

Optimisme aveugle

Une remise en question des mythes concernant les soins de santé privés dans les pays pauvres

Pour des millions de personnes vivant dans les pays pauvres, l'accès universel et équitable aux soins de santé dépend d'une augmentation massive des services médicaux. A cette fin, un nombre croissant de donateurs internationaux promeuvent l'expansion du secteur privé. Les soins de santé prodigués par ce dernier ont un rôle à jouer, mais ce rapport montre le besoin urgent de réexaminer les arguments utilisés en faveur du développement du secteur privé dans les pays pauvres. Il démontre que donner la priorité au secteur privé ne permet pas de répondre aux besoins des plus démunis en matière de santé. Les gouvernements et les pays donateurs doivent renforcer les capacités de l'Etat à promouvoir une expansion rapide des soins de santé publics et gratuits, un moyen efficace pour sauver des millions de vies dans le monde.

Résumé

Les enjeux ne pourraient être plus élevés. Chaque minute, une femme meurt en couches ou au cours de sa grossesse, faute de soins médicaux de base. Chaque heure, trois cents personnes décèdent de maladies liées au Sida et chaque jour, cinq mille enfants meurent de pneumonie. Le monde est bien loin d'avoir atteint les visées sanitaires des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), approuvés partout dans le monde. Une expansion considérable des services de santé est nécessaire pour que tous puissent avoir accès aux soins de santé de manière équitable. Échouer dans cette entreprise signifierait vouer des centaines de millions de personnes à une mort précoce et à une vie brisée par la maladie. La question est de savoir comment mener à bien un déploiement de cette envergure.

Pendant plus de vingt ans, la Banque mondiale a préconisé une solution fondée sur l'investissement et la croissance du secteur privé de la santé. Critiquant l'échec des services de santé publique dans les pays pauvres – échec dans lequel les réductions d'investissement et autres restructurations massives exigées par la Banque elle-même ont joué un rôle significatif – l'argument était que le secteur privé pourrait faire mieux. Bien que ces dernières années, la Banque mondiale ait reconnu le rôle clé du gouvernement dans les soins de santé, elle voit plutôt son rôle comme celui d'un administrateur et non comme celui d'un prestataire de services.

Malgré la faible performance des solutions proposées par le secteur privé, on a pu observer au cours de ces derniers mois une augmentation notable des efforts déployés par un certain nombre de donateurs et d'organismes influents pour encourager et financer son développement. L'idée est que ceux qui peuvent se le permettre devraient s'adresser au secteur privé pour leurs soins de santé, tandis que les gouvernements devraient négocier avec ce dernier pour en faire bénéficier ceux qui n'en n'ont pas les moyens. Cette approche est considérée non seulement comme « allant de soi », mais comme un facteur essentiel pour aller de l'avant et sauver la vie des plus démunis.

Ce document examine les arguments avancés par ceux qui estiment que le développement des services de santé privés à but lucratif représente le plus court chemin vers la santé pour tous. Ces arguments se révèlent bien maigres car bien au contraire, il devient de plus en plus évident que de graves manquements inhérents à l'offre privée font de cette dernière une solution à la fois très risquée et très coûteuse. Trop souvent, ces risques ne sont pas pris en compte.

Dans le même temps, la recherche internationale réaffirme au travers d'une littérature de plus en plus abondante que, malgré les problèmes très sérieux rencontrés dans de nombreux pays, les services financés et fournis par l'Etat continuent de représenter le système de santé le plus performant et le plus équitable. Aucun pays d'Asie à faibles ou moyens revenus n'est parvenu à proposer un accès universel ou quasi universel aux soins de santé sans compter uniquement, ou principalement, sur une offre de services publics financée par les impôts. L'augmentation de l'offre publique a entraîné d'énormes progrès en dépit de la faiblesse des revenus. Une femme du Sri Lanka, par exemple, peut s'attendre aujourd'hui à vivre aussi longtemps qu'une femme allemande, malgré un revenu dix fois inférieur. Si elle enfante, elle a 96 pour cent de chances d'être assistée par du personnel de santé qualifié.

Les six arguments les plus courants en faveur de soins de santé privés sont examinés dans le présent document.

Le premier argument établit que le secteur privé est déjà un important fournisseur de services dans les pays les plus pauvres et qu'il doit donc se retrouver au cœur de toute stratégie de croissance. Un rapport récent de la Société financière internationale (SFI), la section de la Banque mondiale dédiée à l'investissement privé, affirme que plus de la moitié des soins de santé prestés en Afrique sont assurés par le secteur privé. En fait, suivant l'analyse qu'elle a fait des données utilisées par la SFI, Oxfam a établi que les petites boutiques qui vendent des médicaments dont la qualité est inconnue représentent près de 40 pour cent de cette offre privée. Si ces points de vente sont éliminés des données et que seules les cliniques pourvues en personnel de santé qualifié – la seule définition possible des « services de santé » – sont prises en compte, la contribution du secteur privé chute de manière spectaculaire, en particulier pour les pauvres. Des données comparables provenant de quinze pays d'Afrique sub-saharienne révèlent que moins d'un pour cent des personnes les plus pauvres et en attente de soins ont effectivement vu un médecin privé.

Même si le secteur privé procure un nombre important de services, il ne rectifie pas le déséquilibre des soins de santé. En Inde, quatre-vingt deux pour cent des soins ambulatoires sont assurés par le secteur privé. Le nombre d'hôpitaux privés de première classe croît de plus en plus rapidement. Pourtant, dans l'Inde tout entière, ce même système prive la moitié des mères d'assistance médicale au cours de l'accouchement. La réalité, c'est que la plupart des gens dans les pays pauvres n'ont accès à aucun soin médical. Plus de la moitié des enfants les plus pauvres d'Afrique ne reçoivent aucune aide lorsqu'ils sont malades.

Interpréter à contresens le statu quo marqué par l'échec de la santé – dans lequel le privé, dans certains cas, joue un rôle important – et le prendre pour un indicateur de la manière dont le développement de ce secteur devrait être organisé n'a aucun sens. C'est comme si, en considérant le nombre de plus en plus important de gardes du corps privés et armés présents dans les États défailants, on en concluait que c'est le secteur privé qui est le mieux placé pour prendre en charge la police nationale. L'évaluation du secteur privé doit se faire sur la base de ses propres mérites et en les comparant à ceux du secteur public – et non parce que, dans certains cas, il est actuellement un acteur important dans quelques pays pauvres.

Deuxièmement, on affirme que l'attrait du secteur privé est d'être capable d'investir régulièrement dans des systèmes de santé publique exsangues. Mais attirer des prestataires privés dans de tels marchés à risques et à faible retour nécessite des subventions publiques conséquentes. En Afrique du Sud, la majorité des opérateurs de soins médicaux privés reçoivent du gouvernement, par le biais d'exonérations fiscales, des subventions plus importantes que ce qui est dépensé par personne dans les services de santé publics. De plus, dans de nombreux pays pauvres, les fournisseurs privés se disputent le petit nombre de travailleurs de santé qualifiés.

Troisièmement, on entend souvent que le secteur privé obtient de meilleurs résultats à moindre coût. En fait, la participation du secteur privé dans les soins de santé entraîne des dépenses supérieures (et non inférieures). Le Liban possède un des systèmes de santé les plus privatisés du monde en développement. Il consacre aux soins de santé plus de deux fois ce que dépense le Sri Lanka, mais sa mortalité infantile et maternelle est plus élevée (deux fois et demi et trois fois respectivement). Les coûts

augmentent car les prestataires privés recherchent les traitements lucratifs au lieu de répondre aux véritables besoins médicaux. Au Chili, le secteur privé a envahi le système de santé et le pays connaît par conséquent l'un des taux de naissance par césarienne les plus élevés et plus coûteux au monde alors que cette intervention n'est pas toujours nécessaire. En Chine, la commercialisation a conduit à une diminution des soins de santé préventifs car ils sont moins rentables: les vaccinations ont diminué de moitié dans les cinq ans qui ont suivi les réformes. Les taux de prévalence de la tuberculose (TB), de la rougeole et de la poliomyélite sont désormais en hausse et pourraient coûter des millions à l'économie, que ce soit en perte de productivité ou en traitements infructueux, sans compter les souffrances inutiles.

La difficulté de gérer et de réglementer les prestataires privés génère également des insuffisances, en particulier lorsque le gouvernement manque de détermination et qu'il y a trop peu de prestataires privés pour garantir une concurrence sur les prix. Au Cambodge, le faible nombre d'offres acceptables reçues pour un des plus importants contrats de sous-traitance des soins de santé jamais conclu signifie que dans de nombreux cas, les contrats ont été attribués sans mise en concurrence et qu'en définitive, la dimension globale de ce programme dut être réduite de 40 pour cent. Les coûts d'exploitation des prestataires privés n'étaient inférieurs que dans vingt pour cent des programmes pour lesquels des données sont disponibles. Même dans ce cas, la gestion des prestataires privés par le gouvernement n'est pas comptabilisée, alors qu'elle peut représenter jusqu'à 20 pour cent des dépenses sur les budgets de santé.

Quatrièmement, il n'existe aucune preuve de la supériorité du secteur privé en ce qui concerne la qualité des soins de santé. La Banque mondiale signale que les performances techniques du secteur privé sont généralement moins bonnes que celles du secteur public. Au Lesotho, seuls 37 pour cent des infections sexuellement transmissibles ont été traitées correctement par des prestataires privés sous contrat tandis que, respectivement, 57 et 96 pour cent l'étaient dans les « grands » et « petits » établissements de santé publique. Tous les jours, les manquements du secteur privé – majoritaire et non réglementé – mettent la vie de millions de personnes en danger.

Cinquièmement, plutôt que de viser les pauvres, l'offre privée accroît souvent les inégalités d'accès car elle favorise naturellement ceux qui ont les moyens de se faire soigner. Les données provenant de 44 pays à moyens et faibles revenus suggèrent qu'une participation accrue du secteur privé dans les soins de santé de base a pour corollaire une augmentation globale de l'exclusion dans ce domaine, et ce sont les femmes et les jeunes filles qui en souffrent le plus. Pour faire du bénéfice tout en aidant les plus démunis, la SFI recommande aux médecins de voir une centaine de patients par jour, soit un toutes les quatre minutes, alors que les patients qui en ont les moyens peuvent faire l'objet de beaucoup plus d'attention.

Enfin, il n'existe aucune preuve que les entreprises privées prestataires de soins de santé soient plus réactives ou moins corrompues que le secteur public. La régulation des prestataires privés est extrêmement difficile, même dans les pays riches. Aux États-Unis, la fraude à la santé coûte entre 12 et 23 milliards de dollars par an.

Le secteur privé ne fournit pas de solution aux problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé publique des pays pauvres. Il vaudrait mieux aborder ces problèmes de front car il a été prouvé que quand les

services de santé publique fonctionnent correctement, ils représentent la seule voie possible vers une santé équitable et accessible à tous. L'organisation et l'offre de services de santé mises en place avec beaucoup de conviction par les gouvernements du Botswana, de l'île Maurice, du Sri Lanka, de la Corée du Sud, de la Malaisie, de Barbade, du Costa Rica, de Cuba, d'Inde et de l'Etat du Kerala a permis de réduire la mortalité infantile de 40 à 70 pour cent en dix ans. Plus récemment, des pays tels que l'Ouganda et le Timor oriental ont réussi à répartir les diverses donations qui étaient à leur disposition en vue d'accroître massivement l'offre publique. En Ouganda, la proportion de personnes vivant à moins de 5 km d'un établissement de soins a augmenté, passant de 49 à 72 pour cent en cinq ans seulement. En seulement trois ans, le gouvernement du Timor oriental a augmenté la présence d'accoucheuses qualifiées de 26 à 41 pour cent.

L'offre publique est certainement inexistante ou en tout cas très faible dans de nombreux pays, mais ce problème n'est pas insoluble. L'offre publique des soins de santé n'est pas vouée à l'échec comme certains l'insinuent, mais son fonctionnement nécessite une volonté politique, des investissements adéquats, des politiques probantes et le soutien de la population. Lorsque ces conditions sont réunies, les systèmes de santé publique peuvent tirer avantage d'économies d'échelle, de systèmes de contrôle et d'amélioration de la qualité normalisés, et avant tout de leur légitimité et de leur habilité à redistribuer les ressources et à réduire les inégalités. Les politiques d'accès universel menées au Sri Lanka, en Malaisie et à Hong Kong profitent aux pauvres bien plus qu'aux riches. Les Etats indiens qui investissent davantage dans les services de santé publique ont mieux réussi à réduire les inégalités entre zones rurales et urbaines. En fait, dans une trentaine d'études de pays en développement examinées par le Fonds monétaire international (FMI), il est apparu que les dépenses de santé publique avaient permis de réduire les inégalités.

Les organisations de la société civile (OSC) doivent être considérées comme distinctes des acteurs du secteur privé car ces derniers ont un but lucratif. Les OSC ont un rôle clé à jouer pour aider à renforcer et à élargir des services de santé publique viables et responsables. En tant que prestataires de soins de santé, elles sont le dernier recours de millions de personnes dans de nombreux pays, et en particulier des populations les plus marginalisées et les plus stigmatisées qui soient. Parce qu'elles ne recherchent pas le profit, elles ne sont pas soumises à certaines des motivations critiquables des prestataires commerciaux. Mais les OSC ont également des contraintes de moyens et d'échelle et ne peuvent tendre la main à tous ceux qui nécessitent un traitement ou des soins – y compris les malades touchés par le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les OSC ne devraient jamais être qu'un complément à l'Etat, et non un substitut. C'est en collaborant avec le système public que leurs interventions se révèlent les plus efficaces, comme en Ouganda où le gouvernement travaille en partenariat avec les hôpitaux missionnaires. Les OSC jouent également un rôle essentiel en obligeant les gouvernements et les acteurs internationaux à rendre compte de leurs actes. En agissant de cette manière, elles exercent une pression politique sur les gouvernements afin que tout individu puisse bénéficier de soins de santé gratuits.

Les prestataires privés actuels doivent être intégrés aux systèmes de santé publics dans la mesure du possible, et, dans certains contextes, ce rôle pourrait même se développer. Toutefois, se tourner vers le secteur privé pour développer l'accès universel serait ignorer les risques importants et prouvés de cette approche et passer à côté de ce qui a bien fonctionné dans certains pays en développement. En particulier, dans la plupart des pays à

faibles revenus, les soins haut de gamme et très coûteux ne concernent aucunement la majorité des citoyens. La croissance du secteur privé peut avoir un effet direct sur les coûts de la santé publique et saper l'aide prodiguée à ceux qui en ont le plus besoin. Il est injustifiable de le subventionner au moyen des deniers publics ou de l'argent de l'aide.

Dans le même temps, les gouvernements doivent faire un effort pour améliorer les normes des innombrables prestataires de soins de santé officieux du secteur privé en proposant notamment des formations et en éduquant le public. Mais la tâche est énorme, et l'expérience des pays qui ont obtenu un certain succès donne à penser que la meilleure manière de réguler ce domaine est d'investir dans l'expansion de l'offre publique en encourageant la compétition pour améliorer la qualité des soins. Dans l'état indien du Kerala, la qualité des hôpitaux publics, bien que loin d'être parfaite, apparaît néanmoins comme le critère de référence des services de santé fournis par le secteur privé. Toute tentative directe visant à améliorer les performances de la multitude de prestataires officieux devrait donc toujours venir s'ajouter à la stratégie – durable et à plus long terme – qui permet l'expansion et le renforcement du système de santé publique comme prestataire principal.

Les éléments disponibles actuellement ne devraient pas masquer l'ampleur du défi auquel sont confrontés les systèmes de santé publique, ni donner à penser que le secteur privé n'a aucun rôle à jouer. Ce dernier continuera d'exister sous des formes multiples et impliquera des coûts qu'il faudra supprimer ou contrôler aussi bien que des avantages potentiels qui doivent être mieux interprétés et sur lesquels il est nécessaire de capitaliser. Mais ce qui est incontestable, c'est que si l'on désire que les soins de santé soient équitables et ouverts à tous, le secteur public doit devenir le prestataire principal. Les gouvernements et les donateurs des pays riches doivent agir maintenant pour amorcer un réel changement et instaurer le plus rapidement possible un système de santé publique qui soit gratuit pour tous.

Recommandations

Aux donateurs

- Accroître rapidement l'aide en faveur de l'expansion des soins de santé publics, gratuits et pour tous, dans les pays à faibles revenus, y compris par le biais du Partenariat international pour la santé. Veiller à ce que l'aide soit fournie de manière coordonnée, prévisible et sur le long terme et, si possible, en tant qu'appui budgétaire au secteur de la santé ou général.
- Soutenir la recherche sur les méthodes fructueuses en faveur d'une augmentation de l'offre publique de soins et partager ces enseignements avec les gouvernements.
- Examiner toutes les données et les risques encourus au lieu de dévier l'argent de l'aide pour promouvoir des politiques risquées et infondées qui se basent sur l'introduction de réformes économiques dans le système de santé publique et sur l'augmentation de l'offre privée.
- Encourager les gouvernements des pays en développement à renforcer leur capacité de réguler les prestataires de soins de santé privés existants.

Aux gouvernements des pays en développement

- Résister à la pression des donateurs qui désirent mettre en œuvre des réformes économiques infondées et irréalisables dans les systèmes de santé publics et élargir l'offre du secteur privé.
- Placer les ressources et les compétences dans des stratégies probantes afin d'élargir l'offre publique des services primaires et secondaires tout en veillant à dépenser un minimum de 15 pour cent des budgets gouvernementaux dans le secteur de la santé. Supprimer également la participation financière des utilisateurs.
- Assurer la représentation des citoyens et leur rôle de surveillance en matière de planification, de processus budgétaires et de contrôle de l'offre publique en matière de soins de santé.
- Travailler en collaboration avec la société civile afin d'optimiser l'accès aux soins de santé publique et améliorer la qualité de ces derniers.
- S'efforcer de réguler les prestataires de soins de santé privés dont les buts sont commerciaux afin que leur contribution soit positive et de limiter les risques qu'ils posent pour la santé publique.
- Exclure les soins de santé des accords commerciaux ou sur l'investissement, qu'ils soient bilatéraux, régionaux ou internationaux, y compris les négociations de l'Accord général sur le commerce et les services de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC).

A la société civile

- Demander des comptes à leurs gouvernements en agissant de concert pour suivre les politiques de développement, surveiller les dépenses de santé ainsi que la prestation de services et dénoncer la corruption.
- Résister aux pressions exercées en vue de commercialiser les interventions médicales et inviter les pays riches donateurs ainsi que les gouvernements à accroître les services de santé publique universels.
- Assurer que les services de santé procurés par les OSC complètent et encouragent l'expansion des systèmes de santé publics, en signant notamment le « Code de conduite des ONG pour le renforcement des systèmes de santé ».

1. Introduction

Les enjeux ne pourraient être plus élevés. Chaque minute une femme meurt en couches ou au cours de sa grossesse, faute de soins médicaux de base. Chaque heure, trois cents personnes décèdent de maladies liées au Sida, et chaque jour cinq mille enfants meurent de pneumonie. Il est absolument scandaleux de constater qu'aujourd'hui, dans certains pays, on trouve moins d'enfants vaccinés et plus de mères en train de mourir qu'à l'époque où les OMD furent fixés, il y a huit ans. Il est généralement admis que cette régression ne pourra s'inverser que grâce à une extension considérable des services de santé dans les pays pauvres: par contre, aucun consensus n'a été trouvé sur la façon d'atteindre cet objectif.

Depuis plus de vingt ans, la Banque mondiale, de même que d'autres organismes internationaux, dénoncent l'échec de la santé publique dans les pays en développement et favorisent les prestataires de soins de santé privés car ils les voient comme une alternative viable à laquelle il convient de donner la préférence. En mettant à disposition des pays pauvres certaines conditions de prêt, la Banque mondiale a insisté pour que de vastes changements soient entrepris dans les systèmes de santé en demandant notamment une participation financière aux patients, ce qui est toujours le cas dans la plupart des pays pauvres. Le Rapport mondial sur le développement 2004, « Making Services Work for Poor People » (Des services publics performants pour les populations pauvres), a bien défini cette approche: les gouvernements devraient encourager les prestataires de soins de santé privés à servir ceux qui peuvent se le permettre et demander par contrat aux prestataires privés, commerciaux ou non, de soigner au nom du gouvernement ceux qui n'en n'ont pas les moyens.¹

Cette approche, qui est également de plus en plus populaire dans de nombreux pays de l'OCDE, est connue sous le nom de « Nouveau management public » (NMP) et tente d'introduire un comportement de marché dans les services publics. Elle transforme le rôle du gouvernement en le faisant passer de celui de fournisseur à celui de régulateur et de commanditaire de services.² La santé devient une marchandise à payer, idéalement par les citoyens eux-mêmes, et le marché contribue à rationaliser les services. La concurrence que se font les prestataires de soins pour décrocher des contrats gouvernementaux et les avantages financiers qui dérivent des clients payants sont censés accroître l'efficacité, la qualité et l'accès aux soins.

Aujourd'hui, aux côtés de la Banque mondiale, un nombre croissant d'organisations donatrices parlent de la nécessité d'inviter le secteur privé dans leurs politiques de santé respectives. L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Département du développement international au Royaume-Uni (DFID) et la

Banque asiatique de développement vont encore plus loin et ont suivi l'exemple de la Banque mondiale en dépensant des millions de dollars pour financer de vastes programmes destinés à engager des prestataires privés dans des pays comme l'Afghanistan, le Bangladesh et le Cambodge.

Au cours des dix-huit derniers mois, les donateurs se sont particulièrement engagés en faveur du secteur privé de la santé dans les pays pauvres. En 2007, la SFI, la section de la Banque mondiale dédiée à l'investissement du secteur privé, a publié un rapport établi par McKinsey & Co et parrainé par la Fondation Bill et Melinda Gates. Le rapport, « Investir dans la santé en Afrique: le secteur privé, un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations »³, annonçait que la SFI allait rassembler 1 milliard de dollars par le biais de prêts et d'investissements en actions pour financer la croissance de la participation du secteur privé des soins de santé en Afrique subsaharienne.

La stratégie 2007 du secteur de la santé, de la nutrition et de la population (HNP) de la Banque mondiale s'engage à travailler en étroite collaboration avec la SFI afin d'améliorer les conditions des partenariats public-privé en matière de santé.⁴ Plus récemment, la Banque mondiale et d'autres donateurs ont proposé un « Fonds pour des médicaments antipaludéens à des prix abordables » (AMFm) afin de pouvoir distribuer des médicaments contre le paludisme en subventionnant des prestataires privés (voir encadré 5). Le gouvernement britannique a déjà annoncé une contribution de 40 millions de livres sterling pour aider à son financement.

Ces efforts considérables destinés à favoriser les solutions du secteur privé forment un contraste frappant avec les promesses non tenues de la Banque mondiale à se donner les moyens d'encourager l'élargissement de l'offre publique de soins de santé. On peut douter de l'allégation de la Banque selon laquelle elle ne ferait aucune différence entre les divers prestataires. En dépit des succès enregistrés par l'offre publique directe, la Banque ne considère en fait cette dernière que comme une des options possibles parmi les six modèles de prestations de santé qu'elle a définis dans son Rapport mondial sur le développement de 2004. Elle ne conçoit même pas que les prestataires publics puissent présenter un avantage particulier sur les prestataires privés et manifestement, elle ne développe pas suffisamment cette option.⁵

Dans le même temps, les puissantes sociétés du secteur privé de la santé⁶ ont affirmé une présence croissante dans les politiques sanitaires nationales et internationales (notamment dans le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination), ce qui témoigne d'un conflit d'intérêts structurel que la plupart des agences de développement officielles semblent vouloir ignorer.⁷ Les pays riches encouragent également la commercialisation et la privatisation

des services de santé dans les négociations de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) et dans un ensemble impressionnant d'accords commerciaux bilatéraux.⁸ Ces accords ont le pouvoir d'acculer les pays concernés de telle manière que le secteur privé –qui lui, recherche le profit – est en mesure d'accuser les services de santé gouvernementaux de concurrence déloyale.⁹

Ces tendances justifient de réexaminer rapidement les arguments et les certitudes concernant l'engagement du secteur privé dans les systèmes de santé des pays pauvres et leur influence dans la réalisation de cet objectif majeur que représente l'accès universel et équitable. Oxfam a récemment examiné un certain nombre d'éléments probants concernant le financement privé des soins de santé dans un document sur l'assurance-maladie publié en collaboration avec d'autres organisations.¹⁰ Ce document met l'accent sur le rôle du secteur privé dans la prestation des soins de santé.

Ce document évalue les allégations faites en faveur de l'augmentation de l'offre privée en matière de soins de santé dans les pays pauvres. Il se concentre principalement sur le secteur privé et commercial, officiel et parallèle, qui opère indépendamment des gouvernements mais agit sous contrat pour ces derniers. Il examine aussi brièvement les performances des prestataires de la société civile. Le document passe ensuite en revue les possibilités d'expansion de l'offre publique qui cherche à atteindre l'accès universel et équitable. Il arrive à la conclusion que les donateurs devraient réévaluer leur soutien aux solutions du secteur privé et se consacrer beaucoup plus à faire fonctionner le secteur public – si l'objectif demeure la santé pour tous.

Encadré 1: En quoi consiste le secteur privé des soins de santé?

Dans les pays pauvres, le secteur privé des soins de santé est à la fois divers et fragmenté et comprend des prestataires commerciaux et non commerciaux, reconnus et non reconnus. Sa composition est fortement influencée par les facteurs politiques, historiques et économiques et varie ainsi de pays à pays.

Les prestataires officiels et commerciaux comprennent des sociétés et des entreprises nationales et multinationales ainsi que des personnes privées et qualifiées qui exploitent un certain nombre de grandes et de petites infrastructures de soins de santé et de pharmacies à des fins commerciales. Ces prestataires sont enregistrés légalement et reconnus par les gouvernements.

Les prestataires non officiels et commerciaux ne sont ni enregistrés, ni réglementés. Ils sont généralement de petite envergure et incluent un large éventail d'individus et d'initiatives, notamment des guérisseurs traditionnels, des sages-femmes et des préposés aux injections ainsi que des magasins et de petites échoppes où se vendent des médicaments. Dans de nombreux pays à faibles revenus, on a constaté une augmentation rapide du nombre de personnes non qualifiées qui se font passer pour des professionnels de la santé afin de répondre à la demande croissante d'une médecine moderne.

Les prestataires non commerciaux comprennent des organismes confessionnels, des œuvres de bienfaisance, des entreprises sociales et d'autres organisations non gouvernementales qui offrent un large éventail de services de santé. Leurs activités peuvent être reconnues ou non, réglementées ou non réglementées. Bien que n'étant pas motivées par le profit, de nombreuses organisations essaient quand même de récupérer les coûts des services fournis. Dans ce rapport, ils seront dénommés « prestataires de la société civile ».

Les prestataires privés et ceux de la société civile opèrent à l'extérieur du système de santé publique mais ils sont de plus en plus souvent recrutés par l'État pour fournir des services en son nom. Cette situation fait partie d'une tendance plus large qui implique l'introduction des principes du marché dans les services de santé et qui pousse à considérer les gouvernements comme acquéreurs, régulateurs et « administrateurs » de systèmes de santé publics plutôt que comme prestataires directs.

2. Arguments en faveur d'une expansion de l'offre de soins de santé par le secteur privé

Dans les pays à faibles revenus, la Banque mondiale et les autres donateurs ne cessent de promouvoir depuis plus de vingt ans les avantages du secteur privé de la santé, mais ils n'ont produit que très peu de preuves pour appuyer cette orientation. Le récent rapport de la SFI affirme que le secteur privé peut contribuer à améliorer la portée, l'ampleur, la qualité et l'efficacité des prestations de santé en Afrique, mais elle admet néanmoins que les preuves en faveur de cette approche sont peu abondantes et qu'un très petit nombre seulement des méthodes testées ont été évaluées scientifiquement et reproduites à plus grande échelle.¹¹

Les six arguments principaux plaidant en faveur de l'offre privée sont les suivants :

1. le secteur privé est actuellement le prestataire principal dans de nombreux pays et il devrait donc se trouver au cœur de l'expansion;
2. une offre privée plus étendue peut aider le gouvernement à alléger le fardeau de la santé publique;
3. l'offre privée est plus efficace;
4. l'offre privée est plus efficace et de meilleure qualité;
5. l'offre privée est en mesure d'atteindre les plus pauvres;
6. l'offre privée peut développer la responsabilisation grâce à la concurrence.

Argument n°1: « Le secteur privé est le prestataire principal et devrait donc se trouver au cœur de l'extension des soins de santé »

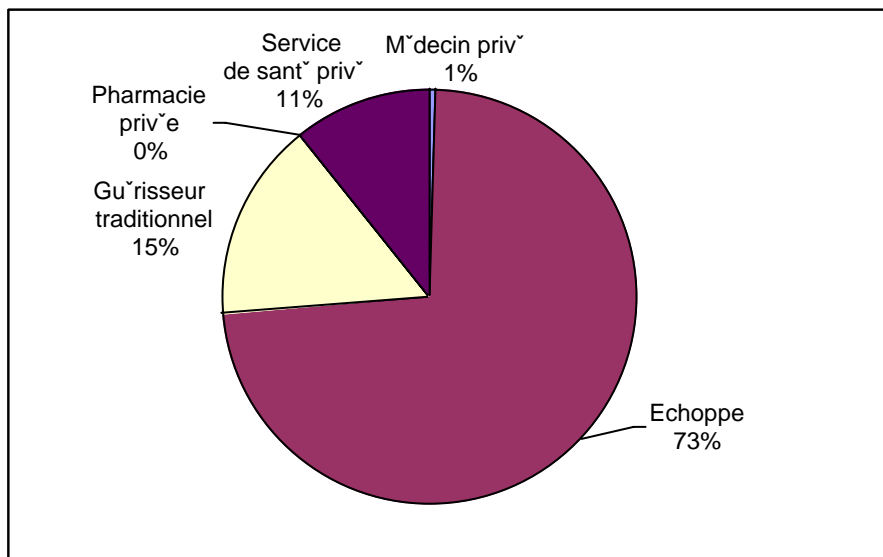
« Aujourd'hui, une femme pauvre qui vit en Afrique a autant de chances d'emmener son enfant malade dans un hôpital privé que dans un établissement public. » Le vice-président exécutif et directeur général de la SFI

« Quand les pauvres ne peuvent pas être soignés gratuitement, ils ne vont pas dans des cliniques privées, ils vont dans la brousse chercher des herbes. »
Un haut fonctionnaire du ministère de la Santé au Malawi

L'un des arguments les plus courants utilisés par les défenseurs du déploiement du secteur privé dans les pays pauvres est qu'il joue déjà un rôle majeur dans l'offre de soins de santé et que les pauvres l'utilisent déjà. Le récent rapport de la SFI affirme qu'« en Afrique, près des deux tiers des dépenses totales de santé et près de la moitié des soins sont fournis par le secteur privé ».¹² L'argument veut que, le secteur privé étant déjà un acteur important dans les soins de santé, « il va de soi » qu'il faut promouvoir son expansion pour répondre aux besoins des pauvres.

Selon Oxfam, une analyse attentive des données utilisées par la SFI révèle que près de 40 pour cent de ce que cette dernière identifie comme étant la « prestation privée » ne sont en fait que de petites boutiques vendant des médicaments de qualité inconnue.¹³ Dans certains pays comme le Malawi, ces échoppes représentent plus de 70 pour cent des prestataires privés (voir figure 1). Les faits montrent qu'en Inde également, ce sont principalement les femmes pauvres qui vont voir ces commerçants sans qualification dans le but de s'informer et d'acheter des médicaments.¹⁴ Dans les pays riches, nous ne nous attendrions pas à ce qu'une femme emmène son enfant malade au magasin derrière le coin pour obtenir un diagnostic et l'y faire soigner et pourtant, c'est la seule expérience que la plupart des pauvres ont du secteur privé. Si l'on élimine ces boutiques des données de l'enquête et que l'on ne prend en compte que les cliniques pourvues en personnel qualifié, la seule définition possible des « services de santé », le pourcentage de services fournis par le secteur privé diminue de façon spectaculaire. Des données comparables provenant de quinze pays d'Afrique subsaharienne révèlent qu'un pour cent à peine des personnes pauvres en attente de soins ont effectivement vu un médecin privé.¹⁵

Graphique 1 Prestataires de soins de santé du secteur privé pour le cinquième de la population la plus pauvre du Malawi



Référence: diagramme Oxfam créé à l'aide de données provenant de l'enquête démographique et de santé du Malawi 2006¹⁶

Sauver la vie de femmes enceintes est une activité qui, pour beaucoup, devrait être au cœur de toute stratégie d'expansion et qui nécessite bien plus que le simple avis d'un commerçant: des sages-femmes et des médecins.¹⁷ D'ailleurs, quand la Banque mondiale analyse quelles solutions les femmes choisissent pour donner naissance, elle découvre que les services publics sont en général bien plus performants que le secteur privé – que les femmes soient riches ou pauvres.¹⁸ En Inde, 74 pour cent des femmes qui sollicitent des soins prénataux comptent sur leur système de santé publique pourtant atteint d'un sous-financement chronique.¹⁹

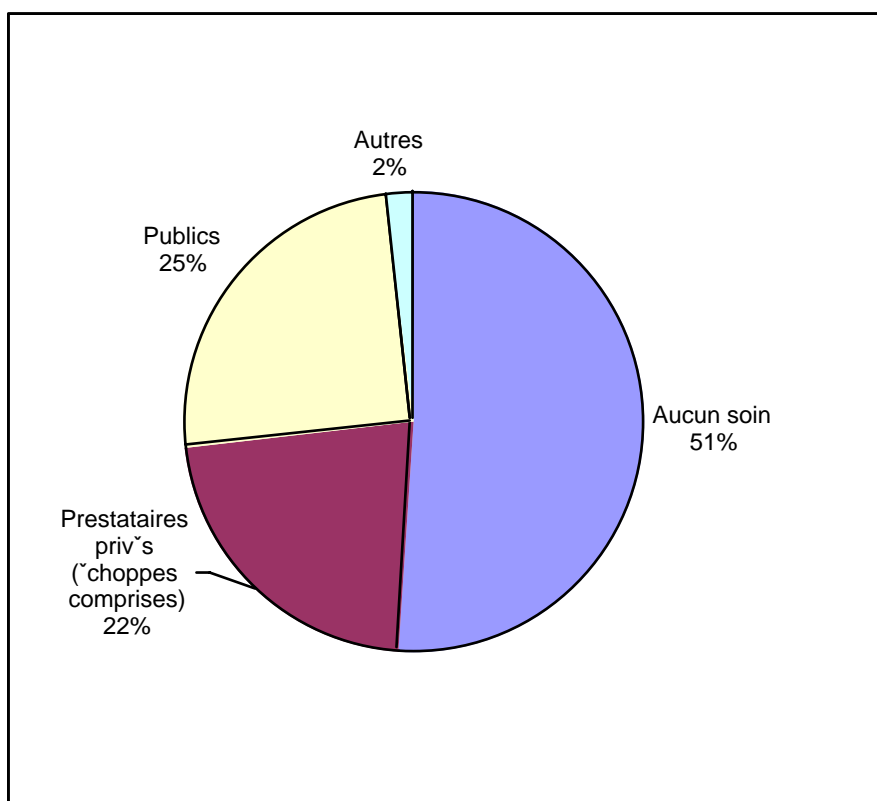
Il faudra bien plus que de petites échoppes pour toucher les 10 millions de personnes qui n'ont pas accès aux médicaments anti-VIH et pour répondre au fardeau de plus en plus considérable que représentent des maladies chroniques telles que le diabète, le cancer et les maladies cardio-vasculaires, responsables actuellement de 60 pour cent des décès dans le monde. Ces affections nécessitent la fréquentation régulière de services de santé performants qui disposent de médicaments efficaces à des prix abordables et de personnel qualifié, et qui ont la faculté de pouvoir suivre et traiter leurs patients de manière continue.

En outre, la proportion de soins fournis par le secteur privé ne nous dit pas si le « droit à la santé » est en train de se réaliser. Par exemple, la SFI déclare qu'en Inde, le système de santé est financé par le secteur privé.²⁰ Ce dernier fournit 82 pour cent des soins ambulatoires.²¹ Il est vrai qu'en Inde, le nombre d'hôpitaux privés de première classe augmente de jour en jour et que le tourisme de la santé est appelé à devenir un marché représentant des milliards de dollars d'ici 2012.²² Cependant, ce même système prive cinquante

pour cent des femmes de toute assistance médicale pendant l'accouchement.

L'Organisation panaméricaine de la santé a estimé que 47 pour cent de la population latino-américaine est exclue des services nécessaires.²³ Le graphique 2 expose les données de 26 pays d'Afrique sub-saharienne: plus de la moitié des enfants les plus pauvres ne bénéficient d'aucun soin lorsqu'ils sont malades.

Graphique 2 Recours aux prestataires de soins de santé pour le cinquième de la population la plus pauvre de l'Afrique sub-saharienne en cas de maladie d'un enfant



Référence: diagramme Oxfam créé à l'aide de données provenant de l'enquête démographique et de santé de 26 pays d'Afrique sub-saharienne (1990-2001)²⁴

Une expansion massive de l'offre de soins de santé est nécessaire et *a priori*, il n'y a aucune raison pour que le secteur privé continue à proposer la même quantité de services ou étende son offre. En fait, interpréter à contresens le statu quo marqué par l'échec de la santé – dans lequel le privé, dans certains cas, joue un rôle important – et le prendre pour un indicateur de la manière dont le développement de ce secteur devrait être organisé n'a aucun sens. C'est comme si, en considérant le nombre de plus en plus important de gardes du corps privés et armés présents dans les États défailants on en concluait que c'est le secteur privé qui est le mieux placé pour prendre en charge la police nationale. L'évaluation du secteur privé doit se faire sur la base de ses propres mérites et en les comparant à ceux du secteur public – et non parce que, dans certains cas, il est actuellement un acteur important dans quelques pays pauvres.

Argument n°2: « Une offre privée plus étendue peut alléger le fardeau de la santé publique »

Un autre argument souvent utilisé en faveur d'une extension de l'offre privée est que cette dernière peut acheminer des capitaux et des compétences supplémentaires dont les pays à faibles revenus ont particulièrement besoin. Les prémisses des dernières présentations de la Banque mondiale et de la SFI²⁵ établissent que, même si elle peut compter sur la prévision de croissance de ses dépenses publiques et de son aide extérieure, l'Afrique sub-saharienne ne sera pas en mesure de financer les soins de santé de base pendant de nombreuses années. Le raisonnement se poursuit en établissant que le seul choix est de se tourner vers le secteur privé pour venir compléter le secteur public et le soulager d'une partie de son fardeau.

La manière dont les ressources sont actuellement allouées au secteur de la santé ne devrait pas être acceptée comme une fatalité. Le financement de la santé a augmenté au cours des dernières années et les choses ont beaucoup changé, mais il est nécessaire de faire pression sur les donateurs de l'aide et les gouvernements des pays en développement pour qu'ils en fassent encore plus pour atteindre les OMD et réaliser le droit à la santé.

Cela mis à part, il reste toujours la question de savoir si le secteur privé apporte effectivement des ressources supplémentaires – financières et humaines – pour être le complément des systèmes de santé publics et toucher les pauvres:

Quel argent?

Le financement du secteur privé commercial doit venir de quelque part. Ce secteur investit de l'argent pour faire de l'argent. L'offre de santé privée destinée aux pauvres n'est généralement pas rentable et nécessite habituellement une aide financière importante de la part des gouvernements. Cet état de choses est encouragé par la SFI: elle préconise que les gouvernements et les donateurs affectent une proportion plus élevée de leurs subsides au financement d'entreprises du secteur privé de la santé.²⁶ La Banque mondiale a également demandé aux donateurs de subventionner le secteur privé à hauteur d'un milliard de dollars afin de pouvoir réduire le prix des médicaments contre le paludisme dans les pays pauvres (voir encadré 5). Sans une augmentation globale de l'aide, augmenter la proportion des ressources du secteur privé ne peut se faire sans réduire celles qui sont disponibles pour le secteur public.

Les gouvernements des pays en développement sont souvent encouragés à proposer des subventions et des allègements fiscaux aux prestataires privés dans le but de rendre le marché de la santé plus attirant alors que le marchéage de ce dernier est risqué et ne produit qu'un faible rendement.²⁷ Les coûts que ces décisions imposent aux finances publiques peuvent être substantiels. En

Afrique du Sud, la majorité des opérateurs privés reçoivent, par le biais d'exonérations fiscales, des subventions gouvernementales plus élevées que ce qui est dépensé par personne dans le secteur public.²⁸

²⁹ Une autre stratégie communément utilisée pour encourager la fourniture de soins de santé privés est d'encourager et même de forcer les plus riches à choisir une caisse privée et à s'assurer en dehors du système public. Mais quand les riches délaissent les systèmes de santé publics pour choisir une caisse privée, ils privent les gouvernements de ressources destinées à la santé. Ces gouvernements doivent alors puiser dans leurs maigres fonds pour soigner ceux qui sont les plus coûteux à atteindre et qui souffrent le plus. L'exemple du Chili a montré que l'introduction de cette option a réduit l'efficacité et détérioré l'équité de tout le système de santé.³⁰

Quels travailleurs de santé?

« Après avoir payé l'électricité et l'eau et m'être acheté à manger, il ne me reste plus rien. Je n'arrive pas à survivre rien qu'avec mon salaire. Je fais donc des gardes comme suppléant dans un hôpital privé à Lilongwe, mais ce n'est pas très agréable. Nos moyens de survie sont en train de détruire le système. » Dr. Matias Joshua, Hôpital de district de Dowa (Malawi).

Il n'y a pas que l'argent que le secteur privé se dispute et qui soit une ressource limitée. Les systèmes de santé sont composés d'êtres humains: des professionnels qui ont les compétences et la formation nécessaires pour gérer, organiser et offrir des services de santé – et il en manque déjà énormément. Le Rapport sur la santé mondiale 2006 ³¹ de l'Organisation Mondiale de la Santé constate une pénurie de 4,25 millions de médecins, d'infirmières et d'aides-soignants dans 57 pays. L'Afrique sub-saharienne est la région la plus touchée.

Affirmer que le secteur privé est en mesure de multiplier l'offre santé de tout un pays, c'est ignorer le fait que ce secteur n'amène généralement pas avec lui de personnel supplémentaire. Au contraire, comme le déclare la SFI elle-même, sa croissance rapide peut exacerber la pénurie de personnel médical qualifié en attirant ce dernier dans des activités commerciales mieux rémunérées.³² En Thaïlande, par exemple, les efforts déployés par le gouvernement pour remédier à la répartition inéquitable des travailleurs de santé ont conduit, au cours des années 1980, à une augmentation impressionnante du nombre de médecins en milieu rural, ces derniers passant de 300 à 1162 en six ans seulement.³³ Les réformes ultérieures soutenant l'investissement dans les hôpitaux privés ont inversé la tendance de manière spectaculaire en attirant le personnel dans les hôpitaux privés situés en zone urbaine. Les cliniques rurales publiques se sont retrouvées ensuite avec de très petites équipes pour traiter les patients les plus pauvres et les plus vulnérables de la société, ceux qui sont atteints des pires problèmes de santé. Les chiffres du ministère de la Santé publique illustrent ce point: la perte

nette de médecins du gouvernement a augmenté, passant de 8 pour cent en 1994 à 30 pour cent en 1997.

Cette concurrence – pour très peu d’argent et de personnel – montre que la croissance du secteur privé, loin d’alléger le fardeau du gouvernement, peut détourner les précieuses ressources publiques nécessaires pour fournir des soins de santé aux plus démunis.

Encadré 2. Incapacité du marché à fournir des soins de santé

La Banque mondiale a fait valoir que, tant que la concurrence instaurée dans les systèmes de santé sépare le rôle des acquéreurs de celui des fournisseurs, il n’était pas très important de savoir qui fournissait les services.³⁴ Mais l’introduction de mécanismes de marché dans les services publics ne fait pas l’unanimité et en fait, les avantages supposés de ce système sont très contestés, à la fois dans le monde développé et dans le monde en développement. Il est généralement admis, cependant, que les défaillances du marché inhérentes au commerce des soins de santé doivent être surmontées si l’on désire que ce dernier fonctionne.³⁵

Tout d’abord, la poursuite du profit signifie que les prestataires privés ne sont pas enclins à soigner ceux qui n’en ont pas les moyens.

Deuxièmement, les patients ne savent pas ce dont ils ont besoin et ne peuvent juger de la qualité des soins qui leur sont prodigués, de sorte qu’ils se fient aux prestataires pour ce qui est des diagnostics et des traitements. Ce mécanisme est connu sous le nom d’ « asymétrie de l’information » et se retrouve également sous différentes formes entre le gouvernement et les prestataires habilités. Il en résulte des incitations perverses à la surfacturation, au sous-traitement ou au sur-traitement et/ou à une qualité de soins inférieure, en particulier lorsque ces soins sont fournis dans le cadre d’un système qui demande une participation financière au patient.³⁶ Les pertes peuvent être importantes: le gouvernement des États-Unis a estimé que le total des sommes réclamées abusivement par Medicare à ses clients, notamment en ce qui concerne les prestations non hospitalières, étaient de l’ordre de 12 à 23 milliards de dollars par an, soit 7 à 14 pour cent du total des paiements.³⁷

Troisièmement, les citoyens en bonne santé avantagent la population dans son ensemble, au-delà de l’état de santé de chaque individu. Le fait de guérir une personne d’une maladie infectieuse comme la tuberculose avantage non seulement le patient lui-même, mais aussi tous ceux qui ont contracté la maladie – et par conséquent la société tout entière. Les marchés ne tiennent pas compte de cette plus-value, mais seulement de ce que l’individu lui-même représente. Cette situation peut conduire à un sous-investissement dans ces domaines, tout particulièrement en ce qui concerne les maladies répandues dans les pays pauvres où la majorité des gens sont incapables de payer.

Enfin, les citoyens et les gouvernements des pays pauvres n’ont pas toujours l’occasion de pouvoir choisir leur prestataire de santé. Dans de nombreux cas, ils peuvent déjà s’estimer heureux s’ils en ont un. Dans cette situation, la concurrence – qui pousse à toujours plus d’efficacité – est absente.

Historiquement, ces défaillances du marché expliquent en partie pourquoi les gouvernements du monde développé sont intervenus pour fournir des services de santé. La Banque mondiale, ainsi que d’autres intervenants, ne contestent pas ces défaillances du marché, mais ils pensent néanmoins

qu'elles peuvent être surmontées au moyen d'une régulation attentive – un résultat que même les pays les plus riches ont eu du mal à atteindre.

Argument n°3: « le secteur privé est plus efficace »

« Heureusement, la bonne nouvelle est que nous avons le meilleur système de santé au monde. Et nous devons faire en sorte que cela continue. Nous devons faire en sorte que cela continue en protégeant la puissance du marché privé, en résistant aux efforts de Washington pour que le gouvernement fédéral prenne en main le secteur de la santé. Vous voyez, nous n'y croyons pas. Moi, je n'y crois pas. Je crois que le meilleur système de santé est le système privé » Le président George W. Bush (28 janvier 2004).

« Il n'est pas normal que 46 millions d'Américains n'aient aucune couverture de santé. Dans un pays qui consacre plus d'argent à la santé que tout autre pays sur terre, ce n'est vraiment pas normal. » Barack Obama (à l'époque où il n'était encore que sénateur), « Le moment est venu pour une couverture de santé universelle », discours prononcé à la conférence organisée par « Families USA », le 17 janvier 2007.

La santé publique a longtemps été critiquée pour son inefficacité, due à la hiérarchisation de ses structures et à la bureaucratisation de son système et de ses procédés. L'offre privée est présentée comme une alternative plus efficace. Mais les tentatives destinées à faire travailler le secteur privé dans l'intérêt de tous sont-elles vraiment plus économiques que les prestations des gouvernements ?

En fait, dans de nombreux pays, la croissance du secteur privé de la santé a eu pour corollaire des coûts élevés et un faible rendement. La prolifération rapide du nombre d'établissements de santé privés en Chine depuis les années 1980 a conduit à une baisse importante de la productivité, à une hausse des prix et à une fréquentation réduite.³⁸ Le Liban possède l'un des systèmes de santé les plus privatisés du monde en développement. Il consacre à la santé plus de deux fois ce que dépense le Sri Lanka dans ce domaine, mais sa mortalité infantile est deux fois et demie plus élevée et sa mortalité maternelle trois fois.³⁹ La commercialisation du système de santé américain représente 15,2 pour cent du PIB tandis que de l'autre côté de la frontière, le système national de santé du Canada ne représente que 9,7 pour cent du PIB⁴⁰ ⁴¹, le taux de mortalité infantile et juvénile y est inférieur et les gens y vivent en moyenne deux ans de plus.⁴²

Les systèmes de santé fondés sur le marché sont conçus de manière à poursuivre les traitements les plus rentables plutôt que ceux dictés par la nécessité, ce qui explique en grande partie la hausse des coûts.⁴³ Le Chili, l'un des premiers pays en développement à avoir développé massivement la participation du secteur privé dans son système de soins de santé, a un des taux de naissance par césarienne les plus élevés au monde.⁴⁴ Les bénéfices supplémentaires générés

par la chirurgie et des taux d'occupation des lits plus élevés signifient qu'il y a quatre fois plus de chance que les césariennes soient pratiquées dans les établissements privés que dans les hôpitaux publics.⁴⁵ D'autre part, les avantages économiques des soins de prévention – des millions de dollars sont économisés en évitant des traitements et des soins inutiles - ne se traduisent pas par des profits et sont donc moins susceptibles d'être proposés par le secteur privé. En Chine, depuis l'introduction d'incitations commerciales dans le système de santé public, les établissements de santé ont détourné les ressources des services de prévention au profit d'activités génératrices de revenus.⁴⁶ Depuis, on remarque une augmentation importante des cas de rougeole, de poliomyélite et de tuberculose.⁴⁷

Les défenseurs du secteur privé soutiennent qu'en recourant aux services de ce dernier, les gouvernements peuvent gérer ces défaillances du marché et tirer parti de la concurrence du secteur pour faire baisser les coûts. Cette théorie se base sur plusieurs hypothèses :

1. un nombre suffisant de prestataires privés est en présence pour qu'une compétition prenne place;
2. les prestataires privés sont effectivement en mesure de fournir les mêmes services à un moindre coût;
3. les avantages nés de la séparation de l'acquéreur et du fournisseur et la mise en place de relations contractuelles l'emportent sur les coûts de transaction de leur mise en œuvre;
4. et enfin, les gouvernements ont les moyens de gérer les relations contractuelles avec le secteur privé et d'en tirer bénéfice.⁴⁸

Aucune preuve ne vient étayer l'une de ces quatre hypothèses.⁴⁹ ⁵⁰

Tout d'abord, il est difficile de générer une véritable concurrence dans les pays à faibles et moyens revenus car peu de fournisseurs privés peuvent y offrir des services de la portée et de l'envergure requises. Au cours de l'une des plus vastes expériences de partenariat qui ait jamais été tentée au Cambodge, le nombre d'offres acceptables sur le plan technique fut si peu élevé que, dans de nombreux cas, les contrats furent attribués sans mise en concurrence et la taille du projet pilote dut être réduite de 40 pour cent.⁵¹ En Afghanistan, des contrats sont décernés à travers tout le pays et là aussi, la concurrence est particulièrement faible.⁵² L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a conclu, se basant sur l'examen des nombreux documents qu'elle possède sur l'efficacité contractuelle, que « *les conditions nécessaires à la concurrence, et même la possibilité de contester quoi que ce*

soit, sont généralement absentes de la majorité des zones géographiques dans la plupart des pays à faibles et moyens revenus. »⁵³

Deuxièmement, l'analyse la plus récente des contrats de santé montre que seules cinq études ont tenté de comparer les coûts de fonctionnement entre fournisseurs publics et privés. Deux de ces études – elles concernaient le Bangladesh et le Cambodge – ont établi que les prestataires privés étaient moins efficaces ou plus coûteux que leurs homologues publics⁵⁴ et deux autres ont montré des résultats peu concluants. Dans un seul cas, celui du Costa Rica, les résultats de la sous-traitance se sont avérés efficaces et ici, aucune conséquence sur la santé ne fut observée.⁵⁵

Encadré 3. Des arguments infondés?⁵⁶ Comment la Banque mondiale considère la sous-traitance des services de santé à des prestataires privés

Au cours des dix dernières années, on a vu apparaître plusieurs tentatives visant à évaluer les effets de la sous-traitance des services de santé dans les pays en développement.⁵⁷ Des résultats mitigés et la mauvaise qualité des données ont fait que la plupart des auteurs sont restés prudents et tous ont exigé que de nouvelles recherches soient effectuées. En revanche, l'évaluation de la Banque mondiale est plus optimiste. Après avoir examiné une dizaine de projets de contrats, elle conclut qu'actuellement, il semble évident que la sous-traitance « *donnera de meilleurs résultats que la prestation de services identiques par les gouvernements* » et que ce type d'intervention « *ne devrait plus être considérée comme sans fondement ou comme un acte de foi pur et simple* ». Elle continue en suggérant que « *la sous-traitance des prestations de santé devrait se développer* ».⁵⁸

Étant donné les graves lacunes méthodologiques de cette évaluation – ce que concèdent d'ailleurs leurs auteurs⁵⁹ – et les éléments plus récents qui sapent la crédibilité de certains résultats⁶⁰, conclure que c'est la sous-traitance qui est responsable de toute amélioration est une vision bien trop simpliste.

Le cas du Cambodge est révélateur. Ici, si l'on considère ce qui a été accompli dans les districts où les services publics étaient administrés comme auparavant, les ONG recrutées ont amélioré l'accès aux soins et leur répartition équitable tout en améliorant les indicateurs de qualité. Les évaluations de ce projet sont considérées comme étant les plus rigoureuses de toutes et leurs résultats sont largement utilisés par la Banque mondiale comme par d'autres institutions pour justifier leur application à d'autres pays. Mais les accomplissements réalisés ont été automatiquement considérés comme étant le résultat de la sous-traitance, tandis que d'autres facteurs, certainement plus importants, ont été négligés. Il s'agit notamment des salaires, qui atteignaient de cinq à huit fois ce que payait le gouvernement, d'une meilleure gestion du personnel (ce dernier dut notamment cesser de pratiquer en privé) et de la réduction importante – voire de la suppression totale – de la participation financière des usagers grâce à des subventions équivalant à presque deux fois et demie celles qui étaient attribuées aux districts administrés par le gouvernement.

Troisièmement, les sommes concernant l'achat de matériel, la gestion et l'administration engagées dans la coordination et la régulation des prestataires ne sont que rarement, voire jamais, prises en compte

dans les comparaisons de coûts. Ces coûts peuvent être fort conséquents. Les dépenses nécessaires à la gestion et au suivi des projets alimentaires au Sénégal et à Madagascar sont estimées entre 13 et 17 pour cent du budget total⁶¹. Au Chili et en Argentine, la gestion privée des hôpitaux publics a coûté respectivement, en frais d'administration, l'équivalent de 19 et de 20 pour cent des dépenses de santé⁶². Au Royaume-Uni, les coûts administratifs ont doublé après l'introduction des réformes de marché dans le Service national de santé.⁶³

Enfin, tandis que des coûts opérationnels apparaissent dans tous les modèles de soins de santé qui séparent l'acquéreur et le fournisseur, il est encore plus improbable de voir apparaître des gains d'efficacité quand des gouvernements faibles et inexpérimentés entretiennent des relations avec des prestataires privés dont les buts sont purement commerciaux. Dans les pays en développement, un examen approfondi des prestations de santé du secteur privé révèle que le risque contractuel se déporte souvent sur les gouvernements, ce qui ne pousse en aucune manière les prestataires à être plus efficaces.⁶⁴ En ce qui concerne le partage des risques, une étude de la Banque mondiale en Afrique a exposé plusieurs cas où les gouvernements se trouvaient désavantagés par rapport aux prestataires privés.⁶⁵ Même en Afrique du Sud, un Etat relativement fort, l'absence de connaissance du gouvernement en ce qui concerne les coûts réels des fournitures et l'étendue de la concurrence a fait que les gains d'efficacité ont profité à une firme privée – qui a engrangé de meilleurs bénéfices – et non à l'Etat.⁶⁶

Il appartient aux gouvernements et aux donateurs – et c'est fondamental – d'établir si l'offre des prestataires privés est finalement plus onéreuse ou plus avantageuse que celle du secteur public. Les données disponibles actuellement portent à croire que le secteur privé peut se révéler nettement plus onéreux.

Argument n°4: « Le secteur privé peut contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé »

La qualité des soins de santé est une question ou de vie ou de mort. Si un enfant atteint de pneumonie est traité pour la malaria, les conséquences peuvent être mortelles. La qualité ne peut être laissée au hasard.

C'est dans le secteur privé parallèle que l'incitation à générer des bénéfices en bradant la qualité atteint son paroxysme. L'impossibilité de payer et un faible niveau d'éducation signifient que dans les pays pauvres, la majorité de la population dépend de revendeurs de médicaments non qualifiés, de faux médecins et d'autres

pourvoyeurs qui représentent une grave menace pour leur santé. La SFI confirme que ce sont les populations qui connaissent les revenus les plus bas et/ou les populations rurales qui « *sont les plus profondément touchées par les carences des soins de santé privés en Afrique sub-saharienne* ». ⁶⁷

Une étude à grande échelle effectuée dans les régions rurales du Vietnam et qui comparait les prestataires publics et privés – ces derniers appartenant en grande partie au secteur informel – a constaté que la qualité des prestations des deux parties était très inférieure à la norme nationale, mais qu'elle était nettement plus médiocre dans le secteur privé. En outre, la mauvaise qualité des soins destinés aux enfants souffrant d'infections respiratoires ou diarrhéiques était le plus souvent le fait de praticiens privés n'ayant aucune expérience professionnelle du système de santé public vietnamien. ⁶⁸

Encadré 4. Entre les mains des charlatans

Des travailleurs pieds nus, des femmes émaciées et des bambins peu vêtus et à la voix nasillarde attendent à l'extérieur d'une cabane de tôle ondulée et de contre-plaqué dans un taudis de Delhi pour voir « le médecin bengali ». Noor Muhammad, tiré à quatre épingles, doit avoir une trentaine d'années et attend à l'intérieur. Il est en effet bengali mais, admet-il en souriant, il n'est pas médecin. Et pourtant, comme il contrôle leur température et leur pression sanguine et qu'il distribue des comprimés – dont de nombreux antibiotiques – ses patients le saluent respectueusement et le payent.

L'Inde abrite plus de faux que de véritables médecins, assure K.K. Kohli, le président du comité anti-charlatanisme du Conseil médical de Delhi. Rien que dans cette ville, ils sont environ 40.000.

« *Ils s'occupent de problèmes aigus et les rendent chroniques* », explique le docteur Kohli, en songeant aux charlatans qui effectuent des diagnostics erronés, prescrivent des stéroïdes comme toniques, mettent au point leurs propres remèdes et achètent à bas prix des antibiotiques périmés. Leur erreur la plus fréquente est de prescrire et de vendre inutilement des antibiotiques. Sandeep Guleria, professeur à l'All India Institute of Medical Sciences (AIIMS) de Delhi, dit que ce sont les charlatans qui sont à l'origine de la forte résistance aux médicaments qui sévit en Inde.

Il y a une dizaine d'années, le gouvernement a soumis un projet de loi contre le charlatanisme dont on n'a plus jamais entendu parler. Mais le véritable problème est moins les charlatans eux-mêmes que le grand vide en matière de soins dans lequel ils fleurissent. Le système de santé publique reste médiocre. Dans les bidonvilles, les malades sans ressources vont voir des charlatans parce que les cliniques du gouvernement sont trop éloignées et que les files d'attente sont trop longues. Dans de nombreuses zones rurales, on ne trouve aucun dispensaire.

Bien entendu, certains charlatans sont peut-être très valables. M. Noor, par exemple, jure qu'il redirige tous les « cas sérieux » vers les hôpitaux publics. Mais de quelle manière il effectue son diagnostic, rien n'est moins clair.

Référence: Economist (2008) « Quackdown: the high cost of medicines bought on the cheap », *The Economist*, 21 février 2008.

De nombreuses études de l'OMS ont suscité de graves inquiétudes quant à la qualité des médicaments vendus par les prestataires privés. En Chine, un tiers des médicaments distribués par ces derniers sont des contrefaçons et rapportent d'énormes bénéfices.⁶⁹ La soif de profit engendre également des prescriptions irrationnelles ou superflues qui mènent à une résistance croissante aux traitements pour des maladies mortelles telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme. C'est parce qu'un grand nombre de personnes se fournissent dans de petites échoppes que, dans le cas des médicaments destinés au paludisme, des subventions sont octroyées aux prestataires privés par le biais d'un « Fonds pour des médicaments antipaludéens à des prix abordables » (voir encadré 5). Mais une étude menée dans sept pays d'Afrique sub-saharienne a montré que la plupart des médicaments s'attaquant à cette maladie et provenant de sources privées n'étaient absolument pas conformes.⁷⁰

Il n'est pas du tout certain que la sous-traitance assurera une meilleure qualité. Une étude comparative menée en Afrique du Sud a montré que la qualité technique des hôpitaux privés était sensiblement inférieure à celle des hôpitaux publics. La décision de maximiser les revenus a poussé les prestataires extérieurs à limiter la quantité et la qualité de personnel, de matériel et de fournitures les plus essentiels, au point de ne plus correspondre à ce que l'évaluation définissait comme étant des normes réalistes pour le secteur public. En revanche, les prestataires extérieurs obtenaient de meilleurs résultats que le gouvernement en ce qui concerne l'entretien des bâtiments hospitaliers et les équipements collectifs.⁷¹ Au Lesotho, la qualité d'ensemble est similaire entre prestataires publics et privés. Toutefois, seuls 37 pour cent des infections sexuellement transmissibles furent traitées correctement par les prestataires extérieurs alors que, respectivement, 57 et 96 pour cent des cas l'étaient dans les « grands » et « petits » établissements de santé publique.⁷²

La Banque mondiale a elle-même indiqué que les prestations techniques du secteur privé sont généralement de moins bonne qualité que celles du secteur public.⁷³ Des données provenant d'Ouganda, par exemple, montrent que 19 pour cent seulement des établissements de santé traitaient correctement les cas de simple paludisme, 6 pour cent la diarrhée sans saignements, et 36 pour cent la pneumonie.⁷⁴ Au cours des 12 derniers mois seulement, plus de 184 hôpitaux, cliniques et laboratoires privés ont été fermés dans la capitale nigériane car ils ne répondaient pas aux normes de base d'hygiène et de formation du personnel.⁷⁵ Au Népal, les services de lutte contre la tuberculose du secteur privé sont en partie responsables de l'augmentation des souches multi-résistantes. Ces unités de soins ne gardent pas longtemps leurs patients et leurs taux de guérison sont peu élevés. En conséquence, une étude de l'OMS a

conclu qu'une poursuite éventuelle de la croissance du secteur privé au Népal pourrait avoir des effets néfastes irréversibles.⁷⁶

Encadré 5. Subventions pour le paludisme: les petites échoppes doivent-elles offrir des soins de santé?

Fin 2007, la Banque mondiale a proposé d'investir massivement dans de nouveaux médicaments contre le paludisme à fournir par le secteur privé. Le mécanisme, connu sous le nom de « Fonds pour des médicaments antipaludéens à des prix abordables » est destiné à subventionner les prestataires privés afin qu'ils puissent vendre les médicaments à des prix bien inférieurs. Le Fonds mondial accueillera l'infrastructure et les donateurs sont invités à allouer plus d'un milliard de dollars pour le promouvoir.⁷⁷

Aujourd'hui, la plupart des traitements du paludisme que se procurent le Fonds mondial et d'autres acteurs clés tels qu'UNITAID sont transmis par le secteur public et les OSC, de sorte que le projet de subvention marquerait une rupture avec la pratique courante. Tout en reconnaissant les problèmes actuels de l'offre publique dans de nombreux pays, Oxfam a exprimé sa profonde inquiétude quant à cette proposition. Actuellement, la subvention ne dit pas si les médicaments seront distribués sans risque par les fournisseurs privés. Il est très possible que subventionner ces derniers de cette manière perpétuera la mode des prescriptions fantaisistes.⁷⁸ Ce fut déjà le cas dans le passé avec les médicaments utilisés contre le paludisme, tels que la Chloroquine et le Fansidar, et cette situation fut en partie responsable du développement d'une résistance qui a rendu inefficaces ces deux remèdes. La subvention n'aborde pas plus le fait que de nombreuses personnes ne peuvent se permettre aucun traitement, subventionné ou non, ce qui signifie que les plus pauvres, et en particulier les enfants, sont peu susceptibles d'en bénéficier.⁷⁹ De plus – et c'est très important – la possibilité d'étendre et de renforcer l'offre gratuite et publique le plus rapidement possible n'a pas été suffisamment explorée. La subvention destinée au paludisme, si elle n'est appliquée qu'au secteur privé, risque de créer un grave précédent et de détourner l'attention des donateurs internationaux des problèmes du secteur public. Dans ces conditions, l'offre publique ne peut que connaître l'échec.

Tandis que la Banque mondiale et le gouvernement britannique soutiennent la subvention, d'autres gouvernements – comme ceux des États-Unis et du Canada – s'y opposent. Ces derniers se sont confiés à Oxfam et ont exprimé des doutes similaires quant à la faisabilité de la proposition. Ils se sont également demandé si elle sera en mesure d'atteindre les plus pauvres.

Il ne faudrait pas utiliser comme argument la médiocrité du secteur privé pour minimiser les problèmes de nombreux systèmes de santé publique dans les pays en développement. Ces problèmes sont réels, et comme on le verra dans la troisième partie, leur résolution nécessitera des ressources et un leadership adapté. Ce qui est manifeste, c'est que le secteur privé importe en son sein les défaillances inhérentes au marché. Ces défaillances constituent un obstacle supplémentaire – et d'envergure – à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé, en particulier pour les pauvres. Et pour ce qui concerne la performance, il n'existe aucune preuve que la majorité des gouvernements des pays en

développement, pauvres en ressources, a les moyens et l'expertise technique nécessaires pour contrer cette défaillance du marché.

Argument n°5: « Le secteur privé peut aider à réduire les inégalités en matière de santé et à atteindre les pauvres »

« ... La mesure dans laquelle les établissements de soins de santé rejettent ou maltraitent les personnes les plus vulnérables est considérée partout comme étant l'un des marqueurs de la manière dont une société se considère elle-même. Mettre au point un système de santé qui pratique l'exclusion, c'est légitimer l'exclusion sociale la plus large. » Professeur Mackintosh, 2003⁸⁰

L'équité en matière de santé signifie que les services de santé sont fournis en fonction des besoins et non de la faculté de payer. Dans la pratique, cela signifie que les pauvres devraient faire l'objet d'investissements supplémentaires car leurs besoins en matière de santé sont généralement plus grands.

Les tenants de l'offre privée font remarquer, à juste titre, que l'offre publique est inéquitable dans de nombreux pays. Ils disent que le secteur privé, du fait qu'il utilise les mécanismes du marché et qu'il est régulé par les gouvernements, a plus de chances d'atteindre les plus pauvres. La Banque mondiale soutient que « le fournisseur, étant responsable envers le client par l'intermédiaire des prix, peut renforcer le pouvoir de la clientèle et conduire à de meilleurs résultats ». ⁸¹ Elle maintient également que les carences des gouvernements sont parfois si importantes que « les solutions du marché peuvent effectivement mieux convenir aux pauvres ». ⁸²

Les données actuelles et les enseignements tirés du passé semblent indiquer qu'une plus grande participation du secteur privé et une commercialisation plus étendue des soins de santé peuvent considérablement augmenter les inégalités d'accès aux soins. En fait, c'est en grande partie cette inégalité qui a conduit à l'accroissement du rôle du secteur public dans la majorité des pays développés. ⁸³

Des données provenant de 44 pays à faibles et moyens revenus laissent entendre que plus le secteur privé est impliqué dans les soins de santé primaires, plus la population est exclue des traitements et des soins. ⁸⁴ Bien que cette corrélation ne précise pas si c'est la participation intensive du secteur privé qui est à l'origine de l'exclusion, elle suggère néanmoins que le secteur privé ne la réduit généralement pas.

En Chine et au Vietnam (voir encadré 6), depuis les réformes du marché de la santé publique, de plus en plus de malades habitant à l'extérieur des villes ne se font plus soigner. ⁸⁵ Les frais médicaux étant élevés, ceux qui ne peuvent pas payer sont toujours plus : au

Vietnam, chez les plus pauvres, l'automédication est aujourd'hui la forme de médecine la plus utilisée et la moins coûteuse.⁸⁶

Encadré 6. Privatisation des soins de santé en Chine: une expérience qui a échoué

De 1952 à 1982, le système des soins de santé chinois appartenait au gouvernement qui le finançait et l'exploitait, et il avait permis d'énormes améliorations. La mortalité infantile était passée de 20 à 3,4 pour cent et l'espérance de vie avait presque doublé. Mais depuis les années 1980, la réduction des dépenses publiques en matière de santé et une privatisation à grande échelle ont eu des conséquences désastreuses sur l'équité des soins. Des services qui étaient autrefois gratuits sont maintenant facturés par des hôpitaux attirés par le profit. Des assurances couvrant les coûts médicaux ont été mises au point, mais quatre-vingt pour cent des pauvres qui habitent les zones rurales ne sont pas couverts. Le nombre et la qualité des soignants et des établissements de soins dans les zones rurales sont insuffisants, ce qui entraîne d'énormes disparités. Dans les zones rurales, la mortalité infantile est maintenant trois fois plus élevée que dans les zones urbaines et la maladie y est désormais la première cause de paupérisation.⁸⁷

Il a fallu le choc de 2003, l'épidémie de SRAS, pour que le gouvernement réalise que ce système de santé à la fois très fragmenté, inéquitable et axé sur le profit n'était pas en mesure de répondre aux besoins de la nation. Un rapport approuvé par le gouvernement a conclu que le succès du système de santé chinois au cours de la période d'économie planifiée était dû au rôle dominant joué par le gouvernement. La réforme axée sur le marché a conduit à un déclin de l'équité des services médicaux et de l'efficacité des investissements dans le secteur de la santé.⁸⁸ Plus récemment, les coûts élevés de ce dernier ont été déclarés responsables des faibles dépenses intérieures – une question qui reçoit maintenant beaucoup d'attention, le gouvernement cherchant à stimuler la demande intérieure afin de protéger son économie contre la crise financière internationale.⁸⁹ Des réformes ont été annoncées, destinées à inverser les politiques axées sur le marché qui ont prévalu au cours des deux dernières décennies, et qui donneront au gouvernement un rôle beaucoup plus important dans le domaine de la santé.

Références: Economist, adapté de 'Health care in China: losing patients', *The Economist*, 21 février 2008, et Blumenthal et Hsiao (2005)⁹⁰

Les économies réalisées dans la fourniture de soins de santé et la dépendance croissante au secteur privé ont encore aggravé l'inégalité entre les sexes. Dans de nombreux pays, ces réformes ont vu une augmentation des accouchements à domicile non assistés, tandis que les femmes et les enfants, en raison des coûts élevés, remettaient à plus tard l'idée de se faire soigner.⁹¹

Quand l'offre sanitaire implique une contribution financière, quand elle est inégale et sélective, voire inéquitable, le fardeau de la maladie et des charges familiales s'abat de manière disproportionnée sur les femmes et les jeunes filles. Elles n'ont pas la possibilité de se faire soigner et ce sont elles qui prennent la responsabilité de s'occuper des leurs sans être rémunérées. A son tour, ce déséquilibre renforce

l'inégalité entre les sexes en matière d'emploi et aggrave les risques de maladie. Ces responsabilités familiales non rémunérées poussent un grand nombre de femmes à accepter des occupations moins bien rétribuées, plus dangereuses et sans grande stabilité, ces emplois offrant des horaires plus flexibles ou la possibilité de travailler chez soi.⁹²

Les femmes constituent également la plus grande partie des travailleurs de santé les moins qualifiés et elles ont énormément souffert des politiques de réduction des coûts menées par le secteur privé sous la forme d'augmentation de la charge de travail, de baisses de salaires et d'une insécurité accrue de l'emploi.⁹³

Réaliser des bénéfices tout en fournissant des services de santé aux plus pauvres ne semble possible qu'avec d'importantes subventions publiques et/ou en fournissant des services de qualité inférieure. La Banque mondiale maintient son soutien aux subventions, mais cette situation soulève à nouveau la question du coût: quelle somme le contribuable devra-t-il déboursier pour assurer les bénéfices du secteur privé? Une recherche d'Oxfam effectuée en Géorgie a établi que l'une des plus grandes sociétés impliquées dans la campagne de privatisation des soins de santé du gouvernement a décidé de se retirer du programme: la subvention offerte ne suffisait pas à aider les plus pauvres et à réaliser des bénéfices.⁹⁴

L'alternative – garantir des bénéfices en fournissant aux plus pauvres des services de qualité inférieure – est soutenue par la SFI. Cette dernière favorise un modèle à deux vitesses : les prestataires motivés par le profit sont invités à mettre en place des cliniques haut de gamme bien équipées pour des populations à moyens et hauts revenus et des hôpitaux bon marché, à rotation « extrêmement élevée » et aux services limités pour les plus pauvres.⁹⁵ Le principe explicite est que les pauvres ne nécessitent que des soins médicaux de base et limités dans le temps (les médecins sont invités à voir une centaine de patients par jour – un toutes les quatre minutes).

Argument n°6: « Le secteur privé peut améliorer la responsabilisation »

Le Rapport mondial sur le développement 2004 de la Banque mondiale se concentre sur la question cruciale de la responsabilité en matière de santé. Il soutient qu'elle peut être renforcée en encourageant la concurrence entre les prestataires privés qui désirent travailler pour le gouvernement. Dans le même temps, le rapport fait valoir que permettre aux pauvres de choisir entre les différents prestataires oblige ces derniers à être plus réactifs et plus responsables, faute de quoi leurs clients – les pauvres – choisiront de

se rendre ailleurs et, par exemple, « *les patientes qui se sentent plus à l'aise avec une femme médecin pourront aller en voir une* ». ⁹⁶

Néanmoins, les systèmes de santé sont complexes par nature et un faible niveau de responsabilisation, comme par ailleurs la corruption, peut se révéler problématique, indépendamment du fait que les services sont fournis par le secteur privé ou public. ⁹⁷ La théorie de la Banque mondiale selon laquelle les prestataires privés sont plus responsables que ceux du secteur public n'est pas étayée par des preuves. Tout d'abord, comme on l'a déjà noté, la concurrence entre prestataires privés qualifiés n'existe pas dans de nombreux pays à faibles revenus. Dans ce contexte, une responsabilisation fondée sur la préférence des consommateurs ne fonctionne pas. Au Malawi, par exemple, on ne dénombre que quarante femmes médecins originaires du pays pour une population de 13 millions d'habitants, ce qui rend le choix cité par la Banque mondiale hautement improbable.

Dans le même temps, le fait d'engager des prestataires encourage la corruption, aussi bien au niveau des contrats passés avec le gouvernement que dans la prestation des services eux-mêmes. Même si les contrats sont attribués de façon équitable, réguler les prestataires privés dans l'intérêt du public est exceptionnellement difficile, même dans les pays développés. Aux États-Unis, la fraude des prestataires de soins de santé est un énorme problème, conduisant à des milliards de dollars de pertes chaque année. ⁹⁸ La régulation est plus problématique lorsque les gouvernements ont peu de pouvoir et manquent à la fois d'autorité et de personnel qualifié. Un rapport effectué à l'intention du gouvernement indien a établi que les hôpitaux subventionnés avec lesquels l'État avait passé des contrats dans le but de traiter gratuitement les patients pauvres négligeaient tout simplement de le faire. ⁹⁹

Enfin, lorsque le secteur privé fournit des services de santé au nom de l'État, il est parfois plus difficile d'engager la responsabilité du gouvernement. Les politiciens se retranchent volontiers derrière le prétexte que leurs mesures sont bonnes, mais que ce sont les prestataires qui ont commis des erreurs.

Encadré 7. Les prestataires de la société civile: le parfait compromis?

Les prestataires de soins appartenant à la société civile sont souvent regroupés avec les prestataires commerciaux sous le label « secteur privé ». Cette façon de voir est malencontreuse car de profondes différences les séparent. Les prestataires de la société civile présentent certains avantages par rapport à ceux du secteur privé car, comme c'est le cas pour le secteur public, ils ne sont pas motivés par le profit.

Partout dans le monde, les missions, les organismes de bienfaisance et les ONG sont le dernier recours de nombreuses personnes, et dans certains pays africains, ils constituent une proportion importante des services disponibles.

Cela ne signifie pas que les prestataires de la société civile peuvent ou devraient remplacer l'État. ¹⁰⁰ S'engager à faire le bien n'est pas toujours

une garantie de compétence et de performance. Certains rapports ont constaté que les organismes de bienfaisance et les hôpitaux missionnaires ne sont pas plus efficaces en termes de couverture et d'équité que les services de l'Etat.^{101 102} Et les OSC peuvent être sujettes à certains problèmes que les prestataires commerciaux rencontrent également, notamment en termes de répétition inutile d'actions et de fragmentation,¹⁰³ de tarification des services,¹⁰⁴ de responsabilité, et de débauche de personnel.¹⁰⁵

La plupart des OSC admettront que pour être les plus efficaces possible et utiliser au mieux leurs avantages comparatifs, elles doivent toujours être un complément, et non une alternative, aux systèmes de santé publics.

Le prestataire *est* important

Si l'objectif est l'accès universel et équitable aux soins de santé, il apparaît évident que, contrairement à ce qu'affirme la Banque mondiale, le prestataire *est* important. Non seulement la performance du secteur privé n'est pas toujours à la hauteur de ses prétentions, mais sa croissance peut advenir aux dépens de l'efficacité, de la qualité, de l'équité et de la responsabilisation des services de santé.

3. Tirer les leçons des expériences probantes : quelles sont les recettes pour pouvoir fournir des soins de santé à tous?

Pour développer l'offre de soins de santé afin que ceux-ci puissent être disponibles pour les citoyens les plus pauvres et les plus vulnérables, les gouvernements des pays en développement doivent se baser sur l'expérience des pays qui ont le mieux réussi dans ce domaine. Dans un nombre imposant de recherches provenant du monde entier, on s'efforce de définir les fondements d'une telle réussite. La Commission des déterminants sociaux de la santé, une enquête internationale de trois ans mise au point par un éminent groupe de décideurs politiques, d'universitaires, d'anciens chefs d'Etat et d'anciens ministres de la Santé a évalué les preuves disponibles et conclu récemment que c'étaient les soins de santé financés et fournis partout dans le monde par l'Etat qui continuaient à être les plus performants et les plus équitables.¹⁰⁶ Une étude réalisée par Equitap (un réseau de 15 équipes de recherche à travers l'Asie et l'Europe) a comparé les données nationales en matière de santé dans toute l'Asie et a constaté qu'aucun pays à faibles ou moyens revenus n'a atteint l'accès universel – ou quasi-universel – aux soins de santé sans compter uniquement ou principalement sur l'offre du secteur public financée par l'impôt.¹⁰⁷

Dans les pays en développement, les dépenses gouvernementales en matière de santé ont autant d'influence sur la mortalité infantile et maternelle que le revenu par habitant.¹⁰⁸ Dans les pays riches également, des dépenses publiques de santé plus élevées se traduisent par une espérance de vie plus longue, une meilleure santé et une plus faible mortalité des moins de cinq ans.¹⁰⁹

Au cours de diverses périodes de progrès décisifs, le Botswana, l'Ile Maurice, le Sri Lanka, la Corée du Sud, la Malaisie, Barbade, le Costa Rica, Cuba et l'Etat indien du Kerala¹¹⁰ ont pu observer une réduction de 40 à 70 pour cent de leur mortalité infantile en une dizaine d'années seulement.¹¹¹ Des études ont montré que dans tous ces pays et malgré la différence des approches, le facteur de réussite le plus important avait été la profonde implication des gouvernements, car c'est par leur entremise que furent organisés les services de santé pour la grande majorité de la population.

Le Botswana et l'Ile Maurice ont tous deux hérité de maigres services de santé de type hospitalier au moment de l'indépendance, mais dans les années 1980, au moins 80 pour cent de la population vivait dans un rayon de 15 km d'un établissement de santé public.¹¹² Au début des années 1980, au Nicaragua, le pourcentage de la population pouvant accéder aux soins de santé est passé de 25 à 70 pour cent dans le cadre d'un vaste programme d'investissement public.¹¹³ Au Sri Lanka, quand une femme accouche, il y a 96 pour cent de chance qu'elle soit assistée par une sage-femme qualifiée.¹¹⁴ Un traitement prodigué par une infirmière diplômée est disponible gratuitement dans une clinique publique, non loin de chez elle. Jadis l'une des nations les plus touchées par le paludisme, le Sri Lanka n'est pas loin d'être l'une des premières à éliminer complètement ce dernier.¹¹⁵

Echecs de l'offre publique

En matière de santé, la lenteur et l'irrégularité des progrès effectués dans la direction des OMD montrent que dans de nombreux pays pauvres, les gouvernements ne font pas face à leurs responsabilités. Trop souvent, les services de santé publique sont inexistantes, en sous-effectif ou d'un coût prohibitif. Les bas salaires, une gestion approximative et le poids de la corruption sont tous à blâmer. De mauvaises conditions de travail peuvent aboutir à une faible productivité. Les pénuries de médicaments peuvent avoir pour cause un manque de ressources financières ainsi qu'une mauvaise organisation des modes d'approvisionnement et de distribution. Les pauvres, les femmes et d'autres groupes marginalisés se heurtent encore à d'énormes obstacles en raison des coûts, des distances, du manque d'information et de connaissances, de l'absence de représentation et de fournisseurs irresponsables. La qualité des services est souvent inacceptable. En Tunisie, par exemple, une étude a révélé que des patients atteints de pneumonie n'avaient été soignés

correctement que dans 20 pour cent des cas et que 62 pour cent d'entre eux avaient reçu des antibiotiques sans raison valable.

Certains gouvernements ne tiennent pas leurs promesses quand il s'agit d'augmenter leurs dépenses sanitaires. Le gouvernement indien dépense deux fois plus pour ses forces militaires que pour la santé. La réduction de la mortalité infantile n'est plus à l'ordre du jour et c'est son voisin à faible revenu, le Bangladesh, qui fait le plus d'efforts dans ce domaine. En Afrique, seuls cinq pays ont jusqu'à présent alloué 15 pour cent des dépenses publiques à la santé comme ils l'avaient promis à Abuja. En attendant, dans toute l'Afrique, la part des honoraires que les patients doivent payer personnellement représente cinquante pour cent des dépenses sanitaires totales, ce qui aggrave encore la pauvreté et exclut les pauvres des services dont ils ont besoin.

L'insuffisance des ressources conduit elle aussi à une mauvaise gouvernance. Les salaires sont tellement bas que dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie de l'Est et d'Europe de l'Est, il est devenu habituel de faire payer de façon non officielle des services. De même, l'absentéisme des travailleurs de la santé publique est monnaie courante. Le manque de ressources destinées à la formation et au développement de carrière empêche les services de santé publique de disposer de dirigeants et de gestionnaires compétents pour s'attaquer à l'inefficacité, à la corruption et à la lenteur des procédures administratives.

Les donateurs, la Banque mondiale et le FMI jouent tous un rôle dans l'échec de l'offre publique

Par leur aide et leurs prescriptions sur la politique à mener, la Banque mondiale et le FMI, ainsi que certains pays riches donateurs, ont fortement entravé la capacité des gouvernements à assurer la santé pour tous.

Il est maintenant bien établi que pendant les crises économiques des années 1980 et 1990, les politiques d'ajustement structurel de la Banque mondiale et du FMI ont exigé des réductions très importantes des dépenses publiques sans se préoccuper de la santé. En Afrique sub-saharienne et dans de nombreux pays d'Amérique latine, les budgets de la santé publique ont diminué de près de 50 pour cent au cours de cette période. Les prescriptions de la Banque mondiale demandaient également que les prêts soient subordonnés à une participation financière de la part de ceux qui désiraient bénéficier des services de santé, ce qui eut des répercussions catastrophiques. Cette quote-part du patient est toujours en vigueur dans la plupart des pays pauvres.

Depuis, la Banque mondiale et le FMI ont accepté le fait que vouloir pratiquer des coupes budgétaires sans protéger la santé des plus pauvres était une erreur. Bien que ce *mea culpa* soit le bienvenu, ces institutions devraient également reconnaître que ces réductions et ces

politiques sans lendemain n'ont pas permis aux gouvernements d'être efficaces au cours des dernières décennies. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS soutient ce point de vue. Elle a conclu que les réformes des organismes internationaux qui appliquaient les principes du marché aux systèmes de santé publique et qui encourageaient un plus grand développement du secteur privé avaient sapé la performance des gouvernements, tout comme leur aptitude à traiter les inégalités. Mais les donateurs tiennent rarement ce raisonnement. L'échec de l'Etat est presque toujours présenté comme inévitable et comme sa faute exclusive.

De plus, la manière dont la plupart des donateurs ont apporté leur aide ne s'est pas révélée très judicieuse. Dès 1978, de nombreux donateurs, et en particulier l'UNICEF et la Banque mondiale, ont trouvé que l'approche d'ensemble de la santé primaire exposée dans la Déclaration d'Alma-Ata était trop ambitieuse. Les donateurs se sont donc concentrés sur une « sélection de soins de santé primaires », considérant cette approche comme n'étant qu'une solution temporaire et nettement plus pragmatique et en soutenant seulement une poignée d'interventions. Mais cette solution temporaire est devenue l'approche par défaut. L'assistance sanitaire s'est rapidement développée au cours de la dernière décennie, le plus souvent sous forme de prolifération accélérée de nouvelles initiatives globales réservées à un petit nombre de maladies spécifiques. Au cours de la même période, l'allocation de l'aide pour les soins de santé primaires a diminué de près de moitié. Les pays riches donateurs ont admis que ces nouvelles méthodes de l'aide ignorent souvent les plans et les priorités des gouvernements et n'arrivent pas à renforcer suffisamment leurs systèmes de santé.

Enfin, tout en prodiguant de l'aide d'une main, de nombreux pays riches recrutent en même temps des travailleurs de santé dans un nombre considérable de pays pauvres, ce qui aggrave encore leur pénurie.

Compte tenu de l'érosion systématique des dépenses publiques et de la déliquescence des services de santé publique gratuits et universels au cours des trois dernières décennies, éliminer la solution du secteur public comme une initiative qui aurait définitivement échoué équivaldrait à nouer ensemble les lacets d'un footballeur et à lui reprocher ensuite d'avoir perdu le match.

Néanmoins, de nombreux donateurs, y compris la Banque mondiale, considèrent l'échec des gouvernements et le mécontentement des populations comme un feu vert pour aller de l'avant et effectuer une restructuration massive en favorisant davantage l'offre privée, mais sans en analyser les conséquences à long terme. Dans le même temps, ils oublient trop souvent de donner aux gouvernements la possibilité de s'acquitter de leurs responsabilités en améliorant davantage l'offre publique.

Exploiter les avantages de l'offre publique

Les partisans des solutions du secteur privé ont consacré beaucoup de recherches aux lacunes des prestations gouvernementales, mais ils se sont moins bien renseignés sur ses mérites. Les services de santé publique intégrés ont un certain nombre d'avantages naturels en termes d'efficacité, de qualité et d'équité, qui aident à expliquer leur capacité à obtenir de bons résultats. L'offre privée n'a pas encore prouvé qu'elle était en mesure d'offrir les mêmes avantages.

Economies d'échelle

En termes d'efficacité, le secteur public peut exploiter d'énormes économies d'échelle, notamment en ce qui concerne les approvisionnements pour lesquels des baisses de prix peuvent être négociées par le biais d'achat de gros de médicaments et de matériel. Ces dépenses peuvent également se concentrer sur les technologies et les innovations qui permettent d'améliorer la santé des patients au lieu de se contenter simplement de répondre à leurs demandes. Quand les systèmes mis au point pour l'administration, le personnel et la formation sont organisés au niveau de tout un district ou d'un pays, les coûts de gestion engendrés par une multiplicité de fournisseurs privés sont éliminés. L'approvisionnement à grande échelle permet la spécialisation : une gamme complète de produits et de services peut être offerte à moindre coût, ce qui n'est pas le cas s'ils sont fournis par des opérateurs individuels. Les systèmes de santé publics sont donc plus à même de maîtriser les coûts.¹¹⁶ Cuba dépense 27 fois moins par personne que les États-Unis dans le domaine de la santé publique et affiche pourtant un taux de mortalité infantile moins élevé et une durée de vie moyenne plus longue.¹¹⁷ La SFI reconnaît que quand il s'agit d'économies d'échelle, le secteur privé, caractérisé par la fragmentation, se retrouve dans une situation désavantageuse. Pour lutter contre cette situation, elle recommande que les fournisseurs privés forment des franchises ou des réseaux collaboratifs coordonnés par un organisme central afin de répartir les frais généraux et d'augmenter le nombre de services offerts.¹¹⁸ Toutefois, on ne voit pas très bien comment ces réseaux collaboratifs fonctionneront à l'intérieur d'un système fondé sur la concurrence entre prestataires pour faire baisser les coûts. En fait, une telle approche risque surtout de créer de vastes monopoles privés.

Qualité et responsabilité

En termes d'amélioration de la qualité, la régulation des prestataires du secteur public, bien que difficile, peut se révéler plus simple que la régulation des prestataires privés. Là où des systèmes normalisés et des mécanismes formels de responsabilisation existent, il est plus facile de contrôler la qualité des services et de demander des comptes aux responsables. Il est également plus facile d'introduire de nouveaux médicaments tels que ceux récemment mis au point pour le

paludisme à l'intérieur d'un système unifié, comme de s'assurer que les anciens médicaments ne sont plus utilisés.

La corruption est certainement un problème dans de nombreux systèmes de santé publique, et elle doit être affrontée et éradiquée. Il n'y a pas de réponse facile, mais il est naïf de croire qu'orienter l'argent du secteur public vers le secteur privé est la solution. Bien au contraire, quand c'est le gouvernement qui est responsable des services de santé, les responsabilités sont bien établies. Les salariés du gouvernement, les travailleurs de la santé et les fonctionnaires sont responsables devant le gouvernement local et sont souvent contrôlés par le parlement. Investir dans ces institutions et dans des organismes de surveillance de la société civile peut aider à dénoncer la corruption et à l'éliminer.¹¹⁹ Au Malawi, par exemple, le partenaire d'Oxfam, le « Health Equity Network », mène et publie régulièrement des enquêtes de satisfaction publique en collaboration avec les services gouvernementaux.¹²⁰ Les revendications de la population ont contribué à renforcer l'équité entre les sexes en surveillant l'observance des droits sexuels et reproductifs et en éliminant les discriminations effectuées à l'encontre des travailleuses de la santé.¹²¹ Grâce à ses contrôles, le Health Equity Network a également découvert une faille importante dans le système d'approvisionnement en médicaments du gouvernement et actuellement, il fait pression sur ce dernier pour modifier la situation.

La législation sur le droit à la santé et sur le droit à l'information des citoyens – ce dernier permettant à tous de participer à la politique publique et à la budgétisation tout en responsabilisant les prestataires – ont fait une avancée importante dans la direction de plus de transparence et de réactivité dans les systèmes de santé publique au Sri Lanka, en Thaïlande et à Mexico City.¹²² En fournissant aux citoyens un instrument de responsabilisation, une telle législation permet de mieux réagir aux besoins réels et aux usages en vigueur tout en offrant un contrepoids politique au lobbying égoïste des entreprises privées. Et quand tous ont accès aux mêmes services publics, ceux qui jouissent d'un revenu plus élevé utiliseront plus certainement leur influence politique pour faire pression sur les gouvernements afin qu'ils concrétisent leurs promesses concernant la qualité et l'accessibilité.

En investissant dans l'offre publique, ce ne sont pas seulement les utilisateurs des services de santé qui peuvent déterminer qui sont les responsables, mais également les prestataires. Dans les pays en développement, les syndicats du secteur public sont en excellente position pour surveiller les activités des gouvernements et responsabiliser ces derniers en ce qui concerne les prestations des services publics. Les structures syndicales peuvent se charger de préoccupations collectives concernant un gouvernement, certains fonctionnaires ou les décisions et les comportements inacceptables d'une personne en particulier. Les revendications concernant

L'amélioration des conditions de travail peuvent contribuer à améliorer la qualité des services pour les utilisateurs et à lutter contre la corruption. Au Cambodge et en République tchèque, les augmentations de salaires des travailleurs de la santé et le respect des codes éthiques ont conduit à une diminution des dessous-de-table et à un meilleur accès aux services de santé pour les pauvres.¹²³

Atteindre les plus pauvres et lutter contre les inégalités en matière de santé

Ceux qui défendent les avantages du secteur privé critiquent constamment les systèmes de santé publique pour la manière dont ils avantagent les riches de manière disproportionnée. Bien que le problème soit réel dans de nombreux pays, la situation n'est pas insurmontable et certains éléments semblent indiquer que les injustices nées de l'augmentation de l'offre privée sont bien plus marquées, comme nous l'avons vu dans la section précédente.

Là où existe une réelle volonté politique, les gouvernements se trouvent naturellement en bien meilleure position que le secteur privé pour réduire les inégalités au niveau national et veiller à ce que chaque citoyen puisse accéder aux services de santé de manière équitable. L'État est capable de redistribuer les richesses, utilisant des ressources provenant de groupes aisés pour aider les plus pauvres. Par le biais du système public, la redistribution permet également de remédier aux inégalités entre les régions, entre les villes et les zones rurales et, ce qui est crucial, entre les femmes et les hommes. Les services de santé publique primaires basés sur un réseau d'établissements de soins locaux sont les plus efficaces car ils peuvent toucher et traiter les maladies qui affectent de façon disproportionnée les groupes les plus pauvres.¹²⁴

En Thaïlande, les transferts de médecins et d'infirmières vers les zones rurales opérés par l'État ont permis de s'attaquer aux insuffisances des services de santé de ces régions.¹²⁵ Les états indiens qui investissent davantage dans les services de santé publique ont mieux réussi à réduire les inégalités d'accès dans les zones rurales et urbaines.¹²⁶ Les politiques d'accès universel menées au Sri Lanka, en Malaisie et à Hong Kong favorisent plus les pauvres que les riches. Dans une étude effectuée sur un échantillon de douze pays d'Asie, on a démontré que les dépenses publiques de santé réduisaient les inégalités dans onze d'entre eux.¹²⁷ Même en Amérique latine, peu connue pour son approche équitable, l'offre publique semble favoriser les pauvres.¹²⁸

En revanche, il est incontestable qu'en Amérique latine, en Afrique australe et en Asie, lorsque le rôle du gouvernement diminue dans ce domaine, les services de santé ne favorisent plus ceux qui en ont le plus besoin mais ceux qui sont en mesure de les payer.¹²⁹

Même des systèmes de santé publique inéquitables peuvent jouer un rôle clé dans la lutte contre les inégalités.¹³⁰ La raison en est que dans

de nombreux pays, même si les riches reçoivent plus que leur part, ils payent aussi plus de taxes. Lorsque les recettes fiscales des riches sont prises en compte, l'avantage global des dépenses de santé a été jugé « progressiste » dans 30 études de pays en développement examinés par le FMI.¹³¹ Cela signifie que, même relativement mal ciblée, l'offre publique de soins de santé aide à réduire l'écart de niveau de vie entre les riches et les pauvres.

L'éthique du secteur public

« Les pénuries d'infirmières sont vraiment terribles. On doit continuer, même si l'on est très fatiguée. Je travaille de 4h du matin à 7h30 le lendemain matin. Ça fait 16 heures. Nous sommes cinq dans le service pédiatrique et habituellement, nous avons 200 à 300 enfants. Et je fais des gardes quand nous n'avons pas assez de personnel. On travaille dur, on transpire vraiment. Mais on continue, qu'est-ce qu'on peut faire d'autre? »
Une sage-femme de l'hôpital de Lilongwe (Malawi)

Dans le secteur public, les membres du personnel se sentent souvent plus proches de leurs patients parce qu'ils se considèrent comme des agents de la fonction publique qui contribuent à l'intérêt national. Au Sri Lanka, des études ont montré que les niveaux élevés de productivité sont en partie imputables à la culture de service envers la population qui règne parmi les travailleurs de la santé.¹³² Dans le monde entier, la grande majorité des professionnels de la santé publique travaille de très longues heures pour un salaire minimum, motivée par son désir d'aider les malades. Le fait que des hommes et des femmes continuent de passer des années à étudier pour entrer dans la fonction publique dans des conditions de sous-financement extrême témoigne de l'importance de l'éthique du service public. Les pressions politiques en vue de commercialiser le secteur, de tenir compte des intérêts privés et de se tourner vers des objectifs matériels ont l'effet inverse et poussent le personnel à se concentrer sur les avantages financiers que représentent les patients, ce qui compromet la demande des plus pauvres.¹³³ Ces politiques ont encouragé des comportements abusifs et contraires à l'éthique et sont devenues la nouvelle norme dans certaines configurations des systèmes de santé.¹³⁴

Favoriser la légitimité des gouvernements

La prestation de services publics tels que les soins de santé joue également un rôle complémentaire important dans l'édification d'un Etat. Les services publics peuvent jouer un rôle central dans le renforcement de la confiance entre les citoyens et l'Etat en légitimant des institutions gouvernementales.¹³⁵ Les services de santé, en particulier dans les zones les plus reculées, sont parfois le seul lien des citoyens avec l'Etat.¹³⁶

Dans de nombreux pays en développement, le signe de l'indépendance a toujours été une expansion rapide des

infrastructures et des services sanitaires, ainsi qu'une amélioration notoire de la santé individuelle.¹³⁷ Dans des Etats qui sortent d'un conflit, tels que le Timor oriental et le Népal, les soins de santé jouent un rôle important dans la construction de la démocratie et de la légitimité de l'État.¹³⁸ Inversement, lorsque les services sont fournis par un organisme externe, cette situation peut avoir un impact négatif. Un citoyen afghan, par exemple, reconnaîtra plus facilement la légitimité d'un nouveau gouvernement si c'est ce dernier qui preste les services et non une ONG américaine ou une société privée.

Une réduction du rôle de l'État dans les soins de santé peut provoquer des troubles et de l'instabilité. En Chine par exemple, dans certains districts ruraux, les décalages en matière de santé dus à la privatisation sont une des raisons principales de l'irritation croissante envers le gouvernement. Elles ont notamment conduit à des émeutes locales et à des perturbations de plus en plus fréquentes.¹³⁹

Appliquer les leçons du passé: quelques succès récents du secteur public

Des expériences récentes ont montré qu'il ne faut pas considérer les succès du passé comme des curiosités historiques. Au contraire, lorsque des donateurs collaborent avec des gouvernements engagés, des résultats impressionnants peuvent apparaître.

En Ouganda, entre 2000 et 2005, le gouvernement a mis au point un plan unifié pour le secteur de la santé et les donateurs ont encouragé cette initiative en associant leurs divers financements. Cette initiative a permis une expansion importante de l'offre publique: 400 nouvelles cliniques ont été construites, 2 900 nouveaux travailleurs de la santé ont été formés pour être ensuite déployés sur le territoire, et la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'une clinique a augmenté, passant de 49 à 72 pour cent. Les salaires des infirmières de premier grade ont été multipliés par deux.¹⁴⁰ En 2001, l'élimination de la participation financière des patients a provoqué une augmentation fulgurante de la demande qui, dans certains cas, a plus que doublé. L'Ouganda a également vu sa mortalité infantile et maternelle chuter.

Au Timor oriental, plus de 75 pour cent des établissements de santé ont été gravement endommagés ou détruits pendant le conflit de 1999 qui a finalement conduit à l'indépendance de l'Indonésie. Seuls vingt médecins sont restés dans le pays. Comme ce fut le cas en Ouganda, la mise en commun de l'aide par le biais d'une approche sectorielle a permis le relèvement rapide du système de santé publique et l'introduction de la gratuité des soins de santé universels. En seulement trois ans, la couverture vaccinale est passée de 26 à 73 pour cent et le taux d'accouchements effectués par du personnel qualifié de 26 à 41 pour cent.¹⁴¹

Dans les pays en développement, un large usage a été fait des prestataires privés non officiels pour justifier l'octroi de subventions à ce secteur et dans l'intention de traiter des maladies graves telles que le paludisme (voir encadré 5). Toutefois, les récents investissements effectués par les gouvernements de quatre pays africains dans la prévention et le traitement du paludisme ont montré que les systèmes de santé publique sont en mesure de réagir rapidement et de déployer leurs services en cas de crise – avec des résultats spectaculaires. Une distribution massive de moustiquaires insecticides longue durée associée à une diffusion à l'échelle nationale de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine par le secteur public a entraîné une baisse de plus de 50 pour cent des hospitalisations pour cause de paludisme et des décès dans tout le Rwanda et l'Éthiopie. On a également remarqué une baisse de 33 pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans en Zambie et de 34 pour cent des décès au Ghana.¹⁴²

Agir pour réussir

Aucun système de santé publique n'est voué à l'échec s'il est soutenu par un engagement et un leadership politiques, des investissements conséquents, des mesures appropriées et le soutien populaire. Chaque fois que ces éléments ont été réunis, les gouvernements des pays pauvres ont obtenu des résultats remarquables et souvent à un faible coût.

Le secteur privé n'offre aucune solution aux très graves problèmes que rencontrent de nombreux systèmes de santé publique. Les gouvernements des pays en développement et les donateurs internationaux devraient plutôt s'efforcer d'attaquer ces problèmes de front. Les enseignements que l'on peut tirer du succès de certains systèmes de santé sont étonnamment cohérents.¹⁴³ Les diverses politiques et stratégies devraient être consacrées à assurer l'accès universel. Les services de santé devraient être gratuits et accessibles à tous, même dans les zones rurales reculées.¹⁴⁴ Les gouvernements devraient former et recruter suffisamment de travailleurs de santé et investir dans le leadership et le management. Ils devraient adopter une démarche axée sur les soins de santé primaires, mais aussi investir dans les soins secondaires, y compris dans les hôpitaux ruraux, afin de protéger les pauvres de la hausse des coûts de ces services essentiels.¹⁴⁵ La réussite dépend de l'équilibre entre les interventions préventives, promotionnelles, curatives et palliatives.¹⁴⁶

Les gouvernements devraient légiférer sur le droit à la santé et sur les droits des citoyens à l'information. Dans leurs décisions politiques et budgétaires, les gouvernements devraient s'engager à la transparence et, comme on le verra dans la partie suivante, les OSC devraient être soutenues dans leur rôle inestimable, qui est de donner aux citoyens les moyens de surveiller les dépenses de santé et d'influencer les

pratiques des infrastructures publiques de soins locales et des travailleurs. L'assistance en provenance des donateurs des pays riches devrait s'effectuer sous forme d'une aide programmée sur le long terme afin d'édifier le système de santé et dans l'intention de former, de recruter et de maintenir à leurs postes les professionnels de santé publique.

Le succès de certains systèmes de santé publique ne signifie pas que les problèmes et les défis n'existent pas, mais ils sont bien la preuve que le changement et le progrès sont possibles. Comme l'a fait valoir la Commission des déterminants sociaux de la santé, plutôt que d'abandonner le secteur public à ses problèmes actuels dans les pays pauvres, des mesures spécifiques sont nécessaires pour renforcer et élargir rapidement le financement et l'offre publique de soins de santé.¹⁴⁷

4. Maîtrise des coûts et des risques dans le secteur privé des soins de santé

Les données actuelles portent à croire que promouvoir la croissance dans le secteur privé des soins de santé n'est pas forcément une bonne chose. Cela ne signifie pas que le secteur privé doit être ignoré. Il continuera à fonctionner et à entraîner des coûts qui devront être gérés, mais donnera également naissance à certains avantages qui doivent être mieux saisis et sur lesquels il est nécessaire de capitaliser, par exemple dans les domaines de la recherche et de l'innovation.

Une première étape consisterait à abandonner tout présupposé idéologique et à mener une évaluation honnête et complète de la structure, des caractéristiques et des impacts (positifs et négatifs) du secteur privé. Quels types de prestataires privés opèrent et sur quels marchés? Quel est leur comportement sur le marché et pourquoi? Sont-ils de petits ou de grands prestataires? Quel est leur impact sur le système de santé public? Quel type de services proposent-ils? Qui atteignent-ils et par quels moyens? Qui excluent-ils? Dans la plupart des pays pauvres, les réponses à ces considérations fondamentales manquent cruellement.¹⁴⁸

Deuxièmement, plutôt que d'adopter des stratégies qui n'ont pas fait leurs preuves et qui sont guidées par un certain nombre d'idéologies, une approche plus pragmatique serait, pour les gouvernements et les donateurs, de se tourner vers l'expérience des pays qui ont réussi à augmenter l'accès aux soins de santé. A quoi le secteur privé ressemble-t-il dans ces pays? Comment a-t-il été géré et réglementé?

Encore une fois, les informations sont peu abondantes, mais ce qui est disponible offre quelques pistes.

Le secteur privé officiel haut de gamme

Dans la plupart des pays à faibles revenus et en particulier en Afrique sub-saharienne, le secteur privé officiel haut de gamme – et coûteux – est sous-développé et sans grande pertinence pour la majorité de la population qui n'a pas les moyens de faire appel à ses services. Utiliser les deniers publics ou l'argent de l'aide pour subventionner les activités de ce secteur est un véritable gaspillage. Même au Mexique et en Argentine, pays à revenus moyens et où les systèmes publics ont été réformés pour encourager les riches à faire appel au secteur privé, la faculté de réglementer les prestataires de soins de santé privés importants et souvent très puissants, fait défaut. En conséquence, la fonction redistributive du système public a été compromise.¹⁴⁹

À court terme, les prestataires privés et tous les investisseurs internationaux devraient au moins être tenus d'adhérer à un code de conduite afin de minimiser les coûts et les dommages encourus par la santé publique. Ce code pourrait inclure un recrutement responsable du personnel de santé et pourrait également être rendu public afin d'encourager la surveillance et la responsabilité financières. Dans le même temps, il est nécessaire que les compagnies de soins de santé privées soient tenues de payer leurs impôts afin d'aider à couvrir les coûts de la régulation, contribuant ainsi au système de santé publique.

Il serait sage que les pays en développement préservent leur autorité en ce qui concerne l'élaboration des politiques de santé et qu'ils aient le pouvoir de revenir sur toute décision concernant le rôle du secteur privé en excluant purement et simplement les politiques de santé issues d'accords commerciaux et d'investissement bilatéraux, régionaux et internationaux, y compris les négociations de l'AGCS à l'OMC. Les gouvernements des pays riches qui bénéficient aujourd'hui, à l'intérieur de leurs propres systèmes de santé, des avantages que leur ont procuré ces tâtonnements impliquant à la fois les secteurs public et privé ne devraient pas tenter d'interdire ce choix aux gouvernements des pays en développement.

Les secteurs privés officiels et parallèles bas de gamme

Que faut-il faire en ce qui concerne la pléthore d'échoppes, de praticiens et de revendeurs de médicaments non réglementés et non enregistrés qui constituent la majorité des prestataires de soins de santé privés dans les pays à faibles revenus? Les populations les plus

pauvres et les plus marginalisées y ont très souvent recours, tout particulièrement dans les cas graves. Une initiative urgente est donc nécessaire afin de réduire autant que possible les pratiques dangereuses et améliorer les normes sanitaires.

Le contrôle de la qualité par le biais de la réglementation semble pratiquement impossible, tant ces prestataires sont dispersés et difficiles à localiser. Si l'on considère également la faiblesse des bureaucraties gouvernementales sous-financées et parfois corrompues, la tâche est énorme. Et quand certains opérateurs doivent fermer boutique, ils ne font souvent que se déplacer un peu plus loin pour ouvrir une nouvelle échoppe.¹⁵⁰ Des témoignages en provenance de différents pays montrent que les interventions négociées ont plus de chances d'être efficaces.¹⁵¹ Il s'agit notamment de former les revendeurs de médicaments et les prestataires de soins de santé pour qu'ils puissent effectuer de simples traitements accrédités, le tout renforcé par une vaste éducation du public en vue de promouvoir des habitudes plus raisonnables dans la recherche de soins.¹⁵²

Il existe un certain nombre de raisons pour lesquelles ces interventions seront toujours limitées et leur rapport coût/efficacité restera une inconnue.¹⁵³ La durabilité est peu probable: de nouveaux prestataires pénètrent continuellement le marché. Les interventions menées jusqu'à ce jour se sont révélées extrêmement coûteuses.¹⁵⁴ Le faible niveau d'éducation et de compétence de la plupart des prestataires implique que l'éventail de services pouvant être offerts sans aucun danger sera toujours limité. Plus important encore, sans la garantie d'un niveau minimal de soins de santé accessibles à tous, la concurrence que se font les prestataires privés en vue d'attirer des patients à faibles revenus et à faible niveau d'éducation continuera à faire baisser non seulement les prix mais surtout la qualité.¹⁵⁵

Dans le cas qui nous occupe, les enseignements que l'on peut tirer du succès de certains pays, tout particulièrement en Asie, doivent être mieux compris et appliqués. Au Sri Lanka, par exemple, un système de santé public compétent, gratuit et accessible à tous semble agir comme régulateur du secteur privé et contribue à évincer le secteur privé parallèle et non réglementé.¹⁵⁶ Afin d'attirer des ressources financières, le secteur privé formel du Sri Lanka n'a eu d'autre choix que de s'aligner sur le système de santé publique pour ce qui est de sa qualité,¹⁵⁷ mais il est compétitif en ce qui concerne la rapidité et la réactivité.¹⁵⁸

Dans de nombreux Etats de l'Inde, la qualité des soins dans le secteur public est inacceptable, si bien qu'elle n'incite en aucune manière le secteur privé à proposer des solutions mieux adaptées. Dans l'État indien du Kerala, par contre, la qualité des hôpitaux publics, bien que loin d'être parfaite, semble constituer la référence des services de santé prestés par le secteur privé.¹⁵⁹ Des éléments démontrant que

certains systèmes de santé publique peuvent déclencher la rivalité du secteur privé apparaissent également en Afrique. En Ouganda, par exemple, le jour où la participation financière qui incombait aux patients a été supprimée, les prestataires privés ont également réduit leurs tarifs.¹⁶⁰

Insister sur l'investissement dans un service de santé publique gratuit et ouvert à tous et considérer ce dernier comme un « concurrent bénéfique » des prestataires de soins privés dans les pays à faible revenu ne signifie pas abandonner les interventions directes pour améliorer les normes des prestataires privés.¹⁶¹ Par contre, une telle aide financière ne devrait être autorisée que dans le cas où une somme égale ou supérieure serait également investie dans une stratégie destinée à développer et à renforcer la position dominante du secteur public. Cette solution – durable et axée sur le long terme – ne peut plus attendre.

Le rôle de la société civile

Responsabiliser les gouvernements

Dans les pays développés et en développement, la société civile a un rôle absolument essentiel à jouer dans la responsabilisation des gouvernements: ceux-ci devraient faire tout leur possible pour que leurs citoyens puissent jouir de leur droit à la santé. De nombreuses OSC influent déjà sur les politiques, encouragent la transparence et surveillent les activités gouvernementales. Au niveau national et international, les OSC réalisent des changements politiques importants, notamment en ce qui concerne les droits des personnes vivant avec le VIH/Sida, les prix des médicaments, les traitements, les droits des patients, la lutte contre le tabac, la promotion de l'allaitement maternel, le contrôle des préparations pour nourrissons et les soins de santé primaires.¹⁶² Dans le monde entier, Oxfam soutient les OSC afin qu'elles puissent responsabiliser les pays riches donateurs et les gouvernements des pays en développement. En Arménie, Oxfam, en collaboration avec d'autres partenaires, a réussi à persuader le gouvernement à dispenser gratuitement les soins de santé primaires, offrant de cette manière une couverture universelle à toute la population. Les OSC peuvent se targuer d'avoir réussi à atteindre de nombreux objectifs reconnus internationalement en matière de dépenses de santé, notamment l'engagement de 15 pour cent pour l'Afrique pris à Abuja et la création du Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. Ce dernier a engagé à ce jour 10,7 milliards de dollars dans 136 pays et sauvé 1,8 million de vies.

Les OSC peuvent jouer un rôle important en donnant à la population les moyens de surveiller les dépenses de santé et d'influer sur les pratiques en usage dans les établissements de soins de santé publique

locaux et sur les habitudes des travailleurs. A Lakandra, par exemple, un petit village pauvre et isolé du Népal situé dans le district de Dailekh, le projet « Safe Motherhood » (*Maternité sans risques*) vise à accroître la demande en services de santé maternels et néonataux et à en faciliter l'accès à des groupes exclus socialement. En identifiant les obstacles qui s'opposent à leur accès et en rapportant au public les informations glanées à ce sujet, le projet a aidé à accroître le nombre de cliniques de soins prénataux et postnataux qui est passé de un à quatre par mois, et a obtenu que les groupes marginalisés soient représentés dans le comité de gestion local de la santé.

Les services de santé fournis par la société civile

Les pays qui ont réussi dans leur démarche ont également tenté de tirer parti des prestataires de soins de santé des OSC dans le but de compléter, et non de remplacer, un système public efficace. Comme nous l'avons vu plus haut, le fait que les organisations de la société civile ne recherchent pas le profit signifie qu'elles ne sont pas sujettes aux mêmes défaillances de marché que les prestataires commerciaux. Dans les pays riches, elles sont souvent soutenues financièrement par le public, ce qui se révèle être une aide inestimable. Elles ont aussi l'avantage de pouvoir tirer profit de diverses innovations et savent comment atteindre les communautés les plus pauvres et les plus marginalisées. Les gouvernements ont beaucoup à apprendre des OSC et de leurs pratiques, et il leur est facile d'intégrer ces dernières dans la conduite du secteur public. En outre, la nécessité de réglementer les OSC pourrait inciter les gouvernements à mettre au point des normes de qualité adaptées à l'ensemble du système de santé et à réguler ce dernier.

Les prestataires de soins de santé qui relèvent des CSO devraient préserver ces avantages comparatifs et résister aux pressions qui les incitent à tirer profit de leurs opérations pour entrer en concurrence avec le secteur commercial. En lieu et place de cela, les OSC et les gouvernements devraient chercher autant que possible à travailler en étroite collaboration sur la base de principes de solidarité et d'équité communs. Dans plusieurs pays africains, de tels partenariats ont grandement aidé à développer l'accès général aux soins de santé (voir encadré 8).¹⁶³

Encadré 8. Travailler ensemble: les hôpitaux missionnaires et le gouvernement ougandais

En Ouganda, l'Église chrétienne gère 42 pour cent de l'ensemble des hôpitaux des zones mal desservies par le système de santé publique. A la fin des années 1990, les hôpitaux missionnaires ont dû faire face à une crise financière et le gouvernement ougandais s'est mis à subventionner leurs opérations. Cette aide incluait les salaires des médecins de l'Etat en poste dans les hôpitaux et permettait d'accéder au fonds commun médical de l'Etat.

Cette mesure a abouti à la mise en place d'un partenariat plus structuré voué à promouvoir une plus large collaboration dans divers domaines,

notamment dans l'élaboration des diverses politiques, la coordination et la planification, les ressources humaines destinées à gérer le secteur de la santé et la responsabilisation des communautés. Contrairement aux établissements publics, les hôpitaux missionnaires n'ont pas encore supprimé la participation financière des patients, mais cette dernière a été réduite grâce aux subventions du gouvernement. Les populations les plus pauvres et les plus vulnérables – et tout particulièrement les femmes et les jeunes filles – ont donc pu y accéder en plus grand nombre.

L'approche sectorielle mise au point en Ouganda, approche par laquelle les donateurs mettent en commun leurs fonds pour la santé dans l'intention de faire face aux coûts récurrents, a permis au gouvernement de financer en direct les hôpitaux missionnaires – et ceci de manière régulière – aidant ainsi à bâtir ce qui est devenu un partenariat effectif fondé sur la confiance et la négociation plutôt que sur des marchés concurrentiels.

Référence: adapté de Lochoro et al. 2006 'Public-private partnerships in health: working together to improve health sector performance in Uganda'.¹⁶⁴

Les partenariats entre OSC et gouvernements, dans lesquels l'Etat fixe un cadre en tant que prestataire principal, sont également nécessaires pour veiller à ce que les efforts de secours humanitaire des ONG internationales puissent contribuer à renforcer l'efficacité et le niveau du système de santé publique sur le long terme.¹⁶⁵

Au Timor oriental, par exemple, après des décennies de conflit qui ont pratiquement détruit le système de santé publique, le gouvernement de transition a demandé à des ONG d'intervenir et de jouer un rôle temporaire dans la gestion et la fourniture des services de santé des districts tandis que les moyens mis à la disposition du système de santé publique étaient renforcés. Des infirmières et des sages-femmes ont été affectées à chaque établissement de santé dans le but de travailler avec les ONG et d'acquérir de nouvelles connaissances. Trois ans après l'indépendance, l'« Autorité nationale de la santé » nouvellement instituée a pris le contrôle des prestations de services.

Les gouvernements peuvent également demander aux OSC de signer le « Code de conduite des ONG pour le renforcement des systèmes de santé » afin de s'assurer que leurs services ne se substituent pas au développement de systèmes de santé publics décents et responsables mais les complètent et les cautionnent. Le Code fournit des directives afin que ces activités n'épuisent les ressources limitées de l'État et souligne l'importance d'impliquer les citoyens dans la responsabilisation de leurs gouvernements.^{166 167}

5. Conclusion

Le retard pris pour atteindre les OMD en matière de santé est colossal. Des millions de femmes, d'hommes et d'enfants des pays pauvres n'ont accès à aucun soin quand ils sont malades. La nécessité de développer et de renforcer rapidement les services de santé n'a jamais été plus urgente. Les gouvernements et les donateurs des pays riches ont la responsabilité d'investir dans des politiques qui ont fait leurs preuves pour parvenir à ce déploiement.

Malgré des années de débats et d'investissements massifs dans les solutions du secteur privé, aucun argument n'existe pour justifier que les deniers publics et de l'argent de l'aide aillent dans les caisses des prestataires privés. En fait, des expériences menées dans de nombreux pays montrent que l'expansion du secteur privé peut compromettre les systèmes de santé du secteur public et leur propension à aider ceux qui en ont le plus besoin. Des études comparatives internationales et régionales récentes ont confirmé que les services financés et fournis par le secteur public continuaient à jouer un rôle de premier plan dans les systèmes de santé les plus performants et les plus redistributifs.

Le secteur privé a la possibilité de sortir des millions de personnes de la pauvreté. Il peut créer des emplois et de nouvelles opportunités, générer des salaires qui permettront l'achat de biens et de services supplémentaires et enseigner de nouvelles compétences. Sans lui, le développement est impossible. Toutefois, dans la fourniture des soins de santé, les coûts sont manifestement plus considérables que les avantages.

Au vu des données disponibles actuellement, on ne peut prétendre que la fourniture de soins de santé par les gouvernements soit satisfaisante partout dans le monde : dans la majorité des pays pauvres, de sérieuses épreuves sont à surmonter. De la même manière, rien ne donne à penser que le secteur privé n'a aucun rôle à jouer. Il continuera d'exister sous de nombreuses formes et impliquera aussi bien des coûts qu'il faudra contrôler que des avantages potentiels qui doivent être mieux interprétés et qu'il est nécessaire de capitaliser à l'intérieur d'un système public et convenablement régulé sur lequel les citoyens peuvent exercer un contrôle démocratique.

Ce qui est évident, par contre, c'est que pour réaliser l'accès universel et équitable à des soins de santé décents, le secteur public doit agir en tant que prestataire principal. Il n'y a pas d'autre solution. Les gouvernements des pays en développement et les pays riches donateurs doivent agir dès maintenant pour produire un changement réel et donner la priorité à un développement rapide des soins de santé publique gratuits pour tous. Par la même occasion, ils doivent

mettre fin aux politiques périlleuses et sans fondement qui favorisent l'expansion du secteur privé et menacent de compromettre des réussites durement acquises.

Recommandations

Aux donateurs

- Accroître rapidement l'aide en faveur de l'expansion des soins de santé publics, gratuits et pour tous, dans les pays à faibles revenus, y compris par le biais du Partenariat international pour la santé. Veiller à ce que l'aide soit fournie de manière coordonnée, prévisible et sur le long terme et, si possible, en tant qu'appui budgétaire au secteur de la santé ou général.
- Soutenir la recherche sur les méthodes fructueuses en faveur d'une augmentation de l'offre publique de soins et partager ces enseignements avec les gouvernements.
- Examiner toutes les données et les risques encourus au lieu de dévier l'argent de l'aide pour promouvoir des politiques risquées et infondées qui se basent sur l'introduction de réformes économiques dans le système de santé publique et sur l'augmentation de l'offre privée.
- Encourager les gouvernements des pays en développement à renforcer leur capacité de réguler les prestataires de soins de santé privés existants.

Aux gouvernements des pays en développement

- Résister à la pression des donateurs qui désirent mettre en œuvre des réformes économiques infondées et irréalisables dans les systèmes de santé publics et élargir l'offre du secteur privé.
- Placer les ressources et les compétences dans des stratégies probantes afin d'élargir l'offre publique des services primaires et secondaires tout en veillant à dépenser un minimum de 15 pour cent des budgets gouvernementaux dans le secteur de la santé. Supprimer également la participation financière des utilisateurs.
- Assurer la représentation des citoyens et leur rôle de surveillance en matière de planification, de processus budgétaires et de contrôle de l'offre publique en matière de soins de santé.
- Travailler en collaboration avec la société civile afin d'optimiser l'accès aux soins de santé publique et améliorer la qualité de ces derniers.
- S'efforcer de réguler les prestataires de soins de santé privés dont les buts sont commerciaux afin que leur contribution soit positive et de limiter les risques qu'ils posent pour la santé publique.
- Exclure les soins de santé des accords commerciaux ou sur l'investissement, qu'ils soient bilatéraux, régionaux ou internationaux, y compris les négociations de l'Accord général sur le commerce et les services de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC).

A la société civile

- Demander des comptes à leurs gouvernements en agissant de concert pour suivre les politiques de développement, surveiller les dépenses de santé ainsi que la prestation de services et dénoncer la corruption.
- Résister aux pressions exercées en vue de commercialiser les interventions médicales et inviter les pays riches donateurs ainsi que les gouvernements à accroître les services de santé publique universels.

Assurer que les services de santé procurés par les OSC complètent et encouragent l'expansion des systèmes de santé publics, en signant notamment le « Code de conduite des ONG pour le renforcement des systèmes de santé ».

Notes

¹ Banque mondiale (2004), 'Rapport mondial sur le développement : faire fonctionner les services sociaux au bénéfice des pauvres', Washington DC : World Bank Washington DC : Banque mondiale

² Bennett, S., McPake, B. et Mills, (eds.) (1997) 'Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest ? ' London : Zed Books

³ Société financière internationale (SFI) (2007) 'Investir dans la Santé en Afrique - le secteur privé : un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations', Washington DC : SFI

⁴ Banque mondiale (2007) 'Healthy Development : The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results', Washington DC : Banque mondiale

⁵ Banque mondiale, 2004, op.cit., page 155

⁶ Il existe un certain nombre de grandes sociétés multinationales impliquées dans les services de soins de santé qui élargissent leur participation dans les pays pauvres. Afrox Healthcare Limited exploite environ 7 300 lits en Afrique du Sud, au Botswana et au Zimbabwe. Les caisses d'assurance-santé élargissent également leur portefeuille pour y inclure la participation ou le partenariat de prestataires privés. British United Provident Association (BUPA) est une société internationale spécialisée dans la santé et les soins qui propose des assurances et des services à près de quatre millions de personnes, et dont les membres résident dans plus de 180 pays. En 2001, BUPA a signé un contrat pour acheter des entreprises de soins de santé primaires en Malaisie, à Hong Kong et à Singapour, et a récemment conclu une joint-venture avec une grande société d'assurance-maladie et de fourniture de soins en Inde.

⁷ Ollila, E. (2005) 'Restructuring global health policy-making : the role of global public-private partnerships' dans Mackintosh, M. et Koivulsalo, M. (eds.) Commercialization of Health Care : Global and Local Dynamics and Policy Responses, New York : UNRISD

⁸ Le projet d'Accord de partenariat économique (APE) entre l'UE et les Caraïbes comprend des services médicaux et de santé. Les dispositions des APE ne permettent que difficilement la modification des conditions des prestataires étrangers dans le cas où leur participation ne rencontrerait pas les objectifs de développement nationaux et empêcherait les populations les plus pauvres et les plus vulnérables d'accéder, contrairement aux prévisions, aux soins de santé.

⁹ À titre d'exemple, 200 investisseurs privés américains envisagent d'utiliser l'Accord de libre-échange nord-américain dans le but de poursuivre le gouvernement canadien s'il continue d'interdire toute possibilité d'investir dans le système de santé du Canada ou d'en tirer profit. De Russell, F. (2008) 'Suit seeks to open Canadian health care to privatizers', Winnipeg Free Press, septembre.

<http://www.winnipegfreepress.com/historic/33080179.html>

dernière consultation le janvier 2009.

¹⁰ Oxfam, Action pour la santé globale, Médecins du Monde, Save the Children, Plan, Avocats pour la santé dans le monde et Act Up Paris (2008)

'Les assurances maladie dans les pays à faibles revenus : sont-elles vraiment efficaces ? ' Oxford : Oxfam International.

¹¹ Rapport 2007 de la SFI, *op.cit.*, page 18.

¹² *ibid.*

¹³ Analyse d'Oxfam réalisée à partir de données provenant d'Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) dans 15 pays d'Afrique sub-saharienne présentant des caractères comparables en ce qui concerne les catégories de prestataires privés. Données rassemblées par T.Marek, C. O'Farrell, C. Yamamoto et Zable, I. (2005) 'Trends and Opportunities in Public-private Partnerships to Improve Health Service Delivery', Africa Region Human Development Series, Washington DC : Banque mondiale.

¹⁴ Lyer, A., Sen, G., et George, A. (2007) 'The dynamics of gender and class in access to health care : evidence from rural Karnataka, India', International Journal of Health Services 37(3)

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Dernières données disponibles. Réunies par Marek et al 2005, *op.cit.*. Marek et al 2005, *op.cit.*

¹⁷ McCoy, D., Ashwood-Smith, H., Ratsma, E. et Kemp, J. (2005) 'Going from bad to worse : Malawi's maternal mortality', South Africa : Health Systems Trust

¹⁸ Banque mondiale, 2004, *op.cit.*, page 138.

¹⁹ Banque mondiale, 2004, *op.cit.*, page 137.

²⁰ SFI 2007, *op.cit.*, page 15.

²¹ Sengupta, A. et Nundy, S. (2005) 'The private health sector in India is burgeoning but at the cost of public health care' British Medical Journal 331 : 1157-1158

²² Economic Times (2004) : 'Medical tourism, the next big wave', Economic Times, 8 avril.

²³ Pan American Health Organization et Swedish International Development Agency (2003). 'Exclusion in health in Latin America and the Caribbean', Pan American Health Organization, Extension of Social Protection in Health Series No. 1. Washington DC

²⁴ Données récoltées par Marek et al 2005, *op.cit.*

²⁵ Présentation de Julian Schweitzer, directeur du service Santé, Nutrition et Population du Réseau de développement humain à la Banque mondiale (débat organisé par Oxfam à l'Assemblée mondiale de la Santé, Genève, mai 2008 : 'Dans l'intérêt du public ? Quel rôle pour le secteur privé dans la prestation des soins de santé pour tous ? ') et 'La santé en Afrique', débat organisé par la SFI et la Banque mondiale à Bruxelles, le 26 février 2008.

²⁶ SFI 2007, *op.cit.*, page 28

²⁷ Bayliss, K., et Kessler, T. (2006) 'Can privatisation and commercialisation of public services help achieve the MDGs ? An assessment', Programme de développement des Nations Unies, document de travail n ° 22, New York : Nations Unies

²⁸ En Afrique du Sud, la déductibilité fiscale dont jouit le secteur médical réduit considérablement les recettes du gouvernement. En 2001, ces pertes s'élevaient à 1 milliard de dollars.

McLeod, H. (2005) 'Mutuality and solidarity in health-care in South Africa'. South African Actuarial Journal 5 : 135-67.

²⁹ McIntyre, D., Gilson, L. et Mutyambizi, V. (2005) 'Promoting equitable health care financing in the African context : Current challenges and future prospects', EQUINET Discussion paper n° 27.

www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS27fin.pdf, dernière consultation le 15 octobre 2008

³⁰ Baeza et Munoz (1999) dans Mills, A. (2007) 'Strategies to achieve universal coverage : are there lessons from middle-income countries ? ', document d'information pour la Commission des Déterminants sociaux de la santé, Genève : OMS

³¹ OMS (2006) 'Rapport sur la santé mondiale', Genève : OMS

³² SFI 2007, *op.cit.*, page 3.

³³ Wibulpolprasert, S. et Pengpaibon, P. (2003) 'Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand : four decades of experience', Human Resources for Health 1(12).

³⁴ L'actuel directeur chargé de la santé à la Banque mondiale a souvent utilisé cet argument, notamment au cours d'un débat organisé récemment par Oxfam à l'Assemblée mondiale de la Santé de 2008 à Genève, et intitulé : 'Dans l'intérêt public ? Quel rôle pour le secteur privé dans la prestation des soins de santé pour tous ? '.

³⁵ Par exemple, voir Hsaio, W. (1995) 'Abnormal economics in the health sector' Health Policy 32 : 125-39.

³⁶ Mackintosh, M. (2007) 'Planning and market regulation : strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality care', document de travail de la Commission pour les déterminants sociaux de la santé, Genève : OMS

³⁷ Transparency International (2006) 'Global Corruption Report 2006', London : Transparency International.

³⁸ Blumenthal, D. et Hsiao, W. (2005) 'Privatization and Its Discontents – The Evolving Chinese Health Care System', The New England Journal of Medicine 353 : 1165-1170.

³⁹ Statistiques de l'OMS, [http : //www.who.int/whosis/en/](http://www.who.int/whosis/en/), dernière consultation le 7 octobre 2008

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2008) : 'Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé', Commission sur les déterminants sociaux de la santé, Genève : OMS. Aux Etats-Unis, depuis 2000, la contribution financière des employés à l'assurance maladie proposée par leur propre entreprise a augmenté en moyenne de plus de 143 pour cent, tandis que les coûts des dépassements de franchises, des tickets modérateurs pour les médicaments et des assurances complémentaires pour les visites de médecin et les hospitalisations ont augmenté de 115 pour cent au cours de la même période.

-
- ⁴² Banque mondiale (2008) 'Indicateurs du développement dans le monde', Washington DC : Banque mondiale, page 118.
- ⁴³ Kuttner, K. (2008) 'Market-based failure – a second opinion on U.S. health care costs' *The New England Journal of Medicine*, 358 : 549-51.
- ⁴⁴ La proportion de naissances par césarienne en 1997 était de 40 pour cent. Murray, S.F. (2000) 'Relations between private health insurance and high rates of Caesarean section in Chile : a quantitative and qualitative study', *British Medical Journal*, 321(7275) : 1501-5.
- ⁴⁵ Angeja, A. et Washington, A. et al. 'Chilean women's preferences regarding mode of delivery : which do they prefer and why ? ' *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(11) : 1253–58.
- ⁴⁶ Huong, D., Phuong, N. et al., (2007) 'Rural health care in Vietnam and China : conflict between market reforms and social need', *International Journal of Health Services* 37(3)
- ⁴⁷ Liu, X. et Mills, A. (2002), 'Financing reforms of public health services in China : lessons for other nations' *Social Science and Medicine* 54 : 1691-98
- ⁴⁸ Palmer, N. (2000) 'The use of private-sector contracts for primary health care : theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries' *Bulletin of the World Health Organization* 78(6).
- ⁴⁹ Waelkens et Greindl (2001) dans Bayliss et Kesler (2006) op.cit. page 19
- ⁵⁰ Une grande partie des informations concernant l'externalisation des services provient de projets pilotes et de programmes avec des fournisseurs privés non commerciaux. Dans de nombreux cas, ce n'est pas parce que les prestataires commerciaux avaient été exclus, mais parce que leurs offres n'étaient pas compétitives ou acceptables sur le plan technique. Dans la présente section, les exemples non commerciaux sont donc parfois utilisés pour analyser l'efficacité de la prestation du secteur privé.
- ⁵¹ Bloom, E., Bhushan, I. et al. (2007) 'Contracting for health : evidence from Cambodia' Washington DC : Brookings Institute www.cfr.org/publication/11356/brookings_institution.html, dernière consultation le 20 octobre 2008
- ⁵² Palmer, N., Strong, L. et al (2006) 'Contracting out health services in fragile states' *British Medical Journal* 332 : 718-721
- ⁵³ OMS (1998) 'Experiences of contracting : an overview of the literature.' *Macroeconomics, Health and Development Series*, Nr. 33.
- ⁵⁴ Il s'agit notamment du Cambodge où, en 2003, certains districts ont augmenté leurs dépenses publiques de 2,93 dollars par habitant – une somme très conséquente pour ces régions – par rapport à une moyenne de 1,59. De Bloom et al. (2006) op.cit.
- ⁵⁵ Liu, X., Hotchkiss, D. et Bose, S. (2008) 'The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries : a review of the evidence' *Health Policy and Planning* 23 : 1-13.
- ⁵⁶ Et non des 'politiques fondées sur des données probantes'.
- ⁵⁷ Par exemple Mills, A. et Broomberg, J. (1998) 'Experiences of contracting : an overview of the literature' Geneva : OMS; *Macroeconomics, Health and Development Series*, 33; England, R. (2004) 'Experiences of contracting with the private sector : a selective review' London, DFID Health Systems

Resource Centre; Loevinsohn, B. et Harding, A. (2005) 'Buying results ? Contracting for health service delivery in developing countries', *The Lancet*, 366 : 676-8; Liu, X. et al, 1998, *op.cit.*

⁵⁸ Loevinsohn et Harding 2005, *op.cit.*

⁵⁹ Quelques-unes de ces lacunes méthodologiques sont énumérées par l'auteur : (i) la moitié des cas ont été examinés sur la base de rapports provenant de la littérature grise et certains d'entre eux n'ont pas été publiés dans des revues scientifiques, (ii) les méthodes utilisées et les mesures d'évaluation variaient de manière significative d'une étude à l'autre; (iii) les modèles expérimentaux et les différents résultats rendent impossible une méta-analyse, (iv) il est possible que nous n'ayons pas eu la possibilité d'identifier d'autres exemples de sous-traitance et que ces derniers aient eu des résultats moins positifs, et (v) il est possible qu'un certain parti-pris ait prévalu dans les exemples considérés. Référence : Loevinsohn et Harding 2005, *op.cit.*

⁶⁰ Liu, Hotchkiss et Bose 2008, *op.cit.* - notons que l'évaluation du plus grand programme de sous-traitance au Bangladesh a fait l'objet d'une intense controverse en raison d'un certain nombre d'incertitudes concernant sa validité interne. Les éléments incriminés étaient entre autres l'absence de contrôle des facteurs de confusion, le choix des indicateurs, le petit nombre de groupes de contrôle, les critères utilisés pour sélectionner ces derniers ainsi que la possibilité de leur contamination réciproque. Cette situation a entraîné une réévaluation des données en question, et ses conclusions ont été nettement plus équilibrées que celles consignées dans les rapports examinés par Loevinsohn et Harding 2005, *op.cit.*

⁶¹ Marek, T., Diallo, I., Ndiaye, B. et Rakotosalama, J. (1999) 'Successful contracting of preventative services : fighting malnutrition in Senegal and Madagascar', *Health Policy and Planning* 14 : 382-9.

⁶² PNUD (2003) 'Rapport sur le développement humain 2003 : les Objectifs du Millénaire pour le Développement : Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine', New York : PNUD, page 114.

⁶³ Health Policy Network of the NHS Consultants' Association, NHS Support Federation (1995) 'In practice : The NHS market in the United Kingdom', *Public Health Policy* 16 : 452-91

⁶⁴ Mills et Broomberg 1998, *op.cit.*

⁶⁵ Marek et al 2005, *op.cit.*, page 36.

⁶⁶ *Ibid*

⁶⁷ SFI 2007 *op.cit.*, page 8.

⁶⁸ Tuan, T., Dung, V., Neu, I. et Dibley, M. (2005) 'Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam' *Health Policy and Planning* 20 : 319-27.

⁶⁹ Hsiao, W.C. (2004) 'Disparity in health : the underbelly of China's economic development.' *Harvard China Review* 5 : 64-70.

⁷⁰ SFI (2007) *op.cit.*, citant l'OMS (2003) 'Effective medicines regulation : ensuring safety, efficacy, and quality.' Genève : OMS

⁷¹ Broomberg, J. et Mills, A. (2004) 'Quality of care in contracted-out and directly provided public hospital services in South Africa : evaluation of

structural aspects', HEFP Working Paper 02/04, London School of Hygiene and Tropical Medicine

⁷² Patouillard, E., Goodman, C., Hanson, K. et Mills, A. (2007), 'Can working with the private for profit sector improve utilization of quality health services by the poor ? A systematic review of the literature.' *International Journal for Equity in Health*, 6(17).

⁷³ Banque mondiale 2004, *op.cit.*

⁷⁴ Omaswa *op.cit.*

⁷⁵ IRIN(2008) 'NIGERIA : Shoddy private health centres closed down', IRIN 29 avril 2008 www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=77981, dernière consultation le 28 octobre 2008

⁷⁶ Newell, J., Pande, S. et al. (2004) 'Control of tuberculosis in an urban setting in Nepal : public-private partnership' *Bulletin of the World Health Organization* 82 : 92-98.

⁷⁷ Le Fonds mondial décidera de son éventuel soutien à l'AMFm au cours de son Conseil d'administration de novembre 2008.

⁷⁸ La plupart du temps, une sous-prescription est ordonnée lorsque le patient n'a pas les moyens de s'offrir tous les médicaments nécessaires.

⁷⁹ Médecins sans Frontières (MSF) a mis en œuvre des projets pilotes et des programmes de traitement du paludisme dans trois pays africains et a constaté que le nombre de personnes examinées et traitées pour le paludisme n'augmentait que lorsque les soins étaient fournis gratuitement. Référence : MSF (2008) 'Prescription complète ; un meilleur traitement contre le paludisme pour plus de patients : l'expérience de MSF' Bruxelles.

⁸⁰ Mackintosh, M. (2003) 'Health care commercialisation and the embedding of inequality' RUIG/UNRISD Health Project Synthesis Paper

⁸¹ Banque mondiale (2004), *op.cit.*, page 15.

⁸² *Ibid.*

⁸³ Hall, D. (2003) 'Public Services Work! : Information, insights and ideas for our future', Public Services International : Geneva

⁸⁴ Koivusalo et Mackintosh 2004, *op.cit.*

⁸⁵ Huong, Phuong et al. 2007 *op.cit.*

⁸⁶ Au Vietnam, le système de santé publique, bien que peu financé et mal géré, a fourni un accès presque universel aux services de base jusqu'à la fin des années 1980. En une quarantaine d'années, le taux de mortalité infantile avait chuté de 90 pour cent et l'espérance de vie avait presque doublé. Les réformes de marché et une croissance substantielle du secteur privé ont depuis lors conduit à une augmentation disproportionnée des coûts pour les pauvres. En 2003, une seule hospitalisation coûtait à une personne pauvre l'équivalent de quarante-deux mois de salaire, tandis qu'elle en coûtait huit à une personne qui ne l'était pas. Cette différence de coût pour le même soin entre les riches et les pauvres a presque doublé depuis 1993. Référence : Huong, Phuong, et al, *op.cit.*

⁸⁷ Rannan-Eliya, R. et Somantnan, A. (2005) 'Access of the Very Poor to Health Services in Asia : Evidence on the role of health systems from Equitap'. UK : DFID Health Systems Resource Centre

⁸⁸ Huong, Phuong et al.(2007) op.cit

⁸⁹ Financial Times : 'China facing health system funding crisis' The Financial Times, 21 octobre 2008.

⁹⁰ Blumenthal et Hsiao 2005, op.cit.

⁹¹ Standing, H. (2002) 'Framework for understanding health sector reform' dans Sen, G., George, A., et Ostlin, P. (eds) Engendering international health : the challenge of equity Cambridge : MIT Press

⁹² Unifem (2005), Progress of the World's Women 2005, New York; F.Lund, et A.Marriott (2005). 'Occupational Health and Safety for the Poorest'. London : Report for DFID.

⁹³ Östlin, P. (2005) 'What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health ? ' Copenhagen : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Health Evidence Network Report; [http : //www.euro.who.int/Document/E87674.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf) , dernière consultation le 20 février 2008

⁹⁴ Oxfam International (à paraître) 'Georgia For All Country Case Study'

⁹⁵ SFI 2007, *op.cit.*, pages 40-41.

⁹⁶ Banque mondiale 2004, *op.cit.*, page 9.

⁹⁷ Transparency International 2006, *op.cit.*

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ La recherche menée par Justice Quereshi conclut qu'en Inde, les hôpitaux privés étaient de véritables « machines à faire de l'argent ». De Quereshi, AS (2001) 'High Level Committee for Hospitals in Delhi', New Delhi : rapport non publié du gouvernement de Delhi.

¹⁰⁰ Il est peu probable que les OSC puissent égaler l'ampleur et la portée des services fournis par les systèmes de santé publique. Une étude financée par le DFID en Asie a révélé qu'en dépit des centaines de projets et d'initiatives menés par des ONG dans des pays tels que l'Inde, le Bangladesh, l'Indonésie et la Chine, aucun n'a eu de réel impact, au niveau global, sur la situation des pauvres dans ces pays. Même au Bangladesh, où les ONG touchent des millions de personnes, des dizaines de millions de pauvres n'ont toujours pas accès aux services de santé. Référence : Rannan-Eliya et Somanathan 2005, *op.cit.*

¹⁰¹ Loewenson, R. (2003a) 'Civil society – state interactions in national health systems', Annotated Bibliography on Civil Society and Health, Zimbabwe : WHO (OMS) and Training and Research Support Centre

¹⁰² Par exemple, au Népal, les OSC sont principalement situées dans les zones urbaines offrant des services de santé aux familles à revenu moyen, là où des installations existent déjà. Banque mondiale (2004) 'Social assessment of the Nepal Health Sector Reform', Washington DC.

¹⁰³ Par exemple, au Mozambique, la croissance rapide du financement externe des OSC a directement mis en cause la répartition efficace des ressources dans les zones les plus démunies, ce qui a aggravé la disparité de l'offre et développé les inégalités. Référence : J. Pfeiffer (2003) 'International NGOs and primary health care in Mozambique : the need for a new model of collaboration.' *Social Science & Medicine* 56(4) : 725-38.

¹⁰⁴ Les hôpitaux missionnaires facturent des frais dans la plupart des pays africains, ce qui exclut les plus pauvres (en particulier les femmes et les jeunes filles). Les recherches menées par Oxfam au Malawi ont montré que les frais facturés par les infrastructures missionnaires avaient un effet dissuasif sur les pauvres qui préféraient parcourir de longues distances pour rejoindre des établissements publics ou même ne pas se faire soigner du tout. Fournir des soins gratuitement demande un financement durable et à long terme, ce que la grande majorité des OSC peut difficilement garantir.

¹⁰⁵ Les OSC peuvent offrir des salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail que les gouvernements qui sont souvent à court d'argent, attirant de cette manière les travailleurs de santé du secteur public. Des enquêtes récentes menées en Éthiopie ont établi que les médecins spécialistes pouvaient gagner trois fois plus si ils travaillaient pour un organisme donateur américain que si ils pratiquaient pour le ministère de la Santé. Les enquêteurs ont découvert qu'un médecin spécialiste pouvait toucher un salaire mensuel de base se situant entre 354 et 513 dollars en travaillant pour le ministère de la Santé, alors qu'en exerçant pour le compte d'agences bilatérales américaines, ce salaire se situait entre 950 et 1200 dollars. Références : Davey, G., Fekade, D. et Parry, E. (2006) 'Must aid hinder attempts to reach the Millennium Development Goals ?' *The Lancet* 367 : 629–31.629-31.

¹⁰⁶ Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007) 'Challenging Inequity through Health Systems', Geneva : OMS

¹⁰⁷ Les pays les plus performants d'Asie sont le Sri Lanka, la Malaisie, Hong Kong et la Thaïlande. Rannan-Eliya et Somantnan 2005, op.cit.

¹⁰⁸ Bokhari et al. 2005 cités dans Mackintosh 2007, op.cit..

¹⁰⁹ Koivusalo, M. et Mackintosh, M. (2004), 'Health Systems and Commercialisation : In Search of Good Sense'. Document préparé à l'occasion de la Conférence internationale de l'UNRISD sur la commercialisation des soins de santé : Global and Local Dynamics and Policy Responses www.unrisd.org, dernière consultation le 28 octobre 2008

¹¹⁰ Sélectionnés par région pour leurs accomplissements rapides et supérieurs à la moyenne en matière de santé. Mehrotra, S. et Jolly, R. (eds.) (1997) *Development With A Human Face — Experiences in Social Achievement and Economic Growth*, Oxford : Oxford University Press, voir chapitre 2 pour plus de détails sur la manière dont les pays ont été sélectionnés.

¹¹¹ En ce qui concerne la mortalité des moins de cinq ans, les « percées » eurent lieu entre les années 1940 et 1990. *Ibid.*, page 66.

¹¹² Oxfam (2006) 'In the Public Interest', Oxford : Oxfam International.

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ Oxfam International et WaterAid (2006) 'Dans l'intérêt du public : santé, éducation, eau et assainissement pour tous', Oxford : Oxfam International

¹¹⁵ IRIN (2008) 'SRI LANKA : On track to eliminate malaria', IRIN, 24 avril 2008. www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=77899, dernière consultation le 28 octobre 2008

¹¹⁶ Kuttner 2008, op.cit.

-
- ¹¹⁷ UNDP (2006) 'Rapport du développement humain 2006', New York : UNDP
- ¹¹⁸ SFI 2007, *op.cit.*, page 60
- ¹¹⁹ Par exemple, à Cuba, la Banque mondiale rapporte que des assemblées régulières ont lieu au niveau municipal pour permettre aux consommateurs de donner leur avis sur les services de santé et les besoins en la matière. Banque mondiale, 2004, *op.cit.*
- ¹²⁰ Malawi Health Equity Network www.mejn.mw/mhen.html, dernière consultation le 28 octobre 2008
- ¹²¹ OMS 2008, *op.cit.*
- ¹²² Tibandebage, P. et Mackintosh, M. (2005) 'The market shaping of charges, trust and abuse : health care transactions in Tanzania' *Social Science and Medicine* 61 : 1385-95.
- ¹²³ Transparency International 2006, *op.cit.*, page 65
- ¹²⁴ Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS 2007, *op.cit.*
- ¹²⁵ Oxfam (2007) 'Paying for people' Oxford : Oxfam International
- ¹²⁶ Sen, G., Lyer, A. et George, A. (2002) 'Class, gender, and health equity : lessons from liberalizing India' in Sen, G. et al. 2002, *op.cit.*
- ¹²⁷ Rannan-Eliya and Somantnan 2005, *op.cit.*
- ¹²⁸ Gwatkin, D. (2001) 'Poverty and inequalities in health within developing countries : filling the information gap' dans D. Leon et G. Walt (eds.) *Poverty, Inequality and Health*, Oxford : Oxford University Press
- ¹²⁹ Loewenson 2003a, *op.cit.*
- ¹³⁰ Chu, K., Davoodi, H. et Gupta, S. (2000) 'Income Distribution and Tax and Government Social Spending Policies in Developing Countries'. Document de travail du FMI WP/00/62. Tout comme l'imposition progressive, la prestation des services publics par l'Etat est un outil de lutte majeur contre les inégalités dans une société. En fait, comme l'a reconnu le FMI, l'incidence sur l'inégalité des revenus pourrait être importante, en particulier « dans un pays où l'enseignement public et les soins de santé, tous deux gratuits, sont disponibles à grande échelle ».
- ¹³¹ *Ibid.*
- ¹³² Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS 2007, *op.cit.*
- ¹³³ Mackintosh 2007, *op.cit.*
- ¹³⁴ Owusu (2005), Van Leberghe et al. (2002), cités dans 'Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS 2007', *op.cit.*
- ¹³⁵ Ghani, A., Lockhart, C., et Carnahan, M. (2005) 'Closing the Sovereignty Gap : an Approach to State-Building' ODI Working Paper 253
- ¹³⁶ Banque mondiale (2000) 'Voices of the Poor : Can anyone hear us ? ' New York : Oxford University Press
- ¹³⁷ Hall, D. (2003) 'Public Services Work!' Geneva : Public Services International

-
- ¹³⁸ Alonso, A. et Brugha, R. (2006) 'Rehabilitating the health system after conflict in East Timor : a shift from NGO to government leadership' *Health Policy and Planning* 21(3) : 206-216.
- ¹³⁹ Blumenthal and Hsiao 2005, *op.cit.*
- ¹⁴⁰ OMS (2006) 'Rapport sur la santé mondiale', Genève : OMS, page 77.
- ¹⁴¹ Banque mondiale (nd) 'IDA at work : Rebuilding Timor-Leste's Health System' Project summary www.worldbank.org, dernière consultation le 28 octobre 2008.
- ¹⁴² OMS (2008), 'Impact of long-lasting insecticidal-treated nets and artemisinin-based combination therapies measured using surveillance data, in four African countries'. Preliminary report, Global Malaria Program, Geneva.
- ¹⁴³ Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS 2007, *op.cit.*
- ¹⁴⁴ Rannan-Eliya et Somantnan 2005, *op.cit.*
- ¹⁴⁵ *Ibid.*
- ¹⁴⁶ Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS 2007, *op.cit.*
- ¹⁴⁷ Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS 2007, *op.cit.*
- ¹⁴⁸ Mackintosh 2007, *op.cit.*
- ¹⁴⁹ Le Mexique et l'Argentine sont deux pays parmi d'autres où les régimes de sécurité sociale ont été réformés sous la pression des entreprises et des donateurs internationaux, permettant à leurs membres de choisir leurs propres prestataires de soins de santé. Voir, par exemple, Iriat, C. (2005) et Jasso-Aguilar, R. et al (2005). Mackintosh 2007, *op.cit.*
- ¹⁵⁰ Tibandebage et Mackintosh 2005, *op.cit.*
- ¹⁵¹ Hongoro, C. et Berman, P. (1998). 'Do they work ? Regulating for-profit providers in Zimbabwe' *Health Policy and Planning* 15(4) : 368-77. A.Mills R.Brugha, J.Gabsibm et B.McPake (2003) 'What can be done about the private health sector in low income countries ? Bulletin de l'OMS 80(4) : 325-30.
- ¹⁵² Mackintosh 2007, *op.cit.*
- ¹⁵³ Mills, Brugha, et al 2003 *op.cit.*
- ¹⁵⁴ Mills, Brugha, et al 2003 *op.cit.*
- ¹⁵⁵ Mackintosh 2007, *op.cit.*
- ¹⁵⁶ Mackintosh 2007, *op.cit.*
- ¹⁵⁷ Rannan-Eliya, R. et al. (2003) dans Yazbeck, A. et Peters, D. (eds) 'Health Policy Research in South Asia : Building Capacity for Reform', Washington DC : Banque mondiale – Une étude détaillée de la qualité des soins fournis par des prestataires privés au Sri Lanka a établi qu'elle était satisfaisante.
- ¹⁵⁸ O'Donnell, O., Van Doorslaer, E. et al. (2005) 'Who benefits from public spending on health care in Asia ? Equitap Project working paper No 3. www.equitap.org, dernière consultation : 15 septembre 2008.
- ¹⁵⁹ Narayana, K. (2007) 'The Role of the State in the privatisation and corporatisation of medical care in Andhra Pradesh, India' dans Sen, K. (ed.)

Restructuring Health Services : Changing Contexts and Comparative Perspectives, London : Zed Books

¹⁶⁰ James, C., Hanson, K. et al. (2006) 'To retain or remove user fees ? : reflections on the current debate in low- and middle-income countries', *Applied Health Economics and Health Policy* 5(3) : 137-53

¹⁶¹ L'expression 'concurrent bénéfique' provient de Mackintosh et Koivulsalo 2005, op.cit.

¹⁶² Loewenson, R. (2003b) 'Civil Society Influence on Global Health Policy' Annotated Bibliography on Civil Society and Health, Zimbabwe : WHO and Training and Research Support Centre, www.tarsc.org/WHOCSI/pdf/WHOTARSC4.pdf, dernière consultation : juillet 2008

¹⁶³ Loewenson, R. 2003a, op.cit.

¹⁶⁴ Lochoro, P. et al. (2006) 'Public-private partnerships in health : working together to improve health sector performance in Uganda' dans Kirunga, C. Tashobya, Ssengooba, F., et Oliveira Cruz, V (eds.) *Health Systems Reforms in Uganda : Processes and Outputs*, London : Health Systems Development Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine

¹⁶⁵ Alonso et Brugha 2006, op.cit.

¹⁶⁶ Code de conduite des ONG pour le renforcement des systèmes de santé [http : //ngocodeofconduct.org/category/signatories/](http://ngocodeofconduct.org/category/signatories/), dernière consultation le 28 octobre 2008.

¹⁶⁷ Oxfam va bientôt signer le code de conduite.

© Oxfam International, février 2009

Ce document a été rédigé par Anna Marriott. Oxfam remercie les personnes suivantes pour leur assistance dans sa réalisation: Max Lawson, Tom Noel, Elizabeth Stuart, Mark Fried, Esmé Berkhout, Rohit Malpani, Patrick Carroll, Nancy Holden, Mohga Kamal-Yanni, Emma Seery, Rob Doble, Katie Allan, Duncan Green, Alessia Bertelli, Rene Loewenson, Di McIntyre, Maureen Mackintosh, Jane Lethbridge, David Hall, Polly Jones, Tom Ellman, David McCoy, et Chris Whitty. Ce document fait partie d'une série de textes écrits pour informer et contribuer au débat public sur des problématiques relatives au développement et aux politiques humanitaires.

Le texte peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel: publish@oxfam.org.uk

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter : advocacy@oxfaminternational.org.

Les informations contenues dans ce document étaient correctes au moment de la mise sous presse.

Oxfam International est une confédération de 13 organisations qui travaillent ensemble dans plus de 100 pays pour trouver des solutions durables à la pauvreté et l'injustice.

<p>Oxfam America (Etats-Unis) 226 Causeway Street, 5th Floor Boston, MA 02114-2206, (Etats-Unis) Tél: +1 617-482-1211 (numéro gratuit +1 800-77-OXFAM) E-mail: info@oxfamamerica.org www.oxfamamerica.org</p>	<p>Oxfam Hong Kong 17/fl., China United Centre, 28 Marble Road, North Point, Hong Kong Tél: +852 2520 2525 E-mail: info@oxfam.org.hk www.oxfam.org.hk</p>
<p>Oxfam Australia 132 Leicester St., Carlton, Victoria 3053, Australie Tél: +61 3 9289 9444 E-mail: enquire@oxfam.org.au www.oxfam.org.au</p>	<p>Intermon Oxfam (Espagne) Roger de Llúria 15, 08010, Barcelone, Espagne Tél: +34 902 330 331 E-mail: info@intermonoxfam.org www.intermonoxfam.org</p>
<p>Oxfam-in-Belgium Rue des Quatre Vents 60, 1080 Bruxelles Belgique Tél: +32 2 501 6700 E-mail: oxfamsol@oxfamsol.be www.oxfamsol.be</p>	<p>Oxfam Ireland Bureau de Dublin, 9 Burgh Quay, Dublin 2, Irlande Tel: +353 1 635 0422 Bureau de Belfast, 115 North St, Belfast BT1 1ND, Royaume-Uni Tél: +44 28 9023 0220 E-mail: info@oxfamireland.org www.oxfamireland.org</p>
<p>Oxfam Canada 250 City Centre Ave, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1R 6K7, Canada Tél: +1 613 237 5236 E-mail: info@oxfam.ca www.oxfam.ca</p>	<p>Oxfam New Zealand PO Box 68357, Auckland 1145, Nouvelle Zélande Tél: +64 9 355 6500 (numéro gratuit : 0800 400 666) E-mail: oxfam@oxfam.org.nz www.oxfam.org.nz</p>
<p>Oxfam France - Agir ici 104 rue Oberkampf, 75011 Paris, France Tél: +33 1 56 98 24 40 E-mail: info@oxfamfrance.org www.oxfamfrance.org</p>	<p>Oxfam Novib (Pays Bas) Mauritskade 9, Postbus 30919, 2500 GX, La Haye, Pays Bas Tél: +31 70 342 1621 E-mail: info@oxfamnovib.nl www.oxfamnovib.nl</p>
<p>Oxfam Germany Greifswalder Str. 33a, 10405 Berlin, Allemagne Tél: +49 30 428 50621 E-mail: info@oxfam.de www.oxfam.de</p>	<p>Oxfam Québec 2330 rue Notre Dame Ouest, bureau 200, Montréal, Québec, H3J 2Y2, Canada Tél: +1 514 937 1614 E-mail: info@oxfam.qc.ca www.oxfam.qc.ca</p>
<p>Oxfam GB Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Royaume-Uni Tél: +44 1865 473727 E-mail: enquiries@oxfam.org.uk www.oxfam.org.uk</p>	

Secrétariat d'Oxfam International: Suite 20, 266 Banbury Road, Oxford, OX2 7DL, Royaume-Uni
Tél: +44 1865 339100. E-mail: information@oxfaminternational.org. Site Web: www.oxfam.org

Bureaux de plaidoyer Oxfam International:

E-mail: advocacy@oxfaminternational.org

Washington: 1100 15th St., NW, Suite 600, Washington DC 20005-1759, Etats-Unis

Tél: + 1 202 496 1170

Bruxelles: Rue Philippe le Bon 15, 1000 Bruxelles, Belgique

Tél: + 32 2 502 19 41

Genève: 15 Rue des Savoises, 1205 Genève, Suisse

Tél: + 41 22 321 2371

New York: 355 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10017, Etats-Unis

Tél: + 1 212 687 2091

Brésil : SCS Quadra 08 Bloco B-50, Sala 401 Edifício Venâncio 2000, Brasília DF 70333-70, Brésil

Tel: +55 61 3321 4044

Organisations liées a Oxfam. Les organisations suivantes sont liées à Oxfam International:

Oxfam Japan Maruko bldg. 2F, 1-20-6, Higashi-Ueno, Taito-ku, Tokyo 110-0015, Japon

Tél: +81 3 3834 1556. E-mail: info@oxfam.jp Site Web: www.oxfam.jp

Oxfam India - 2nd floor, Plot No.1, Community Centre (Sujan Mohinder Hospital), New Delhi, India

tél: +91 (0) 11 4653 8000, fax: +91 (0) 11 4653 8099, Email: delhi@oxfamindia.org,
site Web: www.oxfamindia.org

Bureau de Campagne d'Oxfam International et d'Ucodep Via Masaccio, 6/A 52100 Arezzo, Italia, Tél: +39 0575 907826,

Fax: +39 0575 909819, Email: ucodep-oi@oxfaminternational.org, Site web: <http://www.ucodep.org>

Membre observateur d'Oxfam. L'organisation suivante, actuellement membre observateur d'Oxfam International, s'emploie à réunir les conditions pour devenir membre effectif.

Fundación Rostros y Voces (México) Alabama 105, Colonia. Nápoles, Delegación Benito Juárez, C.P. 03810 Mexique, D.F.

Tél:/Fax: +52 55 687 3002. E-mail: comunicacion@rostrosyvoces.org Site Web: www.rostrosyvoces.org