

Le secteur privé contribue-t-il à améliorer les systèmes de santé des pays en développement ?

# Amener le secteur privé de la santé à aider les plus démunis : bon sens ou optimisme aveugle ?

*De nombreux bailleurs internationaux pensent que la couverture de santé universelle peut être atteinte en développant le secteur privé de la santé dans les pays à faibles revenus. Pourtant, Oxfam a mis en évidence les faiblesses du secteur privé en la matière – et le coût d'une telle approche. La voie la plus efficace et rentable pour garantir la couverture sanitaire universelle consiste au contraire à renforcer le secteur public de la santé.*

**Anna Marriott et Marame Ndour**

*Conseillère sur les politiques de santé, Oxfam  
Responsable de plaidoyer santé, Oxfam*

La mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU) gagne du terrain dans le monde. La CSU a pour objectif de garantir à toutes et tous l'accès à des services de santé de qualité, indépendamment de la capacité de chacun à payer. La mise en place de la CSU repose sur le développement des services et sur une réduction drastique des paiements pris en charge directement par les patients. De plus en plus d'études affirment que les services publics de santé, en dépit de graves difficultés dans de nombreux pays, sont les systèmes de santé les plus équitables et les plus performants. En outre, les plus démunis bénéficient d'une meilleure prise en charge dans le cadre de systèmes de santé fondés sur l'universalité plutôt que sur le ciblage.

De nombreux bailleurs de fonds internationaux voudraient pourtant nous faire croire qu'un secteur privé bien établi et en croissance est le meilleur moyen d'atteindre la CSU. Un rapport de la Société financière internationale montre par exemple que le secteur privé doit jouer un rôle central dans le développement des services de santé accessibles aux plus démunis (SFI, 2008). Ce document précise également que le secteur privé peut permettre d'économiser des fonds publics grâce à l'apport de ressources et à l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des services. Le rapport de 2011 de la SFI et de la Banque mondiale affirme lui que « pour concrétiser les améliorations nécessaires, les gouvernements devront compter plus largement sur le secteur privé » (SFI, Banque mondiale, 2011). Mais ces arguments sont-ils réellement valables ? En 2009, Oxfam a publié un rapport controversé qui conclue que les éléments disponibles ne permettent pas de justifier un rôle plus important du secteur privé dans le domaine de la santé dans les pays à faibles revenus (Marriott, A., 2009). À l'inverse, cette orientation semble risquée et coûteuse. Bien entendu, certains partisans du secteur privé ont accusé Oxfam d'avoir une approche idéologique et sélective (Harding, A., 2011). Mais récemment, plusieurs études internationales validées par des pairs ont confirmé bon nombre des résultats d'Oxfam.

## ANNA MARRIOTT

Anna Marriott est conseillère sur les politiques de santé à Oxfam Grande-Bretagne. Elle a écrit et publié plusieurs rapports pour Oxfam portant sur le financement et les prestations de santé. Avant de rejoindre Oxfam, elle a étudié et travaillé pendant trois ans en Afrique du Sud, en tant que consultante sur différents thèmes – notamment la protection sociale, les droits des travailleurs dans l'économie informelle, la santé et l'éducation.

## MARAME NDOUR

Marame Ndour est responsable de plaidoyer santé à Oxfam France. Elle travaille sur le financement des services de santé gratuits dans les pays en développement. Avant de rejoindre Oxfam, elle a travaillé sur la problématique de l'accès aux médicaments et l'impact des partenariats public-privé en matière de santé, au sein de l'Institut du développement durable et des relations internationales – un institut de recherche à but non lucratif basé à Paris.

## LE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVÉ, UNE FAUSSE ALTERNATIVE

Le fait que le secteur privé soit, dans de nombreux pays, le principal prestataire de services

de santé ne signifie pas qu'il faille le renforcer. Dans de nombreux pays en développement, le secteur privé assure en effet une part importante des soins ambulatoires : en Afrique, 40 % de ces services sont assurés par des officines informelles qui vendent par ailleurs des médicaments de qualité douteuse. Si l'on compare la qualification des personnels soignants de deux secteurs, le secteur public domine dans l'ensemble des 22 pays à revenus faibles et intermédiaires où les données sont disponibles, à l'exception de trois pays (Gwatkin, D.R., 2000). En outre, la proportion des soins assurée par le secteur privé n'est pas un indicateur qui permet de vérifier si l'accès aux soins est facilité. En Inde, le secteur privé assure plus de 80 % des soins ambulatoires ; pour autant, la moitié des femmes n'ont pas accès aux soins médicaux lors de leurs accouchements. Même si 100 millions de personnes sombrent chaque année dans la pauvreté en raison des frais de santé qu'ils ont à payer directement (OMS, 2010), l'ampleur de ces dépenses privées est vue parfois comme une source de bénéfices potentiels pour les entreprises du secteur privé.

L'idée selon laquelle la prestation de soins de santé par le secteur privé peut compléter et soulager les États est sans fondement. Pour attirer les prestataires du secteur privé sur des marchés de la santé risqués et peu rentables, il faut mobiliser des subventions publiques conséquentes. En Afrique du Sud, les mesures d'allègement fiscal accordées au titre des cotisations à un régime d'assurance maladie privé ont coûté à l'État en 2001 l'équivalent de près de 30 % du budget annuel consacré à la santé. Au cours de cette période, la puissance publique a dépensé 12 fois plus en assurance maladie privée pour ses fonctionnaires que pour le financement des services de santé du secteur public par personne dépendante de ces services (McIntyre, D., Thiede, M., 2004). Dans de nombreux pays, plutôt que de renforcer les capacités sanitaires, le développement du secteur privé a eu un effet d'éviction sur les services publics. Au Ghana, en Afrique du Sud, en Ouganda et au Brésil, le développement des soins privés a entraîné la réduction des revenus dis-

ponibles pour les établissements du secteur public – qui assuraient aussi les soins de populations démunies (Basu et *alii*, 2012). En Thaïlande et en Inde, le personnel qualifié a déserté les établissements publics en milieu rural du fait de la croissance du secteur privé (Wibulpolprasert, S., Pengpaibon, P., 2003 ; De Costa, A., Diwan, V.K., 2007).

### DES COÛTS PLUS IMPORTANTS

Loin d'atteindre de meilleurs résultats à moindre coût, le secteur privé est en réalité synonyme de dépenses plus élevées. Selon des études menées dans différents pays, le coût des médicaments délivrés sur ordonnance est largement supérieur dans le secteur privé (Basu, S. et *alii*, 2012). Les coûts augmentent lorsque les prestataires privés prescrivent des traitements rentables plutôt que des traitements avant tout médicalement justifiés. Au Chili, le secteur privé participe massivement au système de santé ; le pays enregistre un des taux de naissances par césarienne les plus élevés au monde – une intervention coûteuse et pas toujours nécessaire (Murray, S.F., 2000). En Colombie, les frais de santé ont augmenté considérablement après la réforme de 1993 favorisant la privatisation : 52 % du montant des cotisations par bénéficiaire étaient consacrées aux dépenses administratives (De Groote et *alii*, 2005). En Tanzanie, même les médicaments génériques étaient cinq fois plus chers dans les établissements privés que dans ceux du secteur public (Makuch et *alii*, 2010). En Chine, le mouvement de privatisation a conduit à un recul des soins de santé préventive, qui sont moins rentables : la couverture vaccinale s'est réduite de moitié en cinq ans à la suite des réformes. Les taux de prévalence de la tuberculose, de la rougeole et de la poliomyélite sont désormais en hausse et pourraient coûter à l'économie des millions en perte de productivité et en traitements injustifiés (Huong, D.B., Phuong, N.K. et *alii*, 2007).

La difficulté de gérer et de réguler le secteur privé de la santé engendre des inefficacités, en particulier lorsque l'État dispose de capacités limitées et que les prestataires privés sont trop peu nombreux pour assurer une concurrence au niveau des tarifs. Au Cambodge, les coûts d'exploitation des prestataires privés étaient inférieurs seulement dans 20 % des programmes contractuels pour lesquels des données étaient disponibles (Bhushan et *alii*, 2007). À Madagascar et au Sénégal, les coûts de transaction pour engager des prestataires privés en sous-traitance se sont traduits par une augmentation ►►

## REPÈRES

Oxfam est une confédération internationale de 17 organisations, œuvrant ensemble dans plus de 90 pays. Leader mondial dans le domaine du secours d'urgence, Oxfam International met en place des programmes de développement à long terme dans les communautés vulnérables. Oxfam fait partie d'un mouvement mondial qui fait campagne contre les règles commerciales inéquitables, pour l'accès de tous à des services de santé et d'éducation de meilleure qualité. Oxfam lutte également contre le changement climatique.

Le secteur privé contribue-t-il à améliorer les systèmes de santé des pays en développement ?

►►►des dépenses totales de 13 % et 17 % respectivement (Basu *et alii*, 2012). Au Lesotho, pour remplacer le principal hôpital public par un établissement construit et exploité par le secteur privé, l'État a dû engager une dépense de 32,6 millions de dollars en redevance annuelle en faveur de l'opérateur. Étant donné que le budget annuel consacré au précédent hôpital était inférieur à 17 millions de dollars, cela représente une augmentation massive (près de 100 %) des dépenses (Lister, J., 2011).

### UN IMPACT SUR L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SOINS QUI RESTE À PROUVER

En règle générale, le secteur privé ne renforce pas la qualité et l'efficacité des services de santé. Neuf études comparatives ont montré

« Les processus de privatisation des services publics de santé ont accentué les inégalités. »

que la précision des diagnostics et le respect des normes médicales étaient plus mauvais chez les prestataires du secteur privé que dans le sec-

teur public (Basu *et alii*, 2012). Selon les données issues de 24 pays, les enfants souffrant de diarrhées ont moins de chances de recevoir des sels de réhydratation oraux et plus de chances de se voir prescrire d'inutiles antibiotiques par des prestataires privés.

La Banque mondiale affirme que le recours à des prestataires privés permettra de stimuler la réactivité et améliorera la responsabilité des acteurs du secteur ; c'est un argument qui reste largement théorique. En réalité, la sous-traitance au privé offre une réelle prise à la corruption, tant au niveau de l'attribution des marchés qu'au niveau de la prestation de services. Selon un rapport commandé par le gouvernement indien, les hôpitaux privés sous contrat et subventionnés par l'État pour prendre en charge gratuitement les patients démunis étaient incapables de remplir leur mission (Qureshi, A.S., 2001)<sup>1</sup>. Enfin, le secteur privé peut accroître les inégalités. Il favorise en effet les personnes capables d'assumer financièrement le coût de leurs traitements. L'exclusion de patients disposant de faibles revenus par les prestataires privés a été constatée en Afrique du Sud et au

Paraguay. Plusieurs études suggèrent que les processus de privatisation des services publics de santé ont accentué les inégalités en matière de répartition des services dans des pays comme la Tanzanie et le Chili. En Chine, le lien entre le mouvement de privatisation et l'augmentation des dépenses directes a été statistiquement établi (Basu *et alii*, 2012).

### ATTEINDRE L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUTES ET TOUS

Le secteur privé à but lucratif joue un rôle majeur dans certains aspects des systèmes de santé – notamment la fabrication et la distribution de fournitures médicales et de médicaments à des prix abordables. Toutefois, son rôle et sa potentielle valeur ajoutée restent encore à clarifier lorsqu'il s'agit de l'offre de services de santé destinés aux plus démunis. Le secteur privé génère de sérieuses défaillances de marché qui constituent un obstacle considérable de plus à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé. Pour autant, la démonstration des performances médiocres du secteur privé ne devrait pas servir à minimiser les problèmes des systèmes publics de santé dans les pays en développement. Ils existent réellement et, pour s'y attaquer, il faut mobiliser des ressources et assurer un leadership compétent. Les recherches sur les pays à revenus intermédiaires et élevés les plus performants – comme la Thaïlande – montrent que peu de progrès seront réalisés en matière de couverture universelle des soins de santé tant que les meilleures compétences et de réelles ressources ne seront pas consacrées à faire du secteur public le principal prestataire de soins. Donner aux patients la possibilité d'accéder à des services publics gratuits et de qualité est aussi une manière de réguler efficacement le secteur privé ; il n'a alors pas d'autre choix que d'améliorer ses prestations et de proposer des services encore meilleurs pour attirer les patients qui payent eux-mêmes leurs soins. ●

<sup>1</sup> Selon l'étude entreprise par Justice Qureshi, les groupes hospitaliers privés en Inde sont des « planches à billets ».

RÉFÉRENCES / Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., Stuckler, D., 2012. *Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-income Countries: A Systematic Review*. // Bhushan, I., Bloom, E., Clingingsmith, D., Hong, R., King, E., Kremer, M. et alii, 2007. *Contracting for health: evidence from Cambodia*. Document de travail. Harvard University. // De Costa, A., Diwan, V.K., 2007. *Where is the public sector? Public and private healthcare provision in Madhya Pradesh, India*. Politique en matière de santé. // De Groot, T., De Paepe, P., Unger J.P., 2005. *Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world*. *International Journal of Health Services*. // Gwatkin, D.R., 2000. *Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do?* *Bull World Health Organ* 78, cité par Basu et al. 2012. // Harding, A., 2011. *Oxfam - this is not how to help the poor*. Publié sur le blog de Global Development. // Huong, D.B., Phuong, N.K. et al., 2007. *Rural health care in Vietnam and China: conflict between market reforms and social need*. *International Journal of Health Services*. // Lister, J., 2011. *Lesotho hospital public private partnership: new model or false start?* Publié sur le blog Global Health Check d'Oxfam le 16 décembre 2011. // Makuch, M.Y., Petta, C.A., Osis, M.J., Bahamondes, L., 2010. *Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study*. // Marriott, A., 2009. *Optimisme aveugle : une remise en question des mythes concernant les soins de santé privés dans les pays pauvres* Document d'information 125, Oxfam International. // McIntyre, D., Thiede, M., 2004. *Health care financing and expenditure*. // Murray, S.F., 2000. *Relations between private health insurance and high rates of Caesarean section in Chile: a quantitative and qualitative study*, in *British Medical Journal*, 16 décembre 2000. // Organisation mondiale de la santé, 2010. *Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle, Rapport sur la santé dans le monde*, Genève. // Qureshi, A.S., 2001. *High Level Committee for Hospitals in Delhi, New Delhi: Rapport du gouvernement de Delhi non publié*. // SFI, 2008. *Investir dans la santé en Afrique. Le secteur privé : un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations*. Washington. Groupe de la Banque mondiale. // Société financière internationale, Banque mondiale, 2011. *Healthy Partnerships: How governments can engage with the private sector to improve health in Africa*. Washington, DC. Groupe de la Banque mondiale. // Wibulpolprasert, S., Pengpaibon, P., 2003. *Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience*. *Human Resources for Health*.