ouzbèkes, est la seconde plus grande ville du Tadjikistan. La population est majoritairement tadjike (84%) et ouzbèke (14%). Le Tadjikistan est le pays le plus jeune d'ex-URSS et celui qui a la démographie la plus dynamique avec un taux de 3,4 enfants par femme en 2015, ce malgré une forte baisse, puisque ce taux était de 5,1 en 1991 (IndexMundi).

Sur le plan économique, le Tadjikistan était déjà le pays le plus pauvre de l'Union soviétique, mais il bénéficiait alors de la division du travail inter-république. Son économie était spécialisée dans la culture de coton, l'extraction de minerai et l'industrie de l'aluminium. Il reste aujourd'hui le plus pauvre d'Asie centrale et de la zone Europe de l'OMS. Son PIB, de 6,9 milliards de dollars et de 795,8 USD par tête (2016), est inférieur à 20% de la moyenne européenne (Khodjamurodov *et al.*, 2016). D'après les dernières estimations du FMI (avril 2018), le PIB par tête (PPA) du Tadjikistan se situerait entre celui du Rwanda et de la Guinée, à la 171^e place du classement mondial.

À la chute de l'URSS, le Tadjikistan a connu la guerre civile la plus meurtrière d'ex-URSS (1992-1997). Elle opposait des groupes rivaux, sur la base de divergences politiques, régionales, religieuses et ethniques. Le processus de paix a finalement maintenu le président héritier du parti communiste avec une coalition intégrant des opposants du parti islamique au gouvernement. Rahmon est encore au pouvoir aujourd'hui. Après la crise humanitaire, le pays indépendant a connu une forte récession économique dont il est sorti au début des années 2000, en grande partie grâce à la reprise de l'économie russe et les opportunités de migration de travail qui en résultent pour ses ressortissants.

1.1 Situation sanitaire

L'espérance de vie avait fortement baissé après la chute de l'URSS et pendant la guerre civile (jusqu'à 56 ans pour les hommes en 1993) mais a commencé à augmenter dans les années 2000 grâce à la paix et à la reprise économique. Malgré cette amélioration de la situation sanitaire, la mortalité infantile est toujours la plus haute d'ex-URSS (40,9 pour 1 000 en 2013, Khodjamurodov *et al.* (2016), p. xv) et explique la faible espérance de vie.

1. Ceci est une estimation de la Banque mondiale en 2016. Le dernier recensement de 2010 comptait 7,6 millions.

GRAPHIQUE I.1 – Situation géographique du Tadjikistan



Source : Encyclopédie Larousse (en ligne) : République du Tadjikistan

La mortalité infantile est particulièrement élevée chez les très jeunes mères : 65 pour 1 000 chez les enfants de mères de moins de vingt ans, sachant que de nombreuses femmes se marient avant cet âge.

La baisse de la couverture vaccinale qui a entraîné la réapparition des maladies infectieuses (épidémies de poliomyélite, VIH et tuberculose) explique aussi cette espérance de vie moindre, ainsi que l'augmentation des maladies non infectieuses.

Le Tadjikistan a été identifié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'un des pays de la zone eurasiatique les plus affectés par les cas de tuberculose multi-résistante. La prévalence de la tuberculose était estimée en 2010 à 332 cas sur 100 000 personnes, et son incidence à 206 pour 100 000, dont 17% des nouveaux cas constatés sont multi-résistants (Statistical Agency *et al.*, 2013). La prévalence du VIH est officiellement basse mais en augmentation (0,3% des 15-49 ans étaient séropositifs en 2011²) et 80% des cas auraient été infectés par injection de drogues (UNDP, 2009), d'où une forte prévalence chez les toxicomanes. Cependant, le taux de dépistage et le développement d'une conscience à cet égard sont si faibles, qu'il est probable que la prévalence soit supérieure et que l'incidence augmente à l'avenir.

Face à cette situation sanitaire alarmante, le gouvernement du Tadjikistan et les donateurs internationaux ont fait des efforts et les dépenses de santé, en totalité, ont doublé. Elles représentaient 3,1% en 1995 et 6,8% PIB en 2013. Néanmoins, la part de budget que l'État alloue au secteur de la santé est de 7,3%, ce qui est le plus faible investissement d'Asie centrale. Près des deux-tiers des dépenses totales de santé sont toujours couvertes par les dépenses privées des ménages. Par ailleurs, les médias rapportent que le secteur des services, et notamment celui de la santé, sont touchés par la corruption. Dans le secteur sanitaire, les actes de corruption représenteraient 1,3 million de Somoni tadjiks³ (TJS) en 2015 (Khamrabaeva, 2012).

1.2 Flux migratoires

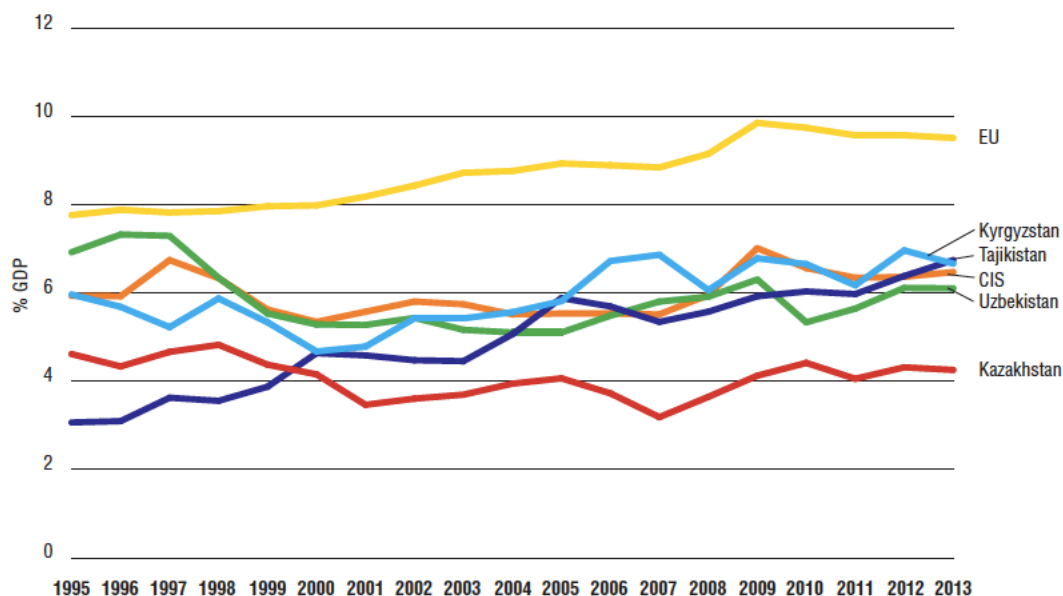
Les flux migratoires sortant sont aujourd'hui très importants. Les organisations internationales évoquent la présence de plus d'un million de migrants tadjiks en Russie au tournant des années 2000, contribuant à la moitié du PIB à travers leurs transferts monétaires. Cela placerait le Tadjikistan au premier rang mondial des transferts monétaires en proportion du PIB.

Le Tadjikistan appartient à une aire géographique marquée par des traditions de mobilités, liées aux travaux agricoles et aux transhumances. Ainsi, au XIX^e siècle, les historiens rapportent-ils l'existence de migrations saisonnières des populations montagnardes vers

2. D'après les données de UNAIDS, 2013.

3. Par la suite, nous utilisons le nom de la devise dans les analyses, mais nous conservons la forme orale *somoni*, dans les citations.

GRAPHIQUE I.2 – Comparaison des dépenses de santé totales en pourcentage de PIB



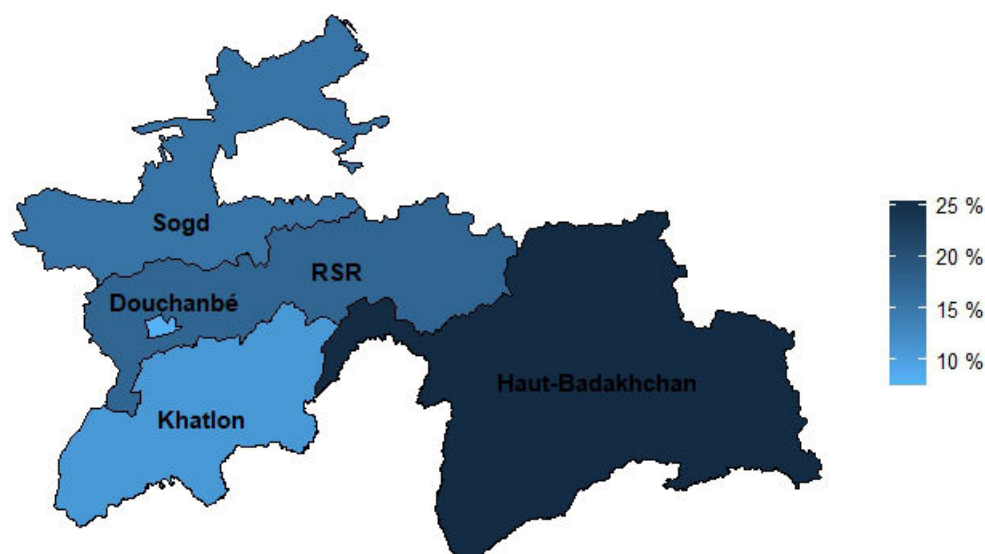
Source: WHO Regional Office for Europe, 2015a.

les cultures de coton de la vallée du Ferghana, au carrefour du Tadjikistan, du Kirghizstan et de l'Ouzbékistan (Hohmann (2010), p. 190 ; Cleuziou (2016), p. 335). Par la suite, les flux migratoires se sont internationalisés et intensifiés, puis inversés à la fin du XX^e siècle. Alors que pendant la phase de colonisation puis de soviétisation arrivent en Asie centrale les populations dites « européennes » (Russes, Allemands, Ukrainiens, Juifs), à partir des années 1970, ces flux ralentissent et les premières politiques d'accueil dans les autres républiques de la main-d'œuvre d'Asie centrale apparaissent. Cette période coïncide avec une forte baisse de la natalité et un vieillissement de la population dans l'Ouest de l'Union.

La chute de l'URSS accélère la tendance. Les flux de la périphérie vers l'ancien centre s'intensifient dans l'espace postsoviétique, notamment ceux en provenance du Tadjikistan. En effet, après l'indépendance, le Tadjikistan entre en guerre civile (1992-1997) ce qui provoque l'émigration de nombreuses familles et le « rapatriement » des populations européennes. C'est la République la plus fortement touchée, en proportion, par l'émigration des populations russes, qui a fait suite à la promulgation de la loi sur la langue tadjike en 1989 et au début des affrontements. Avant l'entrée du pays dans la guerre civile en 1992, les Russes représentaient encore 7,6% de la population totale, dont la moitié aurait quitté le Tadjikistan entre 1992 et 1993 (Olimova, 2005 ; Peyrouse, 2007).

Après cette première vague liée à la crise humanitaire et politique, une deuxième vague d'émigration plus économique démarre à la fin des années 1990. Avec l'indépendance et la désorganisation du système productif – qui a entraîné une forte baisse de la production de coton, d'or et d'aluminium - le chômage serait passé, officiellement, de 0,6% en 1993 à

GRAPHIQUE I.3 – Proportion moyenne de ménages à déclarer recevoir des remises de fonds de migrant par région



Source : Données agrégées issues de l'enquête de ménages TLSS 2007. Fond de carte Open Street Map.

46% en 2005 (Hohmann (2010), citant les statistiques du FMI). Les migrations de travail, temporaires et saisonnières, prennent une ampleur considérable au début des années 2000. Ces migrations à plus de 90% masculines et en direction de la Russie concernaient entre 600 000 et 1,2 million de Tadjiks en 2000 (Hohmann (2010), citant l'OIM), certaines estimations allant jusqu'à 2 millions (Laruelle, 2006)⁴.

Depuis les années 2000, les remises de fonds des migrants sont devenues une des seules sources de revenu stable pour une large frange de la population, sans emploi stable et souvent sans patrimoine. Nous utilisons remises de fonds, la traduction du vocable anglais *remittances*, couramment utilisé dans la littérature d'économie du développement, plutôt que transferts monétaires, qui nous paraît être une notion plus macroéconomique. De plus « remises » permet de parler de tout type de transferts (en argent ou en nature), envoyés au ménage ou rapatriés, passés par des intermédiaires bancaires (formels) ou des canaux plus informels.

Sur le graphique I.2, on voit que la réception de remises de fonds ou non est liée, entre

4. Comme un grand nombre de migrants sont en situation irrégulière en Russie et souvent en séjour temporaire, il est très difficile d'évaluer leur nombre avec précision. Le service fédéral de la migration de Fédération de Russie (FSM) estimait en 2013 que 1,15 million de Tadjiks résidaient sur le sol russe (cité dans *Tajik Migrants with Re-entry Bans to the Russian Federation*, rapport de l'Organisation Internationale des Migrations, 2014). Human Right Watch parle de 1 à 2 millions de migrants tadjiks (2011).

autres, aux opportunités économiques. Il y a plus d'activité économique à Douchanbé que dans la région autonome du Haut-Badakhchan (GBAO). Cependant, le cas de la province Khatlon est en trompe l'œil, car si dans cette région les ménages ont peu déclaré avoir un migrant à l'étranger et recevoir des remises au moment du passage de questionnaire, ils ont cependant des chances supérieures à la moyenne d'avoir un migrant de retour. Il pourrait donc s'agir d'un type différent de migration, plus saisonnier, et d'un type différent de transfert, plutôt sous forme de rapatriement d'argent à la fin de la saison.

1.3 Enjeux et problématisation

Les enjeux de l'accès à la santé au Tadjikistan s'inscrivent donc dans un contexte économique et spatial hérité de l'histoire soviétique et même coloniale. D'une part, sa situation de vulnérabilité et de dépendance, datant de l'époque coloniale, s'est accentuée au moment de la dislocation de l'URSS et de la guerre civile, qui l'ont entraîné dans une spirale de pauvreté. D'autre part, les soixante-dix ans d'histoire commune entre les anciennes républiques soviétiques continuent de structurer les flux et les échanges. Le Tadjikistan s'inscrit dans l'espace post-soviétique. Et, malgré l'indépendance et les autres influences émergentes (Chine, Kazakhstan, Europe), il montre une forte dépendance économique à l'ancien « centre », la Russie. Il faut donc prendre en compte les comportements des Tadjiks à cette échelle-là également.

Ces trois dimensions, historique, économique et géographique, peuvent avoir un impact en termes d'accès aux soins et d'inégalités. Les migrations et la réception de remises de fonds ne sont pas également réparties sur le territoire ni entre les ménages de statuts socioéconomiques différents. Quel rôle joue alors la mobilité transnationale, principale source de revenu mobilisée pour la subsistance des ménages, dans le financement et l'accès aux soins ? Est-ce que les migrations pourraient limiter ou au contraire accroître encore les inégalités d'accès aux soins ?

La période post-socialiste façonne aussi le système de santé actuel, à la fois par l'égalitarisme affiché du système mais aussi par les pratiques de paiements informels qui étaient fréquentes et qui perdurent. À quelles recompositions de ces pratiques et des représentations associées assiste-t-on aujourd'hui ? Comment cela peut-il affecter l'accès aux soins des ménages tadjiks ?

Dans la suite de ce chapitre introductif, pour présenter ce système, nous procédons en trois temps. Tout d'abord nous présentons des données institutionnelles du système actuel et un état de l'art sur les arrangements informels dans la période soviétique et post-soviétique. Nous présentons ensuite les sources statistiques et qualitatives utilisées par la suite. Enfin nous mobilisons, ces données pour présenter les premiers constats concernant les barrières à l'accès aux soins, les représentations collectives et les expériences individuelles du système.

2 Le système de santé tadjik : entre héritage soviétique et réformes récentes

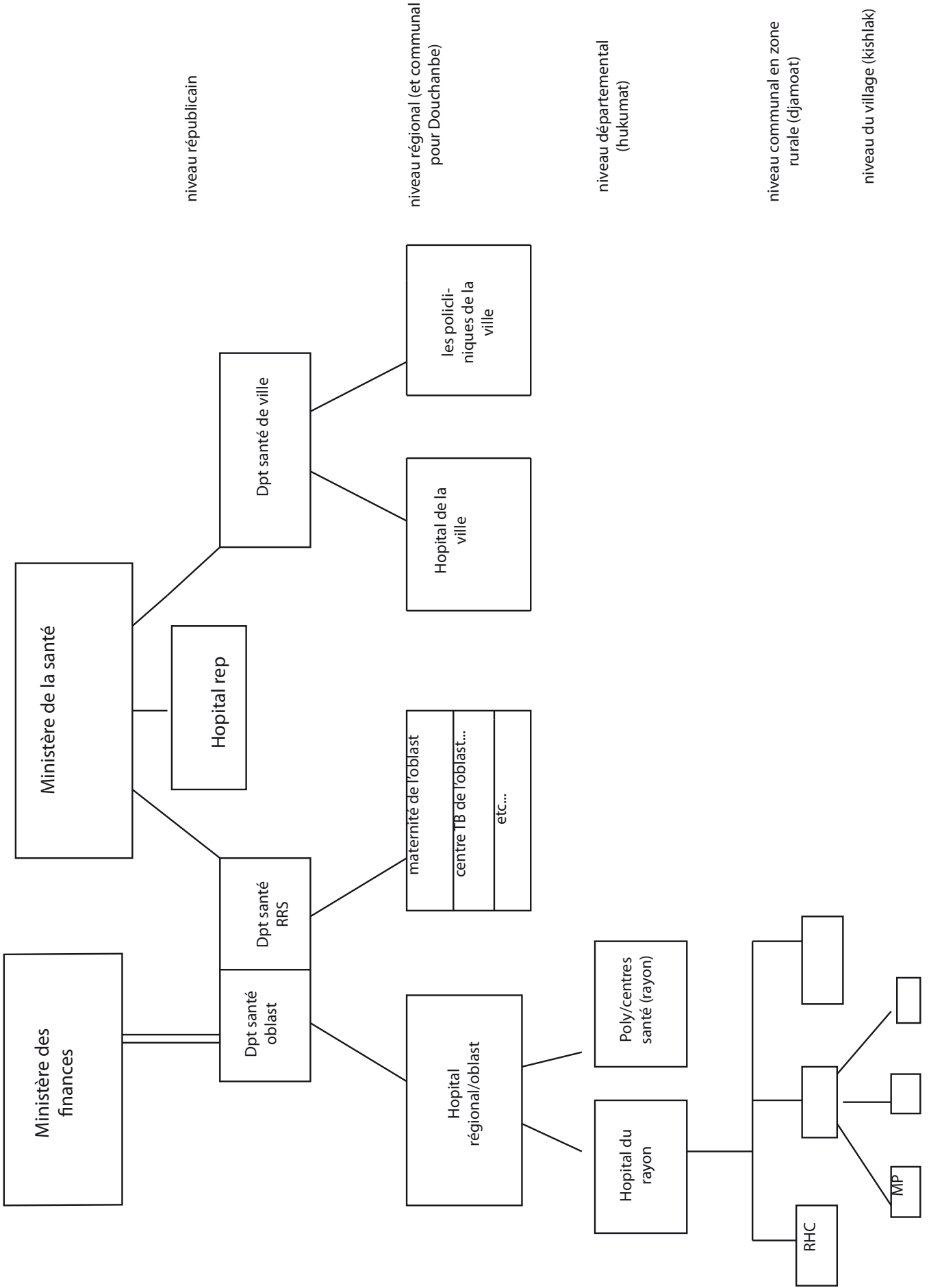
Le système de santé au Tadjikistan est hérité du système socialiste soviétique, dont le principe était un système universel et gratuit, garantissant un accès aux soins pour tous sur tout le territoire. Les principes fondateurs du système de santé soviétique sont proposés par Semashko et adoptés dès 1919 dans le deuxième programme du parti. Proche collaborateur de Lénine, Semashko est directeur du premier Commissariat du peuple à la santé, puis du Commissariat à la santé de RSFSR en 1922 à la création de l'URSS. Il est souvent perçu comme l'architecte du système de santé soviétique (universel et gratuit, avec services primaires partout en zone rurale). En effet, les bolchéviks mettent en œuvre une médecine sociale influencée par l'hygiène sociale et la bactériologie pasteurienne, dans laquelle la relation triangulaire santé-environnement-condition sociale va s'adapter avec le temps au marxisme léninisme pour former la doctrine médicale soviétique (Hohmann, 2014). Comme l'accès à l'éducation, l'accès aux soins est considéré comme un droit social fondamental garanti à tous les citoyens soviétiques. Toutefois, en pratique, des différences de qualité et d'accès aux médicaments existaient et questionnaient déjà le caractère universel. De même, les pratiques de compensation informelle, d'échange de faveurs, questionnaient la gratuité, même lorsqu'elles étaient effectuées en nature. Les changements liés à la trajectoire postsoviétique ont ensuite fortement augmenté les inégalités de santé et détérioré la situation sanitaire en générale.

Comme le caractère universel du système, son organisation et son mode de gouvernance sont toujours en grande partie structurés par l'héritage soviétique, malgré quelques réformes récentes.

La grande majorité des établissements demeure propriété d'État et la gouvernance est toujours très centralisée et hiérarchisée. Le secteur privé représente, en 2013, seulement 1,6% de l'ambulatoire (*outpatient services*), bien qu'il se soit développé ces dernières années après la première vague de réformes (centres dentaires et centres de diagnostics).

2.1 Organisation : un système à quatre échelons, hérité du système socialiste « extensif et ramifié »

Le système de santé est hiérarchisé en quatre niveaux, correspondant aux quatre niveaux administratifs. Il se déploie sur tout le territoire (« système ramifié », Hohmann (2014)) : les infrastructures de santé des différents niveaux sont réparties sur l'ensemble du pays, chacune rendant des comptes à l'échelon supérieur.



Le premier niveau de décision est le niveau de la République, le Ministère de la santé de la protection sociale et de la population, qui administre directement les services nationaux (comme l'hôpital Karabolo).

Le second niveau est régional, ces services sont administrés par les autorités des provinces (*viloyat*, en tadjik ; *oblast'*, en russe) Sogd et Khatlon, de la Région de subordination républicaine (RSR, ancienne Karotegin) et de la Région autonome du Haut-Badakhchan (GBAO). Le troisième niveau est celui du district (*rajon*, dont le *hukumat* est le pouvoir administrant) et des grandes villes. Enfin, le niveau communautaire ou des petites municipalités (un *dzhamoat* est responsable de plusieurs villages).

Au premier niveau, l'hôpital national républicain de Douchanbé est plus grand que les hôpitaux de districts. Les bâtiments accueillant les différents services ne sont visiblement pas de la même qualité et de la même ancienneté : si les services de médecine générale et de radiologie sont assez récents, celui de pédiatrie, par exemple, est en état de délabrement. Il dispose bien sûr de l'eau courante, mais les tuyaux qui parcourent le parc témoignent d'une vétusté certaine, qui contraste avec les panneaux photovoltaïques disposés dans la cour pour augmenter l'indépendance électrique⁵. L'hôpital a bénéficié de donations étrangères.

Au second niveau les hôpitaux régionaux et les hôpitaux spécialisés de région (maternités, centres de tuberculose, etc.) sont gérés par les *oblast'* qui rendent ensuite compte au ministère de la Santé. Par exemple, la ville de Khorog a un centre de traitement contre la tuberculose responsable de tous les patients du Badakhchan. Les malades de n'importe quel district du Badakhchan dont l'analyse de salive devient positive à la tuberculose sont envoyés directement au centre de Khorog, pour être soignés et ne pas contaminer les habitants du district. Ils ne reprennent le traitement de base dans leur district qu'une fois l'analyse de salive redevenue négative.

Au troisième niveau, celui du district, les hôpitaux spécialisés (*rajonskaja bol'nica*) et leur équivalent en ambulatoire (*rajonskaja poliklinika*), ainsi que les centres de santé de district et les centres de soins primaires (PHC) sont gérés par le *hukumat*. Entre l'hôpital et l'ambulatoire, la hiérarchie n'est aujourd'hui plus très claire, en raison d'une série de réformes (notamment celle de la *rajzdrav*⁶) et en raison de la promotion du système de soins primaires comme priorité nationale. Recommandée par l'OMS, la primauté des PHC entre en inadéquation avec l'héritage soviétique, dans lequel les soins secondaires étaient clairement favorisés et valorisés. En effet, « l'hospitalisation est une véritable tradition

5. Les infrastructures au Tadjikistan souffrent, en hiver particulièrement, de coupures électriques récurrentes.

6. Système de gestion partiellement décentralisé de la santé, formé sur *rajon* (district) et *zdravokhramenie* (système de protection sanitaire). Ce système a existé à l'époque soviétique et avait été supprimé autour de 1980. Il a été remplacé par un système d'hôpital central de *rajon*, dont le chef gérait à la fois l'hospitalier et l'ambulatoire. La *rajzdrav* est réinstituée en 2009, puis abolie en 2012, censée être remplacée par quelque chose de plus efficient. Elle n'était cependant pas encore remplacée en 2014, laissant un flou administratif dans le management hospitalier. Cela crée de fortes tensions.

soviétique [...] Avant 1991, près d'un quart de la population ouzbèke se faisait hospitaliser chaque année », écrit Hohmann (2014) à propos de l'Ouzbékistan, p.144. Du point de vue de la gouvernance, le district rend compte à la région qui rend compte au ministère de la Santé. La différence parfois flagrante entre les polycliniques (ou maternités) de ville et celles gérées par la région remet en cause le caractère universel du système.

Enfin au niveau du *dzhamoat*, regroupement de villages dans les zones rurales, on trouve les Centres ruraux de santé (RHC ou *sel'skij center zdorov'ja*), où il y a par définition au moins un médecin référent pour la zone environnante. Cependant, leur taille et leur composition changent beaucoup d'un *dzhamoat* à l'autre. Nous avons visité des RHC dotés de quatre spécialistes et seize infirmières, un générateur électrique, un cabinet de dentiste, une radiographie, le chauffage central. Ils semblaient trouver eux-mêmes des fonds privés ou des subventions. D'autres ne disposent même pas de médecin généraliste permanent : un seul médecin tourne sur plusieurs *dzhamoats* et un *feldsher*⁷ le remplace le reste du temps.

Un cinquième niveau existe : c'est le *medpunkt* (point santé) au niveau de certains villages, qui assure le niveau minimal de prise en charge (premiers secours, pansement, etc.). Il n'y a pas de médecin, seulement une infirmière, qui alerte le médecin pour les cas pathologiques. Les *medpunkts* sont directement gérés par le *dzhamoat*.

Comme dans d'autres pays d'ex-URSS, des systèmes parallèles de santé hors du ressort du Ministère de la santé existent toujours (Rechel *et al.*, 2013). En effet, le système soviétique était segmenté : six systèmes de santé parallèles coexistaient, administrés par d'autres ministères et compagnies d'États pour leurs propres employés. C'était le cas de toute la politique sociale en URSS, du fait du fondement corporatiste de la protection sociale étroitement liée au travail (Lefèvre, 1995) et au productivisme idéologique. Par exemple, encore aujourd'hui l'hôpital des employés des chemins de fer est un hôpital à part, gratuit pour les cheminots, payant pour les autres, administré par la société des chemins de fer. De même pour les Ministères des affaires intérieures, de la Défense, des Transports, la société nationale du textile et celle de l'aluminium, le tout comptant pour 4,6% des dépenses de santé totales.

Outre les autorités locales et nationales, de nombreux acteurs internationaux interviennent dans le secteur de la santé au Tadjikistan. Beaucoup d'OI et d'ONG (organisations internationales et organisations non-gouvernementales), lorsqu'elles ne sont pas spécialisées dans la santé, ont au moins un programme de santé au Tadjikistan. Parmi elles, le PNUD, UNICEF, UNFPA, l'OMS, la Banque Mondiale, la Fédération de la Croix rouge et du Croissant rouge, USAID, Médecins Sans Frontières, la Fondation Aga Khan, ACTED, l'Agence suisse pour le développement et la coopération, la Banque asiatique de développement et bien d'autres. L'OMS est le partenaire direct du ministère de la Santé

7. Assistant du médecin, statut intermédiaire entre infirmier et médecin.

et ils développent ensemble les stratégies nationales pour réformer le système de santé.

2.2 Ressources physiques et humaines

Les infrastructures ont souffert des années de guerre et des années de sous-investissement (Khodjamurodov *et al.*, 2016). Malgré les donations, de nombreux établissements administrés localement manquent encore d'équipements basiques : eau courante, sanitaire, électricité, chauffage. Une des priorités affichées des OI et ONG était de réduire le nombre de lits par habitant, considéré comme un héritage du quantitativisme du système soviétique⁸. La surcapacité hospitalière (984 per 100 000 en 1992, quand la moyenne européenne est plutôt de 350), effet pervers du mode de répartition budgétaire, est vue comme coûteuse et inefficace⁹.

Le secteur médical a connu une véritable hémorragie. Le Tadjikistan compte moitié moins de médecins généralistes et d'infirmières que les pays européens en moyenne depuis 2000. Tandis qu'en 1990, il y avait 255 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 405 en UE, il n'y en avait plus qu'environ 165 pour 100 000, en 2006, contre 430 en moyenne en UE, d'après les données de l'OMS (*HFA database*). Cela s'explique par la croissance démographique qui ne s'est pas accompagnée d'une croissance du nombre de postes de médecin, mais aussi par les nombreux départs à l'étranger pendant la guerre civile (ainsi que quelques massacres inter-ethniques touchant des médecins, (Hohmann, 2010)), puis par les vagues d'émigration économique temporaire ou définitive. Outre ceux qui ont eu l'opportunité d'obtenir un passeport russe ou une patente pour travailler dans les hôpitaux russes, certains médecins font le choix de partir sur des chantiers en Russie, pour mieux subvenir aux besoins de leur famille. En effet, le secteur médical est très peu attractif du fait des salaires extrêmement bas. En 2007 le salaire moyen n'est encore que de 17 USD alors qu'il est de 50 USD dans les autres secteurs¹⁰ (Khodjamurodov et Rechel, 2010). De plus, la main d'œuvre se concentre en grande partie dans les établissements de la capitale. Le système de bourses¹¹ ne permet pas de garantir le retour des boursiers dans leur localité. Beaucoup préfèrent changer de secteur ou travailler informellement à la capitale du fait de la forte hétérogénéité des opportunités économiques entre régions.

8. Le budget était alloué en fonction du nombre de lits, ce qui incitait les directeurs d'hôpital à gonfler les capacités. Les cadres d'ONG rencontrés opposaient systématiquement le quantitativisme soviétique à un système performant, de qualité. Selon eux, ce biais budgétaire se faisait au détriment des soins de qualité.

9. De fait, lors de nos visites, une des impressions qui se dégagent des visites d'hôpitaux de districts est leur faible fréquentation. Notons que nous y étions en saison estivale.

10. Bien que le Président ait décrété un doublement en 2005 et une autre augmentation à 38 USD en 2009, le salaire moyen dans le secteur de la santé reste bas comparé au reste de l'économie (65 USD) (Khodjamurodov et Rechel, 2010).

11. Un système de quotas détermine le contingent d'étudiants dans chaque région qui pourront être entièrement financés durant leurs études de médecine. En échange, ils s'engagent à revenir exercer dans leur région d'origine.

L'offre médicale est marquée par de fortes disparités géographiques, en partie héritées du système soviétique (disparités sectorielles et ville/campagne), en partie une conséquence des inégalités géographiques croissantes. Le financement local reposant sur l'impôt fait que l'offre médicale reflète aussi les inégalités territoriales (voir ci-dessous), tout comme l'exode rural et l'émigration des médecins des districts les plus reculés. Les donations de mécènes internationaux et d'ONG entraînent elles aussi des différences parfois au sein d'un même hôpital entre deux services, selon ce qui est apparu comme la priorité pour le donneur.

2.3 Financement : entre habitude héritée et évolution des pratiques

Bien que le système de santé soit presque entièrement public (1,6% de l'ambulatoire est privé), le financement est majoritairement privé depuis les années 1990. Les dépenses publiques en santé sont, d'ailleurs, parmi les plus basses d'Asie centrale (5,7% des dépenses publiques totales et 1,7% du PIB, en 2007).

En 2013, 30,6% des dépenses totales de santé provenaient du budget gouvernemental, 10,3% de sources externes (organismes donateurs) et 60,1% directement des ménages. Bien que ces restes-à-charge (RAC) aient diminué – ils représentaient 78,8% des dépenses totales en 2000 – ils restent parmi les plus élevés au monde et trois fois supérieurs à la moyenne européenne, Europe de l'Est comprise. En effet, depuis l'indépendance, l'État ne parvient plus à financer tout le système, devenu inabordable pour un petit pays aux faibles ressources. Ce sont donc les dépenses privées des ménages qui ont explosé pour compenser l'écart.

Ces 30,6% de dépenses publiques représentent le financement des infrastructures et des salaires. Elles proviennent du budget de l'État central et des budgets régionaux : 18,8% vient du budget national, réparti centralement par le Ministère des Finances et 81,2% vient du budget des *oblasts*, en 2013 (Khodjamurodov *et al.*, 2016). La part publique du financement repose essentiellement sur les recettes fiscales : taxe nationale sur les revenus et profits, TVA, droit d'accise et taxes sur l'extraction de ressources naturelles, sur les usagers de la route, sur la vente de coton, et impôts locaux au niveau des provinces et des villes (taxe sur les véhicules et l'immobilier).

Les 60,1% de RAC couvrent essentiellement l'achat de médicaments, les paiements informels au personnel, devenus de véritables compléments de salaire, ainsi que les paiements formels auxquels l'amendement constitutionnel de 2003 a ouvert la voie, mettant fin au principe d'une gratuité complète des soins (voir section 2.4).

À l'époque soviétique, le financement du système de santé reposait entièrement sur le budget de l'État. Le secteur, n'étant pas prioritaire dans le Plan, souffrait de manque d'investissement et le matériel manquait souvent. Les salaires du personnel étaient déjà

assez faibles et la pratique du remerciement au médecin existait généralement sous forme de don en nature ou de piston, de protection (*blat*, *proteksia*, *cherez*). Ces différentes pratiques de réciprocité informelles ainsi que celle du pot-de-vin, répandues dans tous les secteurs pénuriques et dans l'administration à l'époque soviétique, ont été analysées en Russie et en Europe de l'Est par la littérature d'anthropologie économique (Humphrey, 2000 ; Ledeneva, 1998), ainsi que leur survivance pendant et après la transition post-soviétique (Désert *et al.*, 2006 ; Dufy, 2011 ; Hohmann, 2014 ; Ledeneva, 2000, 2013 ; Mandel et Humphrey, 2002 ; Rousselet, 2006).

Le *blat*, ou pratique de l'échange de piston, aurait émergé en Union soviétique à la fin des années 1920. Il est décrit par Ledeneva, dans *Russia's economy of favours* (1998), comme à la fois subversif et toléré car aidant le système à fonctionner. Il s'agirait de la réaction des gens ordinaires à la contrainte structurelle et à la centralisation trop forte du système. En effet, ces modes d'échange de faveurs permettaient d'accélérer les procédures, obtenir un accès, remercier, rendre service en échange d'un autre service et donc fluidifier les échanges économiques et sociaux, à défaut d'échanges commerciaux, en contexte de pénurie. Mais surtout, ils permettaient de faire durer dans le temps ces dettes et de construire un réseau durable. La réciprocité améliorerait le quotidien (« on ne faisait la queue que pour les chaussures, car on n'avait pas d'ami dans la chaussure », raconte une enquêtée de Fitzpatrick (2000), chapitre 9). Le *blat* se distingue du *podmazat* (« pot-de-vin transactionnel », selon Humphrey) qui est un pourboire, donné à un officiel afin de faciliter une activité économique légale, mais qui aurait demandé des procédures longues. Il se distingue aussi du *vziatka*, réel pot-de-vin versé dans le but de corrompre. C'est la façon dont les participants entrent dans l'arrangement mutuel qui les distingue. Dans le *blat*, ils entrent au nom de l'amitié, du contact interpersonnel, ils le décrivent comme une aide mutuelle, à composante affective¹², tandis que dans le cas du pot-de-vin la relation est plus cynique, seul le montant échangé lie temporairement les participants entre eux (Ledeneva citant Berliner (1957) dans Lovell *et al.* (2000)). Parmi ces arrangements, le *blat* est sans doute le concept le mieux adapté pour comprendre l'échange de bon procédé effectué à la fin d'une consultation médicale à l'époque soviétique, alors que les médecins sont faiblement rémunérés en dépit de leur lourde charge.

Après la chute de l'URSS, les paramètres de base du *blat* sont touchés par les réformes et les pratiques informelles évoluent. Ledeneva (1998) l'observe encore marginalement dans les années 1990. La crise a miné les solidarités. Il ne demeure selon elle que dans les secteurs problématiques, non plus celui des biens de consommation, puisque le marché a permis de sortir de la pénurie, mais de l'éducation, du marché du travail. De plus, la privatisation des propriétés d'État (appareil productif et services) a souligné la valeur économique des objets d'échange. La monnaie est devenue nécessaire pour tout, si bien

12. « Not a relationship for the sake of exchange, but an exchange for the sake of relationship », Lovell *et al.* (2000), p. 183.

qu'elle est devenue un bien rival, une contrainte (Ledeneva dans Lovell *et al.* (2000) ; Kornai opposait le système socialiste, caractérisé par une contrainte budgétaire « molle » et des pénuries, au système par marché, non pénurique mais caractérisé par une contrainte monétaire forte). Du fait de ces changements, le rapport au pot-de-vin (très mal vu à l'époque socialiste) change aussi. L'influence de la morale socialiste diminue et l'idée que tout a un prix se développe. Le pot-de-vin est davantage vu comme une « taxe » ou une « charge additionnelle » (Humphrey, 2000). Finalement la distinction entre *blat* et pot-de-vin se serait érodée avec les réformes. Sneath (2006), à propos de la Mongolie, décrit un *blat* mixte et associé à des pots-de-vin du fait de la monétisation. Rousselet (2006) voit, dans la relation patient-médecin en Russie post-soviétique, l'édulcoration d'une pratique de type *blat*, due à la marchandisation des services (voir chapitre II). Le cadeau au médecin s'est routinisé, la logique de remerciement s'est transformée en remerciement intéressé puis en rémunération obligatoire. Kornai (2000) à propos de la Hongrie analyse le paiement de gratitude alternativement comme un supplément de salaire, un pot-de-vin dans le but d'obtenir une plus grande attention, une rente de monopole captée non par le propriétaire (État) mais son employé.

Mais le contexte du Tadjikistan est différent du contexte russe. Premièrement, le Tadjikistan n'a pas connu la même « thérapie de choc ». Le système de santé est toujours presque exclusivement public, il est aussi plus pénurique. Les relations d'interconnaissances et les solidarités sont facilitées par l'importance de la parenté et des communautés¹³. Les conditions d'émergence du *blat* auraient été, d'après Ledeneva, l'exode rural et la ruralisation de certains quartiers urbains, la pénurie, l'existence de privilèges et une distribution restreinte, contrôlée, de l'accès aux ressources ainsi qu'une personnalisation forte du pouvoir et de l'administration. Ces aspects restent présents au Tadjikistan, où les proches du président possèdent la plupart des secteurs clés de l'économie (cf. le néo-patrimonialisme et le présidentialisme clientélaire analysés par Laruelle (2013)) et où l'exode rural vers Douchanbé est très important. Il reste donc de bonnes conditions pour que subsistent des formes d'arrangements mutuels, des paiements de gratitude qui auraient évolué sous forme monétaire. D'ailleurs l'idée d'une aide mutuelle avec le médecin, typique du registre du *blat*, est toujours très présente du fait du faible salaire. Nous étudions les différentes justifications des paiements informels au médecin dans le Tadjikistan contemporain dans le chapitre II.

Finalement, un système de « paiement à l'acte »¹⁴ informel existe donc depuis l'indépendance et s'est imposé d'autant plus aisément que des systèmes d'arrangements in-

13. « N'essaie pas d'avoir 100 roubles, mais d'avoir 100 amis », proverbe soviétique rapporté par Ledeneva 98. Ces expressions sont encore très présentes : « si tu as des connaissances, alors... » dit Madina, « j'ai un oncle » dit Firuz. Pourtant le contexte est tout autre, elles font l'effet d'un réflexe qui ne colle plus tout à fait avec le contexte.

14. Voir section 4 l'exemple de la consultation de routine de Tahmina et son fils d'un an, Ali, à la polyclinique de ville. À chaque étape elle rémunère le professionnel de santé qui vient d'intervenir.

formels existaient déjà depuis longtemps, selon le principe de « causalité cumulative »¹⁵. Cependant si l'une a facilité l'autre, ces deux institutions informelles n'ont pas tout à fait le même rôle social. L'ancienne permettait d'obtenir quelque chose en plus (une recommandation, un soin de meilleure qualité...), alors que la nouvelle, souvent réclamée par les professionnels de santé, est parfois une condition pour être soigné.

2.4 Réformes récentes : les influences internationales et les permanences institutionnelles locales

Les priorités

Une première vague de réformes a été décidée en 2000 pour la décennie 2000-2010 par l'adoption d'une Stratégie nationale de la République du Tadjikistan pour la santé, rédigée dans le contexte du Sommet de Rio et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Elle mettait donc l'accent sur les deux OMD que sont la mortalité infantile et maternelle et la lutte contre la morbidité par maladie infectieuse, en réponse à la situation d'urgence que connaissait alors le Tadjikistan dans ces domaines. Les indicateurs de ces deux priorités ont baissé, dans une proportion moindre néanmoins que la cible des OMD. La nouvelle Stratégie nationale 2010-2020 reprenait ces priorités et ajoutait l'objectif de diminuer la morbidité par maladie chronique et non transmissible.

Les problèmes signalés en priorité par les OI et les ONG sont invariablement le poids budgétaire ingérable pour le Tadjikistan indépendant par opposition à l'ancienne république membre de l'URSS, l'esprit « quantitativiste » hérité de l'URSS et visible dans le mode de budgétisation qui pousse à la surdéclaration de patients, l'approche curative de la médecine, elle aussi héritée de l'époque soviétique¹⁶ et « les mentalités » des patients habitués à ne pas payer¹⁷. Cela concorde avec les décisions de réformes et le choix des priorités indiqué dans les stratégies nationales.

Développer les infrastructures de soins primaires et les rendre plus efficaces, notamment grâce à la création d'une spécialité de « médecin de famille » en 2008, était une des priorités principales dans les discours des OI comme celui de la Banque mondiale,

15. On se réfère ici au cadre théorique de Veblen et son approche évolutionniste des institutions. Le concept de « causalité cumulative » permet d'expliquer les transformations des institutions et le changement de leur rôle social (Veblen, 1899).

16. À ce propos, S. Hohmann écrit que cela date de la période stalinienne. La période antérieure était fortement influencée par l'hygiénisme social et donnait en fait une place de choix à la prévention des maladies infectieuses notamment par l'éducation, le rôle informatif des médecins et l'assainissement de l'environnement urbain. Le recentrage autour de la médecine du travail s'est accompagné du développement de l'approche curative Hohmann (2014).

17. « We hope that people are already ready to accept the fact that the government cannot afford absolutely free of charge healthcare services. Because hospitals are very expensive, pharmaceuticals are very expensive... It was a different country, different financing mechanisms... Soviet Union could afford it, Tajikistan by itself cannot afford it. » (S., Banque Mondiale, Douchanbé, juin 2014).

et reprises dans les réformes. Les pédiatres, les généralistes et les infectiologues de polyclinique ont été incités (fortement, d'après les témoignages) à se former à la médecine de famille. Ils sont chacun responsables d'un « territoire », petite partie du *mikrorajon* sous la responsabilité de leur polyclinique, ce qui n'est pas si éloigné de la surveillance sanitaire par secteur à l'époque soviétique (Poujol, 2006). De fortes incitations (il y aurait un système d'amende) les poussent à surveiller leurs patients, à aller les voir lorsqu'ils ne sont pas venus en consultation, afin d'éviter qu'ils aillent à l'hôpital sans leur aval. Ils ont donc un triple rôle de médecine de proximité (PHC) de surveillance antiépidémique (tenue d'un carnet de patient, ce qui existait à l'époque soviétique) et de *gatekeeping*. Dans cette nouvelle profession syncrétique de médecin de famille, la partie *gatekeeping* est plutôt issue de l'influence occidentale à travers les OI (notamment la Banque mondiale), dans l'idée de revaloriser et développer le PHC, pour diminuer le recours direct des patients aux urgences, plus coûteux et pas forcément plus efficace¹⁸.

Réformes de financement : tentative de formalisation

En l'absence des prérequis institutionnels et économiques, notée par une étude de faisabilité OMS/Ministère de la santé (2013), la mise en place progressive d'une assurance maladie a été à nouveau repoussée. Actuellement, la couverture volontaire par un contrat d'assurance représente 0,1% de la population (Khodjamurodov *et al.*, 2016). D'autres réformes ont néanmoins été mises en œuvre pour tenter de limiter les paiements informels : améliorer la rémunération officielle des médecins et formaliser une partie des restes à charge informels, en fixant les tarifs de certains actes et en autorisant des établissements publics à s'autofinancer.

La première a peut-être permis le transfert partiel de la charge des dépenses totales des ménages vers l'État. Les dépenses des ménages diminuent de 19 points de pourcentage entre 2005 et 2013, tandis que celles de l'État augmentent de 11 points de pourcentage (WHO 2015, Khodjamurodov *et al.* (2016), p. 60). Ont été décidées par décret présidentiel plusieurs augmentations successives du salaire des professionnels de santé. Les salaires ont été multipliés par dix en cinq ans pour les médecins : ils sont passés de 58 TJS (17 USD) par mois en 2007 à 788 TJS (165 USD) en 2013. Alors qu'ils étaient très en-dessous de la moyenne des autres secteurs de l'économie en 2007 (environ 170 TJS, 50 USD), ils l'ont rattrapée en 2013 (700-800 TJS). Donc s'il s'agissait seulement de compenser

18. Pour les cadres d'OI/NG, le système soviétique était certes universel mais « non performant » car surspécialisé, « sous perfusion » des financements soviétiques et à l'origine du développement de « mauvaises habitudes » de santé (irresponsabilité, méconnaissance de la prévention, surconsommation) : « Accessibility was really high, but the problem was that it was very expensive, because it was based on narrow specialists... too specialized, too narrow. Especially at PHC. Even at the village level, we had three kinds of specialist : dentist, gynaecologist and paediatrician and in some places we had surgeons also. So after the collapse of Soviet Union the system became unaffordable for independent Tajikistan. » (M., employée locale d'une ONG étrangère, Douchanbé, mai 2014).

l'injuste salaire, les paiements informels auraient dû disparaître en 2015, lorsque nous les observons (voir chapitre II). Toutefois, les salaires restent faibles pour les médecins en début de carrière (289 TJS, soit 61 USD) et restent encore assez bas pour des diplômés du supérieur.

La deuxième était encore au stade de programme pilote en 2015. La voie a été ouverte par l'approbation par référendum en 2003 et promulgation d'un amendement constitutionnel retirant de la constitution le droit à la gratuité des soins (confirmant de fait que ces soins n'étaient déjà plus gratuits depuis longtemps). Des co-paiements sont alors institués dans certains districts *pilots* pour une dizaine d'actes et tests spécifiques. Les tarifs sont fixés plus bas dans le PHC que dans les hôpitaux pour y diriger les flux de patients, allant spontanément plus à l'hôpital qu'en polyclinique. En même temps, dans ces districts, des paniers de soins de base (Basic Benefit Package) sont garantis gratuits pour des populations ciblées (enfants, personnes âgées, handicapées, vétérans, ...). Après un premier échec en 2005, où le BBP a été suspendu deux mois après son démarrage dans un premier district *pilot*, il est mis en œuvre dans 4 districts fin 2007, puis dans 4 autres en 2008 et enfin étendu à 6 autres districts en 2014. Dans la cinquantaine d'autres districts du pays, les soins sont « formellement fournis gratuitement en ligne avec la Constitution » (Khodjamurodov *et al.* (2016), p. 68). Cette réforme a pour but de formaliser le reste-à-charge, afin de le réinjecter dans l'entretien des infrastructures et non plus seulement la rémunération des médecins. Mais aussi de le réduire en fixant des prix inférieurs aux paiements informels déclarés (ce qui est contesté par beaucoup de nos interlocuteurs) et en le supprimant pour les plus vulnérables. Le BBP dans les districts *pilots* n'a pas été accompagné immédiatement d'un changement de pratique, ce qui est logique si le paiement de gratitude est une institution informelle. Et le montant global de reste-à-charge n'a pas significativement diminué d'après Khodjamurodov *et al.* (2016), p.47, citant l'étude de l'OMS/Douchanbé de 2008 et du Ministère de la Santé de 2009. Cette tentative de formalisation des paiements informels de gratitude est d'abord assez mal vécue, mais en 2015, cela commençait à changer.

Enfin l'autorisation faite aux établissements « autofinancés » pouvant tarifier des frais d'entrée a été étendue à une centaine d'établissements spécialisés se trouvant majoritairement à Douchanbé (un financement privé formel d'établissements publics). En outre, au cours de la dernière décennie, un programme pilote de rémunération des médecins basée sur la performance a été mis en place pour inciter les médecins à l'effort, de façon formelle.

3 Aspects méthodologiques de la thèse

Comment étudier le système de santé d'un pays et ses conséquences sur l'accès aux soins de ses habitants, du point de vue institutionnel, économique et social, lorsque peu

d'études sont disponibles ? Nous mobilisons plusieurs types de sources pour y parvenir.

3.1 Présentation des données quantitatives

Les données mobilisées dans ce travail de recherche permettent de travailler sur trois périodes. La période du système à la fin de l'époque soviétique est toujours abordée par les enquêtés dans les entretiens. Les données d'enquête statistique (principalement de 2007 et 2009) informent sur la situation à la fin de la période de transition postsocialiste et post-conflit, au tournant de la vague de réformes. Les entretiens menés en 2014 et 2015 évoquent le système après une première vague de réformes et au début de la mise en œuvre de la nouvelle stratégie 2010-2020.

Données du Tajikistan Living Standards Survey

En économie du développement, les enquêtes sur le niveau de vie des ménages (Living standards measurement surveys) coordonnées par la Banque mondiale sont très souvent utilisées. Celle consacrée au Tadjikistan en coupe transversale en 1999, 2003, 2007 et 2009, a été assez peu utilisée, à l'exception de la vague 2003 qui a fait l'objet du plus grand nombre de publications. Les deux premières vagues ont été mobilisées principalement dans des études sur la pauvreté dans un contexte post-conflit (Clifford *et al.*, 2010 ; Davis *et al.*, 2010 ; Falkingham, 2005 ; Jha *et al.*, 2009 ; Pomfret, 2003), puis de plus en plus dans des études sur les migrations, phénomène alors en explosion au Tadjikistan (Clifford, 2009 ; Clément, 2011). Les quelques publications basées sur les vagues suivantes concernent généralement les remises de fonds de migrants et leur effet sur la croissance, le bien-être, l'éducation, l'état de santé (Danzer et Ivaschenko, 2010 ; Gatskova *et al.*, 2017 ; Kan, 2016).

La vague 2007 que nous utilisons dans cette thèse a été assez peu exploitée, elle est pourtant très riche en ce qui concerne les questions de migration et celles de santé. Elle comporte 15 modules de questions portant sur les caractéristiques des individus et des ménages, sur la migration, l'éducation, la santé, la participation au marché du travail, l'agriculture, le logement et autres biens durables, les transferts, la pauvreté subjective et la sécurité alimentaire, les dépenses courantes, les croyances subjectives, la vaccination des moins de 6 ans. Il s'agit d'un échantillon représentatif, au design complexe. L'échantillon est stratifié à partir du découpage par région (4 régions et la capitale) et du découpage par zone urbaine ou rurale. Au sein des 270 grappes, 18 ménages ont été tirés aléatoirement. En tout, il y a 9 strates, 270 clusters formant des « communautés » (*dzhamoat*), 4 860 ménages et 29 798 individus. Trois types de questionnaires sont disponibles : le questionnaire communautaire passé auprès du chef du *dzhamoat*, le questionnaire ménages incluant des modules individuels et le questionnaire femmes qui concerne essentiellement la fertilité.

La vague de 2007 comporte des défauts mais aussi des avantages. Deux passages de l'enquête ont été effectués, à un ou deux mois de différence selon les districts. Le premier passage en septembre-octobre 2007 est le questionnaire principal tel que décrit ci-dessus. Mais dans le module santé les questions de dépenses de médicaments n'ont pas été posées, elles ont alors été ajoutées lors du deuxième passage. Ce second passage a eu lieu en octobre-novembre 2007, il porte sur les migrations internationales, les dépenses de consultation et de pharmacie, l'alimentation et les mesures anthropométriques des moins de 6 ans. Il fait perdre une partie des observations puisque plus d'une centaine de ménages n'ont pas pu être réinterrogés (nous n'avons donc pas les dépenses de médicament pour ces ménages), principalement dans les districts très isolés comme celui de Murghab (Pamir). En revanche, ce second passage a permis d'interroger les ménages sur les membres arrivés récemment dans la famille et notamment les migrants de retour de séjour en Russie. Ce faible décalage temporel entre les deux passages d'enquête permet de faire l'hypothèse qu'un certain nombre de caractéristiques n'ont pas changé et de voir par exemple l'effet du retour d'un migrant sur la variation de frais de consultation (voir chapitre IV).

Nous avons également mobilisé au cours de notre recherche la vague 2009 qui est un semi-panel contenant 1500 ménages interrogés en 2007. Nous n'avons finalement pas conservé dans le manuscrit de thèse les estimations sur ce panel. En effet, les questions sur l'état de santé n'ont pas été reprises en 2009, ce qui ne nous permettait pas de contrôler des besoins de soins, et par conséquent faussait en partie les résultats.

Les variables d'intérêt et indicateurs utilisés

Un des enjeux de cette base de données était de réussir à estimer précisément le niveau de vie des ménages, puisqu'il s'agit dans le chapitre III et le chapitre IV de mesurer les inégalités de consommations de soins, et puisque dans le chapitre II une des hypothèses testées est l'indexation du paiement informel sur le niveau de vie. C'est pourquoi nous avons tenté de construire plusieurs indicateurs de niveau de vie et en avons retenu deux dans les résultats que nous présentons. Tout d'abord, nous avons construit un indice de dépenses, à partir des questions sur les dépenses courantes alimentaires et non alimentaires, et un indice de revenu, à partir des questions sur le revenu du travail et le revenu agricole. La distribution des deux variables était très différente et d'après les moyennes agrégées par région celle des revenus était très incohérente. Cela s'explique par la grande difficulté des ménages à estimer leurs propres revenus dans un pays où le salariat représente une faible part du marché de travail, et où la plupart des transactions et services sont informels. Au risque de sous-déclaration directe, s'ajoute celui d'une sous-déclaration indirecte, induite par l'existence de filtres dans le questionnaire, du type « Avez-vous travaillé dans les quinze derniers jours ? ». Nous avons donc par la suite totalement abandonné l'agrégat de revenu du fait de sa faible pertinence.

Nous avons amélioré l'agrégat de dépenses en prenant en compte l'autoconsommation, la valeur d'usage des biens durables et du logement et un indice de prix local (Deaton et Zaidi, 2002). Cet indicateur est utilisé dans le chapitre II et III, car dans ces chapitres le niveau de vie est une variable d'intérêt. En revanche, comme il ne l'est pas dans le chapitre IV, pour éviter d'avoir de la colinéarité avec les dépenses de santé et la réception de remise, nous avons préféré un indicateur de richesse basé sur le patrimoine et non sur les dépenses. Pour cela, nous avons estimé un score permettant de ranger les ménages par niveau de vie à l'aide d'une analyse en composante principale puis calculé les quintiles de ce score. Bollen *et al.* (2002) le recommandent lorsque la richesse a plutôt un rôle de contrôle dans le modèle. La construction de l'indice de niveau de vie est discutée dans la section 3 du chapitre III.

Par ailleurs, dans les chapitres III et IV, la variable d'intérêt est l'accès aux soins en fonction des besoins. Pour cela nous utilisons des proxys de consommation de soins : les questions sur le recours aux soins ambulatoires et l'hospitalisation ainsi que les questions sur les dépenses associées. Seules les variables binaires de recours ou non sont exploitées, car le nombre d'hospitalisations est très mal renseigné (chapitre III). Les dépenses de santé ambulatoires comportent les frais de consultation, les frais de transport et les médicaments. Les dépenses hospitalières comportent les frais d'entrée (copaiements), les paiements informels au personnel, et les autres coûts (nourriture, traitement).

Au sein des dépenses de santé, nous distinguons celles qui sont informelles, dans les chapitres II et III. La question n'est pas posée telle quelle aux ménages. Il s'agit d'une mesure approximative car la catégorie est elle-même approximative. Par exemple les médicaments payés à l'hôpital pourraient être considérés comme normalement fournis gratuitement selon la constitution. Nous isolons néanmoins deux postes qui sont un proxy des paiements informels : les frais de service en consultation ambulatoire (à l'exception des copaiements existant alors dans 8 districts sur 64, ces frais n'étaient pas légaux en 2007) et les paiements donnés au personnel hospitalier.

Comme les dépenses sont une mesure indirecte de l'accès aux soins, nous complétons l'analyse par une mesure plus subjective mais pertinente : celle du renoncement aux soins. Les ménages qui déclarent qu'au moins un membre a eu besoin de soins se voient demander s'ils ont déjà eu à renoncer ou reporter à plus tard des soins. Plutôt que de se baser sur les proxys imparfaits des besoins de soins (âge, sexe, maladie chronique, etc.) pour estimer l'accès en fonction des besoins, on se base alors sur la perception de leurs besoins par les enquêtés. Un des biais possibles de la variable de renoncement est le fait que plus le ménage a consommé des soins, plus il a de chances d'avoir dû en reporter. C'est donc une mesure à utiliser avec précaution.

Cette base de données contient aussi plusieurs questions sur la migration et les remises de fonds qui permettent d'appréhender de différentes manières la migration. Nous utilisons les questions sur les membres du ménage actuellement à l'étranger, sur lesquels nous

avons peu d'informations personnelles mais pour lesquels nous disposons du montant de remises de fonds envoyées. Nous avons recours aux questions sur la migration passée pour identifier les ménages ayant un membre rentré récemment de migration (et pouvant avoir rapatrié de l'argent accumulé en Russie). Ces individus étant présents dans le ménage nous disposons de toute l'information personnelle les concernant. Nous avons également recours aux questions sur les intentions de migration future du ménage, qui nous permettent de voir si la santé des membres est prise en compte dans les projets de migration. Enfin, nous distinguons sur un petit échantillon les migrants très récemment rentrés de l'étranger en utilisant le second passage de l'enquête un mois plus tard. Ces questions mettent à jour différents profils de migrants (plus ou moins saisonniers, temporaires ou installés) et différents moyens de transférer de l'argent, ce qui n'a jamais été fait dans les articles consacrés aux ménages de migrants tadjiks (Clément, 2011 ; Gatskova *et al.*, 2017 ; Kan, 2016).

Les méthodes

À partir de ces données, nous avons étudié l'ampleur des paiements informels et les conséquences du système de financement des soins en termes d'inégalité. Pour cela, nous utilisons dans le chapitre II un modèle en deux parties pour estimer indépendamment la probabilité de verser un paiement informel aux médecins et le montant du paiement (Duan *et al.*, 1983 ; Leung et Yu, 1996).

Dans le chapitre III, nous étudions en parallèle la distribution de l'accès aux soins et celle de leur financement. Pour cela, nous mobilisons la méthodologie des courbes et indices de concentration, en se basant sur des critères d'équité horizontale en accès et d'équité verticale en financement (O'Donnell *et al.*, 2008 ; Wagstaff, 2005 ; Wagstaff *et al.*, 1991 ; Wagstaff et van Doorslaer, 1997).

Face au constat de la non gratuité des soins, de la prégnance des pratiques de rémunération informelle, de leur régressivité et de l'importance des inégalités d'accès aux soins, on étudie le rôle des remises de fonds de migrant dans ce système. Pour cela, on mobilise différentes méthodologies permettant de traiter l'endogénéité potentielle des remises, des méthodes à variable instrumentale et d'estimation simultanée.

Les enjeux méthodologiques que soulèvent ces méthodes et les stratégies empiriques sont développés dans chacun des chapitres.

3.2 Présentation des données qualitatives

Positionnement et objectif : les apports de l'enquête de terrain au travail de l'économiste

Une des contributions méthodologiques de cette thèse est de combiner des méthodes quantitatives et qualitatives pour étudier au mieux un objet difficile à appréhender (le paiement informel) dans un pays aux statistiques imparfaites.

Étudier les conséquences du système des paiements informels sur l'accès aux soins nécessitait une compréhension fine du système de santé tadjik, alors qu'il n'existait qu'une littérature peu fournie. La question ayant été étudiée par les Organisations internationales et les ONG très actives sur place, il existait une littérature « grise » assez riche, mais pas toujours disponible sur internet. La littérature académique est assez conséquente sur la santé en Asie centrale (Guillot *et al.*, 2011 ; McKee *et al.*, 2002), elle est en revanche assez minoritaire sur le système de santé tadjik (Falkingham, 2004 ; Habibov, 2009) et encore plus faible dans le champ de l'économie. Du fait de l'importance de l'informalité des pratiques, l'apport des méthodes mixtes pouvait être précieux.

L'idée de ce travail de terrain était d'abord de collecter le plus d'informations possibles sur place afin de contextualiser mon objet de recherche, de compléter les analyses statistiques et d'améliorer la pertinence des interprétations. Il ne s'agissait pas de faire à proprement parler une ethnographie détaillée d'une structure médicale grâce à l'observation neutre ou participante, mais une collecte de données d'entretiens me semblait compatible et complémentaire avec l'analyse statistique. J'ai eu la chance dans mon parcours universitaire d'être formée aux méthodes d'enquête par entretiens (Hirtz et Pellet, 2014) et j'ai pu constater l'intérêt que cela représente y compris pour répondre à des questions de recherche en économie (Gobillon *et al.*, 2018).

Les apports attendus de l'enquête de terrain étaient avant tout de contextualiser et de compléter les zones d'ombre des données statistiques - les questions sur l'informel qui posent généralement problème - et les angles-morts du questionnaire, comme le filtre imposé sur les visites à domicile.

Déroulement des deux terrains (printemps 2014 et été 2015)

En mai 2014, après l'obtention de la bourse IFEAC pour la mobilité et un visa touristique d'un mois et demi, je partais pour un premier petit terrain exploratoire afin de rencontrer différents acteurs intervenant dans le système et demander des documents officiels et rapports d'ONG en russe ou en anglais, relatifs au système de santé et ses évolutions, performances, défis (voir la grille d'entretien avec des membres d'organismes internationaux ou non-gouvernementaux, en annexe de ce chapitre). Je souhaitais observer des infrastructures sanitaires aux différents échelons du système et dans différentes

régions pour me faire une idée précise de la réalité vécue avant de commenter des résultats. Je prévoyais aussi d'interviewer des patients sur leurs dépenses de santé et l'accès dont ils jouissent, afin de confronter les résultats statistiques à l'expérience individuelle. Mais je pensais que cela serait plus difficile que d'obtenir de simples informations sur le système.

J'avais quelques contacts de représentants d'ONG et d'universitaires, de responsables locaux et de médecins, obtenus grâce à Juliette Cleuziou, Sophie Hohmann et Sophie Roche, ethnographes et politiste que j'avais rencontrées durant la préparation du terrain.

La première phase de ce terrain exploratoire a été de prendre contact de tous côtés, avec des médecins et des membres chargés du programme santé d'associations, d'organisations et d'institutions variées, pour effectuer des entretiens et pour visiter grâce à eux différentes structures, à chaque niveau dans l'architecture du système. Les tout premiers entretiens étaient donc non directifs, mais néanmoins enregistrés. Je ne donnais qu'une indication de thème très générale, comme celle de « parler du système de santé ». Certains se sont avérés extrêmement riches, y compris en expérience personnelle, et m'ont donné accès à de nouvelles rencontres notamment des contacts de médecins. Les entretiens suivants sont de type semi-directif et ont été préparés en amont à partir d'un guide d'entretien, sur la base des observations, des entretiens préliminaires et des témoignages.

Les observations ont consisté à suivre des médecins et discuter avec des patients sur place dans les services. J'arrivais en tant qu'étudiante en sciences sociales et leur demandais de me montrer comment ils travaillaient, s'ils souhaitaient discuter avec moi. La plupart du temps, j'étais arrivée par contact interposé, le médecin me donnait rendez-vous, demandait éventuellement à son chef si je pouvais le suivre et j'observais. Ce qui était déterminant c'était la recommandation par un tiers de confiance, qui remplaçait souvent une autorisation plus formelle de l'autorité locale. Ces observations étaient informatives pour me documenter sur le contexte mais donnaient assez peu de matériau exploitable sociologiquement.

Sur la base de mes premières lectures de rapports institutionnels, je pensais que le paiement informel serait vécu comme de la corruption et pouvait être un sujet délicat à aborder avec une étrangère. Or, durant ce premier terrain exploratoire, je me suis rendue compte que le sujet incitait fortement les enquêtés à parler, ceux-ci se livraient très facilement. Je me suis aussi rendue compte à quel point donner un paiement informel (une vilaine habitude à éradiquer d'après mes premiers interlocuteurs institutionnels) pouvait être légitime, sous certaines formes. Souvent normalisé dans la pratique, non caché, il pouvait même être justifié par les patients et les médecins. C'était en tout cas loin d'être un tabou. Cette observation m'a encouragée dans mon idée d'explorer plus avant la relation patient-médecin à l'aide d'entretiens approfondis.

En revanche, une fois effectuée une visite avec un personnel médical souvent accomodant ou après avoir suivi la prise en charge d'un patient, il s'avérait très difficile de

revenir pour rester plus longuement, discuter avec les patients et observer. L'équipe médicale, même lorsqu'un médecin chef m'avait permis d'entrer, devenait alors plus méfiante et réfractaire et remettait en cause l'intérêt de les interroger. Sans doute parce qu'ils ont l'habitude de voir passer de nombreux « experts » payés pour les rapports d'agences onusiennes, ils étaient assez ouverts à la visite des locaux, ou à la rencontre des médecins, mais pas au-delà. En caricaturant, cela leur donnait l'occasion à la fois de valoriser leur service : « Nous sommes tout de même bien en pointe avec tel équipement, et puis nos spécialistes sont excellents, nos patients très bien traités » et en même temps de déplorer leur situation : « Vous voyez, l'état n'est quand même pas excellent » (en espérant être entendu et que cela serve à restaurer les infrastructures).

L'accès aux instances officielles était lui aussi très difficile, *a fortiori* avec un visa touristique. J'ai d'abord essayé par l'intermédiaire de l'IFEAC, puis par l'ambassade et puis directement en me rendant sans invitation au ministère de la santé et au département des statistiques. Je n'ai pas pu interviewer de personnalité officielle, seulement des économistes rattachés à l'administration comme experts et donc plus indépendants. Durant ce premier terrain on m'a recommandé à plusieurs reprises de ne pas faire de recherche autonome, mais de rejoindre une organisation. Au contraire, j'ai pu observer combien les modes interpersonnels étaient simples : il me suffisait d'aller quelque part de la part de quelqu'un pour qu'on m'aide dans ma recherche. Dès l'instant que cela passait par un réseau même très informel, les portes s'ouvraient. J'ai bénéficié d'une immense bienveillance et de beaucoup de confiance de la part de tous mes interlocuteurs sur place et je les en remercie.

Pour ces raisons-là mais aussi parce qu'entre-temps mon travail sur l'équité du système de financement avait avancé, j'ai décidé d'orienter différemment le second travail de terrain, prévu pour trois mois à l'été 2015. J'ai décidé d'entrer pleinement dans la collecte et l'analyse sociologique d'entretiens semi-directifs effectués auprès de patients et médecins, afin de comprendre la relation médicale qui se noue autour du paiement informel. Avec l'intention de compléter également ma connaissance du fonctionnement du système en me rendant plus spécifiquement dans les districts ruraux que j'avais commencé à visiter et qui m'avaient semblé importants à comparer avec la capitale.

Cependant l'organisation du second terrain a été complexifiée par la difficulté grandissante à obtenir un visa recherche, probablement une conséquence de l'arrestation du chercheur Alexander Sodiqov, accusé d'espionnage, en juin 2014. Me souvenant des recommandations, j'ai alors postulé à plusieurs ONG locales bien intégrées dans le champ de la santé en essayant de négocier de travailler bénévolement à mi-temps en échange d'un visa « volunteer » et d'un peu de temps pour mes recherches. L'Eurasian Foundation of Central Asia m'a permis cela.

En juin 2015, je suis donc arrivée dans un climat nettement plus tendu vis-à-vis de la recherche. Le terrain de début juin à fin août 2015 a été plus recentré sur la relation

patient-médecin et sur la collecte d'entretiens avec des patients ou des proches de patients (mère, époux, fille) et avec des médecins. Pour recruter ces enquêtés, j'ai procédé de plusieurs façons. J'ai tout d'abord utilisé les contacts de mon premier terrain en leur demandant de me mettre en contact avec des médecins s'ils en connaissaient, puis je demandais à ces nouveaux contacts de me mettre en lien avec des confrères, en procédant par réseau élargi d'interconnaissances. Deuxièmement, je demandais autour de moi dans différents cercles de me mettre en contact avec des personnes qui venaient d'avoir une expérience médicale récente, en donnant l'exemple d'une grossesse en cours ou d'un accouchement récent. En effet, du fait de mon âge et de mon sexe, il était assez aisé de rencontrer de toutes jeunes mères, mais pas seulement : comme je n'avais pas restreint le champ à la santé maternelle, j'ai pu interroger des hommes. J'ai également recruté plusieurs enquêtées en discutant devant les maternités, en discutant avec des femmes sur le marché et parmi les femmes du quartier excentré où je vivais. Le but n'était évidemment pas d'atteindre la représentativité des personnes interrogées, pour cela la base statistique était bien plus adéquate, mais de collecter les expériences, les perceptions et justifications d'une pratique qui échappait en grande partie au questionnaire. La méthode choisie (entretien semi-directif) s'est avérée efficace et a donné lieu à des entretiens très riches.

En parallèle, j'ai poursuivi mes tentatives de visites d'infrastructures de santé rurales et de visites à domicile avec des médecins de famille, mais j'ai eu beaucoup plus de difficultés que lors du premier terrain. J'ai pu accompagner des connaissances en consultation, en passant par les patients cette fois. Mais, même si j'avais des recommandations, les médecins et les institutions étaient beaucoup plus réfractaires que l'année précédente. Il est possible que cela soit dû au climat plus hostile à la recherche, ou peut-être à mes demandes plus ciblées. En 2014, ma question de recherche étant plus vague, je passais aisément pour une étudiante en tout début d'études, qu'ils étaient prêts à aider. Et j'étais moi-même plus ouverte à tout type d'opportunités.

Description du matériau et mode de traitement

Durant ces cinq mois passés au Tadjikistan, j'ai collecté 39 entretiens approfondis de 30 minutes à 3 heures. Ces entretiens, majoritairement semi-directifs, ont été effectués auprès de patients et proches de patients souffrant de maladie chronique ou récemment hospitalisés, auprès de médecins, infirmières et sages-femmes, et auprès de membres d'OI et ONG liées à la santé (voir *infra*). Ils sont effectués en russe pour la plupart et quelques uns ont pu être faits en anglais. Sur le 39 entretiens, 24 sont des entretiens biographiques qui ont été systématiquement retranscrits et ont donné lieu à une analyse sociologique du propos - prenant en compte les différentes appartenances sociales et points de vue subjectifs livrés par la personne - pour comprendre les perceptions et justifications des pratiques informelles. Les 15 autres, effectués essentiellement avec des membres d'ONG

lors du premier terrain, sont des entretiens exploratoires qui ont un apport plus factuel et plus ponctuellement informatif.

Les entretiens se déroulaient de la façon suivante. Après m'être présentée comme étudiante en sciences sociales, j'exposais dans les très grandes lignes les thèmes qui m'intéressaient (le système de santé et leur expérience récente dans les services comme soignant ou soigné). Il s'agissait plutôt de lancer la discussion, qu'ils mènent eux-mêmes ensuite. Un guide préparé en amont et retravaillé au fur et à mesure des entretiens m'a permis de lister les quelques thèmes que je souhaitais aborder et de formuler des idées de relance. La plupart du temps ces thèmes étaient abordés par les patients et médecins eux-mêmes, sinon j'essayais de réorienter le propos vers les thèmes qui semblaient importants de discuter avec cet enquêté. Bien sûr toutes ces questions n'ont pas été posées systématiquement à tous les enquêtés et bien d'autres sujets ont été abordés sans avoir été préalablement dans ma grille initiale. De plus, la grille pouvait être personnalisée lorsque j'avais quelques éléments sur le futur enquêté (après une rencontre et discussion informelle, il arrivait que nous décidions ensemble de faire un entretien formel plus tard).

À cela s'ajoutent 16 entretiens plus courts et quelques discussions informelles que j'ai pu prendre en note et qui ont nourri ma connaissance du système plutôt que fait l'objet d'une analyse complète tenant compte de l'identité et de la fonction sociale de la personne.

Pendant les deux courts séjours, j'ai pu visiter des établissements de taille très variée, gérés par différents échelons du système (la région, la ville, le district) et dans les différentes régions (Sogd, Badakhshan, Khatlon), dans la capitale Douchanbé et dans le district de Rudaki. C'était en général des visites relativement courtes - le temps de faire le tour des services, suivre un chef de service dans sa visite du matin auprès de tous ses patients, etc. - à l'exception de Khoudjand où je suis restée toute la journée, à regarder une chirurgienne-gynécologue opérer. C'était son idée et c'était comme si - implicitement bien sûr - je devais faire cela d'abord si je voulais qu'elle m'accorde ensuite de l'attention et un entretien. C'était aussi parce qu'en tant que praticienne elle accordait plus d'importance à la *praxis* qu'à la parole pour expliquer son métier.

J'ai également eu l'occasion de participer à des séances rituelles à Khoudjand. La première était une réunion de femmes (*zhen-soviet*) qui s'est tenue chez une connaissance de connaissance, un mardi, et qui ressemblait aux descriptions du rituel de la Grand-mère du mardi, ou *bibi seshanbe*, (Ducloux, 2012). On m'y a conviée lorsque j'ai dit que je m'intéressais à la santé. Une *bibi otin* (une femme mollah) plus âgée que les autres effectuait un rite associant des prières à partir du Coran et la préparation d'aliments symboliques partagés et bénis (pain, raisins, lait, eau...). Il était question entre autres cette fois-là de protéger le fils de notre hôtesse qui partait en migration temporaire en Russie contre la maladie et l'infortune. C'est pourquoi, les participantes ont disposé des habits du fils.

J'ai assisté à une autre séance rituelle qui avait lieu un mercredi matin tôt, à l'heure

de la première prière (à 5h), menée par une femme-mollah dans un lieu rituel, une salle de prière pour les femmes, et non pas à domicile. Le rite était ouvert, mais il fallait arriver tôt pour avoir de la place. On retrouvait les mêmes aliments rituels et symboliques. Des femmes y venaient autant pour favoriser la guérison que pour trouver un mari. Là aussi, beaucoup d'habits d'enfants et d'hommes sont apportés. La prière est tournée vers eux, que ce soit pour les protéger, les soigner ou trouver un mari. On donne à la femme qui exécute le rite généralement entre 5 et 10 TJS, c'est-à-dire environ le même montant que le paiement de gratitude « normal » lors d'une consultation normalement gratuite en polyclinique.

Je n'aurais peut-être pas intégré ces deux observations, à la limite du sujet, si elles ne m'avaient été présentées par mes hôtes comme un élément indissociable de l'accès aux soins (« Maintenant viens voir comment on fait, nous, quand on a un problème de santé », m'a dit M., après la journée avec la gynécologue). On remarque que la portée espérée de ces rites n'est pas limitée à la prévention contre la maladie - par exemple on mange les raisins bénis car ils sont bons pour la santé et prémunissent de la maladie - ils ont aussi une portée curative. Les raisins comme l'eau, après bénédiction, soignent l'organe affligé. Les participants emmènent le pain, l'eau et les raisins équeutés, afin de se soigner tout au long de la semaine. Le contact qui m'a permis de rencontrer M. et d'assister à ce rituel, m'a demandé de lui rapporter une flasque d'eau pour soigner ses yeux.

Relation aux enquêtés

Pour recueillir la parole quelle qu'elle soit, et *a fortiori* lorsqu'il peut y avoir eu des expériences éprouvantes comme lors d'une hospitalisation, il faut mettre en confiance par la bienveillance, tout en restant suffisamment neutre pour ne pas être pris dans une confession intime. Contrairement à mes appréhensions, je pense que l'imperfection de mon russe a aidé à mettre en place une relation propice à l'entretien. Cela permettait de mettre en confiance ceux qui le parlaient à peu près bien et d'être dans une relation horizontale voire un peu paternaliste de leur part vis-à-vis de la jeune étudiante en sciences sociales aux questions vagues et un peu naïves. Le fait que je sois étrangère décuplait encore leur patience et leurs efforts pour m'aider dans ma recherche. J'ai bénéficié de beaucoup de bienveillance de la part de la plupart de mes enquêtés. Même lorsqu'ils, les médecins surtout, étaient un peu méfiants au début sur les motivations d'un chercheur venu de France et refusaient par exemple l'enregistrement, ils s'adoucissaient ensuite et se prêtaient au jeu en donnant beaucoup de détails. Ils répétaient aussi plus lentement telle expression que je voulais noter.

De plus, ne pas être bilingue m'a permis d'éviter un autre écueil de l'entretien semi-directif. Celui d'être trop présent soi-même, trop directif, trop précis dans les questions et de risquer ainsi d'induire un propos particulier, de bloquer la parole de l'interlocuteur qui

TABLEAU I.1 – Tableau récapitulatif des entretiens

Prénoms (modifiés)	rôle	sexe	age	profession/lieu	date	lieu	durée	statut de l'entretien
Umed	patient	M	26 ans	diplômé d'une maîtrise, travaille ds l'épicerie du frère	19/06/2014	Douchanbé	1h56	enregistré et retranscrit (ER)
Nargis	patiente	F	38 ans	consultante	16/05/2014	Douchanbé	2h17	ER
Zumrat	patiente	F	45 ans	enseignante	23/05/2014	Douchanbé	1h29	ER
Sitora	patiente	F	42 ans	consultante	25/05/2014	Douchanbé	1h19	ER
Firuz	patient	M	35 ans	géologue	29/06/2015	Douchanbé	2h59	ER
Shamsiya	mère de patient	F	26 ans	pharmacienne en congé maternité	28/08/2015	Douchanbé	45 min	non enregistré (NE)
Nour	patiente	F	32 ans	couturière	19/08/2015	Douchanbé	25 min	NE
Tahmina	patiente	F	31 ans	secrétaire	19/08/2015	Douchanbé	35 min	ER
Gulzora	filles du patient	F	35 ans	prof de persan	17/08/2015	Douchanbé	33 min	ER
Malika	mère de patient	F	29 ans	vend des bijoux à la sauvette sur le marché	03/10/2015	Douchanbé	60 min	NE
Faridun	patient	M	28 ans	manager ONG	22/06/2015	Douchanbé	30 min	NE
Roxana	patiente	F	24 ans	stagiaire en entreprise	23/08/2015	Douchanbé	1h06	ER
Samir	mari de la patiente	M	29 ans	enseignant	21/08/2015	Qūrghon teppa	40 min	NE
Hadija	soignante	F	60 ans	sage-femme en maternité	21/08/2015	Qūrghon teppa	37min	enregistré non retranscrit (ENR)
Nizora	soignante	F	49 ans	sage-femme en maternité	24/08/2015	Qūrghon teppa	25 min	NE
Madina	soignante	F	55 ans	pédiatre spécialiste handicap	25/06/2015	Douchanbé	30 min	ENR
Alina	soignante	F	26 ans	médecin de famille	25/08/2015	Douchanbé	1h07	ER
Alim	soignant	M	28 ans	chirurgien dans un hôpital de district	15/07/2015	Ishkashim	2h	NE
Farah	soignante	F	27 ans	endocrinologue	25/08/2015	Douchanbé	2h	NE
Gulnora	soignante	F	30 ans	cardiologue en reconversion	05/08/2015	Douchanbé	34 min	ER
Khusrav	soignant	M	29 ans	médecin de famille	17/08/2015	Douchanbé	1h	NE
Shokir	soignant	M	38 ans	chirurgien enseignant en biologie	27/07/2015	Douchanbé	1h38	ER
Nilufar	soignante	F	53 ans	Infirmière cheffe	07/08/2015	Douchanbé	30 min	NE
Parviz	soignant	M	21 ans	externe en médecine	04/06/2014	Douchanbé	1h48	ER
Farida	soignante	F	55 ans	médecin spécialiste maladie infectieuse, programme anti-TB	15/06/2014	Vanch	50 min	ER
Olim	ancien médecin	M	33 ans	taxi	11/06/2014	Vanch	1h	NE
Zebo	soignante	F	43 ans	chirurgien-gynécologue	17/06/2014	Khoudjand	25 min	NE
Nodira	soignante	F	32 ans	médecin de famille	29/05/2014	Douchanbé	2h27	ER
Rukhshona	soignante	F	41 ans	gynécologue	01/06/2014	Douchanbé	1h	NE
Rano	OI	F	39 ans	chargée de mission	21/05/2014	Douchanbé	1h35	ENR
Leila	OI	F	40 ans	chargée de progr.	27/05/2014	Douchanbé	52 min	ER
Nasim	ONG	M	31 ans	chargé de mission MSF	19/05/2014	Douchanbé	2h10	ER
Zarina	ONG	F	32 ans	conseil juridique associatif	22/05/2014	Douchanbé	1h11	ENR
Manzura	ONG	F	62 ans	médecin reconvertie, chargée de mission	23/05/2014	Douchanbé	57 min	ER
Noza	OI	F	36 ans	directrice de programme	14/06/2014	Douchanbé	1h15	ER
Nadège	OI	F	44 ans	directrice de section	06/06/2014	Douchanbé	1h12	ER
Shabnam	ONG	F	39 ans	ancienne médecin reconvertie	09/10/2015	Douchanbé	53 min	ER
Nazgul	MoH	F	36 ans	audit pour le ministère de la santé	13/06/2014	Douchanbé	1h	NE
Saodat	ONG	F	57 ans	ancienne urgentiste - consultante	13/06/2014	Douchanbé	1h	NE

devient alors passif, attend des questions ou se rétracte un peu. L'approximation permet de laisser place à une certaine interprétation de la part de la personne enquêtée et le fait qu'elle comprenne de telle façon tel propos devient un élément en soi.

En revanche, là où cela a pu être moins bénéfique, c'est lors d'entretien avec des personnes d'un milieu défavorisé ou rural, souvent de jeunes femmes, qui maîtrisaient moins le russe que moi et pouvaient dès lors refuser de me parler, par honte. Parler le tadjik aurait permis de fluidifier ces contacts et d'augmenter le nombre d'entretiens de ce type. Néanmoins, il est arrivé qu'elles refusent d'abord puis parce qu'on se rencontrait plusieurs fois, elles se rendaient compte qu'elles avaient suffisamment de vocabulaire en russe pour discuter. Elles se montraient alors plus à l'aise, plus prolixes, m'invitaient à prendre le thé et acceptaient de se prêter au jeu de l'entretien.

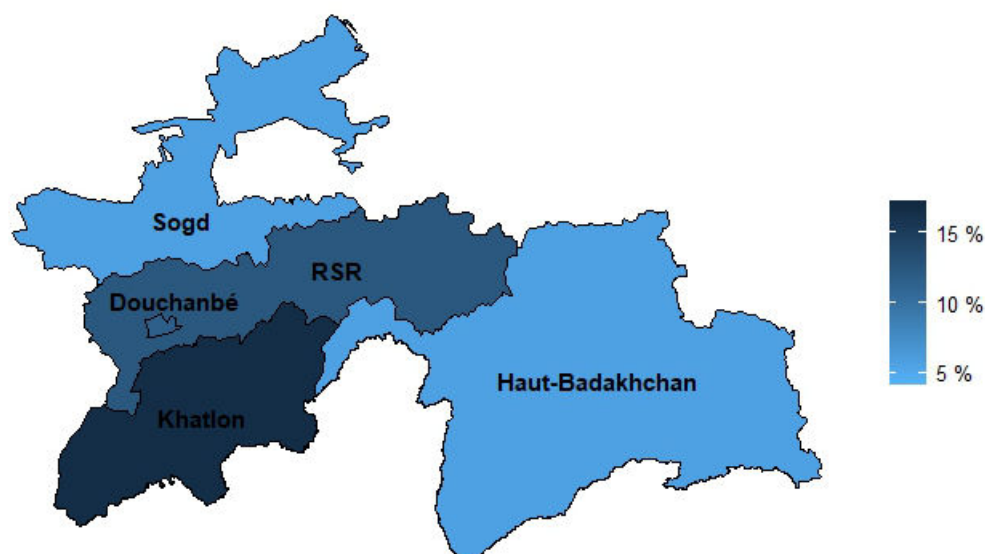
La question du genre s'est posée durant mon terrain. Sur place, j'ai vite réalisé que j'avais rencontré trois fois plus de femmes. Il y a à cela plusieurs raisons. Tout d'abord, les métiers de la santé sont fortement féminisés. Cela se vérifie parmi les soignants, mais aussi parmi les cadres des ONG et OI liées à la santé. Les consultants et les directeurs de programmes sanitaires étaient très souvent des femmes. De plus, le mode de recrutement des patients par la santé maternelle et infantile bien que pratique orientait forcément vers plus de femmes interviewées. De façon générale, les femmes sont plus présentes dans les services de soins puisqu'elles consultent plus et sont moins en migration. Enfin, il était aussi plus simple pour moi de mettre en place une relation d'enquête avec elles. J'ai trouvé particulièrement difficiles les entretiens de médecins hommes, surtout ceux avec les plus âgés. Par exemple, j'ai dû mettre un terme à un entretien avec un chef de service, puis perdre un contact pour mettre fin à son harcèlement téléphonique. Le rapport aux personnes de l'autre sexe dans un pays dont on ne partage pas les codes peut être complexe. Mais, en l'occurrence, cela n'était pas du tout compliqué dans la vie courante, ni à Douchanbé, ni dans aucun autre endroit où j'ai été. C'est seulement dans la relation d'enquête, nécessitant un tête-à-tête prolongé, que cela a pu être compliqué.

Après avoir présenté les enjeux de l'accès aux soins et les données collectées et mobilisées, nous présentons les premiers constats sur le fonctionnement du système.

4 Le système de santé en pratique : les premiers constats

Dans le but d'étudier les conséquences du système en termes d'accès aux soins, nous exposons quelques éléments sur les disparités régionales d'accès, issus du TLSS, et sur l'expérience du système, issus des observations et des entretiens. On s'intéresse aux différents degrés d'accès aux soins et corollairement au renoncement.

GRAPHIQUE I.4 – Renoncement total aux soins



Note : Moyenne par région du taux de renoncement total, la proportion de ménages dont au moins un membre a eu besoin de soins et n'a pas du tout eu recours aux services médicaux.

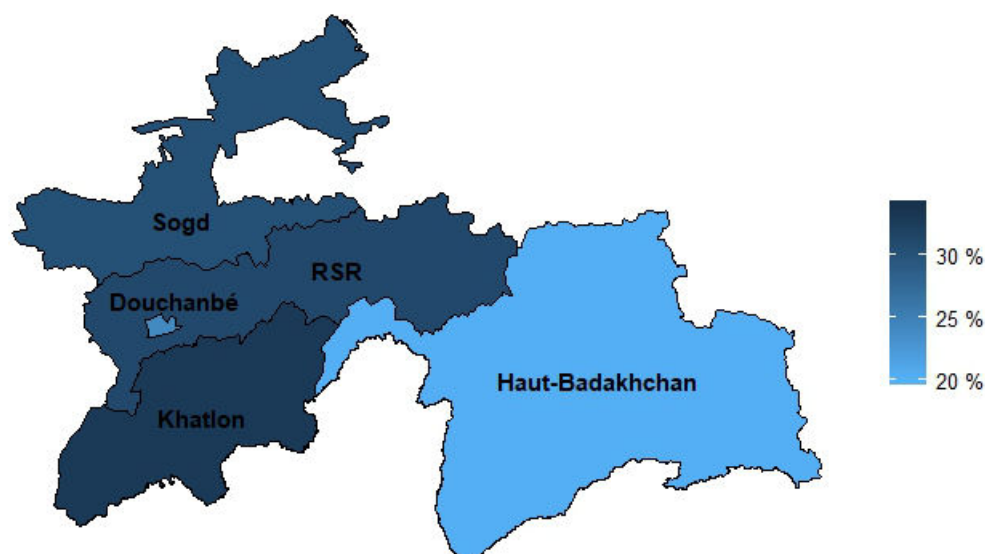
4.1 L'accessibilité des soins : barrières physiques et financières

Cartographie du renoncement

Le graphique I.4 présente les statistiques géographiques du taux moyen de renoncement total, c'est-à-dire la proportion de ménages dont au moins un membre a eu besoin de soins et n'a pas du tout eu recours aux services médicaux. Le graphique I.5 présente celle du renoncement partiel : le fait d'avoir eu recours mais d'avoir dû renoncer à une partie des soins.

La région la moins touchée par le renoncement est paradoxalement la région la plus éloignée du centre, la région montagneuse du Badakhchan. C'est une région pauvre et isolée, largement soutenue par les remises de fonds des migrants et l'aide de donateurs et ONG (comme l'Aga Ghan Foundation). Il est intéressant de noter que dans cette région nos interlocuteurs disaient généralement qu'ils n'avaient pas à se plaindre de paiements informels réclamés par les médecins hospitaliers, ce qui est confirmé par les statistiques issues du TLSS (II). La région la plus touchée par le renoncement, qu'il soit partiel ou total est le Khatlon, la région du sud assez pauvre, rurale et agricole (culture de coton). C'est la région la plus concernée par la migration saisonnière mais la région où il y a le moins de ménages déclarant recevoir des remises de fond.

GRAPHIQUE I.5 – Renoncement partiel aux soins



Note : Moyenne par région du taux de renoncement partiel, la proportion de ménages dans lequel au moins un membre a du renoncé partiellement à des soins ou à poursuivre le traitement.

Illustration des problèmes de distance à l'offre et aux soins de qualité : l'accès aux soins en pratique

À ce sujet, nous avons eu beaucoup de témoignages expliquant la difficulté d'accéder à l'offre médicale et à des soins de qualité, lorsqu'on habite dans les districts reculés. Nous en rapportons deux exemples afin d'illustrer cet enjeu territorial que représente la santé au Tadjikistan, rendu plus aigu par les insuffisantes infrastructures de transport. Le pays est à 93% constitué de montagnes, donc la majorité des districts sont en fait concernés par ces difficultés d'accès, *a fortiori* en saison d'intempéries.

D. a 57 ans, elle est professeur de collège à la retraite et vit dans un petit district (*rajon*) isolé et montagneux du Badakhshan. D'après le directeur d'hôpital de district, on y recense 11 centres ruraux de santé avec médecin (RHC), environ un par *dzhamoat*, 22 *medpunkts* avec une infirmière, une polyclinique et un hôpital de district. Il y a donc environ 35 infrastructures de santé dans ce district. Le maillage du territoire semble à première vue satisfaisant. Cependant, en dehors de la polyclinique et de l'hôpital, les 33 autres infrastructures n'ont pas les moyens de soigner les cas pathologiques. La mère de D. vivait dans un village (*kishlak*) un peu éloigné dans la montagne. Quand elle est tombée malade, l'infirmière du *medpunkt* est venue à domicile et a dit qu'il lui fallait un médecin. Comme il y a trop peu d'ambulances (deux ou trois à l'hôpital central) et comme sa mère ne pouvait pas se déplacer, son frère est allé chercher le médecin en voiture. Le

médecin l'a envoyée faire des examens et elle a été hospitalisée à l'hôpital du *rajon*. Au bout d'une semaine son état ne s'améliorait pas, car l'hôpital manquait de moyens. Il a fallu l'emmenner en voiture-taxi jusqu'à Douchanbé, c'est-à-dire 14h de route sinueuse. Elle est décédée là-bas quelques jours plus tard. L'exemple de la mère de D. souligne le manque de matériel, le problème de transport, la centralisation forte des équipements de qualité et des ressources humaines malgré le grand nombre d'infrastructures de proximité. La population doit très souvent aller chercher des soins spécialisés dans les grandes villes, voire à la capitale. En dépit de la couverture nationale en infrastructures sanitaires et de la gratuité théorique des soins, une très grande frange de la population cumule des barrières géographiques, sociales et financières pour accéder à des soins de qualité.

L'exemple de N., qui vit dans un district du sud, moins rural et moins isolé que D., montre également la forte centralisation des soins de qualité.

Ma nièce s'est cassée le poignet à un mariage. Elle jouait. Tu sais pendant les mariages les enfants font n'importe quoi [...] son bras près du poignet était carrément... c'était mou à un endroit, sans os, tu pouvais sentir ton doigt en faisant un cercle autour ! Horrible. [...] On ne pouvait pas attendre une ambulance au restaurant parce qu'elle aurait pu mettre une demi-heure facile, tu sais jamais quand elles arrivent... Heureusement, comme c'était un mariage, il y avait plein de véhicules, alors on l'a emmené à l'hôpital de district. Elle a eu une première opération, une broche dans un des deux os de l'avant bras. Parce qu'à la radio ils n'ont vu qu'une seule fracture. Mais après ils se sont rendus compte que l'autre aussi était cassé, alors elle a été réopérée là-bas. Il fallait l'immobiliser complètement pour que l'os se remette. Mais [...] c'était impossible de la faire tenir tranquille. [...] Elle avait qu'un demi plâtre alors bien sûr ça bouge [...] Alors ça s'est déplacé, c'était horrible ! (elle mime avec son propre bras). Tout le monde a flippé. On l'a emmené à l'hôpital de la ville. Là, ils l'ont réopérée pour voir ce qui n'allait pas et ils ont remis les os en place. Mais c'était toujours pas bon, parce qu'ils n'avaient pas vu qu'il y avait un autre tout petit os disparu ou déplacé, ou qu'ils ont touché en opérant. Ça c'est seulement à l'hôpital de ville de Douchanbé qu'ils l'ont vu car ils ont un meilleur équipement radiographique et de meilleurs spécialistes. Donc il a fallu lui faire un genre de greffe. Ils l'ont ouvert aussi à la jambe, pour lui prendre, je sais pas un bout d'os je crois, m'a dit sa mère, peut-être de cartilage, elle y connaît rien, c'est elle qui m'a dit un bout d'os de jambe. Pour venir réparer le bras. La pauvre petite c'est déjà sa quatrième opération ! Deux au district, une à la capitale de région, une à Douchanbé... et il faudra la rouvrir dans un an pour enlever les broches.

Illustration du fonctionnement du financement en pratique

Les exemples ci-dessus montrent les obstacles physiques que rencontrent certains patients, éloignés des centres, et l'accès à des soins de moindre qualité. Mais, comme le montrent les disparités régionales en terme de renoncement aux soins, il y a aussi des obstacles financiers importants qui entravent l'accès aux soins des ménages au Tadjikistan.

Les entretiens formels, les discussions informelles et les observations sont très convergents. Toutes les personnes interrogées et observées donnent à chaque soignant qui s'est

occupé de lui, un billet (souvent entre 5 et 20 TJS¹⁹), une somme relativement faible. Les patients donnent à la fin et surtout pas en essayant d'être discret. Contrairement à ce qui a été décrit à propos de la Hongrie et de la Roumanie. Il ne faut pas que cela soit caché dans une enveloppe (Kornai, 2000) ni glissé dans la poche du médecin (Stan, 2012). Il faut le poser en évidence sur le bureau ou le donner « naturellement » dans la main. Les grosses sommes en hôpital sont peut-être plus dissimulées (mais ce n'est pas ce que j'ai vu à la maternité de Khoujand, lorsqu'une cliente a donné 80 TJS). Ce sont de petites sommes et cela ne doit pas avoir l'air anormal (voir II).

Nous avons pu observer une visite de routine au service pédiatrique d'une polyclinique de ville (ambulatoire) en accompagnant une mère et son fils toute une matinée. Alors que les soins en polyclinique publique sont censés être gratuits, M. donne un billet à chaque soignant.

La visite de routine de M. (2 ans), fils de T. (32 ans). On prend la « carte » de patient à l'entrée. On passe voir une première infirmière qui prend ses mesures biométriques (le pèse allongé, le mesure debout, mesure son crâne, son poignet, son tour de poitrine et note le tout dans le carnet de suivi). On se prépare à repartir, T. s'enfuit, on le rattrape et on revient en arrière « oups, j'ai oublié de la payer ». M. sort un billet de 3 somoni. « C'est normal, tu sais, sinon la prochaine fois ... », commente-t-elle entre deux portes. Puis on va chez la pédiatre [...] <Elle> regarde la gorge de T. rapidement, puis l'ausculte au stéthoscope, et remplit le carnet. M. lui tend un billet de 10 et commente après « 10 somoni à elle », l'air entendu. Plus qu'à l'infirmière. Parce qu'elle est médecin ? Dans ce système informel de rétribution, la hiérarchie officielle est conservée, sous-entendue. Ce sont les patients qui contribuent à une « grille de salaire » implicite. Même si tous ne donnent pas la même chose (certains m'ont plutôt parlé de 20 somoni pour une petite visite de routine), l'échelle semble juste translatée. Ensuite, direction vaccination. Là aussi ce sera 3 somoni : « 3 somoni pour tout le monde ! » (c'est-à-dire pour les infirmières).

(Extrait de carnets de terrain, juin 2014)

Mais le coût d'une consultation en ambulatoire n'est rien à côté du coût d'une hospitalisation (en « stationnaire »). Dans ce cas-là tous les coûts se cumulent : les frais d'entrée, le traitement, le remerciement au médecin, à l'infirmière, à l'aide-soignante, à la femme de ménage, la nourriture, les draps, les gants pour l'intervention, la perfusion, les poches de sang si nécessaire, etc. Tous les enquêtés sortant d'une hospitalisation ou d'un accouchement notent l'accumulation de dépenses, certaines formelles mais beaucoup informelles, dont ils ont généralement du mal à faire l'inventaire exhaustif.

Les montants très proches d'un témoignage à l'autre indiquent qu'outre les quelques prix officiels fixes, tout ce qui ne l'est pas, y compris « l'informel », est relativement homogène et normé. Il y a un genre de consensus ou de valeur tacite, mais aussi une possibilité de négociation (voir chapitre II).

On rapporte ici le cas de l'hospitalisation du père de Gulzara (voir 3.3), telle qu'elle nous l'a décrite. À l'enregistrement, on lui dit qu' « il faut payer 540 somoni, à la caisse ».

19. C'est-à-dire 1 à 3€. À titre de comparaison, un pain basique vaut environ 1 TJS.

Sandra : - Ce n'est pas à la fin que vous payez ?

Gulzara : - Non, dès le début, avant d'entrer, comme frais d'entrée, pour s'enregistrer. Avant l'opération. Les 540 somoni, c'est avant l'opération. Et puis ensuite après l'entrée, on a payé l'anesthésie (250 TJS « dans la main », détaille-t-elle plus loin), le médecin (50 TJS « dans la poche »), l'infirmière (40 TJS), et après les infirmières les aides-soignantes (20 TJS). [...]

S : - Et les médicaments il en fallait ?

G : - Oui il en fallait, tous les médicaments c'est nous qui les avons achetés. Cela allait de l'alcool pour désinfecter avant la piqûre... Tout tout tout : l'alcool, les seringues, la perfusion... En tout... C'était de l'ordre de 200 somoni, en plus. Oui, ça fait beaucoup la somme de tout ça ! (elle s'enflamme, parle très vite) Si t'y penses, ils ont dit comme ça, ce n'est pas tant de dépenses que ça, 540 pour la place et puis l'anesthésie et c'est tout. Et une fois là-bas, ils ont délivré les analyses et tout, et au final ça devient des montants d'environ 1500 somoni. (Gulzara, Douchanbé, août 2015)

En plus de tout cela, Gulzara et d'autres femmes de la famille ont préparé un grand plat de riz à la viande (plov, plat traditionnel) qu'elles ont apporté après que son père est sorti de l'hôpital (« pour remercier », ajoute-t-elle). Dans le propos de Gulzara, les différents postes de dépenses sont assez clairs, mais ce n'est pas toujours le cas. Dans beaucoup d'entretiens après des accouchements ou des hospitalisations, les enquêtés sont confus sur le détail de ce qui a été payé à qui et pour quel service, comme s'ils étaient confus du fait de l'accumulation de coûts non-anticipés. Firuz, par exemple (voir II), qui sort d'une hospitalisation en urgence, lorsque je le rencontre, évalue à plus de 2000 somoni l'enveloppe globale. Mais comme il était en réanimation, il ne connaît pas les détails. En revanche, il montre bien le rôle de sa famille. Son cousin, d'abord, a payé les premiers soins. Puis, lorsque cela s'est aggravé, ses parents ont été appelés pour payer les médicaments et les poches de sang (« mon cousin est venu, il a payé pour ça, puis mon père est venu il a payé pour ça, ma mère est venue et a payé pour ça. Même moi j'ai payé ! »). Il insiste beaucoup sur l'achat des poches de sang.

De même, Samir, que je rencontre le lendemain de l'accouchement de sa femme, ne peut pas dire pour quoi il a payé :

Donc dans les cliniques d'État, tu paies 298 somoni à la banque, les 64 somoni c'est aussi sur le compte bancaire. La banque est bien dans l'hôpital (pas besoin d'aller payer à la banque). On paie sur le compte bancaire de l'hôpital à la caisse. Mais les 298 somoni que tu paies une fois que tu accouches, c'est en personne (lichno) que tu paies (sic). Ils disent : « c'est 1000 somoni ». Oui sans doute pour l'État, on sait pas, c'est eux qui disent combien c'est, et nous on donne. À l'infirmière... elle dit « j'ai moi-même en personne fait ça et ça... donne-moi ça séparément, de la main à la main 25-30 somoni ». Le médecin il demande 700 somoni de la main à la main personnellement pour le médecin [...] (un peu plus tard) On paie avant, à l'entrée, 64 somoni ; puis quand elle accouche 300. Avec opération c'est 1300 en tout, c'est-à-dire 300\$ (206\$ au taux actuel) sans opération, c'est au moins 600 somoni en tout. Ça veut dire 200\$! (le beau-frère : - « Non, 100\$ »). Dont environ 300 directement pour les médecins. Dans les 300 aux docteurs, ça inclut les tests (analyse de sang), etc., plus pour les infirmières, les femmes de ménage etc. (Samir, août 2015, Qūrghontepa)

Ces premiers éléments factuels issus de nos données permettent de dresser un portrait de la situation plus concret avec deux types d'obstacles, physique et financier. On retient l'importance des différents postes de dépenses, particulièrement en cas d'hospitalisation, formelles et informelles, la complexité pour les patients et leurs proches à anticiper le montant et même à le calculer *ex post*. Pour compléter le tableau des évolutions récentes du système de santé, nous nous tournons vers les perceptions des acteurs et la réception des réformes, à l'aide de l'analyse des discours.

4.2 Les représentations du système et l'expérience des enquêtés

Les données recueillies dans les entretiens permettent de décrire quelques représentations collectives qui semblent prégnantes, de voir comment elles modulent les stratégies de recours aux soins et comment les pratiques les influencent en retour. Ces données donnent à voir les raisons multidimensionnelles de pratiques, comme le paiement informel ou le renoncement, étudiés par la suite sous l'angle économique.

Climat de défiance et nostalgie de l'époque soviétique

Il s'agit ici de pointer des convergences, des expressions ou anecdotes entendues de nombreuses fois y compris dans des discussions informelles pour dresser un tableau subjectif de la situation.

« *Gager son or* »

Ce n'est pas en soi le paiement informel qui est ressenti comme illégitime, sauf dans certains cas comme nous le verrons plus en détail (II), mais principalement les paiements formels comme l'achat des médicaments ou le coût d'une opération chirurgicale (« tout ce que demande la maternité », se plaint la belle-mère de Samir), le fait de payer pour tout maintenant. Des images fortes reviennent souvent comme celle de mettre son or en gage pour pouvoir payer à crédit le médecin, lorsqu'on n'a pas assez de liquidités. Elle dit avoir vu à la maternité une femme qui ne pouvait pas payer, donner tous ses bijoux, son bracelet, son collier, son alliance. Oisha dit avoir proposé ses ors au médecin qui repoussait l'opération et n'arrêtait pas de lui demander plus.

Le fait de remercier existait déjà à l'époque soviétique, mais payer pour tout, sans remboursement possible, en cas de maladie même pour les instruments de travail des médecins²⁰, cela paraît souvent inacceptable et génère beaucoup de ressentiment et de frustration liée à la perte d'avantages sociaux passés. Cette cherté effective des services

20. « Je compare à un business. Imagine, ils fournissent un service mais ils n'ont pas le matériel pour le fournir, c'est à moi de trouver la solution. Tu vas dans un service et c'est à toi de leur donner leurs outils de travail ? C'est mal », Firuz n'est d'ailleurs pas du tout satisfait du service lui-même.

hospitaliers est d'autant plus illégitime que l'impression de baisse de qualité des soins est omniprésente.

Il en découle une forte défiance vis-à-vis des professions de soignants prises comme un bloc. Pour le médecin, pris individuellement, c'est différent. Les témoignages recueillis montrent que les patients peuvent connaître « le bon médecin », celui qui est brillant et honnête, généralement recommandé par un tiers. Mais au niveau collectif, la critique des médecins actuels est aigüe et s'accompagne souvent d'une comparaison nostalgique à l'époque soviétique. Dans les entretiens réalisés avec les patients et avec certains médecins (mais pas dans les entretiens de cadres d'OI/NG) le système d'« avant », faisant référence à la période antérieure à la dislocation de l'URSS et la guerre, est très souvent évoqué et toujours de façon valorisante, parfois comme un âge d'or du système de santé et de la formation des médecins. Les discours de patients contrastent en cela avec ceux des acteurs institutionnels. Au détour d'une verte critique des médecins, Nargis, elle-même fille de médecins soviétiques, nous dit :

À l'époque soviétique le système était excellent. À l'école on était obligé d'aller faire des check-up régulièrement, tous les ans, des rayons X, des rappels de vaccins, ... le check up basique ! Et c'était tout à fait gratuit. (Nargis, Douchanbé, mai 2014)

Nasim (patient), Leila (OI), Nodira (médecins) et de nombreux autres insistent sur la régularité, le sérieux des vaccinations et le suivi jusque dans la vie adulte (« tout le monde faisait les rappels, tous les 10 ans », Nodira), à l'époque soviétique. De fait, le système de santé soviétique en Asie centrale a « donné la preuve de ses performances en matière d'éradication d'épidémies » (Hohmann (2014), p. 135). Lorsqu'ils comparent avec le système de vaccination actuel pour les enfants de moins de 6 ans, bien qu'ils notent souvent que « c'est bien la seule chose gratuite », « c'est bien la seule chose qui fonctionne », ils pointent le manque de suivi après 7 ans, lorsque cela devient payant, et la recrudescence des maladies infectieuses.

Parfois le style est hyperbolique et suggère que cette période est quelque peu fantasmée²¹, réinventée par mes interlocuteurs (« Avant, en URSS, ils avaient des hélicos ! Qu'ils envoyaient pour aller chercher les malades ou les femmes enceintes qui ne pouvaient vraiment pas se déplacer, dans les endroits très isolés, par exemple en hiver quand les routes sont coupées. Maintenant, il n'y a même pas d'ambulance dans un hôpital de ville ! », compare N.²², Qūrghonteppa, août 2015).

21. Notons que dans certaines régions, l'époque soviétique est considérée comme une période faste, nous avons même entendu l'expression « Viens chez moi, c'est l'URSS en ce moment » au sens de « c'est l'abondance », ce qui évidemment interpelle en comparaison des images de pénurie généralement bien ancrées dans les représentations collectives notamment en Russie...

22. Pour des raisons de simplification, nous utilisons l'initiale du nom, lorsque s'agissait d'une discussion informelle. En revanche, pour les enquêtés nous ayant accordé un entretien long et auxquels nous faisons référence plusieurs fois dans la thèse, un pseudonyme a été choisi.

La critique du système actuel et surtout de la profession médicale, par opposition à l'époque soviétique porte généralement sur deux aspects : la compétence des médecins formés récemment et leur honnêteté, leur éthique médicale.

« Je cherche le plus âgé » : l'impression de baisse des compétences

Firuz, qui cumule une bonne situation financière et un certain niveau d'éducation montre une défiance totale vis-à-vis des médecins : « Déjà aux États-Unis, beaucoup de médecins se trompent, mais ici je peux dire que 9/10 sont des ignorants ». D'ailleurs, il se renseigne sur tous les diagnostics possibles en lisant des articles sur internet. Il n'a pas hésité à insister et remettre en cause les premiers diagnostics d'intoxication alimentaire aux urgences puis à la polyclinique lorsqu'il a fait une septicémie et c'est sans doute ce qui l'a sauvé.

Plusieurs enquêtés, de milieu plutôt aisé, mais d'âges variés, m'ont dit toujours chercher le médecin le plus âgé du service (« aujourd'hui quand je vais à l'hôpital, je cherche le plus vieux, je me dis que lui au moins il a été formé à l'époque soviétique », Nargis, 39 ans, Douchanbé, mai 2014). D'ailleurs, comme pour leur donner raison, chaque fois que je disais m'intéresser au système de santé tadjik, en entretien comme en discussion informelle, on me rappelait que « l'Institut de médecine de Douchanbé était très réputé à l'époque soviétique », « un des meilleurs d'URSS », « le quatrième du classement des républiques soviétiques ». « Leur formation était très au-dessus à l'époque soviétique » me dit Nodira, médecin de famille depuis six ans. La plupart du temps, ils continuaient en expliquant que malheureusement beaucoup d'entre eux étaient partis, généralement en Russie, et faisaient de brillantes carrières là-bas. « Ma tante est chef de service à Kaliningrad » (H., Douchanbé, août 2015). « Tous mes amis médecins sont en Russie, ils ont une excellente situation là-bas » (Z., Douchanbé, mai 2014). « Mon père est médecin à Vladivostok » (S., Douchanbé, juin 2015). « Nous avons beaucoup de médecin, des bons, bien formés. Mais ils sont tous partis ! Maintenant des bons il n'en reste presque plus. La situation sanitaire est vraiment très critique » (O., gynécologue, Douchanbé, juin 2014).

La corruption dans le système éducatif et les rumeurs sur le fait qu'il est possible d'acheter sa note d'examen contribuent très fortement au discrédit de la profession. C'est même l'argument le plus régulièrement fourni, car d'après Parviz - étudiant externe en médecine - et Shokir - médecin enseignant à l'institut - le niveau des cours est toujours excellent. Le problème est que certains n'ont pas besoin de les apprendre pour obtenir leur diplôme et cela est répété très souvent, y compris dans des entretiens de médecins (Shokir, Alim, chapitre II).

« Ils ne sont pas humains » : profonde défiance quant à leur intégrité

Une bonne partie de mes interlocuteurs en venaient à avoir des mots extrêmement forts contre la profession. L'incompétence et le manque d'éthique se mêlent alors dans ces témoignages, faisant apparaître des médecins prenant les mauvaises décisions, indifférents à la souffrance du patient et cherchant uniquement l'enrichissement. Dans plusieurs entretiens longs (Firuz, Umed, Faridun) et plus souvent encore lors de discussions informelles, les personnes se plaignent de la perte d'humanisme et d'empathie des médecins, comme ceux « qui ne le font que pour l'argent », ce qui est paradoxal si on s'en tient au niveau de salaire officiel des médecins.

Vous savez, maintenant, ce n'est plus "prendre soin d'une personne humaine" - le patient, c'est "only money" <en anglais>. (H., Douchanbé, juillet 2015)

Il m'a vraiment dit ça mot pour mot "je vais prendre leur argent". Et c'est un grand spécialiste il est très connu ici, les gens ont confiance! Alors je me suis dit : il a beau avoir fait 7 ans d'étude, avoir travaillé 20 ans, ce type n'a rien dans la tête, ce n'est pas un médecin, ce n'est pas un professeur, ce n'est rien, même pas humain! (F., Douchanbé, août 2015)

Les tableaux les plus sombres, les critiques les plus vives viennent souvent de patients ayant été en situation d'urgence vitale, comme Firuz, qui a frôlé la mort : « Ce qui me rend le plus triste, c'est qu'il n'y a plus d'humanité. De la dame à l'accueil jusqu'au médecin-chef. » (Douchanbé, juin 2015).

Des histoires de fausses appendicites diagnostiquées afin de faire payer les patients sont revenues à tant de reprises en entretien de patients et de médecins qu'il y a certainement des cas avérés²³. Que ces histoires soient avérées ou non, les rumeurs accroissent le climat de défiance dans le système de soins, encourageant ceux qui préfèrent ne pas consulter (voir ci-dessous). D'autres histoires, très douloureuses, m'ont été rapportées mettant en scène des figures de médecins incompétents et sans égards pour les patients décrits comme des victimes, dont la fin est généralement tragique, un décès dans l'heure suivant la prise en charge ou un handicap à vie (« ce sont des assassins » « ils ont tué mon père », F. Douchanbé, 2014). Il est probable que la fréquence et la dimension dramatique de ces événements soient amplifiées dans le récit, du fait de leur charge affective, néanmoins ce qui est marquant c'est qu'ils reviennent si souvent.

Umed parle de la petite fille de ses amis, puis il rapporte l'histoire racontée par un voisin à propos de son petit-fils, comme pour confirmer son opinion négative des médecins :

Ils ne lui ont même pas fait de radio, ils ont ouvert son dos, regardé à l'intérieur, comme un animal! Ils ont dit 'ah oui tiens ça marche pas' et ils ont refermé. Comme ça! Elle est

23. Alim, chirurgien, rapporte la même histoire. Lors de son stage infirmier, un patient ne présentant pas les symptômes d'une appendicite aurait été hospitalisé dans son service pour une ablation de l'appendice. Lorsque lui, encore externe, a dit qu'il ne lui semblait pas souffrir d'appendicite, le médecin en poste lui aurait intimé de se taire, lui disant qu'il ne savait rien, qu'il n'était qu'un étudiant idiot.

paralysée à vie des jambes maintenant ! Les médecins ici ne sont pas humains, ils se foutent de tout. [...] Un petit bonhomme de deux ans a avalé un crochet. C'est le petit-fils d'un de mes voisins, sa famille habite dans un autre *mikrorajon*, mais il nous en a parlé. Ils l'ont ouvert, ils ont retiré le crochet juste comme ça (*il fait mine de tirer quelque chose vers l'extérieur*). Et ils ont refermé, sans faire attention à rien. Le petit est mort deux jours plus tard ! Tout ça parce qu'en opérant ils ont pas pris soin de ce qu'il y avait autour, ils ont juste tiré dessus et ça a déchiré quelque chose à l'intérieur... (Umed, Douchanbé, août 2015)

Lorsqu'on parle avec G. du grand hôpital républicain, elle me dit à propos du service des urgences :

Je déteste cet endroit. Une fois j'y étais pour me faire ausculter par mon médecin et un jeune homme est arrivé avec sa mère, même pas vraiment une urgence. Il a été pris par le médecin et à peine une heure après, le médecin est venu dire à sa mère que son fils était mort. C'était horrible, elle pleurait et tout. Ce jour-là je me suis enfuie, je n'ai même pas été à ma consultation. Je n'y suis plus jamais retournée. Je l'ai appelé un mois plus tard pour prendre de ses nouvelles. Elle avait dû appeler le ministère pour qu'on lui explique ce qui s'était passé car les médecins sur place ne l'avaient pas fait. Voilà leur version : son fils avait une pneumonie, ils ont voulu l'opérer, lui ont donné un anesthésiant. Mais sans vérifier. Or son cœur ne supportait pas cet anesthésiant et il est mort dans l'heure.

Stratégies alternatives de recours aux soins et stratégies d'évitement

En réaction à cela, différentes stratégies sont mises en place : utiliser le système à son profit, mobiliser d'autres ressources, ou contourner le système.

Tout d'abord le paiement informel peut être instrumentalisé par le patient lui-même dans le but d'inciter le médecin à être plus compétent et attentionné avec lui, pour compenser la défiance, comme nous le verrons dans le chapitre II. Autant pour trouver le bon médecin compétent que pour éviter l'escroquerie, ceux qui ont du capital social (ami médecin, familles médecins) disent tous recourir à leur réseau. Certains disent ne consulter que sur recommandation et même dans ce cas favoriser des « *crossed-checks* », doubles diagnostics. Mais une autre forme de capital social, un capital social de dernier recours, peut aussi être mobilisé dans certains cas d'urgence.

Mobilisation d'un réseau de solidarités

Des exemples de solidarités informelles reviennent à plusieurs reprises dans les entretiens. Il peut s'agir d'une personne ou d'un groupe sollicité qui donne ou prête aux proches du malade.

Dans son propos Gulzara évoque plusieurs formes de réseaux mobilisés en cas d'hospitalisation. Dans son cas à elle, sa famille, nombreuse et relativement aisée, met en place un genre de fond de solidarité familial (« Lorsque notre père ou mère a un problème, on donne

dans une certaine mesure ») et laisse entendre que c'est pratique courante : « Habituellement dans les familles tadjikes c'est comme ça, quand il y a une grosse somme à payer, chacun participe à l'opération. Et chacun vient voir le malade à l'hôpital, lui apporte à manger, le nourrit. » Ce type de solidarité familiale peut s'étendre à des contributeurs au-delà du ménage. Il peut aussi prendre la forme d'une dette auprès de connaissances, de voisins. Elle évoque les autres formes de réseaux auxquels ses amis, petits commerçants sur les marchés, ont eu recours. Un premier réseau officiel est celui de l'autorité communale qui peut délivrer ou non un certificat d'indigence pour que les soins soient « moins chers » ou gratuits. Elle évoque aussi le recours à des fonds associatifs, des œuvres caritatives pour enfants atteints de cancer, ou communautaire au niveau de la mosquée, comme le confirme les nombreux appels à don avec la photo d'un enfant malade circulant dans la rue et sur les réseaux sociaux.

D'autres types de solidarités sont mis en place comme le soutien d'un migrant à l'étranger, généralement un membre du ménage en migration temporaire, ce qui est discuté dans le chapitre IV, mais parfois plus ponctuellement. Par exemple, Oisha, 22 ans, n'ayant pas elle-même de proche en migration, a dû faire appel en dernier recours au migrant le plus proche pour effectuer en urgence une opération. Elle se trouvait dans une situation particulièrement vulnérable, puisqu'elle ne pouvait parler de cette opération à personne sans subir un grave stigmatisme social. Elle s'est confiée au médecin, qui connaît « son secret » comme elle dit, et la prend au piège dans l'engrenage d'un racket. Il lui demande d'abord 300 USD pour l'opération, qu'elle réussit à rassembler, puis voyant cela il demande 300 TJS de plus (45 USD environ) pour qu'elle puisse être opérée en urgence. Sinon elle devra attendre un rendez-vous ultérieur (il sait qu'elle ne pourra pas attendre). Rassembler en deux jours 45 USD, dans sa situation au Tadjikistan, était impossible. Elle s'est alors tournée vers son amie, en situation non moins précaire mais dont le frère travaille en Russie et soutient ses parents. C'était le seul migrant qu'elle connaissait et le seul qui pouvait lever en deux jours cette somme et l'envoyer par des intermédiaires informels. Dans son cas, c'est un contact taxi qui lui transmet 300 TJS de la part du frère de son amie ; il se fera lui-même rembourser dans un délai un peu moins court. Cela illustre la mobilisation de tout un réseau élargi d'interconnaissances dans le but de permettre une opération d'urgence, pour laquelle une somme non officielle au-dessus des moyens du patient est réclamée par le médecin²⁴.

Les recours à des alternatives au système de santé

24. Le jour de l'opération, le médecin lui a encore demandé d'acheter les gants en caoutchouc pour l'opérer, puis 100 TJS de plus, prétextant qu'elle s'était trompée dans le change du dollar vers le somoni. Encore sous l'émotion, elle me dit avoir cette fois fermement refusé. Le médecin a cédé. Elle ajoute, fière de lui avoir tenu tête et d'avoir pris sa revanche : « Pendant l'opération ça faisait très mal, je lui ai pincé comme ça très fort le bras à cause de la douleur ! il m'a dit "comment ça, tu ne me donnes pas 100 somoni et tu me fais ça !" ».

Certains enquêtés évoquent des stratégies alternatives, qui dépassent le champ de cette thèse mais méritent d'être mentionnées. Par exemple, le tourisme médical semble être pratiqué au Tadjikistan même s'il est beaucoup plus marginal que dans d'autres pays comme de l'Afghanistan vers l'Inde (Baujard, 2012) ou des Yéménites vers l'Inde ou la Jordanie (Kangas, 2007). Cela concerne bien sûr les plus privilégiés, et nous n'avons pas de personne directement concernée dans notre corpus d'entretiens. En revanche, Umed évoque sa tentative de créer une petite agence de tourisme médical vers la Turquie, comme cela se fait depuis l'Ouzbékistan apparemment. Il s'occuperait de créer le partenariat avec des cliniques turques et des hôtels et proposerait le séjour tout compris aux patients désireux de se faire soigner là-bas. En 2015, son partenaire turc et lui-même peinaient à lancer l'entreprise.

Plutôt que de se tourner vers l'étranger, des patients de tous milieux sociaux ont rapporté se tourner vers les guérisseurs. La médecine à base d'herbes médicinales a toujours été pratiquée, utilisée par les tabibs qui la mêlent à d'autres pratiques populaires de guérison. Mais elle connaît un fort regain de légitimité actuellement et ne se résume plus à la médecine traditionnelle de guérisseurs au village et sur les marchés, puisqu'il existe même une clinique d'État payante spécialisée dans la médecine « du peuple », inspirée par Avicenne. Le renouveau de la tradition s'inscrit dans une stratégie politique pour reconstruire l'identité nationale, et la ré-institutionnalisation de cette médecine populaire peut être vue comme une instrumentalisation politique, comme en Ouzbékistan (Hohmann, 2008, 2014). C'est aussi un succès commercial, puisque beaucoup de nos interlocuteurs suivent des traitements de ce type pendant de longues périodes. Certains patients évoquent des programmes de télévision à succès suivant un guérisseur qui grimpe les montagnes et montre aux téléspectateurs des plantes (« avec ça, je peux soigner ça... »).

Des pratiques de guérison plus occultes, bien différentes de l'usage des herbes médicinales, nous ont été aussi rapportées. Umed, très critique vis-à-vis de tous les médecins, est un des enquêtés les plus enclins aux pratiques populaires alternatives. Il cite les remèdes de sa mère, la pratique de l'exorcisme à laquelle se forme son frère et aussi la fois où l'on a sorti le mal de lui.

Quand j'avais un ou deux ans [...] Ma mère [...] est allée voir une bibi, une très vieille femme qui a des connaissances...un genre de tabib. Elle lui a dit qu'il fallait trouver une très vieille tombe et me placer dedans puis me retirer. Alors dans la campagne elle a trouvé une vieille tombe et l'a fait. J'ai arrêté de pleurer, comme ça. [...]

Renoncement aux soins, stratégie des urgences, rupture totale

Le renoncement aux soins et au traitement, qu'il soit partiel ou total, est visible dans les données TLSS. Il est aussi évoqué par les médecins et les patients. Du point de vue des

médecins, le fait de remettre à plus tard une consultation ou de renoncer à se faire soigner est souvent décrit comme une mauvaise habitude locale liée au manque de prévention (« prophylactique ») dans la médecine tadjike héritée de la médecine soviétique plus curative et surtout au manque d'éducation de leurs patients. C'est ce que pense Farah, endocrinologue à Douchanbé :

Les hôpitaux publics sont environ 15-20% moins chers que le privé. Aussi voyez pourquoi c'est cher l'hôpital... Les pauvres, c'est-à-dire la majorité de notre population, doivent travailler plus dur, beaucoup, beaucoup. Et ils ne font pas attention à leur santé. C'est seulement pour ainsi dire lorsqu'ils "tombent" qu'ils commencent à y songer. Et alors bien sûr le traitement est plus long et plus cher. Au lieu d'un mois ça va être un an, parce que c'est plus sérieux, plus grave, que les symptômes se sont accumulés... (Farah, Douchanbé, août 2015)

Pourtant certains admettent que le renoncement puisse être une conséquence du coût que représente l'accès à la santé, comme Gulnora, médecin, expliquant son refus du paiement informel, même de celui de gratitude :

Ce qui m'importe, c'est le patient. Je ne veux pas que le patient souffre. Il souffre d'une maladie, il souffre aussi financièrement. Et ici, c'est vraiment difficile, parce que la plupart des gens sont pauvres. Comment pouvez-vous prendre l'argent des plus pauvres, peut-être qu'ils n'ont pas les moyens de payer les médicaments et qu'ils donnent déjà cet argent pour votre consultation, et puis vous écrivez les médicaments, et ils ne prennent pas ces médicaments, donc il n'y a pas de résultat du traitement. Parce qu'ils n'avaient pas d'argent pour l'acheter. (Gulnora, Douchanbé, août 2015)

Côté patient, le report ou le renoncement aux soins est souvent essentialisé comme un trait commun, lié à la nationalité ou la culture. Umed, de façon générale, évite d'aller chez le médecin, surtout pas pour des visites de routines, seulement si c'est vraiment grave (comme lorsqu'il ne pouvait plus du tout bouger, du fait d'un pic de fièvre, à cause d'un coup de froid).

On est Tadjiks, c'est dans notre sang. On attend toujours que ça empire! (rires) À cause de ça <ce trait national> et à cause d'une deuxième chose : les médecins ne comprennent pas. Tu viens 'examinez-moi'. Il va trouver plein de maladies : 'vous avez ci et ça..., vous devez prendre tel médicaments et tel autre', te donner une liste grande comme ça <avec les mains>. Après tu vas dépenser 500 à 1000 dollars, et tu retombes malade... et tu y retournes...

Mais plutôt qu'un trait culturel, le report et le renoncement semblent être des effets pervers du système d'obligation sociale de remercier, voire une stratégie mise en place par les patients. Certains, comme Tahmina, disent attendre de « tomber » littéralement pour repousser le moment où il va falloir payer et l'engrenage des soins :

Ici en principe les gens vont très peu chez le médecin. S'ils faisaient ça plus régulièrement ce pourrait être plus facile pour eux. (...) Nous gardons vraiment la maladie jusqu'à la fin. Quand on sait que c'est la fin, on s'adresse à un docteur. (...) Par exemple on a mal ici. Très souvent on dit « ça ira ». C'est une fois que tu es tombé que tu vas voir le docteur. Et bien sûr, cela va te coûter très cher. (...) Parce que les gens ils croient que s'ils vont à l'hôpital cela va commencer : payer, payer, payer. Et après les médicaments tu vas les prendre une période après tu vas revoir le docteur, il va t'examiner si ce n'est pas fini, il va t'en redonner encore... ça va coûter trop cher pour les gens. C'est surtout ça la raison. (Tahmina, Douchanbé, août 2015)

Si les urgences sont le seul endroit réellement gratuit (ou moins cher) pour se faire hospitaliser, il est logique d'attendre que cela empire. La croyance en la gratuité des urgences (qu'elles soient réellement gratuites ou seulement moins chères) pourrait expliquer ce fameux « trait national » dont beaucoup parlent, médecins comme patients. Si lorsqu'on attend de « tomber », la prise en charge est moins chère, cela peut aussi être une stratégie des patients, un effet pervers certes, mais une décision sinon rationnelle, au moins pragmatique et non pas des « mentalités » ou des traditions locales. Pourtant, la santé inquiète ; le renoncement ne peut être compris comme un moindre intérêt pour sa santé ou le résultat d'un calcul priorisant d'autres domaines. Dans la vague 2007 du TLSS, 53% des ménages disent qu'entre la monnaie, la précarité de l'emploi, la santé, la sécurité et d'autres, c'est la santé qui les soucient le plus. Seulement 35% prétendent que c'est l'argent. Cela peut expliquer le recours à d'autres modes de soins.

Comme le montrent ces premiers éléments de contexte, la situation au Tadjikistan concernant l'accès aux soins pose un certain nombre de questions, autant sur le plan économique et social, que sur le plan territorial et international.

Le souvenir positif du système soviétique qui se dégage des entretiens de patients, le climat de défiance, les stratégies mises en place pour s'adapter à l'évolution du système, l'évolution des pratiques et du vocabulaire pour s'y référer dépeignent un système encore en transition, qui n'a pas fini de se réformer.

Dans les chapitres suivants, nous étudions plus en détail la pratique du paiement informel, la distribution du recours et du non recours à l'aune de critères d'équité, ainsi que le renoncement total et partiel d'une certaine partie de la population. La question de l'accès aux soins s'inscrit aussi dans un cadre extra-national. Le fait que les migrations vers la Russie soient l'enjeu majeur du Tadjikistan contemporain justifie l'étude du lien entre les barrières d'accès aux soins, les départs en migration et l'envoi de remises de fonds.

Bibliographie

- BAUJARD, J. (2012). Intermédiaires du tourisme médical. les réfugiés afghans de Delhi. *Moussons. Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est*, 19 :151–162.
- BOLLEN, K. A., GLANVILLE, J. L. et STECKLOV, G. (2002). Economic status proxies in studies of fertility in developing countries : Does the measure matter? *Population Studies*, 56(1) :81–96.
- CLEUZIOU, J. (2016). *Mariages, démariages et remariages : rituel, genre et parenté au Tadjikistan contemporain*. Thèse de doctorat, Université Paris-Ouest Nanterre.
- CLIFFORD, D. (2009). Spousal separation, selectivity and contextual effects : Exploring the relationship between international labour migration and fertility in Post-Soviet Tajikistan. *Demographic Research*, 21 :945–975.
- CLIFFORD, D., FALKINGHAM, J. et HINDE, A. (2010). Through civil war, food crisis and drought : Trends in Fertility and Nuptiality in Post-Soviet Tajikistan. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 26(3) :325–350.
- CLÉMENT, M. (2011). Remittances and Household Expenditure Patterns in Tajikistan : A Propensity Score Matching Analysis. *In Asian development review*. Asian Development Bank.
- DANZER, A. et IVASCHENKO, O. (2010). Migration patterns in a remittances dependent economy : Evidence from Tajikistan during the global financial crisis. *Migration Letters*, 7(2) :190–202.
- DAVIS, B., WINTERS, P., CARLETTO, G., COVARRUBIAS, K., QUIÑONES, E. J., ZEZZA, A., STAMOULIS, K., AZZARRI, C. et DIGIUSEPPE, S. (2010). A cross-country comparison of rural income generating activities. *World development*, 38(1) :48–63.
- DEATON, A. et ZAIDI, S. (2002). *Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis*, volume 135. World Bank Publications.
- DÉSERT, M. *et al.* (2006). Le débat russe sur l'informel. *Questions de recherches*, 17 :76–133.
- DUAN, N., MANNING, W. G., MORRIS, C. N. et NEWHOUSE, J. P. (1983). A Comparison of Alternative Models for the Demand for Medical Care. *Journal of Business & Economic Statistics*, 1(2) :115.
- DUCLoux, A. (2012). Cendrillon au royaume de Tamerlan, où Bibiseshanba, la «grand-mère du mardi» triomphe de la belle-mère. *In Femmes médiatrices et ambivalentes*, pages 73–84. Armand Colin, Paris.

- DUFY, C. (2011). Entre criminalité et normalisation. Pratiques informelles dans le changement de système en Russie. In FONTAINE, L. et WEBER, F., éditeurs : *Les paradoxes de l'économie informelle. À qui profitent les règles ?*, Les Terrains du siècle, pages 51–70. Karthala, Paris.
- FALKINGHAM, J. (2004). Poverty, Out-of-pocket Payments and Access to Health Care : Evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine*, 58(2) :247–258.
- FALKINGHAM, J. (2005). The End of the Rollercoaster ? Growth, Inequality and Poverty in Central Asia and the Caucasus. *Social Policy & Administration*, 39(4) :340–360.
- FITZPATRICK, S. (2000). Blat in Stalin's time. In LOVELL, S., LEDENEVA, A. et ROGACHEVSKII, A., éditeurs : *Bribery and Blat in Russia : Negotiating Reciprocity from the Middle Ages to the 1990s*, pages 166–182. Macmillan, Londres.
- GATSKOVA, K., IVLEVS, A. et DIETZ, B. (2017). Does migration affect education of girls and young women in Tajikistan ? Rapport technique, WIDER Working Paper.
- GOBILLON, L., LAMBERT, A. et PELLET, S. (2018). Ownership against poverty ? Residential mobility and social segregation among assisted homebuyers in France (1996-2006). *Document de travail*.
- GUILLOT, M., GAVRILOVA, N. et PUDROVSKA, T. (2011). Understanding the “russian mortality paradox” in Central Asia : Evidence from Kyrgyzstan. *Demography*, 48(3) : 1081–1104.
- HABIBOV, N. (2009). What determines healthcare utilization and related out-of-pocket expenditures in Tajikistan ? Lessons from a national survey. *International Journal of Public Health*, 54(4) :260–266.
- HIRTZ, J. et PELLET, S. (2014). Hospitalisation à domicile : les familles enrôlées bon gré mal gré. In WEBER, F., TRABUT, L. et BILLAUD, S., éditeurs : *Le salaire de la confiance*, Sciences sociales, pages 251–271. Éditions Rue d'Ulm, Paris.
- HOHMANN, S. (2008). Instrumentalisation politique de la médecine traditionnelle en Ouzbékistan : vers une réinvention de la tradition ? *Le Courrier des Pays de l'Est*, 3(1067) :24–27.
- HOHMANN, S. (2010). Migrations et enjeux socio-économiques et sanitaires de la guerre civile au Tadjikistan. In LARUELLE, M., éditeur : *Dynamiques migratoires et changements sociétaux en Asie centrale*, pages 189–213. Petra, Paris.
- HOHMANN, S. (2014). *Pouvoir et Santé en Ouzbékistan. De la colonisation russe aux transformations postsoviétiques*. Petra, Paris.

- HUMPHREY, C. (2000). Rethinking bribery in contemporary russia. In LOVELL, S., LEDENEVA, A. et ROGACHEVSKII, A., éditeurs : *Bribery and Blat in Russia : Negotiating Reciprocity from the Middle Ages to the 1990s*, pages 216–241. Macmillan, Londres.
- JHA, R., DANG, N. *et al.* (2009). Vulnerability to poverty in selected Central Asian countries. *European Journal of Comparative Economics*, 6(1) :17–50.
- KAN, S. (2016). Improving health in Tajikistan : remittances trump other income. *Georg-August-Universität Göttingen discussion paper*, 206.
- KANGAS, B. (2007). Hope from abroad in the international medical travel of Yemeni patients. *Anthropology & Medicine*, 14(3) :293–305.
- KHAMRABAEVA, N. (2012). F. Saidov : le ministre de l'Éducation démis de ses fonctions, sur notre suggestion. *ASIA-Plus*.
- KHODJAMURODOV, G. et RECHEL, B. (2010). Tajikistan : Health systems review. *Health Systems in Transition*, 12(2).
- KHODJAMURODOV, G., SODIQOVA, D., AKKAZIEVA, B. et RECHEL, B. (2016). Tajikistan : Health systems review. *Health Systems in Transition*, 18(1) :1–114.
- KORNAI, J. (2000). *Hidden in an envelope : gratitude payments to medical doctors in Hungary*. Collegium Budapest, Institute for Advanced Study.
- LARUELLE, M. (2006). Le nouveau rôle de la russie en asie centrale : les migrations de travail des centre-asiatiques vers la fédération russe. *Revue internationale et stratégique*, 4 :133–142.
- LARUELLE, M. (2013). Informalité de l'État et appropriation prédatrice des ressources : le présidentielisme clientélaire en Asie centrale. *Revue internationale de politique comparée*, 20(3) :65–78.
- LEDENEVA, A. (2000). Continuity and Change of Blat Practices in Soviet and Post-Soviet Russia. In LOVELL, S., LEDENEVA, A. et ROGACHEVSKII, A., éditeurs : *Bribery and Blat in Russia : Negotiating Reciprocity from the Middle Ages to the 1990s*. Macmillan, Londres.
- LEDENEVA, A. (2013). *How Russia Really Works : The Informal Practices That Shaped Post-Soviet Politics and Business*. Culture and Society after Socialism. Cornell University Press, New York.
- LEDENEVA, A. V. (1998). *Russia's Economy of Favours : Blat, Networking and Informal Exchange*. Cambridge University Press, Cambridge (RU).

- LEFÈVRE, C. (1995). Le système de protection sociale russe : héritages et transformations. *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 26(4) :25–54.
- LEUNG, S. F. et YU, S. (1996). On the choice between sample selection and two-part models. *Journal of Econometrics*, 72.
- LOVELL, S., LEDENEVA, A. et ROGACHEVSKII, A. (2000). *Bribery and Blat in Russia : Negotiating Reciprocity from the Middle Ages to the 1990s*. Macmillan, Londres.
- MANDEL, R. et HUMPHREY, C. (2002). *Markets and moralities : ethnographies of post-socialism*. Berg, New York.
- MCKEE, M., HEALY, J., FALKINGHAM, J. et al. (2002). Health Care in Central Asia. *Open University Press Buckingham*.
- O'DONNELL, O., van DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A. et LINDELOW, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data : A Guide to Techniques and Their Implementation*. World Bank, Washington, DC.
- OLIMOVA, S. (2005). Les processus migratoires dans le Tadjikistan contemporain. *Demoskop Weekly*, 223.
- PEYROUSE, S. (2007). Les flux migratoires des Russes entre Asie centrale et Russie. *Espace Populations Sociétés*, 1 :47–57.
- POMFRET, R. (2003). Economic performance in Central Asia since 1991 : Macro and micro evidence. *Comparative Economic Studies*, 45(4) :442–465.
- POUJOL, C. (2006). Santé mentale et société en Asie centrale postsoviétique aujourd'hui. *Outre-Terre*, 3 :367–380.
- RECHEL, B., ROBERTS, B., RICHARDSON, E., SHISHKIN, S., SHKOLNIKOV, V. M., LEON, D. A., BOBAK, M., KARANIKOLOS, M. et MCKEE, M. (2013). Health and health systems in the Commonwealth of Independent States. *The Lancet*, 381(9872) :1145–1155.
- ROUSSELET, K. (2006). Santé et relations sociales (chapitre d'HDR).
- SNEATH, D. (2006). Transacting and enacting : Corruption, obligation and the use of monies in Mongolia. *Ethnos*, 71(1) :89–112.
- STAN, S. (2012). Neither commodities nor gifts : post-socialist informal exchanges in the Romanian healthcare system. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 18(1) :65–82.

- STATISTICAL AGENCY, R. T., MINISTRY, H. et ICF, I. (2013). Tajikistan Demographic and Health Survey 2012.
- UNDP (2009). Final country programme document for Tajikistan. *United Nations Documents*.
- VEBLEN, T. (1899). *The Theory of the Leisure Class [trad. franç. La théorie de la classe de loisir, 1970, Paris, Gallimard]*. Macmillan, New York.
- WAGSTAFF, A. (2005). The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. *Health Economics*, 14(4) :429–432.
- WAGSTAFF, A., PACI, P. et VAN DOORSLAER, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 33(5) :545–557.
- WAGSTAFF, A. et van DOORSLAER, E. (1997). Progressivity, horizontal equity and re-ranking in health care finance : a decomposition analysis for The Netherlands. *Journal of Health Economics*, 16(5) :499–516.

Annexe 1 : Les entretiens semi-directifs

Guide d'entretien semi-directif avec les patients :

1. Votre situation personnelle, familiale, professionnelle
 - Etes-vous marié(e) ? avez-vous des enfants ?
 - Age, formation, occupation...
 - A quel mois en êtes-vous dans votre grossesse ?
2. Les soins, tests/consultation/hospitalisation (selon les cas) (exemples de relance)
 - Quels sont les derniers soins que vous avez reçus ?
 - Combien de temps avez-vous passé à l'hôpital ? (hospitalisation/accouchement)
 - Avez-vous payé ? comment (de la main à la main, à la caisse) ? à quel moment (au début, à la fin) ? qu'avez-vous donné (en nature, en liquide, combien) ?
 - Est-ce complètement gratuit ? qu'est-ce qui est gratuit et qu'est-ce qui ne l'est pas ?
 - Saviez-vous que vous alliez payer ? aviez-vous prévu de payer ? est-ce vous qui avez payé ou le médecin qui vous a demandé ? comment a-t-il demandé ?
 - S'il n'avait pas demandé, auriez-vous donné ? autant ? pour quelle raison ?
 - Pour quels tests / traitements / postes / actes... avez-vous dû payer ?
 - Est-ce toujours comme cela ou était-ce exceptionnel ?
 - Comment avez-vous fait pour rassembler l'argent ? (en cas d'hospitalisation / accouchement)
3. La relation au médecin (exemples)
 - est-ce que vous le connaissiez ? comment l'avez vous connu ?
 - quelqu'un vous a t il recommandé ?
 - comment a t il été avec vous ?
 - avez-vous un médecin de famille référent ?
 - avez-vous suivi ses conseils ?
 - est-ce que vous lui faites confiance ?
4. avez-vous des souvenirs du système de santé (lorsque vous étiez enfant... selon l'âge)
 - était-ce différent à l'époque soviétique ?
 - qu'étaient les plus et les moins ?
 - comment faisiez-vous pendant la guerre / crise ?
 - plus largement qu'est-ce qui pourrait être changé dans le système actuel ?

5. La pharmacie

- est-ce que cela vous arrive d'aller à la pharmacie plutôt que chez le médecin ?
- lorsque vous avez une ordonnance est-ce que vous achetez tout ce qui est écrit dessus ?
- trouvez-vous les médicaments efficaces ?

Guide d'entretien semi-directif avec les médecins

1. Formation, expérience, parcours, trajectoire (exemples)

- Quand a été diplômé ?
- combien d'année d'expérience
- type de structure et de spécialité
- public ou privé

2. Conditions de travail (exemples)

- quels sont les avantages et inconvénients de votre métier ?
- salaire, combien, versé par qui, suffisant pour vivre ?
- percevez-vous autre chose ? extra ?
- comment s'organise votre emploi du temps (heures d'accueil, de visite à domicile, de gardes... selon la spécialité)
- avez-vous déjà eu besoin de recourir à une autre activité ?
- qu'est-ce qui pourrait être amélioré selon vous ?
- est-ce que ces conditions ont subies des changements ?
- avez-vous vu des réformes avoir lieu récemment ?
- pourrai-je vous accompagner ?

3. Accessibilité des services de soins (exemples)

- Est-ce que les services sont accessibles aux patients selon vous ?
- est-ce que ces/vos services sont gratuits ?
- pensez-vous que c'est équitable ?
- qu'est-ce qui devrait changer selon vous ?

4. Relation aux patients

- comment cela se passe avec le patient ? comment trouvez-vous la relation ?
- est-ce qu'ils veulent vous remercient parfois ?
- est-ce qu'ils sont exigeants ?

- est-ce qu'ils vous font confiance / prend son traitement ?
 - est-ce qu'ils respectent votre avis ? votre statut ?
 - est-ce que vous trouvez que la relation a changé ?
 - combien de patients avez-vous en charge ? (pour les médecins de famille)
5. Relation aux collègues (ex)
- avec la hiérarchie
 - avec les autres médecins
6. Motivations
- quelle était votre motivation initiale pour être médecin ?
 - et aujourd'hui quelles sont les motivations pour le rester ?
 - comment se voit dans quelques années ?
7. Médecins et migration
- avez-vous des amis qui sont partis ?
 - Y pensez-vous vous-mêmes ? pour aller où ?

Guide d'entretien semi-directif avec les cadres d'ONG/OI

1. Quelles sont les difficultés rencontrées par le système de santé aujourd'hui ?
2. Quels sont les héritages du système précédent ?
3. Quelles sont les réformes en cours ?
4. Quels sont celles auxquelles contribuent votre organisation, quels projets elle propose-t-elle ?
5. Quels changements souhaiteriez-vous personnellement pour le système ?
6. Comment décririez-vous votre expérience à vous du système de santé ?
7. Avez-vous toujours travaillé dans une ONG/OI ?

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des observations

Lieux	Structure	Action d'enquête	
Douchanbé	Medgorodok (grand hôpital communal)	visite des locaux et 2 accompagnements de patientes	1 entretien infirmière chef ; discussions informelles avec les collègues et patientes
Douchanbé	Karobolo (grand hôpital républicain)	visite et 1 accompagnement de patient	1 entretien de patient
Douchanbé	Polyclinique	1 accompagnement de patiente	1 entretien de médecin chef avorté et discussions informelles avec l'équipe
Douchanbé	Roddom nationale (maternité)	visite	1 entretien
Douchanbé	PMPC (centre d'accueil pour enfants handicapés)	visite	Discussions informelles et documents
Douchanbé	Département statistiques d'État chargé de la santé		
Khoudjand	Hôpital communal	visite quotidienne de tout le service avec la médecin puis observation du déroulement d'une opération	1 entretien médecin et discussions informelles avec les patientes
Khoudjand	A domicile et lieu de prières	Participé à deux réunions spirituelles (visée préventive et curative)	Observation participante et discussions informelles à l'issue de la séance
Vanch	Hôpital de district	visite de tous les services avec le médecin chef	1 entretien avec chef de service, discussions informelles
Ishkashim	Hôpital de district	visite avec le chirurgien de garde	1 entretien médecin et discussion informelle
Rudaki	Polyclinique de district	visite avec les membres d'une ONG	discussions informelles avec l'équipe
Rudaki	Centre de santé rural	visite avec les membres d'une ONG	discussions informelles avec l'équipe
Rudaki	Maison de santé	visite avec les membres d'une ONG	discussions informelles avec l'équipe

Chapitre II

Donner, recevoir ou réclamer : le paiement informel au médecin

Sommaire

	Introduction	65
1	Contexte, hypothèses et méthodes	68
2	Quels patients versent un paiement informel? Paient-ils des montants différents?	82
3	Des paiements injustifiés : la figure du médecin monopoleur dans les entretiens	95
4	Des paiements justifiés : les patients donnent, les médecins acceptent et tous se justifient	103
5	Discussion et conclusion : une convention en crise?	115
	Bibliographie	122
	Annexe	123

Introduction

Rapporté à l'économie, l'adjectif « informel », dans les articles de sciences sociales et dans les rapports administratifs, désigne certaines poches d'activités générant des revenus en dehors des circuits de l'économie officielle. On doit l'expression « informal income opportunity » à l'anthropologue Keith Hart (1973) qui l'utilise de façon positive à propos des nombreuses activités économiques du sous-prolétariat ghanéen pour infirmer l'idée selon laquelle ces populations pauvres sont sous-employées ou au chômage. Les échanges, plus interpersonnels et plus ancrés dans les relations sociales et les hiérarchies traditionnelles, dans lesquels ces personnes sont engagées échappent à l'administration capitaliste et représentent ainsi une certaine résistance à l'ordre bureaucratique et à sa domination rationnelle-légale, selon la typologie de Weber (Cortado, 2014 ; Weber, 2014). Le succès de la catégorie informelle, après son usage par l'OIT dans un rapport sur le Kenya (1972) puis par toute la littérature économique, a légèrement édulcoré l'aspect sociopolitique du concept de Hart. Il en a fait une notion pratique, car imprécise, pour désigner la richesse créée par un large continuum d'activités allant des activités illégales (criminelles ou souterraines) aux transactions légales mais non déclarées (comme l'emploi « au noir »).

Concernant les républiques soviétiques, avant que la notion d'informalité ne se diffuse aux économies socialistes et postsocialistes, les auteurs lui préféraient celle d' « économie seconde » (Grossman, 1977) car ces activités se situaient en dehors de l'économie centralisée planifiée. Ces échanges ont souvent été analysés comme des poches d'économie de marché (Cleuziou et Ohayon, 2017), par définition non officielles mais tolérées, ou comme des arrangements qui permettaient de « huiler » le système centralisé¹, notamment dans les secteurs pénuriques comme l'étaient d'ailleurs ceux de la santé et des produits alimentaires. À ce titre, ces échanges bien qu'illégaux étaient tolérés dans une certaine mesure. Pendant la transition postsoviétique en même temps que la libéralisation, ces arrangements informels se sont démultipliés du fait de l'insuffisance des circuits économiques officiels en temps de crise pour allouer efficacement les biens et les services et du fait du vacuum législatif. De nouvelles formes plus marchandes sont apparues, brouillant les repères et frontières entre catégories marchandes et non marchandes (comme le troc en Russie, étudié par Dufy (2008)). Certaines pratiques informelles comme celle du paiement au médecin, contrairement au troc, ont survécu à la crise et perdurent, suggérant qu'elles remplissent encore un rôle fonctionnel et qu'elles bénéficient peut-être d'une certaine légitimité au-delà d'une situation historiquement située.

On désigne par la suite comme informels des échanges non prévus par la loi, se situant

1. Ledeneva (1998) utilise le verbe « to oil » pour décrire l'action des pratiques informelles de type *blat* qu'elle n'associe pas à des échanges marchands mais interpersonnels de création de réseau autour d'un système de faveurs permettant aux personnes de combler les manques de tel produit par exemple en faisant profiter un autre de l'accès à tel service dont eux-mêmes jouissent. Nous lui empruntons donc cette expression, mais étendue à des transactions informelles.

dans une zone grise entre le légal et l'illégal, non déclarés mais tolérés s'ils restent à un bas niveau, contre lesquels les autorités n'ont pas vraiment les moyens ou la motivation d'intervenir.

Le cas des pratiques de rémunération informelle dans le système de santé est un cas largement étudié dans les pays d'Europe de l'Est (Balabanova et McKee, 2002; Balabanova *et al.*, 2004; Stan, 2012), d'Asie centrale (McKee *et al.*, 2002; Polese, 2014) et dans une moindre mesure au Tadjikistan (Falkingham, 2004; Habibov, 2009), ou encore d'Afrique de l'Ouest ou du Nord (Blundo et Olivier de Sardan, 2001; Kankeu et Ventelou, 2016). Dans les rapports d'ONG et dans la littérature économique anglophone, elles sont désignées par l'expression *informal payment* ou *under-the-table payment*. Il s'agit du paiement que le patient effectue directement auprès du personnel soignant dans des structures où ce personnel est déjà rémunéré autrement (salarié d'une structure publique ou privée). Le paiement informel recouvre néanmoins des réalités et héritages divers. Si en Hongrie, on le cache dans une enveloppe (Kornai, 2000), au Tadjikistan on ne s'en cache pas. On tend un billet au personnel de santé en sortant, même devant les collègues. En outre, l'importance du paiement informel varie. Si, en Russie, il subsiste sous forme de pourboire, malgré l'introduction d'une assurance maladie obligatoire, au Tadjikistan, il représente une grande part des restes-à-charge des ménages, eux-mêmes les plus élevés de la zone Europe de l'OMS (60,1% en 2013 des dépenses de santé totales du pays). D'après nos estimations, 78% des personnes hospitalisées déclarent avoir donné de l'argent aux soignants.

D'importants paiements directs peuvent engendrer un fort renoncement aux soins si l'élasticité-prix de la demande est plus forte, a fortiori dans les pays à faible niveau de vie. Ceci peut avoir un effet négatif en termes de surplus global de santé publique. Un moindre recours favorise la survenue de grandes vagues d'épidémies, comme celle de poliomyélite au Tadjikistan en 2010.

Puisqu'il s'agit de paiements directs non remboursés, comme les dépassements d'honoraires ou extra-billing, ces paiements informels pourraient être analysés sous l'angle d'une situation de monopole du médecin. Celui-ci considérant qu'il est insuffisamment payé peut utiliser sa rente de situation, qu'elle soit due à l'asymétrie d'information, à la rareté des autres médecins ou la difficulté d'accéder jusqu'à eux, pour exiger un paiement et capturer une partie du surplus du consommateur de soins, si l'élasticité-prix de sa demande est faible. Certains articles suggèrent que l'informalité permet au médecin de différencier par les prix selon la disposition-à-payer (monopole discriminant parfaitement) ou plutôt selon une approximation de la disposition-à-payer basé sur des observables. Le médecin capture alors la totalité ou partie du surplus des consommateurs. Si l'on estime que le paiement informel constitue une perte de surplus pour le consommateur, c'est que l'on suppose qu'il n'est motivé que par le médecin. Cela serait vérifié s'il était décrit comme un choix unilatéral du médecin par les acteurs.

Pourtant ces pratiques se maintiennent après la période de transition. Les agents et l'État ne s'unissent pas contre ces pratiques. Elles ont une forme de normalité, dans un certain nombre de situations, voire un rôle fonctionnel. Les patients pourraient avoir un intérêt à ce système informel. Certains articles suggèrent, par exemple, que le médecin différencie le tarif informel mais selon la capacité-à-payer (modèle de charité, principe de Robin des Bois). Dans ce cas l'État aussi pourrait y avoir intérêt, si cela lui évite d'augmenter les salaires et de mettre en place un système officiellement progressif, coûteux dans son implémentation. C'est peut-être une explication à la persistance de ces pratiques.

Dans ce chapitre, on s'intéresse donc aux ressorts, justifications et conséquences des paiements informels au personnel soignant, au Tadjikistan, où ils représentent une très grande part des dépenses totales de santé. Il s'agit, dans un premier temps, de comprendre quels patients donnent un paiement et que représente le montant d'informel dans le reste de ses dépenses. Est-ce que ce sont les plus vulnérables, les plus jeunes, les moins éduqués ou au contraire ceux qui ont le plus de ressources (économiques, sociales et culturelles) ? Pour estimer les déterminants du paiement informel et vérifier l'hypothèse de discrimination par les prix, nous mobilisons la *Tajikistan Living Standards Survey* (TLSS), des données d'enquête de ménages de 2007. Nous recourons ensuite aux entretiens semi-directifs menés à Douchanbé en 2014 et en 2015 pour distinguer les raisons et les critères de différenciation.

Sous certaines conditions ces pratiques semblent faire l'objet d'un accord collectif. Dans un troisième temps, nous faisons appel à d'autres modèles que celui du monopole, réintégrant l'intentionnalité du patient. Celui-ci peut voir un intérêt dans ce paiement et dans sa nature informelle. D'un côté donner un extra peut inciter le médecin à prendre soin de lui. De l'autre, l'informalité permet de disposer d'une marge de manœuvre, de négociation, liée au flou sur le tarif « réel », dont il peut tirer parti. Il est à ce titre intéressant de noter que la première tentative de formalisation des frais de santé en 2005 au Tadjikistan a été mal accueillie par les patients et reportée à plus tard.

Plusieurs registres émergent dans leurs justifications, montrant qu'il peut s'agir de normes sociales, d'une institution informelle héritée qui continue de fonctionner (Chavance, 2008 ; Denzau et North, 1994), de croyances ou de calculs en contexte incertain, d'altruisme pur ou d'altruisme calculé. Pour analyser les différentes motivations, nous mobilisons des modèles économiques d'incitation financière et d'autres issus de l'anthropologie sociale (solidarité, réciprocité) afin d'apporter une contribution originale à l'étude des paiements informels dans le domaine de la santé.

1 Contexte, hypothèses et méthodes

1.1 Les pratiques de rémunération informelle au Tadjikistan

Ex-République soviétique, le Tadjikistan indépendant a dû faire face à une guerre civile de cinq ans entre 1992 et 1997 qui, s'ajoutant à la difficile transition vers l'autonomie économique, a considérablement appauvri le pays et endommagé le tissu social. Le système de santé n'a pas été épargné par la crise.

Comme la plupart des pays d'ex-URSS, le Tadjikistan a hérité d'un système de santé à plusieurs niveaux (établissements ruraux, régionaux, communaux et nationaux) extensivement présent sur le territoire, avec un accès universel et gratuit et priorisant les soins hospitaliers et la médecine curative sur les soins primaires et les méthodes préventives. Le secteur privé est encore faiblement développé. Il n'y a pas eu de mise en place d'une assurance maladie obligatoire, ni de développement d'un marché d'assurances privées comme dans d'autres ex-républiques soviétiques. La part publique du financement du système provient du budget de l'État c'est-à-dire des revenus locaux et nationaux.

Pourtant, le budget que l'État consacre au système de santé n'est pas suffisant et une grande partie du financement est privé. Les dépenses directes des ménages couvraient 77% des dépenses de santé totales en 2007 (Khodjamurodov et Rechel, 2010) et 60,1% en 2013 (Khodjamurodov et Rechel, 2010). Ces restes-à-charge couvrent des frais à la fois formels et informels, qui mettent en péril l'universalité d'accès.

La partie formelle des dépenses privées recouvre les médicaments, les tests de laboratoire ou nécessitant du matériel (scanner, IRM, coloscopie...), certains actes de chirurgie payants et les frais d'entrée ou de consultation dans les établissements autofinancés de la capitale Douchanbé et d'autres grandes villes². Ces exceptions officielles à la gratuité et à l'universalité du système de soins ont été introduites par décret depuis les années 2000. Les tarifs sont fixés et figurent à l'entrée des établissements.

La part informelle des dépenses privées est aussi très conséquente, même si elle est difficile à évaluer. Elle provient du paiement de gratitude donné directement au médecin. En effet, bien que les personnels médicaux soient majoritairement fonctionnaires, soit les médecins demandent en plus des honoraires informels, soit les patients donnent un paiement de gratitude, en remerciement, au médecin après la consultation ou la prise en charge. Ces modes de rémunération informelle déjà présents sous différentes formes (don en nature, pistons) à l'époque soviétique, sont devenues après l'indépendance une source nécessaire de revenu. En effet, les salaires moyens des soignants étaient d'environ

2. Un certain nombre d'établissements de santé se sont vus accorder le droit d'être autofinancés, c'est-à-dire de charger des frais de consultation fixés par l'État, dont les patients s'acquittent « à la caisse », par opposition au paiement « de la main à la main » au médecin. Il s'agit, dans une certaine mesure, d'une formalisation du paiement informel, afin qu'il serve à l'ensemble du budget, et non seulement au médecin, évitant au Ministère d'augmenter les dotations.

17 USD par mois en 2007 (Khodjamurodov et Rechel, 2010), alors que le salaire moyen dans les autres secteurs s'établissait à environ 50 USD par mois. En outre, les témoignages d'arriérés de plusieurs mois dans les salaires – déjà faibles – à la fin des années 90 et début 2000 sont nombreux parmi les soignants.

Ainsi le paiement informel n'est-il pas systématiquement perçu comme illégitime, cela dépend du montant et du contexte. Il est même souvent perçu comme juste ou nécessaire pour maintenir les médecins au Tadjikistan et éviter la pénurie. S'ils ne comptaient que sur le salaire officiel, les médecins auraient un niveau de vie réellement très bas, surtout avant 2007 et les augmentations successives. Encore en 2015, la plupart d'entre eux disent qu'il est impossible de vivre sur ce salaire (d'environ 100-120 USD) et la plupart des patients en conviennent aussi. Mais alors, l'informalité creuse les inégalités entre médecins. Les niveaux de vie diffèrent en fonction des spécialités et du lieu d'exercice, car on ne « remercie » pas de la même façon un(e) chirurgien(ne) et un(e) généraliste, et en fonction des scrupules qu'ont ou non les médecins à réclamer des paiements informels.

1.2 Hypothèses théoriques : comment expliquer l'existence du paiement informel ?

On distingue trois types d'hypothèses. Le premier type suppose que seul le médecin, placé en position de force, décide unilatéralement et que le patient en position de vulnérabilité subit la décision (hypothèses 1a et 1b). Le deuxième type d'hypothèse suggère que le paiement informel est une convention socioéconomique bénéficiant d'une certaine légitimité même si les justifications diffèrent (hypothèses 2a et 2b). Le troisième type d'hypothèse propose une analyse des intérêts propres de chacun des agents dans ce qui est vu comme une interaction bilatérale (hypothèses 3a et 3b).

Un choix unilatéral du médecin : de l'abus de position dominante à la charité (hypothèse 1)

Tout d'abord la position du médecin pourrait s'apparenter à une situation de rente et l'existence du paiement informel pourrait être analysée à l'aide du cadre de concurrence monopolistique. Le paiement informel existe car le médecin a un pouvoir discrétionnaire et peut exiger un prix supérieur au prix réel. La situation de monopole du médecin peut s'expliquer d'un côté par l'imperfection de l'information (les coûts d'information dans le domaine de la santé peuvent être prohibitifs, Rochaix (1997)), de l'autre par une situation géographique (moindre densité de l'offre ou manque de transport) ou d'autres facteurs plus institutionnels (comme la liaison à un médecin traitant, ou un médecin de famille désigné pour un territoire comme au Tadjikistan). En termes de consommation de soins, le patient ne peut exercer pleinement son libre choix. Le marché des services de santé est

spécifique en ce qu'il est caractérisé par une forte asymétrie d'information entre le patient et le médecin. Concernant le diagnostic, le niveau de gravité de la maladie, l'adéquation du traitement et sa durée, le médecin bénéficie d'une rente informationnelle. Son savoir et le prestige social de la profession lui confèrent une position dominante lui permettant d'influencer le prix et la demande de soins. Le paiement informel serait alors une pratique dont le médecin fixe les règles pour s'accorder un supplément de revenu, en complément de son salaire fixé par l'État tadjikistanais.

Grâce à cette position monopolistique, le médecin pourrait différencier les prix selon la disposition-à-payer, selon la capacité-à-payer supposée ou selon la qualité de ses services. Les trois expliqueraient la différence de prix mais les motivations seraient différentes. Une première sous-hypothèse est qu'il discrimine par les prix dans le but de solvabiliser un maximum de patients et de maximiser son profit.

Dans *The Economics of Welfare* (1920), Pigou distingue trois types de discrimination par les prix. En cas de discrimination de premier degré, le prix s'ajuste exactement aux dispositions-à-payer et aux quantités consommées. Le prix unitaire diminue avec la quantité consommée et augmente avec la disposition-à-payer (Pigou, 1920). Dans le contexte du Tadjikistan, cela pourrait s'appliquer aux médecins de famille qui rendent visite à leurs patients et peuvent évaluer de façon très précise le niveau de vie et les besoins. Il n'est cependant pas possible de le vérifier empiriquement à partir du TLSS en raison de l'absence de question sur le paiement informel éventuel lorsque la visite médicale a eu lieu à domicile. La discrimination de deuxième degré (un menu de type forfait prix-quantité ou prix-qualité) est peu réaliste dans notre cas du fait de l'informalité du paiement au personnel. La plus adaptée est sans doute la discrimination de troisième degré. Le médecin déduit les dispositions-à-payer de certains groupes de patients, d'après leurs caractéristiques observables comme le lieu d'habitation, la profession, il peut segmenter le marché des soins et adapter sa marge (*extra-fee*, *extrabilling*, *balance billing*). Il capte ainsi le surplus des consommateurs sur les différents segments. L'appartenance du patient à un certain groupe donne une idée de sa capacité-à-payer (que le médecin peut considérer comme un proxy de la disposition-à-payer). En réduisant son prix pour certains et en l'augmentant pour d'autres, le médecin solvabilise plus de patients potentiels et capte plus de surplus des autres. Il maximise la quantité de services vendus et ses gains.

Le médecin est de plus en mesure de différencier ses services par la qualité : les patients qui peuvent et souhaitent de la qualité doivent payer plus, le médecin fait alors plus d'effort. Dans un article théorique, Glazer et McGuire (1993) démontrent qu'autoriser les dépassements d'honoraires et laisser la possibilité aux médecins de différencier les prix et la qualité améliore la qualité de l'offre pour ceux qui paient le supplément tarifaire comme pour ceux qui ne le paient pas. Cependant, ce modèle ne prend pas en compte le fait qu'en réalité un certain nombre de patients renoncent à consulter à cause de ces dépassements trop élevés. Buchmueller et Couffinhal (2004) montrent empiriquement que les catégories

sociales les plus fragiles sont les moins bien couvertes par l'assurance privée en France. Or l'absence de couverture réduit fortement l'accès aux soins, particulièrement là où il y a des dépassements et augmente le renoncement aux soins (Buchmueller *et al.*, 2004 ; Jelovac, 2015) ce qui augmente les inégalités d'accès (voir chapitre III).

Hypothèse 1a : en situation de monopole (distance de l'offre et rente informationnelle), le médecin maximise son profit en différenciant ses prix par rapport à la disposition-à-payer des patients ou différencie la qualité de ses soins.

Cependant, une autre explication est possible et pourrait aboutir à la même observation de différenciation tarifaire : c'est le modèle de charité (Ruffin et Leigh, 1973) ou de médecin bienveillant. La différenciation tarifaire pour un même soin se fait en fonction de la capacité-à-payer et non de la disposition-à-payer. Le critère n'est plus celui de la maximisation du gain mais un critère altruiste. Le médecin est membre d'un collectif, il possède un certain degré d'altruisme et connaît ses patients personnellement. Il exécute une redistribution active entre types de patient, il demande un paiement informel aux patients les plus aisés et n'en demande pas aux plus démunis ou alors en diminue le tarif, c'est-à-dire qu'il subventionne la demande de soins des plus pauvres à partir d'une contribution plus forte des plus riches (subvention croisée). Cette hypothèse est désignée comme le « principe de Robin des Bois » dans la littérature (Habibov (2011) et Falkingham (2004) sur le Tadjikistan et Balabanova *et al.* (2004) et Ensor et Savelyeva (1998) sur l'ex-URSS). Au Tadjikistan, le médecin peut facilement évaluer si le patient vient d'un village (kishlak), prendre en compte le fait qu'il paie déjà un coût de transport important et diminuer le tarif informel. Il peut considérer que la personne est âgée et a une très faible pension. Il peut estimer que tel ménage est aidé par un migrant en Russie et lui demander une somme plus importante. A première vue cela pourrait être analysé comme la capture du surplus des consommateurs à plus grande disposition-à-payer, mais si en contrepartie les ménages pauvres et sans migrant paient moins, alors cela pourrait viser un ajustement équitable.

Hypothèse 1b : selon le principe de Robin des Bois, le médecin tout-puissant mais bienveillant subventionne la consommation des patients pauvres en demandant des paiements supplémentaires aux patients plus aisés ou en augmentant le tarif informel.

Dans les deux cas, si l'hypothèse de différenciation est vérifiée, quelle que soit la motivation profonde, nous devrions observer une corrélation positive, voire une proportionnalité, entre le montant du paiement et le niveau de vie (qui peut être un proxy de la disposition-à-payer). Si le modèle de charité s'applique de façon stricte alors nous devrions observer également un effet du niveau de vie sur la probabilité même de donner un paiement informel. Le médecin épargnerait complètement les plus pauvres et ne demanderait qu'aux

quintiles supérieurs. Ce sont ensuite les entretiens qui nous permettront d'analyser la perception de l'attitude du médecin, entre abus de position dominante et redistribution.

Au-delà de la position dominante du médecin, le paiement informel peut ne pas être subi par le patient. Le paiement informel aurait plutôt l'aspect d'un échange dont les termes sont décidés et acceptés par les deux acteurs, par une convention *ex ante*, ou par un jeu de négociation. Cela pourrait également expliquer la relative légitimité de cet acte.

Le paiement informel est une convention : la juste rémunération (hypothèse2)

Le consommateur ne subit pas forcément, il peut être en accord avec la coutume du remerciement. Le paiement pourrait être une norme, un arrangement collectif, une convention acceptée par tous à un moment donné car elle permet la coordination des acteurs, au sens de Batifoulier (1992). Il aurait permis au système de fonctionner, et aurait traversé plusieurs périodes en s'adaptant. Puisque la pratique se maintient c'est qu'elle continue d'être acceptée par la majorité. Ensuite, sa justification dans les discours peut varier. Le patient peut décider de donner un paiement informel parce qu'il lui semble juste, que la justification soit d'ordre social (justification du type « j'aide le médecin en retour »), culturelle (« cela se fait chez nous ») ou économique (« le médecin gagne moins qu'il ne le mérite »). Enfin, comme toute convention elle peut être remise en cause, discutée ou abandonnée.

C'est pourquoi nous serons attentifs aux registres employés, suggérant l'accord ou non avec cette pratique. Nous verrons la façon dont les acteurs, patients et médecins, s'identifient à un groupe et s'ils recourent à une « montée en généralité », pour se désingulariser (Boltanski *et al.*, 1984). Et enfin comment ils justifient leur action, selon quelles logiques d'action et dans quelle sphère ils l'inscrivent (dans quelles « cités », pour reprendre les termes de *De la Justification*, Boltanski et Thévenot (1991)).

Dans un cas, on définira le paiement comme le résultat d'une norme sociale héritée du passé qui a évolué, comme le nécessaire contre-don au médecin, qui continue de permettre la coordination des acteurs et trouve une justification sociale et politique entérinée à la fois par les médecins, les patients et l'État (le « paiement de gratitude » est donc plutôt une contrepartie).

Dans l'autre cas, si la justification est économique, on définira le service de soin comme un échange marchand et le paiement informel comme la juste rémunération à sa valeur économique (le *fee-for-service*). Son caractère informel ne serait alors que le reliquat de l'ancien système tandis que les acteurs seraient entrés dans un mode marchand d'échange. On parlera alors de privatisation progressive du système de soins par le bas.

Qu'il s'agisse d'une norme ou d'un juste prix, il y a l'idée de rééquilibrer un échange. On se référera alors à la réciprocité immédiate, de rééquilibrage (*balance reciprocity*) modélisée par Kolm et Ythier (2006). Ils la décrivent comme un choix rationnel au sens

de l'optimisation d'une fonction d'utilité. Mais dans ce cadre les fonctions d'utilité sont interdépendantes et comportent les deux parties de l'échange : le don de i vers j et le don de j vers i . Chaque agent, le patient i ou le médecin j , maximise une fonction d'utilité de la forme :

$$u_i = u_i(X_i - g_{ij} + g_{ji}, X_j + g_{ij} - g_{ji}, g_{ij}, g_{ji}, S_i) \quad (1)$$

$$u_j = u_j(X_j - g_{ji} + g_{ij}, X_i + g_{ji} - g_{ij}, g_{ji}, g_{ij}, S_j) \quad (2)$$

Avec X_k et X_l les dotations initiales des deux échangeurs, g_{kl} le don de k vers l (avec $k, l \in i, j$ et $k \neq l$) et S_k et S_l les autres motivations intrinsèques à donner des individus k et l . Dans la perspective utilitariste, il peut s'agir par exemple du fait de se conformer à la norme sociale (si l'individu le valorise, la dérivée partielle $\frac{du_i}{dS_i}$ est alors positive) ou d'en dévier (dérivée partielle négative si cela procure de la désutilité). Appliqué à l'interaction médicale, le g_{ji} pourrait être le service médical, le type de soin qui reflète la valeur de l'effort effectué par le médecin (ce que cela lui a coûté en temps de travail, la désutilité associée) et g_{ij} serait le paiement informel. Le patient-donneur tient compte de la dotation initiale du médecin (peut-être à l'aide de caractéristiques observables comme sa spécialité, son âge, le type de structure qui l'emploie).

Hypothèse 2a : le patient donne car il est normal de donner une contrepartie au don de temps et d'attention que lui a fait le médecin. Il se conforme à une norme sociale qu'il reconnaît.

Hypothèse 2b : le patient donne car la rémunération officielle est injuste économiquement, le paiement informel permet d'atteindre la juste rémunération marchande. Son caractère informel est une incohérence temporelle.

Dans les deux cas, le paiement informel est une convention, partagée collectivement, à la fois fonctionnelle et paraissant aux acteurs moralement fondée. On présente maintenant des modèles pouvant expliquer pourquoi le paiement informel fait convention, en se basant sur d'autres ressorts individuels et collectifs, particulièrement pertinents lorsque les interactions avec le médecin sont répétées (logique temporelle) ou lorsque le paiement dépasse la norme (logique distinctive). En effet, si le don peut avoir un apparent altruisme, une volonté affichée de rééquilibrer, il y a derrière des codes sociaux qui obligent à recevoir puis à rendre, inscrivant la relation dans le long terme et dans des enjeux de pouvoir.

Le médecin ne décide pas tout seul, c'est une interaction bilatérale stratégique, le patient peut avoir un intérêt à donner un paiement informel (hypothèse 3)

L'introduction du temps change l'intention et potentiellement le montant, permettant une marge de négociation qui éloigne le paiement informel de la simple norme sociale. Les

comportements peuvent être plus stratégiques. On peut alors avoir deux clés de lecture : la clé de lecture maussienne et celle de la théorie des contrats. La justification n'est plus la juste rémunération mais l'encouragement voire l'obligation au sens maussien. Le modèle Principal-agent et celui de don-contre-don permettent de comprendre le rôle du paiement informel en contexte d'incertitude dans un climat de défiance vis-à-vis du personnel de soins.

Comportements incitatifs : l'apport de la théorie des contrats

Pour comprendre l'incertitude inhérente à l'interaction de soins, il faut revenir au caractère singulier de la santé par rapport aux autres biens. C'est un bien primordial, irremplaçable (Cook, Graham, 1977), qui ne s'achète pas directement et qui est caractérisé par une double incertitude sur la survenue de la maladie et sur la qualité du service rendu et du traitement, et donc de la possibilité de guérison (Arrow, 1963). Les modèles Principal-Agent confèrent au patient une posture plus active que les modèles économiques précédents, de charité ou de rente. En pointant le rôle central de l'incertitude et de l'asymétrie d'information, ils questionnent à la fois la subordination de la demande du patient à l'offre (modèle du monopole maximisateur) et la rationalité extraordinaire qui le rendrait capable selon Grossman (1972) de maximiser sa fonction de production de santé.

En contexte d'incertitude, l'information et la connaissance deviennent elles-mêmes des biens marchands (*commodities*, Arrow (1963), p. 946) créant une relation d'agence entre patient et médecin, avec aléa moral (Arrow, 1986). Le paiement informel pourrait alors s'expliquer comme le prix de cette information. Dans l'échange bilatéral entre le patient et le médecin, le médecin est la partie informée (l'agent), et le patient la partie non informée (le principal). Son but est de formuler un contrat qui soit acceptable pour l'agent et qui maximise sa propre utilité (Rochaix, 1997). Il y a une possible anti-sélection puisque l'information sur les caractéristiques de l'agent est cachée (est-ce un bon médecin ?) et un risque d'aléa moral (l'effort du médecin est difficilement observable). Le médecin-agent possède alors une rente informationnelle et le principal peut l'inciter à révéler l'information à l'aide d'un contrat implicite, d'un accord sur un prix incitatif. Ainsi, un paiement informel au-dessus de la norme habituelle peut représenter le coût de révélation de l'information internalisé dans le contrat avec le médecin³.

3. D'autres relations d'agence peuvent exister dans le système de soins, comme le montre les modèles de double-agence. Par exemple, la relation inverse selon laquelle le médecin-principal cherche à faire révéler la disposition-à-payer du patient (par exemple en lui demandant où habite le patient). Il y aurait alors deux risques d'aléa moral de l'agent-patient. Tout d'abord le patient pourrait anticiper la différenciation par les prix du médecin et avoir intérêt à cacher sa capacité-à-payer en ayant l'air plus démuné qu'il n'est. L'asymétrie d'information est alors au désavantage du médecin qui peut difficilement vérifier si le patient est réellement démuné. Ensuite, si le médecin a un intérêt personnel à la guérison du patient (pour sa réputation ou par altruisme paternaliste), il peut chercher à inciter le patient à prendre ses médicaments. Une autre relation d'agence existe entre le médecin et la hiérarchie qui le rémunère. D'ailleurs les témoi-

Hypothèse 3a : en situation d'asymétrie d'information défavorable au patient (principal), celui-ci cherche à inciter le médecin (l'agent) pour se prémunir contre son aléa moral.

La réciprocité différée : Instauration d'une relation de dépendance et d'obligation par le don-contre-don

Dans le cadre de la relation patient-médecin, lorsqu'il y a un traitement de longue durée ou un suivi du malade par le médecin, le don (soins) et le contre-don (remerciement) se répètent. Les consultations s'enchaînent, s'enclenche alors un cycle d'échange de soins - contre remerciement - contre soins de qualité la fois d'après - contre remerciement. Ainsi, contrairement à la réciprocité immédiate (*balance reciprocity*, Kolm), le don en t n'est pas lié au service que le médecin rend au patient en t mais tente d'en faire son obligé jusqu'en $t + 1$. De même, le médecin décide de la qualité du service rendu en ayant en tête le contre-don d'une prochaine consultation et d'un paiement informel futur. Ils entrent tous deux dans la spirale du don-contre-don (Dufy et Weber, 2007).

Dans *Essai sur le don*, Mauss écrit que ce qui distingue le système de don-contre-don de l'échange marchand est la triple obligation de donner, recevoir et rendre, inscrivant les échanges dans une chaîne d'interactions sociales. Et c'est le laps de temps incompressible entre don et contre don qui l'éloigne de l'échange marchand et le rapproche de la dette symbolique. Un contre-don ne suffit pas à combler la dette initiale du fait d'un enchevêtrement complexe de dettes symboliques générant l'interdépendance qui permet la recréation permanente du lien social (Mauss, 1923). Cette théorie est très utile à la compréhension du paiement informel. C'est pourquoi nous la reprenons mais dans une perspective plus interactionniste et au niveau de relations plus individuelles. Pour Mauss, l'échange traduit la manière dont les sous-groupes sont imbriqués et matérialise les relations sociales (par exemple ce sont les chefs des sous-groupes qui organisent l'échange), ce que nous reprenons mais avec une vision moins holistique de la société, en laissant plus de place aux stratégies individuelles (cf N. Alter). Nous analysons les rapports sociaux, dont l'échange est une forme, comme des interactions entre deux personnes faisant à la fois partie d'un groupe social et dotées d'une stratégie propre, pouvant renégocier les structures auxquelles elles appartiennent.

Dans une perspective utilitariste et rationaliste, on pourrait modéliser cette relation de réciprocité différée, à partir du modèle de *continuation reciprocity* proposé par Kolm, la chaîne de réciprocité qui a pour but de perpétuer la relation d'obligation des deux parties. En offrant un paiement en t , le patient maximise son utilité en $t + 1$, en incitant

gnages de patients et médecins d'établissements autofinancés, qui s'entendent pour que le paiement soit versé au médecin directement plutôt qu'à la caisse, relèvent d'un autre type d'aléa moral. Cependant, nous nous concentrons sur la première relation d'agence patient-médecin car c'est celle-ci qui nous semble la plus à même d'expliquer l'existence du paiement informel.

le médecin à prendre soin de lui à l'avenir et le médecin honore sa dette, prend soin de son patient afin de le fidéliser. Il s'agit d'une version étendue de l'utilité, dans la mesure où il ne s'agit pas de pur calcul d'intérêt économique, égoïste et opportuniste. Le patient prend en compte X_{jt} .

$$u_{i,t+1} = u_{i,t+1}(X_{i,t} - g_{i,j,t} + g_{j,i,t+1}; X_{j,t} + g_{i,j,t} - g_{j,i,t+1}; g_{i,j,t}; g_{j,i,t+1}; S_i) \quad (3)$$

Pour comprendre le paiement informel on emprunte la grille de lecture maussienne et celle de Kolm. On tente de faire la synthèse des deux : l'inscription d'une réciprocité stratégique prenant en compte l'intérêt de l'autre et son propre intérêt dans un rapport de force plus interpersonnel que collectif, plus interactionniste que structurel.

Hypothèse 3b : Le paiement informel n'est pas subi mais souhaité par le patient car il lui permet d'instaurer une relation d'interdépendance et « oblige » le médecin vis-à-vis de lui.

Enfin, la différence entre l'hypothèse de la juste rémunération et celle d'une volonté stratégique d'obliger le donataire, peut venir de la durée de la relation (jeu répété ou non) ou du montant (être plus ou moins généreux est aussi stratégique). Ainsi la variation du montant peut orienter l'analyse. Là encore la théorie des contrats et la théorie du don peuvent toutes deux être opératoires. Donner un important paiement informel peut s'inscrire dans une logique incitative (plus le patient donne, plus le médecin fait d'effort) ou une logique distinctive (don agonistique, potlatch⁴). Puisque le don exprime la supériorité du donateur sur le donataire, plus le montant est important plus le patient montre sa puissance, et oblige d'autant plus le médecin à essayer de le guérir.

Selon ces dernières hypothèses les patients adhèreraient à cette pratique parce qu'ils sont en situation de risque (de santé), en contexte incertain (du point de vue économique et institutionnel), et parce que le paiement peut réduire l'incertitude. Cependant, l'efficacité de la stratégie et le montant de paiement informel qui doit être donné pour que le service soit de qualité sont eux-mêmes incertains. Cela augmente finalement l'incertitude et il n'est pas sûr que les patients continuent d'accepter cette pratique à l'avenir (voir section 5).

1.3 Données et méthodes

Données quantitatives

Pour tester ces hypothèses, on recourt dans un premier temps aux données issues de l'enquête TLSS (*Tajikistan Living Standards measurement Survey*), menée par la Banque

4. Le potlatch (action de donner, en chinook) est une pratique culturelle décrite par Mauss à propos de tribus d'Amérique du Nord mais dont on peut trouver des formes ailleurs. Le potlatch se tient généralement sous forme de cérémonies dispendieuses au cours desquelles un clan opère une distribution extrêmement généreuse de biens aux clans rivaux (qui devront plus tard rendre plus) ou même une destruction de tous les biens amassés afin de montrer l'abondance dans laquelle vit le groupe, sa puissance.

TABLEAU II.1 – Récapitulation des hypothèses

Hypothèse 1	Monopole discriminant
1a	Maximisateur
1b	Bienveillant
Hypothèse 2	Convention autour de la juste rémunération
2a	Norme sociale, fondement moral
2b	Norme économique, juste économiquement
Hypothèse 3	Interaction stratégique
3a	Modèle principal-agent
3b	Réciprocité différée

mondiale et l'agence statistique gouvernementale du Tadjikistan en 2007, sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale, ayant pris en compte les disparités régionales, de 4 860 ménages (soit 29 798 individus).

Parmi eux, on retient le sous-échantillon de ceux qui déclarent avoir eu recours à des services de santé récemment (les consommateurs) et ils sont une minorité : 5% des enquêtés ont eu recours à des services de soins ambulatoires⁵ le mois qui a précédé l'enquête (2 802) et 5% ont été hospitalisés au moins une fois dans les douze derniers mois (1 455). La consommation de soins est une consommation exceptionnelle et concerne un petit groupe de personnes. De plus, un certain nombre de personnes déclarent avoir renoncé aux soins même en cas de besoin : 36,4% des ménages signalant avoir eu besoin de soins indiquent avoir reporté ou renoncé aux soins durant l'année⁶.

Parmi ces consommateurs de soins, une majorité déclare payer informellement une somme au personnel médical (voir tableau II.2), dont le montant varie beaucoup. Afin de savoir quelles catégories d'individus (sexe, âge, catégorie sociale) ont le plus de chance de payer un paiement informel parmi les consommateurs de soins et afin de vérifier si le montant augmente avec le revenu, comme le suppose la littérature, on utilise un modèle de régression non linéaire en deux parties. Cette méthode est appliquée aux deux types de structure médicale, l'ambulatoire et l'hospitalier. Dans une première équation, on estime la probabilité qu'ont les consommateurs de soins de donner un paiement informel, en fonction du niveau de vie et d'autres variables de contrôle (sexe, âge, éducation, type d'offre, indicatrices régionales). Puis, dans une deuxième équation, on estime le montant par visite, conditionnellement au fait d'avoir donné un paiement informel. On fait donc

5. Par « ambulatoire », (ru : *ambulatornyi*) le questionnaire désigne tout recours à de l'offre médicale, de la plus petite unité de soins primaires (y compris par un *feldsher*, soignant non médecin) à la consultation d'un spécialiste hospitalier dès l'instant qu'il n'y a pas eu de nuit passée en hospitalisation. Dans le questionnaire anglais, cela est traduit par *outpatient healthcare*, par opposition à *inpatient healthcare*.

6. Ce chiffre est obtenu d'après nos calculs effectués dans le chapitre 3 sur le renoncement aux soins et le recours aux transferts de migrant. Plus précisément, parmi les 2669 qui déclarent des besoins, 971 ménages ont renoncé aux soins, dont 296 totalement. En effet, la mesure du renoncement aux soins pose problème car on observe en général que le renoncement (partiel) est plus élevé parmi les populations ayant un meilleur accès au système de soins. Plus on consomme parce que l'on a besoin de consommer, plus on a de chances d'avoir déjà dû renoncer.

l'estimation sur le sous-échantillon de ceux dont la probabilité de première étape vaut 1, en tenant compte du risque d'hétéroscédasticité.

Dans la section 2.3, on vérifie si les résultats sont homogènes pour tous les niveaux de paiement informel, ou si le revenu joue un rôle plus important lorsque les dépenses informelles sont plus élevées. Pour cela, on estime à l'aide d'une régression quantile l'impact du revenu sur le montant de paiement informel conditionnel à différents quartiles (q25, q50 et q75). S'il s'agit d'une norme sociale valable pour tous, il ne devrait pas avoir d'effet. Mais si l'effet du niveau de vie sur les dépenses est important et l'est d'autant plus à de haut niveau de dépenses, cela correspond à une logique de distinction ou d'encouragement venant des patients les plus aisés parmi les plus grands consommateurs (avec d'importants besoins).

Nous effectuons ces estimations séparément pour les variables de paiements informels en ambulatoire et en cas d'hospitalisation pour plusieurs raisons. Tout d'abord, du fait de la différence de fenêtre temporelle (les quatre dernières semaines pour les consultations en ambulatoire, les douze derniers mois pour les hospitalisations), elles ne peuvent pas être additionnées. Ensuite, nous les dissocions parce que dans les entretiens et durant nos observations, les motivations des patients, les comportements des médecins et les montants de paiements informels diffèrent fortement entre une petite polyclinique de district (rayon) et un hôpital central républicain. Enfin, pour distinguer la part proprement informelle des dépenses, la question en cas d'hospitalisation est plus précise que celle en ambulatoire et il serait dommage de perdre cette précision en la mêlant à des réponses moins précises. En effet, en cas d'hospitalisation, la question est posée en distinguant bien chaque poste de dépenses, ce qui relève des copaiements, du traitement, des nécessités quotidiennes (alimentation, drap), du paiement direct au médecin et celui aux autres personnes (infirmières, aides-soignantes). On rassemble les paiements à tous les soignants pour capter le paiement informel. Au contraire, la question du paiement direct au médecin en ambulatoire n'est pas posée isolément (« How much did you pay for these services including payments for laboratory tests and all consultations, excluding medicine? »). Sachant qu'en 2007, l'accès aux services ambulatoires est censé être tout à fait gratuit, à l'exception de certains tests en laboratoire dans certains districts, la question ne permet pas de distinguer les deux. La question suivante est par ailleurs très mal renseignée (« Were any of these payments made according to posted lists of Government approved prices or co-payments? ») car même dans les districts concernés peu de gens connaissent l'existence de ces copaiements. C'est pourquoi on parlera de « paiements à l'acte » en ambulatoire, bien qu'on puisse considérer qu'ils sont en grande partie constitués de paiements informels. De plus, à cause d'un filtre du questionnaire on perd une information importante sur de probables paiements informels : la question des dépenses n'a pas été posée à ceux qui ont déclaré que la consultation avait eu lieu à domicile. On ne peut donc pas vérifier la gratuité effective des visites à domicile des médecins de famille.

Pour mesurer l'effet du niveau de vie sur l'existence et le montant de paiement informel, on utilise un indicateur de richesse, construit comme la somme des dépenses de consommation courante, de l'équivalent monétaire de l'autoconsommation, des valeurs d'usage des biens durables et d'un équivalent loyer, rapporté au nombre de membre du ménage et pondéré par un indice de prix local (voir chapitre III).

$$Indice = \frac{\sum dépenses + \sum I_{\alpha} \hat{v}_{\alpha} + \hat{H}}{IndicePaasche_h \cdot Nb_h}$$

L'exploitation de ces données quantitatives permet d'estimer l'importance et les déterminants du paiement informel, et de vérifier l'hypothèse 1 de différenciation par les prix en fonction du revenu. Cependant, les médecins ne sont pas interrogés et les questions posées aux patients sur le paiement rapporté au nombre de visites ne permettent pas de savoir s'il s'agit d'un tarif imposé par le médecin ou d'un montant choisi par le patient. Cela ne permet donc pas de savoir s'il s'agit d'un effet de captation du surplus par le médecin, d'une tentative de redistribution par un médecin bienveillant, ou d'une logique de distinction du patient, cherchant à obtenir quelque chose en plus. Enfin, ces données ne sont pas longitudinales et ne permettent pas d'observer la relation patient-médecin dans le temps afin de vérifier les hypothèses 3a et 3b de contrat incitatifs à plusieurs itérations et de réciprocité différée. Même s'il existe une deuxième vague formant un semi-panel au niveau ménage, il est impossible de connaître l'identité du médecin consulté aux deux dates.

Données qualitatives

Pour ces deux raisons, nous avons aussi eu recours à des données qualitatives, collectées sur le terrain sous forme d'observations dans des services de santé et d'entretiens avec des médecins et des patients. Nous avons mené cette enquête qualitative durant cinq mois au Tadjikistan, au printemps 2014 et à l'été 2015, afin de compléter l'approche statistique et d'approfondir ce qui n'était pas observable dans ces données, les pratiques et catégories ambiguës. Les questions standardisées – afin de rendre possible la comparaison internationale – du TLSS ne semblent pas toujours en adéquation avec les représentations variées des enquêtés et ne permettent pas de comprendre les raisons et justifications des paiements informels aux médecins. Il est par exemple intéressant de noter que la question sur le paiement direct au médecin n'est plus posée sous la forme du « don », comme elle l'était en 1999 (Falkingham 2004), ce qui s'explique par l'adaptation aux réformes gouvernementales successives d'exception à la gratuité. Pourtant, en 2015, « donner » reste encore le terme privilégié, majoritairement entendu dans les entretiens.

Le premier terrain exploratoire de mai-juin 2014 avait pour but la compréhension du

système de santé, du rapport des différents acteurs à l'héritage socialiste, aux permanences et aux ruptures dans les pratiques informelles, et notamment celle du remerciement. C'est pourquoi des entretiens auprès de patients, de médecins, de spécialistes du système de santé et de membres d'OI et ONG ont été collectés. Des observations à tous les niveaux (national, régional, communal, départemental et rural) du système de santé ont été effectuées dans différents types de centres médicaux (hôpitaux, polycliniques, centre rural, medpunkt) afin d'en comprendre les différentes formes et difficultés rencontrées et d'observer la pratique du remerciement aux médecins dans différents contextes. Il s'agissait de visites de deux types, soit accompagnées d'un médecin avec la possibilité d'échanger avec les patients et de prendre des notes, soit accompagnant un patient dans une position observatrice, en retrait. N'ayant pas obtenu d'autorisation pour rester plusieurs jours dans un établissement, ces visites n'ont pu durer que d'une heure à une journée.

Le second terrain de juin-août 2015 visait non plus le système en général, mais les relations médecin-patient et la pratique du remerciement. Des patients et des médecins ont été interrogés en entretien semi-directif, abordant à la fois leur trajectoire, leur quotidien en institution publique, les sources de rémunération et leurs perspectives pour les années à venir. Les patients ont évoqué la relation qu'ils entretiennent avec le corps médical et parfois leur médecin de famille. Certains anciens médecins ont aussi parlé de leur insatisfaction et des raisons de leur reconversion.

Le matériau comprend au total 39 entretiens longs (plus de 30 minutes et jusqu'à 3 heures pour certains), et 19 entretiens plus courts et plus informels. Dans leur grande majorité ils ont été menés en russe, enregistrés et retranscrits du russe vers le français. Cependant, certains entretiens de médecins n'ont pu être enregistrés car ces médecins acceptaient de discuter, et se sont avérés même très prolixes, mais à condition de ne pas être enregistrés. Cela a néanmoins donné lieu à des entretiens très riches dont nous avons pu prendre en notes une très grande part, y compris les expressions les plus intéressantes littéralement.

Les entretiens et observations concernent essentiellement Douchanbé, avec quelques points de comparaison à Khoudjand (Nord, deuxième grande ville), Qurghontepa (ville du sud-ouest, proche de l'Afghanistan, plus pauvre), Vanch et Ishkashim (districts pauvres de l'est montagneux, dans le Badakhchan). Notons que l'accès au terrain a été plus difficile lors du second terrain en 2015, qu'en 2014, du fait d'un repli politique du pays, moins ouvert à la recherche depuis le jugement d'un chercheur pour espionnage. Il a été difficile d'obtenir un visa, j'ai dû travailler à mi-temps bénévolement dans une ONG. Mais cela a aussi permis de diversifier les contacts et entrées sur le terrain.

Concernant le contenu des entretiens, la stratégie retenue pour aborder le thème des paiements informels avec les enquêtés sans poser directement la question était de mener des entretiens semi-directifs assez généraux (voir chapitre I, annexe). Une grille d'entretien thématique portant entre autres sur les conditions de prise en charge (pour les

patients), sur les conditions de travail (pour les médecins) et sur la relation entre eux, permettait d'orienter l'échange vers le paiement informel s'ils le pratiquaient, sans l'imposer de l'extérieur. Mais finalement c'était un thème moins délicat que prévu et les enquêtés en parlaient facilement, tant la pratique du paiement de gratitude est répandue et normalisée. Personne n'en a nié l'existence ou prétendu n'avoir jamais eu à faire à cela. En revanche, les divergences sont nombreuses sur les expressions utilisées entre médecins et patients, au sein des deux groupes et même au sein d'un même entretien. Ce qui m'a marqué, c'est qu'il ne semblait pas exister un mot qui fasse l'unanimité, tant ces pratiques sont multiformes et dépendent du contexte. Cela peut être valorisé ou extrêmement mal vécu et dénoncé. Les expressions pour désigner ces pratiques ne sont alors pas du tout les mêmes, ce qui contraste avec le langage de la littérature économique existante et celle des acteurs d'ONG qui utilisent uniformément *informal payment* ou *under-the-table payment*. On relève un lexique d'au moins une vingtaine d'expressions (la désignation de paiements informels peut varier au sein d'un même entretien selon le contexte, montrant qu'il s'agit parfois de choses tout à fait différentes pour l'enquêté). Très souvent des périphrases y font référence, ce qui s'explique aussi par la langue d'entretien qui n'était pas la langue maternelle de la plupart des enquêtés (le russe, et parfois l'anglais). Certaines expressions sont plus ou moins fréquemment utilisées. Les deux plus courantes sont en fait des verbes : « remercier » et l'opposition « donner/prendre » pour désigner ce qui est normal et anormal (au sens acceptable). Une autre expression courante pour opposer le formel à l'informel est spatialisée « à la caisse/pas à la caisse » (voir annexe).

Certains biais d'entrée dans le terrain expliquent la composition des entretiens. Comme la grossesse était un bon moyen de rencontrer quelqu'un ayant été récemment au contact de structures de soins, il y a beaucoup de femmes parmi les patients interrogés. Cependant, cela n'a pas forcément influencé les résultats, puisque pour un même milieu social, on ne distingue pas de nette différence entre hommes et femmes. Pour caricaturer, il y a de forts mécontentements, de la résignation et de la défense des paiements informels chez les deux. En revanche, nos enquêtés sont dans la grande majorité citadins, même lorsqu'ils viennent de zone rurale, ce qui influence les résultats. Les analyses de l'évolution des pratiques de rémunérations informelles sont valides pour la capitale et les grandes villes. Mais c'est aussi dans les grandes villes que la prévalence de paiements informels dans les hôpitaux est la plus forte. Notre terrain éclaire donc peut-être une tendance qui sera amenée à s'étendre. De plus, comme la plupart des entretiens sont effectués à Douchanbé, il s'agit d'une population un peu plus favorisée en moyenne, c'est pourquoi j'ai diversifié les points d'entrée : par les contacts à l'ONG où j'étais bénévole, par le voisinage en allant vivre dans un quartier plus populaire à la périphérie de la ville, mais aussi par le biais du marché et des ateliers de couture. Cela m'a permis de rencontrer non seulement des citadins du centre, mais aussi des habitants des *mahalla*, quartiers traditionnels, et des habitants de micro-districts (ru. *mikrorajon*) plus périphériques qui sont plus souvent issus

de l'immigration interne en provenance des districts ruraux⁷. Enfin, les médecins qui ont accepté de faire un entretien étaient sans doute plus enclins à critiquer le système puisqu'ils ont perçu l'entretien comme le lieu possible d'une doléance. Ils se sentent souvent frustrés dans leur carrière. Cela oriente sans doute nos analyses vers l'existence d'une résistance au paiement informel et à l'évolution vers sa formalisation côté médecin.

En complément des données quantitatives, ces données qualitatives permettent d'analyser les raisons d'existence des pratiques de rémunérations informelles, la façon dont le patient ou le médecin les justifient, se montrent victime ou acteur et parlent de leurs intentions. L'entretien permet aussi d'évoquer la relation dans le temps

2 Quels patients versent un paiement informel ? Paient-ils des montants différents ?

2.1 Statistiques descriptives

Tout d'abord, le tableau II.2 montre que plus des trois quarts des patients (78%) versent un paiement informel au personnel médical après une prise en charge hospitalière. Ils restent moins nombreux que ceux qui disent avoir payé des frais officiels d'entrée et de traitement (95%). Le montant des paiements formels et celui des paiements informels sont d'un même ordre de grandeur. L'existence de 5% de patients ne déclarant aucun frais formels (ni frais d'entrée, ni de traitement) montre que les frais formels et informels peuvent parfois être substitués, même si dans la plupart des cas les patients paient les deux types. En effet, c'est un élément que l'on retrouve dans les entretiens ou dans les observations. Certains médecins demandent à leur patient de leur donner à eux, plutôt qu'à la caisse dans les établissements autofinancés avec des frais d'entrée (cf. Faridun, Firuz, *infra*). En outre, tandis que les médicaments sont devenus payants de fait, même lors d'une hospitalisation, plusieurs médecins hospitaliers nous ont déclaré conserver des médicaments dans le but de les donner gratuitement à ceux qui ne peuvent pas du tout les payer. Cela ne signifie pas pour autant que ces 5% de patients se font soigner entièrement gratuitement, ils peuvent décider/accepter de donner au médecin quelque chose pour remercier. Ils sont seulement 1,4% à déclarer avoir été hospitalisés et ne déclarer aucune dépense hospitalière.

En revanche en ambulatoire, il semble moins systématique de donner un paiement informel en fin de consultation, seul 48% des utilisateurs déclarent avoir en donner un.

7. L'organisation urbaine de Douchanbé est variée. Les *mahalla* et les *mikrorajons* sont deux types de voisinages distincts. Les *mahalla* sont les quartiers de maisons à cour, typiques de l'Asie centrale, généralement regroupées autour d'une mosquée. Les *mikrorajons* sont des quartiers à l'architecture soviétique des années 1950, formés de barres d'immeubles plutôt horizontales, à trois ou quatre étages. Ces quartiers ont été initialement pensés pour former de petites villes, avec quelques services de proximité (Cleuziou, 2016).

Toutefois, les concepteurs de l'enquête sont partis du principe que les visites à domicile étaient tout à fait gratuites, ce qui est en effet le cas selon la loi, ils ont donc appliqué un filtre dans le questionnaire. Ce sont ces soins reçus à domicile qui font baisser l'estimation de la propension à donner en ambulatoire, ce qui pourrait biaiser le résultat si certains patients donnaient un billet aussi après une visite à domicile sans que cela soit observable. Pour tester la robustesse des résultats du tableau II.5, on a effectué les estimations avec et sans les visites à domicile et cela ne change pas significativement les résultats.

Dans le tableau II.3 sont donnés les ordres de grandeur de ces paiements informels (sous forme de dépense individuelle du patient) comparés au reste du budget mensuel du ménage, sachant que la population observée, celle qui déclare avoir consommé des soins, est plus riche en moyenne que le reste de la population. Parmi ces ménages qui consomment des soins, les dépenses de santé totales hospitalières lors du dernier séjour durant les 12 derniers mois (439 TJS⁸) représentent autant que les dépenses mensuelles du ménage en nourriture (423 TJS), soit 29% de l'agrégat total, dont 8% sont dus au paiement informel (120 TJS) versé par un membre malade du ménage lors de sa dernière hospitalisation. Le montant moyen de paiement informel en hospitalier est 1,5 fois plus élevé que le montant moyen de dépenses mensuelles de médicaments ambulatoires ou post-opératoires (en dehors du coût du traitement lors de l'hospitalisation).

La distribution des montants de ces paiements, conditionnellement au fait d'avoir donné quelque chose, varie fortement entre l'ambulatoire, où ils sont concentrés autour de valeurs peu élevées et l'hospitalier où ils sont beaucoup plus échelonnés. Parmi les patients déclarant un paiement à l'acte en ambulatoire, 76% ont payé moins de 25 TJS pour l'acte effectué ou la consultation. Parmi les patients hospitalisés qui ont donné, 41% ont payé moins de 50 TJS, 45% entre 50 et 200, et plus de 5% ont payé plus de 350 TJS (environ 100 USD en 2007), ce qui représentait alors un haut salaire mensuel, puisque cela équivalait à 4 fois le salaire officiel moyen des médecins, et deux fois le salaire moyen dans le BTP (50 USD en 2007). À quoi sont dues ces différences ? À la durée de la prise en charge et donc à la gravité, à la qualité des soins, à l'effort estimé de son médecin, à la capacité financière de la famille du patient ou à son pouvoir de négociation vis-à-vis du soignant ? (cf. Gulzara, Firuz, *infra*)

D'après le tableau II.4, le pourcentage de patients ayant payé la consultation ambulatoire ne varie pas beaucoup selon les catégories, sauf entre le premier quintile (34%) et le cinquième quintile de niveau de vie (58%) et entre région. Les patients donnent plus systématiquement dans la capitale (59%) que dans les régions plus excentrées, plus pauvres ou plus rurales (Khatlon, 37%, Badakhshan, 33%).

En revanche, le montant donné varie beaucoup d'une catégorie à l'autre. Le montant en ambulatoire augmente avec le niveau d'éducation : soit les médecins observent des signes

8. La devise monétaire au Tadjikistan est le Somoni, écrit communément Tajik Somoni, TJS. Lorsque nous rapportons le propos d'un enquêté nous conservons la forme orale du nom de la devise.

TABLEAU II.2 – Proportion de patients ayant payé un paiement informel parmi les consommateurs

	Nombre	Sous-effectif total	Moyenne pondérée
Ayant versé un paiement à l'acte en ambulatoire	1 327	2 802	48%
Ayant donné un paiement informel à l'hôpital	1 093	1 455	78%
Ayant payé des frais annexe (nourriture, drap)	1 104	1 455	75%
Ayant payé des frais officiels (copaiements, traitement)	1 376	1 455	95%

caractéristiques et demandent plus aux plus éduqués (proxy de leur disposition-à-payer⁹), soit les personnes plus éduquées sont plus généreuses avec eux en fin de consultation. En revanche, le montant hospitalier diminue avec l'éducation : soit les personnes plus éduquées sont plus promptes à refuser de donner un paiement informel lorsqu'il leur est réclamé, soit elles disposent de ressources mieux adaptées pour en négocier le montant. En ambulatoire comme en hospitalier, celui-ci augmente avec l'âge des patients. De même, il augmente avec le quintile de richesse mais pas de façon linéaire. Enfin, il est nettement plus élevé à Douchanbé que dans les régions pauvres, ce qui peut refléter à la fois la qualité de l'offre locale de soins et le niveau de vie des ménages. Ces résultats parfois contradictoires nous incitent à étudier l'évolution du montant par rapport au niveau de vie toutes choses égales par ailleurs (tableau II.5).

Nous ne disposons pas de nombreuses variables d'offre, mais concernant le type d'établissement dans lequel les patients se sont fait soigner, même en consultation ambulatoire, il est plus courant de payer - et un paiement plus élevé - dans les infrastructures hospitalières que dans les centres de soins primaires et les centres de santé ruraux. En effet, la consultation d'un spécialiste hospitalier requiert un paiement informel plus élevé que celle d'un généraliste ou d'un médecin de famille.

9. Les médecins peuvent distinguer sommairement à partir d'un certain nombre de signaux socioéconomiques le niveau de vie des personnes qu'ils prennent en charge (la capacité à lire et la connaissance des diagnostics, le niveau de langue, les styles vestimentaires varient également, la possession d'une voiture par des proches etc.)

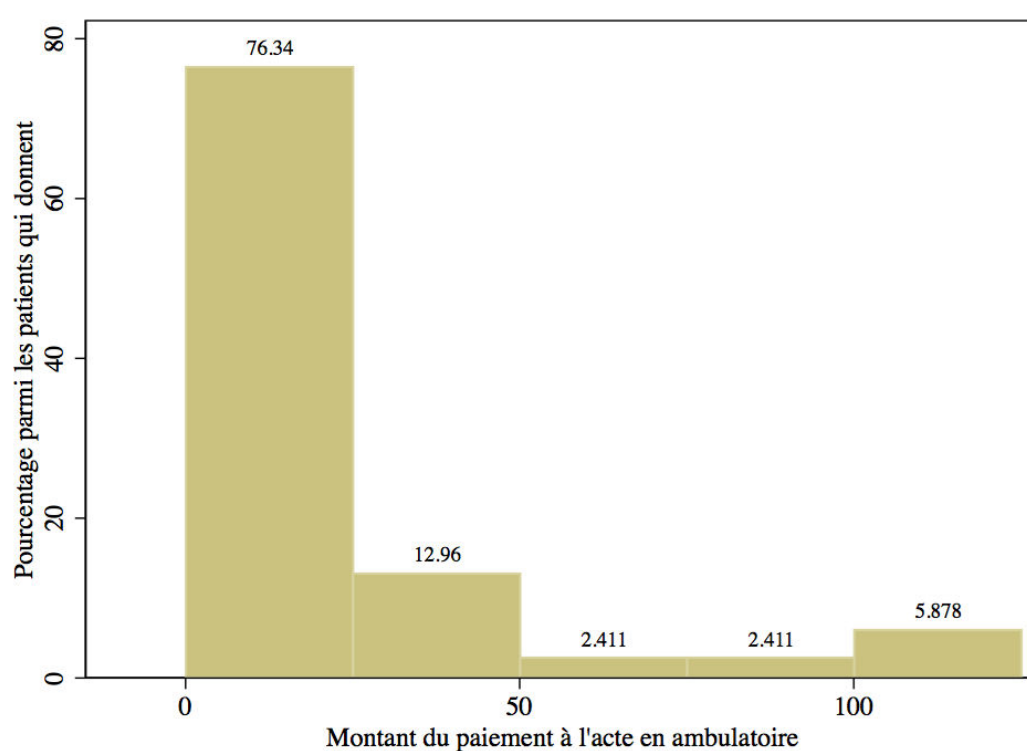
TABLEAU II.3 – Paiement informel dans le budget mensuel du ménage (parmi ceux qui en donnent)

	Moyenne (TJS)	Ecart -type (TJS)	Min (TJS)	Max (TJS)	Part dans l'agrégat	Part des dép- enses cou- rantes mng	Effectif
Dépenses individuelles conditionnelles							
Frais de services ambul. /mois	41	122	1	3000	3%	4%	1327
Paiement informel lors du dernier séjour hosp.	120	192	2	3000	8%	12%	1093
Dépenses de médicam. conditionnelles /mois	84	186	1	5000	6%	8%	859
Budget du ménage							
Dép. santé totales (ambul.)	118	293	0	8886	8%	12%	2175
Dép. santé totales (hôpital)	439	994	0	18544	29%	44%	2175
Dép. de nourriture/mois	423	371	0	5260	28%	43%	2175
Dép. scolaires/mois	61	211	0	3870	4%	6%	2175
Dép. totales/mois	993	898	12	10126	65%	100%	2143
Indices							
Indice de richesse p.c.	274	292	28	4098	18%	-	2175
Agrégat de conso. totales (sans dép. de santé)	1151	910	121	13121	75%	-	2175
Agrégat de conso. totales (avec dép. de santé)	1530	1670	131	30324	100%	-	2175

Source : TLSS 2007

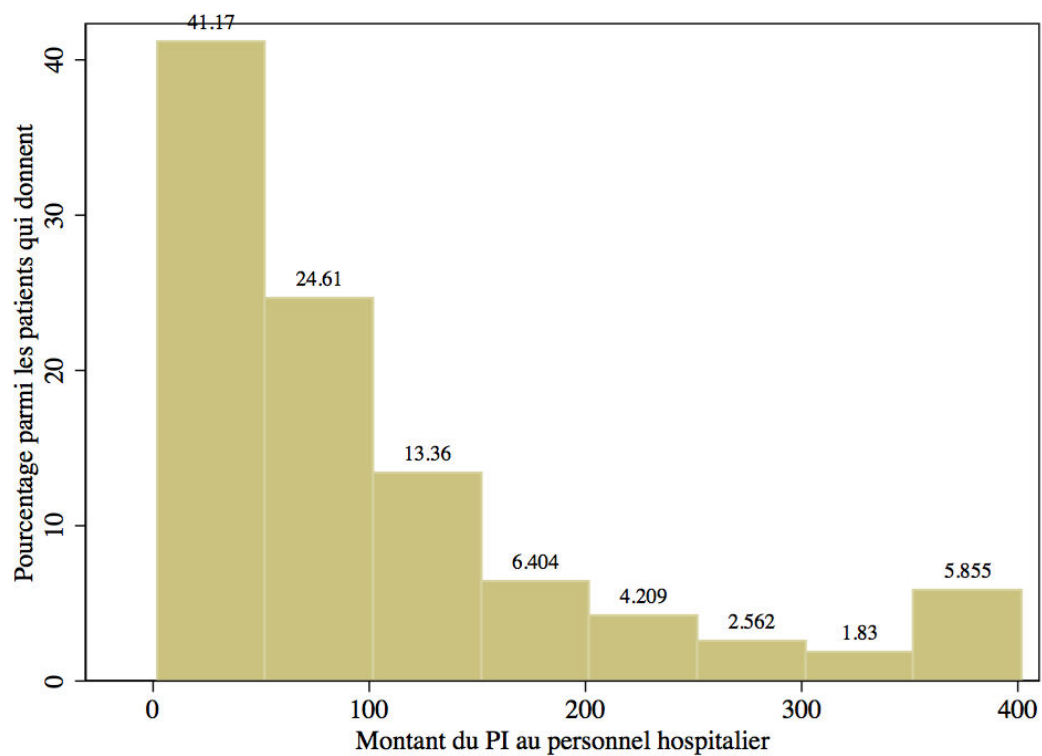
Population : On ne considère le budget moyen mensuel que des ménages parmi lesquels au moins un des membres a donné un paiement informel au personnel hospitalier lors du dernier séjour dans les 12 derniers mois, ou un paiement à l'acte en consultation ambulatoire dans les 4 dernières semaines.

GRAPHIQUE II.1 – Répartition des montants de paiements à l'acte en ambulatoire conditionnellement au fait d'avoir payé



Note : les 5% les plus élevés ont été rassemblés afin de faciliter la lecture. Le dernier rectangle concerne ceux qui ont payé 125 somonis (95e percentile) et plus.

GRAPHIQUE II.2 – Répartition des montants de paiements informels au personnel hospitalier conditionnellement au fait d'avoir donné



Note : les 5% les plus élevés ont été rassemblés afin de faciliter la lecture. Le dernier rectangle concerne ceux qui ont payé 390 et plus (95e percentile).

TABLEAU II.4 – Description du paiement informel (répartition et montant) en fonction des caractéristiques du patient

	Ambulatoire			Hospitalier	
	% ayant donné parmi consom- mateurs	Montant conditionnel (mensuel)	Montant conditionnel par visite	% ayant donné parmi consom- mateurs	Montant conditionnel (dernier séjour)
Sexe					
Homme	46%	42	30	75%	130
Femme	50%	40	31	80%	115
Age					
<=6 ans	45%	23	20	75%	70
Entre 7 et 12	44%	27	22	63%	124
Entre 13 et 18	52%	62	52	80%	150
Entre 19 et 25	54%	43	29	82%	105
Entre 26 et 36	52%	33	25	82%	135
Entre 37 et 50	51%	42	31	77%	116
>= 50 ans	45%	55	39	78%	128
Niveau d'éducation					
Aucune scolarité	44%	26	22	74%	92
Primaire	49%	49	40	79%	137
Secondaire	52%	42	30	79%	119
Supérieur	43%	64	35	77%	115
Indice de richesse					
Q1	34%	32	26	79%	110
Q2	45%	31	21	77%	95
Q3	48%	30	21	75%	97
Q4	51%	33	27	84%	142
Q5	58%	63	48	76%	138
Type d'offre					
DOMICILE	∅	∅	∅	-	-
HOP. NATIONAL	83%	133	100	78%	234
HOPITAL VILLE	83%	54	41	79%	143
HOP. OBLAST	81%	63	34	80%	125
MATERNITÉ	85%	77	44	86%	108
HOP. RAION	88%	45	34	75%	88
POLICLINIC	74%	26	20	-	-
CENTRE SANTÉ	88%	32	24	-	-
RURAL/VILLAGE	68%	26	20	-	-
Région					
Dushanbe	59%	47	37	81%	146
Sogd	58%	37	31	83%	108
Khatlon	37%	40	26	74%	124
RRP	50%	44	34	77%	139
GBAO	33%	46	31	54%	69

Source : TLSS 2007. Les pondérations sont prises en compte.

2.2 Modèle en deux parties : est-ce que donner dépend du revenu ? Est-ce que le montant dépend du revenu ?

Dans le tableau II.5, on reporte les résultats de l'estimation de la probabilité de donner un paiement informel en ambulatoire (colonnes (1) et (2)) et en hospitalier (colonnes (5) et (6)) à l'aide d'un Probit (effets marginaux) dans un premier temps, puis l'estimation séparée du montant de ce paiement informel en logarithme, conditionnellement au fait d'en avoir donné un (colonnes (3), (4), (7) et (8)).

L'estimation toutes choses égales par ailleurs permet de confirmer un léger effet du niveau de vie sur la probabilité et le montant conditionnel en ambulatoire, effet qui diminue en intensité et en significativité lorsque l'on ajoute les variables d'offre (les trois plus hauts quintiles ont plus de chance de donner quelque chose que le premier). Cela suggère qu'une partie de la variation de paiement entre quintiles de niveau de vie vient du fait que le choix du type d'offre est guidé justement par le niveau de vie. Les plus aisés plus souvent ont recours aux établissements où se trouvent des spécialistes, qui attendent des paiements plus importants. En outre, les moins aisés sont aussi plus souvent en zone rurale rendant plus difficile l'accès aux établissements de ville.

Finalement, après introduction des variables d'offre et de région (colonne (4)) seuls les ménages du cinquième quintile paient un montant significativement plus élevé que les ménages du premier quintile (+42%). Cela suggère qu'il n'y a pas de différenciation tout au long de la distribution (ajustement à la disposition-à-payer) mais que les plus aisés paient plus par visite. Soit parce que le médecin les identifie mieux comme plus riches et leur réclame plus (hypothèse 1a), soit parce qu'eux-mêmes se distinguent en étant plus généreux (hypothèse 3b) ou utilisent leur richesse pour encourager la qualité (hypothèse 3a).

En revanche, en hospitalier, l'effet du niveau de vie est nettement moins important (+19%) et peu significatif. Il y a plusieurs façons de l'expliquer. Soit la population qui accède à l'hôpital est déjà plus aisée et donc les estimations pour les catégories de niveau de vie bas manquent de puissance. Soit il y a peu de variation liée au revenu parce qu'une norme plus rigide s'appliquerait à tous, plutôt qu'une différenciation. Mais dans ce cas cela n'exclut pas totalement l'hypothèse de bienveillance du médecin si pour différencier les prix, le médecin retient un critère altruiste reposant sur d'autres caractéristiques que le niveau de vie, comme par exemple une appréciation plus fine du besoin de soins, inobservable dans les statistiques. Il pourrait être plus sensible, par exemple, à la sévérité de la maladie ou à la durée d'hospitalisation.

Concernant les autres déterminants du paiement informel, sa probabilité augmente avec le niveau d'éducation en ambulatoire, mais l'effet n'est pas significatif en hospitalier. À l'hôpital, quel que soit le niveau d'éducation, tout le monde donne quelque chose, là aussi une norme semble s'imposer. En revanche, l'effet négatif du niveau d'étude sur le montant

conditionnel de paiement informel au personnel hospitalier, observé dans le tableau II.4, est bien confirmé par l'analyse *ceteris paribus*. Plus le patient est éduqué, moins il donne au personnel de soin, à niveau de vie équivalent. Cela suggère qu'indépendamment d'une éventuelle différenciation des tarifs par le médecin, les patients avec le plus haut niveau de diplôme (diplômés du supérieur) parviennent à limiter fortement les frais informels (-49%). Ils bénéficieraient donc d'un avantage dans la négociation avec le médecin (voir Gulzara, Firuz, *infra*). Ils disposent en effet de ressources pour contester la position dominante du médecin, parce qu'ils savent qu'ils peuvent avoir recours à la loi ou à un réseau personnel comprenant des médecins qui les conseillent et peuvent jouer le rôle d'intermédiaires participant à la baisse du prix. Du point de vue théorique, cela peut s'interpréter comme un moindre coût de l'acquisition de l'information, une meilleure capacité à gérer l'asymétrie d'information, selon le modèle principal-agent (hypothèse 3a).

Par ailleurs, d'autres facteurs jouent également. Les chances de payer en ambulatoire sont plus faibles pour les plus vieux, mais le montant conditionnel augmente légèrement avec l'âge. Le paiement informel est nettement plus faible pour les très jeunes enfants de moins de 6 ans. Ces résultats sont robustes à l'exclusion des personnes ayant reçu des soins uniquement à domicile. Il semble convenu que les soins pour enfant en bas âge soient les moins chers. Il est intéressant de noter à cet égard que la pédiatrie est souvent citée en premier parmi les spécialités peu rémunératrices par opposition à la chirurgie ou même la gynécologie. En hospitalier, la probabilité et le montant augmentent fortement avec l'âge, y compris lorsqu'on prend en compte la différence d'établissement auquel recourent les patients de tout âge.

Enfin, comme observé dans le tableau 3, les variables d'offre et les indicatrices de régions sont très significatives (annexe), la spécificité de l'offre locale influence la probabilité et le montant de paiement informel. Les patients paient plus souvent et plus cher dans les hôpitaux nationaux, régionaux et de ville (infrastructures plus spécialistes et plus urbaines) que dans les hôpitaux de district ou dans les centres ruraux de soins primaires.

2.3 Régression quantile

Afin de savoir si les effets observés des différentes caractéristiques des patients, de leur ménage et de l'offre locale sur le montant conditionnel sont homogènes, on effectue une régression quantile au 1er, 2e et 3e quartiles de paiement informel (tableau II.6).

On remarque qu'il n'y a que dans le haut de la distribution des paiements en ambulatoire que la différence entre le 5e quintile de niveau de vie et le premier est significative. À la médiane, appartenir au 5e quintile augmente significativement (mais faiblement) de 3,9 somoni (environ 1 USD) le montant du paiement accordé (41 TJS en moyenne), et au 3e quartile cela l'augmente de 12,6 somoni (environ 3 USD). Comme il n'y a pas d'augmentation proportionnelle avec le revenu quel que soit le niveau de paiement, l'hy-

pothèse 1b de charité est peu probable. Un autre critère de bienveillance est assez peu probable également puisque l'effet du niveau de vie joue parmi les consommateurs qui dépensent déjà le plus, probablement ceux qui ont le plus de besoin. Cela signifierait que le médecin orchestre une redistribution des plus nécessiteux envers les moins, ce qui est contraire au critère altruiste de redistribution horizontale. Il est possible que le médecin ne puisse pas observer précisément le niveau de vie et bien différencier les tarifs. Il peut cependant réclamer encore plus à ceux qui donnent déjà beaucoup, s'il prend cela pour un signal d'aisance économique (hypothèse 1a). Plutôt qu'une différenciation redistributive, il s'agirait alors d'une segmentation avec un tarif plus élevé ciblant seulement les plus riches, et captant leur surplus.

On pourrait y voir aussi une logique de distinction des plus riches parmi les plus gros donneurs. Ils ne seraient pas victimes mais manifesteraient leur volonté d'inciter le médecin en se montrant plus généreux que les autres (hypothèses 3a et 3b). Cependant cet effet n'est pas vérifié sur le montant de paiement informel au personnel hospitalier, où l'appartenance à des quintiles supérieurs peut même diminuer le montant accordé. Par ailleurs, le niveau d'éducation continue d'avoir un effet négatif sur le montant en hospitalier mais uniquement à la médiane plutôt dans le bas de la distribution (lorsqu'on paie peu, avoir un diplôme du supérieur diminue significativement de 18 TJS le paiement accordé au personnel hospitalier). L'âge augmente significativement le montant uniquement dans le haut de la distribution des paiements en ambulatoire et en hospitalier. En hospitalier, la hauteur du paiement informel au médecin lors du dernier séjour peut aussi refléter la durée de la prise en charge, le temps que le médecin a accordé au patient tout au long du séjour, et donc indirectement le niveau de sévérité de sa maladie. C'est peut-être la raison pour laquelle l'âge a un effet positif dans la partie haute de la distribution. Plus généralement, on note que les caractéristiques individuelles ont des effets hétérogènes sur la distribution des paiements informels.

En revanche, les variables d'offre ont un effet plus homogène sur l'ensemble de la distribution, à tous les niveaux de paiements, ce qui montre un effet très structurel de la tarification même informelle.

TABLEAU II.5 – Modèle en deux parties

	Ambulatoire			Hospitalier				
	(1) Proba de PA dy/dx	(2) Proba de PA dy/dx	(3) Montant du PA par visite coeff.	(4) Montant du PA par visite coeff.	(5) Proba de PI dy/dx	(6) Proba de PI dy/dx	(7) Montant du PI coeff.	(8) Montant du PI coeff.
<i>Sexe : REF = homme</i>								
Femme	0.02 (0.02)	0.05** (0.02)	-0.05 (0.07)	-0.03 (0.07)	0.04 (0.02)	0.03 (0.03)	-0.17** (0.07)	-0.12* (0.07)
<i>Age : REF = moins de 6 ans</i>								
7-12 ans	-0.04 (0.05)	-0.06 (0.05)	0.25* (0.15)	0.27* (0.15)	0.01 (0.06)	0.00 (0.06)	0.53*** (0.16)	0.48*** (0.16)
13-18 ans	-0.05 (0.06)	-0.13** (0.06)	0.45** (0.21)	0.42** (0.20)	0.09 (0.06)	0.10 (0.06)	0.70*** (0.21)	0.68*** (0.20)
19-25 ans	-0.00 (0.06)	-0.10 (0.07)	0.42** (0.21)	0.32 (0.21)	0.12** (0.06)	0.11* (0.06)	0.65*** (0.20)	0.65*** (0.20)
26-36 ans	-0.03 (0.06)	-0.11* (0.07)	0.40* (0.22)	0.33 (0.21)	0.12** (0.06)	0.11* (0.06)	0.81*** (0.20)	0.80*** (0.20)
37-49 ans	-0.04 (0.06)	-0.12* (0.07)	0.34* (0.20)	0.27 (0.20)	0.10* (0.06)	0.11* (0.06)	0.59*** (0.19)	0.54*** (0.19)
50 ans et plus	-0.09* (0.05)	-0.16** (0.06)	0.41** (0.20)	0.32* (0.19)	0.08 (0.06)	0.08 (0.06)	0.71*** (0.17)	0.66*** (0.16)
<i>Education : REF = \emptyset ou basique</i>								
Educ. primaire	0.08* (0.04)	0.12** (0.05)	-0.05 (0.16)	-0.04 (0.16)	-0.05 (0.07)	-0.05 (0.07)	-0.25* (0.14)	-0.24* (0.14)
Educ. secondaire	0.08 (0.05)	0.13** (0.06)	-0.01 (0.18)	0.00 (0.17)	-0.08 (0.06)	-0.08 (0.06)	-0.28* (0.16)	-0.27* (0.15)
Educ. Sup.	0.00 (0.07)	0.07 (0.07)	0.01 (0.23)	-0.03 (0.22)	-0.09 (0.09)	-0.10 (0.09)	-0.47** (0.20)	-0.49** (0.20)
<i>Niveau de vie : REF = Q1</i>								
Q2	0.09** (0.04)	0.06 (0.05)	0.11 (0.14)	0.08 (0.13)	0.01 (0.05)	0.02 (0.05)	-0.14 (0.12)	-0.12 (0.11)
Q3	0.12*** (0.04)	0.10** (0.04)	0.11 (0.13)	0.10 (0.12)	-0.01 (0.04)	-0.00 (0.04)	-0.13 (0.11)	-0.11 (0.11)
Q4	0.15*** (0.04)	0.07* (0.04)	0.24* (0.12)	0.17 (0.12)	0.07* (0.04)	0.07* (0.04)	0.18 (0.12)	0.16 (0.11)
Q5	0.19*** (0.04)	0.15*** (0.04)	0.46*** (0.13)	0.42*** (0.13)	-0.02 (0.04)	-0.02 (0.04)	0.21* (0.12)	0.19* (0.11)
Constante			2.17*** (0.14)	1.98*** (0.15)			4.27*** (0.16)	4.01*** (0.16)
Observations	2,802	2,802	1,327	1,327	1,455	1,455	1,093	1,093
R^2			0.05	0.10			0.10	0.14
Variables d'offre	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Indicatrices région	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Notes : Les erreurs-types reportées sont robustes à l'hétéroscédasticité. * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Ainsi, l'exploitation de cette base de données donne des éléments de réponses quant à savoir si le médecin agit comme un monopole discriminant ou un bienfaiteur charitable. Ce qui apparaît de façon assez constante c'est que tous les types de patients donnent quelque chose et que la différenciation en fonction du niveau de vie semble plus avérée en ambulatoire et qu'en hospitalier. En ambulatoire, même si le montant n'est pas proportionnel au revenu, il est possible que le médecin fasse payer un peu plus cher ceux qui sont nettement identifiés comme plus aisés et plus éduqués. Mais comme cela n'est significatif que dans la partie haute de la distribution des paiements, il est fort probable que ce soit plutôt une logique de distinction des patients les plus riches eux-mêmes parmi les plus gros payeurs pour inciter à la qualité (hypothèses 1b peu probable, hypothèses de comportement stratégique plus probables). En hospitalier, en revanche, tout le monde paie à peu près autant. Cela plaide en faveur de l'hypothèse de monopole et de captation du surplus (avec éventuellement un ciblage des plus riches). L'existence d'asymétrie d'information semble assez clairement vérifiée également puisque ce sont les plus éduqués qui paient le moins et le moins souvent, en raison des ressources plus grandes dont ils disposent (capital culturel et social pouvant être mobilisés pour négocier le prix à la baisse).

Pour affiner cette analyse, savoir qui du médecin ou du patient est à l'origine de la différenciation en ambulatoire et comment se négocie le montant informel, nous avons recours à l'exploitation de données qualitatives, où le système de paiement informel est le plus institutionnalisé.

TABLEAU II.6 – Estimation par régression quantile

	Ambulatoire			Hospitalier		
	Montant conditionnel de PA			Montant conditionnel de PI		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	q25	q50	q75	q25	q50	q75
<i>Sexe : REF= homme</i>						
Femme	0.36 (0.38)	0.50 (0.87)	-3.71 (2.63)	-1.00 (2.39)	-9.55 (6.31)	-21.00** (9.42)
<i>Age : REF= moins de 12 ans</i>						
Entre 13 et 25	1.36 (1.01)	2.18 (1.98)	5.00 (4.24)	8.00 (7.67)	34.09*** (11.42)	49.00* (27.96)
26 et plus	0.75 (0.65)	1.93 (1.69)	7.63** (3.62)	13.00* (7.32)	30.91*** (11.35)	50.00** (22.04)
<i>Education : REF= Ø ou basique</i>						
Educ. Primaire	-0.61 (0.88)	-0.18 (1.93)	1.08 (3.87)	-9.00 (7.26)	-23.64** (9.47)	3.00 (24.41)
Educ. Secondaire	-0.11 (0.78)	0.75 (1.85)	-0.88 (4.09)	-13.00 (7.97)	-24.09** (10.96)	-3.00 (21.24)
Educ. Sup.	0.25 (0.97)	1.27 (2.06)	-3.78 (6.34)	-18.00** (7.48)	-27.27* (15.17)	-34.00 (21.62)
<i>Niveau de vie : REF= Q1</i>						
Q2	0.37 (0.55)	1.18 (1.23)	2.03 (2.59)	-3.00 (2.71)	-12.27 (8.29)	-10.00 (11.17)
Q3	0.63 (0.56)	1.82 (1.18)	-0.61 (2.63)	-4.00 (3.36)	-13.18* (7.35)	-6.00 (14.81)
Q4	0.37 (0.67)	2.25 (1.39)	5.27 (4.11)	3.00 (4.26)	10.00 (11.81)	37.00** (18.77)
Q5	1.01 (0.66)	3.87*** (1.49)	12.60*** (4.17)	4.00 (3.15)	3.18 (9.37)	18.00 (18.35)
<i>Région : REF= Douchanbé</i>						
Région de subordination rep.	-2.63*** (0.72)	-4.38*** (1.64)	-7.06* (4.17)	-16.00*** (5.87)	-17.27 (12.03)	-21.00 (26.37)
Khatlon	-2.74*** (0.74)	-4.38** (1.91)	-8.45* (4.91)	-23.00*** (6.09)	-27.73** (13.98)	-18.00 (19.94)
Sogd	-3.13*** (0.72)	-4.57*** (1.70)	-8.62** (3.56)	-16.00*** (4.83)	-30.45*** (11.28)	-61.00*** (14.81)
Gorno-Badakhshan	-2.00* (1.19)	-4.63* (2.67)	-8.92 (9.14)	-35.00*** (6.86)	-52.73*** (11.38)	-90.00*** (23.13)
<i>Habitat : REF= rural</i>						
Urbain	-1.38*** (0.52)	-2.82** (1.18)	-0.98 (4.25)	6.00* (3.31)	3.18 (3.80)	9.00 (10.82)
<i>Offre : REF= niv. rural ou district</i>						
Hop. National	2.89** (1.32)	10.25*** (1.94)	19.70*** (6.84)	30.00** (11.91)	87.73*** (31.37)	221.00*** (42.17)
Hop. Régional	0.86 (0.78)	0.68 (2.26)	-0.10 (5.02)	10.00*** (3.35)	2.73 (5.55)	0.00 (13.97)
Hop. de ville	-0.25 (0.36)	0.50 (0.90)	-0.57 (3.43)			
Maternité	5.14 (5.13)	16.38 (10.49)	44.26*** (13.39)	9.00** (4.24)	13.64 (9.09)	4.00 (14.10)
Constante	6.00*** (0.81)	9.38*** (1.79)	22.16*** (4.61)	50.00*** (6.94)	90.00*** (15.19)	128.00*** (15.45)
Observations	1,327	1,327	1,327	1,093	1,093	1,093

Notes : Ces estimations sont obtenues par régression quantile simultanée et l'estimation de la matrice de variance-covariance des estimateurs a été obtenue par bootstrap. * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

3 Des paiements injustifiés : la figure du médecin monopoleur dans les entretiens

3.1 Les médecins qui demandent et les patients qui acceptent, négocient ou refusent

Les patients dénoncent les médecins qui réclament

Les cas de médecins qui réclament se trouvent dans les entretiens avec les patients et même si les réactions rapportées sont variées, cela est toujours dénoncé comme étant anormal, par opposition à un paiement informel mais normal (*infra*). Les patients rencontrés dénoncent les médecins qui « prennent beaucoup », « de la main à la main », ou mettent tout « dans leur poche ». Ils dénoncent souvent le business que cela représente en le décrivant comme organisé au niveau de tout le service.

Faridun¹⁰, 28 ans, père d'une petite fille, et dont la femme est enceinte d'un deuxième, habitant Douchanbé et diplômé du supérieur évoque la position dominante du médecin qui « demande beaucoup plus ».

Je te donne un exemple. La consultation c'est 5 somoni¹¹, mais le docteur te demande 25 somoni. C'est pas normal. Pourtant tu ne veux pas te disputer avec le médecin car la relation signifie beaucoup. Tu pourrais dépendre de lui tôt ou tard. Comme d'un policier. Si tu ne paies pas cette fois là, qui sait, le traitement sera sûrement différent la prochaine fois [...] Nous, par exemple, on doit faire des tests pré-nataux une fois par mois. Ça coûte genre 5 ou 10 somoni. Pourtant elle, la docteure de ma femme, demande 25. Ça devrait me coûter 90 somoni ou 100 somoni en tout sur 9 mois, et en fait ça va me coûter... beaucoup plus! (Faridun, Douchanbé, 22 juin 2015)

Il évoque par contraste la position vulnérable du patient :

Tu sais quand tu vas chez le docteur souvent tu t'en fiches <de payer informellement>, tu sais une chose c'est que tu as mal et tu veux que cela cesse. C'est tout. Et c'est le docteur qui peut quelque chose pour toi.

Selon lui c'est tout un système de corruption de haut en bas, depuis les études des médecins au cours desquelles ils ont dû payer des bakchichs pour valider leurs examens, à l'obtention d'un poste au sortir de l'internat qu'ils doivent au chef de service¹².

Le docteur va prendre tout cet argent en dessous-de-table, il va en mettre un pourcentage dans sa poche, en donner un pourcentage au médecin-chef, car sa place dépend du médecin-

10. Tous les noms des enquêtés ont été modifiés afin de conserver leur anonymat.

11. Ici, il parle de ce qu'on donne normalement à la fin d'une consultation mais c'est déjà informel.

12. Par exemple, pendant les deux ou trois ans d'internat, ils entrent en pratique dans une clinique. Pour obtenir un travail à l'issue de l'internat, il faut qu'ils appliquent les règles du chef, les règles de la corruption.

chef... Et lorsque je demande une facture, ça les rend nerveux, ils n'aiment pas ça. Alors je leur dis « Sinon, je peux aller payer à la caisse »¹³ [...] Nos docteurs ne sont plus des docteurs, tu sais, ce sont des businessmen. Le serment, soigner quelle que soit la rétribution économique, tout ça, c'est passé!

De la même façon, Samir, enseignant d'anglais dans une petite association, père de trois enfants vivant dans un deux pièces avec ses beaux-parents et son beau-frère, migrant saisonnier de passage, nous dit le lendemain de l'accouchement de sa femme la nuit : « C'est eux qui disent combien, et nous on donne¹⁴. L'infirmière m'a dit - "Personnellement, j'ai fait ça, ça et ça. Donc donne-moi 25 ou 30 somoni, séparément, de la main à la main" ».

L'exemple de Nargis, consultante de 39 ans, colle bien à l'image du médecin monopoleur qui ajuste son prix à la capacité-à-payer :

Dans le public, quand on demande « Est-ce gratuit? », ils répondent non! Ensuite tu demandes combien tu dois payer, et ils te répondent « Donne-nous autant que tu peux ». Dans un hôpital public! Non mais qu'est-ce que ça veut dire *autant que tu peux?* (Nargis, Douchanbé, 15 mai 2014)

Les patients qui dénoncent les médecins qui réclament comme une pratique anormale, la mettent souvent au même niveau que leur connivence avec les pharmacies. En effet, les médicaments représentent un gros poste de dépenses entièrement à la charge directe des ménages et pèsent fortement sur le budget des patients. Voyant les longues listes de médicaments, le soupçon de la connivence entre le médecin et la pharmacie est omniprésent. Ainsi, Faridun, précédemment cité déclare :

Les médecins essaient de faire de l'argent par tous les moyens. Par exemple ils s'entendent avec les consultants pharmaceutiques qui les démarchent. Après tu vas les voir et tu sors avec une longue liste comme ça de médicaments, parce que les médecins savent que les consultants vont leur donner quelque chose.

Présenté autrement, le témoignage de Zumrat (voir *infra*) converge néanmoins : « Certains médecins n'ont pas d'autres choix que d'avoir un accord avec une compagnie ou un distributeur de médicaments, parce que tu vois, c'est une autre source de revenu possible. Ils peuvent signer un contrat formel ou simplement avoir un contrat oral avec une pharmacie ».

Les patients peuvent négocier le montant

D'autres patients témoignent de la même position de rente des médecins et dénoncent les paiements qu'ils doivent leur donner après une prise en charge, mais évoquent aussi la

13. « À la caisse » signifie officiellement. Dans certains établissements au lieu de donner directement au médecin le prix de la consultation ils peuvent payer en caisse le prix fixé.

14. ici ce n'est pas clair s'il parle de l'ensemble de la prise en charge ou de l'informel, il soupçonne les docteurs de tout prendre pour eux, y compris les paiements formels

possibilité voire la nécessité de négocier ces tarifs informels. Ils disent à quelle stratégie ils ont eu recours pour ne pas avoir à payer le prix fort.

Gulzara, 35 ans, mariée et mère d'un garçon de 6 ans, raconte la prise en charge de son père qui a coûté très cher à toute la famille. Elle rappelle à plusieurs reprises que ce n'est pas normal, qu'ils ont droit à des soins universels et gratuits, et que les médecins profitent de leur position pour les extorquer (« Il faut parler, réclamer, gueuler, il faut extirper ton dû »). C'est pourquoi, selon elle, il faut en riposte négocier très durement. Il est important d'avoir des contacts, dans un sens très similaire au capital social¹⁵(Bourdieu, 1980), et de connaître d'autres médecins pour avoir une idée des tarifs informels (révéler le juste prix de ce service). Elle vient d'un milieu urbain, au capital culturel et capital social plus élevés que la moyenne mais elle n'est pas aisée financièrement. Son frère a fait l'institut de médecine, il vérifie aujourd'hui les conditions d'hygiène alimentaire sur les marchés. Il représente donc l'inspection sanitaire ce qui peut lui donner un avantage dans la négociation. Connaissant plusieurs médecins hospitaliers, il s'est renseigné en amont, a comparé les prix de la prise en charge totale, s'est mis d'accord avant l'opération sur les paiements informels au personnel afin de contracter au maximum les dépenses, déjà extrêmement élevées. « Lorsque le médecin est une connaissance <de la famille>, dans notre cas c'était un camarade de promotion de mon frère, cela va être moins cher. Telle opération va peut-être coûter la moitié ».

Pour étayer son propos, Gulzara donne l'exemple de commerçants du marché qu'elle connaît dont la fille a un cancer du rein. Ils n'ont pas négocié en amont la prise en charge, ils sont allés aux urgences pensant que cela serait gratuit, et ils sont tombés des nues lorsqu'on leur a demandé 200 TJS par séance de chimiothérapie et prescrit 8 séances. L'alternative étant une opération à 3000 TJS (500 USD) pour retirer le rein. Comme ils n'ont pas cet argent, le médecin leur a dit de se procurer un certificat d'indigence, l'opération pourrait alors être moins chère¹⁶.

Dans cet exemple, les médecins se trouvent bien en position dominante et l'utilisent pour capter une rente (hypothèse 1) au détriment de personnes mal informées ou ne disposant pas de contacts. Il ne s'agirait donc pas d'une différenciation par les prix en fonction du revenu mais plutôt de la capacité des patients à faire révéler un tarif « normal » et à le négocier.

15. « Le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance... » (Bourdieu, 1980). Lorsque Gulzara se compare à ses connaissances du marché qui ne bénéficient pas de ses contacts médecins, elle fait bien référence à son « appartenance à un groupe » auquel eux n'appartiennent pas.

16. Ce certificat existe effectivement, même si les conditions d'obtention sont assez obscures, il faut aller à l'administration et se faire reconnaître comme indigent, les soins sont censés ensuite être vraiment gratuits...

Les patients peuvent refuser l'injonction à donner, au nom de la loi

Comme on le voit avec les exemples précédents, ce sont souvent des personnes plus privilégiées qui dénoncent et osent récriminer. La plupart des critiques virulentes émanent de personnes qui ont dans leur entourage très proche des médecins. Ils ont un pouvoir de négociation car ils connaissent des contre-exemples et ont des recours éventuels parmi les confrères. Ils sont en mesure d'affaiblir la position monopolistique du médecin. Ils ont plus de ressources pour dénoncer et parfois refuser de payer lorsque cela semble inapproprié. Selon eux, ce sont ces médecins qui dévient de la norme, leur comportement est anormal. Zarbod, très critique de la « corruption »¹⁷ des médecins, qu'il compare à celle des policiers. Il est choqué que les médecins de Douchanbé prennent de l'argent. Il lui arrive de rappeler ses droits, en consultation. Mais il faut être stratégique et ne rappeler le médecin à la loi qu'après avoir obtenu son ordonnance (contrairement à la négociation du tarif informel d'une opération qu'il est préférable de mener avant) :

À Douchanbé je suis allé voir un médecin pour mes allergies : il m'a même pas examiné, il m'a prescrit 4 médicaments sur un bout de papier... il m'a pris 15 somonis! [...] Mais là-bas tu peux rappeler que tu connais la loi. Je le fais parfois. Ils ont un peu peur alors... Mais ça t'as intérêt à le faire à la fin de la consultation, sinon ils t'écrivent rien du tout! A Khorog, je suis allé voir quelqu'un. Il m'a donné un truc, j'ai dit merci et je suis parti. Ça c'est normal, ils sont payés quand même! [...] Après ils disent « oui, mais mon salaire est bas... » C'est pas ma faute! C'est celle du gouvernement. Moi aussi mon salaire est bas. C'est comme s'ils me demandaient à moi de réallouer le budget! [...] Je te paie déjà avec mes impôts, je vais quand même pas te payer deux fois! (Zarbod, 11 juillet 2015)

Souvent, ceux qui vivent à Douchanbé mais viennent de districts plus pauvres sont plus virulents contre les médecins de la capitale. Ils opposent souvent ces médecins qui « prennent » (*brat*, en russe) à ceux qui, généralement dans leur région d'origine, « acceptent » (*prinimat'*, qui signifie également prendre dans sa main mais au sens de recevoir) leur remerciement (il y a aussi plus d'interconnaissance et de relation personnalisée entre médecins et patients dans les petites communes). En termes de montant, les statistiques leur donnent raison, les paiements informels sont bien plus élevés à Douchanbé et ces témoignages laissent penser que ce n'est pas qu'une question de qualité mais aussi d'attentes plus importantes des médecins du fait d'un meilleur niveau de vie moyen.

Umed¹⁸ est intransigeant quant à l'éthique médicale (« Quand tu choisis d'être médecin tu te promets à toi-même d'aider tout le monde et pas pour de l'argent [...] Si tu veux

17. Zarbod fait partie des rares patients interviewés qui emploient le mot de corruption pour parler des pratiques des médecins. Il a un master, parle plusieurs langues et pourtant comme beaucoup il gagne assez mal sa vie. À 31 ans, père de deux enfants, et marié à une femme titulaire d'une licence d'université britannique, il fait la pendule entre Douchanbé et le Badakhshan. Il est actif dans une petite association locale (d'« agrotourisme ») en lien avec une ONG plus importante de Douchanbé.

18. Umed a 26 ans lors de l'entretien, il est d'origine modeste, d'une famille assez traditionnelle et religieuse venue de Gharm pendant la guerre, période pendant laquelle il a vécu dans une situation de

juste gagner de l'argent tu dois aller travailler dans le business et pas dans la santé »). Il critique les médecins cupides et déplore l'incapacité du gouvernement à mettre en place un système réellement universel et redistributif. Il rapporte une consultation qui se passe mal après une attente trop longue (des gens, ayant visiblement plus d'argent d'après lui, leur passaient devant), et le dialogue avec le soignant à la fin de la consultation :

Après j'ai demandé : c'est combien ? - Il a dit en hésitant : « 50 ? ». J'ai posé 5 somoni :
« C'est assez pour toi. - C'est toi qui as commencé à me crier dessus ... ! - C'était ta faute...
Si tu avais pris soin de <mon amie> normalement, je t'aurais donné plus ! - J'ai pas besoin
de ça... reprends tes 5 somoni et sors d'ici » ! (Umed, Douchanbe, 19 juin 2014)

En s'adressant à moi, il se montre conscient de ses droits et des devoirs du médecin, mais au médecin il justifie son refus de donner 50 TJS par son mécontentement de la prise en charge, montrant l'importance de la personnalisation de la relation pour légitimer le paiement informel plus que celle de la légitimité légale (voir section 4).

Ces exemples confirment la capacité du médecin en position de monopole à capter une rente, mais nuancent la toute-puissance du médecin. Les patients peuvent négocier ou refuser de donner, car un médecin qui demande dévie de la norme (*infra*). Notons que tous les patients cités ici comme ayant dénoncé ou refusé l'injonction à payer sont parmi les plus diplômés de mes enquêtes. Nargis, Zarbod, Faridun, Firuz, Umed et Gulzara ont tous été à l'université jusqu'en maîtrise, master pour certains. De plus, le capital culturel et le capital social se renforcent mutuellement, puisqu'on a plus de chances de connaître un médecin lorsqu'on a soi-même fait des études supérieures. Ce sont les patients les plus éduqués (pas forcément plus riches) qui se font le moins extorquer, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus en II. Les différences de ressources (capital culturel et en capital social) pourraient expliquer les différences de montant, ce qui infirme l'hypothèse de charité du médecin et celle d'un monopole discriminant les prix en fonction du revenu.

3.2 Dénonciation des médecins par les autres médecins

Si la dénonciation des médecins par les patients est présente sans être systématique, en revanche elle apparaît systématiquement dans les entretiens de médecins à propos des autres médecins qui réclament un paiement informel. Presque tous les médecins interrogés disent accepter (*prinimat'*) les petits remerciements mais ne jamais réclamer et tous dénoncent d'autres médecins, ceux qui roulent en « grosse voiture neuve » (Alim), de prendre aux patients (*oni berut*, ils prennent). Ils rappellent la loi, leurs devoirs et leur

grande pauvreté en l'absence de son père. Bien qu'il ait une maîtrise en ingénierie, il n'a pas de travail stable, vit chez sa mère avec sa femme et aide son frère dans une épicerie. Il voudrait trouver un travail qui gagne bien sans entrer dans le jeu (de la corruption, qu'il décrit comme omniprésente). Il alterne entre un discours patriotique d'espoir et un tableau très noir et désespéré de son pays. Nous avons eu l'occasion de mener un entretien d'1h30 enregistré ainsi que d'autres entretiens plus informels.

statut d'agents de l'État. Ils opposent un paiement indu, abusif, extorqué, à un remerciement normal, justifié (les patients savent qu'ils sont mal payés et les remercient). Ainsi Nodira se définit-elle par opposition à ceux qui réclament, ceux qui ne le font que pour l'argent et ne respectent pas l'éthique médicale :

On n'est pas censés accepter quoi que ce soit des patients, on est en polyclinique publique. On doit refuser. Et on refuse! Mais alors il dit : « Je te donne ça, ce n'est pas du tout un pot-de-vin, c'est seulement pour te remercier ». Comme les chocolats. Ce sont comme des présents. Dans ce cas c'est rien. Dans ce cas souvent on les prend. Mais quand un docteur qui reçoit déjà un salaire de l'État dit : « Donne-moi 300 somoni », c'est contre la loi, c'est de la corruption. Il faut sanctionner le médecin. (Nodira, Douchanbé, 29 mai 2014)

Elle raconte ensuite deux cas où elle est intervenue pour rappeler la loi à d'autres médecins qui réclamaient de l'argent à ses patients. À propos de l'un d'eux :

Une patiente était venue me voir pour un problème d'oreille. Mais on n'avait pas le matériel [...], alors je l'ai re-dirigée vers un autre spécialiste. Le médecin lui a dit : « Apportez-moi tant d'argent... ». Elle est revenue me voir, a dit qu'elle n'avait pas cet argent [...] Après je suis allée directement voir mon chef : « On exige d'une de mes patientes de l'argent ». Mais chez nous la médecine est gratuite. Le chef a écrit « Chez nous c'est gratuit » sur un petit bout de papier « pour rappel, pour vous et pour le médecin » et l'a donné à la patiente, pour qu'elle le donne et tout s'est bien passé. Ils sont déjà tellement habitués... (Nodira, 29 mai 2014)

De la même façon, Alim, chirurgien de 28 ans, explique qu'il n'est payé que 620 TJS (environ 100 USD) et que parfois « <les médecins> acceptent lorsqu'on <les> remercie ». Mais pas de la part de collègues (infirmiers, aides-soignants) et de leur famille (ce qui concorde avec le témoignage de Gulzara et son frère médecin). Néanmoins certains spécialistes ne respectent pas l'accord tacite entre médecins et ont demandé à Alim des honoraires informels exorbitants¹⁹. Il considère appartenir au groupe des médecins qui acceptent et se démarque de ceux qui réclament, les mauvais spécialistes, ceux qui le font pour l'argent. Il se sent d'ailleurs plus proche des patients eux-mêmes et raconte le même genre d'histoires entendues des dizaines de fois auprès de patients à propos de faux diagnostics d'appendicite. En effet, il semble y avoir un soupçon généralisé de « demande induite » (Evans, 1974 ; McGuire, 2000) par le médecin et des frais injustifiés pour le patient.

J'étais infirmier à Douchanbé. J'ai vu des patients qui venaient pour un mal de ventre. D'après les analyses, j'ai dit : « Mais c'est clairement pas une appendicite ». Ils m'ont dit :

19. D'autres médecins font le même constat que lui lorsqu'ils se retrouvent à la place du patient. « J'étais avec ma fille chez le docteur, dans une clinique publique, il ne l'a pas examinée seulement donné un contact de collègue. Pour le remercier quand même parce que cela se fait, je lui tends un billet de 10 somoni. Il me regarde droit dans le yeux : “Mes honoraires sont de 20 somoni”... » (Saodat, 60 ans, ancienne urgentiste devenue consultante).

« Tais-toi tu n'es qu'un étudiant ». Ceux-là ils opèrent juste pour l'argent.

Par la suite, son témoignage révèle une certaine frustration vis-à-vis d'anciens camarades qui sont tout à la fois des médecins moins compétents que lui, moins honnêtes et par conséquent plus riches :

Tu sais ce que c'est le *diplôme rouge*? Quand on est le meilleur [...]. C'est ce que j'ai eu. Quand je compare mon niveau de vie à celui des mauvais étudiants de ma promo... À Douchanbé, ils prennent aux malades. Ils envoient dans telle pharmacie parce que c'est un de leur parent qui la tient ou parce que cette pharmacie les paie en échange de clients. Du coup ils font une longue liste de médicaments et se font un pourcentage dessus. Mes anciens camarades, même ceux qui n'étaient pas bons, ils roulent en grosse voiture, ont déjà une maison, et moi je peux à peine m'acheter un téléphone convenable! Bien sûr ils se font de 20 à 50 TJS sur chaque patient, plus les bénéfices sur les analyses et les médicaments prescrits! (Alim, 13 juillet 2015)

Shokir, enseignant à l'institut de médecine de 38 ans, comme Alim, a fini avec les honneurs son internat « à la onzième place, ce qui est excellent ». Lui aussi se compare aux mauvais étudiants de sa promotion et évoque la chaîne de la corruption : « Si tu ne paies pas, tu ne passes pas » (première étape de la corruption du médecin, que l'on retrouve dans le discours de Faridun). Il a d'ailleurs dû travailler trois ans en Russie pour accumuler assez d'argent, pour acheter son entrée à l'institut (normalement sur examen). À ma question sur les raisons de devenir médecin, il me demande d'éteindre l'enregistreur et déclare : « La vérité c'est que beaucoup pensent toujours faire de l'argent. Les chirurgiens et les gynécologues par exemple se font généralement beaucoup d'argent ». Ils exigent des honoraires informels et ont un bien meilleur niveau de vie que lui.

Comme souvent en cas de dénonciation des mauvais médecins qui réclament, Alim et Shokir font référence à la probable connivence de ces médecins-escrocs avec le marché pharmaceutique. Shokir déclare qu'« en majorité les médecins dirigent en parallèle un autre business. Souvent une pharmacie. Ils vendent des médicaments ». Par ailleurs ils peuvent être approchés par de grandes compagnies : pharmaceutiques.

Un représentant vient et présente ses produits aux médecins [...] j'ai entendu dire que parfois, c'est arrivé [...] certains médecins reçoivent des bonus. Apparemment plus ils prescrivent ce médicament et plus ils reçoivent de bonus.

Dans leurs discours, Alim et Shokir se définissent par opposition à un même groupe d'individus aisés et malhonnêtes, composé d'abord des autres étudiants de leur promotion, ceux qui ne manquaient pas d'argent pendant les études et achetaient leurs notes d'examen, puis des médecins qui réclament d'importants honoraires informels, qui, dans leurs discours, semblent être ces mêmes anciens étudiants fainéants, tout comme ceux qui prescrivent et vendent les coûteux médicaments. Ils associent de façon un peu caricaturale ces individus en un même groupe et les évoquent avec amertume. Ces médecins ont un

haut niveau de vie bien supérieur au leur, eux les honnêtes médecins et anciens excellents étudiants issus de milieu modeste. Ce qui les distingue, c'est leur éthique médicale. Pour autant, ils estiment que ce n'est pas vivable et bien souvent ils disent vouloir se reconverter ou émigrer. Gulnora, ancienne cardiologue, en voie de reconversion en santé publique, exprime elle aussi cette frustration d'être des « bons et honnêtes » médecins, pauvres mais méritants, la frustration de ne pas réussir à gagner sa vie, malgré de longues études et une vocation forte (« On étudie très durement, et après 6 ans, on est un peu frustré. Je ne suis même pas capable de gagner ma propre vie! »). Comme beaucoup d'autres, elle tente d'entrer dans une ONG.

Il est assez symptomatique que la plupart des médecins que j'ai pu interroger soient tous très critiques à l'égard de leurs confrères et du système. Ils avaient presque tous le projet d'entrer dans le secteur privé (Alina), d'émigrer en Russie (Alim : « C'est tout le système de santé au Tadjikistan qui ne me plaît pas ; je voudrais que tout soit *selon la loi, équitable* »), aux États-Unis (Parviz) ou en Allemagne (Shokir, Khusrav), d'enseigner (Shokir) ou encore d'entrer dans une ONG (Gulnora, Shabnam, Nodira). Les raisons sont souvent l'impossibilité de survivre avec un salaire indécent, en refusant de demander des paiements informels, et sans même les accepter. Il pourrait, bien sûr, y avoir un biais parmi les enquêtés : ceux qui ont accepté l'entretien sont peut-être les plus enclins à faire part de leurs doléances.

Alim, Gulnora et Nodira, en dénonçant un groupe de médecin malhonnêtes, se désingularisent, se rapprochent d'un autre collectif de médecins honnêtes, supérieur dans leur référentiel. Ils rejettent ce nouveau modèle de médecin-businessman et défendent leurs propres valeurs. C'est une « montée en généralité » réussie au sens de Boltanski : « Pour grandir la victime, il faut la rattacher à un collectif, c'est-à-dire, dans ce cas, connecter son affaire à une cause constituée et reconnue » (« La dénonciation », 1984). Ils prétendent à une certaine « grandeur », relative à cette sphère actuellement légitime pour eux et les patients ; dans cette sphère c'est encore l'éthique médicale et l'image du médecin méritant et remercié qui prédominent et non celle des nouveaux médecins businessmen. Il semble qu'il y ait là une convergence entre des trajectoires personnelles (excellents élèves issus de milieux modestes qui aspiraient peut-être à plus d'aisance et de prestige en devenant médecins) et une évolution plus structurelle des représentations collectives en plein changement. Le rejet du « businessman » et la vision immorale du gain d'argent sont sans doute fortement liés à l'habitus socialiste encore fortement ancré. La dénonciation de l'homme d'affaire « crapuleux » et du « spéculateur » se retrouve dans de nombreux pays de l'est même 25 ans après la fin du bloc socialiste (Mandel et Humphrey, 2002) et y compris chez de jeunes docteurs (Alim, Gulnora et Nodira ont par exemple entre 28 et 32 ans).

L'hypothèse 1a est partiellement validée par les sources statistiques et qualitatives. Le schéma d'un médecin-monopoleur maximisant son intérêt propre - bien loin du modèle de

charité - apparaît dans les entretiens de patients et de médecins, même s'il est relativisé par rapport à la théorie (possibilité de négociation, de refus). Mais il est perçu comme un comportement déviant, anormal, qui augmente le sentiment d'incertitude déjà inhérent au champ de la santé. Il est opposé, par chacune des parties, à un paiement informel normal et justifié. Il ne reflète donc pas toutes les pratiques de rémunérations informelles. Ainsi peut-on trouver d'autres explications à l'existence d'un paiement informel en dehors de la seule maximisation unilatérale d'utilité du médecin, et où le patient trouve aussi son intérêt. Nous voyons alors comment la pratique se distingue de celle du médecin réclamant des honoraires informels.

4 Des paiements justifiés : les patients donnent, les médecins acceptent et tous se justifient

4.1 La « juste rémunération » : premier niveau de justification du paiement informel

Le paiement informel est une norme sociale

Les transactions informelles dans le secteur de la santé, c'est-à-dire les transferts directs au médecin, en dehors des frais d'entrée, de tests, de traitement et de certaines interventions chirurgicales, sont illégales et sont mentionnées par les textes gouvernementaux de lutte contre la corruption, tout comme celles du secteur éducatif. Pourtant, il existe une certaine tolérance, liée au montant et à la légitimité ressentie par le patient. Comme me l'explique un ancien cadre du ministère de la justice : lorsqu'un médecin exige 100 TJS pour soigner quelqu'un c'est de l'extorsion, c'est de la corruption puisqu'il est fonctionnaire, mais lorsque le patient donne de lui-même 20 TJS pour le remercier, « ça c'est pas pareil, c'est notre petite habitude ». En effet, la plupart des patients adhèrent au fait de donner quelque chose au médecin (un paiement de gratitude, un remerciement, ou un petit présent, selon les entretiens) et précisent toujours que « ce n'est pas un pot-de-vin » (voir *infra* Zumrat, Nodira).

Il existe bien un paiement informel perçu comme légitime, à condition qu'il respecte certains codes, qu'il soit conforme à la norme. Ce paiement est donné par le patient et il est attendu par le médecin, il y a une certaine obligation sociale à donner quelque chose même de faible valeur. Ce type de paiement est désigné par des expressions du registre du don, comme « ils donnent » (ru : *daiut*, tj : *dodan*), et de la gratitude, tel que remercier ou donner en reconnaissance (ru : *blagodarit* / *za blagodarnost*). Ces expressions sont bien distinctes des expressions utilisées lorsque le médecin réclame. Zumrat²⁰ nous dit :

20. Zumrat est une femme d'une quarantaine d'années, enseignante dans le supérieur. Elle dit que le Tadjikistan forme d'excellents médecins. Beaucoup de ses amis sont médecins mais beaucoup sont partis

Je peux témoigner que je n'ai jamais rencontré aucun cas de médecin qui prescrive puis réclame de l'argent... Mais en même temps je ne peux pas quitter le médecin qui vient de passer au moins une heure à m'examiner sans donner quelque chose. [...] et si quelqu'un appelle ça un pot-de-vin, je ne suis pas d'accord. Ok? Parce que je sais très bien combien ils sont payés officiellement et je ne peux juste pas faire ça. (Zumrat, Douchanbé, 23 mai 2014)

Une autre patiente, Nour²¹, explique que ce qu'on donne en plus c'est pour remercier, ce n'est pas obligatoire par la loi, mais obûligé socialement. À propos de son accouchement, elle souligne la différence entre ce qui a été payé à la caisse (« pour l'ensemble, le lit, la nourriture, les soins, les tests, les vaccins du nouveau-né...») et le paiement informel (« mais aussi en partant on donne quelque chose au médecin qui nous a accouché pour le remercier »). Côté médecin, Nodira, précédemment citée, opposait à la corruption des médecins qui prennent, les présents que les patients font pour remercier. Et la plupart du temps, les médecins décrivent les patients comme insistant pour leur laisser quelque chose²² Les patients participent donc informellement à la rémunération des médecins. Ce paiement est normal et normé, il fait consensus. Il doit être donné « volontairement » (au moins en apparence) par le patient, à la fin de l'interaction comme gratification, et être d'un montant raisonnable (entre 5 et 20 Tajik Somoni (TJS) en soins primaires, entre 20 et 50 pour un spécialiste).

- S : À quel moment est-ce que tu paies ?

- T : À la fin, quand je lui dis au revoir. Comme ça. Je laisse ça là, et je pars. Et c'est normal.

- S : Tu poses sur le bureau et tu t'en vas ? Tu ne lui donnes pas dans la main ?

- T : Non non ! sinon ce serait un bakchich ! » (Tahmina, Douchanbé, 19 août 2015)

Il est le résultat d'une convention, définie comme un accord collectif issu d'interactions réussies, naturalisé par l'habitude, qui permet la réalisation d'autres interactions par la suite (Batifoulier, 1992 ; Eymard-Duvernay, 2006). Une convention permet d'encadrer plus ou moins formellement la relation. Cette convention sociale autour du paiement informel au médecin est à la fois le fruit d'interactions réussies et la contrainte qui les structurent²³.

en Russie. Ils connaissent d'ailleurs un grand succès là-bas.

21. Nour a 32 ans, elle a deux enfants et est enceinte du troisième lors de l'entretien (septième mois). Elle est couturière dans un centre commercial de la capitale. Elle parle bien le russe (elle est d'ailleurs la seule à le maîtriser dans cet atelier composé de femmes d'origine modeste), elle porte le voile fermé au menton signe d'une foi musulmane plus affichée qu'avec l'habituel fichu. Elle était très partante « pour parler » mais semblait un peu plus réticente à l'idée d'un entretien enregistré. Il sera donc court (25 min) et non enregistré sur son lieu de travail, avant que l'atelier ne ferme et qu'elle ne parte s'occuper de ses enfants.

22. À ce propos, les caractéristiques du médecin font varier la réaction. Les plus expérimentés, les plus âgés assument le fait d'accepter et le justifient. Les plus jeunes se disent plus souvent surpris, parfois choqués, de devoir accepter.

23. « Le comportement des individus est régi par des habitudes et des routines qui, en gardant leur composante inter-individuelle, forment des conventions », Batifoulier 1992, p.25)

La convention sous-jacente est la suivante : les médecins font leur travail pour de bas salaire, ils ont une éthique médicale et un diplôme de qualité (très souvent les enquêtés commencent par rappeler que l'institut médical de Douchanbé était au quatrième rang du classement soviétique) donc ils méritent d'être remerciés. Et le paiement informel en résulte.

Bien qu'initialement règle informelle, ce paiement s'est institué, institutionnalisé (Chavance, 2001, 2008 ; Denzau et North, 1994) parce qu'il rendait possible la fourniture et la consommation d'un service correct (le soin produit par le médecin, reçu à moindre frais par le patient), sans que l'État n'ait à augmenter le salaire des médecins. C'est pourquoi, on peut chercher l'origine de la convention dans le système socialiste pénurique, dans lequel la santé n'était pas un secteur clé de l'économie planifiée et recevait un budget insuffisant. Les poches d'informalité, comme l'est le fait de donner quelque chose au médecin en échange, que ce soit en nature, en monnaie ou sous la forme d'un service rendu *a posteriori*, permettaient de huiler le système (Ledeneva, 1998), de faciliter l'interaction malgré la pénurie. Nargis nous explique à propos du système à l'époque soviétique :

Ce n'est pas vraiment qu'il fallait payer, c'est plutôt qu'après le traitement il fallait donner quelque chose, sous quelque forme que ce soit... pour avoir un bon docteur et un bon traitement. Tu devais avoir un bon réseau social, bien sûr, pour te connecter à un bon docteur, et après tu devais lui donner quelque chose. [...] C'était déjà pratiqué à l'époque soviétique, les cadeaux en nature. Puisque tous les services étaient gratuits quand même quand le docteur te donnait un bon traitement, t'accordait une bonne attention, tu lui donnais quelque chose à boire ou une gourmandise. Mais seulement après que le service est fourni. (voir chapitre I)

Dans la période de transition post-socialiste, l'État indépendant n'avait ni les moyens de fournir le système de santé en matériel ni de payer les salaires (en témoignent les souvenirs d'arriérés dans les années 1990-2000 de nos enquêtés) et le paiement informel a pris de plus en plus d'importance, devenant parfois seule ressource du médecin. Le « cadeau au médecin » aurait fait le lit du paiement informel, c'est du moins l'hypothèse suggérée par Hohmann (2014) à propos du cas ouzbek :

Il ne faut pas oublier que la tradition du « cadeau » que l'on glisse au médecin en signe de reconnaissance, ou de demande de « piston » permettant d'accéder plus vite à des soins (*blat*), existait à l'époque soviétique. La gratuité était donc toute relative [...]. Cette « économie de faveur » s'inscrivait dans un vaste champ de relation informelle de réciprocité au quotidien, elle visait à subvenir aux obligations que l'État n'assure pas lui-même. Cette tradition, ou plutôt cet usage n'a pas disparu de nos jours dans le système de santé ouzbek, mais il s'est transformé avec le vide institutionnel [...]. (Hohmann et Lefèvre, 2014, p. 141)

Dans le discours de Faridun, la pratique est aussi ancrée dans la culture centrasiatique :

La pratique du paiement au médecin, c'est sans doute aussi liée à notre tradition de la

hiérarchie, à notre culture. On place au-dessus celui qui a la connaissance, on lui fait marque de notre respect et on en tire des faveurs, des bénéfices. *Rozi kardan* : « Satisfait le supérieur, sinon les choses iront mal²⁴ ». C'est comme ça pas seulement au Tadjikistan, mais partout en Asie centrale.

Le paiement informel apparaît donc comme une convention sociale ayant traversé l'époque soviétique et s'étant maintenue après l'indépendance, tout en évoluant et en s'adaptant aux enjeux différents du contexte postsoviétique. Elle a permis au système de continuer à fonctionner à différentes époques.

Tous les entretiens évoquant ce paiement de gratitude expliquent que cela est juste, que la justification relève du registre social ou économique.

« Donner » pour réparer une injustice : réciprocité immédiate

Dans les discours des patients et des médecins, le paiement informel est justifié moralement en recourant au registre de la justice. La justification la plus courante - et qui apparaît en premier dans les entretiens de patients - est celle de réparer une injustice, comme on l'a vu dans le discours de Zumrat et chez Nargis qui distingue le contre-don de réciprocité (paiement informel normal) de l'abus de position dominante (paiement informel extorqué) :

Non mais sérieusement en même temps, comment peut-on attendre que quelqu'un vive avec un salaire de 100 USD, disons 500 TJS ? Comment une personne peut-elle survivre avec cette somme avec sa famille et tout ? Impossible. C'est aussi une question d'éthique. Mais lorsqu'un médecin dit : « Je ne vais pas te fournir le service tant que tu ne m'as pas payé », et que la personne est mourante, là c'est le deuxième gros problème.

Dans tous les entretiens qui font appel au registre du don, le paiement de gratitude donné volontairement est justifié parce qu'il vient compenser la trop faible rémunération du médecin qui vient de rendre service (ce qui est vrai, voir *Healthcare in Transition*). C'est également la justification tout à fait majoritaire chez tous les médecins interrogés :

D'après la loi (« *po zakonu* », en *insistant*) tout est gratuit... normalement tu viens, on t'examine ou on te prescrit quelque chose, tu repars. N'importe quel visiteur, même un étranger. D'après la loi. Mais certains patients remercient bien sûr. Ils donnent environ 5-10 somoni comme ça à la fin pour nous remercier [...] Tout devrait être gratuit (*insiste sur « devrait »*). Mais comme ils comprennent que nos salaires sont petits, ils nous remercient. (Khusrav, 17 août 2015)

Le paiement informel est décrit comme une aide apportée au médecin en contrepartie de son engagement dans le travail, insuffisamment rémunéré, et de l'aide apportée au

24. Il s'agit de l'explication qu'il donne à l'expression « *rozi kardan* », composé verbal qui signifierait convenir, passer un accord.

patient. Shokir, ancien chirurgien qui a laissé la clinique pour devenir chercheur en biologie médicale, tient un discours qui emprunte au même registre.

Les généralistes ? Je ne sais pas exactement de combien est leur salaire, mais c'est vraiment pas beaucoup. C'est pourquoi, habituellement les malades les aident. [...] Les malades eux-mêmes donnent aux médecins (*en insistant sur « eux-mêmes »*). Ils remercient. (Shokir, Douchanbé, 27 juillet 2015)

Malgré le registre lexical de l'entraide sociale, on entre dans un « régime de justice » au sens de Boltanski et Thevenot (Boltanski et Thévenot, 1991), avec ses principes de justification propre et non de charité désintéressée, puisque les gens justifient. S'il n'y a pas ici de rationalité égoïste, il y a bien une explication rationalisée. Le modèle de *balance reciprocity* de Kolm (*supra*) correspond bien ici aux justifications des pratiques de paiement informel de la part des différents acteurs. Les patients tiennent compte de la rémunération (dotation initiale) du médecin et valorisent de plus son activité, le temps accordé à la consultation, le soin porté au diagnostic. Ils décident, enfin, du montant de paiement informel en fonction de leurs propres moyens (« [...] le juste prix, celui qui répond aux capacités financières de la clientèle », Batifoulier 92). Cela explique à la fois que l'on observe statistiquement une corrélation positive entre revenu et paiement informel en consultation ambulatoire et que le paiement informel puisse être perçu comme légitime. Par le don au médecin, le patient rééquilibre l'échange non marchand qui a eu lieu entre eux. L'hypothèse 2a est vérifiée dans tous les entretiens de médecins et dans la plupart des entretiens de patients du moins dans un premier temps de justification.

La juste rémunération à la valeur économique

L'hypothèse 2b quant à elle n'est vérifiée que dans très peu d'entretiens, ceux de patients au profil social particulier. Dans ces cas-là, la justification est proche mais recourt directement au registre marchand (*plata za usluga*, calque de l'anglais *fee-for-service*). Le médecin propose un service qui est rémunéré en dessous de sa valeur, le patient rémunère donc en plus le médecin afin de rétablir la juste rémunération à la valeur économique. Le paiement informel est justifié économiquement parce qu'il rémunère un service marchand et sa valeur économique doit correspondre à celle du service de soins. L'absence de marché est une anomalie que le patient compense par une transaction marchande informelle.

Ces expressions sont plus souvent employées par des patients plus aisés, diplômés du supérieur, travaillant au contact des ONG et d'expatriés. Tahmina²⁵ ne parle à aucun moment de remerciement, mais de frais de service : « Pour moi, chez les médecins, il n'y a pas de bakchich. Il n'y a que des services [...] Tout ce qu'on paie, c'est pour le travail ».

25. Tahmina, 32 ans et mère d'Ali 2 ans, divorcée, habite le centre de Douchanbé, a fait des études supérieures. Elle gagne environ 350 USD, ce qui est supérieur au salaire officiel de base d'un médecin. Et pourtant, il est parfois difficile de joindre les deux bouts, du fait du prix des services dans le centre de la capitale. Elle fait partie des très rares patients interrogés disposant d'une assurance (privée) de santé.

Cela vient compléter le salaire qui « n'est pas du tout normal ». Quand je lui demande si elle donne un petit peu d'argent en plus au médecin dans le privé pour le remercier, elle répond : « Non, non, non. Parce qu'elle est bien payée déjà », insistant ainsi sur la justification principale du fait de payer dans le public.

Faridun, cité précédemment, lui aussi citadin et diplômé du supérieur, parle de « frais de service mérités ». « Personne ne dit *pot-de-vin* car le médecin le mérite ! C'est lui qui a la connaissance, l'expérience, c'est lui qui me traite, c'est lui qui sait [...] je dois lui donner ce qu'il mérite. » Le fait que ce ne soit pas légal est une incohérence temporelle qui n'a pas de justification en pratique. Le paiement informel normalise une situation anormale.

Dans ces cas-là, les patients ne se plaignent pas du caractère informel, le paiement est jugé légitime, d'autant plus que cela leur permet de payer un peu moins cher que dans les quelques structures privées existantes. Tahmina et Faridun vont parfois, l'un comme l'autre, dans le privé et savent la différence de prix (« < dans la clinique privée > j'ai payé au début, par contre je ne lui ai rien payé à elle, la médecin. < Dans le public > c'est la même chose, sauf qu'on paie la dame directement. Mais moins. Beaucoup moins, c'est trois fois moins cher ! », Tahmina). Connaissant les prix du privé, ils peuvent fixer un paiement informel dans le public qui reste inférieur au prix dans le privé. Leur choix du public ou du privé semble basé sur une comparaison des prix prenant en compte le paiement informel institué, la qualité des spécialistes (« les spécialistes sont les meilleurs déjà »), et l'urgence, la proximité (« j'étais vraiment inquiète, je voulais faire ça le plus vite possible »).

Ces exemples donnent l'impression d'un processus de marchandisation des soins par le bas qui serait à l'œuvre. Cela s'observe du moins chez certains patients, car la plupart des entretiens de médecins témoignent au contraire des résistances à ce processus. Il s'agirait d'une accoutumance à payer les soins à l'acte, qui semble venir de l'idée que tout travail doit être rémunéré à sa juste valeur, que tout service peut être l'objet d'une transaction marchande, et donc d'une extension de la sphère marchande progressive et volontaire. Il est intéressant de noter qu'il s'agit là d'un changement progressif des représentations collectives, plutôt qu'une privatisation brusque, totale et imposée par l'État, puisqu'il n'y a pas eu de transfert de propriété comme cela a été observé ailleurs en ex-URSS sous forme de « thérapie de choc », promue par J. Sachs. Cependant, ce processus n'en reste pas moins indirectement imposé par l'État, qui, faute de budget et d'assurance, force les patients et médecins à trouver un moyen de se coordonner, c'est-à-dire à trouver un tarif acceptable par les deux. En effet, on peut considérer que le transfert de la charge financière du système (voir chapitre I) est une forme de privatisation largement informelle, sans transfert de propriété puisque les établissements, même autofinancés, restent publics. Pourtant les soins fournis sont de plus en plus considérés comme des biens marchands et les établissements commencent à vendre des biens et services complémentaires. Il y a donc un double processus de marchandisation par le bas (changement de représentations

des patients) et par le haut (retrait de l'État, offre de services). Finalement, même si le système de santé reste officiellement un service (et non un bien marchand) public (et non privé), de fait il y a une marchandisation des soins et une privatisation progressive²⁶. Ce registre marchand qui pointe dans certains entretiens reste toutefois minoritaire chez les patients et inexistant chez les médecins interrogés. On peut interpréter le refus d'utiliser un vocabulaire marchand pour décrire leur activité, d'entrer dans un régime marchand, comme celui de refuser de demander des honoraires informels, pour leur intérêt propre. Est-ce parce que la pratique est illégale (seulement tolérée) et que cela les étiquette comme corrompus ? Ou est-ce parce que cela les oblige à un résultat ? En effet, ces médecins interrogés disent tous ne pas faire partie de ces médecins très aisés de la capitale. Or, s'ils acceptaient la marchandisation informelle de leurs services, ne serait-ce que symboliquement (en empruntant le vocabulaire marchand, « frais de service »), alors leur faible niveau de vie pourrait refléter de faibles performances. Mais selon eux, c'est leur honnêteté et leur refus d'entrer dans le jeu qui explique leur rémunération, puisqu'ils se présentent pour la plupart comme d'anciens excellents étudiants. L'idée de la rémunération à la productivité marginale charriée par le vocabulaire économique, ne convient pas à la représentation de leur métier et de leur pratique professionnelle. Cela va à l'encontre de leur justification et explique leur résistance au paradigme marchand.

Finalement, quel que soit le registre utilisé, solidarité (entraide) ou rémunération marchande, il y a la même idée de rétablir l'équilibre de l'échange, de réciprocité immédiate ou de revalorisation (hypothèses 2a et 2b). Elle se trouve généralement au début des entretiens de patients. Mais souvent, plus loin dans ces mêmes entretiens, une autre intention se révèle : s'assurer de la qualité des soins futurs, en d'autres termes s'assurer contre l'aléa moral du médecin.

4.2 Deuxième niveau de justification : l'encouragement (comportements stratégiques)

Souvent au cours d'entretiens avec des patients, la justification du paiement informel change et une autre intention se révèle, celle d'encourager son médecin. Plutôt qu'une contribution juste au salaire, il semblerait que le complément de salaire ait pour but de produire un meilleur service de la part du médecin, comme le salaire d'efficience a pour but d'augmenter la productivité du travail de l'employé inobservable en cas d'asymétrie d'information (Shapiro et Stiglitz, 1984). Il s'agit en général de cas de prise en charge de long terme où « la relation compte » (Faridun). Il faut alors être stratégique, donner peut-

26. Il est aussi possible que les poches de marché libre tolérées comme la production domestique qui existaient à l'époque soviétique ait préparé cette marchandisation par le bas. D'une certaine façon le *blat*, le troc et l'échange de faveurs pourraient être des formes d'échange marchand dissimulées, adaptées à l'économie planifiée (Cleuziou et Ohayon, 2017)

être un peu plus que le « frais pour service » normal, ou plus souvent, il faut fidéliser son soignant, re-personnaliser l'échange pour créer de la confiance. En effet, le niveau de confiance dans ce système de santé et dans la plupart des institutions est très bas, comme le montrent des témoignages très négatifs (« ce sont des assassins », « ils ont tué mon père », « nos médecins ne sont plus humains », « ils ne savent rien, ont acheté leur diplôme », entendus de façon récurrente, voir chapitre I). Cette vision est compatible à la fois avec la théorie des contrats et celle du don-contre-don.

Les patients disent vouloir « encourager » ou « stimuler » le médecin

Dans le même entretien où Tahmina justifie son paiement de « frais de service », avec une vision très pragmatique et rationnelle, elle montre une autre intention que celle de seulement compléter le salaire horaire qui est dû aux médecins. Il s'agit de les « encourager ».

Tahmina : La pédiatre, elle est très gentille mais tu vois la procédure quand je vais la voir, c'est que... ce n'est pas obligatoire légalement, mais il faut que je la paie, parce qu'elle a dépensé du temps pour moi. Chaque fois c'est 10-20 somoni. [...] Je ne suis pas obligée de la payer, mais... je ne sais pas comment t'expliquer... Pour l'encourager que.. pour l'encourager, oui, voilà. [...]

S : ce serait différent si tu le faisais pas ?

T : Non, ce ne serait pas différent mais c'est par habitude donc s'il y a la possibilité de lui donner un peu d'argent pour l'encourager pour que... voilà tu vois. Pour moi c'est comme ça : je donne l'argent pour que, la prochaine fois, quand je vais la voir, elle soit un peu... tu vois, déjà. Elle pensera : « Elle va me payer, je serai payée pour mon travail ».

De la même façon, Firuz explique qu'ils « font leur travail, mais si tu paies, ils font de leur mieux, ils font leur travail très bien. Ils sont stimulés, ils te sourient, ils prennent soin de toi... ». Notons que selon Firuz, 9 médecins sur 10 sont ignorants, il a donc une vision très négative de la profession, basée sur une très mauvaise expérience (il vient de passer trois jours en réanimation après un mauvais diagnostic). Comme ni Firuz ni Tahmina ne peuvent connaître le niveau d'effort et la qualité des soins que va fournir leur médecin, ils ne peuvent que l'inciter au mieux en payant à chaque fois quelque chose en plus. Selon un contrat tacite entre eux, le médecin va alors faire plus d'effort. Leur justification est tout à fait compatible avec le modèle principal-agent : le paiement informel est alors le coût de l'effort de l'agent internalisé, le prix à payer pour se prémunir contre son aléa moral. Le paiement informel n'est plus justifié simplement pour rétablir un équilibre mais comme une stratégie en contexte de très forte incertitude pour garantir la qualité des soins en incitant le soignant. La justification par ces patients et le vocabulaire qu'ils empruntent semblent très bien illustrer un cas de contrat incitatif entre patient et médecin (hypothèse 3a).

Les patients prônent la relation interpersonnelle pour instaurer de la confiance

Dans un système de santé en crise, certains patients disent donner pour créer la confiance qui fait défaut. Or, l'inter-connaissance et la personnalisation de la relation jouent un rôle essentiel pour générer de la confiance (Laferté, 2010)²⁷. Nargis semble plutôt inscrire l'échange dans un ensemble de relations interpersonnelles, non dénué de stratégie, qui évoque plutôt la réciprocité différée que le contrat marchand informel internalisant l'incitation. Elle parle à ce moment-là de façon très générale et non d'une expérience précise. Elle nous livre sa vision des choses :

Tu ne peux pas avoir une relation réellement formelle entre le médecin et le patient. Il y a toujours ce contact interpersonnel... et pour avoir de bons services, les gens vont toujours vouloir rémunérer. C'est le secteur où la lutte anticorruption est le plus grand défi. [...] C'est très naturel pour quelqu'un qui veut un bon traitement de rémunérer le médecin, de donner un cadeau au docteur. C'est aussi culturel. Bien sûr en Europe ça viendrait pas à l'idée tu paies tout en avance alors pourquoi payer une seconde fois le service rendu.

Faridun, explique que même dans les hôpitaux semi-privés autofinancés les patients préfèrent donner au médecin²⁸ :

Il y a une liste de prix fixés disponible à la caisse, mais les gens n'y vont pas. Ils n'aiment pas ça. Ils préfèrent donner directement au médecin [...] Car cela instaure une relation et ils pourront mieux s'arranger avec le médecin à l'avenir.

L'interpersonnalité de la relation et l'informalité de la transaction permettent une certaine fluidité dans les arrangements. Dans l'entretien, il raconte comment la gynécologue de sa femme abuse de son pouvoir et lui réclame des honoraires informels supplémentaires (voir *supra*), mais ensuite il se remet en scène comme acteur de l'interaction sociale et justifie son action par la nécessité de créer une relation plus interpersonnelle dans le secteur de la santé²⁹.

[...] Et pourtant j'accepte de payer beaucoup plus. Ce n'est pas une question d'argent ici, la relation compte. Car je sais que dans 9 mois, c'est elle qui va s'occuper de l'accouchement, car c'est elle le médecin de ma femme, et si je le fais pas maintenant <lui donner 25 au lieu de 5> le traitement ne sera pas le même pour ma femme. Ici, à l'Est, tu as intérêt à avoir de bonnes relations, tu vois avec les médecins, avec la police ... tu sais jamais ce qui va arriver par la suite, tu vas peut-être dépendre de lui un jour...

27. « L'économie de face-à-face est une économie de normes et d'obligations sociales. Chacun obéit à des systèmes de valeurs partagées pour organiser et garantir les échanges (Fontaine 2009 ; Lamoreaux 1994) » (Laferte 2010)

28. De même, Firuz déclare : « Je ne paie jamais à la caisse. Tout le monde paie toujours au docteur directement ! D'ailleurs personne ne te dit là-bas que tu dois payer à la caisse »

29. Bien sûr on peut le voir comme un « achat » de confiance. Mais ce qui est important c'est que ces patients situent leur action dans un régime non marchand pour se justifier (même lorsque, de fait, ils ne font que répondre à l'exigence d'un médecin abusif).

Il défend l'idée d'une relation interpersonnelle, à la fois basée sur les positions de pouvoir du médecin (il fait deux fois le parallèle avec la police, et il n'est pas le seul, comme s'il devait ménager l'autorité médicale comme l'autorité policière) et sur la possibilité d'arrangements plus faciles à gérer avec un médecin que l'on paie informellement en face-à-face. Cela semble en discordance avec sa théorie selon laquelle les médecins sont aujourd'hui simplement des businessmen que l'on paie d'un frais de service comme pour n'importe quel autre service. Il alterne à plusieurs reprises. Une fois, il parle de relation mais décrit en fait un achat de garantie qualité lorsqu'il redit une deuxième fois « Nos docteurs ne sont plus des docteurs. Hippocrate ne fonctionne plus. Enfin si ça fonctionne quand il y a de l'argent... ils sont des bons docteurs que si on leur donne de l'argent. » Une autre fois, il décrit les services de soins comme un marché de la santé, dont la privatisation est déjà évidente même si pour l'instant encore informelle. Il dépeint des formes de rente de pouvoir dans le secteur sanitaire comparables à celles de services administratifs corrompus détenant de fait un pouvoir politico-bureaucratique.

Finalement, même dans les entretiens de personnes utilisant l'expression « frais de service », l'ambiguïté persiste et la tentation de distinguer l'interaction de soins des transactions marchandes est toujours forte, du fait de l'enjeu de pouvoir qui s'y dissimule (hypothèse 3b).

Au delà de vouloir restaurer la confiance, encourager ou inciter à l'effort, il y a parfois même une intention de favoriser le sort. Lorsqu'elle évoque la tentative de privatisation, une réforme pour formaliser les paiements informels, outre l'augmentation consécutive des tarifs, Zumrat note la perte de pouvoir. Elle va plus loin que les autres en sous-entendant que des paiements trop formels pourraient ne pas permettre un sort favorable :

Une fois je suis allée dans un hôpital semi-privé autorisé à prendre de l'argent officiellement. C'était une étape de plus pour lutter contre la corruption. Mais d'une certaine façon ça n'a pas marché. Selon moi c'était vraiment excessivement cher... je crois que depuis ils ont arrêté le système... J'ai été très insatisfaite de ces services. Mon fils a eu des complications après l'opération <pour une appendicite> et ils ont été totalement irresponsables [...] ça a été une horreur, une terrible expérience. Avec mes amis, on ne recommande jamais cet hôpital. [Un temps] Mais peut-être que cela n'avait rien à voir avec ces paiements formels. Peut-être que c'était juste moi, qui n'avais pas la chance de mon côté à ce moment-là.

Nous savons par ailleurs que Zumrat est très superstitieuse, elle se fait rapporter des objets bénis par une *bibi* (grand-mère) guérisseuse de sa ville natale, comme de l'eau pour soigner ses yeux et des raisins pour porter chance (« J'ai mal à mes yeux à force de travailler. Mais ces choses que tu as rapporté de là-bas, cela va me soigner les yeux »). Même si elle appartient à un groupe social plutôt aisé, de centre-ville avec un bon accès aux soins, elle fréquente aussi en parallèle les guérisseurs traditionnels. Bien qu'elle le dise avec une certaine distance scientifique, elle pense qu'en santé, les croyances jouent un rôle

déterminant³⁰. Zarbod, lui aussi évoque la volonté de favoriser le sort. Il explique que dans le Badakhchan, les patients paient beaucoup moins qu'à Douchanbé. Il ajoute : « À la limite pour un enfant on va donner un petit quelque chose pour remercier. » Lorsque je demande pourquoi pour un enfant en particulier, il répond : « Peut-être pour porter bonheur ! »

L'interprétation des médecins et la justification de certains refus

Que ce soit par une incitation qui se veut contractuelle (hypothèse 3a), par l'instauration d'une réciprocité de long terme dans la relation patient-médecin (hypothèse 3b), derrière le paiement informel donné par le patient, il y a une volonté de rééquilibrage du rapport de force. Dans une perspective fonctionnaliste, les rôles sociaux du patient et du médecin fondaient une relation thérapeutique structurellement asymétrique, qui subordonnait le malade au médecin (Parsons, 1951). Néanmoins des patients et leurs proches, bien qu'affectés physiquement et émotionnellement, peuvent jouer un rôle actif. Ils peuvent utiliser certaines brèches fragilisant l'autorité. Nous suggérons que le paiement informel peut être utilisé à ces fins. Le patient est dans une telle situation de vulnérabilité, de tout son corps, qu'il paie un supplément pour reprendre un peu ses droits dessus, tenir tête au médecin, ne pas être totalement inféodé bien que l'asymétrie de savoir le défavorise. « Informal prestations could thus be seen as patients' attempts to rebalance their position *vis-à-vis* healthcare personnel³¹ » (Stan, 2012). Il peut alors donner un plus ou moins grand paiement informel. Si le médecin décide d'accepter ce paiement, il sait que cela l'engage selon un contrat tacite. Dans cette perspective, l'ordre social dans la relation thérapeutique n'est pas statique, il est « négocié » au cas par cas (Castel, 2005 ; Strauss *et al.*, 1992).

Certains médecins interrogés invoquent d'ailleurs le geste de rééquilibrage comme une raison de refuser le paiement informel, comme si l'équilibre n'était pas possible, comme si le rapport de force ne pouvait que basculer en leur défaveur. Ils interprètent le fait de donner un paiement informel comme une tentative d'inverser le rapport de domination pour faire du médecin son obligé. Farahnoz, endocrinologue de 28 ans, travaille à l'hôpital des chemins de fer, un établissement corporatiste, une structure parallèle au système mais ouverte aux autres patients (voir I). Elle est payée par la caisse des chemins de

30. Notons qu'au Tadjikistan s'observent de nombreuses pratiques divinatoires et magiques, pour la guérison et la « bonne fortune » (Fronval, 2016). Il est courant de consulter un guérisseur ou un *folbin*, devin, pour identifier la cause de la maladie. Dans le même temps les médecines traditionnelles dites « populaires » (herbes), pendant longtemps réservées aux *tabibs* et discréditées par les autorités médicales, sont promues par le gouvernement comme ciment d'identité nationale. Donc que certains patients accordent une charge magique, superstitieuse au remerciement est tout à fait envisageable. (Hohmann, 2008 ; Hohmann et Lefèvre, 2014). Voir chapitre I

31. Les prestations informelles pourraient donc être vues comme des tentatives des patients de rééquilibrer leur position vis-à-vis du personnel de soin

fer et non par le ministère de la santé, ce qui fait qu'au début elle gagne moins que dans d'autres établissements publics (ils débutent à 400 TJS, d'autres jeunes médecins déclaraient gagner 600), mais selon elle le salaire augmente bien avec l'ancienneté et peut atteindre des niveaux plus importants (« Certains après 30 ans d'expérience, peuvent gagner plus de 3000 somoni dans notre hôpital ! »). En tout cas, elle ne se plaint pas de ne pas joindre les deux bouts comme d'autres le font. Les employés des chemins de fer sont habitués à ne pas payer les services, déjà financés sur leurs salaires, mais les autres patients sont plus habitués qu'eux à donner un paiement informel et préfèrent souvent payer une deuxième fois directement le médecin. Elle refuse et justifie son refus de recevoir ainsi : le paiement informel vient de la volonté du patient de retrouver l'avantage dans le rapport de force.

- C'est pas seulement qu'ils pensent qu'on est mal payés, même si ça aussi ça peut être une raison, simplement par habitude. Ou encore ils peuvent avoir peur qu'on les soigne mal s'ils paient pas ou plutôt ils paient pour qu'on les soigne mieux. Beaucoup ont cette psychologie : quand ils paient ils deviennent plus exigeants. Donc ils paient pour pouvoir être plus exigeants, pour se sentir le droit de l'être. Certains se comportent exactement comme ça : ils paient et après sont super exigeants. - Exigeant, c'est-à-dire ? - Ils vont demander plus d'attention, vont sonner souvent, poser plein de questions comme si c'était au médecin de donner des conseils personnels ! - Et c'est souvent plutôt les patients riches ? - Pas seulement les riches, presque tous exigent comme ça. Mais plutôt les citadins, les plus éduqués c'est sûr. En campagne, c'est sûrement pas comme ça. (Farahnoz, Douchanbé, 25 août 2015)

Le sentiment d'obligation est ressenti plus durement encore dans certains entretiens de médecins comme dans celui de Nodira, précédemment citée : « Le patient me dit : je te remercie, tu me guéris ». Cela peut être interprété comme la manifestation de certaines croyances, en donnant d'abord, en se privant, il met toutes les chances de son côté pour que cela lui soit rendu. Mais au-delà de cela, il y a peut-être une visée performative dans la formule, une tentative du patient de tout contrôler, de forcer le sort. Selon une grille maussienne, la chronologie de l'échange s'inverse. Le don est le paiement informel, et non plus les soins fournis par le médecin, et le contre-don la guérison. Selon la grille principal-agent, le contrat se met à porter non plus sur l'implication du médecin dans les soins, sur le fait de soigner, mais sur le fait de guérir. Il ne s'agit plus de contrôler l'aléa moral, mais la part d'aléatoire de la maladie. Le changement de la temporalité de l'échange inverse la relation médicale et le rapport de domination. La tâche de soigner devient une charge trop lourde. Cela représente une limite à la pratique du paiement informel si cela mène à un échec de coordination. Ainsi Gulnora, cardiologue en reconversion, explique son refus des paiements informels et même sa reconversion, donc sa décision de ne plus soigner, par le « sentiment de dépendance » que crée le paiement informel.

Comme on le voit, les personnes interrogées justifient leurs actions selon différents critères normatifs (Boltanski et Thévenot), y compris dans un même entretien (Faridun, Tahmina). Les patients inscrivent leur action dans un régime de solidarité avec le médecin tout en révélant des intentions d'inciter ou de renverser la balance en leur faveur, ce qui sous-entend un équilibre initial en leur défaveur à eux (Parsons). Les médecins interrogés inscrivent leur action dans un régime non marchand, et justifient le paiement informel par la nécessité d'équilibrer l'échange, grâce à un lexique de la nécessité, de la survie, par opposition à une logique de bénéfices³². Mais ils peuvent aussi refuser de recevoir le paiement et ainsi refuser d'entrer dans la chaîne de dépendance introduite par la triple obligation de donner, recevoir et rendre.

De part et d'autre de la relation médicale, il semble y avoir les signes d'une remise en cause de la convention dans son évolution actuelle, et ce pour différentes raisons. La marchandisation progressive des soins et la privatisation des dépenses, combinées aux doutes croissants sur les bénéfices des médecins, qui les feraient sortir de la stratégie de survie, augmentent petit à petit l'attrait de la formalisation des paiements. Les patients les plus éduqués semblent remettre en cause plus directement la pratique. Les médecins interrogés semblent défendre une logique de désintéressement et d'éthique médicale qui se perdrait dans l'évolution actuelle de la pratique.

5 Discussion et conclusion : une convention en crise ?

Une convention est définie comme un accord collectif qui encadre plus ou moins formellement la relation permettant de réduire l'incertitude, particulièrement importante dans l'interaction médicale. On observe dans les entretiens un pluralisme dans les registres auquel rattacher le paiement et des signaux de remise en cause de la convention. Du côté des médecins, on observe des cas où le paiement informel même « normal », conventionnel, donné par le patient, est refusé par le médecin, ce qui nous laisse penser que la convention évolue, le paiement informel qui en résulte ne fait pas tout à fait consensus. Du côté des patients, on observe la coexistence de registres très différents, certains disent qu'ils considèrent le soin comme une marchandise dont la privatisation formelle n'est qu'une question de temps et peuvent en même temps continuer de voir une relation interpersonnelle et refuser de la réduire à une transaction. Certains commencent à appeler à la formalisa-

32. Cette observation a été faite par de nombreux ethnographes sur des terrains postsocialistes divers. Du fait de la prégnance encore forte de la moralité socialiste (Mandel et Humphrey, 2002), les petites activités lucratives, les petits échanges marchands privés, les « arrangements » informels, sont souvent présentés par les personnes interrogées comme une nécessité, une « stratégie de survie » (comme cela l'était dans la première phase postsoviétique : Bridger et Pine (2013) regroupent des textes décrivant une véritable culture de survie). Il faut que cela ait l'air de relever de la survie pour que cela soit acceptable. C'est aussi souvent un moyen de se distinguer des businessmen qui ont profité de la fin de l'Union soviétique pour s'enrichir (Deffontaines, 2018).

tion des paiements (en demandant des factures) tout en voyant leur intérêt à ce que le transfert reste informel car il y a alors un arrangement possible. Il y a des résistances, des tensions, des refus de part et d'autre, caractéristiques d'une transition, d'une évolution du paradigme de référence : « l'activité de l'échange est souvent interprétée de façon diverse dans une relation pouvant aller du jeu à l'escroquerie » (Dufy, 2008).

Pourquoi ces contradictions ? Est-ce dû à la monétisation progressive du remerciement ? Est-ce à cause des cas d'extorsion par abus de position dominante ? à cause d'un climat de soupçon généralisé ? à cause de l'introduction progressive de réformes conçues pour un cadre marchand ? Pour comprendre ces dissonances³³, on rappelle la convention de réciprocité sur laquelle s'appuie le paiement informel : les médecins font bien leur travail donc les patients les remercient. Selon Batifoulier (1992) « la convention d'effort, en rupture avec l'approche contractuelle établit que le niveau d'effort ne dépend pas seulement de la rémunération » et cela est garanti par la pression sociale que le collectif, la profession, exerce sur ses membres. Mais lorsque le paradigme change au sein du groupe, lorsque le désintéressement devient minoritaire, l'incitation financière individualisée reprend le dessus et reconnecte le niveau d'effort et le niveau de rémunération. Ainsi, le paiement informel s'est développé, en nombre et en montant. En prenant de l'importance, il a créé des attentes chez les médecins (comme le décrit Gulnora au niveau individuel sur l'engrenage et la dépendance à l'argent) et des doutes chez les patients. Il se peut qu'il ait contribué lui-même à miner la convention sur laquelle il repose en inversant la causalité. Le travail devient le résultat du paiement informel, que cela s'explique par la contractualisation ou l'inversion de la temporalité dans la réciprocité de l'échange. À revers du constat que fait Batifoulier sur la France (ce n'est ni le marché ni le contrat incitatif mais la confiance qui est mécanisme coordinateur), lorsque le paiement conventionnel mine lui-même la confiance comme au Tadjikistan, la logique incitative revient, d'où la porosité observée entre les deux registres dans les différents entretiens.

Les facteurs économiques ont sans doute joué un rôle. Tout d'abord une phase de monétisation de l'économie a fait passer l'ex-URSS et le Tadjikistan d'une économie de faveurs (Ledeneva, 1998) dans laquelle les liquidités manquaient comme les autres commodités et dans laquelle les échanges étaient remplacés par des échanges de services personnalisés, à une économie monétaire, accentuée par l'injection importante de roubles russes issus des migrations de travail (voir Cleuziou, 2016), y compris dans le secteur médical (Polese, 2014, Reeves, 2012). Mais la monétisation ne suffit pas à expliquer le changement de paradigme puisque la convention fonctionnait encore alors que la monnaie était devenue plus courante qu'à l'époque soviétique. Ensuite, la marchandisation

33. Gulnora évoque ces dissonances lorsqu'elle dit qu'accepter de l'argent c'est entrer « en conflit avec soi-même ».

progressive du service de soins est apparue avec les cliniques autofinancées et le secteur privé (dentiste). La privatisation et la marchandisation du secteur se fait aussi par l'intervention des Organisations Internationales, comme la réforme sur la rémunération des médecins à la performance proposée et étudiée par la Banque Mondiale. Le développement de l'incitation financière individuelle pourrait « renforcer la saillance du cadre marchand » (Batifoulier et Ventelou, 2003). Tout cela contribue à redéfinir en profondeur la relation médicale.

L'évolution des représentations collectives au gré des évolutions historiques a aussi joué un rôle. « Les attentes et représentations des patients ne sont pas sans influence sur les comportements des médecins. De même, l'opinion commune, sur le rôle social des médecins et la perte de prestige et de notabilité, peut avoir une incidence sur l'activation du cadre marchand » (Batifoulier et Ventelou 2003, p. 324). Cette analyse est tout à fait valable au Tadjikistan. Dans la première moitié du XXe siècle, les grands progrès apportés par les médecins formés à l'hygiénisme et à la médecine soviétique ont pu marquer fortement les représentations. Ils opposaient leur efficacité et l'objectivité scientifique à l'efficacité plus subjective des *tabibs* (guérisseurs). Les progrès ont alors stoppé les grandes épidémies, nettement augmenté l'espérance de vie infantile et maternelle. Mais ensuite, le secteur a été désinvesti (au sens propre comme au figuré) entraînant une perte de prestige des médecins après les années 1970. L'image s'est encore ternie avec la ruine du système, la désaffectation des infrastructures, les pénuries de matériels et le départ de nombreux médecins pendant la guerre civile. Enfin, la corruption du système éducatif qui touche aussi l'institut de médecine, discrédite les diplômés et diminue encore le prestige de la profession. Or, le titre scolaire qui définit le métier serait un des piliers (un des « investissements de forme », Batifoulier (1992), p. 34, empruntant le terme proposé par Thévenot (1986)) qui fondent la convention et « limitent l'incertitude radicale ». La perte de confiance dans l'honnêteté et les compétences du corps médical a pu contribuer à « l'activation du cadre marchand » (Batifoulier et Ventelou 2003).

Conclusion Les différentes sources auxquelles nous avons eu recours nous ont permis de dresser un tableau détaillé des pratiques de rémunération informelle du médecin au Tadjikistan. Elles offrent chacune un éclairage sur ces phénomènes très fréquents.

Tout d'abord on a montré que la différenciation des tarifs informels relative au revenu existait surtout en consultation ambulatoire, dans les cas de face-à-face avec le médecin qui ausculte. Elle ne s'exerce qu'au plus haut quintile à l'hôpital. En complément, les entretiens de patients suggèrent que s'il y a différenciation elle est plutôt le fait du patient lui-même qui donne en fonction de sa capacité financière plutôt que le fait du médecin unilatéralement.

En revanche à l'hôpital les tarifs ne sont pas du tout indexés au revenu mais beaucoup

plus à la capacité de négociation individuelle des patients et de leur famille et à contracter les dépenses, rapidement catastrophiques, de l'hospitalisation. En cela la notion de capital social est plus adaptée à la compréhension des différences de paiement que celle de capital économique.

Ensuite, nous avons montré que le paiement informel donné par le patient, par opposition à celui extorqué, est le résultat d'une convention, partiellement héritée du passé et aujourd'hui en pleine transformation. C'est une pratique acceptée, une forme de paiement informel qui fait consensus. Cependant, les justifications actuelles sont plurielles et interrogent la nature de ce consensus. Si la logique de réciprocité, l'intention d'équilibrer l'échange et l'importance de la relation interpersonnelle sont encore fortement ancrées dans les discours, elles coexistent avec des justifications d'un ordre différent, une logique plus contractuelle, basée sur la défiance. Alors que le paiement informel conventionnel a pour but de stabiliser la relation, gérer l'incertitude, il a généré un brouillage de repères avec le paiement informel anormal, extorqué, en suscitant ainsi des doutes quant à l'honnêteté et la compétence des professionnels de santé. Il a généré les conditions de possibilités de sa disparition en suscitant une logique de rémunération contractuelle incitative.

Cette crise de la confiance et de la convention, à l'origine de la relation médicale, ainsi que l'augmentation des paiements informels ont des conséquences directes en termes de renoncement aux soins, total ou partiel, comme on le voit dans le chapitre III et IV. Elles entraînent également d'autres stratégies, en fonction des moyens financiers : le repli vers les médecines traditionnelles et l'automédication, le tourisme médical. Les médecines traditionnelles, en plus d'être plus accessibles, sont promues par la politique nationaliste du gouvernement (ouverture d'un institut officiel qui lui est dédié). L'automédication quant à elle est fortement facilitée par le faible encadrement des médicaments (comme il n'y a pas d'assurance obligatoire, il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance) et par l'importation de médicaments de provenances de plus en plus diverses (Inde, Pakistan, Chine). Ceux qui ont le plus de moyens se tournent vers d'autres pays pour se faire soigner : la Russie, l'Allemagne, l'Arabie saoudite, l'Iran, la Turquie. Des agences privées commencent même à apparaître afin de faciliter l'organisation de ces voyages médicaux.

Bibliographie

ARROW, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5) :941–973.

ARROW, K. J. (1986). Agency and the market. *Handbook of Mathematical Economics*, 3 :1183–1195.

- BALABANOVA, D. et MCKEE, M. (2002). Understanding informal payments for health care : the example of Bulgaria. *Health Policy*, 62(3) :243–273.
- BALABANOVA, D., MCKEE, M., POMERLEAU, J., ROSE, R. et HAERPFER, C. (2004). Health service utilization in the former Soviet Union : Evidence from eight countries. *Health Services Research*, 39(6p2) :1927–1950.
- BATIFOULIER, P. (1992). Le rôle des conventions dans le système de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 10(1) :5–44.
- BATIFOULIER, P. et VENTELOU, B. (2003). L'érosion de la «part gratuite» en médecine libérale. Discours économique et prophéties autoréalisatrices. *Revue du MAUSS*, 1(21) : 313–329.
- BLUNDO, G. et Olivier de SARDAN, J.-P. (2001). La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest. *Politique africaine*, 3 :8–37.
- BOLTANSKI, L., DARRÉ, Y. et SCHILTZ, M.-A. (1984). La dénonciation. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 51(1) :3–40.
- BOLTANSKI, L. et THÉVENOT, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Gallimard, Paris.
- BOURDIEU, P. (1980). Le capital social [liminaire]. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 31(1) :2–3.
- BRIDGER, S. et PINE, F. (2013). *Surviving post-socialism : Local strategies and regional responses in Eastern Europe and the former Soviet Union*. Routledge, Londres.
- BUCHMUELLER, T. C. et COUFFINHAL, A. (2004). Private health insurance in France. *OECD Health Working Paper*, 12.
- BUCHMUELLER, T. C., COUFFINHAL, A., GRIGNON, M. et PERRONNIN, M. (2004). Access to physician services : Does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Economics*, 13(7) :669–687.
- CASTEL, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs. *Revue française de sociologie*, 46(3) :443–467.
- CHAVANCE, B. (2001). Organisations, institutions, système : types et niveaux de règles. *Revue d'économie industrielle*, 97(1) :85–102.
- CHAVANCE, B. (2008). Formal and informal institutional change : the experience of postsocialist transformation. *The European Journal of Comparative Economics*, 5(1) : 57–71.

- CLEUZIQU, J. (2016). *Mariages, démariages et remariages : rituel, genre et parenté au Tadjikistan contemporain*. Thèse de doctorat, Université Paris-Ouest Nanterre.
- CLEUZIQU, J. et OHAYON, I. (2017). Ruineux mariages au Tadjikistan. *Monde diplomatique*, page 11.
- CORTADO, T. (2014). L'économie informelle vue par les anthropologues. *Regards croisés sur l'économie*, 14 :194–208.
- DEFFONTAINES, P. (2018). “Survivre” 25 ans après la chute de l'URSS : classes populaires et marchés dans les espaces ruraux ukrainiens. Thèse de doctorat, Université de Bourgogne.
- DENZAU, A. T. et NORTH, D. C. (1994). Shared Mental Models : Ideologies and Institutions. *Kyklos*, 47(1) :3–31.
- DUFY, C. (2008). *Le troc dans le marché. Pour une sociologie des échanges dans la Russie post-soviétique*. L'Harmattan, Paris.
- DUFY, C. et WEBER, F. (2007). *L'ethnographie économique*. La Découverte, Paris.
- ENSOR, T. et SAVELYEVA, L. (1998). Informal payments for healthcare in Former Soviet Union : some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 13(1) :41–49.
- EVANS, R. G. (1974). Supplier-induced demand : some empirical evidence and implications. In *The Economics of health and medical care*, pages 162–173. Palgrave Macmillan, Londres.
- EYMAR-DUVERNAY, F. (2006). *L'économie des conventions, méthodes et résultats. 2. Développements*. La Découverte, Paris.
- FALKINGHAM, J. (2004). Poverty, out-of-pocket payments and access to health care : evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine*, 58(2) :247–258.
- FRONVAL, L. (2016). Les usages contemporains de la bibliomancie au Tadjikistan. *IFEAC Working Papers*, 9.
- GLAZER, J. et MCGUIRE, T. G. (1993). Should physicians be permitted to ‘balance bill’ patients? *Journal of Health Economics*, 12(3) :239–258.
- GROSSMAN, G. (1977). The “Second Economy” of the USSR. *Problems of Communism*, pages 25–40.
- HABIBOV, N. (2009). Determinants of out-of-pocket expenditures on prescribed medications in Tajikistan : Implications for healthcare sector reform. *Journal of Health Organization and Management*, 23(2) :170–182.

- HABIBOV, N. N. (2011). The inequity in out-of-pocket expenditures for healthcare in Tajikistan : Evidence and implications from a nationally representative survey. *International Journal of Public Health*, 56(4) :397–406.
- HOHMANN, S. (2008). Instrumentalisation politique de la médecine traditionnelle en Ouzbékistan : vers une réinvention de la tradition? *Le Courrier des Pays de l'Est*, 1067(3) :24–27.
- HOHMANN, S. et LEFÈVRE, C. (2014). Post-Soviet Transformations of Health Systems in the South Caucasus. *Central Asian Affairs*, George Town University, Washington, 1(1) :48–70.
- JELOVAC, I. (2015). Physicians' balance billing, supplemental insurance and access to health care. *International Journal of Health Economics and Management*, 15(2) :269–280.
- KANKEU, H. T. et VENTELOU, B. (2016). Socioeconomic inequalities in informal payments for health care : An assessment of the 'Robin Hood' hypothesis in 33 African countries. *Social Science & Medicine*, 151 :173–186.
- KHODJAMURODOV, G. et RECHEL, B. (2010). Tajikistan : Health systems review. *Health Systems in Transition*, 12(2).
- KOLM, S.-C. et YTHIER, J. M. (2006). *Handbook of the Economics of Giving, Altruism and Reciprocity : Foundations*, volume 1. Elsevier, Amsterdam.
- KORNAI, J. (2000). *Hidden in an envelope : gratitude payments to medical doctors in Hungary*. Collegium Budapest, Institute for Advanced Study.
- LAFERTÉ, G. (2010). De l'interconnaissance sociale à l'identification économique : vers une histoire et une sociologie comparées de la transaction à crédit. *Genèses*, 79(2) :135.
- LEDENEVA, A. V. (1998). *Russia's Economy of Favours : Blat, Networking and Informal Exchange*. Cambridge University Press, Cambridge.
- MANDEL, R. et HUMPHREY, C. (2002). *Markets and moralities : ethnographies of post-socialism*. Berg, New York.
- MAUSS, M. (1923). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *L'Année sociologique (1896/1897-1924/1925)*, 1 :30–186.
- MCGUIRE, T. G. (2000). Physician agency. In *Handbook of Health Economics*, volume 1, pages 461–536. Elsevier, Amsterdam.

- MCKEE, M., HEALY, J., FALKINGHAM, J. *et al.* (2002). Health Care in Central Asia. *Open University Press Buckingham*.
- PARSONS, T. (1951). *The Social System*. The Free Press, Glencoe.
- PIGOU, A. C. (1920). *The Economics of Welfare*. McMillan&Co., London.
- POLESE, A. (2014). Informal Payments in Ukrainian Hospitals : On the Boundary between Informal Payments, Gifts, and Bribes. *Anthropological Forum*, 24(4) :381–395.
- ROCHAIX, L. (1997). Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats. *Économie & Prévision*, 129(3) :11–24.
- RUFFIN, R. J. et LEIGH, D. E. (1973). Charity, competition, and the pricing of doctors' services. *Journal of Human Resources*, pages 212–222.
- SHAPIRO, C. et STIGLITZ, J. E. (1984). Equilibrium unemployment as a worker discipline device. *The American Economic Review*, 74(3) :433–444.
- STAN, S. (2012). Neither commodities nor gifts : post-socialist informal exchanges in the Romanian healthcare system. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 18(1) :65–82.
- STRAUSS, A. *et al.* (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, volume 2 de *Logiques sociales*. L'Harmattan, Paris.
- THÉVENOT, L. (1986). Les investissements de forme. *Conventions économiques*, 29 :21–71.
- WEBER, M. (2014). Les trois types purs de la domination légitime (trad. Elisabeth Kauffmann). *Sociologie*, 5(3) :291–302.

Annexe

Expression en français / anglais	Freq. dans les entretiens de patients	Entretiens médicaux	Tadjik	Ruse
Remercier le médecin (verbe) En reconnaissance / par gratitude Cadeau	Très fréquent Fréquent Rare	Très fréquent, quasi systématique Fréquent Rare		Blagodariť (благодарить) Za blagodarnost' (за благодарность) podarok (подарок) Dajut (дают)
Donner (ils donnent / on donne les malades donnent ; sans COD, intransitif) Aider Accepter Donner à part Notre petite habitude	Moins fréquent Ø Ø Ø Rare	Très fréquent Moins fréquent Moins fréquent Rare Ø		Pomogati' (помогать) Prinimat' (принимать) Davat ot'del'no Nachta malenkaya prinyuchka Plata za uslugi (Плата за услуги/ услуги)
Pour le service (« Fee for services», entendu en anglais) = Frais de service Donner de l'argent / donner un pot-de-vin (plus rare) Gagner des extras	Fréquent Rare	Rare Rare (et à propos des collègues)	puł dodan/pata dodan Khabki khizmat (хабки хизмат)	Daıt vıatdam den ıgı' / vzıatka (дают деньги/ взятку) (заработки = les gains) Onı berut ot bolnyx (они берут от больных)
Ils prennent	Très fréquent (et plus souvent à propos des hospitalier)	Rare (et à propos des collègues)		Onı berut ot bolnyx (они берут от больных)
Ils demandent (ajoutent parfois « de l'argent») Sur la main / De la main à la main Pas à la caisse (généralement en précision après « non officiel») A la caisse (à propos de la partie officielle, par opposition à remercier) En personne Dans la poche	Fréquent Moins fréquent Moins fréquent Moins fréquent	Ø Fréquent		Prosit' / lebovat' (dan ıgı)(просить/пробовать деньги) Na ruke (на руке) Ne v kasse (не в кассе) / v kasse (в кассе) Lichno (лично) v karnane (в кармане)
Under-the-table (en anglais) Informal payment (en anglais) Salaires non officiel Corruption Facilité de la main (?) Main blanche (graisser la patte ?) Je suis là par un intermédiaire (j'ai un tuyau) = pour obtenir qqch en plus Je connais/j'ai connaissance J'ai un oncle/protecteur	Moins fréquent Moins fréquent Rare Rare Rare Rare Rare Fréquent Rare	Rare Rare Rare Rare Ø Ø Ø Fréquent Ø	Maosi oqirizanti (Маоси оқиризанти) Safedi dast (сафеди даст) man cherez doram man shinos doram man tara doram	Corrupticia (коррупция) legkost' ruki (легкость руки) Чепез = via znakomyi

Chapitre III

Équité dans la consommation de soins et dans le financement

Sommaire

	Introduction	127
1	Contexte et données	131
2	Méthodes	137
3	Résultats : l'équité horizontale en accès	145
4	Résultats : mesure de l'équité verticale en financement	150
	Conclusion	158
	Bibliographie	162
	Annexe	163

Introduction

La santé étant un bien primordial, une forme de bien premier (Rawls, 1982), nécessaire à l'exercice de ses droits et libertés pour atteindre son potentiel, la plupart des systèmes de santé non libéraux se sont assignés des principes d'équité pour permettre à tous d'y accéder quels que soient leurs besoins et quel que soit leur revenu. On mesure généralement le niveau d'équité d'un système à l'aune de deux critères : un critère d'équité dans la consommation de soins et un critère d'équité dans le financement. Contrairement aux critères d'égalité, au sens d'absence de différence, ils tiennent compte des inégalités de moyens et de besoins (Rochaix et Tubeuf, 2009). Les pays ont mis en place des systèmes de financement différents pour garantir l'équité. L'universalité beveridgienne repose sur un financement par l'impôt. L'universalité d'inspiration marxiste sur la désignation de la santé comme droit et bien commun. Le financement redistributif par cotisation indexée sur le revenu est au fondement des systèmes de type bismarckien.

Le premier principe d'équité horizontale dans la consommation de soins exige que chacun reçoive les soins nécessaires à ses besoins, c'est-à-dire en fonction de son état de santé, et ce indépendamment de sa capacité contributive ou de son lieu d'habitation. Il vise à égaliser la consommation de soins et de médicaments de personnes de statuts sociaux différents dès lors qu'ils ont un même état de santé (Jusot *et al.*, 2016 ; Wagstaff et Van Doorslaer, 2000). Il peut être résumé par la formule « à chacun selon ses besoins ». En cas d'iniquité horizontale, on observe des inégalités sociales ou spatiales d'accès aux soins.

Selon le second principe d'équité verticale dans le financement, la contribution des ménages doit augmenter avec leur capacité contributive, que cette contribution prenne la forme d'un impôt, comme dans les systèmes beveridgiens, de cotisations sociales dans les systèmes d'assurance sociale, de primes d'assurances privées dans des systèmes libéraux qui se donneraient des objectifs d'équité, ou de paiements directs des ménages. Des patients à revenu inégal doivent contribuer inégalement au financement des soins. Ce critère peut être résumé par la formule « à chacun selon ses moyens ». Alors que le respect du principe d'égalité exigerait que tous les individus contribuent à même hauteur au financement du système, le principe d'équité verticale est respecté si les individus paient de façon croissante avec leur revenu. Mais alors la contribution peut augmenter avec le revenu moins que proportionnellement, proportionnellement ou plus que proportionnellement. Nous considérons ici que le financement d'un système est équitable dès lors qu'il n'aggrave pas les inégalités de niveau de vie. En conséquence, il est considéré comme souhaitable que le financement soit au moins proportionnel au revenu ou progressif, c'est-à-dire que les contributions des individus représentent une proportion croissante de leur revenu au fur et à mesure que leur revenu augmente.

Si de nombreux travaux se sont intéressés à l'équité horizontale dans l'accès aux soins

(Allin, 2008 ; Allin *et al.*, 2010 ; Van Doorslaer *et al.*, 2004, 2006), l'équité dans le financement a été beaucoup moins étudiée (Cissé *et al.*, 2007 ; Wagstaff et van Doorslaer, 1997). Pourtant il nous semble important de lier ces deux concepts.

Dans les pays développés, les auteurs sont souvent confrontés à un problème de données. En effet, les données des enquêtes auprès des ménages permettent rarement de mesurer les dépenses totales des ménages relatives au financement de la santé, lorsqu'une grande part correspond à des cotisations sociales, à des impôts prélevés par le système public, ou à des primes versées aux assurances et mutuelles. Ils recourent parfois à des modèles de microsimulation (Jusot *et al.*, 2016). Quelques études se sont aussi intéressées à la progressivité des systèmes de santé de pays à revenu faible ou intermédiaire (Abu-Zaineh *et al.*, 2009 ; Cissé *et al.*, 2007).

La littérature existante montre qu'en général dans les systèmes publics de santé, plus les dépenses publiques sont importantes, plus il y a de chances que le système soit équitable dans son financement, que ces dépenses soient financées par l'impôt ou les cotisations sociales. Ainsi dans les pays en transition ou en développement où le système de santé est public mais où le financement public est défaillant, le faible niveau des dépenses publiques va de pair avec un haut niveau de dépenses directes des ménages *out-of-pocket*, y compris pour accéder à des services normalement gratuits (paiements informels, *bakchichs*). Pour mesurer l'équité, il suffit alors de mesurer la répartition des dépenses directes des ménages (Cissé *et al.*, 2007). Au Tadjikistan, les dépenses directes des ménages se composent des frais officiels (copaiements), des paiements informels et des médicaments non pris en charge par le système public.

Généralement, la prépondérance des paiements informels aux professionnels de santé s'explique par les bas salaires dans la profession, dans les pays concernés, et la position de pouvoir du médecin pour extirper une rente (Ensor, 2004 ; Gaal *et al.*, 2006 ; Gaal et McKee, 2004). La question de l'équité rejoint alors souvent celle de la fixation du tarif informel par le médecin. Est-il le même pour tous ou y a-t-il une discrimination positive des populations vulnérables appelées à contribuer moins au financement que les plus riches (hypothèse de Robin des Bois) ?

L'idée que le médecin monopoleur ne discrimine pas ses prix pour maximiser sa rente mais pour ajuster ses tarifs par charité n'est pas nouvelle (Kessel (1958) et le modèle de charité de Ruffin et Leigh (1973)) et ne se limite pas à l'étude des paiements informels comme le prouve le débat sur le *balance billing*, (Glazer et McGuire, 1993 ; McGuire, 2000). Cependant, l'hypothèse de Robin des Bois ou plus généralement un système informel de redistribution ou de subvention des plus pauvres par les plus riches (« cross-subsidy », Ensor et Savelyeva (1998)) a souvent été mentionnée dans la littérature sur les paiements informels depuis les années 1990 dans les pays en développement (Kankeu et Ventelou, 2016) et en transition (Ensor et Savelyeva, 1998 ; Habibov, 2011).

La pertinence de cette hypothèse fait débat et dépend des contextes. À partir d'une

enquête statistique, d'entretiens semi-directifs et de *focus groups*, Balabanova et McKee (2002) montrent que les plus riches, les plus éduqués et les plus jeunes ont tendance à payer davantage, mais plutôt dans le but d'obtenir des soins de qualité que du fait de la charité du médecin. C'est pourtant un ressenti qui est rapporté dans des enquêtes qualitatives (Falkingham, 2004) et des enquêtes d'opinion. (Delcheva *et al.*, 1997) montrent qu'en Bulgarie tout le monde serait en faveur d'une formalisation des paiements directs au médecin, à l'exception des personnes pauvres, âgées et malades, ce qui suggère que, subjectivement au moins, les populations vulnérables ont intérêt au système actuel et pensent pouvoir donner moins au médecin du fait de leur situation si le paiement est informel.

Cette question est d'autant plus importante au Tadjikistan que les paiements informels représentent une grande part des restes-à-charge des ménages, restes-à-charge parmi les plus élevés du monde. Dans les quelques articles existant sur ce sujet au Tadjikistan, l'hypothèse de Robin des Bois est généralement validée. Falkingham (2004) interprète ainsi ses résultats à l'aune d'entretiens effectués en parallèle : si le quintile le plus pauvre paie moins en absolu c'est parce que les médecins « demandent une somme d'argent en fonction de leur évaluation subjective de la capacité-à-payer des patients ». Habibov (2011) étudie l'équité verticale en financement à partir d'indices de concentration et du taux d'effort par quintile. Il conclut à une répartition équitable du financement en valeur absolue, ce qui confirme selon lui l'hypothèse d'un système progressif dû à des médecins « Robin des Bois », il mentionne toutefois le fait que ce ne soit pas vrai en valeurs relatives. Schwarz *et al.* (2013) montrent qu'il y a une discrimination positive des plus pauvres à la marge extensive du paiement informel puisque le premier quintile fait face à un montant informel dans 33% des cas contre 68% des cas dans le quintile supérieur.

Des études dans d'autres pays, d'Europe de l'Est et du Caucase, affirment le contraire. Belli *et al.* (2004), dans leur enquête qualitative sur le système de santé géorgien, évoquent les conséquences néfastes des paiements informels en termes d'équité, même s'ils ne les mesurent pas. Gotsadze (2005) montre qu'en Géorgie le taux d'effort - le paiement informel en proportion du revenu - est plus élevé chez les plus pauvres. Dans une étude sur six pays d'Europe centrale et orientale, Stepurko *et al.* (2013) montrent que les plus pauvres associent plus souvent le paiement informel à de la corruption et ont une attitude négative à son égard, tandis que ce sont seulement les personnes les plus souvent malades qui en ont une vision positive. Cela suggère que si le médecin discrimine, il se base plutôt sur le besoin et le niveau de consommation que sur le statut social.

Finalement, les différences de résultats empiriques viennent généralement de différences de définition. Le principe de Robin des Bois ne précise pas en soi si le médecin doit discriminer ses prix de façon à ce que les plus pauvres paient moins que les plus riches en absolu ou relativement à leur revenu total, pour que le principe soit validé. À notre connaissance assez peu d'articles empiriques ont testé cette hypothèse après avoir claire-

ment posé le critère d'équité retenu et en utilisant les outils adéquats. Parmi ceux-là, la plupart ont en fait invalidé l'hypothèse. Szende et Culyer (2006) retiennent le même critère d'équité que nous, à savoir que le système est équitable s'il n'aggrave pas les inégalités (contribution des patients en proportion de leur revenu) ou s'il est progressif (la contribution augmente plus que proportionnellement au revenu) et montrent que les paiements informels en Hongrie sont régressifs. Kankeu et Ventelou (2016) montrent également sur 33 pays africains que les paiements informels sont généralement régressifs.

Pourtant, au Tadjikistan, Habibov (2011) conclut à la progressivité du système et valide l'hypothèse de Robin des Bois, bien qu'il ne distingue pas dans les dépenses *out-of-pocket* les paiements informels et qu'il ne tienne pas compte de l'iniquité dans la consommation. Or, si l'on observe la progressivité des paiements directs, cela peut être dû soit à la gratuité réelle des soins pour les plus pauvres et à la différenciation des tarifs informels par les médecins selon le principe de Robin des Bois, soit à un moindre recours aux soins des plus pauvres, ces derniers étant amenés à renoncer à des soins dont ils auraient besoin pour éviter ces paiements informels et autres restes-à-charge. C'est pourquoi il est nécessaire d'étudier à la fois l'équité dans le financement et dans l'accès aux soins pour juger de l'équité globale du système. Or, peu d'articles dans la littérature étudient simultanément les deux, comme nous le faisons dans ce chapitre.

Ce chapitre propose donc d'étudier plus précisément les conséquences de ces paiements directs des ménages sur l'équité dans l'accès aux soins et dans le financement. Il vise à vérifier l'hypothèse d'un effet Robin des Bois dans le cas du Tadjikistan, qui possède un des taux les plus hauts du monde de dépenses directes des ménages. Ce taux a varié entre 80% et 60% des dépenses de santé totales ces dix dernières années, maintenant le Tadjikistan parmi les dix premiers. Les pays qui sont actuellement passés devant le Tadjikistan sont des pays comme le Yémen ou le Soudan, avec un taux de 75%.

En mobilisant la base de données issue de la vague 2007 du *Tajikistan Living Standards Survey* (TLSS), ce chapitre contribue à la littérature existante de plusieurs façons. Après avoir clarifié les critères d'équité retenus et optimisé la construction d'un indicateur de niveau de vie pertinent, nous mesurons précisément le niveau d'équité horizontale dans la consommation de soins. Les résultats suggèrent que la consommation n'est pas équitablement répartie dans la population malgré l'universalité du système de soins. Les populations plus démunies cumulent plus de non recours et de renoncement aux soins. Nous mesurons ensuite l'équité verticale dans le financement à l'aide de deux outils adéquats (l'indice de concentration et le Kakwani Progressivity Index). Le TLSS a l'avantage de contenir des informations sur les dépenses directes des ménages pour les différents postes de soins, dont le paiement aux médecins et les médicaments, permettant approximativement de distinguer les dépenses informelles au sein des dépenses directes. La plupart des dépenses directes sont régressives – y compris les paiements informels. Elles sont plus élevées pour les patients pauvres en proportion de leur revenu, contrairement au principe d'équité re-

tenu. Mais le système continue d'être « pro-pauvre » en termes absolus. Pour vérifier si cela provient d'un ajustement des tarifs informels par les médecins, nous distinguons les dépenses formelles et informelles et nous construisons des dépenses contrefactuelles annulant l'iniquité horizontale (quelles seraient les dépenses sans le renoncement ?) et des dépenses contrefactuelles annulant les différences de besoins entre pauvres et riches. Cela permet de savoir si, à besoin équivalent, les paiements informels sont moins concentrés dans le bas de la distribution de niveau de vie que dans le haut, et de vérifier plus précisément le principe de Robin des Bois.

1 Contexte et données

1.1 Contexte

Le Tadjikistan est un petit pays enclavé et montagneux, moins bien doté en ressources naturelles que ses voisins d'Asie centrale, il était déjà le plus pauvre d'URSS, et a de plus connu une guerre civile dévastatrice (1992-1997), appauvrissant l'État issu de l'indépendance. Son PIB par tête est d'environ 2,3 mille dollars.

Le système de santé, hérité de l'époque socialiste, a été durablement affecté, par les destructions et l'émigration de nombreux médecins. La guerre et la crise ont entraîné des pénuries de matériel, des arriérés des salaires et de la menue corruption. Pourtant, d'après la Constitution, il est toujours officiellement gratuit et universel (voir I). Il n'est pas financé par un système d'assurance public ou privé (les contrats d'assurances privées représentent 0,1% des dépenses totales de santé en 2012), mais directement par le budget de l'État et à 80% par celui des autorités locales. Leur budget repose sur les recettes publiques et fiscales¹ (impôt sur le revenu, TVA, droits d'usage, d'accises et d'extraction).

Les services de soins sont encore très largement publics, à l'exception de quelques branches (pharmacies, dentistes, centres de diagnostic). Presque nul en 2007, date de la vague de la *Tajik Living Standards Survey* mobilisée ici, le secteur privé représente 1,6% du secteur sanitaire en 2015, et se trouve essentiellement dans la capitale. La plupart des médecins sont fonctionnaires et reçoivent un salaire de l'État, auquel s'ajoute un paiement informel en argent ou en nature directement donné par les patients. En 2007, le salaire mensuel moyen dans le secteur de la santé était d'environ 60 TJS, alors qu'il était d'environ 190 TJS dans les autres secteurs (respectivement 17 USD et 53 USD) d'après Khodjamurodov et Rechel (2010)². L'habitude de donner un paiement de gratitude au

1. Les impôts au Tadjikistan consistent essentiellement en un prélèvement indirect, la TVA, et en un impôt sur le revenu et sur les compagnies, taxes forfaitaires ou très faiblement progressives. Ils sont en outre difficilement collectés par l'administration.

2. Après plusieurs augmentations décrétées par le Président, le salaire moyen des professions de santé, de 38 USD en 2009, restait inférieur à celui des autres secteurs de l'économie, alors de 65 USD (Khodjamurodov et Rechel, 2010). En 2015, d'après nos médecins interviewés, le salaire mensuel moyen des

médecin, appelé aussi « under-the-counter payment » (Balabanova et McKee, 2002) ou « envelope payment » (Kornai, 2000) dans la littérature, existait à l'époque soviétique, au moins depuis les années 1970. Elle s'est généralisée à tous les services au Tadjikistan pour compenser les pertes de salaires du personnel médical (Falkingham (2004)) constituant pour certains un obstacle à l'accès aux soins.

Des exceptions officielles à la gratuité ont été décrétées, comme la facturation à tarif fixé de certains actes techniques (opérations, tests biologiques) dans certains établissements publics listés (auto-financés). L'amendement de 2003 à la Constitution autorise le principe des copaiements, une participation privée aux frais de santé. C'est la première étape vers une tentative de formalisation des paiements informels. La contrepartie est la mise en place du *Basic Benefit Package*, un panier de soins gratuits garanti pour certaines populations ciblées. Mais cette réforme, après une tentative avortée en 2005, n'est testée en 2007 que dans 4 districts pilotes, et reste très marginale en 2015 (appliquée dans 14 districts, sur 58). Partout ailleurs, les soins sont supposés être gratuits. À ces exceptions à la gratuité s'ajoutent les médicaments en ambulatoire, le traitement et tout le matériel nécessaire à une hospitalisation (draps, perfusion, gants en caoutchouc, nourriture, le service de ménage, garde de nuit...).

Entre les paiements informels, les exceptions à la gratuité, et les dépenses en médicaments, les dépenses directes des ménages couvrent les trois quarts des dépenses de santé, bien qu'il y ait un système de couverture universelle. En 2014, le Tadjikistan se trouvait à la 11e place du classement mondial des dépenses *out-of-pocket* les plus élevées avec 60,1%, le Yémen étant alors le premier du classement avec 78% (IndexMundi). En 2007, lorsqu'a eu lieu la collecte de nos données, au Tadjikistan, 77% des dépenses de santé totales venaient directement des ménages au moment de la consultation ou de l'hospitalisation (Khodjamurodov et Rechel, 2010), ce qui faisait de lui un des premiers du classement.

Concernant les paiements informels, les résultats de l'enquête qualitative que nous avons menée à Douchanbé auprès de patients, médecins et membres d'ONG liées à la santé, suggèrent qu'ils sont extrêmement répandus et qu'ils sont, sous certaines formes, légitimes (chapitre II). Il semble que d'après la norme ce soit au patient de donner et non au médecin de réclamer, ce qui confirme les observations faites dans six pays d'Europe centrale et orientale (Stepurko *et al.*, 2013). Il est aussi plus accepté de donner en consultation, en situation de face-à-face avec le médecin, et de donner en fonction de ses moyens. Cependant, ces paiements étant devenus de moins en moins un contre-don et de plus en plus des honoraires informels, ce qui est particulièrement vrai chez les spécialistes hospitaliers, les patients se plaignent d'abus qui remettent en cause la norme et dégradent leur opinion sur le paiement au médecin. Dans de nombreux cas, le chirurgien, l'infirmière, l'anesthésiste et tous ceux ayant joué un rôle dans la prise en charge vont en fait réclamer

médecins était d'environ 100 USD.

un paiement dont le tarif est moins libre qu'il ne devrait l'être par convention.

Ces premières données contextuelles laissent penser que l'hypothèse de Robin des Bois, selon laquelle le médecin qui différencierait le paiement afin de rétablir une certaine équité dans le financement entre riches et pauvres, serait plus un mythe qu'une réalité.

1.2 Données

Les données utilisées dans l'analyse proviennent de l'Enquête sur le niveau de vie des ménages au Tadjikistan (TLSS 2007), une enquête représentative à l'échelle nationale avec un design complexe, constitué d'un échantillonnage stratifié à deux degrés, les régions et le type de zone urbaine ou rurale. Une sélection aléatoire de 270 unités primaires d'échantillonnage a permis de constituer des grappes, dans lesquelles 18 ménages ont été tirés au hasard pour former un échantillon de 4 800 ménages, soit 29 798 individus. La représentativité nationale des régions est nécessaire à l'analyse car il y a de fortes disparités régionales que ce soit dans les niveaux de vie, les infrastructures de transports, donc l'accessibilité, la qualité de l'offre médicale ou les tarifs informels de la consultation.

Du fait de la longueur du questionnaire l'enquête a été réalisée en deux passages. Les ménages ont été enquêtés en septembre-octobre 2007 (premier entretien, R1) et en octobre-novembre 2007 (second entretien, R2). Des modules sur les mesures anthropométriques des enfants de moins de 6 ans, sur la migration des membres absents au premier entretien et rentrés au second ont été ajoutés. Des questions sur la prescription et le coût des médicaments ont pu également être posées à ce moment-là. Lors du second entretien, 100 ménages n'ont pas été retrouvés, 54 n'ont pas pu être atteints du fait d'intempéries, et 240 ménages d'une même région (Sogd) ont eu un questionnaire combiné (R1+R2) en octobre-novembre car leur questionnaire du premier entretien était inexploitable.

Enfin, nous utilisons également le questionnaire communautaire pour créer des variables de caractéristiques locales, concernant l'offre médicale disponible, les infrastructures existantes de gestion de l'eau et des égouts, et pour construire un indice de prix variant spatialement.

1.3 Variables d'intérêt

La consommation de soins est mesurée à partir de deux questions. L'une demande si l'individu a eu recours à de l'aide médicale ambulatoire au cours des 4 dernières semaines, l'autre demande si l'individu a été hospitalisé durant les 12 derniers mois. Les deux sont suivies de questions sur le nombre de consultations au cours des 4 dernières semaines et d'hospitalisations au cours des 12 derniers mois. Malgré tout, nous mesurons la consommation à partir des deux indicateurs binaires : le recours à des soins ambulatoires et le fait d'avoir été ou non hospitalisé au moins une fois. La principale raison est

l'importance des valeurs aberrantes dans les réponses à la question sur le nombre d'hospitalisations. Au-delà de trois ou quatre hospitalisations au cours des douze derniers mois, on observe des pics de réponses à 7, 15, 30 et même 90, ce qui semble correspondre au nombre de jours d'hospitalisation allant d'une semaine à trois mois, et non au nombre de séjours. Cela laisse penser que les valeurs ne sont pas toutes exprimées dans la même unité. En effet, la question sur le nombre d'hospitalisations (séjour impliquant au moins une nuit à l'hôpital) est posée de façon ambiguë en russe et en tadjik et peut avoir été comprise comme le nombre de nuitées passées à l'hôpital. Par ailleurs, concernant le nombre de consultations ambulatoires, le gradient social semble plus marqué sur le recours (en binaire) que sur le nombre de visites parmi ceux qui ont eu recours. Cela nous incite à approximer la consommation de soins par la probabilité d'avoir eu recours ou non aux services médicaux.

Comme évoqué ci-dessus, les ménages ont été enquêtés deux fois. De ce fait, nous disposons d'informations sur les besoins de soins au cours du mois précédant le premier entretien uniquement, mais sur le recours aux services dans le mois précédant le premier et le deuxième entretien. Comme les deux passages sont proches et pour être cohérent avec la construction de la variable de dépenses (voir ci-dessous) nous avons créé une variable de recours prenant en compte les deux périodes. Elle vaut $(1+1)/2$ lorsque la personne déclare au moins un recours en premier et deuxième entretien. Elle vaut 1 lorsque la personne déclare au moins un recours dans le dernier mois avant le premier passage uniquement, et 1 lorsqu'elle en déclare un dans le dernier mois avant le deuxième passage uniquement. Elle vaut 0 si la personne ne déclare aucun recours ni au premier passage ni au second. Il s'agit d'un proxy du recours moyen mensuel sur les deux ou trois mois d'enquête (comptant les deux passages).

Les dépenses de santé ambulatoires sont collectées au niveau individuel pour les 4 dernières semaines et se composent du coût du transport à chaque consultation, les frais de services (paiements informels au médecin et facture des tests) et les dépenses de pharmacie. Nous disposons d'informations sur les dépenses de transport et de frais de services au cours des 4 dernières semaines précédant le premier et le second entretien ; et sur les dépenses en médicaments au cours des 4 semaines précédant le second entretien uniquement. La majorité des ménages déclarent un recours et des dépenses de transport et de frais de service uniquement lors de l'un des deux entretiens (1107 en R1 et 1380 en R2), mais certains en déclarent dans chaque entretien (315 individus). Or, les ménages enquêtés en septembre puis à nouveau en octobre, ou en octobre puis en novembre ou encore deux fois en octobre, peuvent avoir déclaré deux fois les mêmes frais de service et de transport, du fait du délai de 4 semaines de la question. Il fallait donc arbitrer entre perdre de l'information en ne choisissant qu'une seule période pour tous, ou risquer de compter deux fois certaines dépenses. De plus les frais de services étaient assez dispersés d'un mois à l'autre. C'est pourquoi nous avons construit un proxy des dépenses mensuelles

moyennes (de frais de services et transport) sur les deux ou trois derniers mois en comptant la moyenne des dépenses pour les 315 qui déclareraient des dépenses au cours de chaque entretien. Pour les autres, nous avons pris simplement la valeur des dépenses le mois précédant l'entretien dans lequel ils déclarent des soins. Pour les dépenses en médicaments, la question ne se pose pas puisque nous ne les connaissons que pour les 1380 ayant déclaré un recours au deuxième entretien.

Les dépenses hospitalières sont collectées au niveau individuel pour le dernier séjour au cours des 12 derniers mois et se composent de différents postes. Les dépenses notées « formelles » par la suite comprennent les copaiements (frais d'entrée et de certaines opérations décrétés par le gouvernement), le coût des tests de laboratoire, le traitement. Les dépenses « informelles » comprennent les paiements au médecin et celui aux autres membres du personnel hospitalier. Enfin d'autres coûts s'ajoutent (alimentation, draps, etc.). Du fait des valeurs aberrantes dans le nombre de séjour, il est impossible de calculer une moyenne mensuelle des dépenses hospitalières tenant compte du nombre d'hospitalisations dans l'année rapportées au mois. Nous comparons donc les dépenses lors du dernier séjour, en supposant que l'ampleur des frais - de traitement, de nourriture qui dépendent directement du nombre de jours, et de remerciements au médecin - permet de capter la variation de consommation reflétant le niveau de gravité de la maladie. Cela sous-estime cependant les différences de consommation puisque certains seront allés plusieurs fois à l'hôpital dans l'année. Toutefois plus de la moitié des consommateurs n'y sont allés qu'une fois (56%) et 70% y sont allés moins de trois fois. Par ailleurs, le coût de transport n'a pas été demandé pour le recours hospitalier, ce qui sous-estime le coût total d'une hospitalisation, d'autant plus élevé lorsque les ménages habitent loin des centres urbains.

Les paiements informels ne sont pas directement demandés comme tel, mais nous pouvons les isoler des autres dépenses, sous certaines hypothèses, et voir si la relation entre paiements informels et niveau de vie vérifie le principe de Robin des Bois. Concernant les dépenses ambulatoires, nous nous basons sur la question « How much did you pay for these services including payments for laboratory tests and all consultations, excluding medicine? », les paiements informels en ambulatoires sont approximés par les frais de services qui les composent majoritairement. En effet, en 2007, l'accès aux services ambulatoires est gratuit d'après la Constitution, à l'exception de certains tests en laboratoire dans certains districts faisant l'objet d'un décret³. Concernant les paiements informels en cas d'hospitalisation, la question est plus directe et distingue bien chaque poste de dépenses : frais d'entrée, coût du traitement, dépenses quotidiennes (alimentation, drap),

3. La question suivante (« Were any of these payments made according to posted lists of Government approved prices or co-payments? ») est très mal renseignée, car même dans les districts concernés peu de gens connaissent l'existence de ces copaiements, Nous ne pouvons donc pas affiner la variable de paiements informels en les excluant. Mais comme ces districts sont au nombre de huit, cela reste très marginal et nous pouvons considérer que les frais de services sont informels

paiement au médecin, paiement aux autres personnes (infirmières, aides soignantes). Ce sont ces deux derniers paiements donnés directement aux soignants que nous désignons par paiement informel en hospitalier.

Le renoncement aux soins est mobilisé dans les statistiques descriptives pour documenter la mesure d'équité verticale. Nous utilisons la question : « Avez-vous déjà dû reporter ou renoncer à des soins ? », posée uniquement aux ménages déclarant qu'au moins un de leurs membres a eu besoin de soins durant les 12 derniers mois. Cependant, cet indicateur souffre d'une certaine relativité, il dépend de recours aux soins antérieurs : ceux qui consomment déjà des soins ont plus de chances d'avoir été diagnostiqués et de ressentir un besoin de soins non couvert, s'ils n'ont pas pu aller au bout du traitement par exemple. Afin d'affiner la mesure, nous avons créé deux autres variables de renoncement : le renoncement total (déclarer avoir déjà renoncé aux soins et n'avoir aucune dépenses de santé) et le renoncement partiel (déclarer avoir renoncé à des soins, tout en ayant des dépenses de santé).

Les besoins de soins sont approximés par un ensemble d'informations disponibles sur l'âge et le sexe des individus, sur la santé subjective (de mauvaise à excellente), le fait de souffrir d'une maladie chronique depuis plus de 3 mois ou d'avoir eu un choc de santé dans les 4 dernières semaines précédant le premier entretien, ainsi que le nombre de jours d'incapacité dans chaque cas. Nous disposons également dans le cas d'une maladie chronique ou d'un choc de santé récent du diagnostic de la principale atteinte à l'organisme, s'il a été établi et si l'individu le déclare. Aucune question sur l'état de santé n'a été posée lors du second entretien.

L'indice de niveau de vie est calculé à partir des informations disponibles sur les dépenses courantes du ménage et la possession de biens durables. Les revenus du ménage sont déclarés mais l'information est très imparfaite donc nous ne l'utilisons pas dans ce chapitre. Nous disposons en revanche d'informations détaillées sur les dépenses d'alimentation des 7 derniers jours pour les principaux aliments, les dépenses courantes autres qu'alimentaires durant les 7 derniers jours (produits d'entretiens, cosmétiques etc.) ainsi que des achats de produits moins courants durant les 6 derniers mois (habits, linges de maison, etc.) et les dépenses plus exceptionnelles durant les 12 derniers mois (cérémonies, voyages, etc.). Nous les avons transformés en moyenne mensuelle pour les rendre comparables. Nous disposons aussi d'informations sur les dépenses mensuelles moyennes d'éducation et sur les possessions (assets). Les ménages ont été interrogés sur leurs biens d'équipement (électroménager, véhicules) – le nombre détenu, l'année d'achat, le prix de revente actuel, sur les caractéristiques de leur logement et le potentiel loyer qu'ils pourraient recevoir s'ils le louaient. Enfin, nous tenons compte du nombre de membres du ménage et des indices de prix locaux, afin d'ajuster l'indice de niveau de vie (voir ci-dessous).

2 Méthodes

2.1 Mesurer le niveau de vie

Le choix de l'indice de niveau de vie, utilisé comme variable de rang dans les analyses d'équité, n'est pas anodin et peut influencer les résultats (Lindelov, 2006). Il s'agit de choisir l'indicateur le mieux adapté à notre étude des inégalités en accès et en financement. Depuis les années 2000, de nombreux auteurs se sont intéressés à l'impact de la variable de richesse utilisée pour mesurer les inégalités de santé et notamment la différence entre revenu, dépenses, agrégat de consommation, indice de patrimoine. Contrairement aux Demographic and Health Survey (DHS), l'enquête TLSS est pourvue d'informations sur le patrimoine et les caractéristiques des biens durables des ménages ainsi que d'informations détaillées, bien qu'imparfaites, sur les dépenses courantes (quantités et coût total), l'autoconsommation et les prix au niveau local.

Il est communément admis que les indices de consommation sont plus pertinents que les informations incomplètes sur les sources de revenus dans les pays en développement et en transition où une grande partie des revenus sont informels (Deaton et Zaidi, 2002 ; Falkingham et Namazie, 2002). En revanche, le choix entre indice de patrimoine et indice de consommation n'est pas tranché dans la littérature et dépend de l'objet d'étude et de sa temporalité. McKenzie (2005) défend l'indice de patrimoine obtenu par analyse en composante principale non seulement lorsqu'il n'y a pas d'information sur la consommation mais aussi pour éviter certains biais des données de dépenses. Cependant, si l'étude porte sur les inégalités de consommation, il recommande de recourir à des données annexes de consommation, une solution privilégiée par Foreit et Schreiner (2011).

Falkingham et Namazie (2002) après avoir noté les limites des indices de dépenses (notamment la difficulté de calculer un loyer équivalent dans des pays sans marché du logement), concluent qu'ils sont à privilégier si le but est de classer les individus selon leur niveau de vie, ce que nous faisons. Bollen *et al.* (2002) recommande l'indice de patrimoine comme proxy du revenu permanent comme un contrôle. Filmer et Pritchett (2001) recommandent l'indice de patrimoine, moins sujet aux fluctuations conjoncturelles, pour les études longitudinales, ce qui n'est pas le cas de la présente étude.

Bien que Wagstaff et Watanabe (2003) ne trouvent pas de différence significative entre la mesure d'inégalités en santé basée sur l'indice de patrimoine et sur l'indice de consommation dans une étude sur dix-neuf pays, Lindelov (2006), dans son étude sur le Mozambique, montre que les inégalités de recours sont plus importantes lorsqu'on les mesure par rapport à un indice de patrimoine que par rapport à un indice de consommation. Il souligne la sensibilité des résultats et l'importance du choix de la variable. Dans notre cas, la corrélation entre indice de consommation et indice de patrimoine est de 30%, ce qui la situe plutôt dans la fourchette basse des estimations de Wagstaff et Watanabe

(2003). Selon eux, le choix n'a pas d'importance du moment que la différence de rang des ménages en fonction de la variable de classement n'est pas corrélée à la santé. Dans notre cas, elle n'est pas corrélée avec la variable de recours standardisée, mais elle l'est avec les dépenses de santé.

Lorsqu'on étudie l'équité dans le financement, si les ménages sont classés à partir de leur seuls biens durables, le niveau de vie des ménages qui consomment beaucoup de soins et arbitrent donc leur dépenses en faveur de la santé et en défaveur d'autres achats va être sous-estimé. Mais lorsque les dépenses de santé sont catastrophiques et que les ménages font appel à l'endettement ou la vente d'assets, compter les dépenses de santé dans l'indice de consommation totale pourrait surestimer leur niveau de vie. Cependant certains auteurs considèrent que la capacité d'endettement est elle-même un indicateur de solvabilité, de revenus futurs et donc reste corrélée au niveau de vie. Deaton et Zaidi (2002) recommandent d'inclure les dépenses de santé dans l'indice lorsque l'élasticité des dépenses de santé par rapport aux dépenses totales courantes est élevée. Elle est de 1,57, et donc supérieure à 1, dans notre échantillon.

C'est pourquoi, le présent article utilise un indice de consommation totale tenant compte des dépenses de santé, mais dans une version améliorée par rapport à celle de Habibov (2009b, 2011) qui, en se concentrant sur la consommation courante, sous-estime l'écart de capacité-à-payer des soins entre les zones rurales et urbaines. L'indice que nous proposons ajoute aux dépenses courantes, la valeur d'usage des biens durables, l'équivalent loyer - afin de limiter la seule influence de la variable de dépenses de santé - tout en corrigeant des variations spatiales de prix.

Pour construire l'indice de niveau de vie INV nous suivons la méthode de Deaton et Zaidi (2002) et de Lindelow (2006), selon la formule suivante :

$$INV = \frac{\sum \text{depenses} + \sum \mathbb{I}_b \hat{v}_b + \hat{L}}{\text{IndicePaasche}_h \cdot N_h}$$

avec \hat{v}_b la valeur d'usage du bien durable b et \mathbb{I}_b l'indicatrice de possession de ce bien par le ménage ; N_h est le nombre de membres dans le ménage h et \hat{L} la valeur locative potentielle, ou l'équivalent loyer, du logement de h .

L'équivalent loyer \hat{L} est plus pertinent que les dépenses directes d'hébergement : en coupe transversale certains ménages viennent d'acheter une maison, d'autres l'ont eu en héritage ou sont en train de la construire. Il s'obtient par régression linéaire du loyer potentiel que les ménages déclarent pouvoir facturer s'ils louent leur maison, sur les caractéristiques des ménages et de leur logement :

$$L_i = \beta_i \cdot X_i + \epsilon_i$$

où L_i est le loyer équivalent déclaré par le ménage i , X_i un vecteur de caractéristiques du ménage et de son logement : région, type de logement (urbain, appartement), matériaux du sol, présence d'un système de chauffage, d'une salle de bain, terrasse, ascenseur, garage, indicatrice de la proximité de l'école, variable catégorielle de la densité de population et de l'éducation du chef de ménage. Nous procédons à cette estimation sur le groupe de ménages i pour lequel l'enquêteur répond que « le loyer équivalent semble exact », ce qui réduit fortement le sous-échantillon (20% de la population), mais fournit une estimation de meilleure qualité (R^2 supérieur à 30%). Puis, nous prédisons l'équivalent-loyer et imputons les valeurs prédites aux autres, selon la méthode d'imputation déterministe. Nous avons opté pour la méthode d'imputation déterministe au lieu de la méthode d'imputation aléatoire qui générerait des termes d'erreur importants et souvent négatifs, entraînant des estimations de niveau de vie agrégées incohérentes avec les statistiques nationales. L'imputation déterministe fonctionne correctement⁴.

La valeur d'usage des autres bien durables tenant compte de leur dépréciation est estimée à partir des déclarations sur l'année d'achat et le prix qu'ils pourraient en demander s'ils le vendaient au moment de l'enquête :

$$P_b = c + \alpha \cdot T_b$$

où α estimé par régression de P_b (le prix actuel du bien b) sur T_b (l'âge du bien) est une estimation de la diminution moyenne de la valeur avec le temps (la différence entre le taux de dépréciation et le taux d'inflation, $\delta - \pi$). Nous approximons la valeur d'usage \hat{v}_b par le produit $\alpha \cdot P_b$ ⁵.

L'Indice de Paasche est calculé pour chaque ménage comme l'inverse de la somme des indices de prix (moyenne nationale/médiane locale) de chaque bien b pondérée par la part du bien b dans la consommation du ménage h , selon la méthode de Deaton et Zaidi (2002). Il permet de corriger la mesure de niveau de vie à la baisse pour des prix localement plus élevés. (Pour la formule détaillée voir Deaton et Zaidi (2002), p. 9)

La plupart des auteurs préconisent d'utiliser plutôt la mesure de consommation *per capita*, lorsque les dépenses en logement sont faibles et que la nourriture tient une grande part dans le budget, ou alors d'intégrer de faibles économies d'échelle en mettant un exposant 0,75 à N_h (Montgomery *et al.*, 2000 ; Ravallion, 1992). Dans ce chapitre, nous

4. La représentativité du sous-échantillon, par rapport à l'ensemble de la population, est satisfaisante sauf entre habitat urbain et rural. Il y a un peu plus d'urbains que de ruraux parmi les estimations correctes. Le risque est donc de surestimer légèrement le revenu des ménages ruraux auxquels nous avons imputé l'équivalent-loyer, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation des inégalités de revenu.

5. La méthode concurrente de la valeur ajustée à la durée de vie, à partir d'une estimation de durée de vie moyenne donne des valeurs d'indice de richesse plus élevées mais conservent globalement le classement et aboutit à des résultats très comparables.

retenons la mesure *per capita*, après avoir tenté aussi l'introduction de faibles économies d'échelle qui ne change pas les résultats⁶.

2.2 Mesure de l'équité horizontale (HE)

Méthode des courbes et indices de concentration

Pour mesurer le niveau d'équité dans la consommation de soins et dans le financement, nous utilisons, de manière usuelle la méthode des courbes et indices de concentration (Devaux, 2015; O'Donnell *et al.*, 2008). Une courbe de concentration indique la part cumulée de la variable d'intérêt, qui peut être la consommation de soins ou les dépenses de santé, pour chaque percentile de niveau de vie (les individus étant classés par niveau de vie croissant). L'indice de concentration d'une variable est égal à l'aire A entre la droite d'égalité et la courbe de concentration, rapportée à l'aire du triangle (d'aire $1 \times \frac{1}{2}$) que forment la droite d'égalité, l'axe des abscisses (borné à 1) :

$$CI = \frac{A}{\frac{1}{2}}$$

Avec $A = |1 \cdot (1/2) - B|$, B étant l'aire sous la courbe de concentration.

D'où la formule générale de l'indice de concentration, défini comme un moins deux fois l'aire sous la courbe de concentration de la variable d'intérêt h :

$$CI = 1 - 2 \cdot \int_0^1 L_h(p) \cdot dp$$

avec $L_h(p)$, la fonction de Lorenz qui associe à un percentile le pourcentage d'une variable d'intérêt cumulée par la population à ce percentile (part des dépenses de santé dans les dépenses totales, ou du nombre de visites médicales dans le nombre total de visites). La variation infinitésimale dp autour du percentile de revenu p est approchée dans l'échantillon par la notion de rang fractionnel r dans la distribution des revenus. Cet indice mesure le degré d'inégale répartition de la variable d'intérêt selon le rang que les individus occupent

6. Nous avons choisi de mesurer les dépenses de consommation totale par personne, c'est-à-dire de diviser par N_h au lieu de diviser par le nombre d'unités de consommation, non seulement parce que c'est ainsi dans la littérature existante (Deaton (1997); Habibov (2009a)), mais aussi parce que lors de la construction de l'agrégat, nous sommes partis du niveau individuel, et avons additionné ces dépenses individuelles dans chaque ménage. Or, diviser par unité de consommation créerait un biais en donnant plus de poids aux adultes qu'aux enfants, alors que la priorité a pu être donnée différemment en fonction de l'origine sociale. Par exemple, si la priorité aux soins est donnée aux enfants et aux femmes enceintes dans les ménages pauvres, et que nous diminuons leur poids, leurs dépenses auraient moins de poids, et le niveau de vie de leur ménage serait sous-estimé (biais positif). Diviser par le nombre de personnes risque moins d'introduire un biais corrélé aux caractéristiques socio-économiques et à la santé, bien que cela ne prenne pas en compte les économies d'échelle des familles nombreuses. Un autre risque des unités de consommation est de surestimer les dépenses et revenus des ménages où plusieurs membres sont malades et grands consommateurs de soins, puisque cela ferait additionner des dépenses individuelles au sein du ménage, mais diviser par moins que le nombre de membres.

dans la distribution des niveaux de vie.

Il a été montré que l'indice peut être défini, après intégration par partie et réécriture de l'expression (1), en termes de covariance entre la variable d'intérêt et le rang fractionnel dans la distribution de revenus (formule de covariance commode, Kakwani (1980), p. 173 ; O'Donnell *et al.* (2008), p. 96). Nous pouvons alors l'estimer en régressant la variable « transformée », c'est-à-dire la variable standardisée par $\frac{2\sigma_r^2}{\mu_h}$, sur la variable de rang dans la distribution des revenus.

$$2\sigma_r^2 \times \frac{h}{\mu_h} = \alpha + \beta r + \epsilon$$

avec r le rang dans la distribution des revenus, σ_r l'erreur-type du rang, μ_h la moyenne de la variable h . L'estimation du coefficient β est une approximation de l'indice de concentration ($CI = \hat{\beta}$, Kakwani *et al.* (1997)) et son erreur-type est une approximation de l'erreur-type de l'indice de concentration. Si cet indice de concentration est positif alors la variable d'intérêt est plus largement concentrée dans le haut de la distribution des revenus, et s'il est négatif, les plus pauvres cumulent une part plus grande de cette variable (taux de maladies, taux de recours ou dépenses de santé). Si l'indice est nul, alors la variable est également répartie dans la population.

Standardisation : tenir compte des différences de besoins

L'objectif de ce chapitre est de mesurer l'équité horizontale dans l'accès aux soins et non l'égalité de l'accès. Il s'agit donc de savoir si quel que soit le niveau de vie, à besoin équivalent, le recours est équivalent. Il faut donc tenir compte des besoins de soins différents des sous-groupes de la population, c'est pourquoi la variable de recours aux soins est corrigée à l'aide d'une standardisation indirecte. L'indice de concentration de cette variable standardisée indique alors l'équité ou non dans l'accès (Wagstaff et Van Doorslaer (2000), O'Donnell *et al.* (2008), p.178, Devaux (2015)).

La standardisation indirecte corrige le niveau observé de recours aux soins par quintile de niveau de vie en le comparant à ce qu'il serait si les individus de chaque quintile gardaient leurs propres besoins de soins (âge, sexe, maladies chroniques ...) et si ces variables de besoins avaient le même effet moyen sur la consommation, pour l'ensemble de la population. Cette méthode autorise des structures démographiques différentes entre quintiles, mais implique un même effet moyen des variables démographiques sur la santé.

La standardisation indirecte des variables binaires de recours aux soins est estimée au moyen d'un modèle Probit.

Le calcul de la variable standardisée est le suivant :

$$y_{is}^* = y - y_x + \mu_x$$

où y est l'utilisation effective des soins, et μ_x la moyenne des y_x . En premier lieu, nous

estimons y_x (le recours prédit en fonction des besoins) en utilisant un modèle probit :

$$\begin{cases} y_x = 1 \text{ si } y_x^* > 0 \\ y_x = 0 \text{ sinon} \end{cases}$$

avec la variable latente $y_x^* = X'\beta + \epsilon$ et X le vecteur de variables sociodémographiques de standardisation (âge, sexe, maladies chroniques et non chroniques, nombre de jours de limitation fonctionnelle). Ensuite, nous calculons sa moyenne et en déduisons y_{is}^* (le recours standardisé ou corrigé des différences de besoins) à partir de la formule précédente.

Décomposition de l'indice de recours

Afin d'expliquer plus précisément les facteurs d'inégalité d'accès et de mesurer l'indice d'équité horizontale, nous décomposons l'indice de concentration du recours, à partir de son expression empirique commode (*convenient*) égale à la covariance de la variable de recours et du rang, à un coefficient près (Abu-Zaineh *et al.*, 2011 ; Huber, 2008 ; O'Donnell *et al.*, 2008). Grâce aux propriétés de la covariance, l'indice de concentration d'une variable peut être décomposé comme la somme pondérée des indices de concentration « partiels » associés à chacune des variables explicatives de la variable considérée :

$$\begin{aligned} CI &= \frac{2}{\mu} \times \text{cov}(y, r) \left(\text{avec } \mu = \alpha + \sum_k \beta_k \bar{x}_k \right) \\ &= \frac{2}{\mu} \times \text{cov} \left(\alpha + \sum_k \beta_k x_k + \epsilon, r \right) \\ &= \frac{2}{\mu} \times \left(\sum_k \beta_k \text{cov}(x_k, r) + \text{cov}(\epsilon, r) \right) \\ &= \sum_k \beta_k \frac{2}{\mu} \text{cov}(x_k, r) + \frac{2}{\mu} \text{cov}(\epsilon, r) \\ \text{Or, } \bar{x}_k \times C_k &= 2 \times \text{cov}(x_k, r) \\ \Rightarrow CI &= \sum_k \beta_k \frac{\bar{x}_k}{\mu} C_k + \frac{C_\epsilon}{\mu} \end{aligned}$$

Le poids, produit du coefficient du régresseur et du rapport des moyennes, représente un effet moyen de chacun des régresseurs de y . Il est appelé « élasticité » de y à la variable explicative considérée par O'Donnell *et al.* (2008). $\frac{C_\epsilon}{\mu}$ représente la part de l'indice de concentration inexpliquée par le modèle (un indice de concentration du résidu).

2.3 Mesure de l'équité verticale (VE)

Mesure de progressivité : l'indice de Kakwani (KPI)

Pour savoir si les dépenses directes des ménages en soins augmentent plus que proportionnellement au niveau de vie et vont donc accentuer les inégalités de niveaux de vie, nous calculons l'indice de progressivité de Kakwani (KPI) qui mesure l'équité verticale en financement. Le KPI est issu des *Tax Studies* mais est couramment appliqué aux dépenses de santé (Abu-Zaineh *et al.* (2008); Cissé *et al.* (2007)). De la même façon que l'indice de concentration, le KPI est défini comme l'aire entre la courbe de concentration des dépenses de santé et la courbe de Lorenz des revenus rapportée à l'aire du triangle, c'est-à-dire deux fois l'aire entre les deux courbes. Il est calculé comme la différence entre l'indice de concentration des paiements de santé et l'indice de Gini ($KPI = CI - Gini$).

À partir de l'expression générale de l'indice de concentration, le Gini et l'indice de concentration des dépenses de santé sont approximés par des sommes de Riemann :

$$Gini = 1 - 2 \sum_{j=0}^{N-1} (L_y(j) \cdot \Omega_j)$$

$$CI = 1 - 2 \sum_{j=0}^{N-1} (L_h(j) \cdot \Omega_j)$$

où N est le nombre de rangs, c'est-à-dire le nombre de ménages tenant compte de leur pondération (chaque ménage de l'échantillon représente entre 18 et 596 ménages de la population réelle). $L_y(j)$ est la part de revenu dans les revenus totaux cumulée par les ménages jusqu'au rang j et $L_h(j)$ est la part de dépenses de santé dans les dépenses de santé totales cumulée par les ménages jusqu'au rang j de la distribution des revenus. Quant à Ω_j , c'est le poids que représente les ménages au rang j dans la population totale (Ω_j prend ses valeurs entre $18/N$ et $596/N$).

Enfin, le KPI est calculé comme la différence des deux indices ; la distribution et l'intervalle de confiance sont calculés par bootstrap, ce qui permet une inférence de meilleure qualité (Abu-Zaineh *et al.* (2008)). Une valeur positive du KPI indique la progressivité du système, et une valeur négative indique sa dégressivité. Au Tadjikistan, un KPI positif indiquerait soit qu'un système de différenciation par les prix existe, soit que les plus pauvres renoncent souvent aux soins.

Test de l'hypothèse de Robin des Bois par simulation d'un contrefactuel de consommation et de besoins

Le KPI permet de mesurer si le financement du système est moins que proportionnel, proportionnel ou plus que proportionnel au niveau de vie mais pas d'expliquer pourquoi les

dépenses sont réparties de cette façon. Afin d'expliquer le niveau de progressivité puis de vérifier l'hypothèse de Robin des Bois (Falkingham, 2004 ; Habibov, 2011), nous mesurons la concentration de dépenses contrefactuelles.

Tout d'abord, un système à fort reste-à-charge peut paraître progressif non parce que son financement est progressif mais en raison du renoncement et du non recours aux soins par les plus pauvres. Si le KPI est calculé à partir des dépenses observées dans un système où l'équité horizontale d'accès n'est pas atteinte, alors il ne peut rendre compte du niveau réel de progressivité du système. Pour cela, nous créons un premier contrefactuel. Celui-ci mesure quelle serait la concentration des dépenses selon le niveau de vie si pour un même besoin, tous les individus avaient le même accès aux soins et la même consommation quel que soit leur niveau de vie. Nous simulons des dépenses de santé en adéquation avec les besoins individuels de santé qu'auraient les individus appartenant aux quintiles 1 à 4 de niveau de vie, s'ils avaient la même capacité-à-payer que ceux du plus haut quintile.

Nous procédons en deux étapes. Tout d'abord la probabilité de participation du ménage i , I_i^* est estimée et prédite à l'aide d'une régression logistique du recours. Nous imputons aux premiers quintiles I_i^* augmentée du différentiel de leur coefficient au coefficient du cinquième quintile.

Dans une deuxième étape, les dépenses de santé sont régressées sur les quintiles de niveau de vie, avec les mêmes variables de contrôles (les facteurs de besoins représentés par X , caractéristiques socio-économiques représentées par Z), puis prédites :

$$h^* = \alpha + \beta_2 Q_2 + \beta_3 Q_3 + \beta_4 Q_4 + \beta_5 Q_5 + \gamma X + \delta Z + \epsilon$$

Les dépenses simulées pour un individu du quatrième quintile sont par exemple :

$$h_{sim} = h^* + \beta_5 - \beta_4$$

Enfin, les dépenses de santé contrefactuelles sont le produit de la probabilité de participation et des dépenses simulées : $I_i^* \cdot h_{sim}$.

Ensuite, le système peut aussi paraître artificiellement plus ou moins progressif en raison de l'inégale répartition des besoins entre populations riches et pauvres. Par exemple, il pourrait paraître progressif parce que les plus riches déclarent davantage leurs problèmes de santé en raison d'une meilleure connaissance de ces derniers (biais de diagnostic). Il pourrait paraître régressif en raison de problèmes de santé plus nombreux chez les plus pauvres. Quelle serait alors la concentration des dépenses si tous les individus avaient le même besoin de soins quel que soit leur niveau de vie ? Nous créons un second contrefactuel de dépenses en égalisant cette fois les besoins, par la même méthode d'estimation et de simulation en deux étapes et nous regardons si, lorsque les besoins sont homogènes, les dépenses sont plus ou moins équitablement réparties.

Enfin, pour tester plus précisément l'hypothèse de Robin des Bois et le rôle des paiements informels dans le niveau de progressivité du système, nous distinguons les dépenses formelles et informelles. Si à besoin donné les paiements informels demandés augmentent plus que proportionnellement au revenu, ou du moins plus rapidement que les dépenses formelles, ce sont probablement les médecins qui ajustent leur tarif en faveur des plus pauvres.

3 Résultats : l'équité horizontale en accès

3.1 Standardisation

Le recours aux soins observé par quintile de niveau de vie est donné dans le tableau III.1, colonne (1) pour les visites en ambulatoire et (2) pour les hospitalisations. Il existe un assez fort gradient social dans le recours à l'offre médicale des deux types. Les ménages du plus bas quintile de niveau de vie n'ont eu recours à l'ambulatoire que dans 7,9% des cas durant les 4 semaines précédant l'enquête, contre 12% des cas parmi les ménages les plus aisés. De même 3,5% des ménages les plus pauvres ont été hospitalisés au moins une fois durant les 12 derniers mois, tandis que 6,7% des plus aisés l'ont été au moins une fois.

Cependant, les besoins de soins déclarés ne sont pas également répartis dans la population comme le montre le tableau III.2. Il y a des différences entre quintiles de niveau de vie : les plus riches déclarent plus de besoins de soins. Les ménages du cinquième quintile déclarent plus souvent une maladie chronique que ceux du premier (10% contre 7%) et une maladie soudaine ou une blessure (6% contre 4,9%), ce qui peut être dû à un biais de déclaration du fait d'un recours aux soins inégal et donc de diagnostics moins fréquents chez les plus pauvres. En revanche, il ne semble pas y avoir de gradient social net en termes de gravité (nombre de jour d'incapacité) parmi ceux qui déclarent une maladie. En termes de santé perçue, les individus appartenant au cinquième quintile déclarent nettement plus souvent être en excellente santé que les plus pauvres (12,9% contre 8,6%), mais aussi un peu plus souvent être en très mauvaise santé. Ainsi les différentes variables

TABLEAU III.1 – Consommation de soins par quintile de niveau de vie

Quintile de niveau de vie	(1) Recours à l'ambulatoire (obs.)	(2) Hospitalisation (obs.)	(3) Recours à l'ambulatoire (stand.)	(4) Hospitalisation (stand.)
Q1	7,9%	3,5%	8,3%	3,9%
Q2	9,4%	4,1%	9,5%	4,2%
Q3	9,6%	5,0%	9,9%	5,2%
Q4	10,4%	5,4%	10,3%	5,3%
Q5	12,0%	6,7%	11,4%	6,2%

TABLEAU III.2 – Les besoins de soins par quintile de niveau de vie

Quintile de niveau de vie	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Maladie chronique (plus de trois mois)	7,1%	7,1%	7,0%	9,1%	10,5%
Maladie/blessure soudaine (dernier mois)	4,9%	5,8%	5,5%	5,6%	6,0%
Limitation fonctionnelle due à mal. chronique (nb. de jours)	5,1	4,9	5,7	4,6	5,8
Limitation fonctionnelle suite à blessure (nb. de jours)	5,3	4,7	4,6	5,2	5,1
Excellente santé perçue	8,6%	10,1%	9,9%	9,6%	12,9%
Bonne santé perçue	77,6%	75,4%	76,5%	77,0%	74,4%
Santé perçue moyenne	12,4%	13,1%	12,3%	11,5%	10,8%
Mauvaise/très mauvaise santé perçue	1,4%	1,5%	1,3%	1,9%	1,9%
Part de femme	52,1%	51,9%	51,4%	50,4%	51,4%
Age moyen	23,8	24,3	24,8	25,7	27,3
Effectifs	5436	5737	5973	6060	6200

de besoin de soins peuvent influencer à la hausse ou à la baisse le gradient social du recours.

C'est pourquoi une **standardisation** est nécessaire. D'après l'estimation du recours (tableau III.3), être une femme adulte a tendance à augmenter le recours aux soins, aussi bien en consultation ambulatoire qu'en hospitalisation, ce qui s'explique en grande partie par la santé maternelle. En revanche le recours à l'ambulatoire est plus important chez les garçons en bas âge, du fait du suivi pédiatrique important (vaccinations obligatoires).

Se déclarer en mauvaise santé est aussi un important facteur de recours, ce qui montre que cette variable est un bon proxy de l'état de santé, tout comme les variables plus objectives comme déclarer une maladie chronique ou non chronique et des jours de limitation fonctionnelle. D'après le tableau III.3, les besoins expliquent environ 13% et 18% de la variabilité du recours ($pseudoR^2$). La valeur de la probabilité de recours prédite par le modèle, indique ce que devrait être la répartition du taux de recours s'il ne dépendait que des besoins. Et comme le montre le tableau III.1, colonnes (3) et (4), après standardisation, le gradient social est un peu moins marqué que celui du recours observé, car la plupart des variables de besoins sont plus concentrés dans les quintiles supérieurs.

3.2 Mesure de la concentration du recours (HE)

Après avoir corrigé des besoins la variable de recours aux soins, il est possible d'estimer sa concentration au sein de la population à l'aide des courbes de concentration. La comparaison entre les courbes de concentration standardisée et non standardisée, montre que la standardisation réduit légèrement la différence entre quintiles, puisque les plus riches déclarent un peu plus de besoins de santé. Cela peut venir d'un biais de diagnostic déjà évoqué - leurs maladies sont plus souvent détectées - ou d'un biais de sélection. Si les maladies des plus pauvres sont moins souvent détectées, ils en meurent aussi plus souvent

TABLEAU III.3 – Estimation de l'effet des variables de besoins sur le recours

	(1) Recours à l'ambulatoire	(2) Recours à l'hospitalier
Homme <14 ans	REF	REF
Homme 14-18 ans	-0.04*** (0.01)	0.00 (0.01)
Homme 18-25 ans	-0.03*** (0.01)	0.01* (0.01)
Homme 25-35 ans	-0.05*** (0.00)	0.00 (0.01)
Homme 35-50 ans	-0.03*** (0.01)	0.01 (0.01)
Homme >50 ans	-0.01 (0.01)	0.03*** (0.01)
Femme <14 ans	-0.01 (0.01)	-0.00 (0.00)
Femme 14-18 ans	-0.03*** (0.01)	0.00 (0.01)
Femme 18-25 ans	-0.01 (0.01)	0.05*** (0.01)
Femme 25-35 ans	0.01 (0.01)	0.07*** (0.01)
Femme 35-50 ans	0.02** (0.01)	0.05*** (0.01)
Femme >50 ans	0.01* (0.01)	0.04*** (0.01)
Excellente santé perçue	REF	REF
Bonne santé perçue	0.01 (0.01)	-0.00 (0.00)
Santé moyenne	0.06*** (0.01)	0.01* (0.01)
Mauvaise santé	0.13*** (0.03)	0.03** (0.01)
Très mauvaise santé	0.20** (0.09)	0.01 (0.03)
Avoir une maladie chronique et moins de 2 jours d'incapacité	0.10*** (0.01)	0.09*** (0.01)
” et entre 2 et 4 jours d'incapacité	0.21*** (0.02)	0.13*** (0.02)
” et entre 5 et 8 jours d'incapacité	0.29*** (0.04)	0.24*** (0.03)
” et plus d'une semaine d'incapacité	0.27*** (0.03)	0.21*** (0.03)
Avoir une mal. non chronique et moins de 2 jours d'incapacité	0.30*** (0.03)	0.05*** (0.01)
” et entre 2 et 4 jours d'incapacité	0.24*** (0.02)	0.03*** (0.01)
” et entre 5 et 8 jours d'incapacité	0.29*** (0.03)	0.06*** (0.01)
” et plus d'une semaine d'incapacité	0.48*** (0.04)	0.09*** (0.02)
Observations	29,406	29,406
pseudo R^2	0.18	0.13

Note : Estimations par modèle Probit. Les coefficients reportés sont les effets marginaux. Les erreurs-types estimées sont robustes à l'hétéroscédasticité. (* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$)

et donc le nombre d'individus pauvres et malades dans l'échantillon diminue.

En présence d'équité horizontale d'accès aux soins, la courbe de recours standardisé devrait être confondue avec la droite d'égalité. Or, sur le graphique III.1, elle reste au-dessous de la droite d'égalité, ce qui signifie qu'à besoin de soins équivalent le recours aux soins reste plus concentré parmi les quintiles supérieurs (le système est « pro-riche »). Cette iniquité de recours est particulièrement marquée à l'hôpital. Les indices de concentration du recours observé sont respectivement de 0,08 pour le recours à l'ambulatoire et de 0,12 pour les hospitalisations et les indices d'iniquité horizontale sont respectivement de 0.06 et 0.08 (tableau III.4). La différence de besoins déclarés n'explique donc pas entièrement la différence de consommation de soins.

GRAPHIQUE III.1 – Courbes de concentration des recours

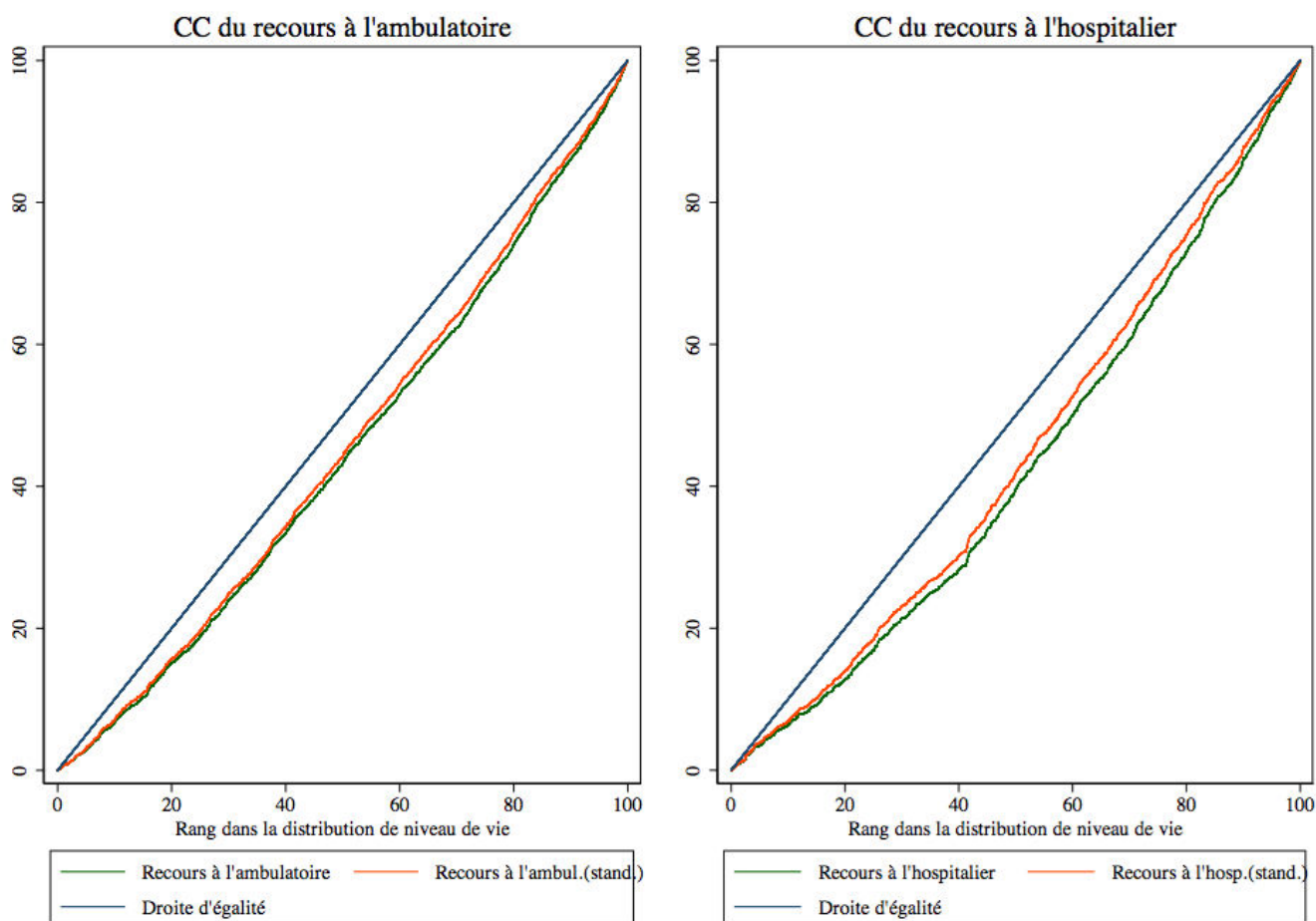


TABLEAU III.4 – Indices de concentration du recours aux soins

	CI Recours ambulatoire	CI hospitalier
Non standardisé	0.08	0.12
(écart-type)	(0.01)	(0.01)
Prédit par les besoins seuls	0.02	0.04
(écart-type)	(0.00)	(0.00)
Standardisé	0.06	0.08
(écart-type)	(0.01)	(0.01)

3.3 Explication de l'iniquité horizontale : décomposition de l'indice de recours

Nous décomposons maintenant l'indice de concentration du recours afin d'expliquer le moindre recours des plus pauvres. La décomposition d'indice corrobore le résultat des courbes de concentration selon lesquels une iniquité horizontale d'accès existe entre riches et pauvres, et précise le rôle de chaque facteur d'inégalité (tableau III.5). En effet, que ce soit pour le recours ambulatoire ou hospitalier, le niveau de vie est le facteur principal d'inégalité avec une contribution de 82% et de 36% respectivement. La forte contribution du niveau de vie s'explique par l'élasticité positive du recours à l'indice de niveau de vie conjuguée à son inégale répartition (le Gini du niveau de vie est de 0,35). La contribution du niveau de vie à l'iniquité en hospitalier semblent moins importante (36%), mais le modèle estime moins bien le recours à l'hospitalier qu'à l'ambulatoire du fait d'une plus grande hétérogénéité inobservée.

Les facteurs de besoins (maladie chronique, blessure, santé perçue) expliquent une part importante de l'inégale répartition du recours aux soins ambulatoires et hospitaliers en faveur des ménages plus aisés, puisqu'ils sont des facteurs importants de recours aux soins, et ils sont globalement un peu plus concentrés parmi les riches.

En ambulatoire, l'éducation supérieure est un facteur positif d'iniquité de recours hospitaliers. En effet, elle est inégalement répartie, plus fortement concentrée parmi les plus riches avec un indice de concentration de 0,32, proche du Gini du niveau de vie. Or, c'est un facteur légèrement positif de recours à l'hospitalier. Elle accroît donc légèrement l'inégale répartition des hospitalisations (+2%). En revanche, elle tire à la baisse l'indice de concentration de recours ambulatoires, car c'est un facteur négatif de recours aux soins ambulatoires, elle contribue négativement à l'indice de concentration.

On note enfin la faible contribution globale des variables d'offre locale malgré leur inégale répartition. Néanmoins, la présence de polyclinique et d'assistant au médecin (*feldsher*) dans la communauté (*dzhamoat*) permet de baisser légèrement les inégalités d'accès aux soins ambulatoires, de respectivement -1% et -4%. En effet, l'existence d'une offre médicale de proximité facilite le recours aux soins, or ce sont dans des communautés plus

TABLEAU III.5 – Décomposition de l'iniquité de recours

Facteurs	Recours ambulatoire			Hospitalisation		
	IC	Contribution (absolue)	Contribution (relative au IC observé)	IC	Contribution (absolue)	Contribution (relative au IC observé)
Besoins						
Femme	-0,004	0,000	-1%	-0,004	0,000	0%
Age	0,029	-0,011	-14%	0,029	0,009	7%
Avoir une santé perçue moyenne	-0,025	-0,002	-2%	-0,025	-0,001	0%
Avoir un mauvaise santé perçue (REF=Très/bonne santé perçue)	0,073	0,001	2%	0,073	0,001	1%
Avoir une maladie chronique	0,090	0,007	9%	0,090	0,007	6%
Plus d'un jour d'incapacité	0,103	0,003	4%	0,103	0,001	1%
Avoir une mal. non chro/blessure	0,031	0,005	7%	0,031	0,001	1%
Autres facteurs de besoins		0,009	12%		-0,005	-4%
<i>Sous-total</i>		<i>0,013</i>			<i>0,013</i>	
Caractéristiques indiv/mng						
Niveau de vie (log)	0,064	0,065	82%	0,064	0,045	36%
Educ. Sup	0,318	-0,003	-3%	0,318	0,002	2%
Educ. Second.	0,039	0,000	0%	0,039	0,002	4%
Educ. Prim. (REF=pas de diplôme)	-0,032	0,002	2%	-0,032	-0,001	0%
Autres caractéristiques mng		0,007	8%		-0,011	-9%
<i>Sous-total</i>		<i>0,072</i>			<i>0,037</i>	
Caractéristiques locales						
Présence d'une polyclinique	-0,007	0,000	-1%	-0,007	0,000	0%
Présence d'un feldsher	-0,049	-0,003	-4%	-0,049	-0,001	0%
Présence d'une pharmacie	0,044	0,001	1%	0,044	0,000	0%
Urbain	0,177	0,005	6%	0,177	0,001	1%
Autres caractéristiques loc.		-0,008	-10%		-0,005	-4%
<i>Sous-total</i>		<i>-0,006</i>			<i>-0,004</i>	
Total (IC modélisé)		0,078	98%		0,046	39%
IC observé	0,079			0,118		
Résidu	0,001		2%	0,071		61%
Indice d'Iniquité Horizontale	0,067			0,105		

pauvres en moyenne que se situe cette offre, tandis que les hôpitaux sont plus concentrés dans les centres plus urbains et souvent plus aisés.

4 Résultats : mesure de l'équité verticale en financement

4.1 Mesure de l'équité verticale observée

L'équité verticale d'un système (à savoir, est-ce que la contribution des individus est croissante avec leur revenu et dans quelles proportions ?) est importante dans un système à fort reste-à-charge, comme celui du Tadjikistan. Il est également intéressant dans un cas où une grande part du reste-à-charge est constituée de paiements informels. En raison d'une plus grande flexibilité des arrangements informels, ces paiements pourraient, s'ils sont bien ajustés au niveau de vie, compenser les inégalités de niveau de vie ou au contraire les accroître s'ils ne le sont pas. Pour mesurer la progressivité d'un système, nous comparons la concentration des dépenses de santé à celle des niveaux de vie.

En ce qui concerne les dépenses ambulatoires, d'après le graphique III.2, les courbes

de concentration se situent toutes sous la droite d'égalité, ce qui signifie qu'en termes absolus les ménages aisés contribuent plus que les ménages pauvres aux dépenses totales de santé. Tous les indices de concentration sont significativement positifs (tableau III.6). Mais cela ne signifie pas que le système est progressif.

La courbe de concentration des dépenses de médicaments et celle des paiements directs au médecin sont à peu près confondues avec la courbe de Lorenz des niveaux de vie. Les KPI ne sont pas significativement différents de zéro (tableau III.6). Les contributions à ces postes augmentent donc à peu près proportionnellement au revenu. Donc les paiements informels sont en absolu plus importants pour les riches que pour les pauvres, ils sont « pro-poor » comme les décrit Habibov (2011), mais ils ne sont pas progressifs contrairement à ce qu'il écrit. Ils n'augmentent ni ne réduisent les inégalités. D'après le critère d'équité verticale retenu, nous considérons que le système de financement en ambulatoire est équitable mais non progressif. Pour vérifier si cela est dû à un ajustement des tarifs informels ou à un ajustement par les patients de leur consommation à leur capacité-à-payer, nous simulons les dépenses contrefactuelles (voir ci-dessous).

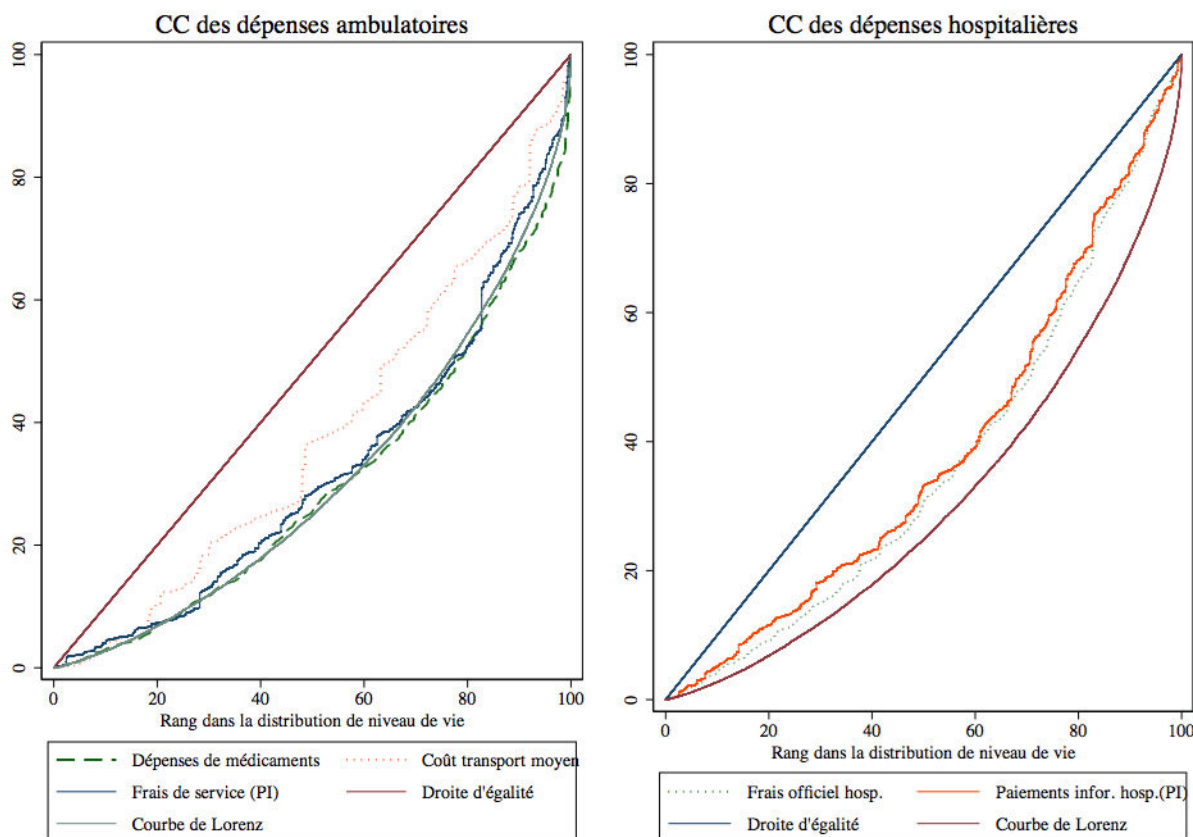
La courbe de coût de transport se situe quant à elle au-dessus de la courbe de Lorenz de niveau de vie, ce qui signifie que les ménages pauvres dépensent plus en proportion de leur moyens dans le transport vers les infrastructures médicales que les plus riches, probablement parce qu'ils habitent plus loin des centres où se trouvent l'offre médicale.

En ce qui concerne les soins hospitaliers, les courbes de concentration de tous les types de dépenses hospitalières du dernier séjour se trouvent en-dessous de la droite d'égalité, indiquant en absolu une contribution plus forte des ménages aisés (CI positifs), mais au-dessus de la courbe de niveau de vie. Les dépenses sont donc toutes régressives. En effet, les plus pauvres concentrent un plus grand pourcentage de dépenses de santé totales que leur pourcentage de revenu total. Les 50% les plus pauvres concentrent 21% des richesses, mais 27% des paiements informels aux soignants. Les 20% les plus pauvres concentrent 4,6% des richesses mais 8,5% des dépenses informelles. Ainsi, les KPI sont tous significativement négatifs, y compris les paiements informels aux soignants. Ceux-ci n'augmentent pas plus que proportionnellement au revenu, donc ils creusent les inégalités. D'après le critère d'équité verticale, les frais d'entrée officiels, comme les paiements informels en hospitalier, sont régressifs.

4.2 Renoncement aux soins

Que ce soit en consultation ambulatoire ou en cas d'hospitalisation, les paiements informels ne permettent pas une redistribution, contrairement à ce qui est souvent écrit à leur propos. Ils augmentent cependant avec le revenu, moins que proportionnellement, il s'agit donc de vérifier si cela est dû à une moindre consommation des plus modestes ou à un ajustement des tarifs. Or, le tableau III.7 indique un moindre recours aux soins

GRAPHIQUE III.2 – Courbes de concentration des dépenses de santé



des ménages modestes. Le renoncement partiel (moins recours) et total (non recours) n'est pas également réparti dans la population. Il concerne plutôt les quintiles pauvres et les régions rurales. Plus d'un tiers des ménages déclarent avoir déjà renoncé ou reporté des soins en cas de besoin au Tadjikistan, et plus de la moitié des ménages les plus démunis. Le renoncement complet, mesuré à partir de la déclaration de renoncement à des soins et d'une absence de dépenses de santé malgré des besoins de soins déclarés, est particulièrement inégalement réparti. Le taux est trois fois plus élevé chez les 20% les plus pauvres que chez les 20% les plus riches. Les quintiles inférieurs sont aussi plus nombreux à déclarer avoir renoncé ou retardé des soins pour des raisons financières.

Pour mesurer l'équité verticale dans le financement de la santé au Tadjikistan, il faut donc prendre en compte le non recours et le moindre recours mis en évidence par l'indice d'iniquité et par ces taux de renoncement inégaux.

4.3 Dépenses contrefactuelles corrigées du non recours

Cette première simulation de dépenses contrefactuelles permet de voir le lien entre l'équité dans le financement et l'équité dans la consommation. Elle permet de tester

TABLEAU III.6 – Indices de concentration et KPI obtenus à partir des dépenses observées

Variables	CI	KPI
	[Int. de conf.]	[Int. de conf.]
<i>Dépenses ambulatoires</i>		
Total dernier mois	0.30*** [0.22 ; 0.39]	-0.06 [-0.13 ; 0.01]
Frais de service	0.31*** [0.19 ; 0.45]	-0.04 [-0.10 ; 0.02]
Medicaments	0.34*** [0.24 ; 0.44]	-0.01 [-0.06 ; 0.04]
Coût de transport (moyen)	0.26*** [0.10 ; 0.42]	-0.11** [-0.17 ; -0.04]
<i>Dépenses hospitalières</i>		
Total dernier séjour	0.22*** [0.15 ; 0.29]	-0.12*** [-0.23 ; -0.08]
Paiements informels	0.20*** [0.11 ; 0.29]	-0.15*** [0.0268 ; 0.167]
Frais officiels	0.24*** [0.17 ; 0.32]	-0.10*** [-0.15 ; -0.04]
Traitement	0.24*** [0.14 ; 0.33]	-0.12*** [-0.18 ; -0.05]
Autres coûts	0.20*** [0.13 ; 0.27]	-0.14 *** [-0.20 ; -0.08]

TABLEAU III.7 – Proportion de renoncement et non recours par catégorie socioéconomique

	Renoncement	Renoncement complet	Renoncement partiel
Pourcentages moyens	36,4%	11,1%	25,3%
<i>Par quintile d'indice de richesse</i>			
Q1	50,5%	18,8%	31,6%
Q2	43,5%	12,1%	31,4%
Q3	36,0%	11,4%	24,6%
Q4	38,7%	10,4%	28,3%
Q5	27,9%	6,9%	20,9%
<i>Par région</i>			
Douchanbé	33,0%	11,8%	21,2%
Sogd	34,5%	5,8%	28,6%
Khatlon	44,3%	16,7%	27,6%
RRP	39,9%	12,5%	27,4%
GBAO	24,9%	5,9%	19,1%
<i>Par sexe du chef de ménage</i>			
Homme	37,9%	10,9%	27,0%
Femme	39,6%	13,8%	25,8%
<i>Par type d'offre médicale</i>			
Ø	38,1%	13,5%	24,6%
1 (pharmacie, feldsher)	32,7%	12,5%	20,1%
2 (dentiste, consultation femme/enfant)	41,6%	11,6%	30,0%
3 (polyclinique, etc.)	40,0%	13,4%	26,6%
4 (hôpital, etc.)	36,9%	9,1%	27,8%
Effectifs	971	296	675
Effectif total	2669		

si le fait que les dépenses augmentent avec le revenu vient d'un moindre recours (un ajustement de la consommation par les patients eux-mêmes) ou non. Pour cela nous

simulons les dépenses que devraient avoir les ménages des différents quintiles en fonction de leur besoin et un certain nombre d'autres caractéristiques, en égalisant l'effet du quintile d'appartenance sur la probabilité de recours et le niveau de consommation mesuré par les dépenses conditionnelles. Nous faisons comme si tous les individus appartenaient au cinquième quintile et avait donc la même consommation que ceux qui ont les mêmes besoins parmi les plus aisés, en supposant qu'ils auraient alors une consommation de soins plus adéquate à leur besoin (on fait l'hypothèse qu'il n'y a pas de surconsommation).

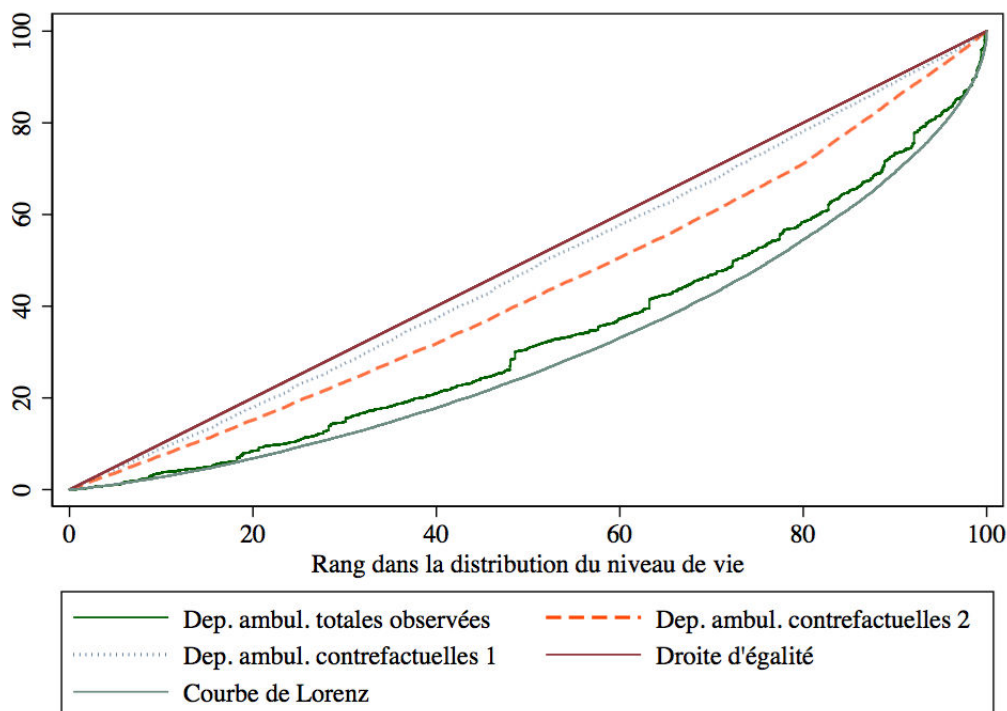
La courbe de concentration des dépenses ambulatoires est beaucoup plus haute et plus proche de la droite d'égalité. Cela suggère que la demande est élastique au revenu et donc que la majeure partie de la concentration des dépenses observées, plus fortement concentrée dans le haut de la distribution, n'est pas due à une différence de besoin, mais à un effet du niveau de vie. Avec la même capacité-à-payer que le plus haut quintile, les autres quintiles dépenseraient autant en soins. Cela corrobore les résultats obtenus par la décomposition de l'indice d'iniquité dans la consommation et les statistiques de renoncement aux soins.

Il en va de même pour les dépenses hospitalières, la courbe de dépenses contrefactuelles annulant l'effet richesse est plus haute que celle des valeurs observées, ce qui suggère que la majeure partie de l'inégale répartition des dépenses est due à une moindre consommation des plus pauvres, ou une plus grande consommation des riches c'est-à-dire à un effet revenu (ils ajustent leur consommation à leur revenu), dans une moindre mesure à une différence de besoins. Cependant, il faut relativiser ce résultat s'il existe un biais de diagnostic. Les besoins des populations modestes peuvent être sous-estimés. Il semble que l'accès aux soins soit un bien de luxe, du fait des dépenses catastrophiques qu'il entraîne.

De façon plus détaillée, d'après le tableau III.8, l'indice de concentration des dépenses ambulatoires totales n'est pas différent de zéro, et les paiements informels en ambulatoire (composant majoritairement les frais de services) restent très légèrement plus concentrés dans le haut de la distribution. Les paiements informels en hospitalier sont eux aussi légèrement plus concentrés dans le haut de la distribution avec un indice de concentration significativement positif. Après avoir corrigé pour le non recours, qui explique la plus grande part de la concentration des dépenses, il reste une part résiduelle qui peut être due à une légère différence de tarifs payés par les patients de différents statuts. Cependant, cela reste loin du système d'ajustement équitable du tarif informel au revenu, mentionné dans certaines études.

Enfin les KPI de dépenses contrefactuelles indiquent ce que serait les inégalités de niveau de vie après consommation et contribution au système de tous ceux qui ont eu besoin de soins, indépendamment de leur revenu. Le système serait alors extrêmement régressif (le KPI est égal à l'opposé du Gini). Le financement de la santé augmenterait beaucoup les inégalités si on obligeait (par exemple pour des raisons sanitaires) les ménages les plus modestes à consommer autant que les plus aisés en cas de besoin. Cela suggère que sans

GRAPHIQUE III.3 – Courbes de concentration des dépenses contrefactuelles ambulatoires



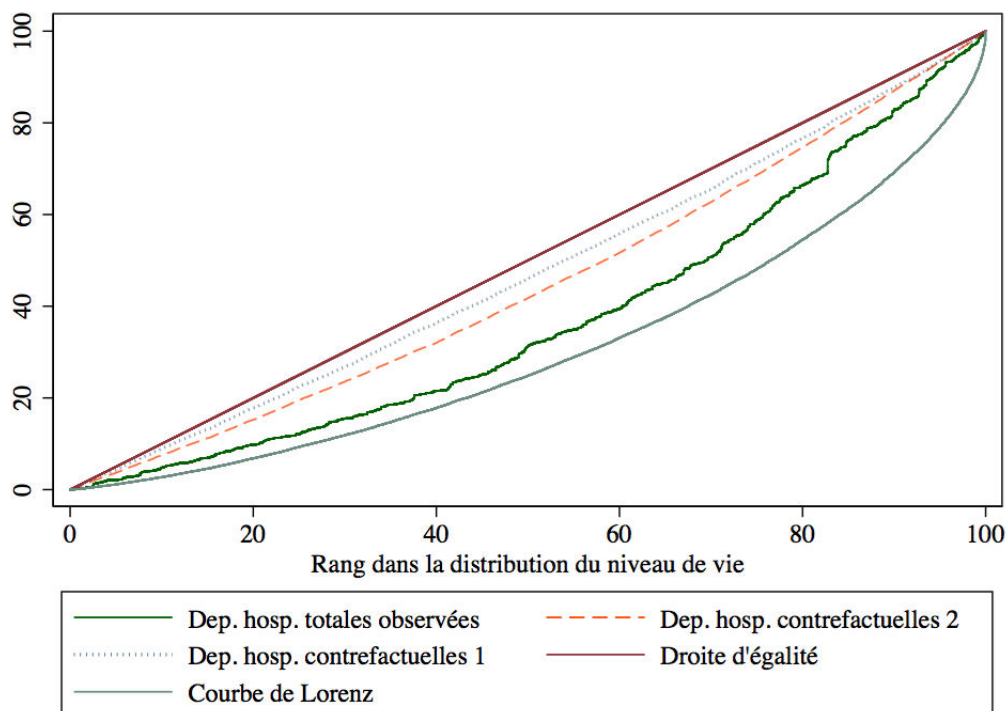
système de redistribution, rechercher l'équité horizontale dans la consommation de soins, aboutirait au creusement extrême des inégalités de niveau de vie.

4.4 Dépenses contrefactuelles à besoin équivalent : les médecins différencient-ils entre riches et pauvres ?

La deuxième simulation permet de contrôler pour les différences de besoins et donc de faire le lien entre l'équité verticale et l'éventuelle progressivité des paiements informels. La courbe de la consommation contrefactuelle supposant que tous les individus ont les mêmes facteurs de besoin est nettement plus haute que celle des valeurs observées, aussi bien pour l'ambulatoire que pour l'hospitalier, suggérant qu'une partie de l'inégale répartition de la consommation tient de la différence de besoin, comme le montrait également la décomposition de l'indice. En outre, elle est inférieure à la droite d'égalité ce qui suggère qu'à besoin comparable les patients pauvres paient moins en absolu que les plus riches. Cependant elle est bien au-dessus de la courbe de Lorenz de niveau de vie, suggérant que les patients pauvres paient bien plus en proportion de leur capacité contributive, même en contrôlant pour les besoins. Les KPI sont tous significativement négatifs, ce qui confirme l'absence d'équité verticale dans le financement aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalier. Le système est bien régressif.

De plus, la composante de paiement informel en ambulatoire présente un KPI plus élevé

GRAPHIQUE III.4 – Courbes de concentration des dépenses contrefactuelles hospitalières



que le reste des dépenses. C'est la composante la plus régressive des dépenses ambulatoires, ce qui réfute l'idée selon laquelle le médecin adapterait le tarif au niveau de vie du patient. En hospitalier la différence est moins nette, mais la composante informelle reste tout aussi régressive.

À besoin équivalent, les individus ne donnent pas au médecin un montant en proportion de leur revenu, c'est-à-dire que les médecins ne différencient pas leur tarif en fonction du niveau de vie des patients, ou alors qu'ils le font très mal, selon des évaluations subjectives inefficaces.

TABLEAU III.8 – Dépenses contrefactuelles

	CI [Int. de conf.]	KPI [Int. de conf.]
<i>Premier contrefactuel : à capacité-à-payer équivalente</i>		
AMBULATOIRE		
Dép. ambul. totales	0.014 [-0.002 ; 0.030]	-0.341 [-0.359 ; -0.324]
Frais de service (PI)	0.023 [0.007 ; 0.039]	-0.332 [-0.357 ; -0.307]
HOSPITALIER		
Dép. hosp. totales	0.036 [0.017 ; 0.055]	-0.319 [-0.342 ; -0.297]
Paiements directs (PI)	0.035 [0.024 ; 0.046]	-0.320 [-0.340 ; -0.300]
<i>Second contrefactuel : à besoin équivalent</i>		
AMBULATOIRE		
Dép. ambul. totales	0.010 [0.095 ; 0.105]	-0.255 [-0.284 ; -0.227]
Frais de service (PI)	0.052 [0.048 ; 0.056]	-0.303 [-0.323 ; -0.283]
HOSPITALIER		
Dép. hosp. totales	0.082 [0.078 ; 0.086]	-0.273 [-0.294 ; -0.252]
Paiements directs (PI)	0.086 [0.081 ; 0.090]	-0.270 [-0.298 ; -0.241]

Conclusion

L'utilisation d'un critère clair d'équité verticale et d'un outil adéquat - le Kakwani Progressivity Index - la prise en compte simultanée de l'équité horizontale grâce à une méthode de simulation et la distinction des dépenses informelles au sein des dépenses de santé nous ont permis dans ce chapitre d'affiner l'analyse de l'équité du système post-socialiste. Les résultats infirment l'hypothèse selon laquelle les médecins jouent un rôle de Robin des Bois rendant le financement progressif.

La conclusion générale de ce chapitre est que les paiements directs des ménages augmentent les inégalités d'accès et n'ont pas pour effet de diminuer les inégalités de financement en vertu d'une hypothétique bienveillance des médecins. Le manque chronique de budget du secteur sanitaire, depuis l'indépendance et la guerre civile, et l'indigence des salaires des médecins qui s'ensuit, interdisent l'universalité et l'accès gratuit aux services en produisant un renoncement aux soins, y compris dans des classes intermédiaires de revenu.

Depuis 2007, la situation s'est améliorée, avec notamment plusieurs augmentations consécutives du salaire officiel des médecins. En 2013, l'*out-of-pocket* a diminué, en proportion, mais continue de représenter plus de 60% des dépenses totales. Les résultats de ce chapitre sur l'impact des dépenses formelles et informelles sur l'équité restent d'actualité. L'implémentation de la Stratégie nationale pour la santé 2010-2020 est lente. Le *Basic Benefit Package* complétant la formalisation des tarifs (*copayments*) a été mis en place dans 14 districts (sur 65) entre 2008 et 2015 et se trouve encore à l'état de réforme pilote (Khodjamurodov *et al.* (2016)). L'assurance santé obligatoire a été évoquée, mais le rapport mandaté a conclu à l'inexistence des prérequis pour la mettre en place.

La formalisation des tarifs, voie que semble prendre le gouvernement, ne sera pas forcément défavorable aux plus démunis, à condition que le *Basic Benefit Package* soit effectivement appliqué et que des mécanismes d'assurance ou de solidarité soient instaurés également pour les ménages intermédiaires non ciblés et ne pouvant donc bénéficier du BBP. La formalisation des tarifs pourrait néanmoins favoriser la confiance envers le personnel médical, aujourd'hui gravement compromise. Enfin, la question de l'offre de soins et de son inaccessibilité dans certaines régions rurales joue un rôle très important dans le recours aux soins. Les inégalités sociales d'accès sont en grande partie doublées d'inégalités spatiales. Ainsi l'accès aux soins croise d'autres grands chantiers nécessaires, comme celui de l'amélioration des infrastructures et notamment celles de transports.

Pour conclure, le cas étudié est un cas extrême aussi bien dans le niveau de reste-à-charge, puisque celui-ci couvre presque les trois-quarts des dépenses, que dans le niveau d'informalité de l'économie. Cependant, étudier les conséquences de ces paiements sur l'équité du système, peut éclairer la situation d'autres pays, y compris des pays de l'OCDE, pourvus ou non d'un système beveridgien, où se développent des restes-à-charge.

Par exemple, les restes-à-charge au Portugal ou les paiements informels au médecin depuis la crise économique en Grèce (Liaropoulos *et al.*, 2008), s'ils restent inférieurs aux extrêmes atteints en ex-URSS, sont néanmoins croissants et atteignent les 30% d'après des estimations récentes (OCDE, 2015).

De façon générale, les paiements directs des ménages, constituent toujours une barrière à l'entrée engendrant une diminution du recours aux soins, et supposer que cet obstacle est compensé par l'action de médecins bienveillants tarifant différemment leurs services aux patients qu'ils savent en difficulté, relève de la croyance plus que de l'observation. *A fortiori* dans une économie où le médecin lui-même est souvent en difficulté.

Bibliographie

- ABU-ZAINEH, M., MATARIA, A., LUCHINI, S. et MOATTI, J.-P. (2008). Equity in health care financing in Palestine : The value-added of the disaggregate approach. *Social Science & Medicine*, 66(11) :2308–2320.
- ABU-ZAINEH, M., MATARIA, A., LUCHINI, S. et MOATTI, J.-P. (2009). Equity in health care finance in Palestine : The triple effects revealed. *Journal of Health Economics*, 28(6) :1071–1080.
- ABU-ZAINEH, M., MATARIA, A., MOATTI, J.-P. et VENTELOU, B. (2011). Measuring and decomposing socioeconomic inequality in healthcare delivery : A microsimulation approach with application to the palestinian conflict-affected fragile setting. *Social Science & Medicine*, 72(2) :133–141.
- ALLIN, S. (2008). Does equity in healthcare use vary across canadian provinces? *Health-care Policy*, 3(4) :83.
- ALLIN, S., GRIGNON, M. et LE GRAND, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada : What are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70(3) :465–472.
- BALABANOVA, D. et MCKEE, M. (2002). Understanding informal payments for health care : The example of Bulgaria. *Health Policy*, 62(3) :243–273.
- BELLI, P., GOTSADZE, G. et SHAHRIARI, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector : evidence from Georgia. *Health Policy*, 70(1) :109–123.
- BOLLEN, K. A., GLANVILLE, J. L. et STECKLOV, G. (2002). Economic status proxies in studies of fertility in developing countries : Does the measure matter? *Population Studies*, 56(1) :81–96.
- CISSÉ, B., LUCHINI, S. et MOATTI, J. P. (2007). Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery : What about Africa? *Health Policy*, 80(1) :51–68.
- DEATON, A. (1997). *The analysis of household surveys : a microeconomic approach to development policy*. World Bank Publications, Washington, D.C.

- DEATON, A. et ZAIDI, S. (2002). *Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis*, volume 135. World Bank Publications.
- DELICHEVA, E., BALABANOVA, D. et MCKEE, M. (1997). Under-the-counter payments for health care : Evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 42(2) :89–100.
- DEVAUX, M. (2015). Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 16(1) :21–33.
- ENSOR, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine*, 58(2) :237–246.
- ENSOR, T. et SAVELYEVA, L. (1998). Informal payments for healthcare in Former Soviet Union : some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 13(1) :41–49.
- FALKINGHAM, J. (2004). Poverty, Out-of-pocket Payments and Access to Health Care : Evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine*, 58(2) :247–258.
- FALKINGHAM, J. et NAMAZIE, C. (2002). Measuring health and poverty : A review of approaches to identifying the poor. *DFID Health Systems Resource Centre Issues papers*, page 7.
- FILMER, D. et PRITCHETT, L. H. (2001). Estimating wealth effects without expenditure data - or tears : An application to educational enrollments in states of India. *Demography*, 38(1) :115–132.
- FOREIT, K. et SCHREINER, M. (2011). Comparing alternative measures of poverty : Assets-based wealth index vs. expenditures-based poverty score. *Working paper*, 11(123).
- GAAL, P., EVETOVITS, T. et MCKEE, M. (2006). Informal payment for health care : evidence from Hungary. *Health Policy*, 77(1) :86–102.
- GAAL, P. et MCKEE, M. (2004). Informal payment for health care and the theory of ‘inquit’. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(2) :163–178.
- GLAZER, J. et MCGUIRE, T. G. (1993). Should physicians be permitted to ‘balance bill’ patients? *Journal of Health Economics*, 12(3) :239–258.
- GOTSADZE, G. (2005). Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy and Planning*, 20(4) :232–242.
- HABIBOV, N. (2009a). Determinants of out-of-pocket expenditures on prescribed medications in Tajikistan : Implications for healthcare sector reform. *Journal of Health Organization and Management*, 23(2) :170–182.
- HABIBOV, N. (2009b). What determines healthcare utilization and related out-of-pocket expenditures in Tajikistan? Lessons from a national survey. *International Journal of Public Health*, 54(4) :260–266.

- HABIBOV, N. N. (2011). The inequity in out-of-pocket expenditures for healthcare in Tajikistan : Evidence and implications from a nationally representative survey. *International Journal of Public Health*, 56(4) :397–406.
- HUBER, H. (2008). Decomposing the causes of inequalities in health care use : A micro-simulations approach. *Journal of Health Economics*, 27(6) :1605–1613.
- JUSOT, F., LEGAL, R., LOUVEL, A., POLLAK, C. et SHMUELI, A. (2016). À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue Française d'Économie*, 31(4) :15–62.
- KAKWANI, N. C. (1980). *Income Inequality and Poverty*. World Bank. New York.
- KAKWANI, N. C., van DOORSLAER, E. et WAGSTAFF, A. (1997). Socioeconomic Inequalities in Health : Measurement, Computation and Statistical Inference. *Journal of Econometrics*, 77(1) :87–104.
- KANKEU, H. T. et VENTELOU, B. (2016). Socioeconomic inequalities in informal payments for health care : An assessment of the 'Robin Hood' hypothesis in 33 african countries. *Social Science & Medicine*, 151 :173–186.
- KESSEL, R. A. (1958). Price discrimination in medicine. *The Journal of Law and Economics*, 1 :20–53.
- KHODJAMURODOV, G. et RECHEL, B. (2010). Tajikistan : Health systems review. *Health Systems in Transition*, 12(2).
- KHODJAMURODOV, G., SODIQOVA, D., AKKAZIEVA, B. et RECHEL, B. (2016). Tajikistan : Health systems review. *Health Systems in Transition*, 18(1) :1–114.
- KORNAL, J. (2000). Hidden in an envelope : Gratitude payments to medical doctors in Hungary. *The Paradoxes of Unintended Consequences*, pages 195–214.
- LIAROPOULOS, L., SISKOU, O., KAITELIDOU, D., THEODOROU, M. et KATOSTARAS, T. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1) :72–81.
- LINDELOW, M. (2006). Sometimes more equal than others : how health inequalities depend on the choice of welfare indicator. *Health Economics*, 15(3) :263–279.
- MCGUIRE, T. G. (2000). Physician Agency. In *Handbook of Health Economics*, volume 1, pages 461–536. Elsevier, Amsterdam.
- MCKENZIE, D. J. (2005). Measuring inequality with asset indicators. *Journal of Population Economics*, 18(2) :229–260.
- MONTGOMERY, M. R., GRAGNOLATI, M., BURKE, K. A. et PAREDES, E. (2000). Measuring living standards with proxy variables. *Demography*, 37(2) :155–174.
- O'DONNELL, O., van DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A. et LINDELOW, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data : A Guide to Techniques and Their Implementation*. World Bank, Washington, DC.

- RAVALLION, M. (1992). Poverty comparisons : A guide to concepts and methods. *LSMS Working paper 88*.
- RAWLS, J. (1982). Social unity and primary goods. In SEN, A. et WILLIAMS, B., éditeurs : *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge University Press, Cambridge, Cambridge.
- ROCHAIX, L. et TUBEUF, S. (2009). Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications. *Revue Économique*, 60(2) :325–344.
- RUFFIN, R. J. et LEIGH, D. E. (1973). Charity, Competition, and the Pricing of doctors' services. *Journal of Human Resources*, 8(2) :212–222.
- SCHWARZ, J., WYSS, K., GULYAMOVA, Z. M. et SHARIPOV, S. (2013). Out-of-pocket expenditures for primary health care in Tajikistan : A time-trend analysis. *BMC Health Services Research*, 13(1) :103.
- STEPURKO, T., PAVLOVA, M., GRYGA, I. et GROOT, W. (2013). Informal payments for health care services - Corruption or gratitude ? A study on public attitudes, perceptions and opinions in six Central and Eastern European countries. *Communist and Post-Communist Studies*, 46(4) :419–431.
- SZENDE, A. et CULYER, A. J. (2006). The inequity of informal payments for health care : the case of Hungary. *Health Policy*, 75(3) :262–271.
- VAN DOORSLAER, E., MASSERIA, C. *et al.* (2004). *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*. OECD Paris.
- VAN DOORSLAER, E., MASSERIA, C., KOOLMAN, X., GROUP, O. H. E. R. *et al.* (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2) :177–183.
- WAGSTAFF, A. et van DOORSLAER, E. (1997). Progressivity, horizontal equity and re-ranking in health care finance : A decomposition analysis for The Netherlands. *Journal of Health Economics*, 16(5) :499–516.
- WAGSTAFF, A. et VAN DOORSLAER, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics*, 1 :1803–1862.
- WAGSTAFF, A. et WATANABE, N. (2003). What difference does the choice of ses make in health inequality measurement ? *Health Economics*, 12(10) :885–890.

Annexe

Estimation d'une valeur d'usage du logement

TABLEAU III.9 – Régression de l'équivalent-loyer déclaré par les ménages

Caractéristiques logement	Y= Équivalent-loyer jugé cohérent	
	Coeff.	écart-type
Chauffage	1.65	(29.12)
SDB séparée	24.47	(17.14)
Terrasse	14.24	(16.14)
Ascenseur	51.17	(31.63)
Garage	57.88**	(25.56)
Appartement (Maison =REF)	8.71	(34.95)
<i>Date de construction :</i>		
Construit avant 1945	222.39***	(41.29)
Construit 1945-60	-22.03	(24.36)
Construit 1961-80	REF	
Construit 1981-90	25.79	(17.14)
Construit après 1990	55.88**	(21.64)
<i>Matériau principal :</i>		
Brique	4.59	(27.90)
Pierre	22.73	(38.04)
Terre cuite	-40.18*	(24.23)
Bois	-81.06	(100.46)
Torchis	REF	
<i>Matériau du toit :</i>		
Toit torchis	-93.41***	(27.77)
Toit métal bitum	26.46	(23.56)
Toit tuiles	REF	
<i>Matériau du sol :</i>		
Sol argile	14.71	(20.25)
Sol lino	34.14	(30.50)
Sol bitum	-13.50	(36.50)
Sol parquet	REF	
<i>Caractéristiques locales :</i>		
Proximité d'une école	-12.69	(15.80)
Densité moyenne de population	36.85*	(19.64)
Densité forte de population	50.54**	(22.17)
Densité faible	REF	
Dushanbe	194.34***	(33.40)
RRS	-10.65	(21.26)
Khatlon	88.75***	(29.11)
GBAO	173.78***	(41.00)
Sogd	REF	
Urbain	21.37	(20.79)
Constante	1.01	(33.05)
Observations	830	
R2	0.31	

Chapitre IV

Les remises de fonds augmentent-elles la consommation de soins ?

Sommaire

	Introduction	167
1	Contexte et hypothèses théoriques	170
2	Données et méthodes	176
3	Résultats : l'effet des remises sur l'accès aux soins	196
4	L'effet hétérogène des transferts de fonds	203
5	Discussion et conclusion	209
	Bibliographie	216
	Annexes	217

Ce chapitre fait l'objet d'un article co-écrit avec Florence Jusot. Il a été accepté par la *Revue économique* et sera publié à la rentrée 2018. Une autre partie du chapitre fait l'objet d'un document de travail en anglais en cours de finition avant sa soumission.

Introduction

Les remises de fonds de migrants jouent un rôle essentiel dans l'économie des pays de départ. Leur contribution au PIB en est un indicateur. Les petits pays en développement ont une plus forte dépendance aux migrations que les grands pays émergents comme l'Inde et la Chine, qui sont pourtant les premiers pays receveurs de remises au classement mondial. Par exemple, les remises de fonds représentent 29% du PIB au Népal, 30% au Kirghizistan et 42% au Tadjikistan (Ratha *et al.*, 2016); 25% des ménages péruviens reçoivent des transferts qui comptent pour un cinquième de leur ressource (Cox *et al.*, 1998). En temps de crise économique, durant une période de transition post-conflit ou de résilience post-catastrophe naturelle, les remises de fonds des migrants sont un véritable soutien indispensable aux ménages restés au pays, particulièrement aux plus pauvres (Duval et Wolff, 2016).

Depuis les années 2000, la recherche sur les migrations a produit un nombre croissant d'études de l'impact des remises sur la consommation de biens durables et non durables et sur l'investissement productif des ménages restés au pays. Outre les situations d'urgence, les remises peuvent avoir un effet de long-terme sur la croissance, à travers l'accumulation de capital économique et humain (Clément, 2011; Rapoport et Docquier, 2006; Taylor et Mora, 2006). Par exemple, un certain nombre d'études ont estimé un effet positif des transferts de fonds envoyés par les migrants sur l'achat de biens durables dans différents pays comme le Tadjikistan (Clément, 2011), le Mexique (Taylor et Mora, 2006; Zarate-Hoyos, 2004) ou l'Albanie (Castaldo *et al.*, 2007). D'autres études se sont concentrées sur les effets de long terme des remises sur le capital humain, notamment sur l'éducation des enfants de migrants (Bennett *et al.*, 2013; Gatskova *et al.*, 2017; Hanson et Woodruff, 2003; McKenzie et Rapoport, 2006).

Dans ce même champ, la littérature en économie des migrations accorde aussi une place à l'usage des remises dans le domaine de la santé, entre satisfaction de la demande de soin et accumulation de capital humain. La plupart des études s'intéressent alors à l'effet des remises sur l'état de santé, les *outcomes*, des personnes bénéficiaires (Böhme *et al.*, 2015; Frank et Hummer, 2002; Hildebrandt *et al.*, 2005; Kanaiaupuni et Donato, 1999). Pourtant, peu d'études ont estimé l'effet des remises sur l'accès et la consommation de soins des ménages restés au pays, à besoin donné (Amuedo-Dorantes *et al.*, 2007; Valero Gil, 2009).

Dans ce chapitre, nous regardons si les remises de fonds envoyées par les migrants ont aussi un impact sur l'accès aux soins des familles, restées au Tadjikistan, en se concentrant sur plusieurs indicateurs de consommations (dépenses de santé et renoncement) et en tenant compte des besoins. Cette question est particulièrement importante dans les pays où les transferts représentent une part significative des ressources des ménages et dotés d'un système de santé laissant une grande partie des soins à la charge du patient,

les exposant ainsi à un risque de dépenses de santé catastrophiques ou de renoncement aux soins. Elle est d'autant plus cruciale lorsque le pays connaît une forte émigration, comme c'est aussi le cas au Tadjikistan, puisque de nombreuses études ont montré que les personnes qui migrent sont en moyenne en meilleure santé (Abraido-Lanza *et al.*, 1999 ; Jusot *et al.*, 2009 ; Moullan et Jusot, 2014). En raison de cette sélection à la migration, les pays où une forte proportion de la population émigre peuvent avoir un état de santé plus dégradé, justifiant un besoin de soins plus important. Pourtant, peu de travaux se sont intéressés à l'influence des remises de fonds sur la consommation de soins des ménages.

Les remises de fonds peuvent alors être utilisées contre un risque de santé, soit *ex post*, on parle alors de *risk-coping*, soit *ex ante*, on parle alors de *risk-sharing*. Depuis les années 1980, la recherche sur les migrations considère que la décision de migrer est prise collectivement par le ménage (Chort et Senne, 2015) ou qu'elle s'inscrit dans un réseau de solidarités informelles (Lautier, 2004), ayant pour but de faire face aux risques financiers dans des situations de vulnérabilité ou d'incertitude. Les remises de fonds envoyées par les migrants depuis l'étranger peuvent ainsi être interprétées comme une assurance. De nombreux articles (Lucas et Stark, 1985 ; Shaw, 1988 ; Stark, 1995 ; Stark et Lucas, 1988) se sont intéressés aux aspects assurantiels de la migration, expliquant la décision de migrer comme moyen de diversifier le portefeuille (Azam et Gubert, 2002). Les ménages, adverses aux risques et vivant dans un pays sans assurance, se prémuniront du risque en allouant leurs membres dans des régions qui ne sont pas exposées aux mêmes chocs naturels ou économiques. Morten (2016) montre que la migration et les autres modes d'assurance informelle dans l'économie agricole locale en Inde sont substitués : réduire le coût de l'un réduit la demande de l'autre. Il serait alors possible d'appliquer le même raisonnement au risque de santé et de dépenses catastrophiques qui en découlent dans certains pays. En Colombie, par exemple, le recours à la migration peut se substituer à l'endettement des ménages confrontés à des chocs de santé et non couverts par une assurance (Ambrosius et Cuecuecha, 2013).

Si les migrations font partie d'un dispositif informel d'assurance contre le risque financier induit par la maladie et le risque de dégradation de l'état de santé en cas de non couverture des besoins de soins, la réception de remises de fonds pourrait être endogène aux besoins et à la consommation de soins. Bien qu'il soit difficile de prouver que les ménages s'assurent contre un risque de santé en envoyant des membres à l'étranger, quelques articles ont étudié l'effet des transferts sur la santé en tenant compte de l'endogénéité potentielle de la réception de remises (Amuedo-Dorantes et Pozo, 2011 ; Kan, 2016). Cependant, peu d'études à notre connaissance discutent les mécanismes à l'œuvre et le sens des biais d'endogénéité.

Nous nous trouvons ici à l'intersection de la littérature d'économie du développement sur l'usage des remises de fonds, d'économie de la santé et d'économie des migrations interrogeant leur rôle assurantiel. Ce chapitre contribue de plusieurs façons à la littérature

existante.

Tout d'abord, nous étudions l'effet des remises sur l'accès aux soins à l'aide d'indicateurs de consommation : les dépenses en soins ambulatoires, les dépenses en cas d'hospitalisation et le renoncement. Nous estimons l'effet sur les premières à l'aide d'un modèle en deux parties, une méthode usuelle en économie de la santé (Jones, 2000), plutôt qu'à l'aide d'une régression linéaire ou d'un Tobit (Kan, 2016). Ceci permet de distinguer l'effet à la marge extensive, approchant l'effet sur le recours aux soins, de l'effet à la marge intensive, approchant l'effet sur la couverture de besoins de soins plus importants.

Deuxièmement, nous étudions puis traitons l'endogénéité potentielle des transferts, qui est plus souvent supposée qu'analysée dans la littérature, à l'aide d'un instrument original fondé sur la proportion de ménages avec migrant parmi un sous-échantillon de voisins tirés aléatoirement, comme un proxy du réseau disponible et donc du coût de la migration. Les deux articles existants sur ce sujet au Tadjikistan ne se prêtent pas à cette analyse. Clément (2011) analyse l'influence de la réception de transferts domestiques et internationaux sur l'allocation des dépenses - dont les dépenses de santé - à l'aide d'un appariement entre ménages bénéficiaires et non bénéficiaires. Il se base sur des caractéristiques observables n'incluant pas les besoins de soins. Kan (2016) suppose seulement l'endogénéité et la traite, mais l'instrument qu'elle mobilise, étant à un niveau communautaire, souffre de sa faible variabilité.

Troisièmement, pour vérifier que l'effet sur le montant des dépenses correspond à un effet sur la consommation et non uniquement à un effet inflationniste, nous mesurons l'effet sur le renoncement aux soins. Il s'agit d'une variable plus subjective mais pertinente car directement liée à la perception du besoin et de son état de santé, qui influence le fait de déclarer avoir dû repousser ou renoncer à des soins.

Enfin, comme Duval et Wolff (2016) qui ont montré que les remises soutiennent plus les ménages ayant une faible consommation totale, nous étudions l'hétérogénéité de l'effet des transferts en différents points de la distribution des dépenses de santé. Or, les conséquences en termes d'équité, rarement étudiées, iraient plutôt dans le sens contre-intuitif d'une accentuation des inégalités horizontales d'accès aux soins. Chauvet *et al.* (2015) ont montré que les remises de fonds qui contribuent à réduire la mortalité infantile ont un effet plus marqué chez les plus riches, ce qui en fait une source d'inégalité. En ce qui concerne le Tadjikistan, Clément (2011) ne mentionne que l'effet des transferts de fonds sur les dépenses des différents quintiles de revenus et Habibov (2011) analyse l'impact des dépenses directes sur l'égalité d'accès, mais ne mentionne pas le rôle des migrations.

1 Contexte et hypothèses théoriques

1.1 Contexte tadjik

Après la dislocation de l'Union soviétique, le Tadjikistan a surmonté cinq années de guerre civile suivies d'une crise économique. Une première vague de réfugiés est arrivée en Russie pendant et après la guerre. Avec la forte reprise de l'économie russe, une deuxième vague migratoire commence dans les années 2000 et s'intensifie après 2006, grâce à une politique migratoire temporairement favorable dans les deux pays (Vykhovanets et Gradirovskij, 2009). Elle se compose de travailleurs migrants, principalement des hommes, la plupart d'entre eux séjournant temporairement ou faisant des aller-retour saisonniers en Russie. Leur nombre est difficile à évaluer mais les estimations de l'Organisation Internationale des Migrations (OIM) se situent à plus d'un million. Les transferts de fonds qu'ils envoient contribuent très fortement au niveau de vie des proches du ménage restés au Tadjikistan. Ils représentaient 45% du PIB tadjik en 2007 (Danzer et Ivaschenko, 2010), 49,6% en 2008 (Clément, 2011) et toujours 41,7% en 2014 (Ratha *et al.*, 2016). Bien que cette mesure soit assez volatile, elle classe le Tadjikistan parmi les pays les plus dépendants aux remises de fonds, en proportion de PIB.

En toute logique, les remises de fonds jouent un rôle économique et social de premier plan dans le contexte tadjik et plus largement centrasiatique. Leurs usages quotidiens dans la consommation et la production des ménages mais aussi leurs usages rituels ont été finement étudiés. Par exemple, l'usage des remises dans les cérémonies de mariage et les conséquences des migrations sur l'économie rituelle et sur les normes du rite, ont été montrés à plusieurs reprises (Cleuziou, 2013 ; Reeves, 2012 ; Roche et Hohmann, 2011). Les cérémonies de mariage seraient un des principaux postes de dépenses des remises de fonds au Tadjikistan (Cleuziou (2016), citant Khakimov, Mahmadbekov, 2009). D'autre part, l'usage des transferts dans le financement de biens durables ou l'investissement en capital humain (éducation et santé) a aussi été étudié par Clément (2011) et Kan (2016).

Or, dans la même période post-indépendance, le coût de la santé n'a fait qu'augmenter au Tadjikistan. Les dépenses totales sont passées de 3% du PIB en 1995 à près de 7% en 2013, d'après Khodjamurodov *et al.* (2016), utilisant les données de l'OMS en 2015. C'est pourquoi nous nous intéressons dans ce chapitre à l'usage des transferts dans le financement des soins, qui a fait l'objet de moins d'études.

Le système de santé tadjik se caractérise par un niveau élevé de dépenses laissées à la charge des patients, alors que le système est toujours censé être universel et gratuit selon la Constitution, à quelques exceptions près. Les paiements informels au médecin, en consultation ou après une hospitalisation sont très répandus. Les médicaments et le matériel utilisés sont généralement facturés aux patients. Les dépenses publiques de santé au Tadjikistan, qui représentent seulement 1,7% du PIB en 2007 (Khodjamurodov et

Rechel, 2010) sont les plus faibles d'Asie centrale. La santé représente, en effet, une faible part des dépenses publiques, 4,3% en 2007, 6,8% en 2012, d'après l'OMS, contre 11% en moyenne en Asie Centrale.

Les dépenses de santé privées ont augmenté de façon spectaculaire après l'indépendance, dépassant 80% des dépenses totales de santé en 2005, à mesure que la part des dépenses publiques diminuait. Elles atteignaient encore 74% des dépenses totales en 2010, donnant au Tadjikistan une place en tête de classement mondial des dépenses de santé *out-of-pocket*, d'après Khodjamurodov *et al.* (2016), malgré plusieurs augmentations successives des salaires des médecins. La première vague de réformes a augmenté les dépenses publiques et l'aide extérieure, baissant significativement les dépenses privées, qui restent à 60,1% en 2013.

En raison du manque de financement public, le recours aux soins est très coûteux et la couverture assurantielle, qu'elle soit sociale ou commerciale, est pratiquement inexistante. De ce fait, le risque de maladie peut avoir deux conséquences néfastes. Si le malade choisit de se faire soigner, il encourt un risque de dépenses catastrophiques pouvant mener à l'endettement de tous ses proches, voire à la faillite financière. Si le malade choisit de renoncer ou reporter les soins, il encourt un risque d'aggravation, voire de décès. Une grande part de la population déclare renoncer aux soins (Khodjamurodov *et al.*, 2016). Parmi les raisons principales, l'inaccessibilité financière et géographique sont les plus souvent données dans le quintile le plus pauvre (Pellet, 2015).

De ce fait, les ménages n'ont parfois d'autre choix que de recourir à des stratégies dont le recours à un membre en migration ou, à défaut, l'envoi d'un membre en migration. Si les remises de fonds sont justement envoyées en raison d'un problème de santé, si la migration a été décidée pour financer un soin ou si elle fait office d'assurance du fait d'un besoin de soin connu au sein du ménage, alors l'estimation de l'effet des remises de fonds des migrants sur la consommation de soins souffrira d'un biais d'endogénéité.

La migration et la réception de transferts qui en résulte souvent peuvent intervenir à deux moments du besoin de soins. Soit *ex post*, le ménage qui dispose déjà de l'aide d'un migrant demande à celui-ci de l'argent, tandis que le ménage sans migrant peut, si le coût d'opportunité est inférieur au gain, envoyer un membre en migration pour financer une opération planifiée ou rembourser des dettes contractées (on parle alors de *risk coping*). Soit *ex ante*, le ménage aide le migrant à partir et reçoit en contrepartie le soutien financier du migrant, pour se prémunir contre les risques consécutifs à un choc de santé (on parle alors de *risk sharing*).

Enfin, on envisage deux façons de remettre des transferts issus de la migration. Le migrant peut, durant son séjour, envoyer plus ou moins régulièrement des remises de fonds ou alors il peut accumuler un capital et le rapatrier afin de financer des soins à son retour.

Pour avoir une première compréhension intuitive de ces mécanismes, nous faisons appel

à des entretiens menés à Douchanbé dans le cadre d'une enquête de terrain, en 2014 et 2015 auprès d'une quarantaine de patients, médecins et membres d'ONG liées à la santé¹. Dans ces entretiens, trois types de relations entre la migration d'un membre et la santé des autres membres du ménage émergent.

Dans un premier cas, la réception de remises permet d'augmenter quantitativement la consommation de soins de membres âgés, ou souffrant, nécessitant des soins réguliers. Lorsqu'ils reçoivent de l'argent, ils consomment ou consomment plus. Ils accèdent alors à des soins ou des médicaments auxquels ils auraient peut-être dû renoncer partiellement ou totalement en l'absence de remises. Il s'agit la plupart du temps de ménages assez pauvres, qui vont pouvoir consommer ou non au gré des transferts reçus. Mais on ne sait pas *a priori* si, dans ces ménages, un membre est parti en migration pour une raison liée à la santé d'un proche. Par exemple, Nodira², médecin de famille de 38 ans, originaire de Khorog, raconte ce type de situation où les transferts ont permis d'améliorer l'accès aux soins de ses patients.

<Une de mes patientes> se fait soigner en clinique privée. La fois d'après elle nous dit qu'elle ne peut pas venir à la polyclinique, car elle n'a pas l'argent pour le taxi. Mon collègue cardiologue devait la voir, pour lui faire passer un cardiogramme. Il me dit : elle peut se permettre de se faire soigner en clinique privée le reste du temps, mais pas se payer un taxi pour venir à sa consultation ? [...]. Quand son fils lui envoie de l'argent, elle peut se le permettre, là il ne lui en envoie pas, elle ne peut pas se le permettre. Parfois y a de l'argent, parfois y en a pas. (Nodira, Douchanbé, août 2015)

Dans un second cas, les remises permettent une nette amélioration qualitative des soins comme du niveau de vie en général. Il s'agit dans le cas de Shamsiya d'une famille déjà mieux dotée initialement, qui pourrait consommer des soins, mais n'accède aux services particulièrement onéreux d'une spécialiste renommée que grâce à l'aide de ses parents émigrés dans l'État de New York. Shamsiya, 26 ans, est mère d'un petit Omar de deux ans fortement atteint au nerf optique depuis sa naissance. « Au début, on pensait qu'on ne pourrait pas le soigner ». Au moment de l'entretien, elle habite un quartier populaire de la capitale, mais qu'elle considère comme n'étant pas assez bien. J'apprends plus tard qu'ils ont déménagé peu après notre entretien. Elle vient d'un milieu mixte, à capital culturel et économique relativement plus élevés que les voisins du quartier (Omar est le seul de la cour d'immeuble à posséder un vélo). Elle a une formation en pharmacie, son père est un enseignant saoudien et sa mère travaillait dans l'administration, où elle a appris l'anglais. Celle-ci a obtenu la carte verte à la loterie, puis la citoyenneté, et travaille comme nounou à Brooklyn depuis 5 ans. Leur migration n'a rien à voir avec la maladie du petit Omar.

1. Pour une présentation plus détaillée des entretiens et observations effectués ainsi que de la méthode utilisée, voir chapitres I et II.

2. Tous les noms des enquêtés ont été modifiés pour garantir leur anonymat.

Les conditions de migration elles-mêmes n'ont rien à voir avec la moyenne des migrations, précaires, à plus de 90% en Russie et majoritairement temporaires. À aucun moment Shamsiya ne relie dans son discours la migration de ses parents, l'aide financière et la consommation de soins médicaux d'Omar. Pourtant, Omar est suivi depuis sa naissance par « la meilleure neuropathologue de Douchanbé », qui accueille en cabinet privé pour 60 TJS³. Elle lui a prescrit une séance par mois jusqu'à ses 3 ans au moins. C'est-à-dire 2 160 TJS en tout⁴. À cela s'ajoutent les médicaments : « Chaque fois que je vais la voir elle lui prescrit une longue liste de médicaments ! ». Accéder à ce genre de service de façon aussi régulière ne serait pas possible sans l'aide de ses parents en migration. L'appoint financier permet une meilleure prise en charge d'Omar, bien que la migration elle-même n'ait rien à voir avec son état de santé. La migration est un plus et aussi le résultat d'une meilleure situation initiale.

Un troisième type de relation, plus rarement évoqué lors des entretiens, a néanmoins retenu notre attention : la migration d'un membre est parfois présentée comme la condition *sine qua non* de l'accès aux soins ou au financement d'une opération importante. Le lien est alors explicite dans le propos des personnes interrogées. C'est le cas de Malika, 29 ans, née dans un village de montagne du district de Varzob, et mère de trois enfants entre 3 et 9 ans, dont l'aîné a une malformation à l'œil. Elle habite dans la même résidence que Shamsiya et appartient au groupe de voisines que Shamsiya considère comme des femmes du *kishlak* (« village »). Malika s'est mariée dès qu'elle a fini l'école, vers 18 ans. Elle n'a pas de diplôme et ne travaille pas en dehors du domicile. Elle est habillée de façon traditionnelle (*national*) et porte un fichu (tj : *rūjmol*, ru : *platok*) sur les cheveux. Malika vient d'une famille issue d'un milieu rural et sans ressources, dans laquelle plusieurs hommes travaillent comme saisonniers en Russie. Lorsque le fils de Malika a eu besoin de soins plus intensifs et d'une opération ophtalmologique, son mari a rejoint son beau-frère en Russie. Elle explique :

Mon fils, lui aussi, a des problèmes aux yeux. Il a besoin de soins et de plusieurs opérations. Il en a déjà eu une en septembre l'année dernière. Voilà pourquoi mon mari est en Russie. Tout cela est très cher ! Où trouver l'argent pour l'opération ? Il y a très peu d'argent ici. Il faut payer le sang, les analyses c'est déjà dans les 100 somonis, puis encore des tests. Et puis l'opération elle-même c'est encore bien plus cher ! Ils prennent en dollars ... Combien exactement je ne sais pas. C'est mon mari qui sait. C'est pour ça qu'il est en Russie, il faut beaucoup d'argent pour payer cela ici [...]. C'est quelqu'un de bien, il revient avec l'argent en septembre prochain car mon fils a besoin d'une deuxième opération de l'œil.

3. À l'été 2015, 1 USD vallait environ 7 TJS.

4. À titre de comparaison, pour une consultation de routine en policlinique on remercie entre 5 et 20 TJS ; un acte technique sophistiqué comme un électrocardiogramme dans un centre de diagnostic autofinancé bien équipé est d'environ 70 TJS.

Étant donné le statut économique et social du ménage, le faible niveau d'éducation et compte tenu de la faiblesse de l'activité économique au Tadjikistan, ils auraient sans doute eu besoin de recourir à la migration comme de nombreuses familles. Cependant, ce qui importe c'est que dans le discours de Malika, cela ne fait aucun doute : c'est pour payer l'opération que son mari a dû et doit encore partir en migration temporaire. Dans ce cas, la migration n'est pas un complément, ni le moyen d'améliorer une prise en charge qui aurait lieu aussi sans la migration. C'est une nécessité, la condition pour pouvoir faire soigner l'enfant ou le proche parent.

Dans les deux premiers cas, il semblerait que l'état de santé ne soit pas la raison de la migration et que la consommation de soins soit augmentée et améliorée qualitativement à l'aide d'envois d'argent depuis l'étranger, plus ou moins régulièrement pendant le séjour. Tandis que, dans le dernier cas, l'accès aux soins est considéré comme la cause de la migration et n'est rendu possible que par l'argent gagné à l'étranger et rapatrié par le migrant à son retour.

1.2 Hypothèses

Ces premières observations issues de l'enquête de terrain (Pellet, 2018) nous incitent à formuler les hypothèses suivantes. D'un côté, il est probable qu'en assouplissant la contrainte budgétaire les transferts de fonds facilitent la couverture des besoins de soins, compte tenu notamment de l'importance du montant des soins à la charge des patients. D'un autre côté, le fait de recevoir des remises peut être expliqué par un besoin de soins. Il y a potentiellement deux sens de causalité de la relation entre transferts des migrants et santé des autres membres du ménage.

Nous mesurons dans ce chapitre l'effet des remises sur la consommation de soins. Mais si ces transferts peuvent être une réponse à la détérioration de la santé d'un parent, le modèle risque alors de souffrir d'un biais d'endogénéité. De même, si les risques de santé encouragent les ménages à envoyer un membre à l'étranger ou si des caractéristiques inobservées influencent la réception de remises et la consommation de soins, alors l'estimation souffrira d'un biais.

Bien que l'endogénéité des transferts reçus soit souvent mentionnée et traitée dans les articles sur les envois de fonds et la santé, les mécanismes sont rarement discutés. Empiriquement, les entretiens présentés ci-dessus suggèrent soit une absence d'endogénéité, soit un biais positif d'endogénéité. Néanmoins, il convient d'envisager les différents sens de biais possibles.

L'endogénéité peut avoir deux sources : la causalité inverse et l'omission de variables entraînant une corrélation entre les erreurs et la variable explicative. Les risques de causalité inverse (ou simultanété) dans le cas qui nous occupe se situent à un niveau individuel (ménage) et peuvent entraîner un biais positif ou négatif. Positif si, par exemple, l'anti-

icipation de dépenses de santé motive la migration d'un membre (rôle assurantiel de la migration, Stark et Lucas (1988)) et la réception de remises, ou si c'est le départ en migration d'un proche qui a un effet délétère sur l'organisation productive du ménage (donnant un surplus de travail aux autres membres, par exemple, Bargain et Boutin (2015)), qui détériore la santé et accroît la consommation de soins. Le biais est négatif si, au contraire, les membres du ménage effectuent un arbitrage qui les amène à renoncer aux soins dans le but de payer la migration et de recevoir ensuite des remises. Il est aussi négatif si la migration est un abandon volontaire. Elle ne s'accompagne donc pas de transferts et peut avoir en même temps un effet néfaste sur l'état de santé des membres abandonnés (ou « left behind », selon l'expression employée par Falkingham *et al.* (2009)).

L'endogénéité peut aussi provenir de l'existence de caractéristiques inobservées, influençant à la fois les dépenses de santé et la réception de remises, qui peuvent se situer à un niveau ménage ou à un niveau local et entraîner un biais positif ou négatif. Au niveau individuel, le biais est positif si, par exemple, des besoins de soins inobservés pour lesquels nous ne parvenons pas à contrôler expliquent à la fois le soutien d'un migrant à l'étranger et la consommation de soins. Il peut être négatif si les membres du ménage partagent le bon état de santé général du migrant (« the healthy migrant effect ») qui leur envoie de l'argent.

Enfin, il peut s'agir de caractéristiques inobservées des districts où ils vivent (infrastructures, choc environnemental, normes sociales). Par exemple, la densité de l'offre médicale locale et le niveau des restes à charges nécessaires pour payer les soins, le matériel, pour inciter et maintenir les médecins dans la région grâce à des récompenses informelles ne sont pas directement observables. Si les communes où les infrastructures sont inexistantes ou peu dotées n'offrent justement pas d'opportunités d'emploi et sont donc des zones d'émigration, alors les envois de fonds des migrants seront négativement ou positivement corrélés aux dépenses de santé. Elles seront positivement corrélées si les ménages recevant des remises compensent les manques en dépensant plus d'argent en matériels et en récompenses informelles. Elles seront négativement corrélées si la déliquescence de l'offre médicale entraîne une sous-utilisation des infrastructures locales y compris parmi ceux qui bénéficient de transferts. Ces hypothèses sont résumées dans le tableau IV.1.

À notre connaissance, deux études récentes examinent la relation entre santé et migration au Tadjikistan. Clément (2011) montre l'impact des transferts privés domestiques et internationaux sur l'allocation de l'ensemble des dépenses, dont les dépenses de santé. Pour cela, il compare les ménages bénéficiant de remises de fonds et ceux n'en bénéficiant pas, en les appariant à l'aide d'un score de propension ne prenant pas en compte les besoins. Il trouve un sur les dépenses de santé. Il n'identifie pas la provenance du transfert précisément. Ce ne sont pas forcément des membres de ménages en migration, donc le effet significatif qu'il trouve est plutôt celui de la solidarité informelle inter et intra-ménage sur la santé et non celui de la migration internationale. Cette méthode ne permet pas de

TABLEAU IV.1 – Récapitulatif des sources possibles de biais

Source d'endogénéité :	Biais de causalité inverse		Biais de variables omises			
	Individuel (ménage)		Individuel (ménage)		Collectif (communauté, district)	
Niveau :						
Sens du biais :	+	-	+	-	+	-
Exemples :	Anticipations des dépenses Détérioration de l'état de santé	Arbitrage en faveur du renoncement Abandon	Besoins de soins inobservés	Patrimoine génétique solide	Désaffection de l'offre médicale	Isolement, manque d'opportunité

traiter le biais potentiel d'endogénéité.

À l'aide d'une instrumentation, Kan (2016) montre que le montant de remises de fonds a un impact positif et significatif sur la plupart des *outcomes* de santé (jour d'incapacité, état de santé perçu, dépenses), bien que l'impact soit faible en intensité. Cette étude ne permet pas de savoir si les transferts permettent véritablement d'améliorer l'accès aux soins et la couverture des besoins de soins, dans la mesure où l'effet sur les dépenses est estimé sans contrôler par le besoin de soins, c'est-à-dire par l'état de santé.

2 Données et méthodes

2.1 Données

Pour vérifier ces hypothèses, nous utilisons les données de la vague 2007 du *Tadjikistan Living Standard Survey*, menée par le Département de statistiques d'État et supervisée par la Banque mondiale. Il s'agit d'une enquête représentative à l'échelle nationale avec un échantillonnage stratifié à deux degrés, au niveau des zones urbaines et rurales de chaque région et au niveau communautaire⁵. Lors de la première étape, une sélection aléatoire de 270 unités primaires d'échantillonnage, des grappes, a été effectuée au niveau communautaire. Au sein des 270 grappes retenues, 18 ménages ont été sélectionnés aléatoirement. L'échantillon est assez important, avec 4 860 ménages et 29 798 individus.

Les données collectées lors d'un premier passage en septembre-octobre 2007 se composent de 15 modules thématiques, comprenant un module migration, un module santé (état de santé, recours aux soins, dépenses de santé, etc.) et les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des ménages et des individus (éducation, travail, etc.). Un second passage a eu lieu en octobre-novembre 2007. Il comprend des questions relatives à

5. L'échantillon est stratifié sur cinq régions (les trois régions - ou *oblasts* en russe -, Douchanbé, les districts de la région de subordination républicaine ou DRS) et deux types de zones (urbaines, rurales) ce qui signifie qu'il y a neuf strates, puisque la capitale Douchanbé n'est qu'une zone urbaine.

l'achat de médicaments, un poste important des dépenses de santé. Nous utilisons donc cette vague pour calculer plus précisément les dépenses de santé des ménages, mais cela fait perdre une centaine de ménages qui n'ont pas été retrouvés et ré-enquêtés. Nous supposons que les principales caractéristiques socio-économiques n'ont pas changé pendant la période intermédiaire. Une autre vague de données a été collectée en 2009, 1 500 ménages de 2007 ont fait l'objet d'une nouvelle enquête, composant un panel pour la période 2007-2009. Cependant, les questions sur l'état de santé n'ont pas été posées ce qui rend impossible l'analyse de la consommation de soins à besoin de soins donné.

2.2 Variables d'intérêt

Les variables liées à la santé

L'enquête collecte, tout d'abord, des informations sur le fait d'avoir eu recours aux services ambulatoires durant les 4 dernières semaines précédant l'enquête et le fait d'avoir été hospitalisé durant les 12 derniers mois, qui sont des proxys de l'accès aux soins. Lorsque l'individu a eu recours, est demandé l'ensemble des dépenses engagées par le ménage au cours du dernier mois pour les soins ambulatoires, incluant les dépenses de médicaments prescrits et non prescrits, les frais formels, les paiements informels aux professionnels de santé et les frais de transport. L'enquête renseigne par ailleurs l'ensemble des dépenses hospitalières engagées lors du dernier séjour à l'hôpital au cours des douze derniers mois, incluant les dépenses relatives aux traitements reçus, les frais formels et les paiements informels aux médecins, les dépenses alimentaires et les autres frais directs liés à l'hospitalisation⁶.

Ces informations permettent alors de retenir trois premières variables d'intérêt approximant l'intensité de la consommation de soins, **les dépenses ambulatoires** du dernier mois et **les dépenses hospitalières** lors du dernier séjour, **les dépenses de santé totales mensuelles**, pour lesquelles nous avons additionné les dépenses ambulatoires mensuelles et une estimation de la moyenne mensuelle des dépenses hospitalières de l'année. Plus de la moitié des ménages n'ont pas de dépenses : 58,4% des ménages n'ont aucune dépense (tableau IV.4), 54,4% n'ont aucune dépense ambulatoire et 73,6% n'ont aucune dépense hospitalière. Les dépenses ambulatoires concernent plus de monde, non seulement parce que les consultations sont plus courantes que les hospitalisations, mais parce qu'elles contiennent aussi l'automédication. Les dépenses de santé représentent environ 20% de l'agrégat de consommation courante des ménages consommateurs de soins (tableau IV.2). La moyenne des dépenses de santé est de 239 TJS⁷. La variance de leurs dépenses de santé est extrêmement élevée, du fait de quelques valeurs aberrantes de l'ordre de milliers

6. Les frais de transport jusqu'à l'hôpital ne sont en revanche pas déclarés, ce qui conduit à une sous-estimation des dépenses hospitalières.

7. En 2007, 1 USD vaut environ 3,75 TJS.

de somonis pour plusieurs opérations au cours de l'année. Nous avons choisi de conserver les valeurs aberrantes parce que dans ce système, les dépenses de santé peuvent être catastrophiques en raison des paiements informels et formels (matériel, médicaments) et du manque d'organisme de mutualisation du risque. En outre, les personnes qui peuvent se permettre ces traitements sont significativement plus riches que les autres. Ils peuvent procéder à des paiements élevés, il serait donc faux de les exclure. Néanmoins, nous utilisons le logarithme des dépenses de santé pour corriger cette grande variabilité.

TABLEAU IV.2 – Part des dépenses de santé dans la consommation

	Moyenne (TJS)	Médiane (TJS)
Dépenses de santé totales	239	51
Dépenses de santé totales p.c.	38	8
Agrégat de consommations totales	1300	1013
Agrégat de consommations totales p.c.	219	158
Agrégat de consommations courantes	1060	893
Agrégat de consommations courantes p.c.	183	138
Ratio dépenses de santé / conso. totale	18%	5%
Ratio dépenses de santé p.c./ conso. totale p.c.	17%	5%
Ratio dépenses de santé / conso. courante	23%	6%
Ratio dépenses de santé p.c. / conso. courante p.c.	21%	6%
Effectifs	2659	

Le montant des dépenses de santé n'est qu'une mesure indirecte de la consommation de soins et présente des limites. Par exemple, certaines populations peuvent payer davantage à chaque consultation par logique sociale de distinction (voir II) ou parce que le personnel hospitalier attend plus d'eux. Dans ce cas, le fait d'avoir un membre à l'étranger pourrait être un signal pour le médecin qui demanderait alors plus à ces ménages. Il est également possible que les transferts envoyés - qui représentent 50% du PIB - aient un effet inflationniste sur les dépenses de santé. L'impact des remises sur la consommation de soins en adéquation avec les besoins (TCEPA) est d'autant plus difficile à mesurer que les besoins de soins sont difficiles à mesurer avec précision dans un questionnaire de santé. C'est pourquoi nous avons aussi recours à une variable de renoncement.

Le renoncement aux soins est une notion complexe en économie de la santé, qui repose sur le sentiment d'avoir besoin de recourir aux soins d'un professionnel de santé. Il s'agit d'une variable subjective mais pertinente, qui a le mérite de mesurer directement les besoins non couverts et l'insatisfaction ressentie envers un système de santé. Nous utilisons la question : « Avez-vous déjà dû reporter ou renoncer à des soins ? », posée uniquement aux 2 669 ménages déclarant qu'au moins un de leurs membres a eu besoin de soins durant les 12 derniers mois (voir tableau IV.3). Parmi ceux ne déclarant pas de besoin, 802 ont néanmoins des dépenses de santé⁸. Mais nous ne les prenons pas en compte dans le champ

8. Il s'agit essentiellement de ménages ayant des dépenses de médicaments non prescrits et qui ne déclarent aucun besoin probablement entendu comme un besoin de recours à l'aide médicale professionnelle.

du renoncement. Cet indicateur de renoncement souffre d'une certaine relativité, il dépend de recours aux soins antérieurs : ceux qui consomment déjà des soins ont plus de chances d'avoir été diagnostiqués et de ressentir un besoin de soins non couvert, s'ils n'ont pas pu aller au bout du traitement, par exemple. C'est pourquoi, 971 ménages déclarant avoir dû renoncer aux soins ont pourtant des dépenses de santé. Afin d'affiner la mesure, nous avons donc créé deux indicateurs : le renoncement total (296 ménages déclarent avoir déjà renoncé aux soins et n'ont aucune dépenses de santé) et le renoncement partiel (675 ménages déclarent avoir renoncé à des soins, tout en ayant des dépenses de santé). Le renoncement total correspond au non recours aux services malgré un état de nécessité. Le renoncement partiel correspond au fait de renoncer à suivre un traitement à la suite d'une consultation ou une hospitalisation ou à poursuivre les consultations.

TABLEAU IV.3 – Variables de renoncement et les sous-échantillons correspondant

Nb. de ménages	Aucune dépense de santé	Dépenses de santé positives	Total
Échantillon total	2046	2659	4705
Pas de besoin déclaré (hors-champ)	1234	802	2036
Nombre de ménages déclarant un besoin	812	1857	2669
N'a jamais renoncé	516	1182	1698
A déjà renoncé une ou plusieurs fois	296	675	971
Renoncement total	296	0	296
Renoncement partiel	0	675	675

Les variables liées à la migration

Comme nous l'avons vu dans la section 1, les transferts de fonds peuvent être soit envoyés depuis l'étranger par le migrant actuellement absent, soit rapportés par le migrant de retour après un séjour en migration. L'enquête interroge d'une part le ménage sur le(s) migrant(s) actuellement à l'étranger et les remises de fonds qu'il(s) envoie(nt) le cas échéant et, d'autre part, les anciens migrants parmi les membres du ménage, ayant migré au cours des trois dernières années et de retour de migration. Mais les migrants de retour n'ont pas été interrogés sur d'éventuelles remises de fonds pendant le séjour ou rapatriées à leur retour.

C'est pourquoi nous utilisons la question relative à la migration d'un ou plusieurs membres du ménage actuellement à l'étranger pour tester l'effet d'être bénéficiaire de remises de fonds sur la consommation de soins (section 3). Pour tester les résultats, nous avons aussi estimé l'effet d'avoir un migrant de retour sur la consommation de soins (voir annexe, tableau IV.20). Nous avons distingué parmi les migrants de retour les migrants les plus récents c'est-à-dire rentrés entre 2006 et 2007. Cela permet d'approximer le rapatriement de fonds et d'estimer son effet sur la consommation de soins.

Nous comparons les différents profils, ménages sans migrant, ménages avec migrant actuellement à l'étranger, ménages avec migrant récemment rentré, dans le tableau IV.4. Cette dernière catégorie peut contenir d'anciens migrants, potentiellement mieux dotés, tout comme des migrants saisonniers plus précaires rentrés à l'automne, après avoir passé quelques mois sur un chantier. Nous disposons de l'information sur la date de départ du séjour en migration le plus récent depuis 2004 et sur la durée de ce dernier séjour. Nous isolons ainsi les migrants de retour le plus récemment en retenant ceux rentrés entre 2006 et 2007. Ils représentent 17,4% des ménages.

Les ménages ayant au moins un membre actuellement à l'étranger représentent 14,2% des ménages. La moyenne d'âge des migrants est de 28 ans. La plupart des membres en migration sont les fils (à 78%) et les époux (à 17%) partis travailler en Russie (à 96%), en moyenne depuis deux ou trois ans. Ils sont très majoritairement des hommes et lorsque ce sont des femmes, il s'agit généralement de la femme du fils l'accompagnant. Dans 8% des cas, un des membres en migration est une femme. Dans seulement 3% des cas, les membres absents ne sont que des femmes (une ou plusieurs).

En considérant les deux catégories de migrants - membre récemment rentré ou actuellement en migration, ce sont plus de 28% des ménages interrogés qui sont concernés par la migration récente ou actuelle d'au moins l'un de leurs membres (1 231 sur 4 705).

Les questions sur les remises de fonds (RR) sont posées aux ménages ayant actuellement au moins un de leurs membres à l'étranger de la façon suivante : « Est-ce que [le membre à l'étranger] a versé quelque chose à ce ménage, en espèces, n'importe quand au cours des 12 derniers mois ? Quel montant a-t-il envoyé en espèces au cours des 12 derniers mois ? » La grande majorité des migrants actuels envoie des fonds à leurs proches, puisque parmi les ménages ayant au moins un membre à l'étranger 87,2%, soit 637 ménages, déclarent recevoir des transferts. Nous prenons en compte la somme des remises en argent et en nature, dont la valeur est évaluée en somoni.

Sur la base de ces informations, nous retenons dans l'analyse une variable binaire indiquant le fait de recevoir des transferts (RR) de la part d'au moins l'un des membres actuellement à l'étranger. Nous utilisons une variable binaire plutôt que le montant déclaré de transferts reçus, en raison du potentiel biais de déclaration affectant les montants reçus. En effet, les ménages peuvent surestimer les montants des remises de fonds reçus du fait de la honte d'en recevoir trop peu, et les montants, demandés en dollars, peuvent contenir des erreurs de mesure. Nous avons également essayé avec la variable continue de remises de fonds en logarithme, comme Kan (2016). Les résultats sont équivalents, ce qui s'explique par le point de masse important en 0⁹.

9. Lorsqu'on utilise les remises conditionnelles, il n'y a plus suffisamment d'observations pour mener les estimations. De plus, nous n'avons pas de variable suffisamment corrélée au montant conditionnel de remises parmi ceux qui en reçoivent, en dehors du salaire gagné à l'étranger. Mais celui-ci serait un mauvais instrument en raison de sa probable corrélation aux erreurs de première étape.

Nous ne différencions pas dans l'analyse les cas où il y a un seul migrant (77%) des cas où il y en a deux (18%) et trois et plus (5%), car le premier cas est largement majoritaire. Lorsqu'il y a un deuxième membre en migration, il s'agit très souvent d'un deuxième fils ou d'une belle-fille (qui ne travaille donc pas systématiquement une fois en Russie). Nous additionnons les remises envoyées par l'ensemble des membres, donc d'une certaine manière l'analyse de l'effet des remises en continu (annexe) permet de capter l'effet en cas de cumul de plusieurs membres en migration. Or, comme mentionné ci-dessus, les résultats sont comparables à ceux de la variable binaire sur le montant conditionnel de dépenses de santé.

Le fait que les transferts envoyés par les migrants rentrés récemment (dans les 12 derniers mois) ne soient pas renseignés dans l'enquête ne pose pas de problème pour estimer les dépenses ambulatoires du dernier mois, puisqu'il est assez clair qu'ils n'ont rien reçu dans le dernier mois. Mais cela peut conduire à une mauvaise estimation de l'effet des transferts sur les dépenses hospitalières qui, elles, sont demandées pour le dernier séjour à l'hôpital au cours des douze derniers mois, sans précision de la date d'hospitalisation. C'est pourquoi nous observons séparément les caractéristiques moyennes de ces ménages de migrants récemment rentrés (tableau IV.4). Puis, dans les estimations, nous les comptons comme non bénéficiaires de transferts (NRH), lorsque nous estimons les dépenses ambulatoires, et les excluons de l'échantillon pour les dépenses hospitalières afin de ne pas les compter à tort comme non bénéficiaires et ne pas fausser les estimations¹⁰.

Pour mesurer la corrélation entre les problèmes de santé et la migration, nous utilisons une question sur l'intention de migrer déclarée comme un proxy binaire de la propension à migrer dans un avenir proche, en se référant à Dimova et Wolff (2015), bien qu'on ne dispose pas de plusieurs dates. En effet, la dimension panel du TLSS n'étant pas utilisable sur 2007-2009 concernant la santé, il est très difficile de mesurer précisément l'effet d'un choc de santé sur le départ en migration. En revanche, grâce à la question posée au ménage "Est-ce que vous prévoyez de migrer dans les 12 prochains mois?", il est possible de tester le lien entre un choc de santé ou une forte dépense de santé et les projets à court-terme de migration, à défaut de pouvoir le tester en dynamique. Il s'agit d'un bon indicateur de la propension à planifier une migration dans un futur proche, mais pas de la migration effective.

Enfin, pour mesurer la corrélation entre le retour de migration et l'accès aux soins en perspective dynamique nous mettons à profit le décalage entre deux passages du questionnaire à un ou deux mois d'écart (voir section 2.1). Nous ne pouvons le faire que sur un sous-échantillon restreint et uniquement en statistiques descriptives. Lors du second passage à l'automne, les questionnaires ont pu être soumis aux individus étant arrivés ou revenus dans le ménages, depuis le premier passage (325 ménages ont de nouveaux

10. Nos résultats ne changent pas significativement, lorsqu'on les réintroduit dans l'analyse comme bénéficiaires potentiels.

membres, soit 7%). Parmi ces ménages, un tiers ont des migrants rentrés de migration (32%), un quart des nouveaux-nés (26%) et les autres sont des époux et épouses du chef de ménage ou de leurs enfants (42%). Par ailleurs, seul le questionnaire de recours à l'ambulatoire a été posé lors du second passage, ce qui nous renseigne tout de même sur une partie de la consommation de soins. Nous comparons par la suite les différences de consommation de soins en fonction du retour d'un migrant et le retour d'un migrant en fonction du niveau de consommation de soins au premier passage.

Les principales variables de contrôle

Afin d'étudier l'effet des transferts de fonds sur la consommation de soins en adéquation avec les besoins, il est nécessaire de contrôler par le besoin de soins du ménage. Le besoin de soins est approché à l'aide de plusieurs variables : la structure par âge et sexe du ménage, le fait qu'au moins l'un des membres du ménages souffre de maladie chronique, et qu'au moins un des membres ait été affecté récemment par une maladie non chronique ou une blessure. L'enquête recueille, en effet, les réponses de tous les membres du ménages aux questions suivantes : « Est-ce que X souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap qui dure depuis plus de 3 mois ? » et « Au cours des 4 dernières semaines, X a-t-il eu une maladie soudaine ou une blessure (comme une grippe, une diarrhée, une fracture, etc.) ». Un indicateur de santé auto-évaluée à 5 alternatives, de très mauvaise à très bonne santé, est également disponible, mais souffre d'un biais déclaratif optimiste. L'écrasante majorité des individus se déclarent en bonne santé (76%) et 10% se déclarent en excellente santé. Comme 12% des personnes interrogées se déclarent dans un état de santé moyen et seulement 1.5% en mauvaise santé et 0.1% en très mauvaise santé, nous considérons que déclarer un état de santé moyen indique déjà que l'individu n'est pas en bonne ou très bonne santé. Comme, par ailleurs, 45% des individus ayant une maladie chronique diagnostiquée se déclarent quand même en bonne santé, 40% déclarent une santé moyenne et seulement 14% en mauvais ou très mauvais état de santé, nous avons créé une variable binaire indiquant le fait de ne pas être en bonne santé. Elle tient compte à la fois de l'information objective et subjective sur l'état de santé. Elle vaut 0 lorsque l'individu ne déclare aucune maladie et une bonne à très bonne santé subjective. Elle vaut 1 lorsque l'individu déclare une maladie chronique ou non chronique ou lorsqu'il déclare une santé moyenne à très mauvaise¹¹.

Enfin, pour étudier l'effet des transferts de fonds sur le recours aux soins, il est nécessaire de contrôler par le **niveau de vie des ménages**. Mesurer le niveau de vie des ménages n'est pas évident dans un pays où les revenus sont majoritairement issus du secteur informel et sont très volatiles. Nous mobilisons pour cela un indicateur de ri-

11. En guise de test de sensibilité, nous avons reproduit les résultats avec une version plus strict de cette variable de mauvaise santé, qui vaut 1 seulement si les individus déclarent un mauvais ou très mauvais état de santé ou une maladie. Les résultats sont tous équivalents, parfois même plus significatifs.

chasse basé sur le patrimoine des ménages (actifs financiers, fonciers, agricoles, et autres biens durables¹²) obtenu par une analyse en composantes principales. En guise de test de sensibilité, nous avons répété les estimations avec un indicateur de consommations agrégées construit comme la somme de toutes les dépenses courantes (nourriture, éducation, santé...), de la valeur monétaire estimée de l'autoconsommation, d'une valeur d'usage des biens durables et d'un loyer équivalent¹³ pour les ménages propriétaires (voir annexe, tableau IV.15).

2.3 Statistiques descriptives

Comparaison des différents types de ménages

Le tableau IV.4 présente les principales caractéristiques de chaque type de ménage : les ménages non bénéficiaires de remises de fonds (NRH), qu'ils aient ou non un membre actuellement en migration¹⁴, les ménages bénéficiaires (RRH) et les ménages ayant un membre rentré de migration au cours des 12 derniers mois. En comparant, tout d'abord, les ménages bénéficiaires (RRH) aux non bénéficiaires (NRH) de remises de fonds, il apparaît que la consommation de soins des RRH n'est pas significativement différente, en moyenne, de celle des NRH, mais ils renoncent moins souvent complètement aux soins que les NRH (6% contre 12%). Les RRH ont un peu plus souvent au moins un de leur membre souffrant d'une maladie chronique, mais leurs besoins de soins ne sont pas significativement différents.

En revanche, les RRH ont des caractéristiques sociodémographiques différentes des NRH. Les chefs des ménages bénéficiaires de transferts de fonds sont plus souvent susceptibles d'être des femmes et ils sont en moyenne de deux ans plus âgés que ceux des NRH. Cela peut être lié au fait qu'en cas d'absence ou de décès du père, le fils est envoyé à l'étranger et le chef de ménage devient alors la mère. C'est ce que Clément (2011) qualifie de plus grande dépendance des RRH : la proportion de personnes dépendantes est plus élevée. La proportion de femmes dans le ménage est plus élevée que celle des NRH, tout comme la proportion de personnes âgées, ce qui peut aussi provenir d'une sélection à la migration en faveur des hommes (moins de 7% des migrants sont des femmes) et des jeunes.

12. En biens durables, nous avons pris en compte tous les objets de type petit électroménager comme les fours, à l'exception des fours artisanaux d'extérieur. En actifs agricoles, nous n'avons pris en compte que le fait de posséder un terrain agricole, son propre cheptel et un tracteur.

13. Une description détaillée de cet indicateur est donnée dans le chapitre III. L'estimation du loyer équivalent utilise toutes les caractéristiques observables du logement : type d'habitation, nombre de pièces, matériaux (sol, murs, toiture...), présence d'ascenseur, baignoire, garage, terrasse et caractéristiques locales (nombre d'habitants, écoles...). Nous l'avons estimé sur le groupe de ménages pour lequel l'enquêteur rapporte que « le loyer équivalent semble exact », ce qui fournit une estimation de meilleure qualité (le R^2 est supérieur à 30%). Nous l'avons ensuite imputé aux autres ménages propriétaires fonciers.

14. Parmi eux, 2,7% ont un membre à l'étranger mais déclarent ne pas recevoir d'argent.

Du point de vue économique, les RRH ne sont pas significativement moins riches en moyenne que les NRH d'après leur agrégat de consommation moyen respectif. Cependant, ils ont un patrimoine moins élevé puisque 14% d'entre eux appartiennent au dernier quintile de patrimoine, contre 21% des NRH. Ils ont plus souvent que les NRH bénéficié seulement d'un enseignement primaire et sont moins nombreux à être diplômés du supérieur. Ils ont également une proportion significativement plus faible de membres en emploi (25% contre 30%), ce qui s'explique par le fait que la migration est un substitut à l'emploi local informel (Abdullov *et al.* (2012)) et agricole (Atamanov et Van den Berg (2011)).

Les caractéristiques communautaires géographiques dans lesquelles vivent les différents types de ménages sont également très différentes : 82% des RRH vivent dans les zones rurales contre 66% des NRH. Ils vivent en moyenne à des altitudes plus élevées, venant de régions plus montagneuses (le Badakhchan, les montagnes de Fann dans la province de Sogd, etc.). Ils viennent donc de régions où les opportunités d'emploi sont moins nombreuses. Ils sont moins souvent raccordés à un réseau d'approvisionnement en eau centralisé ou à un système d'égouts. Ils bénéficient moins souvent de la présence d'une pharmacie approvisionnée en médicaments, d'un hôpital, d'une polyclinique ou d'un centre de soins infirmiers.

En ce qui concerne les ménages ayant un membre rentré de migration au cours des douze derniers mois (tableau IV.4, troisième colonne), leur profil est différent de celui du groupe de référence (NRH) et des ménages avec un migrant actuellement à l'étranger (RRH). Ils ont des besoins de soins un peu plus importants du fait de problèmes de santé non chroniques que les NRH et les RRH. Ils déclarent plus souvent consommer des soins, même s'ils dépensent moins en moyenne pour ces soins. Eux aussi renoncent moins souvent aux soins que les NRH. Les chefs de ménage sont en moyenne un peu plus jeunes et plus souvent des hommes ; la proportion de femmes et de personnes âgées est moindre, ce qui s'explique par le fait que le jeune migrant a réintégré le ménage.

Par comparaison aux NRH et RRH, ils ont un profil médian, plutôt classe moyenne. Sur le plan socioéconomique, s'ils sont comparables aux NRH en termes d'indice de consommation par tête, ils sont moins souvent détenteurs d'un diplôme du supérieur, mais plus souvent du secondaire. Ils sont aussi moins souvent dans le plus bas quintile de l'indice de patrimoine et moins souvent dans le plus haut. Ils sont mieux dotés en éducation et en patrimoine que les RRH. Les caractéristiques locales de leur zone d'habitat se rapprochent plus de celle des NRH que des RRH (urbains à 27%, ce qui reste significativement inférieur au 34% des NRH). Ils ont un meilleur accès aux soins et aux autres équipements que les RRH, mais un moindre accès que les NRH¹⁵.

15. Si l'on compare les ménages d'anciens migrants rentrés moins récemment, les profils se rapprochent encore plus des NRH. Cela confirme la théorie selon laquelle les premières vagues de migrants sont composées d'individus mieux dotés que les vagues suivantes, qui pourront ensuite bénéficier du réseau

En un mot, bien qu'ils aient eu un membre en migration par le passé, ils sont plus privilégiés que les RRH et se rapprochent plus des NRH par certains aspects, à l'exception des indicateurs de santé. Ils sont plus grands consommateurs de soins que les RRH et les NRH.

Corrélation entre le retour d'un migrant et l'accès aux soins

Parmi les 325 ménages dans lesquels de nouveaux membres sont arrivés entre le premier passage de l'enquêteur (septembre) et le deuxième (octobre), 103 ménages ont un migrant de retour au pays très récemment, qu'on qualifie par la suite de migrant très récent. Le deuxième passage de questionnaire ne comprend pas de question sur l'état de santé, mais comprend des questions sur la consommation ambulatoire. Sur cet échantillon très restreint, nous documentons les deux sens de causalité possibles, de façon descriptive. Nous regardons si le retour d'un migrant s'accompagne d'une variation dans la consommation de soins et si la mauvaise santé d'un membre augmente les chances d'avoir un migrant de retour.

Tout d'abord, le tableau IV.5 montre que, de façon générale, les ménages avec des migrants ont davantage recours aux services ambulatoires entre septembre et octobre que les ménages sans migrants. Tous les types de ménages ont plus souvent consommé des soins dans le mois qui précède le second passage que dans le mois qui précède le premier passage. Cela peut s'expliquer peut-être par le début de la période hivernale. Notons que les ménages avec un migrant rentré dans le mois qui a séparé les deux passages d'enquête ont eu une plus forte augmentation du recours aux soins entre les deux dates que les autres.

Cela ne se traduit pas en un delta de frais de service plus important, ils accèdent donc plus à des services gratuits ou moins chers. Le recours ambulatoire prend en compte aussi le fait d'être allé à la pharmacie. Or, la dépense en médicament lors du second passage d'enquête est nettement plus importante dans les ménages avec un migrant rentré très récemment que dans tous les autres types de ménage. Cependant, nous ne disposons pas de cette valeur lors du premier passage d'enquête, donc il est impossible de la comparer à celle du mois précédent. Et il n'est pas non plus possible de savoir si les médicaments ont été rapportés de Russie ou achetés après le retour au Tadjikistan.

Enfin, le tableau IV.6 reporte l'augmentation du recours et des dépenses des ménages qui n'avaient pas de migrant de retour en septembre, mais ont un migrant très récemment rentré en octobre, et la compare aux autres. L'augmentation de leurs dépenses de santé est 3 fois supérieure à celle des autres et ce sont eux qui ont la plus forte augmentation de recours¹⁶. L'évolution du recours est également positive mais de moindre importance

et réduire le coût de leur migration. Cela peut aussi s'expliquer par le fait qu'ils ont émigré pendant plusieurs années, accumuler un capital avant de rentrer avec chez eux, comme c'est souvent le cas.

16. Si l'on retire les ménages qui ont actuellement un migrant à l'étranger du groupe de contrôle,

TABLEAU IV.4 – Statistiques descriptives des ménages bénéficiaires ou non de remises

	Mng non bénéficiaires (NRH)	Mng bénéficiaires de remises (RRH)	Mng avec migrants récents	Tous
Variabes d'intérêt				
Avoir des dépenses de santé	0.58	0.61	0.62*	0.58
Dépenses de santé conditionnelles	242.80	235.71	209.61	238.89
Recevoir des remises de fonds (RR)	0	1	non dispo.	0.14
Montant des remises en TJS	0	4073.9***	non dispo.	503.1
Montant des remises en USD	0	1184.5***	non dispo.	146.3
Renoncement	0.39	0.35	0.31**	0.38
Renoncement total	0.12	0.06***	0.09*	0.11
Renoncement partiel	0.31	0.31	0.25*	0.30
Caractéristiques démographiques				
Âge du chef de ménages	50.61	52.82***	49.21*	50.77
Chef de ménage = homme	0.82	0.65***	0.87**	0.81
Au moins une maladie non-chronique	0.24	0.23	0.27	0.24
Au moins une maladie chronique	0.36	0.38	0.38	0.36
Taille du ménage	6.35	6.36	7.22***	6.43
Proportion de femmes	0.51	0.56***	0.49**	0.52
Proportion d'enfants < 6 ans	0.12	0.12	0.12	0.12
Proportion de + 65 ans	0.06	0.04***	0.03***	0.05
Autres caractéristiques du ménage				
Indice de richesse Q1	0.20	0.21	0.14***	0.20
Indice de richesse Q5	0.21	0.14***	0.20	0.20
Indice de consommation TJS	1149.12	1151.65	1331.42	1164
Indice de consommation p.c. TJS	211.46	207.11	207.16	210.56
Educ. primaire/basique	0.18	0.25***	0.13**	0.18
Educ. secondaire	0.59	0.60	0.67***	0.60
Educ. supérieure	0.19	0.12***	0.15*	0.17
Tadjik	0.77	0.78	0.78	0.77
Avoir un migrant revenu récemment	0.08	0.19***	1***	0.17
Part de membres actifs (travail)	0.30	0.25***	0.26***	0.29
Caractéristiques locales				
Urbain	0.34	0.18***	0.27***	0.31
Altitude (100m)	7.95	9.49***	7.79	8.13
Région Gorno-Badakhshan	0.03	0.07***	0.01**	0.03
Districts de Subordination rep.	0.19	0.25***	0.20	0.20
Région Khatlon	0.34	0.26***	0.30	0.32
Région Sogd	0.31	0.35*	0.39***	0.32
Système centralisé eau	0.54	0.37***	0.49*	0.51
Système d'égouts	0.25	0.16***	0.19**	0.23
Médicaments	0.66	0.60***	0.63	0.65
Présence hôpital	0.36	0.33	0.34	0.36
Présence polyclinique	0.37	0.31***	0.37	0.36
Présence feldsher	0.50	0.58***	0.61***	0.52
Présence pharmacie	0.52	0.47**	0.52	0.51
Effectifs	3706	638	361	4705

Note : *** signifie que la différence de moyennes avec le groupe de référence NRH est significative à 1% ;

** si elle est significative à 5% ; * si elle est significative à 10%.

TABLEAU IV.5 – Consommation de soins par statut de migration du ménage

Statut de migration du mng	Aucun migrant	Un migrant depuis moins de 3 ans	Un migrant revenu l'année de l'enquête	Un migrant actuellement à l'étranger	Un migrant revenu le mois après l'enquête (oct.)
<i>État de santé</i>					
Mauvaise santé	59,6%	53,9%	60,9%	58,8%	94,2%
Maladie chronique	36,3%	27,6%	38,3%	37,3%	40,7%
<i>Recours</i>					
à l'ambul. en sept.	24,4%	22,2%	29,7%	27,0%	27,8%
à l'ambul. en oct.	29,3%	30,7%	35,0%	32,1%	37,0%
Diff. (point de pct)	4,9	8,5	5,4	5,1	9,3
<i>Dépenses</i>					
ambulatoires en oct.	7,1	7,0	5,0	6,4	5,2
ambulatoires en sept.	4,3	3,8	5,4	10,2	4,5
Diff. (somon)	-2,8	-3,2	0,4	3,8	-0,7
Dép. médicament en oct.	26,9	21,8	28,9	38,4	45,3
Effectifs	3350	267	309	676	103

TABLEAU IV.6 – Augmentation de la consommation de soins consécutive au retour du migrant

		Migrant récent en sept.		
			NON	OUI
Migrant très récent en oct.	NON	Différence de dépenses	+4.2 pt	+5.4 pt
		Différence de recours	-2.4 pt	+1.9 pt
		<i>Effectif</i>	4250	352
	OUI	Différence de dépenses	+15.1 pt	+5.7pt
		Différence de recours	+5.3 pt	-3.9 pt
		<i>Effectif</i>	33	70

pour les ménages qui avaient un migrant récent en septembre mais n'en ont pas de très récent en octobre.

Bien que ces résultats soient obtenus sur des sous-échantillons restreints et peu représentatifs, il est possible que le retour très récent du migrant ait permis une plus grande consommation de soins et de médicaments, ou alors que son retour soit dû à une dégradation de la santé d'un membre.

Pour affiner l'étude de la corrélation entre la demande de soins, la santé et le retour du migrant, nous estimons dans le tableau IV.7, toutes choses égales par ailleurs, l'effet d'avoir au moins une personne déclarant un mauvais état de santé sur la probabilité d'avoir un migrant très récent (1), d'avoir un migrant rentré durant les 12 derniers mois (2) et d'avoir au moment de l'enquête un migrant à l'étranger (3). L'effet est significatif sur toutes les variables dépendantes, mais en termes de significativité et d'intensité relative à la propension moyenne, l'effet le plus fort est celui sur le retour très récent d'un migrant (1). Les résultats sont exactement identiques lorsque les indicatrices de districts sont ajoutées¹⁷.

l'augmentation est 4 fois supérieure (mais il ne reste que 17 ménages concernés).

17. Nous ne les présentons pas car nous perdons alors l'information d'une vingtaine de districts, dans

TABLEAU IV.7 – L'effet de la santé sur le statut de migration du ménage

var dep :	(1) Avoir un migrant très récent (dydx)	(2) Avoir un migrant de retour dans l'année (dydx)	(3) Avoir un migrant actuel- lement à l'étranger (dydx)
Mauvaise santé	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.01)	0.02* (0.01)
Indice richesse Q2	0.00 (0.00)	0.02 (0.01)	0.04* (0.02)
Indice richesse Q3	0.00 (0.00)	0.04** (0.02)	0.05*** (0.02)
Indice richesse Q4	0.00 (0.00)	0.05*** (0.02)	0.07*** (0.02)
Indice richesse Q5	-0.00 (0.00)	0.05** (0.02)	0.07** (0.03)
Taille ménage	0.00*** (0.00)	0.01*** (0.00)	0.00 (0.00)
Chef de mng = homme	-0.00 (0.00)	-0.00 (0.01)	-0.10*** (0.02)
Part d'actifs	-0.03*** (0.01)	-0.09*** (0.02)	-0.06** (0.03)
Part de femmes	-0.00 (0.01)	-0.07*** (0.02)	0.10*** (0.03)
Part enfants - 6 ans	-0.00 (0.01)	-0.03 (0.03)	-0.04 (0.04)
Part de +65	-0.02* (0.01)	-0.16*** (0.05)	-0.14*** (0.04)
Educ. primaire/basiq.	0.01 (0.01)	0.01 (0.02)	0.10*** (0.04)
Educ secondaire	0.01 (0.01)	0.03 (0.02)	0.06** (0.03)
Educ. sup.	0.01 (0.01)	-0.00 (0.02)	0.03 (0.04)
Tadjik	0.00 (0.00)	0.02* (0.01)	0.01 (0.01)
Caractéristiques locales	OUI	OUI	OUI
Observations	4 705	4 705	4 705
Moyenne prédite var. dep.	0,02	0,09	0,16

Note : Ces résultats sont obtenus à l'aide d'un modèle Probit. Les coefficients présentés sont les effets marginaux calculés. Toutes les erreurs-types estimées sont robustes à l'hétéroscédasticité. Des tests de sensibilité ont été effectués avec la variable de santé alternative et les coefficients estimés sont équivalents. (* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$)

Choc de santé et intention de migrer

Nous nous demandons maintenant si les ménages sont plus susceptibles d'envoyer un migrant à l'étranger dans un avenir proche, lorsqu'un membre du ménage a des besoins de soin. Pour cela, le besoin de soins est approximé à l'aide de l'indicateur de mauvaise santé et de l'indicateur de consommation de soins que sont les dépenses ambulatoires positives. Nous étudions également l'effet de faire face à des dépenses de santé catastrophiques. Le pourcentage moyen de ménage planifiant une migration est de 6,6% dans l'échantillon, il est de 7,4% pour les ménages dont un membre est en mauvaise santé (59%) et 5,4% pour les autres (41%), une différence qui n'est plus significative une fois pris en compte les pondérations ($p - val = 0.13$). La propension moyenne à planifier une migration prédite par le modèle est de 6.8%.

D'après le tableau IV.8, le fait d'avoir au moins un membre souffrant d'une mauvaise santé augmente significativement les chances qu'au moins un membre du ménage ait l'intention de migrer. L'effet marginal calculé toutes choses égales par ailleurs est de 0,01, donc lorsqu'un membre déclare ne pas être en bonne santé, les chances d'avoir l'intention de migrer passent de 0,06 à 0,07. L'effet de la santé représente un peu plus d'un sixième de la probabilité totale¹⁸.

Le fait d'avoir des dépenses ambulatoires positives (ce qui concerne 43% de l'échantillon) augmente également de 1 point de pourcentage les chances d'avoir l'intention de migrer, lorsqu'on contrôle pour les effets fixes locaux. Ce résultat reflète assez bien le cas de Malika, mentionné ci-dessus (section 1).

En cas de dépenses catastrophiques (6,8% de l'échantillon), la probabilité de planifier une migration augmente de 2,2 points de pourcentage, ce qui représente l'effet le plus fort, mais significatif seulement à 10%, lorsqu'on contrôle pour les effets fixes locaux.

Nous avons également décomposé l'indicateur de mauvaise santé pour voir plus précisément ce qui oriente l'effet. La présence d'une maladie chronique n'est pas le facteur le plus important si nous le comparons à une maladie ou une blessure soudaine. Les chocs de santé augmentent plus sûrement l'intention de migrer qu'une maladie chronique de longue durée¹⁹.

Ce premier résultat exploratoire et la difficulté à contrôler parfaitement pour les besoins de soins nous encouragent à traiter l'endogénéité dans les modèles suivants. Comme

lesquels les ménages n'ont pas été réinterrogés en octobre, ou dans lesquels aucun ménage n'a de migrant de retour.

18. Les résultats sont comparables lorsqu'on estime à l'aide d'une régression logistique et d'un modèle de probabilité linéaire, les effets marginaux sont même légèrement supérieurs en intensité, autour de 0,016 dans les deux cas.

19. Dans une ancienne version de ce chapitre, nous faisons estimions par modèle logit multinomial la corrélation entre la santé de membres de ménage particulier et le profil de migration. Il apparaissait que c'était la mauvaise santé de la mère ou du conjoint qui était la plus susceptible d'influencer la migration du fils ou du mari comparée à la mauvaise santé des autres membres (annexe complémentaire sur demande).

les besoins de santé et certaines variables de la consommation de soins de santé ont une incidence positive sur les plans de migration, nous nous attendons, comme après analyse des entretiens, à un biais positif. Plus le ménage utilise les services de santé, plus il est probable que l'un de ses membres migre et plus la probabilité que le ménage reçoive des transferts de fonds est élevée.

TABLEAU IV.8 – L'effet de la santé sur l'intention de migrer

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Var dep : Intention de migrer						
	Estimation par Probit (effets marginaux reportés)					
Mauvaise santé	0.0124** (0.00480)	0.0118** (0.00497)				
Dép. ambul. positives			0.00843 (0.00535)	0.0122** (0.00548)		
Catastrophic health exp.					0.0183 (0.0122)	0.0221* (0.0128)
Migrant actuel. à l'étranger	0.0263*** (0.00899)	0.0236*** (0.00891)	0.0276*** (0.00906)	0.0249*** (0.00885)	0.0275*** (0.00911)	0.0247*** (0.00891)
Migrant récent	0.221*** (0.0195)	0.241*** (0.0192)	0.222*** (0.0196)	0.241*** (0.0193)	0.222*** (0.0195)	0.242*** (0.0193)
Proportion voisins migrants	0.0469*** (0.0169)	0.0275 (0.0194)	0.0464*** (0.0171)	0.0285 (0.0189)	0.0470*** (0.0170)	0.0282 (0.0189)
Indice richesse Q2	-0.00190 (0.00878)	-0.000558 (0.00818)	-0.00167 (0.00878)	-0.000364 (0.00875)	-0.00183 (0.00876)	-0.000621 (0.00878)
Indice richesse Q3	0.00793 (0.00964)	0.00816 (0.00908)	0.00795 (0.00967)	0.00810 (0.00973)	0.00780 (0.00965)	0.00808 (0.00972)
Indice richesse Q4	0.0101 (0.0109)	0.0105 (0.0102)	0.0100 (0.0109)	0.0105 (0.0107)	0.00930 (0.0107)	0.0100 (0.0106)
Indice richesse Q5	0.0323** (0.0146)	0.0341** (0.0143)	0.0317** (0.0146)	0.0342** (0.0143)	0.0324** (0.0148)	0.0351** (0.0146)
Taille ménage	0.00148 (0.000917)	0.00124 (0.000906)	0.00171* (0.000926)	0.00136 (0.000912)	0.00182* (0.000932)	0.00151 (0.000920)
Chef de mng = homme	-0.00306 (0.00747)	-0.00353 (0.00735)	-0.00377 (0.00748)	-0.00435 (0.00737)	-0.00400 (0.00752)	-0.00477 (0.00745)
Part d'actifs	-0.00921 (0.0133)	-0.0131 (0.0130)	-0.00942 (0.0134)	-0.0129 (0.0135)	-0.0102 (0.0134)	-0.0139 (0.0136)
Part de femmes	-0.0565*** (0.0132)	-0.0571*** (0.0148)	-0.0565*** (0.0132)	-0.0575*** (0.0135)	-0.0572*** (0.0133)	-0.0578*** (0.0135)
Part de +65	-0.00580 (0.0243)	-0.00563 (0.0224)	-0.00255 (0.0241)	-0.00397 (0.0238)	-0.00221 (0.0244)	-0.00313 (0.0241)
Educ. primaire/basiq.	0.00376 (0.0203)	0.00597 (0.0181)	0.00257 (0.0200)	0.00507 (0.0202)	0.00269 (0.0201)	0.00542 (0.0204)
Educ secondaire	0.0200 (0.0172)	0.0203 (0.0148)	0.0186 (0.0174)	0.0194 (0.0168)	0.0191 (0.0175)	0.0200 (0.0170)
Educ. sup.	0.0117 (0.0230)	0.0139 (0.0205)	0.0105 (0.0228)	0.0131 (0.0230)	0.0107 (0.0229)	0.0137 (0.0234)
Tadjik	-0.00897 (0.00870)	-0.0183** (0.00928)	-0.00834 (0.00861)	-0.0178* (0.0100)	-0.00853 (0.00860)	-0.0174* (0.00997)
Observations	4 705	4 510	4 705	4 510	4 705	4 510
Caractéristiques locales	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Indicatrices districts	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Pseudo R^2	0.23	0.26	0.23	0.26	0.23	0.26

Note : Toutes les erreurs-types estimées sont robustes à l'hétéroscédasticité. Les caractéristiques locales comprennent l'altitude, les indicatrices de région et de zone urbaine interrégionales, la présence d'offre médicale, l'existence d'infrastructure tel qu'un réseau d'eau et d'égout. (* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$)

2.4 Stratégie empirique

Modèle en deux parties

Afin de mesurer la corrélation entre la consommation de soins et la réception des transferts de fonds, nous utilisons de manière usuelle un modèle en deux parties, ou Two-Part Model (TPM) (Jones (2000), p. 285). Cette méthode permet de tenir compte de l'asymétrie de distribution des dépenses de santé. En effet, étant donné que de nombreuses personnes sont en bonne santé ou ne peuvent pas payer le prix des soins, les données sont censurées en zéro. Certains ménages ont des dépenses de santé très élevées induisant une distribution à longue traîne. Il est préférable d'estimer séparément la probabilité d'avoir des dépenses de santé positives - quel que soit le montant - en fonction de différents facteurs, puis l'élasticité des dépenses de santé aux transferts de fonds. Cette méthode permet ainsi de tenir compte des spécificités des déterminants de l'accès minimal aux soins, et des déterminants du niveau de couverture des besoins de soins parmi les consommateurs. De manière usuelle, nous ne retenons pas un modèle Tobit²⁰ ou un modèle de sélection (Heckman (1979)) qui supposerait que les effets aux marges extensive et intensive sont générés par le même processus. L'utilisation d'un modèle en deux parties, avec deux équations distinctes, permet au contraire de supposer que le recours ou non aux soins et l'intensité de la consommation sont deux décisions qui ne sont pas forcément expliquées de la même façon, la première relevant davantage des ménages et la seconde des prescriptions des professionnels de santé par exemple. Le risque d'hétéroscédasticité dû au modèle est pris en compte dans le calcul des variances des erreurs-types corrigées (grâce à la matrice de White) et l'hétéroscédasticité due à la corrélation intra-groupe de l'échantillonnage par grappe est contrôlée au niveau des grappes.

La première étape consiste donc à estimer, à l'aide d'un modèle de probabilité linéaire²¹, les déterminants de la propension à avoir des dépenses de santé positives (respectivement des dépenses totales mensuelles, des dépenses ambulatoires mensuelles et des dépenses lors du dernier séjour hospitalier) comme suit :

$$\begin{cases} P = 1 \text{ si } Y^* = X_1\gamma + \epsilon_1 > 0 \\ P = 0 \text{ si } Y^* < 0 \end{cases}$$

Où Y^* est une variable latente représentant la propension à avoir une dépenses de santé, X_1 ses déterminants, y compris la réception de remises de fonds (RR), et γ est le vecteur de coefficients correspondants. ϵ_1 est un terme d'erreur auquel on suppose une distribution normale standard. $P = 1$ indique que $Y > 0$, avec Y les dépenses de santé observées, tandis que $P = 0$ est équivalent à $Y = 0$.

20. L'estimation par Tobit a été effectuée en test de robustesse et est équivalente à l'estimation à la marge extensive.

21. Les estimations à l'aide de modèles Probit et Logit donnent des résultats très similaires.

La deuxième étape consiste à estimer, pour les consommateurs, les déterminants du logarithme des dépenses de santé (respectivement des dépenses totales mensuelles, des dépenses ambulatoires et des dépenses hospitalières) à l'aide d'un modèle de régression linéaire (MCO). Les paramètres β représentent alors l'effet des variables explicatives sur la valeur espérée des dépenses de santé, conditionnellement au fait d'avoir recouru et payé des services médicaux ($P = 1$), c'est-à-dire $E[Y|Y^* > 0]$:

$$E[Y|P = 1, X_2] = E[Y|Y^* > 0, X_2] = X_2\beta + E[\epsilon_2|Y^* > 0, X_2] \quad (1)$$

Où X_2 représente les déterminants de la variable dépendante Y , y compris RR , et ϵ_2 le terme d'erreur de l'équation (2).

Instrumentation

Afin de prendre en compte la potentielle endogénéité des transferts reçus par les ménages, nous procédons à une estimation en deux étapes avec une variable instrumentale. Nous utilisons comme instrument le réseau potentiel de migrants localement disponible, mesuré par la proportion de ménages ayant un migrant (ou plus) dans le voisinage d'un ménage. Ce réseau est susceptible d'influencer fortement les migrations actuelles et la réception des transferts de fonds, mais n'a pas d'effet direct sur les dépenses de santé²².

En effet, le réseau dont bénéficie le migrant réduit les coûts de transaction et augmente les chances de trouver un emploi à l'étranger. Il augmente l'avantage net de la migration, en particulier lorsque le pays de destination est le même dans le réseau. Nous utilisons alors comme stratégie d'identification, deux spécificités de la migration tadjike. D'une part, celle-ci est presque entièrement orientée vers la Russie. Ainsi, dans 96% des cas, les migrants actuels de l'échantillon sont en Russie. La seconde spécificité est que la migration reproduit en Russie la structure locale des communautés (Olimova et Bosc, 2003). En effet, les « brigades » de travailleurs tadjiks migrant en Russie, généralement dans le secteur de la construction, sont composées principalement de personnes appartenant à la même communauté (« avlod ») et, bien souvent, la transposition des relations verticales et horizontales de l'avlod structure la communauté des migrants à l'étranger.

La densité de migrants au niveau communautaire a été utilisée pour instrumenter les remises de fonds dans la littérature (Lokshin et Glinskaya (2009), Kan (2016), Böhme *et al.* (2015)). Kan (2016) utilise ainsi la densité des ménages de migrants tadjiks au niveau communautaire (sa variable varie donc au niveau des 270 grappes) et Lokshin et

22. Cette hypothèse de validité pourrait ne pas être vérifiée si, par exemple, les médecins prenaient comme indicateur de richesse locale le taux de migrants parmi leur clientèle et ajustait le tarif local au niveau de migration. Cependant, l'introduction des effets fixes districts devrait contrôler pour cela et garantir l'exogénéité de l'instrument.

Glinskaya (2009) utilisent la densité retardée de migrants népalais au niveau local. Cependant, ces stratégies d'instrumentation conduisent à une perte de variabilité individuelle de l'instrument (sa valeur est commune aux ménages d'un même cluster). Böhme *et al.* (2015) utilisent la variabilité des pays de destination des migrants moldaves en interagissant la densité locale de migrants au sein du village avec le taux de croissance de ce pays. Mais nous ne pouvons pas en faire autant : ils disposent de plusieurs vagues de données, donc d'une série temporelle du taux de croissance, et de variation dans les destinations.

Afin de réintroduire une certaine variabilité individuelle, nous avons construit une variable instrumentale quasi aléatoire basée sur la probabilité qu'un ménage ait, parmi ses voisins, un ménage avec un migrant actuellement à l'étranger. Dans chaque grappe, il y a 18 ménages. Ces 18 ménages habitent dans une même communauté (*dzhamoat*), ils sont donc plus ou moins voisins. Pour chaque ménage, nous avons sélectionné aléatoirement 11 ménages parmi 17 et rapportons la proportion de ménages ayant un proche en migration parmi eux (l'instrument varie donc au niveau des ménages). Chaque ménage a environ 66% de chances d'être sélectionné. En guise de test de robustesse, nous avons créé un deuxième instrument en tirant 8 ménages parmi 17, pour vérifier que les résultats n'étaient pas trop sensibles à la probabilité de tirage. Lorsqu'on en tire 8, la probabilité de tirage est de 50%²³. Nous n'indiquons dans le tableau IV.11 que les résultats obtenus avec l'instrument « proportion de migrants parmi les 11 ménages voisins », c'est-à-dire avec une probabilité de tirage de 66%, car c'est l'instrument le plus puissant. Les résultats obtenus avec l'instrument « proportion de migrants parmi les 8 ménages voisins », probabilité de tirage de 50%, sont présentés dans le tableau IV.15 en annexe²⁴.

Notons que les deux instruments « proportion de voisins migrants » ont la même valeur moyenne que la variable être un ménage avec migrant, indiquant que le tirage aléatoire a bien fonctionné. Les différences entre tous les instruments potentiels sont reportées dans le tableau IV.9 et les estimations de l'équation de première étape pour les deux instruments « proportion de voisins migrants 2007 » dans le tableau IV.10. Ils sont tous deux suffisamment corrélés à la probabilité de recevoir des transferts de fonds, confirmant le résultat canonique selon lequel le réseau réduit les coûts de transaction et facilite la migration de nouveaux migrants (tableau IV.10).

Les autres variables augmentant les chances de recevoir des remises sont l'indice de niveau de vie, le niveau d'éducation du chef de ménage, la part des femmes.

Les variables diminuant les chances de recevoir des remises sont la présence d'un actif

23. Nous avons également effectué la procédure avec une probabilité de tirage de 33%, mais cela réduisait d'autant les chances de tomber sur un ménage avec migrant dans le voisinage. Et cette fois l'instrument qui en résultait était trop faible.

24. Nous avons aussi construit les mêmes instruments, mais en se basant uniquement sur les ménages ayant un migrant parti avant 2006. Ces instruments sont nettement moins corrélés au régresseur endogène ; seul celui à 66% n'est pas un instrument faible. La plupart des résultats sont alors comparables (disponibles sur demande).

occupé et la part de personnes âgées. Notons que les besoins de soins n'ont pas d'effet significatif sur la réception de remises.

Les caractéristiques locales, quant à elles, influencent significativement les transferts. Le fait d'habiter dans n'importe quelle région autre que Douchanbé augmente les chances de recevoir des remises de fond, ce qui s'explique entre autres par les différences d'opportunités d'emploi. Afin de vérifier si le biais d'endogénéité provient d'une hétérogénéité inobservée au niveau local, nous effectuons toutes les estimations avec et sans les indicatrices de districts²⁵.

Enfin, nous ne pouvons pas vérifier rigoureusement l'effet d'avoir un migrant de retour dans le ménage sur la consommation de soins du ménage après contrôle de l'endogénéité car la proportion de migrants voisins est un instrument trop faible, avec une statistique de Fisher de 3 (voir section 5).

TABLEAU IV.9 – Comparaison des VI potentielles

	Moyenne	Écart-type	Min	Max	Corr. avec RR	Obs/clusters	F-stat (TPM)
VI potentielles							
Densité loc. mng avec migrant absent	0.31	0.19	0	0.78	0.27	270	176
Proportion voisins avec migrant (33%)	0.16	0.20	0	1	0.18	4705	7.5
Proportion voisins avec migrant (50%)	0.16	0.17	0	1	0.22	4705	15.5
Proportion voisins avec migrant (66%)	0.16	0.16	0	0.91	0.24	4705	20.5
Voisins avec migrant avant 2006 (33%)	0.07	0.14	0	1	0.14	4705	2.6
Voisins avec migrant avant 2006 (50%)	0.07	0.12	0	0.75	0.15	4705	1.2
Voisins avec migrant avant 2006 (66%)	0.08	0.11	0	0.64	0.18	4705	5.2
Variables de référence							
Mng avec migrant absent	0.16	0.36	0	1	0.92	4705	
Mng avec migrant parti avant 2006	0.08	0.26	0	1	0.61	4705	

Régression quantile

Enfin, on peut se demander si les transferts de fonds sont mobilisés de la même manière lorsqu'il y a un fort recours aux services médicaux et lorsque le recours est faible. Nous utilisons alors la régression quantile. Cette méthode permet d'estimer comment varient les quantiles de la fonction de répartition des dépenses de santé conditionnellement aux caractéristiques observables ($F(Y|X)$) lorsque ces caractéristiques (X) varient. L'hypothèse sous-jacente est :

$$q_{\tau}(Y|X) = X'\beta_{\tau} \quad (2)$$

c'est-à-dire que les quantiles de la fonction de répartition conditionnelle ont une forme linéaire et, quel que soit τ , il existe un vecteur de p coefficients β_{τ} correspondant à p

25. Il y a 62 districts. Ajouter les effets fixes locaux en fait perdre 9 dans lesquels aucun ménage ne déclare recevoir de remises. Ces estimations sont donc effectuées sur un sous-échantillon de 4 436 ménages.

TABLEAU IV.10 – Déterminants de la réception de remises : équation de première étape

	Recevoir remises (dydx)	Recevoir remises (dydx)	Recevoir remises (dydx)	Recevoir remises (dydx)
Propor. voisins mig. (50%)	0.25*** (0.03)	0.12*** (0.04)		
Propor. voisins mig. (66%)			0.31*** (0.03)	0.15*** (0.04)
Indice richesse Q2	0.04** (0.02)	0.04** (0.02)	0.03** (0.02)	0.04** (0.02)
Indice richesse Q3	0.05*** (0.02)	0.05** (0.02)	0.05*** (0.02)	0.05** (0.02)
Indice richesse Q4	0.06*** (0.02)	0.05** (0.02)	0.06*** (0.02)	0.05** (0.02)
Indice richesse Q5	0.08*** (0.03)	0.06** (0.03)	0.08*** (0.03)	0.06** (0.03)
Au - 1 mal. non chron.	-0.00 (0.01)	-0.00 (0.01)	-0.00 (0.01)	-0.00 (0.01)
Au - 1 mal. chroniq	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)
Taille ménage	-0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	-0.00 (0.00)	0.00 (0.00)
Chef de mng = homme	-0.11*** (0.02)	-0.11*** (0.02)	-0.10*** (0.02)	-0.10*** (0.02)
Part d'actifs	-0.08*** (0.03)	-0.09*** (0.03)	-0.09*** (0.03)	-0.10*** (0.03)
Part de femmes	0.07*** (0.02)	0.07*** (0.03)	0.07*** (0.02)	0.07*** (0.03)
Part enfants - 6 ans	0.00 (0.03)	-0.00 (0.03)	0.00 (0.03)	-0.00 (0.03)
Part de +65	-0.14*** (0.04)	-0.14*** (0.05)	-0.14*** (0.04)	-0.14*** (0.05)
Educ. primaire/basiq.	0.08** (0.04)	0.09** (0.04)	0.08** (0.04)	0.09** (0.04)
Educ secondaire	0.05* (0.03)	0.06** (0.03)	0.05* (0.03)	0.06** (0.03)
Educ. sup.	0.03 (0.04)	0.04 (0.04)	0.03 (0.04)	0.04 (0.04)
Tadjik	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)
Altitude (100m)	0.00** (0.00)		0.00** (0.00)	
Région Badakhchan	0.10** (0.04)		0.09** (0.04)	
Districts Sub. Rep.	0.10*** (0.03)		0.10*** (0.03)	
Région Khatlon	0.09*** (0.03)		0.09*** (0.03)	
Région Sogd	0.11*** (0.03)		0.10*** (0.03)	
Observations	4,705	4,436	4,705	4,436
Caractéristiques locales	OUI	NON	OUI	NON
Indicatrices districts	NON	OUI	NON	OUI

Note : Les autres caractéristiques locales : interaction entre région et type d'habitat, système d'eau et d'égout, disponibilité des médicaments, présence d'hôpitaux, de polyclinique, d'infirmier, pharmacie.

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

différentes variables explicatives. Cette méthode autorise les coefficients à différer d'un quantile à l'autre.

Ainsi, si l'effet est supérieur dans les quantiles supérieurs, cela signifie que les transferts de fonds sont particulièrement utilisés en cas de dépenses élevées, et donc de besoins de soins inobservés plus élevés. Par exemple, face à des dépenses catastrophiques, les ménages seront davantage susceptibles de faire appel aux transferts d'un proche en migration que dans le cas d'une faible consommation de soins auxquels ils parviennent encore à faire face. Si, parmi les grands consommateurs, à besoins de soins équivalents, ceux qui reçoivent des transferts de fonds avaient une plus grande consommation de soins, alors les transferts de fonds pourraient engendrer des inégalités de recours aux soins. Si, au contraire, les transferts de fonds avaient un effet plus marqué dans les quantiles inférieurs, alors ils aideraient davantage les ménages vulnérables à accéder aux soins et permettraient de réduire les inégalités d'accès.

3 Résultats : l'effet des remises sur l'accès aux soins

3.1 L'impact des remises sur la propension à consommer des soins

Le tableau IV.11 (colonnes (1) à (4)) présente les résultats de la première partie du modèle en deux parties, c'est-à-dire l'estimation par Modèle de Probabilité Linéaire (MPL) de l'effet des transferts de fonds sur la dépense de soins à la marge extensive, avec et sans instrumentation, en contrôlant pour les besoins de soins et autres caractéristiques observables. D'après le test d'endogénéité dans la colonne (2), la réception de remises de fonds est un régresseur endogène et nécessite une instrumentation (l'hypothèse d'exogénéité est rejetée selon le test d'Hausman, avec une p-value égale à 0,01). Le modèle est juste identifié ; l'instrument est pertinent et non faible (la statistique de Fisher-Kleibergen-Paap rk Wald atteint 67).

Les principaux déterminants de la décision de consommer ou non, quelle que soit la spécification, sont l'état de santé (présence de maladies chroniques et de maladies non-chroniques ou blessures) et des caractéristiques socioéconomiques comme la taille du ménage, le niveau de diplôme du chef de ménage, la proportion de jeunes enfants et certaines variables géographiques. Par exemple, les ménages des régions isolées - l'isolement est approché par l'altitude - sont moins susceptibles d'avoir accès aux services médicaux.

Lorsqu'on ne tient pas compte d'une éventuelle endogénéité (colonnes (1) et (3)), recevoir des transferts de fonds n'affecte pas significativement la probabilité d'utiliser les services de soins. Mais lorsque la réception de transferts de fonds est instrumentée, elle augmente de façon significative la propension à consommer des soins. Le coefficient de la

variable RR est positif (0,36) et significatif à 5% (tableau IV.11, colonne (2)). Le modèle des MCO semble sous-estimer le coefficient.

Cela signifie qu'il y a de l'endogénéité et que le biais est négatif, ce qui exclut les hypothèses de biais positif, qu'il soit dû à une simultanéité de la décision de migration et de consommer des soins ou à des caractéristiques individuelles ou locales omises comme les besoins inobservés ou la désaffection de l'offre médicale (tableau IV.1).

Afin de comprendre s'il s'agit plutôt de causalité inverse, de variables individuelles omises ou d'hétérogénéité locale, nous comparons les colonnes (1) et (2) aux colonnes (3) et (4) où sont ajoutées des indicatrices de district, ou effets fixes locaux, pour contrôler les caractéristiques non observables. Le régresseur n'est alors plus aussi certainement endogène ($pval = 0.19$), bien que l'instrument reste suffisamment puissant, et si le coefficient estimé reste supérieur au coefficient des MCO il n'est plus significatif. Par conséquent, le biais négatif observé en (2) pourrait être principalement dû à des disparités territoriales qui influencent le recours aux soins et les remises de fonds en sens inverse, mieux contrôlées en (4). Cela ne plaide pas en faveur des hypothèses de biais négatif dû à de la causalité inverse ou à des caractéristiques individuelles inobservées, tel que le patrimoine génétique.

Si l'endogénéité est due à de l'hétérogénéité locale pour lesquelles on ne parvient pas à contrôler sans recours aux effets fixes, le biais serait négatif. Les variables omises sont corrélées soit positivement à la probabilité de recevoir des remises et négativement à la consommation de soins, soit négativement aux remises et positivement aux dépenses de santé. Dans le premier cas, il pourrait s'agir de caractéristiques locales telles que l'isolement et le manque de transport, le manque d'opportunités d'emploi, qui accroissent la diversification des sources de revenu, par le biais de la migration, mais diminuent la probabilité de recourir aux infrastructures médicales augmentant le renoncement aux soins. Autrement, dans le second cas, on peut avoir omis des caractéristiques locales qui diminuent la probabilité de migrer tout en détériorant l'état de santé et en augmentant les chances de recours aux soins, comme la présence inobservée d'opportunités de travail dans des fermes, des usines ou des mines (voir Abdulloev *et al.* (2012), sur la substituableté entre travail informel et migration, et Behzadi (2018) sur le travail dans les mines informelles de charbon).

La distinction entre les deux interprétations peut être plus claire lorsque nous distinguons le recours à l'ambulatoire et le recours à l'hospitalier. En effet, la première interprétation pourrait davantage s'appliquer aux dépenses hospitalières, puisque les infrastructures hospitalières ne sont pas disponibles partout et sont souvent concentrées dans les petites et grandes villes. La seconde interprétation pourrait davantage s'appliquer aux dépenses ambulatoires et en particulier au recours aux maisons de santé et polycliniques qui sont présentes partout sur le territoire.

Afin d'explorer ces deux hypothèses, nous utilisons le même modèle (TPM avec et sans

instrumentation) sur les dépenses ambulatoires et hospitalières séparément. Seul l'effet des remises sur l'ambulatoire est significatif et robuste à l'instrumentation (tableau IV.16, en annexe). L'effet des transferts sur le recours aux soins hospitaliers n'est en revanche pas significatif, ni avant ni après instrumentation, néanmoins, les transferts ne semblent pas, dans ce cas, être endogènes (tableau IV.17)²⁶. En désagrégeant encore les dépenses ambulatoires, qui comprennent entre autres les dépenses en médicaments non prescrits (automédication), l'effet positif des remises le plus important et le plus significatif est celui sur les dépenses de médicaments et non pas celui sur les frais de service (paiement informel au médecin et coût des tests)²⁷.

La spécification la plus pertinente pour estimer l'effet propre de la réception de remise au niveau ménage est la spécification (4) des tableaux IV.11 et IV.16. Il n'y a globalement pas d'effet robuste à la marge extensive. L'hétérogénéité locale fait que les ménages de certains districts ont à la fois une plus grande consommation de soins et reçoivent moins de remises de fonds, d'où le biais. Mais avec les effets fixes, les remises même instrumentées n'ont pas d'effet significatif sur la probabilité de consommer.

3.2 L'impact des remises sur l'intensité de la consommation de soins

Les résultats de l'estimation du montant de dépenses parmi les consommateurs sont présentés dans les colonnes (5) à (8), avec et sans effets fixes locaux, avec et sans instrumentation. Il apparaît que bénéficiaire de transferts augmente significativement de 27% les dépenses de santé conditionnellement au fait d'avoir eu recours aux soins, toutes choses égales par ailleurs²⁸. Parmi les ménages qui ont besoin de soins et ont déjà accès aux services, recevoir des remises de fonds est bien un facteur influençant l'intensité des soins reçus.

Après avoir pris en compte l'endogénéité potentielle des remises de fonds reçues (estimateur 2SLS, tableau IV.11, colonnes (6) et (8)), la réception de remises n'affectent plus significativement le niveau des dépenses parmi les consommateurs de soins. Cependant, selon les tests d'Hausman, l'hypothèse d'exogénéité (H_0) ne peut pas être rejetée, si toutefois l'instrument est valide, bien exogène et suffisamment puissant. Les statistiques de Fisher étant de 11.6 et de 38.6, il n'y a pas de crainte d'instrument faible. Les estimations par MCO devraient donc être plus pertinentes, car moins biaisées et plus efficaces.

26. Peut-être que si nous disposions de l'information sur coût de transport vers l'hôpital l'effet sur les dépenses hospitalières serait plus significatif.

27. Cette piste est actuellement explorée dans le cadre d'une extension de l'article en anglais en cours de rédaction, reprenant en partie ce chapitre

28. L'effet des remises est moins marqué lorsque nous utilisons l'indice de consommation totale, 16%, parce que celui-ci est plus fortement corrélé aux dépenses de santé que l'indice de patrimoine et en explique une plus grande part de variabilité (tableau IV.15).

Cela signifie que le biais négatif affectant l'effet des transferts sur le recours ou non aux soins observé dans les colonnes (1) et (2) ne se retrouve pas lorsqu'on estime l'effet des transferts sur le niveau des dépenses parmi les consommateurs, dans les colonnes (5) et (6). Ceci est probablement dû au fait que les variables structurelles omises mentionnées (opportunités locales, caractéristiques de l'offre, isolement) n'affectent pas la deuxième variable dépendante - la dépense conditionnelle - puisque les consommateurs ont déjà franchi les premières barrières. À nouveau ces résultats restent vrais pour l'ambulatoire mais pas pour l'hospitalier (tableau IV.16).

Lorsqu'on compare les résultats à la marge extensive et à la marge intensive des dépenses, il apparaît que si les transferts de fonds améliorent la consommation de soins de ceux qui accèdent déjà aux services, ils ne permettent pas de résoudre tous les problèmes plus structurels qui empêchent l'accès (problème d'infrastructure, manque de transport et d'ambulance, routes rendues inutilisables pendant les intempéries) (voir la section 5).

Par ailleurs, les dépenses de santé conditionnelles sont elles aussi essentiellement expliquées par les besoins de soins et en partie par le niveau de vie. La taille du ménage influence aussi l'intensité de la consommation puisqu'on regarde les dépenses totales du ménage et non les dépenses par tête.

En guise de tests de robustesse, et comme recommandé par Angrist et Krueger (2001), Lewbel *et al.* (2012) et Caroli et Godard (2016), nous avons estimé l'effet des remises sur la consommation de soins à l'aide d'un Probit bivarié (tableau IV.18, annexe). Les résultats obtenus corroborent les résultats obtenus à la marge extensive du TPM. Le paramètre ρ du Biprobit est significativement inférieur à zéro (corrélacion négative entre l'équation de réception de remises et l'équation de propension à consommer), mais après avoir ajouté les indicatrices de district, ρ n'est plus significativement différent de zéro, les erreurs ne sont pas corrélées. Cela semble confirmer l'existence d'une endogénéité locale. Après contrôle de l'hétérogénéité inobservée, les remises n'ont pas d'effet sur la probabilité de recours, comme à la marge extensive des dépenses.

3.3 L'impact des remises de fonds sur le renoncement aux soins

Les dépenses de santé ne sont pas un indicateur direct de l'accès aux soins en adéquation avec les besoins. Pour vérifier que l'effet sur le montant de dépenses ambulatoires trouvé précédemment n'est pas seulement un effet inflationniste des remises, nous estimons ci-après la probabilité d'avoir renoncé totalement ou partiellement à des soins en fonction de la réception ou non de transferts et d'autres variables de contrôle du besoin et du niveau de vie. Ce modèle est estimé sur un sous-échantillon de ménages ayant déclaré qu'au moins un membre avait eu besoin de soins, afin de ne comparer que des ménages comparables et de ne pas confondre une absence de renoncement avec une absence de besoin (tableau IV.12).

TABLEAU IV.11 – L'effet de recevoir des remises sur la consommation de soins

	Proba. d'avoir des dépenses de santé (Marge extensive)				Montant conditionnel des dépenses de santé (Marge intensive) (log)			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	MPL	VI	MPL	VI	MCO	VI	MCO	VI
Recevoir remises 0/1	-0.01 (0.02)	0.35** (0.16)	-0.03 (0.02)	0.35 (0.34)	0.28*** (0.09)	1.10 (0.83)	0.27*** (0.09)	1.31 (1.21)
Indice richesse Q2	0.00 (0.02)	-0.01 (0.02)	0.00 (0.02)	-0.01 (0.03)	0.05 (0.11)	0.01 (0.11)	-0.06 (0.10)	-0.10 (0.11)
Indice richesse Q3	0.02 (0.02)	-0.00 (0.02)	0.02 (0.02)	0.00 (0.03)	0.19 (0.11)	0.15 (0.12)	0.06 (0.10)	0.02 (0.11)
Indice richesse Q4	-0.01 (0.03)	-0.03 (0.03)	-0.01 (0.02)	-0.03 (0.03)	0.27** (0.12)	0.24* (0.12)	0.06 (0.11)	0.04 (0.11)
Indice richesse Q5	0.06* (0.03)	0.03 (0.04)	0.04 (0.03)	0.02 (0.04)	0.30** (0.15)	0.25 (0.15)	0.10 (0.14)	0.07 (0.14)
Au - 1 mal. non chron.	0.10*** (0.02)	0.10*** (0.02)	0.12*** (0.02)	0.12*** (0.02)	0.22*** (0.07)	0.22*** (0.07)	0.15** (0.07)	0.15** (0.07)
Au - 1 mal. chroniq	0.20*** (0.01)	0.19*** (0.02)	0.20*** (0.02)	0.20*** (0.02)	0.50*** (0.06)	0.49*** (0.07)	0.49*** (0.06)	0.47*** (0.07)
Taille ménage	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.06*** (0.01)	0.06*** (0.01)	0.07*** (0.01)	0.08*** (0.01)
Chef de mng = homme	0.01 (0.02)	0.05* (0.03)	0.01 (0.02)	0.05 (0.04)	0.06 (0.08)	0.12 (0.10)	0.08 (0.08)	0.16 (0.12)
Part d'actifs	-0.08** (0.04)	-0.05 (0.04)	-0.10*** (0.04)	-0.06 (0.05)	-0.01 (0.18)	0.09 (0.21)	0.05 (0.18)	0.18 (0.23)
Part de femmes	0.00 (0.04)	-0.02 (0.05)	0.01 (0.04)	-0.01 (0.05)	-0.03 (0.18)	-0.11 (0.20)	-0.11 (0.18)	-0.20 (0.20)
Part enfants - 6 ans	0.11** (0.05)	0.11** (0.05)	0.10* (0.05)	0.09* (0.05)	-0.20 (0.22)	-0.24 (0.23)	-0.20 (0.21)	-0.26 (0.23)
Part de +65	-0.06 (0.05)	-0.01 (0.05)	-0.04 (0.05)	0.01 (0.07)	0.04 (0.24)	0.16 (0.27)	0.18 (0.22)	0.33 (0.28)
Educ. primaire/basiq.	0.10*** (0.04)	0.08* (0.04)	0.11*** (0.04)	0.08* (0.05)	0.08 (0.15)	0.01 (0.17)	0.12 (0.14)	0.03 (0.20)
Educ secondaire	0.09** (0.04)	0.07* (0.04)	0.09** (0.04)	0.07 (0.04)	-0.04 (0.15)	-0.09 (0.15)	0.04 (0.14)	-0.02 (0.18)
Educ. sup.	0.08** (0.04)	0.07* (0.04)	0.10** (0.04)	0.08* (0.04)	0.07 (0.17)	0.03 (0.17)	0.17 (0.16)	0.12 (0.19)
Tadjik	-0.00 (0.02)	-0.01 (0.02)	0.03 (0.02)	0.02 (0.02)	0.22** (0.11)	0.22** (0.10)	0.16* (0.09)	0.16 (0.09)
Constante	0.20** (0.08)	0.20** (0.08)	0.28*** (0.08)		2.97*** (0.30)	3.02*** (0.30)	2.09*** (0.32)	
Observations	4 705	4 705	4 705	4 705	2 641	2 641	2 641	2 641
Caractéristiques locales	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON
Indicatrices de district	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI
R ²	0.10		0.15		0.07		0.14	
F-stat		63.2		11.18		38.66		11.66
P-val Test d'endog.		0.01		0.19		0.28		0.29

Note : Les autres contrôles au niveau communautaire et régional : altitude, système centralisé d'approvisionnement en eau, système d'égout, disponibilité des médicaments, présence d'hôpitaux, polyclinique, feldsher, pharmacie, indicatrices de région et type d'habitat.

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Tout d'abord, d'après les tests d'Hausman, la variable RR est moins endogène avec le renoncement qu'avec les dépenses (à condition que notre instrument soit valide). Lorsque les effets fixes locaux sont introduits, l'endogénéité est nettement moins probable. Même dans la spécification (8), dans laquelle l'instrument est à la limite d'être faible (F-stat de 10.7), le test d'inférence robuste à un instrument faible valide la non endogénéité de RR. Le fait d'avoir renoncé n'influence a priori pas la réception de remises.

Ensuite, recevoir des remises diminue significativement le renoncement total et le renoncement partiel. Cela confirme que la réception de remises agit comme une protection et favorise l'accès aux soins. Il ne s'agit donc pas seulement d'un effet prix illusoire mais aussi d'un effet quantité sur la consommation de soins. L'aide d'un migrant agit sur l'accès au même titre que le niveau de vie, qui a lui aussi un effet très robuste.

Comme évoqué précédemment, les variables de besoin de soins favorisent bien le renoncement, selon un mécanisme connu de la littérature en économie de la santé : plus l'individu a un état de santé qui nécessite des soins, plus il a de chances d'avoir déjà dû renoncer à des soins. La part de femmes augmente aussi le renoncement, ce qui est probablement lié au même mécanisme puisque les femmes recourent plus aux soins ou ont plus de besoin sur toute une période du cycle de vie. Enfin, l'éducation supérieure diminue les chances de ne pas recourir aux soins. Notons que cela coïncide avec certaines prénotions des médecins sur le terrain qui disent que leurs patients peu éduqués préfèrent attendre de voir si cela passe et c'est pourquoi, selon eux, lorsque les patients arrivent dans les services de soins leur état de santé s'est déjà dégradé (voir I). Il faut cependant contrebalancer cette observation par le fait que la plupart de ceux qui renoncent disent le faire pour des raisons économiques et géographiques de distance à l'hôpital particulièrement dans les premiers quintiles de revenu (annexe, tableau IV.21). Or, les populations les plus éloignées sont aussi les moins éduquées.

4 L'effet hétérogène des transferts de fonds

Les analyses précédentes montrent que les transferts permettent aux ménages qui consomment déjà d'augmenter significativement leur consommation de soins et plus généralement d'éviter de renoncer à des soins en cas de besoins, même en tenant compte de l'hétérogénéité locale.

On peut se demander si l'élasticité des dépenses de santé aux transferts est la même selon le niveau de la consommation de soins. Même parmi ceux qui consomment, il est fort peu probable que l'effet moyen des transferts, estimé à la marge intensive des dépenses de santé, soit le même pour l'ensemble de la distribution conditionnelle.

Parmi ceux qui reçoivent des remises de fonds, l'usage peut différer. Selon Clément (2011), parmi les ménages pauvres, les transferts domestiques et internationaux sont en priorité affectés à la consommation de biens de subsistance et ce n'est qu'après avoir répondu à ces besoins qu'ils peuvent être utilisés pour améliorer la santé.

La richesse est un facteur (positif) de réception de transferts de fonds et un facteur (positif) des dépenses de santé (tableaux IV.10 et IV.11). Parmi les ménages qui auraient besoin de l'aide d'un migrant, ceux qui peuvent envoyer l'un de leur membre à l'étranger ne sont pas les moins bien dotés. Étant donné que les transferts ne sont pas également répartis dans la population, quelles sont leurs conséquences sur les inégalités d'accès aux soins ?

4.1 Comparaison des quartiles de dépenses entre NRH et RRH

Les différences de dépenses de santé conditionnelles moyennes entre ménages recevant des transferts et ceux n'en recevant pas, selon le quartile de dépenses conditionnelles, sont présentées dans les graphiques IV.1 et IV.2. Les frais d'hospitalisation et les frais ambulatoires sont présentés ici séparément ; leurs profils sont particulièrement différents.

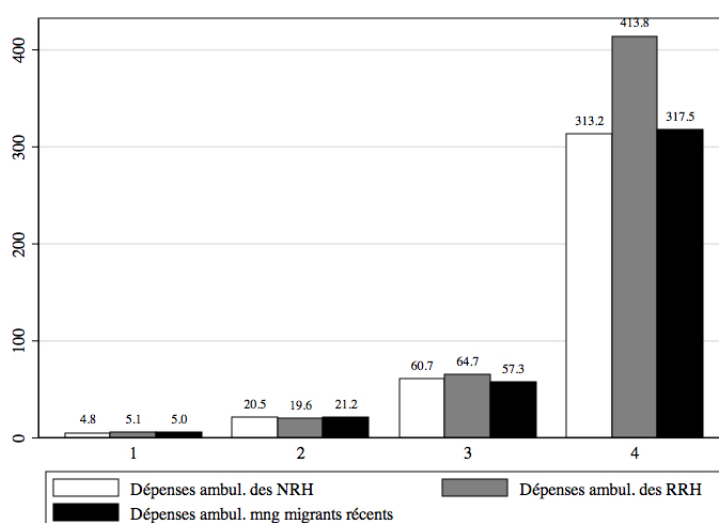
En ce qui concerne les dépenses ambulatoires, la différence de dépenses de santé entre NRH et RRH est pratiquement nulle pour tous les quantiles inférieurs. Seuls les ménages dont les dépenses de santé sont supérieures ou égales au troisième quartile présentent un écart de dépenses important selon qu'ils reçoivent ou non des transferts de fonds (les RRH ont dépensé 414 TJS en moyenne durant le dernier mois contre 313 TJS). Cependant, nous ne raisonnons pas toutes choses égales par ailleurs sur ces graphiques, donc une régression quantile doit être effectuée pour voir si ce résultat est confirmé. Les ménages de migrants récents, ceux qui ne reçoivent pas d'argent, mais qui en ont probablement reçus récemment ont un profil plutôt similaire à celui des NRH, ce qui suggère que c'est la réception courante de remises de fonds qui soutiendrait la consommation courante de soins ambulatoires.

En ce qui concerne les dépenses hospitalières, l'écart entre NRH et RRH n'est impor-

tant que pour les ménages avec des dépenses supérieures ou égales au troisième quartile : les NRH ont alors des dépenses moyennes plus élevées (1756 TJS versus 1234 TJS). Il est à noter que les ménages avec des migrants récemment rentrés de l'étranger ont un montant de dépenses faible qui est cette fois-ci plus proche de celui des RRH.

En raison de ces différences, les dépenses des consultations ambulatoires et des hôpitaux sont également estimées séparément, en comptant les ménages de migrants récents en NRH (pour l'ambulatoire) et en les excluant (pour l'hospitalier)²⁹.

GRAPHIQUE IV.1 – Comparaison de la consommation des NRH et RRH par quartile de dépenses ambulatoires

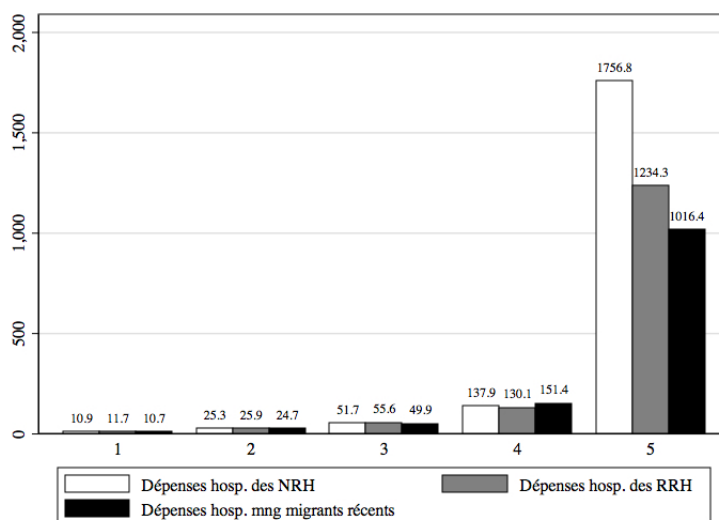


4.2 Régression quantile

Il ressort des graphiques 1 et 2 que l'hypothèse d'invariance des rangs est vérifiée : même s'il reçoit des transferts de fonds ($RR = 1$), un ménage à la médiane a des dépenses de santé plus élevées que celles d'un ménage en-dessous de la médiane et plus faibles que celles d'un ménage au-dessus de la médiane. Nous pourrions donc interpréter le résultat à la médiane ($\hat{\beta}_{0,5}$) de la régression quantile comme l'effet marginal *ceteris paribus* du passage de l'absence de remises de fonds ($RR = 0$) à la réception de remises de fonds ($RR = 1$) sur le niveau des dépenses de santé pour les ménages dont les caractéristiques inobservées (facteurs de la consommation de soins) les placent au niveau médian des dépenses de santé (c'est-à-dire dY/dRR des ménages, sachant que $Y \geq p50$) (D'Haultfoeuille et Givord (2013)).

29. On a testé les résultats en les comptant comme bénéficiaires de transferts.

GRAPHIQUE IV.2 – Comparaison de la consommation des NRH et RRH par quartile de dépenses hospitalières



Le tableau IV.13 présente les résultats de l'estimation de l'impact des transferts de fonds sur les différents quartiles des dépenses ambulatoires (premier quartile, médiane et troisième quartile) toutes choses égales par ailleurs. À la section *refresultmig*, nous avons vu que contrôler pour l'hétérogénéité locale, en ajoutant les indicatrices de district, limite les risques de biais d'endogénéité (principalement dus aux disparités locales), c'est pourquoi nous comparons les résultats avec (colonnes (1) à (3)) et sans (colonnes (4) à (6)) les effets fixes locaux. L'observation faite sur les graphiques est maintenue. Le fait de recevoir des transferts de fonds n'augmente de manière significative que la consommation de soins dans les ménages dont les dépenses dépassent la médiane et plus encore le troisième quartile. Pour ces derniers, recevoir des remises augmente les dépenses mensuelles moyennes de 26,3 TJS, ce qui porte leurs dépenses mensuelles moyennes à 339,3 (313 + 26,3), une augmentation de plus de 8%. Notons que la distribution des RRH dans les intervalles interquartiles est relativement homogène (tableau IV.22, annexe). Donc il est peu probable que la non significativité observée en colonne (1) soit due à une trop faible proportion de RRH, bien que la proportion de RRH la plus élevée soit quand même dans l'intervalle maximal de dépense de santé (parmi les plus grands consommateurs).

Cela confirme le résultat relatif à l'effet des transferts sur la consommation de soins à la marge intensive (section *refresultmig*), les transferts de fonds augmentent la consommation de soins, mais l'effet n'est pas linéaire, il ne concerne que les très grands consommateurs de soins, c'est-à-dire que ceux qui parviennent déjà à consommer beaucoup. Or, si des ménages moins aisés renoncent à des soins pour des raisons financières, ils sont alors moins concernés par l'effet des transferts. En d'autres termes, à niveau de besoins

équivalents, non seulement les plus pauvres consomment moins, mais l'effet compensatoire des transferts de fonds sera moins important pour eux que dans les quintiles supérieurs. Même s'ils réussissent à envoyer quelqu'un à l'étranger, les remises de fonds seront prioritairement orientées vers des postes de dépenses autres que la santé. Les transferts ont donc tendance à creuser les inégalités de consommation de soins ambulatoires.

Le tableau IV.14 présente les résultats de l'estimation de l'impact des transferts de fonds sur les différents quartiles de dépenses hospitalières, avec et sans indicatrices de district. Quels que soient la spécification et le quartile, les transferts de fonds n'ont pas d'impact sur les dépenses hospitalières, après avoir tenu compte d'un certain nombre de caractéristiques observables et de l'hétérogénéité locale. Ceci confirme le résultat relatif à l'effet des transferts sur la consommation de soins hospitaliers à la marge intensive. Les transferts de fonds n'influencent que le niveau des dépenses ambulatoires, probablement parce qu'elles sont les plus prévisibles et les plus régulières, dans le cas notamment de maladie chronique de l'un des membres du ménage. Les frais d'hospitalisation sont au contraire plus exceptionnels. Lorsqu'on réintroduit les ménages de migrants récents dans l'échantillon, qu'on les compte comme bénéficiaires de transferts ou non bénéficiaires, les coefficients de la réception de remises restent non significatifs.

TABLEAU IV.13 – L'effet de recevoir des remises à différents quartiles de dépenses ambulatoires

Quantiles :	Dépenses ambulatoires conditionnelles			Dépenses ambulatoires conditionnelles (avec EF)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	q25	q50	q75	q25	q50	q75
Recevoir remises 0/1	1.26 (1.21)	12.40** (4.95)	32.69** (12.94)	1.01 (1.26)	10.42* (5.55)	26.29** (12.41)
Indice richesse Q2	-0.24 (1.72)	-2.21 (4.82)	-2.45 (10.84)	-0.97 (1.31)	-5.22 (4.35)	3.44 (9.96)
Indice richesse Q3	3.06* (1.69)	1.86 (4.88)	6.97 (12.20)	1.41 (1.48)	1.01 (4.22)	2.43 (11.78)
Indice richesse Q4	1.24 (1.94)	5.50 (6.54)	18.19 (11.43)	-0.95 (1.99)	-1.23 (5.99)	13.99 (12.12)
Indice richesse Q5	1.09 (2.22)	5.16 (6.95)	40.80*** (14.08)	-0.44 (2.17)	0.39 (7.37)	31.36* (18.71)
Au - 1 mal. non chron.	2.09 (1.40)	3.19 (2.68)	9.07 (9.00)	1.90 (1.51)	2.87 (4.35)	10.74 (8.51)
Au - 1 mal. chroniq	4.60*** (1.63)	15.51*** (3.74)	35.59*** (7.77)	3.76*** (1.02)	14.85*** (4.12)	29.30*** (9.22)
Taille ménage	0.83*** (0.25)	1.85** (0.73)	2.92** (1.44)	0.55** (0.22)	2.43*** (0.74)	4.26*** (1.60)
Chef de ménage = homme	-0.59 (1.81)	-0.68 (3.66)	5.86 (9.14)	0.26 (1.78)	-0.52 (3.80)	2.89 (8.72)
Part d'actifs	-0.15 (2.54)	0.59 (7.98)	5.65 (18.67)	1.98 (2.55)	3.84 (8.35)	16.52 (20.94)
Part de femmes	-2.74 (2.16)	-15.28** (7.78)	-19.35 (19.95)	-3.35 (2.83)	-17.39** (8.70)	-10.56 (20.18)
Part enfants - 6 ans	3.38 (4.30)	12.90 (10.92)	4.66 (28.46)	2.61 (4.01)	1.94 (9.57)	-6.98 (21.09)
Part de +65	2.39 (4.55)	9.09 (10.18)	-8.47 (20.03)	4.98 (5.28)	11.18 (10.59)	7.85 (28.16)
Educ. primaire/basiq.	-0.28 (3.79)	12.58** (5.54)	23.71 (17.72)	0.15 (3.21)	13.30** (6.31)	26.55 (18.91)
Educ secondaire	-0.98 (3.70)	11.55** (5.21)	14.13 (18.57)	-0.35 (3.45)	12.12* (6.36)	19.85 (18.51)
Educ. sup.	0.08 (4.15)	13.83** (6.22)	17.38 (20.13)	-0.05 (3.81)	15.67** (6.91)	21.29 (19.54)
Tadjik	2.67*** (1.04)	5.62 (4.31)	11.53 (9.81)	1.59 (1.20)	3.68 (3.59)	-1.15 (13.92)
Constant	0.53 (5.26)	-1.81 (10.13)	1.86 (29.52)	-1.03 (4.42)	-15.63 (12.14)	-27.11 (36.91)
Observations	2,069	2,069	2,069	2,069	2,069	2,069
Caractéristiques locales	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON
Indicatrices district	NON	NON	NON	OUI	OUI	OUI

Note : Ces estimations sont obtenues par régression quantile simultanée et l'estimation de la matrice de variance-covariance des estimateurs a été obtenue par bootstrap. * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

TABLEAU IV.14 – L'effet de recevoir des remises à différents quartiles de dépenses hospitalières

Quantiles :	Dép. hospital. conditionnelles			Dép. hospital. conditionnelles (avec EF)		
	(1) q25	(2) q50	(3) q75	(4) q25	(5) q50	(6) q75
Recevoir remises 0/1	5.34 (3.57)	7.61 (6.49)	16.01 (28.01)	4.61 (3.72)	4.57 (6.54)	3.25 (19.02)
Indice richesse Q2	1.56 (3.04)	-1.94 (9.99)	-6.64 (31.78)	-0.14 (3.45)	0.06 (8.29)	-6.05 (28.54)
Indice richesse Q3	1.91 (2.81)	-3.76 (10.81)	11.77 (34.09)	1.75 (3.74)	0.85 (8.61)	-4.30 (23.80)
Indice richesse Q4	3.78 (3.38)	-3.86 (10.26)	-8.12 (29.79)	2.17 (3.37)	-4.20 (8.66)	-17.23 (26.81)
Indice richesse Q5	10.34** (4.43)	4.03 (12.74)	6.46 (35.72)	12.89*** (3.97)	12.41 (9.89)	6.59 (35.35)
Au - 1 mal. non chron.	4.80* (2.72)	10.36 (6.79)	21.63 (19.87)	3.96* (2.40)	1.74 (4.12)	32.80** (14.89)
Au - 1 mal. chroniq	3.84* (2.26)	11.66* (6.05)	38.72* (19.77)	4.24 (2.66)	11.60** (5.09)	35.70*** (13.67)
Taille ménage	-0.22 (0.45)	0.44 (0.88)	-0.27 (3.33)	0.52 (0.47)	0.72 (0.87)	4.56** (2.13)
Chef de ménage = homme	2.44 (3.15)	6.20 (9.03)	-16.28 (17.42)	3.14 (4.46)	6.35 (6.68)	2.04 (16.57)
Part d'actifs	-4.86 (4.85)	-12.33 (11.93)	-16.60 (43.26)	0.03 (6.41)	7.28 (13.20)	-27.32 (41.05)
Part de femmes	-5.11 (5.11)	-2.26 (15.44)	-23.52 (34.31)	-5.70 (6.57)	-10.08 (14.26)	-5.64 (34.28)
Part enfants - 6 ans	-14.20* (7.46)	-34.25* (19.31)	-62.98 (66.09)	-15.11* (8.12)	-11.35 (19.38)	-59.86 (39.73)
Part de +65	-10.16 (9.03)	-14.17 (21.62)	12.12 (79.92)	3.80 (7.79)	-3.33 (15.65)	18.12 (73.21)
Educ. primaire/basiq.	-6.56 (10.12)	-43.92 (32.23)	-77.63 (100.71)	-1.31 (6.96)	1.39 (30.72)	-93.93** (47.12)
Educ secondaire	-7.60 (10.20)	-45.48 (32.11)	-65.92 (101.58)	-3.29 (7.75)	-4.46 (31.23)	-73.66 (49.50)
Educ. sup.	-7.68 (10.58)	-39.80 (34.69)	-48.30 (107.97)	-0.74 (7.93)	-1.84 (32.28)	-56.66 (53.63)
Tadjik	1.99 (2.55)	2.60 (6.62)	11.95 (22.71)	1.46 (3.32)	2.54 (6.29)	14.23 (17.31)
Constant	36.82*** (13.17)	112.85*** (42.18)	258.46** (122.66)	5.56 (12.76)	11.62 (38.60)	116.77* (68.89)
Observations	1,121	1,121	1,121	1,121	1,121	1,121
Caractéristiques locales	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON
Indicatrice district	NON	NON	NON	OUI	OUI	OUI

Note : Ces estimations sont obtenues par régression quantile simultanée et l'estimation de la matrice de variance-covariance des estimateurs a été obtenue par bootstrap.

5 Discussion et conclusion

5.1 Effet de richesse ou effet propre des remises ? Estimation de l'élasticité

Les résultats précédents sur la consommation de soins sont obtenus à la marge extensive de la réception de fonds. Ils suggèrent que les remises allègent la contrainte budgétaire et permettent de satisfaire plus de besoin de soins. Pour vérifier si cela est vrai à la marge intensive des remises de fonds, nous estimons l'élasticité des dépenses de santé au montant de remises de fonds envoyées³⁰. Il apparaît qu'il y a un effet légèrement positif et significatif, mais très faible : une augmentation de 10% des remises de fonds se traduit par une augmentation de 0,25 TJS des dépenses ambulatoires. Un doublement des remises n'augmente les dépenses que de 2,5 TJS et de 3,2 TJS au troisième quartile. L'élasticité de la consommation de soins aux remises est légèrement plus forte chez les plus gros consommateurs de soins, d'après l'estimation par régression quantile. Donc il y aurait bien un léger effet propre aux remises de fonds, qui seraient fléchées vers la consommation de soins ambulatoires et notamment l'achat de médicament mais uniquement pour les grands consommateurs (annexe, tableau IV.23). L'effet est plus important si on considère seulement les dépenses conditionnelles de santé. Il n'y a aucun effet, en revanche, sur les dépenses d'hospitalisation.

5.2 Rapatriement ou envoi de fonds ?

L'envoi d'argent semble bien desserrer la contrainte budgétaire, améliorer l'accès en diminuant le non recours et augmenter la consommation de soins ambulatoires du moins parmi les plus gros consommateurs de soins. Il n'a, en revanche, aucun impact significatif sur l'hospitalier. On peut se demander si les cas d'hospitalisation sont plus affectés par le rapatriement de fonds suite à une migration de travail que par les envois de fonds.

En effet, dans l'article Pellet (2018), nous avons mis en évidence que le fait d'avoir un migrant de retour plutôt qu'un migrant toujours en migration augmentait les dépenses d'hospitalisation à revenu équivalent (sans traitement de l'endogénéité). Cela soulève l'hypothèse de l'accumulation de capital à l'étranger et son rapatriement, dans le but de soigner un proche.

Au début de ce chapitre, les statistiques descriptives sur sous-échantillon suggèrent qu'avoir un migrant récent ou très récent était corrélé avec une plus grande consommation de soins. Mais il est impossible de vérifier si le retour du migrant est dû à une dégradation

30. Nous présentons le modèle niveau-log et quantile, car lorsqu'on linéarise les dépenses de santé, l'effet des remises, déjà très faible, n'est plus significatif. Cela est logique puisque, comme le montre la régression quantile, c'est dans le haut de la distribution des dépenses qu'il y a un effet.

de la santé d'un parent ou s'il est parti pour cette raison et revenu financer la prise en charge, grâce à la somme accumulée pendant son séjour.

Cette hypothèse, présente dans les entretiens, n'est pas confirmée par les résultats économétriques. Dans les estimations du tableau IV.20 (annexe), le fait d'avoir un migrant récent n'a pas d'impact significatif sur les dépenses d'hospitalisation ni sur les dépenses ambulatoires. Nous ne présentons que les résultats avec les indicatrices de districts ; sans elles, les résultats sont très similaires, l'impact du retour du migrant n'est pas significatif³¹ et l'endogénéité de la variable migrant récent n'est pas prouvée. Cependant l'instrument étant plus faible, ces résultats doivent être pris avec précaution.

Lorsqu'on désagrège les dépenses ambulatoires, il y a un petit effet faiblement significatif sur la probabilité de dépenses en médicaments. Le retour d'un migrant augmenterait de 1.6 points de pourcentage les chances d'avoir des dépenses de médicaments mais l'effet n'est significatif qu'à 19% (+3 points et significatif à 13%, quand les indicatrices de district sont exclues).

5.3 Discussion sur le biais

L'un des apports de cette recherche est de traiter et de discuter la possible endogénéité de la réception des transferts de fonds, plus supposée que démontrée dans la plupart des articles précédents. Il ressort des résultats du TPM et du Biprobit que, si l'endogénéité est présente, elle est davantage liée à la difficulté à contrôler pour l'importante disparité spatiale, plutôt qu'à des caractéristiques inobservables propres au ménage ou à une simultanéité de ses décisions. Cette endogénéité, probablement liée aux opportunités locales d'emploi et de soins, est à l'origine d'un biais négatif si elle n'est pas prise en compte, visible lorsqu'on compare les coefficients estimés par MCO et VI. Les résultats des tests d'Hausman montrent néanmoins qu'une fois les indicatrices de district introduites, il n'y a plus vraiment d'évidence d'endogénéité.

On ne peut cependant pas exclure l'éventualité d'un biais individuel positif de faible ampleur, lié à une causalité inverse ou à l'omission de variables individuelles corrélées positivement à X et à Y, mais qui serait compensé par le biais négatif plus fort lié aux variables locales omises.

5.4 Discussion sur les implications en matière d'équité

Si l'effet des remises de fonds creuse les écarts de consommation, quel est leur effet en termes d'équité dans la consommation de soins ? Le premier principe d'équité horizontale dans la consommation exige que des individus ayant les mêmes besoins de santé

31. La seule différence est que la variable migrant récent est endogène à celle de recours ambulatoire, du fait de l'hétérogénéité locale inobservée.

consomment autant, quelle que soit leur situation économique, géographique, etc. Le second principe d'équité verticale dans la consommation exige que des individus avec un besoin plus important consomment plus de soins, quel que soit leur niveau de revenu ou leur situation géographique (O'Donnell *et al.* (2008), p. 177). L'interprétation que l'on peut avoir des résultats précédents en termes d'équité dépend alors des hypothèses formulées sur les variables inobservées expliquant que certains ménages consomment plus que les autres à caractéristiques observables données.

Si nous ne parvenons pas à contrôler parfaitement pour le revenu avec l'indice de patrimoine, alors il est possible que les plus petits consommateurs soient des ménages plus pauvres n'ayant pas les moyens d'avoir la même consommation que des ménages plus aisés, à besoin de soins donné. Sous cette hypothèse, les différences de consommation de soins à besoin de soins donné doivent être interprétées comme des iniquités horizontales dans la consommation de soins. Ces iniquités seraient alors aggravées par la réception de remises de fonds, puisque que celle-ci augmente la consommation des plus gros consommateurs seulement, à besoin de soins donné.

En revanche, s'il y a des besoins de santé inobservés - ce qui est fortement probable étant donné le peu de variables à disposition pour contrôler de l'état de santé - être parmi les plus grands consommateurs de soins s'expliqueraient par des besoins inobservés plus importants. Sous cette hypothèse, les différences de niveau de consommation de soins conditionnelle sont alors la preuve de l'équité verticale du système. L'effet positif des remises de fonds sur la consommation des plus gros consommateurs pourraient alors correspondre à de l'équité verticale dans la consommation de soins.

5.5 Conclusion

L'objectif de ce chapitre était de voir dans quelle mesure les remises de fonds envoyées par les migrants ont un impact sur la consommation de soins de leur famille au Tadjikistan. Les résultats montrent que les transferts, après contrôle de l'hétérogénéité locale, n'ont pas d'effet sur la probabilité de consommer ou non aux soins, mais ont un effet sur le niveau de consommation des ménages recourant aux soins, en particulier parmi les ménages les plus grands consommateurs. Les transferts semblent avoir des effets plus importants sur la consommation de soins ambulatoires qu'hospitaliers. Ces résultats suggèrent que les transferts de fonds ne sont pas suffisants pour surmonter tous les autres obstacles - souvent géographiques - entravant la consommation de soins de santé, mais qu'ils aident, cependant, les consommateurs à consommer plus. Les transferts de fonds semblent être une source d'iniquité dans l'accès aux soins, en permettant à certains d'avoir un recours aux soins plus élevé à besoin de soin comparables.

Il peut paraître étonnant que les transferts de fonds ne permettent pas d'avoir des consommations de soins hospitaliers plus élevées. Ceci peut sans doute s'expliquer par le

caractère moins prévisible de certaines dépenses hospitalières, notamment lorsqu'elles sont liées à un accident ou une urgence sanitaire soudaine. Les transferts de fonds semblent apporter un soutien limité et régulier, notamment dans le cas de maladies chroniques ou d'une mauvaise santé durable, mais ne semblent pas constituer une réponse à un choc sanitaire.

Enfin, nous avons étudié l'hétérogénéité de l'effet des transferts de fonds ou non, en considérant le groupe des ménages bénéficiaires de transferts comme homogène. Pour prolonger la discussion, il serait intéressant d'étudier l'hétérogénéité du groupe des RRH. En effet, si environ 30% des migrants représentent 50% du PIB, leurs contributions sont très différentes. D'autres recherches devraient être menées sur l'effet du montant de remises (en variable continue), à condition de trouver un instrument qui prédise mieux le montant des remises que celui que nous utilisons pour la réception de remises.

Bibliographie

- ABDULLOEV, I., GANG, I. N. et LANDON-LANE, J. (2012). Migration as a Substitute for Informal Activities : Evidence from Tajikistan. *In Informal Employment in Emerging and Transition Economies*, pages 205–227. Emerald Group Publishing Limited.
- ABRAIDO-LANZA, A. F., DOHRENWEND, B. P., NG-MAK, D. S. et TURNER, J. B. (1999). The Latino Mortality Paradox : a Test of the “Salmon Bias” and Healthy Migrant Hypotheses. *American journal of public health*, 89(10) :1543–1548.
- AMBROSIUS, C. et CUECUECHA, A. (2013). Are Remittances a Substitute for Credit? Carrying the Financial Burden of Health Shocks in National and Transnational Households. *World Development*, 46 :143–152.
- AMUEDO-DORANTES, C. et POZO, S. (2011). New Evidence on the Role of Remittances on Healthcare Expenditures by Mexican Households. *Review of Economics of the Household*, 9(1) :69–98.
- AMUEDO-DORANTES, C., SAINZ, T. et POZO, S. (2007). Remittances and Healthcare Expenditure Patterns of Populations in Origin Communities : Evidence from Mexico. *Integration and Trade*, 11(27) :159–184.
- ANGRIST, J. et KRUEGER, A. B. (2001). Instrumental variables and the search for identification : From supply and demand to natural experiments. Rapport technique, National Bureau of Economic Research.
- ATAMANOV, A. et Van den BERG, M. (2011). International migration and local employment : Analysis of self-selection and earnings in Tajikistan.

- AZAM, J.-P. et GUBERT, F. (2002). Those in Kayes. The Impact of remittances on their recipients in Africa. *Document de travail Dial*, 11.
- BARGAIN, O. et BOUTIN, D. (2015). Remittance effects on child labour : Evidence from Burkina Faso. *The Journal of Development Studies*, 51(7) :922–938.
- BEHZADI, N. (2018). *Gendered coal struggles at the margins - the work of men, women and children in an informal/artisanal mine in post-Soviet Tajikistan*. Thèse de doctorat, Oxford University.
- BENNETT, R., CLIFFORD, D. et FALKINGHAM, J. (2013). Household members' migration and the education of children 'left behind' : Empirical findings from Tajikistan and reflections for research practice. *Population, Space and Place*, 19(1) :1–14.
- BÖHME, M. H., PERSIAN, R. et STÖHR, T. (2015). Alone but better off? Adult child migration and health of elderly parents in Moldova. *Journal of Health Economics*, 39 :211–227.
- CAROLI, E. et GODARD, M. (2016). Does Job Insecurity Deteriorate Health? *Health Economics*, 25(2) :131–147.
- CASTALDO, A., LITCHFIELD, J. et REILLY, B. (2007). Who Is Most Likely to Migrate from Albania? Evidence from the Albania Living Standards Measurement Survey. *Eastern European Economics*, 45(5) :69–94.
- CHAUVET, L., GUBERT, F., MERCIER, M. et MESPLÉ-SOMPS, S. (2015). Migrants' Home Town Associations and Local Development in Mali. *The Scandinavian Journal of Economics*, 117(2) :686–722.
- CHORT, I. et SENNE, J.-N. (2015). Selection into Migration within a Household Model : Evidence from Senegal. *The World Bank Economic Review*, 29(suppl 1) :S247–S256.
- CLEUZIQU, J. (2013). Argent russe, cérémonies tadjikes : faire et défaire les liens. *Autre-part*, 4 :137–153.
- CLEUZIQU, J. (2016). *Mariages, démariages et remariages : rituel, genre et parenté au Tadjikistan contemporain*. Thèse de doctorat, Université Paris-Ouest Nanterre.
- CLÉMENT, M. (2011). Remittances and Household Expenditure Patterns in Tajikistan : A Propensity Score Matching Analysis. In *Asian Development Review*. Asian Development Bank.
- COX, D., ESER, Z. et JIMENEZ, E. (1998). Motives for private transfers over the life cycle : An analytical framework and evidence for Peru. *Journal of Development Economics*, 55(1) :57–80.

- DANZER, A. et IVASCHENKO, O. (2010). Migration patterns in a remittances dependent economy : Evidence from Tajikistan during the global financial crisis. *Migration Letters*, 7(2) :190–202.
- D’HAULTFOEUILLE, X. et GIVORD, P. (2013). Méthodologie statistique. *INSEE*.
- DIMOVA, R. et WOLFF, F.-C. (2015). Remittances and chain migration : Longitudinal evidence from Bosnia and Herzegovina. *The Journal of Development Studies*, 51(5) :554–568.
- DUVAL, L. et WOLFF, F.-C. (2016). Do remittances support consumption during crisis ? Evidence from Kosovo. *Oxford Development Studies*, 44(4) :479–492.
- FALKINGHAM, J., BASCHIERI, A., EVANDROU, M. et GRANT, G. (2009). Left behind in transition ? the well-being of older people in Tajikistan. *Reinventing Retirement : Reshaping Health and Financial Security for the EU*, 27.
- FRANK, R. et HUMMER, R. A. (2002). The other side of the paradox : The risk of low birth weight among infants of migrant and nonmigrant households within Mexico. *International Migration Review*, 36(3) :746–765.
- GATSKOVA, K., IVLEVS, A. et DIETZ, B. (2017). Does migration affect education of girls and young women in Tajikistan ? Rapport technique, WIDER Working Paper.
- HABIBOV, N. N. (2011). The inequity in out-of-pocket expenditures for healthcare in Tajikistan : evidence and implications from a nationally representative survey. *International Journal of Public Health*, 56(4) :397–406.
- HANSON, G. H. et WOODRUFF, C. (2003). Emigration and Educational Attainment in Mexico. Rapport technique, Mimeo, University of California at San Diego.
- HECKMAN, J. (1979). Sample selection bias as a specification error. *Econometrica*, 47(1) : 153–161.
- HILDEBRANDT, N., MCKENZIE, D. J., ESQUIVEL, G. et SCHARGRODSKY, E. (2005). The Effects of Migration on Child Health in Mexico. *Economia*, 6(1) :257–289.
- JONES, A. M. (2000). Health econometrics. *Handbook of Health Economics*, 1 :265–344.
- JUSOT, F., SILVA, J., DOURGNON, P. et SERMET, C. (2009). Inégalités de santé liées à l’immigration en France. *Revue économique*, 60(2) :385–411.
- KAN, S. (2016). Improving health in Tajikistan : Remittances trump other income. *Georg-August-Universität Göttingen, Discussion paper*, 206.

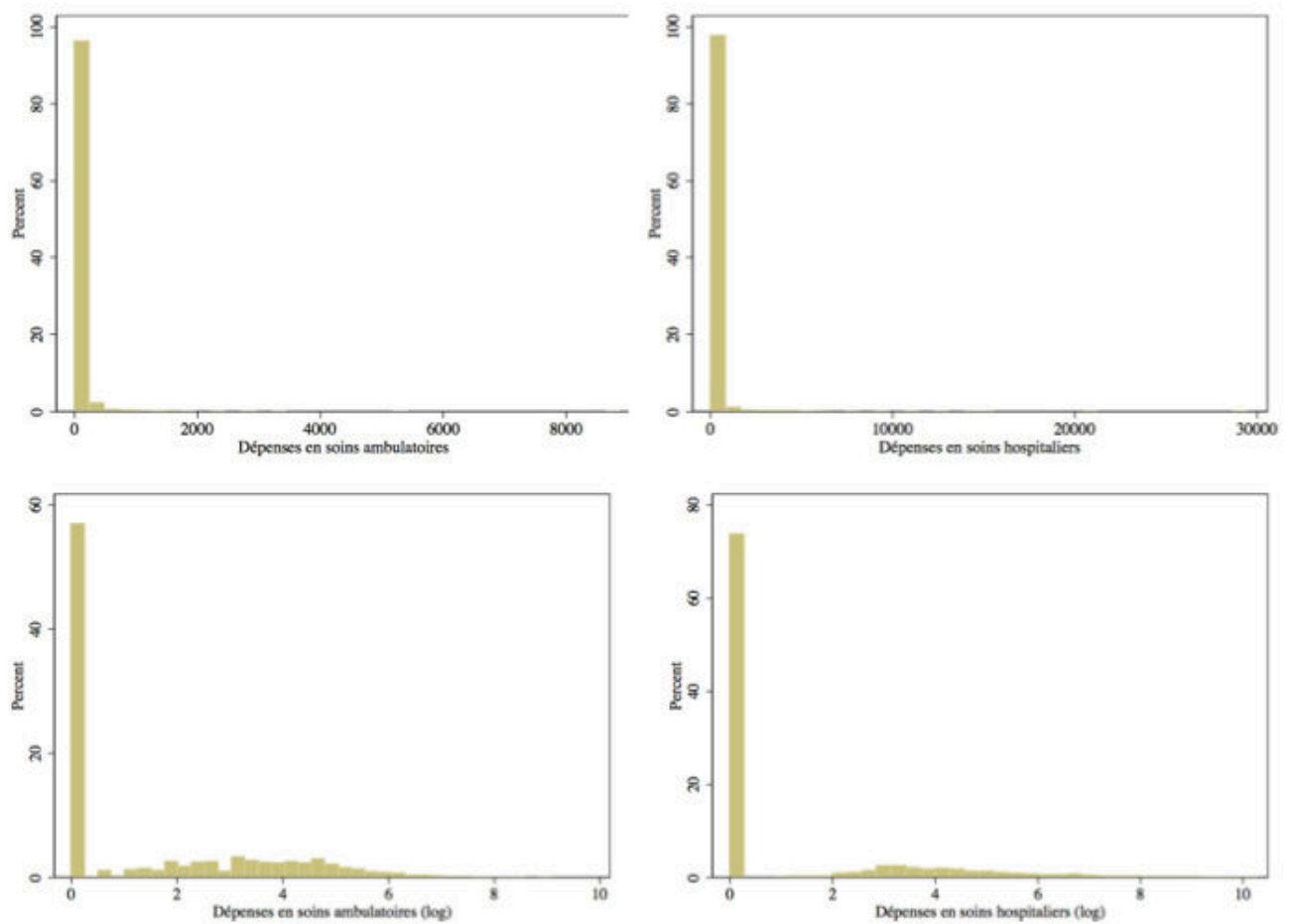
- KANAIAUPUNI, S. M. et DONATO, K. M. (1999). Migradollars and Mortality : The Effects of Migration on Infant Survival in Mexico. *Demography*, 36(3) :339–353.
- KHODJAMURODOV, G. et RECHEL, B. (2010). Tajikistan : Health systems review. *Health Systems in Transition*, 12(2).
- KHODJAMURODOV, G., SODIQOVA, D., AKKAZIEVA, B. et RECHEL, B. (2016). Tajikistan : Health systems review. *Health Systems in Transition*, 18(1) :1–114.
- LAUTIER, B. (2004). Le deuxième âge de l'économie informelle (1987-2004) : lutte contre la pauvreté et économie solidaire. In *L'économie informelle dans le Tiers-Monde*, volume 2 de *Repères*, pages 22–37. La Découverte.
- LEWBEL, A., DONG, Y. et YANG, T. T. (2012). Comparing features of convenient estimators for binary choice models with endogenous regressors. *Canadian Journal of Economics/Revue Canadienne d'Économie*, 45(3) :809–829.
- LOKSHIN, M. et GLINSKAYA, E. (2009). The Effect of Male Migration on Employment Patterns of Women in Nepal. *The World Bank Economic Review*, 23(3) :481–507.
- LUCAS, R. E. et STARK, O. (1985). Motivations to remit : Evidence from Botswana. *Journal of Political Economy*, 93(5) :901–918.
- MCKENZIE, D. et RAPOPORT, H. (2006). *Can Migration Reduce Educational Attainment? Evidence from Mexico*. The World Bank.
- MORTEN, M. (2016). Temporary migration and endogenous risk sharing in village India. Rapport technique, National Bureau of Economic Research.
- MOULLAN, Y. et JUSOT, F. (2014). Why is the “healthy immigrant effect” different between european countries? *The European Journal of Public Health*, 24(suppl_1) :80–86.
- O'DONNELL, O., van DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A. et LINDELOW, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data : A Guide to Techniques and Their Implementation*. World Bank, Washington, DC.
- PELLET, S. (2015). Benevolent doctors? Inequity in healthcare access in post-soviet Tajikistan. *Working Paper*.
- PELLET, S. (à paraître en 2018). L'effet de la migration d'un proche sur l'accès aux soins hospitaliers des ménages au Tadjikistan. *Cahiers d'Asie centrale*, 27.
- RAPOPORT, H. et DOCQUIER, F. (2006). The economics of migrants' remittances. *Handbook of the Economics of Giving, Altruism and Reciprocity*, 2 :1135–1198.

- RATHA, D., EIGEN-ZUCCHI, C. et PLAZA, S. (2016). *Migration and remittances Factbook 2016*. World Bank Publications.
- REEVES, M. (2012). Black Work, Green Money : Remittances, Ritual, and Domestic Economies in Southern Kyrgyzstan. *Slavic Review*, 71(1) :108–134.
- ROCHE, S. et HOHMANN, S. (2011). Wedding rituals and the struggle over national identities. *Central Asian Survey*, 30(1) :113–128.
- SHAW, A. (1988). The Income Security Function of the Rural Sector. *Economic Development and Cultural Change*, 36(2) :303–314.
- STARK, O. (1995). Some New Thoughts on Migration and Development. *In Economics in a Changing World*, volume 5. Jean-Paul Fitoussi.
- STARK, O. et LUCAS, R. (1988). Migration, Remittances, and the Family. *Economic Development and Cultural Change*, 36(3) :465–481.
- TAYLOR, J. E. et MORA, J. (2006). *Does migration reshape expenditures in rural households ? Evidence from Mexico*, volume 3842. World Bank Publications.
- VALERO GIL, J. N. (2009). Remittances and the household's expenditures on health. *Journal of Business Strategies*, 26(1) :119–140.
- VYKHOVANETS, O. et GRADIROVSKIJ, S. (2009). Printemps, été, automne, hiver et à nouveau printemps, un bilan de la régulation des migrations de travail de la dernière année. *Demoskop*, 367-368.
- ZARATE-HOYOS, G. A. (2004). Consumption and remittances in migrant households : toward a productive use of remittances. *Contemporary Economic Policy*, 22(4) :555–565.

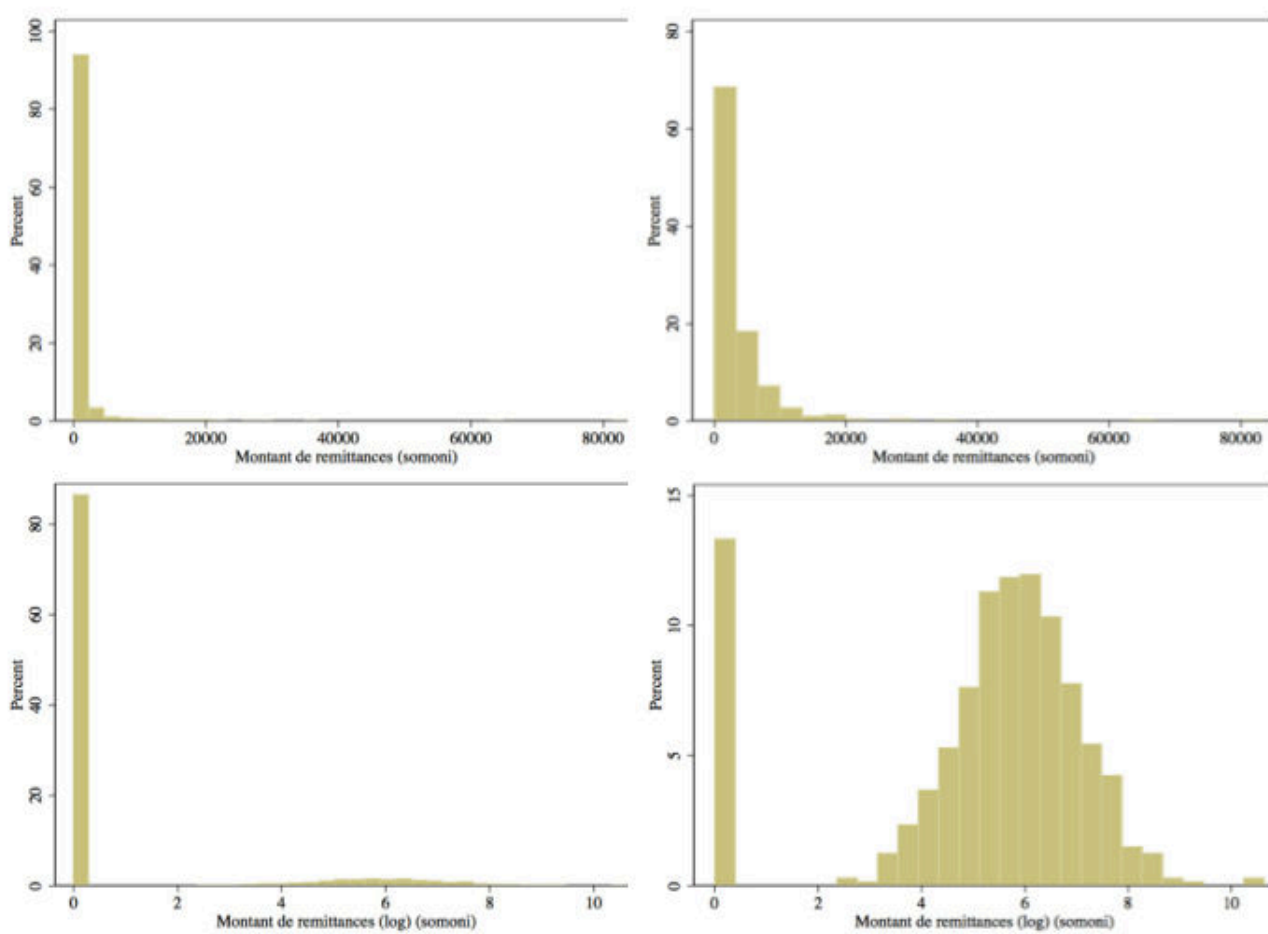
Annexes

Annexe 1 : Distribution des variables d'intérêt

GRAPHIQUE IV.3 – Distribution des dépenses de santé par composante (A. et H.)



GRAPHIQUE IV.4 – Distribution des remises de fonds



Annexe 2 : Test de sensibilité : estimation avec la VI au seuil de 50% et l'indice de consommation totale

TABLEAU IV.15 – L'effet de recevoir des remises sur la consommation de soins

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	MPL	IV	IV	OLS	IV	IV
Recevoir remises 0/1	-0.02 (0.02)	0.33* (0.17)	0.26 (0.37)	0.16* (0.08)	0.79 (0.84)	1.47 (1.52)
Indice conso Q2	0.11*** (0.03)	0.10*** (0.03)	0.08*** (0.03)	0.41*** (0.09)	0.40*** (0.09)	0.43*** (0.09)
Indice conso Q3	0.13*** (0.03)	0.12*** (0.03)	0.10*** (0.03)	0.76*** (0.08)	0.74*** (0.09)	0.77*** (0.10)
Indice conso Q4	0.18*** (0.03)	0.16*** (0.03)	0.15*** (0.03)	1.22*** (0.10)	1.18*** (0.11)	1.14*** (0.14)
Indice conso Q5	0.25*** (0.03)	0.23*** (0.03)	0.22*** (0.03)	2.20*** (0.12)	2.16*** (0.13)	2.10*** (0.15)
Au - 1 mal. non chron.	0.10*** (0.02)	0.10*** (0.02)	0.11*** (0.02)	0.18*** (0.06)	0.18*** (0.06)	0.11* (0.07)
Au - 1 mal. chroniq	0.19*** (0.01)	0.18*** (0.02)	0.19*** (0.02)	0.44*** (0.06)	0.43*** (0.06)	0.43*** (0.06)
Taille ménage	0.03*** (0.00)	0.03*** (0.00)	0.03*** (0.00)	0.15*** (0.01)	0.15*** (0.01)	0.16*** (0.01)
Chef de mng = homme	0.01 (0.02)	0.05 (0.03)	0.04 (0.05)	0.04 (0.08)	0.09 (0.10)	0.16 (0.14)
Part d'actifs	-0.13*** (0.04)	-0.09** (0.04)	-0.11* (0.05)	-0.40** (0.16)	-0.32 (0.20)	-0.14 (0.26)
Part de femmes	0.01 (0.04)	-0.01 (0.04)	0.00 (0.05)	0.03 (0.18)	-0.02 (0.21)	-0.12 (0.20)
Part enfants - 6 ans	0.15*** (0.05)	0.14*** (0.05)	0.13** (0.05)	0.07 (0.21)	0.03 (0.22)	-0.03 (0.23)
Part de +65	-0.08* (0.05)	-0.03 (0.05)	-0.02 (0.07)	-0.11 (0.24)	-0.02 (0.27)	0.23 (0.31)
Educ. primaire/basiq.	0.10*** (0.04)	0.07* (0.04)	0.09* (0.05)	0.09 (0.16)	0.03 (0.17)	0.04 (0.21)
Educ secondaire	0.08** (0.03)	0.06 (0.04)	0.06 (0.04)	-0.03 (0.16)	-0.07 (0.16)	-0.04 (0.17)
Educ. sup.	0.05 (0.04)	0.04 (0.04)	0.05 (0.04)	-0.14 (0.17)	-0.17 (0.17)	-0.12 (0.18)
Tadjik	-0.01 (0.02)	-0.01 (0.02)	0.02 (0.02)	0.15 (0.11)	0.14 (0.11)	0.11 (0.09)
Constant	0.03 (0.08)	0.03 (0.08)		1.60*** (0.30)	1.65*** (0.31)	
Observations	4,705	4,705	4,705	2,657	2,657	2,657
Caractéristiques locales	OUI	OUI	NO	OUI	OUI	NON
Indicatrices de district	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI
R ²	0.117			0.237		
F-stat		50.5	9.05		26.2	6.4
P-val Test d'endog.		0.03	0.37		0.44	0.35

Note : Autres contrôles communautaire et régional : altitude, système centralisé d'approvisionnement en eau, système d'égout, disponibilité des médicaments, présence d'hôpitaux, polyclinique, feldsher, pharmacie, indicatrices de région et type d'habitat. * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Annexe 3 : Estimation séparée des dépenses ambulatoires et hospitalières

TABLEAU IV.16 – L'effet de recevoir des remises sur la consommation de soins ambulatoires

	Proba. d'avoir des dépenses ambul. (Marge extensive)				Montant conditionnel des dépenses ambul. (Marge intensive) (log)			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
	MPL	VI	MPL	VI	MCO	VI	MCO	VI
Recevoir remises 0/1	-0.01 (0.02)	0.40* (0.21)	-0.02 (0.02)	0.34 (0.34)	0.26** (0.11)	1.40 (0.91)	0.26** (0.11)	1.62 (1.58)
Indice richesse Q2	-0.00 (0.02)	-0.02 (0.03)	-0.01 (0.02)	-0.02 (0.03)	-0.04 (0.11)	-0.08 (0.11)	-0.10 (0.10)	-0.15 (0.13)
Indice richesse Q3	0.01 (0.03)	-0.01 (0.03)	0.01 (0.02)	-0.01 (0.03)	0.12 (0.11)	0.10 (0.11)	0.04 (0.10)	0.02 (0.11)
Indice richesse Q4	-0.01 (0.03)	-0.04 (0.03)	-0.01 (0.03)	-0.03 (0.03)	0.22* (0.12)	0.20 (0.12)	0.05 (0.12)	0.05 (0.13)
Indice richesse Q5	0.04 (0.04)	0.01 (0.04)	0.02 (0.03)	-0.00 (0.04)	0.31** (0.15)	0.28* (0.16)	0.12 (0.15)	0.10 (0.16)
Au - 1 mal. non chron.	0.06*** (0.02)	0.07*** (0.02)	0.09*** (0.02)	0.09*** (0.02)	0.12* (0.07)	0.10 (0.07)	0.12* (0.07)	0.10 (0.08)
Au - 1 mal. chroniq	0.10*** (0.02)	0.10*** (0.02)	0.11*** (0.02)	0.11*** (0.02)	0.36*** (0.07)	0.33*** (0.08)	0.34*** (0.07)	0.31*** (0.08)
Taille ménage	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.05*** (0.01)	0.05*** (0.01)	0.06*** (0.01)	0.06*** (0.01)
Chef de mng = homme	-0.01 (0.02)	0.03 (0.03)	-0.01 (0.02)	0.03 (0.04)	0.01 (0.09)	0.10 (0.12)	0.05 (0.09)	0.15 (0.15)
Part d'actifs	-0.07* (0.04)	-0.04 (0.04)	-0.08** (0.04)	-0.05 (0.05)	0.08 (0.21)	0.23 (0.24)	0.09 (0.22)	0.27 (0.29)
Part de femmes	0.02 (0.04)	-0.01 (0.04)	0.03 (0.04)	0.01 (0.04)	-0.18 (0.21)	-0.26 (0.23)	-0.19 (0.21)	-0.27 (0.22)
Part enfants - 6 ans	-0.01 (0.06)	-0.02 (0.06)	-0.03 (0.05)	-0.03 (0.05)	0.09 (0.23)	-0.01 (0.25)	0.02 (0.23)	-0.14 (0.31)
Part de +65	0.00 (0.05)	0.06 (0.06)	0.02 (0.05)	0.06 (0.07)	0.28 (0.24)	0.43* (0.26)	0.39 (0.24)	0.55* (0.31)
Educ. primaire/basiq.	0.06 (0.04)	0.03 (0.04)	0.07* (0.04)	0.04 (0.05)	0.38** (0.17)	0.28 (0.19)	0.37** (0.18)	0.25 (0.23)
Educ secondaire	0.07* (0.04)	0.05 (0.04)	0.06* (0.04)	0.04 (0.04)	0.28* (0.16)	0.22 (0.17)	0.29* (0.16)	0.21 (0.20)
Educ. sup.	0.08* (0.04)	0.06 (0.04)	0.09** (0.04)	0.07 (0.04)	0.36** (0.18)	0.31* (0.18)	0.37** (0.19)	0.30 (0.21)
Tadjik	0.00 (0.03)	-0.00 (0.03)	0.02 (0.02)	0.02 (0.03)	0.12 (0.10)	0.09 (0.10)	0.04 (0.09)	0.01 (0.11)
Constante	0.18** (0.09)	0.17** (0.09)	0.21** (0.08)		2.15*** (0.33)	2.23*** (0.34)	1.88*** (0.35)	
Observations	4 705	4~705	4~705	4~705	2~026	2026	2026	2 026
Caractéristiques locales	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON
Indicatrices de district	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI
R ²	0.06		0.16		0.07		0.12	
F-stat		63.2		11.18		21.33		6.63
P-val Test d'endog.		0.03		0.23		0.16		0.35

Note :

TABLEAU IV.17 – L'effet de recevoir des remises sur la consommation de soins hospitaliers

	Proba. d'avoir des dépenses hosp. (Marge extensive)				Montant conditionnel des dépenses hosp. (Marge intensive) (log)			
	(1) MPL	(2) VI	(3) MPL	(4) VI	(5) MCO	(6) VI	(7) MCO	(8) VI
Recevoir remises 0/1	-0.01 (0.02)	0.01 (0.12)	-0.01 (0.02)	-0.09 (0.21)	0.12 (0.08)	0.76 (0.51)	0.10 (0.08)	1.53 (1.14)
Indice richesse Q2	0.02 (0.02)	0.02 (0.02)	0.02 (0.02)	0.03 (0.02)	0.12 (0.09)	0.07 (0.10)	0.07 (0.09)	-0.04 (0.14)
Indice richesse Q3	0.04* (0.02)	0.04* (0.02)	0.04* (0.02)	0.04* (0.02)	0.08 (0.10)	0.02 (0.11)	0.04 (0.10)	-0.11 (0.17)
Indice richesse Q4	0.04* (0.02)	0.04* (0.02)	0.04* (0.02)	0.04* (0.02)	0.14 (0.10)	0.09 (0.11)	0.02 (0.10)	-0.08 (0.14)
Indice richesse Q5	0.07** (0.03)	0.07** (0.03)	0.06** (0.03)	0.06** (0.03)	0.28** (0.12)	0.21 (0.13)	0.15 (0.13)	0.03 (0.18)
Au - 1 mal. non chron.	0.10*** (0.02)	0.10*** (0.02)	0.09*** (0.02)	0.09*** (0.02)	0.05 (0.07)	0.06 (0.07)	0.06 (0.07)	0.08 (0.07)
Au - 1 mal. chroniq	0.21*** (0.02)	0.21*** (0.02)	0.20*** (0.02)	0.20*** (0.02)	0.21*** (0.06)	0.22*** (0.07)	0.22*** (0.06)	0.23*** (0.07)
Taille ménage	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.02*** (0.00)	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)	0.02 (0.01)	0.02 (0.01)
Chef de mng = homme	0.04** (0.02)	0.04* (0.02)	0.04** (0.02)	0.03 (0.03)	0.16* (0.09)	0.19* (0.10)	0.18* (0.10)	0.24** (0.11)
Part d'actifs	0.01 (0.03)	0.01 (0.03)	-0.00 (0.03)	-0.01 (0.04)	-0.03 (0.18)	0.09 (0.21)	0.08 (0.18)	0.34 (0.30)
Part de femmes	0.04 (0.03)	0.04 (0.03)	0.04 (0.03)	0.05 (0.03)	-0.03 (0.19)	-0.18 (0.22)	-0.15 (0.18)	-0.43 (0.29)
Part enfants - 6 ans	0.12** (0.05)	0.12** (0.05)	0.11** (0.05)	0.11** (0.05)	-0.49* (0.25)	-0.54** (0.25)	-0.44* (0.25)	-0.56** (0.28)
Part de +65	-0.08** (0.04)	-0.08* (0.04)	-0.07* (0.04)	-0.08 (0.05)	0.50* (0.26)	0.60** (0.29)	0.55** (0.28)	0.81** (0.36)
Educ. primaire/basiq.	0.06* (0.03)	0.06* (0.03)	0.05* (0.03)	0.06* (0.03)	-0.13 (0.14)	-0.19 (0.16)	-0.00 (0.14)	-0.16 (0.23)
Educ secondaire	0.02 (0.03)	0.02 (0.03)	0.03 (0.03)	0.03 (0.03)	-0.08 (0.14)	-0.12 (0.15)	0.02 (0.14)	-0.06 (0.20)
Educ. sup.	0.00 (0.03)	0.00 (0.03)	0.01 (0.03)	0.01 (0.03)	-0.02 (0.15)	-0.07 (0.17)	0.08 (0.15)	-0.01 (0.21)
Tadjik	0.02 (0.02)	0.02 (0.02)	0.04** (0.02)	0.04** (0.02)	0.11 (0.10)	0.13 (0.10)	0.15 (0.10)	0.19 (0.12)
Constante	-0.14** (0.06)	-0.14** (0.06)	-0.07 (0.07)		5.76*** (0.28)	5.85*** (0.29)	4.49*** (0.40)	
Observations	4,344	4,344	4,344	4,344	1,125	1,125	1,125	1,125
Caractéristiques locales	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON
Indicatrices de district	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI
R ²	0.12		0.16		0.06		0.13	
F-stat		69.27		12.87		23.14		5.66
P-val Test d'endog.		0.91		0.72		0.54		0.39

Annexe 5 : Tests de robustesse avec estimations par Biprobit, Tobit et IVTobit

En guise de tests de robustesse, nous vérifions les résultats à l'aide de modèles différents. En effet, notre variable endogène étant une variable binaire, il est préférable pour la probabilité de recours également binaire, de vérifier ce les résultats du MPL. Les estimations sont effectuées avec et sans les effets fixes locaux. Les résultats sont comparables à ceux obtenus à la marge extensive du modèle en deux parties.

Nous avons également estimé l'effet de la réception des transferts de fonds sur les dépenses de santé en prenant en compte la nature tronquée des données de dépenses de santé en zéro avec un modèle Tobit, et en tenant compte également de l'endogénéité avec un IVTobit (en utilisant les mêmes instruments que dans la section 4). Dans le tableau IV.19, nous trouvons des résultats similaires : dans la colonne (1) le coefficient n'est pas significatif, confirmant le résultat du modèle en deux parties (c'est-à-dire que les non-consommateurs sont si nombreux qu'ils orientent les résultats) mais significatif via un IVTobit (2).

La réception des transferts de fonds est endogène, et une fois ceci pris en compte, nous constatons que les transferts de fonds augmentent la consommation de soins. Cela corrobore l'analyse qui précède sur les biais négatifs existant.

TABLEAU IV.18 – Estimation jointe de la probabilité de recours à l’ambulatorio et de RR

	(1)		(2)	
	Biprobit		Biprobit	
	Dép. ambul. positives	Recevoir remises	Dép. ambul. positives	Recevoir remises
Recevoir remises 0/1	0.56** (0.24)		-0.14 (0.56)	
Indice richesse Q2	-0.03 (0.06)	0.17** (0.08)	-0.02 (0.07)	0.18** (0.08)
Indice richesse Q3	0.00 (0.06)	0.23*** (0.08)	0.04 (0.07)	0.24*** (0.08)
Indice richesse Q4	-0.06 (0.07)	0.27*** (0.08)	-0.04 (0.07)	0.23*** (0.09)
Indice richesse Q5	0.06 (0.08)	0.35*** (0.11)	0.05 (0.09)	0.28** (0.11)
Au - 1 mal. non chron.	0.16*** (0.04)	-0.02 (0.06)	0.26*** (0.05)	-0.02 (0.06)
Au - 1 mal. chroniq	0.25*** (0.04)	0.08 (0.05)	0.33*** (0.04)	0.07 (0.06)
Taille ménage	0.04*** (0.01)	-0.00 (0.01)	0.05*** (0.01)	0.00 (0.01)
Chef de mng = homme	0.03 (0.06)	-0.46*** (0.07)	-0.03 (0.08)	-0.47*** (0.07)
Part d’actifs	-0.15 (0.10)	-0.45*** (0.14)	-0.25** (0.12)	-0.52*** (0.14)
Part de femmes	0.01 (0.11)	0.36** (0.14)	0.10 (0.12)	0.38*** (0.15)
Part enfants - 6 ans	-0.04 (0.14)	0.02 (0.18)	-0.08 (0.15)	-0.02 (0.19)
Part de +65	0.08 (0.14)	-0.67*** (0.23)	0.03 (0.17)	-0.73*** (0.25)
Educ. primaire/basiq.	0.11 (0.11)	0.37** (0.15)	0.22* (0.12)	0.41*** (0.15)
Educ secondaire	0.15 (0.10)	0.28* (0.15)	0.19* (0.12)	0.31** (0.15)
Educ. sup.	0.19* (0.11)	0.17 (0.16)	0.26** (0.12)	0.21 (0.16)
Tadjik	-0.00 (0.05)	0.04 (0.07)	0.07 (0.06)	0.06 (0.08)
Proportion voisins mig.		1.65*** (0.15)		0.79*** (0.18)
Constant	-0.86*** (0.18)	-2.01*** (0.23)	-0.79*** (0.30)	-0.81*** (0.26)
Observations	4,705	4,705	4,705	4,705
Caractéristiques locales	OUI	OUI	NON	NON
Indicatrices de district	NON	NON	OUI	OUI
athrho (s.e.)	-0.34** (0.15)		0.04 (0.31)	
rho [CI]	-0.32 [-0.55; -0.05]		0.04 [-0.50; 0.57]	

TABLEAU IV.19 – Tobit et IVTobit

Y = Dép. santé totales (log) tronquée en 0	(1) TOBIT	(2) IV TOBIT
Recevoir remises 0/1	0,13 (0,16)	1,72 (0,86)**
Q2	0,16 (0,17)	0,1 (0,19)
Q3	0,50 (0,19)***	0,39 (0,18)**
Q4	0,21 (-0,2)	0,1 (0,18)
Q5	0,59 (0,21)***	0,47 (0,22)**
Maladie non chro.	0,93 (0,13)***	0,94 (0,14)***
Maladie chro.	0,88 (0,07)***	0,87 (0,10)***
Taille mng	0,23 (0,07)***	0,24 (0,04)***
Au - un actif	-0,36 (0,19)**	-0,16 (0,22)
Urbain	-0,32 (0,22)	-0,21 (0,25)
Nb. de femme	.06 (0,25)	0,01 (0,06)
Nb. d'enfant	-0,02 (0,05)	-0,02 (0,05)
Educ. Prim.	0,83 (0,31)***	0,78 (0,31)**
Educ. Second.	. 0,66 (0,29)**	0,66 (0,26)**
Educ. sup.	0,76 (0,30)**	0,8 (0,28)***
Tadjik	0,15 (0,19)	0,12 (0,18)
Altitude (100m)	-0,08 (0,02)***	-0,08 (0,02)***
Gorno-Badakhshan	1,47 (0,46)***	1,45 (0,66)**
Districts Subordination Rep.	0,8 (0,32)**	0,81 (0,48)*
Khatlon	0,12 (0,34)	0,12 (0,55)
Sogd	1,05 (0,29)***	1,01 (0,47)**
Système d'eau centr.	0,12 (0,19)	0,11 (0,22)
Système d'égout	0,56 (0,26)**	0,62 (0,30)**
Constante	-1,79 (-0,56)**	-1,98 (0,62)**
Observations	4705	4651
Wald test (/alpha = 0) : chi2(1) =		3,89
		Prob >chi2 = 0,04

TABLEAU IV.20 – L'effet d'avoir un migrant de retour sur la consommation de soins

	Ambulatoire				Hospitalier			
	Proba. de recours		Dép. conditionnelles		Proba. de recours		Dép. conditionnelles	
	(1) MPL	(2) IV	(3) MCO	(4) IV	(5) MPL	(6) IV	(7) MCO	(8) IV
Avoir migrant récent	0.02 (0.02)	1.35 (1.16)	0.11 (0.10)	12.29 (34.47)	0.02 (0.02)	-1.08 (0.91)	-0.02 (0.10)	0.51 (2.29)
Indice richesse Q2	-0.01 (0.02)	-0.03 (0.04)	-0.09 (0.10)	-0.18 (0.40)	0.02 (0.02)	0.04 (0.03)	0.09 (0.09)	0.09 (0.09)
Indice richesse Q3	0.01 (0.02)	-0.03 (0.04)	0.04 (0.10)	-0.25 (0.91)	0.04** (0.02)	0.07* (0.04)	0.04 (0.09)	0.03 (0.12)
Indice richesse Q4	-0.02 (0.03)	-0.06 (0.05)	0.05 (0.12)	-0.37 (1.24)	0.03 (0.02)	0.07 (0.04)	0.05 (0.09)	0.05 (0.09)
Indice richesse Q5	0.01 (0.03)	-0.02 (0.05)	0.11 (0.15)	-0.41 (1.55)	0.05** (0.02)	0.08** (0.04)	0.15 (0.12)	0.16 (0.11)
Au - 1 mal. non chro.	0.09*** (0.02)	0.08*** (0.02)	0.12* (0.07)	0.05 (0.28)	0.09*** (0.02)	0.09*** (0.02)	0.04 (0.07)	0.04 (0.07)
Au - 1 mal. chroniq	0.11*** (0.02)	0.10*** (0.02)	0.34*** (0.07)	0.17 (0.53)	0.20*** (0.02)	0.21*** (0.02)	0.19*** (0.06)	0.19*** (0.06)
Taille ménage	0.02*** (0.00)	0.00 (0.01)	0.05*** (0.01)	-0.10 (0.44)	0.02*** (0.00)	0.03*** (0.01)	0.03** (0.01)	0.03 (0.02)
Chef de mng = H	-0.01 (0.02)	0.01 (0.03)	0.03 (0.09)	-0.08 (0.39)	0.04** (0.02)	0.03 (0.03)	0.14 (0.09)	0.13 (0.09)
Part d'actifs	-0.08** (0.04)	0.03 (0.10)	0.06 (0.22)	1.60 (4.35)	-0.01 (0.03)	-0.10 (0.08)	0.05 (0.17)	0.15 (0.45)
Part de femmes	0.03 (0.04)	0.12 (0.10)	-0.17 (0.21)	-0.01 (0.70)	0.04 (0.03)	-0.03 (0.07)	-0.08 (0.18)	-0.06 (0.21)
Part enfants - 6 ans	-0.03 (0.05)	0.04 (0.10)	0.06 (0.23)	1.42 (3.86)	0.13*** (0.05)	0.08 (0.08)	-0.56** (0.23)	-0.54** (0.25)
Part de +65	0.02 (0.05)	0.10 (0.09)	0.36 (0.24)	1.14 (2.19)	-0.07* (0.04)	-0.13* (0.07)	0.51* (0.26)	0.57 (0.37)
Educ. primaire/basiq.	0.07* (0.04)	0.05 (0.05)	0.39** (0.18)	0.51 (0.60)	0.04 (0.03)	0.06 (0.04)	-0.02 (0.14)	0.01 (0.17)
Educ secondaire	0.06* (0.04)	0.01 (0.06)	0.30* (0.17)	0.06 (0.86)	0.02 (0.03)	0.06 (0.05)	0.00 (0.13)	0.01 (0.13)
Educ. sup.	0.09** (0.04)	0.08* (0.05)	0.39** (0.19)	0.84 (1.34)	0.00 (0.03)	0.00 (0.04)	0.04 (0.14)	0.07 (0.19)
Tadjik	0.02 (0.02)	-0.03 (0.05)	0.04 (0.09)	-0.25 (0.85)	0.04* (0.02)	0.07* (0.04)	0.13 (0.09)	0.13 (0.09)
Constante	0.20** (0.08)		1.96*** (0.35)		-0.05 (0.06)		4.53*** (0.39)	
Observations	4,705	4,705	2,026	2,026	4,705	4,705	1,236	1,236
Indicatrices districts	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
R ²	0.16		0.11		0.15		0.12	
F-stat		3.4		0.13		3.4		1.9
P-val Test d'endog.		0.15		0.39		0.11		0.82

TABLEAU IV.21 – Indicateurs de renoncement aux soins par quintile

Quintiles	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
Au cours des 12 derniers mois, payer les dépenses de santé des membres du ménage a été...						
Impossible	27.18	19.10	14.70	26.20	12.83	100
Difficile	19.75	21.32	20.94	19.24	18.75	100
Pas difficile	14.17	16.26	19.45	21.52	28.60	100
Personne n'en a eu besoin	20.38	20.68	20.39	20.55	18.00	100
Total	19.18	20.04	20.27	20.42	20.09	100
Nombre de répondants						4436
Au cours des 12 derniers mois, dans votre ménage, combien de fois une personne a-t-elle été malade sans demander de l'aide ?						
Jamais	15.16	18.48	19.94	21.21	25.20	100
Une fois	25.50	20.36	21.03	16.25	16.86	100
Deux fois	21.32	23.80	18.91	21.96	14.01	100
Trois fois	24.15	17.86	26.48	16.78	14.73	100
Quatre et +	15.75	21.87	16.08	24.82	21.48	100
Total	18.20	19.52	20.16	20.31	21.80	100
Nombre de répondants						2506
Quelle était la raison du délai ou du non recours à l'aide ?						
Ils ont pensé aller mieux en ...						
...laissant agir le temps	22.74	24.90	25.21	14.13	13.03	100
...utilisant des herbes traditionnelles	23.16	15.23	19.23	19.56	22.81	100
...utilisant des médicaments disponibles	17.14	19.42	21.01	23.23	19.20	100
Ils ne pouvaient pas payer	25.43	23.02	18.97	18.17	14.41	100
L'aide était trop loin	35.33	15.50	16.55	23.01	9.62	100
Autres raisons	28.32	17.61	8.54	16.56	28.97	100
Total	23.08	21.20	20.52	18.86	16.34	100
Nombre de répondants						917
Au cours des 12 derniers mois, dans votre ménage, combien de fois une personne a-t-elle été orientée vers l'hôpital mais n'y est pas allée ?						
Jamais	21.63	19.56	21.31	17.90	19.61	100
Une fois	24.68	22.35	21.88	18.15	12.95	100
Deux fois	23.87	26.25	17.18	16.84	15.86	100
Trois fois	22.01	16.69	18.81	31.03	11.46	100
Quatre et +	27.74	16.99	17.48	29.34	8.45	100
Total	23.08	21.20	20.52	18.86	16.34	100
Nombre de répondants						917
Dans ce cas, quelle en était la raison principale ?						
De mauvaises conditions à l'hôpital	21.99	47.74	15.67	2.42	12.18	100
La personne pensait aller mieux	24.12	19.84	20.13	14.22	21.70	100
Impossible de payer le traitement	25.05	22.43	17.69	23.86	10.96	100
Impossible de se rendre à l'hôpital	12.12	23.64	15.93	41.30	7.01	100
Orienté vers un autre hôpital	46.43	18.46	30.03	5.08	0.00	100
Manque de confiance envers le personnel	0.00	27.86	25.95	17.80	28.39	100
Trop loin	44.99	16.62	22.69	13.12	2.58	100
Autre	6.94	14.89	40.70	27.00	10.48	100
Total	24.38	22.66	19.82	19.73	13.40	100
Nombre de répondants						471
A-t-on déjà refusé à un membre de votre ménages des soins de santé ?						
Oui	30.40	15.71	19.57	22.17	12.15	100
Non	19.08	20.08	20.27	20.40	20.16	100
Total	19.18	20.04	20.27	20.42	20.09	100
Nombre de répondants						4436

TABLEAU IV.22 – Répartition des ménages RRH dans les quartiles de dépenses conditionnelles de santé

Quartile dep. ambul. cond.	Recevoir des remises		
	NON	OUI	Total
$[min; q25[$	529	65	594
$[q25; q50[$	439	60	499
$[q50; q75[$	425	61	486
$[q75; max]$	403	87	490
\emptyset	2 272	364	2 636
Total	4 068	637	4 705
Quartile dep. hosp. cond.			
$[min; q25[$	244	44	317
$[q25; q50[$	231	40	299
$[q50; q75[$	232	45	307
$[q75; max]$	241	48	313
\emptyset	2 759	460	3 469
Total	3,707	637	4 705

TABLEAU IV.23 – L'élasticité des dépenses de santé aux remises de fonds

Var dep= Dep. Ambul	Régression quantile				
	(1) MCO	(2) IV	(3) q25	(4) q50	(5) q70
Montant de remises (log)	2.49** (1.21)	23.43 (18.53)	0.22 (0.16)	1.77** (0.77)	3.22** (1.37)
Indice richesse Q2	3.45 (10.19)	-2.12 (9.03)	-1.82* (1.08)	-5.24 (4.48)	-4.60 (8.11)
Indice richesse Q3	0.77 (10.35)	-6.80 (8.66)	1.68 (1.48)	1.01 (4.03)	-1.94 (7.21)
Indice richesse Q4	12.56 (10.86)	6.21 (9.82)	0.15 (1.63)	-1.16 (5.27)	12.43 (8.20)
Indice richesse Q5	-0.04 (13.25)	-8.26 (12.94)	0.32 (2.15)	1.51 (7.18)	30.60** (14.60)
Au - 1 mal. non chron.	8.19 (7.45)	9.03 (6.37)	2.51** (0.99)	3.73 (3.05)	9.70 (8.95)
Au - 1 mal. chroniq	28.76*** (6.70)	27.05*** (8.08)	4.00*** (1.39)	13.23*** (4.25)	27.77*** (5.73)
Taille ménage	3.12** (1.29)	3.17*** (0.93)	0.63** (0.26)	2.36*** (0.84)	3.85*** (1.05)
Chef de mng = homme	9.22 (8.89)	26.44 (22.43)	0.43 (1.35)	0.26 (3.94)	3.15 (9.55)
Part d'actifs	26.18 (16.44)	42.95 (30.52)	2.30 (2.16)	3.21 (7.76)	5.41 (19.42)
Part de femmes	14.89 (17.95)	6.04 (18.22)	-3.62 (2.80)	-13.93* (7.95)	1.00 (17.73)
Part enfants - 6 ans	-34.48 (23.60)	-35.02* (18.13)	3.07 (4.03)	2.00 (10.37)	-0.08 (24.48)
Part de +65	10.43 (22.79)	32.31 (27.73)	6.78 (4.45)	13.93 (10.93)	9.91 (21.56)
Educ. primaire/basiq.	34.85** (17.37)	21.56 (16.58)	0.50 (3.52)	15.88** (8.04)	29.85** (13.47)
Educ secondaire	8.27 (17.01)	-1.89 (16.10)	0.94 (3.57)	14.04** (6.75)	24.81** (11.74)
Educ. sup.	15.70 (18.33)	7.95 (17.15)	0.99 (4.01)	18.06** (8.49)	26.19** (11.36)
Tadjik	-2.19 (9.41)	-4.00 (7.37)	2.13 (2.08)	2.22 (3.71)	-0.93 (10.41)
Constant	-52.68 (32.77)		-3.73 (4.88)	-18.40 (12.57)	-35.21 (26.64)
Observations	4,705	4,705	2,026	2,026	2,026
R-squared	0.03				
Indicatrices districts	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
F-stat		10.5			
Endog.test P-val		0.20			
Weak-IV rob inf		0.02			

Conclusion

Principaux résultats

Les éléments de contextualisation exposés dans le chapitre introductif montrent tout d'abord qu'il existe des obstacles à la fois physiques et financiers à l'universalité des soins. Si le maillage du système de santé hérité de l'époque soviétique s'étend sur tout le territoire, l'accessibilité des soins de qualité n'est pas garantie dans tous les districts, dans ce pays majoritairement montagneux. En outre, le montant des restes-à-charge représente souvent une dépense catastrophique pour les ménages. Même s'il varie entre régions, il peut décourager une part de la population de se faire soigner ou l'inciter à trouver des recours alternatifs. Enfin, un climat de défiance vis-à-vis de certains soignants a été observé, principalement à Douchanbé. Or, c'est aussi à Douchanbé et dans les villes que les paiements informels aux soignants sont les plus fréquents et les plus élevés en moyenne.

C'est pourquoi nous nous sommes demandés dans le chapitre II si ces pratiques de rémunérations informelles à la fin d'une prise en charge étaient une des raisons de cette défiance ou un moyen d'instaurer une relation de confiance. Les pratiques de paiements informels ne sont pas toutes équivalentes. Il y a la norme – donner 5 à 20 TJS après que le médecin a pris soin de soi –, il y a la logique incitative – donner un peu plus au médecin pour l'encourager à mieux prendre soin de soi – et il y a le paiement qui n'est pas donné mais réclamé par un médecin abusif. D'autres formes et expressions ont été entendues montrant combien le sens du paiement dépend du contexte et prouvant qu'il n'y a pas une forme fixe de paiement informel. L'évolution des représentations associées aux paiements informels se fait conjointement à l'évolution institutionnelle du système de santé, d'un système universel public à un système privé informel par transfert de la charge financière. Les représentations influencent les pratiques ; les pratiques et les choix politiques entraînent la marchandisation des soins, qui fait évoluer les représentations.

La comparaison des résultats des chapitres I et II sur le lien entre la défiance et les paiements informels donne une idée de la raison pour laquelle le paiement informel normal semble lui-même mettre à mal la convention. Le paiement informel a un effet ambigu sur la défiance. En effet, dans les témoignages, la défiance envers la profession médicale portait d'une part sur l'incompétence des médecins et d'autre part sur leur intégrité. Or,

le paiement informel n'a pas le même effet sur l'une et sur l'autre. Il est souvent justifié comme un moyen d'augmenter l'effort du médecin et de ce fait la pertinence du diagnostic. Le paiement informel a donc plutôt tendance à augmenter la confiance en son diagnostic. Mais en même temps, la monétisation du remerciement et la marchandisation du service de soins qu'elle entraîne modifient les attentes des médecins, leur système de valeurs, ou du moins ils insinuent le doute chez le patient sur une possible dégradation de l'éthique médicale. En les faisant entrer dans une logique marchande, le paiement informel suscite la suspicion : les médecins « ne le font que pour l'argent », ils vont attendre ou réclamer des paiements informels trop élevés, etc. Même si ce n'est pas avéré, d'après les entretiens avec les médecins, qui souvent résistent à la logique marchande, le doute suffit à dégrader la relation de confiance.

Nous nous intéressons ensuite à la progressivité du paiement informel. Si le médecin demande ou attend une moindre somme des ménages pauvres que des plus riches, on comprend pourquoi ces paiements sont légitimes aux yeux d'une majorité de patients et pourquoi les citadins plus éduqués et plus riches en moyenne commencent à envisager une formalisation des tarifs. Les paiements informels et les autres dépenses de santé en général sont effectivement influencés positivement par le niveau de vie. Cependant, le chapitre II montre que lorsque les tarifs sont différenciés, ce n'est pas forcément grâce à la bienveillance des médecins. Le chapitre III montre d'une part que, si en absolu les plus pauvres paient moins que les plus riches, les dépenses augmentent moins que proportionnellement au niveau de vie. Les modes de financement actuels ont donc plutôt tendance à creuser les inégalités de dépenses qu'à les juguler. D'autre part, le chapitre III montre que si les ménages pauvres contribuent moins aux dépenses totales c'est en partie parce qu'ils recourent moins aux services de soins, à besoin équivalent.

En effet, l'importance des restes-à-charge dans le financement des soins au Tadjikistan génère des barrières à l'accès. La raison de renoncement majoritairement mentionnée est la raison économique devant la distance géographique (chapitre III). Il en résulte que les indices de concentration standardisés du recours aux soins témoignent d'une iniquité horizontale en accès, dont le facteur principal est le niveau de vie. Du fait de ces barrières, les problèmes de santé peuvent devenir un des facteurs de l'intention de migrer (chapitre IV). Or, si la réception de remises de fonds consécutive à la migration d'un membre ne permet pas d'améliorer significativement le recours toutes choses égales par ailleurs, en revanche, elle permet d'améliorer la consommation de soins des ménages qui ont déjà accès aux soins. Et parmi ceux qui déclarent des besoins, recevoir des remises protège significativement contre le renoncement aux soins. L'estimation des déterminants des dépenses à différents quintiles de dépenses conditionnelles montre que l'effet de recevoir des remises n'est significatif que pour les grands consommateurs de soins. Les migrations, comme stratégie face aux barrières à l'accès, pourraient renforcer les inégalités horizontales en accès.

Validité externe

Cette thèse avait l'ambition d'étudier dans le détail les conséquences du système de santé tadjik en termes d'inégalités et d'en observer les pratiques. C'est pourquoi elle mobilise une base de données statistiques et une base de données qualitatives collectées toutes deux au Tadjikistan. Ce focus sur un seul pays pourrait limiter la portée des résultats si la comparaison à d'autres contextes n'était pas pertinente.

Concernant nos résultats sur les liens entre relation de confiance et logique marchande dans le service de soins, il est évident qu'ils contribuent à la compréhension d'autres systèmes partageant un même passé socialiste et la même prégnance des arrangements informels. De nombreux articles montrent la difficulté de formaliser le paiement de gratitude dans des pays d'Europe de l'Est (Belli *et al.*, 2004). En effet, dans la plupart des pays anciennement socialistes s'observe la même ambivalence qu'au Tadjikistan vis-à-vis du marché. Pour être légitime, dans de nombreux milieux, l'activité marchande doit rester au niveau de la nécessité, de la survie, d'où l'acceptation et la fréquence de ces formes informelles d'activités (Bridger et Pine, 2013 ; Deffontaines, 2018), tandis que la recherche de l'enrichissement personnel reste condamnable et condamnée socialement (Benarroch-Orsoni (2018) sur la Roumanie). Ces représentations collectives communes rendent valides nos analyses transposées dans d'autres contextes. De manière générale, la complexité du service de soins, entre une interaction sociale et une transaction marchande, peut s'observer aussi dans des pays qui ne partagent pas le passé socialiste du Tadjikistan ou de la Roumanie, en France, par exemple (Batifoulier et Ventelou, 2003). Quel que soit le pays, la santé n'est pas un marché comme les autres et les institutions informelles dans ce champ doivent être prises en compte pour penser des politiques publiques qui puissent orienter les pratiques sans entrer en contradiction improductive avec elles.

L'obstacle à l'accès aux soins que représentent les importantes dépenses privées directes des ménages et les inégalités horizontales d'accès qui en résultent sont observables dans d'autres pays. Bien sûr le cas du Tadjikistan est extrême puisque les restes-à-charge sont parmi les plus élevés du monde. Mais l'analyse de ce cas informe aussi sur des scénarios possibles dans les pays moins éloignés qui connaissent actuellement de forte croissance des restes-à-charge informels, comme la Grèce du fait de la crise. La situation que Liaropoulos *et al.* (2008) décrivent en Grèce est comparable à celle du Tadjikistan concernant les restes-à-charge informels : 36% des patients d'hôpitaux publics déclarent avoir dû verser un paiement informel dont la moitié par peur de recevoir des soins inférieurs au standard. D'autres pays qui ne sont pas en crise connaissent aussi d'importants restes-à-charge officiels du fait de choix politiques, comme le Portugal ou la Suisse, où les restes-à-charge représentent 27% des dépenses totales de santé.

Concernant la migration, là encore le Tadjikistan est un cas de figure hors du commun puisqu'il serait parmi les pays les plus dépendants au monde aux remises de fonds.

Pourtant, il apparaît que beaucoup de pays fortement dépendants aux remises de fonds (le Népal, où elles représentent 32% de son PIB, Haïti, avec 30% ou le Libéria avec 26%) sont aussi des pays où les restes-à-charge formels ou informels représentent une très lourde charge pour les ménages. Au Népal, les restes-à-charge représentent 48%, en Haïti, 35%, au Libéria, 31% (IndexMundi, 2014). La relation entre l'envoi de travailleurs migrants à l'étranger et les barrières à la consommation de soins a été trop peu étudiée. La corrélation serait d'ailleurs intéressante à étudier avec des données macroéconomiques par pays. En attendant, nos résultats convergent avec ceux observés au Mexique (Amuedo-Dorantes et Pozo, 2011), pays lui aussi pourvoyeur de migrants et où les restes-à-charge représentent 44% des dépenses de santé. Cela montre l'intérêt de poursuivre les recherches dans ce champ peu investi qu'est la relation entre migration et accès aux soins.

Implications en termes de politique publique

Un des premiers enseignements de cette thèse est que le statut informel du paiement au médecin, s'il peut parfois convenir aux patients individuellement, pose des problèmes d'efficacité à long terme au niveau collectif. Sans tarif officiel, il n'est pas possible pour le régulateur de moduler les coûts en fonction de la capacité de paiement des patients, ce qui laisse cela à la discrétion du médecin. Outre des problèmes d'iniquité, cela pose un problème d'efficacité de l'allocation des ressources. Le paiement informel est directement remis au médecin, sans pourcentage pour l'achat des médicaments, ni pour celui des équipements, ni pour l'entretien. Cela provoque le délabrement des infrastructures et un manque chronique de matériels dans certaines. Le paiement informel ne garantit pas l'utilisation optimale des sources de financement et peut ainsi diminuer le bien-être collectif.

Deuxièmement, laisser la différenciation des tarifs en fonction du niveau de vie à la discrétion des médecins n'est pas facteur d'équité, d'après les critères mobilisés. Cela signifie soit que les médecins ne sont pas bienveillants et ne cherchent pas à subventionner les plus pauvres grâce aux extras des plus riches, soit qu'ils n'ont pas les moyens d'évaluer précisément le niveau de vie de leurs patients.

Bien sûr, formaliser les tarifs de consultation permettrait de les différencier en ciblant les populations vulnérables, comme le *Basic Benefit Package* tente de le faire. Néanmoins, pour mettre en place un système réellement redistributif, il faudrait pouvoir garantir son financement tout en adaptant précisément les contributions au niveau de vie des ménages. Et d'autres problèmes plus structurels du Tadjikistan se posent alors. La faible activité économique générant une faible assiette d'impôt, la difficulté à collecter cet impôt, la corruption et le clientélisme dans l'appareil productif s'ajoutent et rendent difficilement envisageable un tel système actuellement.

Enfin, en laissant la différenciation à la discrétion des médecins, il peut aussi résulter de ce paiement direct informel une inégalité entre médecins. Or, il est peu probable que ceux qui en reçoivent le plus soient les plus performants, mais plus certainement les plus influents, les plus capables de l'exiger.

Bibliographie

- AMUEDO-DORANTES, C. et POZO, S. (2011). New evidence on the role of remittances on healthcare expenditures by Mexican households. *Review of Economics of the Household*, 9(1) :69–98.
- BATIFOULIER, P. et VENTELOU, B. (2003). L'érosion de la «part gratuite» en médecine libérale. Discours économique et prophéties autoréalisatrices. *Revue du MAUSS*, 21(1) : 313–329.
- BELLI, P., GOTSADZE, G. et SHAHRIARI, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector : Evidence from Georgia. *Health Policy*, 70(1) :109–123.
- BENARROCH-ORSONI, N. (2018). Commerce de contrebande et transformations économiques dans la Roumanie postcommuniste. une ethnographie dans les archives de la presse populaire bucarestoise (communication). In *Séminaire Aire postsoviétique / Ere postcommuniste*.
- BRIDGER, S. et PINE, F. (2013). *Surviving post-socialism : Local strategies and regional responses in Eastern Europe and the former Soviet Union*. Routledge, Londres.
- DEFFONTAINES, P. (2018). “Survivre” 25 ans après la chute de l'URSS : classes populaires et marchés dans les espaces ruraux ukrainiens. Thèse de doctorat, Université de Bourgogne.
- LIAROPOULOS, L., SISKOU, O., KAITELIDOU, D., THEODOROU, M. et KATOSTARAS, T. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1) :72–81.

Résumé

Le point de départ de cette thèse est le constat que dans les systèmes de santé post-soviétiques les paiements informels aux professionnels de santé perdurent bien au-delà de la transition post-socialiste, et ce malgré les vagues de réformes successives du système de santé.

Dans le même temps depuis l'indépendance de la République du Tadjikistan, une défiance profonde envers certains professionnels de santé s'est développée et le renoncement aux soins s'est accru, touchant plus particulièrement les populations vulnérables. Quel rôle jouent alors les différentes pratiques de rémunération informelle ? Sont-elles source de défiance ou un moyen de restaurer la confiance ? Les paiements informels sont-ils ajustés au niveau de vie des patients ou source d'inégalités entre patients ?

D'après les indicateurs d'équité mobilisés et contrairement aux idées reçues, les paiements informels ne permettent pas de rendre le système progressif et de garantir l'accès à tous. Les populations les plus démunies cumulent plus de renoncement aux soins.

Face à ces barrières à l'accès aux soins, différentes stratégies sont mises en place par les ménages : solidarités informelles, endettement, recours à la médecine traditionnelle, mobilisation de son capital social. On étudie alors, plus précisément, dans quelle mesure la migration, phénomène massif au Tadjikistan, fait partie de ces stratégies et dans quelle mesure les remises de fonds permettent aux ménages bénéficiaires d'améliorer leur accès aux soins.

Mots Clés

Accès aux soins; Paiements informels; Équité; Migration ; Système de santé ; Remises de fonds

Abstract

This dissertation begins with the observation that informal payments to healthcare professionals in post-soviet health systems persisted well beyond the post-socialist transition, and despite the successive waves of health care reform.

During this transition period, since the independence of the Republic of Tajikistan, there has been a deterioration of trust towards certain health professionals which has been associated with increased forgone care, especially among vulnerable populations. What is the role played by the different informal payment practices? Are they a source of mistrust or a means of restoring trust? Are informal payments adjusted to patients' standard of living or a source of inequality between patients?

According to the equity indicators mobilized and contrary to popular belief, informal payments do not make the system progressive and do not guarantee that there will be access for all. The poorest are more likely to forgo care.

To cope with these barriers in accessing care, different strategies are put in place by households: informal solidarity, indebtedness, reliance on traditional medicine, mobilization of social capital. More specifically, we then study if migration, a relatively important phenomenon in Tajikistan, is part of these strategies and to what extent remittances enable beneficiary households to improve their access to healthcare.

Keywords

Health care utilization; Informal payments; Equity; Migration; Healthcare system; Remittances