
Faut-il privatiser la santé reproductive ? Beaucoup de slogans mais peu d'arguments

Paulo Ferrinho¹, Ana Margarida Bugalho², Wim Van Lerberghe³

Résumé

On dispose d'un certain nombre d'éléments plus ou moins explicites pour étayer ce qui apparaît comme une base rationnelle pour compléter ou remplacer l'offre de soins maternels des services publics par celle de services privés à but lucratif (OPL) ou de services privés à but non lucratif (OPNL). Cet article examine l'évidence scientifique sur laquelle ces éléments sont basés. .

La première supposition part du principe que les services privés se sont emparés d'une part significative et croissante du marché des services de soins de santé maternelle. A l'exception notable de la Chine, les ONG - OPNL jouent un rôle important dans l'offre de soins de santé en général. Ces services comprennent également, à divers degrés, des services de santé reproductive. Pour de nombreuses populations, particulièrement dans les zones rurales, ces OPNL sont les principaux - si pas les seuls prestataires - de services de santé reproductive. Dans les zones urbaines, les ONG-OPNL partagent habituellement le travail avec les prestataires OPL et les services publics. Les OPNL semblent avoir un rôle important dans la diffusion et l'adoption de méthodes de contraception. Les OPNL-ONG offrent une gamme étendue de services et leurs stratégies d'interventions prennent différentes formes. Les prestataires des OPL sont également une source majeure de soins ambulatoires dans les pays en développement. Dans la plupart de ces pays l'établissement des cabinets privés n'est pas réglementé.

Selon la deuxième hypothèse les OPL/OPNL-NGO sont supposées fournir à leurs clients une meilleure qualité et une plus grande efficacité. Les preuves relatives aux différences de qualité et aux autres facteurs déterminant l'utilisation des services sont difficiles à obtenir. Il est communément admis que les patients préfèrent les prestataires privés pour leurs problèmes de santé reproductive parce qu'ils sont supposés offrir des soins de meilleure qualité. Leur avantage comparatif le plus visible est peut-être leur attitude conviviale vis-à-vis du patient. La demande induite par l'offre a résulté en un problème de iatrogénèse illustré par l'épidémie de

¹ Président de l'Associação para O Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, Rua Frederico Perry Vidal, Bloco 9, 1º piso, P1900-275 Lisbonne, Portugal. Email : nop05938@mail.telepac.pt (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

² Associação para O Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, Rua Frederico Perry Vidal, Bloco 9, 1º piso, P-1900-275 Lisbonne, Portugal. Email : anabugalho@fm.ul.pt

³ Professeur au Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. Email : wlerberghe@itg.be

césariennes. Un excès d'interventions est renforcé par la tendance des prestataires OPL à se spécialiser et à dispenser seulement une partie du paquet de soins en santé reproductive. Le manque d'intégration mène automatiquement à des soins de moindre qualité.

La prétention que le secteur des OPL a une plus grande efficacité n'est pas fondée sur des preuves empiriques. Cette revendication réfère souvent à une efficacité plus grande par unité de production plutôt que par unité de résultat. On a parfois vraiment l'impression que l'efficacité est définie non en termes "d'en avoir plus pour son argent", mais plutôt en termes de possibilité de faire fonctionner un service sur base du recouvrement des coûts.

Il est clair que les ressources font une différence. Un service public sous-financé, sans médicaments ni équipement et sans un personnel compétent, et en plus mal payé, ne va pas rendre un service comparable à celui d'un prestataire privé qui dispose de moyens adéquats. Si les ressources sont présentes et la gamme de services est complète, la qualité et l'efficacité vont dépendre de la productivité (visible) et de l'attitude conviviale du personnel vis-à-vis du patient et de la justification des soins (moins visible, du moins pour le patient). Une partie des arguments présentés dans cet article justifie l'affirmation prudente selon laquelle les OPL sont peut-être moins efficaces que les OPNL ou les services publics, dans la mesure où elles peuvent transférer le risque et les conséquences de leur inefficacité sur le client. D'autre part, nos arguments ne permettent pas de tirer des conclusions par rapport à l'efficacité des OPNL.

La troisième hypothèse part du principe qu'en offrant des soins de santé, les OPL et OPNL complètent les services publics et assurent une distribution plus globale et équitable de l'utilisation des services de santé. Le secteur privé pourrait effectivement contribuer à l'équité dans les situations où le secteur public agirait le premier et choisirait son niveau d'investissement dans le secteur de la santé. Le secteur privé observerait alors ce niveau d'investissement public et ferait ses propres investissements afin de couvrir la demande résiduelle. Ceci permettrait au secteur public à son tour de déployer ses ressources limitées au maximum, et en même temps de faire face à ses responsabilités politiques en matière d'offre de soins à sa population. Les observations factuelles suggèrent un scénario de substitution plutôt que de complémentarité. Dans le meilleur des cas, il s'agit de remplir le trou laissé par l'échec des services publics. Cependant, bien souvent la réalité est faite de compétition entre services et de 'vol de clientèle'.

Il n'y a pas de recommandations générales. Une solution séduisante pourrait être de dispenser les soins de santé reproductive à travers les OPNL - ou même par des OPL - quand le poids de l'histoire et la perception publique de l'échec du gouvernement pèse tellement lourd que le redressement des services publics devient très improbable. Cependant, les preuves fragmentaires montrent que les recommandations générales ne conviennent pas. Le problème est de définir les conditions sous lesquelles cela peut se faire sans perte de qualité, d'efficacité et d'équité. Dans ce contexte, six points de discussion sont repris dans cet article.

Le problème principal est le manque d'une réglementation dans le secteur des ser-

vices de soins par les prestataires privés. Les clients ne sont pas protégés contre les conséquences de l'asymétrie de l'information auxquelles ils sont confrontés - avec des conséquences sur le plan de la santé et sur le plan financier. Comme l'évolution récente dans un nombre de pays à revenus moyens l'a démontré, peut-être la façon la plus efficace d'aider l'état à réglementer le secteur privé est d'augmenter la pression de la société civile. D'un point de vue santé publique, la privatisation n'a de sens que si l'état et la société civile sont assez forts.

Introduction

Jusqu'il y a 25 ans, dans de nombreux pays en développement, et particulièrement en Afrique, la santé maternelle ne figurait pas en très bonne position dans la liste des priorités de la santé publique. "Durant des années, la médecine coloniale n'a eu que peu de problèmes d'obstétrique à résoudre" (Amy 1992). Ceci ne veut pas dire que ces problèmes n'existaient pas (De Brouwere & Van Lerberghe 1998) mais ils étaient largement sous-estimés et négligés. Les soins de santé maternelle n'étaient qu'un simple « à côté » des programmes de santé de l'enfant (Rosenfield and Maine 1985) et étaient pratiqués principalement dans les consultations et les maternités des missions, des fondations et des associations charitables volontaires. Par contre, les soins de santé maternelle sont devenus aujourd'hui une priorité en soi dans le contexte plus large de la santé reproductive.

Plus important peut-être, ils sont devenus un souci légitime et avoué de nombreux gouvernements. C'est en relation avec l'accent mis par les gouvernements sur le développement de leurs services de santé après la période coloniale. Les différentes crises subies par les pays en développement ont souligné l'incompétence des gouvernements à fournir une bonne couverture de soins de santé de qualité (Van Lerberghe 1993, Van Lerberghe & De Brouwere 2000). Cela a ouvert la voie à la "privatisation".

Cette privatisation a été pendant 20 ans un thème majeur à l'ordre du jour des programmes d'ajustement structurel dans les pays pauvres (Alubo 1990, Evans 1995). La Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population ont tous participé à l'établissement de recommandations sur le rôle du secteur privé dans les systèmes de santé en général et dans l'offre de soins en santé reproductive en particulier. (World Bank 1993, UNFPA 1999a&b): comme l'a souligné Le Programme pour une Maternité sans Risque, les gouvernements n'ont pas été à même de s'occuper efficacement de la santé maternelle.

Ce qui est communément admis a été également résumé dans un article publié dans le Rapport Mondial de la santé des femmes 2000, un supplément spécial de l'International Journal of Gynecology & Obstetrics. Ayant constaté qu'après la Conférence sur la Population et le Développement du Caire en 1994, les approches des programmes étaient passées de systèmes de prestations de soins publics à « un engagement significatif d'organisations non gouvernementales incluant le secteur privé », l'auteur déclare que « les ONG ont prouvé leur capacité à compléter les efforts des gouvernements et à mettre en application des approches novatrices ». Ces organisations ont des avantages particuliers : flexibilité des opérations, pertinence dans le contexte plus large du développement, capacité à innover et efficacité intrinsèque à cibler les services destinés aux groupes défavorisés comme par exemple les pauvres" (Edouard *et al.* 2000).

Un certain nombre d'hypothèses plus ou moins explicites offrent une base apparemment "rationnelle" à une idéologie globale tentante qui consisterait à compléter ou à remplacer les services publics pour la santé maternelle par des services offerts par des prestataires « privés » et des organisations "non gouvernementales".

Premièrement, on dit que les services privés se sont emparés d'une part importante et croissante du marché des services de soins de santé maternelle. Deuxièmement, ils sont supposés fournir à leurs clients des services plus accessibles et meilleurs en termes de qualité, d'efficacité et d'efficience.

Troisièmement, ce faisant, on prétend qu'ils complètent les services offerts par les gouvernements, en apportant une répartition plus étendue et plus équitable de l'utilisation des services.

Cet article examine les preuves qui sont à la base de ces hypothèses. Il est tout d'abord nécessaire de revoir des notions telles que "secteur privé" et "organisation non gouvernementale". Les mettre dans le même panier risque d'embrouiller tout le débat sur la privatisation, les avantages présumés des ONG devenant une justification de la dérégulation du secteur privé.

Secteur privé à but lucratif et secteur privé à but non-lucratif

Avant les années 90, il était impossible de discuter de ces thèmes autrement que par des déclarations idéologiques thatcheristes ou en faveur du rôle prédominant de l'état. Pourtant, il n'existe pas de dichotomie nette entre le secteur privé et le secteur public.

Tableau 1. Cadre d'analyse du mix privé/public des années 1990

		Financement	
		Public	Privé
Prestation	Publique	Exemple: systèmes classiques de soins de santé publics gratuits	Exemple: système de recouvrement de coûts dans les services publics. Lits privés dans les hôpitaux publics
	Privée	Exemple: arrangements contractuels; hôpitaux de districts désignés	Exemple: Services privés de soins de santé avec paiement des soins et assurance médicale privée

Le cadre d'analyse du mélange privé/public (Tableau 1) développé au début des années 1990, et qui fait la distinction entre fonctions de prestation et de financement des soins, a été une étape utile.

Une autre distinction est faite sur base de la finalité des organisations non gouvernementales impliquées dans l'offre de soins (Giusti *et al.* 1997). Certaines ont une gestion administrative et/ou une identité institutionnelle qui leur donne une perspective sociale: pas de discrimination, base populationnelle, suivent les politiques gouvernementales, but non lucratif, plaidoyer social (Boîte 1) Ce sont les "ONG" au sens strict du mot. D'autres ont le profit comme raison d'être, plutôt qu'un objectif de service public. On les définit comme le secteur privé au sens strict du mot.

La distinction n'est pas toujours très nettes (Van Lerberghe *et al.* 1997) et souvent une question d'opinion. A Dar Es-Salaam, en Tanzanie, par exemple, un certain nombre de ces ONG, fournissant des services en santé reproductive, appartiennent à des entrepreneurs privés qui sont membres de groupements religieux, ce qui leur permet de se faire enregistrer comme organisation bénévole et de bénéficier d'abattements fiscaux. En pratique, elles opèrent comme des organisations lucratives malgré leur statut d'ONG (Kangi *et al.* 1995).

La confusion entre la notion de « lucratif » et de « non-lucratif » s'accroît encore du fait que certains prestataires ont plusieurs fonctions. De nombreux fonctionnaires (en fonction ou non) travaillent également dans le privé ou pour des organismes non gouvernementaux. Le résultat de ceci est un partage formel ou informel des ressources humaines (Asiimwe *et al.* 1997, Ferrinho *et al.* 1998, Backström *et al.* 1997, Roenen *et al.* 1997, Damasceno *et al.* 2000, McPake *et al.* 2000), pharmaceutiques (Asiimwe *et al.* 1997) et des autres ressources entre les différents "secteurs" de soins, incluant parfois les

soins de médecine traditionnelle (Adam *et al.*1997, Backström *et al.*1997). Qu'elle soit réglementée et contrôlée ou non reconnue officiellement, et "sauvage", la privatisation passive a changé l'image des prestations de soins au cours de ces dix dernières années.

Boîte 1: Mettre en place des services tenant compte du sexe des usagers (Doyal 1996)

La reconnaissance du manque de pouvoir des femmes dans les institutions de soins de santé est au cœur de toutes les critiques féminines sur la médecine. Ce fait limite leur capacité à déterminer les priorités et l'allocation des ressources peu abondantes. Dans ce contexte, les femmes ont dans certains pays, mis sur pied leurs propres centres de santé.

En Angleterre, très peu de services ont été établis en dehors des sentiers classiques. Ceci reflète en partie le peu de place sur le marché pour les services privés qui offriraient des soins par ailleurs accessibles sans paiement direct dans le Service National de Santé. Mais il y a également peu d'enthousiasme de la part des milieux politiques à offrir des services que peu de femmes pourraient financièrement se permettre. Les années 70 et le début des années 80 ont vu aux Etats-Unis une prolifération de centres de santé pour les femmes, offrant des soins en santé reproductive et une série d'autres services. Ces centres ont eu beaucoup de succès en Australie. Ceci reflète la priorité qu'elles ont reçue du mouvement australien pour la santé féminine et leur incorporation par la suite dans le National Women's Health Policy. Bien que les femmes concernées continuent à se débattre dans les contradictions inhérentes à toute tentative d'utilisation des fonds gouvernementaux pour des initiatives radicales, ces centres de santé australiens, offrent aux autres prestataires de soins un exemple important de service tenant compte du sexe..

Même si elle est difficile à faire, cette distinction a de telles répercussions sur la prestation des services qu'il est nécessaire de la définir plus en détail. Dans cet article, nous utiliserons les termes 'Organisations Privées Lucratif (OPL)' et 'Organisations Privées Non Lucratif (OPNL)' pour distinguer celles pour qui le profit est la principale raison d'être de celles pour qui fournir des soins de santé à la population est le plus important. Dans ce cas, le terme OPL correspond au secteur privé des entrepreneurs dans le sens strict du mot, et le terme OPNL se réfère à ce qui porte l'étiquette « ONG ». Sous ce label on peut inclure les services de planification familiale, les associations médicales, les universités et les institutions de recherche, les

groupements de solidarité, ainsi que les associations charitables religieuses, internationales ou locales, les syndicats, les associations professionnelles et une kyrielle d'organisations dans les petites communautés.

Dans les pays en développement, les centres de santé pour femmes ne sont pas une alternative au système officiel de soins de santé mais sont souvent la seule option. La 'Bangladesh Women's Health Coalition' a géré dix projets offrant à la fois des services de santé généraux et des services de santé reproductive pour les femmes et les enfants. Au Pérou, le Centro Flora Tristan et Vaso de Leche ont travaillé ensemble afin de créer un service de santé intégré pour les femmes de Lima. Au Brésil, une alliance entre le Ministère de la Santé et les militantes du Mouvement Féminin ont été à l'origine d'un Programme Global pour les Soins aux Femmes. En Colombie, des femmes sont même allées plus loin en instituant une politique nationale pour les femmes et leur santé.

Une part importante et croissante du marché

La première hypothèse est que les prestataires privés ont une part importante et grandissante du marché des soins de santé maternelle et assurent une partie importante de la consommation des services. Cela est certainement vrai pour les soins de santé en général. Dans un échantillon de 40 pays en développement, en moyenne, 55% des médecins travaillaient dans le secteur privé et, en moyenne, 28% des lits étaient des lits « privés » (21% dans un système lucratif) (Hanson & Berman 1998). En Asie, par exemple, le pourcentage de lits d'hôpitaux privés varie de 22 à 77% dans six pays, et leur part est en croissance (Newbrander & Moser 1997). L'hypothèse est sans doute également correcte pour les soins de santé maternelle. Néanmoins, le sujet est peu documenté et l'information fragmentaire. Il y a de grandes différences entre les pays et à l'intérieur des pays. Cela dépend aussi fortement des activités de santé maternelle ou reproductive que l'on prend en compte: en général, la part du marché est plus petite pour les soins fournis à l'hôpital que pour les services ambulatoires et est limitée pour les services préventifs et publics (Hanson & Berman 1998). En plus, les quelques données disponibles ne font généralement pas la distinction entre les OPL et les OPNL. Par exemple, l'analyse des données des Enquêtes Démographie et Santé dans 11 pays de 1988-1990 peut uniquement classer les prestataires dans les catégories 'public', 'privé' (y compris les pharmacies) ou 'autres' (les praticiens traditionnels, les écoles, les églises, les familles et les amis).

Mais ainsi il y a de larges variations: au Maroc et en Tunisie, 48,2% et 25% des soins prénatals se font dans le privé mais seulement 4,6% et 4,2% des femmes accouchent dans le privé (76,5% et 31,7% des accouchements ont lieu à domicile). Les prestataires du secteur privé sont la source des moyens contraceptifs dans 7% des cas au Botswana, 21% au Maroc, 22% en Tunisie, 28% au Kenya, 36% au Soudan et 44% en Ouganda (Berman & Rose 1996).

ORGANISATIONS PRIVÉES À BUT NON LUCRATIF

A l'exception notable de la Chine, les ONG-OPNL jouent un rôle important dans les soins de santé en général: par exemple, elles fournissent plus de 10% des services cliniques en Inde et en Indonésie et sont très importantes en Afrique (Tableau 2). Ces services peuvent, à divers degrés, comprendre également les services de santé reproductive. Par exemple, une enquête postale sur 88 hôpitaux non gouvernementaux en Afrique subsaharienne à la fin des années 1980 a montré que 82 d'entre eux offraient des soins prénatals. Tous avaient une maternité (avec une médiane de 24 lits et 3 à 6 sages-femmes). Ils effectuaient des accouchements, avec une médiane de 5,8 accouchements par 1000 habitants par an dans leur district - probablement moins d'un cinquième de l'ensemble des accouchements de leur zone, mais très probablement tous les accouchements assistés par des professionnels de ces zones. Beaucoup de ces hôpitaux pratiquaient également des interventions obstétricales majeures: tous sauf un faisaient des césariennes et des curetages, 85% des hystérectomies et 55% des réparations de fistules vésico-vaginales (Van Lerberghe & Lafort 1990, Van Lerberghe *et al.*1992).

Tableau 2. Les soins de santé fournis par les ONG en Afrique

Pays	Services
Burundi	Missions (OPNL): 30% des infrastructures de soins de santé primaires (SSP)
Cameroun	Missions (OPNL) 40% des infrastructures SSP
Ghana	ONG (OPNL): 35% de l'ambulatoire, 30% des lits
Kenya	ONG (OPNL): 35% des services
Malawi	Association Privée de santé: 40% de tous les services
Nigeria	ONG (OPNL): 30% des lits
Swaziland	ONG (OPNL): 30% des services
Tanzanie	ONG (OPNL): 45% des lits d'hôpitaux
Ouganda	ONG (OPNL): 40% des services
Zambie	Missions (OPNL): 50% en zone rurale et 35% de la population totale
Zimbabwe	Missions (OPNL): 35% des lits

SOURCES: Hecht et Tanzi (1993) et Turshen (1999)

Pour beaucoup de populations, particulièrement dans les zones rurales, ces OPNL sont les principaux si pas les seuls prestataires de services en santé reproductive. Dans l'enquête hospitalière décrite ci-dessus, 39 des hôpitaux étaient l'unique prestataire dans leur district. Ceci est aussi vrai, par exemple, dans le Congo rural des années 90 où seuls les districts soutenus par les ONG continuaient à travailler (Porignon et al.1994). A la suite des réformes au Mali, au début des années 90, la plupart des soins ambulatoires de santé reproductive – presque tous en zones rurales – étaient et sont encore fournis par des centres de santé communautaires non lucratifs organisés en une fédération non gouvernementale (Maiga et al.1999) Mais il s'agit principalement de situations rurales.

Dans les zones urbaines, les ONG-OPNL partagent le travail avec les prestataires OPL et les services publics. Dans une commune pauvre de la banlieue d'Alexandra, en Afrique du Sud, une clinique universitaire privée à but non lucratif, une clinique municipale, un cabinet de médecine général privé payant et un médecin généraliste travaillent côte à côte. Le médecin généraliste couvre 13% de la population pour les soins prénatals, 4% pour les soins postnatals, 9% de la planification familiale et 78% des traitements pour maladies sexuellement transmissibles (MST). Le reste, y compris tous les soins liés à l'accouchement et les activités telles que l'aide psychologique aux victimes de viol, était fourni par la clinique universitaire OPNL (Frame et al.1991, Ferrinho 1995). Dans d'autres pays, la part du marché des OPNL est plus limitée: au Pakistan par exemple, 15% des césariennes pour indication maternelle absolue sont pratiquées dans les hôpitaux ONG-OPNL (UON 1999); et au Liban les services de santé, y compris la santé maternelle, sont pour plus de 80% dans les mains des prestataires OPL (Van Lerberghe et al.1997).

Les OPNL semblent avoir un rôle important dans la diffusion et l'adoption du contrôle de la fécondité (Montgomery & Casterline 1998), particulièrement par le biais de programmes communautaires et de marketing social (Boîte 2). En Egypte, au moins 9% des utilisateurs actuels des services de planification familiale obtiennent leurs contraceptifs du secteur OPNLONG (UNFPA 1999b). Elles ont eu un succès significatif particulièrement dans les zones qui avaient initialement une prévalence contraceptive peu élevée (Phillips et al.1999).

Les OPNLONG réalisent une gamme étendue de services et leurs stratégies d'interventions prennent différentes formes (Boîte 2). Les prestataires OPNL – avec des profils différents se retrouvent aussi bien dans les zones urbaines que

dans les zones rurales. De toute évidence, les motivations des unes et des autres sont parfois très éloignées (p.e. religieuse, activisme féminin, service public) de même que le type et l'éventail des services fournis. Par conséquent, ils peuvent concentrer leurs activités sur la planification familiale ou fournir le spectre complet de soins ambulatoires et des soins hospitaliers au niveau du district. Souvent ils soutiennent la politique et les services du gouvernement.

PRESTATAIRES PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Les prestataires des OPL sont certainement une source importante de soins ambulatoires dans les pays en développement. L'établissement des cabinets privés dans la plupart de ces pays n'est pas réglementé. Les praticiens privés sont peu disposés à fournir des informations, soit par crainte de payer plus d'impôts ou parce qu'ils n'acceptent pas les lois existantes, souvent à cause d'un manque de respect vis-à-vis les ministères de la santé publique, et pas si rarement à cause de l'absence de systèmes d'information. Dans des pays en transition comme la Tunisie, le Mexique ou la Thaïlande, la croissance du secteur privé est bien documentée. En Thaïlande, par exemple, le nombre de cliniques privées a doublé passant de 7.100 en 1984 à 15.700 en 1992; et elles ont augmenté leur part dans le volume consultations ambulatoires de 10 à 23%, dans un contexte d'utilisation globale croissante (Mongkolsmai 1997). Les dépenses des ménages en soins de santé privés ont augmenté plus vite et ont même dépassé les dépenses dans les services publics entre 1986 et 1996 (HFMS 1999). Cette tendance est néanmoins instable: après la crise économique de la fin des années 90, l'utilisation des hôpitaux privés a diminué, tandis que l'utilisation des services de santé publics a augmenté (Ministry of Public Health 2000). Bien que des données solides soient difficiles à obtenir pour les pays plus pauvres, il suffit de se promener à Kinshasa ou à Dar-Es-Salaam ou même de jeter un coup d'œil sur les annonces de n'importe quel journal à Maputo pour voir que le secteur privé des soins est une industrie en pleine expansion.

Au **Bangladesh** les ONG sont des prestataires importants de nombreux services aux communautés. Une étude récente concernant l'augmentation de l'acceptation des contraceptifs après l'introduction d'un programme de micro-crédits suggère que, bien que dès le début les membres du programme diffèrent déjà des non-membres, l'introduction des micro-crédits dans les villages mène à une augmentation considérable de l'utilisation de contraceptifs endéans une période très courte. Ceci suggère que le micro-crédit pourrait contribuer à créer un environnement plus ouvert aux attitudes novatrices (Steele *et al.* 1998). Au **Nigeria**, PSI a été invité par l'USAID à entrer sur le marché après l'échec d'un programme d'essai de marketing social basé sur un modèle de la manufacture traditionnelle. PSI maintient que ce modèle n'est pas viable sur le marché local à cause du pouvoir d'achat limité des Nigériens qui ne permet pas d'établir un marché commercial viable. Plutôt que de travailler en exclusivité avec un fabricant local de produits pharmaceutiques, le projet a coopéré avec une ONG locale, la "Society for Family Health" (SFH), qui est devenue responsable de la gestion des programmes de marketing social. SFH prenait en charge les importations et la vente aux médecins, aux hôpitaux, aux ONG et aux grossistes. Les représentants des ventes à SFH étaient responsables de la promotion des produits. Le projet, avec l'appui de USAID et de DFID, a réussi à obtenir une distribution nationale de ses produits aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine, y compris dans les populations à bas revenus. En 1997, SFH fournissait 80% de tous les contraceptifs utilisés au Nigeria. En 1998, c'était le programme de marketing social le plus étendu dans la région sub-saharienne (FNUAP 1999b).

La "**Colombia Association for the Well-being of the Family**" (PROFAMILIA) est une organisation à but non lucratif fondée en 1965 afin de fournir une gamme étendue de services en santé reproductive. Le programme national comprenait 40 points de consultation pour femmes, 7 pour hommes, 13 centres pour adolescents et un vaste réseau de distribution de moyens contraceptifs (Nations Unies 1998).

En **Bolivie**, PROFAMILIA se chargeait également de l'information, de l'éducation et de la communication. Ils ont commencé avec seulement 3 cabinets de consultation, un dans chaque ville; en quelques années ils étaient présents dans chacune des capitales de province. La stratégie principale pour créer la prise de conscience dans un environnement hostile a été l'utilisation des agents de terrain appelés animateurs. Ces animateurs étaient soutenus par la radio (Nations Unies 1998).

Le "**Cancer Association of South Africa**" (CANSAs) existe depuis 1931. Cette association a trois objectifs: appuyer la recherche, promouvoir l'éducation en santé et modes de vie, et la détection précoce du cancer, et, troisièmement, prendre soin et soutenir les patients atteints par le cancer et leurs familles. Les activités en santé reproductive comprennent: le plaidoyer pour les services de dépistage du cancer du col; l'offre de services mobiles qui font des frottis cervico-vaginaux, la publicité à la télévision et les guides pour l'auto-examen des seins; groupes d'entraide et d'auto assistance (Westaway 1994).

Le fait qu'il y ait toujours plus de prestataires privés sur le marché, ne veut pas dire qu'ils fournissent toute une gamme complète de services en santé reproductive. Ils ont tendance à sélectionner certains créneaux en fonction de la demande et de la concurrence. En Egypte, par exemple, les médecins privés pratiquent la planification familiale et les soins prénatals mais ne font pas d'accouchements (Abu-Zeid & Dann 1985). Ceci ne veut pas dire pour autant que les accouchements soient la prérogative du secteur public ou des OPNLONG: 80% des accouchements sont réalisés par les dayas au domicile de la mère, même s'il y a des infirmières formées disponibles (Roemer 1997). Deux autres exemples de créneaux lucratifs sont les avortements et les traitements des MST (celles-ci concernent également les tradipraticiens, les patients atteints d'une MST constituent la part la plus importante de leur clientèle dans les zones urbaines du Nigeria (Okonofua *et al.*1999). Les médecins privés et les sages-femmes (ou le personnel du secteur public travaillant en noir) pratiquent des avortements à domicile (Asiimwe *et al.*1997). Ceci est particulièrement vrai dans les pays où les lois sur l'avortement sont très restrictives. Même dans les pays où la plupart des avortements sont pratiqués par des personnes non qualifiées, les professionnels de santé (médecins et sages-femmes) font beaucoup d'avortements clandestins en privé (Kamheang *et al.* 1981, Gallan 1982). Ces services professionnels ne sont en général disponibles que pour les gens provenant de milieux aisés (Dixon-Mueller 1990).

Quoi qu'il en soit, les prestataires des OPL sont une source importante de soins de santé reproductive. En Indonésie, 45% des soins prénatals dans les zones urbaines et 36% dans les zones rurales sont fournis par des sages-femmes travaillant en privé. Elles assistent également un accouchement sur trois, un accouchement sur deux étant pratiqué par les accoucheuses traditionnelles et un sur 10 par les services publics (Gani 1994). Aux Philippines, 33.8% des accouchements en milieu urbain et 7.3% en milieu rural sont assistés par des professionnels qualifiés du secteur privé (Schwartz *et al.*1993). Au Mexique, 32% des soins prénatals sont réalisés par le secteur privé (Ramirez *et al.*1997). Au Brésil, des données de 5 favelas à Rio de Janeiro en 1984 montrent que 85% des femmes utilisant la pilule l'ont achetée à un vendeur de médicaments privé. Les données d'une enquête nationale des ménages menée en 1986 révèlent que 66% des stérilisations ont été réalisées dans une institution privée (Giggin 1994).

L'Egypte a également une longue histoire de participation des secteurs OPL et OPNLONG dans la santé reproductive (Fox FKA 1988). Une en-

quête-ménages a montré que 80% des femmes ayant accouché les 10 dernières années n'avaient pas reçu de soins prénatals mais que 21% de celles qui les avaient reçus, les ont reçus d'un médecin privé (Abu-Zeid & Dann 1985): le secteur public a donc la plus grande part (de la faible couverture) des soins de maternité à sa charge. Par contre, pour la planification familiale, 54-63% (selon différentes estimations) préfèrent les prestataires OPL (UNFPA 1999b, Abu-Zeid & Dann 1985), un chiffre similaire à celui des soins ambulatoires. Il semble qu'une proportion importante des moyens de contraception est achetée directement chez le pharmacien (Letarte 1996).

En Afrique du Sud, les médecins-généralistes privés dispensent probablement la majorité des soins pour MST (Frame *et al.*1991, Schneider *et al.*1999). Par exemple, à Alexandra, les cabinets généralistes privés payants fournissent 78% des traitements MST (Frame *et al.*1991, Ferrinho 1995). Au Natal/Kwazulu, 18% sur 56% des hommes vivant en périphérie urbaine et en zone rurale et reconnaissant avoir eu précédemment une MST, ont déclaré avoir reçu leur traitement de praticiens traditionnels (Karim *et al.*1994).

Un créneau particulier est celui de l'obstétrique et particulièrement celui des accouchements assistés avec intervention. En 1998, au Pakistan 48% des césariennes pour indication maternelle absolue étaient pratiquées dans les hôpitaux OPL (UON 1999). Mais leur activité n'était pas limitée à ces césariennes justifiées. Le rôle des OPL dans la promotion des accouchements par césarienne au Brésil est bien connu (Barros *et al.*1991). Des phénomènes similaires se voient aussi dans d'autres pays, comme le Mexique (Bobadilla & Walker 1991). En Thaïlande, les chances de subir une césarienne en tant que patiente privée sont 5,8 fois plus élevées qu'en étant patiente du secteur public. Le taux global de césariennes a augmenté de 15,2% en 1990 à 22,4% en 1996 (Hanvoravongchui *et al.*2000). Les problèmes se sont tellement aggravés qu'en 1998 la FIGO a émis des directives éthiques concernant les accouchements par césarienne pour raisons non-médicales (FIGO 2000).

Il y a de grandes différences entre les pays et à l'intérieur des pays. Les preuves scientifiques (fragmentaires et rares) confirment qu'à la fois les OPL et les OPNL ont une part importante et croissante du marché des soins de santé maternelle. Cette affirmation nécessite cependant quelque réserve. Il y a de grandes différences entre les pays et à l'intérieur des pays et ces prestataires occupent pour la plupart quelques créneaux du marché plutôt que de dispenser l'ensemble des soins dans le domaine de la santé reproductive.

L'accessibilité, la qualité, l'efficacité et l'efficience

Aussi surprenant que cela puisse paraître, les arguments concernant les différences de qualité des soins et d'autres déterminants des itinéraires thérapeutiques sont difficiles à obtenir. C'est encore plus vrai dans le cas de la santé reproductive où on fait une distinction entre trois segments:

Deux facteurs importants dans le choix du traitement sont le coût des différentes alternatives de soins (Young 1980) et la distance à parcourir pour se rendre chez un prestataire. Mais indépendamment de la distance, les ménages en Afrique et en Asie choisissent leur prestataire sur base de la nature de leur problème et de leurs attentes en terme de qualité des soins (Stock 1983, Colson 1971) Ces choix contrebalancent souvent l'effet de la distance. Il est communément admis que les patients préfèrent les prestataires privés pour leurs problèmes de santé reproductive parce qu'ils sont supposés fournir des soins de meilleure qualité. Cette partie revoit l'évidence inégale de la préférence vis-à-vis des privés.

Dans les zones urbaines, la raison du choix de se rendre chez un prestataire privé est souvent liée à l'accessibilité et à la facilité. En Thaïlande, par exemple, les heures d'ouverture sont une des raisons principales qui pousse les malades à choisir un praticien privé pour les soins ambulatoires. Dans les zones rurales en Malaisie, les services privés sont plus accessibles en termes d'heures d'ouvertures et de flexibilité de l'horaire des consultations. Tous les services sont disponibles pendant les heures ouvrables tandis que dans le secteur public, certains services comme les soins prénatals ne sont disponibles que certains jours de la semaine (Aljunid & Zwi 1997). Au Mexique, les 32% de femmes qui choisissent le secteur privé pour les soins prénatals le font à cause de l'accessibilité physique et pour des raisons économiques et organisationnelles (Ramirez *et al.*1997). Dans les zones urbaines, la distribution des prestataires privés peut être plus dense que celle des services publics comme à Dar-Es-Salaam où ils sont, pour la plupart des gens, plus accessibles d'un point de vue géographique (Wyss *et al.*1996). Bien qu'il y ait 3.700 centres publics de planification familiale en Egypte, 63% des femmes préfèrent les services privés parce qu'elles les considèrent plus accessibles, aussi bien physiquement que psychologiquement (Amin & Lloyd 1998) Cette disponibilité physique plus importante des services privés peut, dans certains cas, avoir une motivation politique, et crée un créneau qui est alors rempli par le secteur privé comme c'était le cas en Afrique du Sud dans les années 80 (Frame *et al.*1991, Ferrinho *et al.*1990, Ferrinho 1995).

L'avantage comparatif le plus visible des OPL et des OPNL est peut-être leur attitude conviviale vis-à-vis du patient. A Alexandra, en Afrique du Sud, le personnel de la University Clinic (OPNL) était obligé de mettre des badges nominatifs afin d'assurer un meilleur rapport avec les patients (Ferrinho 1995) En Thaïlande, les patients connaissent presque toujours le nom de leur médecin privé, mais seulement dans un cas sur deux dans les services publics. Quand les patients se sentent traités comme un client plutôt que comme un numéro, ils supposent que ceci se traduit en une meilleure qualité clinique. Cette supposition est bien sûr le résultat de l'asymétrie d'information dont les patients risquent d'être les victimes..

La demande induite par l'offre a pour résultat un problème rarement mentionné : la iatrogénèse. La question de la demande induite par l'offre, illustrée par l'épidémie de césariennes citée ci-dessus, est a priori une des raisons de remettre en question la qualité, supposée meilleure, du secteur privé, spécialement dans le cas des prestataires OPL. L'iatrogénèse est vraisemblablement une conséquence réelle. Au Brésil, l'épidémie de césariennes est responsable d'une proportion nonnégligeable de l'incidence des cas de mortalité et de morbidité maternelles (Cecatti, personal communication, May 2000).

Un excès d'interventions est renforcé par la tendance des prestataires OPL à se spécialiser et à dispenser seulement une partie du paquet de soins en santé reproductive. Ceci représente une deuxième raison de remettre en question la qualité supposée meilleure du secteur privé. Le manque d'intégration mène automatiquement à des soins sub-optimaux comme au Brésil où la séparation entre le contrôle de la fécondité et les soins de santé pour les femmes pauvres mène à un usage "sauvage" et incorrect des contraceptifs oraux, provoquant des grossesses non désirées, des avortements illégaux et des stérilisations chirurgicales clandestines (Griffin 1994).

La qualité de l'infrastructure pourrait être meilleure dans le secteur privé que dans le secteur public. Par exemple, dans trois districts en Tanzanie, « la qualité des infrastructures était correcte dans les dispensaires caritatifs et privés mais plutôt faible dans les centres publics ». Les dispensaires privés avaient également plus de médecins que les OPNL et le secteur public (Ahmed et al.1996). Mais ceci ne veut pas dire que privé soit toujours synonyme de meilleure qualité clinique, même si on fait abstraction de la sur-médication et des effets iatrogènes.

Dans un grand nombre de consultations des OPNL, les soins étaient potentiellement dangereux ou même en dehors des pratiques cliniques admises. Une étude à Dar-Es-Salaam, Tanzanie, suggère que la performance

clinique et les attitudes interpersonnelles étaient meilleures et la satisfaction des clients plus grande dans le cas des prestataires OPNL que dans celui des services gouvernementaux.. Malgré une meilleure performance cependant, une grande proportion de consultations OPNL les soins étaient potentiellement plus dangereux ou même en dehors des pratiques cliniques admises (Kanji *et al.* 1995). En zones urbaines au Nigeria, les services curatifs et préventifs pour les MST, dispensés par les secteurs formels et informels étaient en deçà des standards de qualité. Le secteur informel (les praticiens traditionnels et les revendeurs agréés) en particulier posait problème. En effet de nombreux praticiens dans ce secteur dispensaient des traitements et des services préventifs inappropriés pour les MST. Inversement, le secteur formel (les médecins privés et publics, les pharmaciens et les techniciens de laboratoires) dispensaient des traitements MST adéquats, mais ils y avaient de grandes lacunes dans plusieurs domaines. En particulier, le secteur privé et les médecins du secteur public manqueraient d'outils diagnostiques adéquats. Beaucoup de ces médecins n'étaient pas non plus à l'aise avec les protocoles de traitements, ils n'utilisaient pas l'aide psychologique ni la recherche des contacts infectants et n'avaient pas les canaux adéquats de référence (Okonofua *et al.*1999). A Alexandra, beaucoup de femmes qui prenaient un rendez-vous pour la consultation prénatale dans le secteur public, dans une ONG-OPNL offrant des soins de santé complets, avaient précédemment consulté dans le quartier le médecin généraliste dans un cabinet privé payant. La plupart de ces médecins généralistes n'avaient pas fait d'examens de laboratoire de dépistage prénatal. Ils ont gardé les patientes comme clientes en soins prénatals pour les référer à la fin de leur grossesse à une unité d'accouchement de l'OPNL locale, sans même une note de référence (Frame *et al.*1991, Ferrinho 1995). Ce genre de comportement prédateur de la part du secteur privé à but lucratif n'est pas très convaincant en matière d'efficacité (Ferrinho 1995). D'autres données sud-africaines suggèrent que les médecins généralistes privés fournissant des soins MST dispensent des soins de mauvaise qualité. Les MST étaient une cause fréquente de consultation d'urgence mais leur traitement était le plus souvent symptomatique et les moyens diagnostiques très peu utilisés malgré leur disponibilité. Les schémas de traitement choisis n'étaient pas des plus correctes par rapport au profil épidémiologique local (Frame *et al.*1991, Coetzee *et al.*1994, Ferrinho 1995, Schneider *et al.*1999). En Malaisie rurale, dans le secteur public, les nouveaux clients d'un service de planification familiale subissaient un examen clinique, un frottis cervico-vaginal et bénéficiaient de

recommandations en matière de contraception. Une contraception orale était donnée seulement aux femmes de moins de 35 ans et leur tension artérielle était régulièrement contrôlée. Dans le secteur privé, les nouvelles patientes n'étaient en général pas examinées et les frottis cervico-vaginaux étaient pratiqués uniquement à la demande de la patiente. Les femmes qui utilisaient une contraception orale devaient se la procurer sans avoir auparavant vu un médecin. Même si les traitements MST étaient fournis par les prestataires privés, ils n'étaient pas équipés pour traiter un possible choc anaphylactique consécutif à la prise d'antibiotiques (Aljunid & Zwi 1997).

La prétention que le secteur privé OPL a une plus grande efficacité n'est pas fondée sur l'observation de preuves empiriques. Cette revendication réfère souvent à une efficacité plus grande par unité de production plutôt que par unité de résultat. Par exemple, en Afrique du Sud, les hôpitaux sous contrat ont des coûts de production moins élevés que les hôpitaux publics de district pour les césariennes et les accouchements normaux. Mais ceci est associé à une mortalité périnatale plus élevée et à un plus grand nombre de problèmes évitables dans l'hôpital privé que dans les hôpitaux publics (Broomberg et al. 1997). A un certain moment, on a l'impression que l'efficacité est définie, non en termes 'd'en avoir plus pour son argent' mais plutôt en terme de possibilité de capacité de faire fonctionner un service sur base du recouvrement des coûts. Par exemple, Potts and Walsh font remarquer que «les organisations, telles que FEMAP au Mexique et Marie Stopes International en Asie, en Afrique et en Amérique Latine développent des consultations de planification familiale, de santé maternelle et de l'enfant, et dont les frais de fonctionnement peuvent totalement ou en grande partie être couverts par la facturation aux utilisateurs. Ces cliniques ont besoin de capitaux de départ, mais elles ont un énorme potentiel. Les bailleurs de fonds internationaux et non gouvernementaux devraient explorer cette approche qui pourrait être un moyen rentable d'aider les gouvernements dans leur mission de prise en charge des populations défavorisées. » (Potts & Walsh 1999). Même si cette affirmation 'doit encore être étudiée' (dans trois districts tanzaniennes, les dispensaires d'OPL avaient un plus petit nombre de patients traités en ambulatoire que les OPNL et les dispensaires publics, bien que leur équipement ait été supérieur (Ahmed et al. 1996) ceci définit le coût-efficacité en termes de déplacement de la prise en charge des frais vers le client.

Il est clair que les ressources font une différence. Un service public sous-financé, sans médicaments, ni équipement et en manque de personnel correctement formé et en plus mal payé ne va pas rendre un aussi bon service qu'un prestataire privé avec des moyens adéquats. En Bolivie, les injectables

étaient uniquement disponibles dans le secteur privé et l'accessibilité à un service public qui réalise des ligatures tubaires est problématique : ceci réduit naturellement le nombre de personnes qui consultent les services publics (WHO 1998).

Si les ressources sont adéquates et la gamme de services complète, la qualité et l'efficacité dépendent de la productivité (visible), de l'attitude accueillante du personnel envers le client et de la justification des soins (invisible, du moins pour le patient). Une partie des arguments présentés ci-dessus justifie l'affirmation prudente selon laquelle les OPL sont peut-être moins efficaces que les OPNL ou les services publics, dans la mesure où elles peuvent transférer le risque et les conséquences de leur inefficacité sur le client. D'autre part, ces arguments ne permettent pas de tirer des conclusions par rapport à l'efficacité des OPNL. Mais ce n'est pas la nature publique ou privée des services qui fait la différence en qualité et en efficacité.

L'hypothèse complémentaire: boucher les trous, occuper des créneaux et chasser sur les terres des autres

La troisième hypothèse à la base des appels à la privatisation est qu'en fournissant des soins de santé, les OPL et OPNL complètent les services publics et assurent une distribution plus complète et équitable de l'utilisation des services de santé.

Le mot complémentarité est séduisant. Le secteur privé pourrait contribuer à l'équité dans les situations où le secteur privé viendrait en effet compléter l'offre des services publics. Le secteur public agirait le premier et choisirait son niveau d'investissement dans le secteur santé. Le secteur privé observerait alors ce niveau d'investissement et ferait son propre investissement pour couvrir la demande résiduelle. Ceci par conséquent permettrait au secteur public de déployer ses ressources limitées au maximum, et en même temps faire face à ses responsabilités politiques en matière de d'offres de soins à la population (Hanson & Berman 1998). Un tel paradis pour les planificateurs suppose un secteur privé rationnel, sage et plein de bonnes intentions, qui fait siennes les priorités des services publics. Ceci ne tient pas compte de la logique institutionnelle et des conflits d'intérêt.

Les faits suggèrent un scénario de substitution plutôt que de complémentarité (Hanson & Berman 1998). Dans le meilleur des cas, il s'agit de remplir le trou laissé par l'échec des services publics. En Afrique du Sud par exemple,

les cabinets privés payants et les services OPNL apparaissent dans les zones où l'état est absent, c'est-à-dire dans les banlieues des grandes villes (Ferrinho 1995). Là, ils sont souvent les seuls prestataires de soins de santé reproductive. Mais bien souvent cependant, la réalité est faite de compétition entre services et de 'braconnage'.

Un système de santé à deux vitesses émerge progressivement. C'est vrai pour certains pays africains comme par exemple la Tanzanie où les soins privés sont pour les riches et les soins publics pour les pauvres (Wyss *et al.* 1996). Les pauvres sont plus sensibles au prix que les riches (Gertler *et al.* 1987). Ce ne serait pas si mal si cela permettait à l'état de réorienter ses ressources de sorte que les pauvres puissent alors bénéficier d'un service de santé de meilleure qualité à un prix abordable. Dans la réalité, cela survient très rarement. La qualité dans les services publics ne s'améliore pas très vite, et le prix des soins dans les services publics n'est pas assez bas pour compenser les différences perçues dans la qualité.

Bien que dans certains pays comme le Kenya (Mbugua *et al.* 1995) et l'Afrique du Sud (Ferrinho 1995) ce ne soit pas le cas pour les services prénatals et de planning familial, les réformes ont pratiquement toujours eu pour résultat une facturation aux clients pour un beaucoup de services de santé y compris les services de santé reproductive. On sait que le fait de devoir payer pour la santé exclut souvent les utilisateurs les plus pauvres du système de santé publique et même, les prive de tout accès au système de santé moderne (Yoder 1989) Par exemple, en Tanzanie (Demographic and Health Survey 1991 and 1996) et au Kenya (Mbugua *et al.* 1995), les accouchements dans les centres de santé ont diminué d'au moins 12% après qu'un système de participation aux frais ait été introduit. Ces frais, et plus particulièrement les dessous de table, exigés par le personnel de santé perçu des services publics tel qu'il est perçu, c'est-à-dire un prix officiel. Une des conséquences de cela, est l'augmentation croissante de l'automédication. A Gaza, les problèmes de santé reproductive (infertilité, problèmes urogénitaux et contraception) sont la troisième raison la plus fréquente (la première pour les femmes) de s'approvisionner en médicaments dans une pharmacie privée (Beckerleg *et al.* 1998). Dans certains pays africains et asiatiques l'achat sans prescription de traitements pour MST dans les pharmacies privées est très courant (Kloos *et al.* 1988, Crabbe *et al.* 1998, Okonofua *et al.* 1999, Phalla *et al.* 1998).

Certains considèrent les difficultés à accéder au secteur public comme un stimulant nécessaire pour encourager le secteur privé lucratif à s'impliquer plus dans la prestation de soins en santé reproductive. Par exemple, certains

daisent qu'encourager les services commerciaux de planification familiale pour ceux qui peuvent se le permettre peut être une façon d'améliorer les services pour ceux qui ne peuvent pas les payer, en libérant les ressources publiques au profit des patients à bas revenus (Anonyme 1998). Malheureusement, il n'y a pas de preuves solides démontrant cette logique, et surtout pas en l'absence d'une politique pro-active.

La privatisation liée à des conditions

Pas de recommandations générales. Une solution facile pourrait être de dispenser les soins de santé reproductive à travers les OPNL ou même par des services privés lucratifs. C'est le cas quand le poids de l'histoire et la perception par le public de l'échec du gouvernement pèse tellement lourd que le redressement des services publics devient très improbable. Une chose ressort des preuves fragmentaires, les recommandations générales ne conviennent pas. Il y a des arguments en faveur du secteur privé là où il se met au service de l'intérêt public et permet la réallocation des maigres ressources. Quand ces conditions ne sont pas présentes, appuyer cette stratégie n'est pas rationnel. Le secteur privé ne doit pas être soutenu juste parce que c'est une option à la mode dans les clubs d'expats internationaux du développement. L'appui, mais également le simple contrôle, entraîne des coûts pour la machine administrative du secteur public. Les coûts des "nouvelles" responsabilités de l'état doivent être compensées par des économies provenant de gains obtenus par une amélioration de l'efficacité (Brugha *et al.* 1999, McPake & Hongoro 1995). Bref, l'appui du secteur privé doit être assujéti à certaines conditions.

Conditions. Si on veut être sûr que le secteur privé en fait ne détourne pas les ressources du secteur public, une exigence minimum est de s'assurer qu'il existe des conditions préalables pour l'infrastructure (McPake & Hongoro 1995), que ce secteur offre des interventions coût-efficace (Potts & Walsh 1999), qu'il y ait un accès adéquat aux médicaments et aux examens paracliniques d'aide au diagnostic (Brugha *et al.* 1999) et que les systèmes d'information permettent de faire le suivi des obligations contractuelles (McPake & Hongoro 1995). On doit préférer des prestataires privés ayant des antécédents de gestion efficace des ressources et qui peuvent de façon professionnelle fournir rapidement les données nécessaires sur le marché de service et les données financières (Potts & Walsh 1999). Il y a également des considérations stratégiques. Les gouvernements doivent se méfier des presta-

taires privés contractuels qui prendront une position de pouvoir dans les négociations, s'il n'y a pas de concurrents sérieux et si le gouvernement n'est pas à même d'offrir un service alternatif.

Le problème est de définir les conditions sous lesquelles cela peut se faire sans perte de qualité, d'efficacité et d'équité. Dans ce contexte six points doivent être pris en considération.

1. On doit trouver une manière d'encourager les OPL et/ou les OPNL à fournir une gamme complète de services prioritaires, de préférence de manière intégrée. Étant donné l'habitude des OPL et des OPNL à offrir des services spécialisés ou des services spécifiques à un créneau, et un manque d'autorité des Ministères de la Santé dans de nombreux pays, ceci n'est pas une tâche facile.
2. Nous devons trouver une façon d'assurer *l'accessibilité pour ceux qui en ont besoin*, y compris les pauvres. Beaucoup craignent que ceci se passe dans un système à deux vitesses avec une qualité de soins perçue différemment pour les riches et pour les pauvres.
3. L'adhérence aux *standards de qualité* doit être assurée, y compris les mécanismes évitant la sur-médication et les effets iatrogènes.
4. Les *conflits d'intérêts*, particulièrement dans des situations où un secteur dépend d'un autre pour certaines de ses ressources, doivent être reconnus et abordés de manière explicite.
5. Tous les efforts doivent être entrepris afin de créer des mécanismes pour rendre des comptes multiples et indépendants. Des pénalités doivent être établies en cas de non-satisfaction aux obligations contractuelles, en utilisant les mécanismes créés pour rendre ces personnes redevables devant les conseils et associations professionnelles et le public.
6. L'effort d'investissement dans le secteur privé est de *ré-investir les gains* de la complémentarité. Que ceci se passe dans la pratique n'est que spéculation: cela n'a pas été prouvé. On pourrait s'attendre à ce qu'un gouvernement s'assure que les preuves des bénéfices réels puissent être documentées. Ceci n'est pas facile, et le paradoxe est que précisément les pays dans lesquels les services publics ne fonctionnent pas bien, et qui donc sont les premiers candidats pour transférer une partie des services vers les OPNL ou OPL sont justement ceux dans lesquels l'administration publique les ressources pour la recherche et les compétences sont les pires pour s'assurer que la population bénéficie réellement du transfert.

Les gouvernements ont un certain nombre d'outils de réglementation à

leur disposition qu'ils peuvent utiliser de façon plus efficace. Ceci inclut l'accréditation, des tests indépendants d'assurance de qualité, mais également le pouvoir de réglementer les paiements et les subventions et d'introduire des taxes et impôts indirects. Une bonne législation n'est pas suffisante. L'état doit avoir le pouvoir de la faire respecter. En Inde, par exemple, les cabinets privés et les équipes mobiles faisaient la promotion de l'identification prénatale du sexe de l'enfant en l'annonçant dans les journaux locaux, malgré l'interdiction par le gouvernement de cette pratique (United Nations 1998). Il y a des expériences qui montrent que les plans de financement permettent que le secteur privé ait un rôle complémentaire à celui de l'état (Potts & Walsh 1999).

Contre pouvoir. Durant les dix dernières années, l'intérêt pour le secteur privé a gagné du terrain sur base de rhétorique et de vœux pieux. Néanmoins le fait est là. Actuellement, le problème principal est que le secteur privé se développe sans contrôle ni supervision. Les clients ne sont pas protégés contre les conséquences de l'asymétrie de l'information auxquelles ils sont confrontés - conséquences sur le plan de la santé et sur le plan financier. L'état ne peut ou ne veut pas tirer avantage de la « complémentarité » pour réallouer ses ressources vers ceux qui en ont le plus besoin. Réglementer est plus facile à dire qu'à faire. L'évolution récente dans nombre de pays à revenus moyens comme la Thaïlande (National Forum on Health Care Reform 2000) - et comme on l'a vu dans l'histoire du mouvement des travailleurs en Europe - indique que peut-être la façon la plus efficace d'aider l'état à réglementer le secteur privé est d'augmenter la pression de la société civile. D'un point de vue santé publique, la privatisation n'a de sens que si l'état et la société civile sont assez forts.

Références

- Abu-Zeid HAH et Dann WM (1985). Health services utilisation and cost in Ismailia, Egypt. *Soc Sci Med* 21(4),451-461.
- Adam Y, Gomes A, Cossa A, Naftal A, Conzo S, Coimbra H et Silva B (1997). Estratégias de sobrevivência do pessoal de saúde num hospital público em Maputo. Abstract Qi 32 *Revista Médica de Moçambique* 7(1, 2) Suplemento 1: S62.
- Ahmed AM, Urassa DP, Gherardi E et Game NY (1996). Capabilities of public, voluntary and private dispensaries in basic health service provision. *World Health Forum* 17,257-259.
- Aljunid S et Zwi A (1997). "Public and private practitioners in a rural district of Malaysia: complements or substitutes". Chapter 3, pp 40-53 in Bennet, S., McPake, B. and Mills A. (eds.) (1997) *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?* London and New Jersey: Zed Books.
- Alubo SG (1990). Debt crisis, health and health services in Africa *Soc Sci Med* 31 (6),639-648.
- Amin S et Lloyd CB (1998). *Women's lives and rapid fertility decline. Some lessons from Bangladesh and Egypt*. Research Division Working Paper no 117. New York: Population Council. <http://popcouncil/pdfs/wp/117.pdf>
- Amy J (1992). "Obstétrique," pp. 825-848. in Janssens, G., Kivits, M. and Vuylsteke, J. (eds) *Médecine et hygiène en Afrique Centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2 P. Masson: Paris.
- Anonymous (1994) United Nations International Conference on Population and Development, 513 September 1994, Cairo, Egypt. <http://www.iisd.ca/linkages/program/p07007.html>.
- Asiimwe D, McPake B, Mwesigye F, Ofoumbi M, Ørtenblad L, Streefland P et Turinde A (1997). "The private sector activities of public-sector health workers in Uganda". Chapter 9, pp 140-157. in Bennet S, McPake B, Mills A (eds.) (1997) *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?* London and New Jersey: Zed Books.
- Backström B, Gomes ADC, Fresta E, Dias F, Gonçalves A, Van Lerberghe W et Ferrinho P (1997). The coping strategies of rural doctors in Portuguese speaking African countries. Abstract Te 22. *Revista Médica de Moçambique* 7(1,2) Supplement 1: S13.
- Barros FC, Vaughan JP, Victora CG et Huttly SR (1991). Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet* 338(8760),167-169.

- Beckerleg S, Lewando Hundt G, Eddama M, el-Alem AE, Shawa R et Abed Y (1999). Purchasing a quick fix from private pharmacies in the Gaza Strip. *Soc Sci Med* 49(11),1489-1500.
- Bennet S, McPake B et Mills A (1997). "The public/private mix debate in health care". Chapter 1, pp 1-18 in Bennet S, McPake B and Mills A (eds.) (1997) *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?* London and New Jersey: Zed Books.
- Berman P et Rose L (1996). The role of private providers in maternal and child health and family planning services in developing countries. *Health Policy and Planning* 11(2),142-155.
- Bobadilla JL et Walker G (1991). Early neonatal mortality and Caesarean Delivery in Mexico City. *Am J of Obstetrics and Gynecology* 164(1),22-28.
- Broomberg J, Masobe P et Mills A (1997) "To purchase or to provide? The relative efficiency of contracting out versus direct public provision of hospital services in South Africa". Chapter 13, pp 214-236 in Bennet S, McPake B, Mills A (eds.) (1997) *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?* London and New Jersey: Zed Books.
- Brugha R, Chandramohan D et Zwi A Viewpoint: management of malaria - working with the private sector. *Tropical Medicine and International Health* 4(5), 402-406.
- Coetzee N, Ahmed N et Kagee M (1994). Sexually transmitted diseases in general practice. *S Afr Med J* 84,237-238.
- Colson AC (1971). The differential use of medical resources in developing countries *J Hlth Soc Behav* 12,226.
- Crabbe F, Tchupo JP, Manchester T et al. (1998). Pre-packaged therapy for urethritis: the "MSTOP" experience in Cameroon. *Sexually Transmitted Infections* 74, 249-252.
- Damasceno A, Van Lerberghe W et Ferrinho P (2000). "Coping through private practice. A cardiologist in Maputo, Mozambique". pp 157-162 in Ferrinho, P. and Van Lerberghe, W. (eds.) (2000) *Health Personnel Performance & Providing Health Care under Adverse Conditions. Individual Coping Strategies. Studies in Health Services Organisation & Policy*; 16. Antwerp: ITG Press.
- De Brouwere V et Van Lerberghe W (1998). Les besoins obstétricaux non couverts. *L'Harmattan Paris Montréal*. 1-237.
- Dixon-Mueller, R. (1990) Abortion policy and women's health in developing countries. *In J Hlth Serv* 2,297-314.

- Doyal L (1996). The politics of women's health: setting a global agenda. *In J Hlth Serv* 26(1),47-65.
- Edouard L, Dodd N et Bernstein S (2000). The implementation of reproductive health programs: experiences, achievements and challenges. *Int J Gyn Obs* 70,25-34.
- Evans I (1995). SApping maternal health *Lancet* 346,1046.
- Ferrinho P (1995). *Primary Health Care in Alexandra. A contribution to the Methodology of Primary Health Care*. PhD Thesis, Department of Community Health, Faculty of Medicine, Medical University of Southern Africa.
- Ferrinho P, Barron P, Buch E et al.(1990). Some aspects of primary health care in Oukasie SA *Family Practice* 11(9),447-450.
- Ferrinho P etVan Lerberghe W (editors) (2000). *Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance & individual coping strategies*. Studies in Health Services Organisation & Policy, 16. Antwerp: ITG Press.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, da Cruz Gomes A (1999). Public and private practice: a balancing act for health staff [editorial] *Bulletin of the World Health Organization* 77(3),209.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Julien MR et al. (1998). How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries *Health Policy and Planning* 13(3),332-8.
- FIGO (2000), Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. FIGO, London.
- Finger WR (1998). Commercial sector can improve access. *Network (Family Health International)* 18(2),12-15.
- Fox KFA (1988). Social marketing of oral rehydration therapy and contraceptives in Egypt. *Studies in Family Planning* 19(2),95-108.
- Frame G, Ferrinho P et Wilson TD (1991). The care of STDs in Alexandra: review of previous research and a survey of General Practitioners. *S Afr Fam Pract* 12, 87-92.
- Gallan M (1982). Abortion in the Philippines: a study of clients and practitioners. *Studies in Family Planning* 13,35-44.
- Gani A (1997). "Improving Quality in Public Sector Hospitals in Indonesia," pp. 197-217. in Newbrander W. (ed.) (1997) *Private Health Sector Growth in Asia. Issues and implications*. Wiley: New York.

- Gertler P, Locay L et Sanderson W (1987). Are user fees regressive? *J Economet* 36,67-88.
- Giffin K (1994). Women's health and the privatization of fertility control in Brazil. *Soc Sci Med* 39(3),355-360.
- Gilson L, Adusei J, Arhin D, Hongoro C, Mujinja P et Sagoe K (1997). "Should African governments contract out clinical health services to church providers?" Chapter 17, pp 276-302. in Bennet, S., McPake, B., Mills, A. (eds.) (1997) *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?* London and New Jersey: Zed Books.
- Giusti D, Criel B et de Béthune X (1997). Public versus private health care delivery: beyond the slogans. *Health Policy and Planning* 12(3),193-198.
- Hanson K, Berman P (1998). Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. *Health Policy and Planning* 13(3), 195-211.
- Hanvoravongchai P, Letendumrong J, Teerawattananon Y et Tangcharoensathien V (2000). Implications of private practice in public hospitals on the cesarean section rate in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal* 4(1), 2-12.
- Hecht RM et Tanzi VL (1993). *The role of NGO in the delivery of health services in developing countries*. Background paper for the World Development Report. Washington, DC: World Bank.
- HFMSP (Health Financing and Management Study Project)(1999). Health Financing in Thailand. Technical report. Mimeo, 146 pp.
- Huber SC et Harvey PD (1989). Family planning programmes in developing countries: cost-effectiveness by mode of service delivery. *J Biosoc Sci* 21,267-277.
- Kamheang C, Tangtrakul S, Pongthai S *et al.*(1981). Abortion: an epidemiologic study at Ramathibodi hospital, Bangkok. *Studies in Family Planning* 12,257-262.
- Kanji N, Kilima P, Lorenz N, Garner P (1995). Quality of primary outpatient services in Dar Es Salaam: a comparison of government and voluntary providers. *Health Policy and Planning* 10(2),186-190.
- Karim QA, Morar N, Zuma N, Stein Z et Preston-Whyte E (1994). Women and AIDS in Natal/Kwazulu. Determinants of the adoption of HIV protective behaviour. *Urbanisation and Health Newsletter* 20,3-9.

- Kloos H, Getahun B, Tefari A, Tsadik K, Belay S (1988). "Buying drugs in Adis Ababa: a quantitative analysis" in van der Geest, S., Whyte, R.S. (eds.) *The Contest of Medicines in Developing Countries*. Kluwer Academic Publishers, Antwerp, London and Boston.
- Koivusalo M et Ollila E (1997). *Making a Healthy World. Agencies, Actors and Policies in International Health*. Zed Books Ltd: London and New York.
- Letarte C (1996). Health Situation In Egypt. Cairo, Draft, Mimeographed Document.
- Maiga Z, Traoré Nafu F et El Abassi A (199). La Réforme du Secteur Santé au Mali, 1989-1996. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 12,1-132. Antwerp, ITG Press.
- Mbugua JK, Bloom GH et Segall MM (1995). Impact of user charges on vulnerable groups: the case of Kibwesi in rural Kenya. *Soc Sci Med* 41,829-835.
- McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Streefland P et Turinde A (2000) "Coping strategies of health workers in Uganda". pp 157-162 in Ferrinho P and Van Lerberghe W (eds.) (2000) *Health Personnel Performance & Providing Health Care under Adverse Conditions. Individual Coping Strategies*. Studies in Health Services Organisation & Policy; 16. Antwerp: ITG Press.
- McPake B et Hongora C (1995). Contracting out of clinical services in Zimbabwe. *Soc Sci Med* 4(1),13-24.
- Ministry of Public Health (2000). Thailand Health Profile 1997-1998. Bangkok: ETO.
- Mongkolsmai D (1997). "Private Health Sector Growth and Social Security Insurance in Thailand" in Newbrander W. (ed.) (1997). *Private Health Sector Growth in Asia. Issues and implications*. Wiley: New York. pp. 83-107.
- Montgomery MR et Casterline JB (1998). Social Networks and the Diffusion of Fertility Control. Research Division Working Paper no 119. New York: Population Council. <http://popcouncil/pdfs/wp/119.pdf>
- Mwabu G, Mwanzia J et Liambila W (1995). User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning* 10, 164-170
- Newbrander W et Moser P (1997). "The Future of Health Sector Reform in Asia," in Newbrander, W. (ed.) (1997) *Private Health Sector Growth in Asia. Issues and implications*. Wiley, New York, pp. 221-234.

Okonofua FE, Ogonor JI, Omorodion FI *et al.* (1999). Assessment of health services for treatment of sexually transmitted infections among Nigerian adolescents. *Sexually Transmitted Diseases* 25(3),184-190.

Pannarunothai S at Mills A (1997). "Characteristics of public and private health-care providers in a Thai urban setting". Chapter 4, pp 54-70 in Bennet S, McPake B and Mills A (eds.) (1997). *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?* London and New Jersey: Zed Books.

Pannarunothai S et Mills A (1998). Researching the public/private mix in health care in a Thai urban area: methodological approaches. *Health Policy and Planning* 13(3),234-248.

Phalla T, Leng HB, Mills A, Bennet A, Wienrawee Gorbach P et Chin J (1998). HIV and STD epidemiology, risk behaviors, and prevention and care response in Cambodia. *AIDS* 12, S11-S18.

Phillips JF, Greene WL, Jackson EF (1999). Lessons from community-based distribution of family planning in Africa. Research Division Working Paper no 121. New York: Population Council. <http://popcouncil/pdfs/wp/121.pdf>

Porignon D, De Vos P, Hennart P, Van Lerberghe W et Laurent A (1994). [The health sector in Zaire: towards a new strategy for co-operation] La problématique du secteur santé au Zaïre: vers une nouvelle stratégie de coopération. BADC, 1-145. Report

Potts M, Walsh J (1999). Making Cairo work. *Lancet* 353,315-318.

Ramirez T, Zurita B, Cruz C, Recio M et Vargas C (1997). "The role of an NGO in the market for maternal and child health-care services in Mexico City". Chapter 11, pp 174-187 in Bennet S, McPake B and Mills A (eds) (1997). *Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest?* London and New Jersey: Zed Books.

Roemer MI (1991). National Health Systems of the World. Volume I. The Countries. New York: New York University Press.

Roenen C, Ferrinho P, Van Dormael M, Conceição MC et Van Lerberghe W (1997). How African doctors make ends meet: an exploration. *Tropical Medicine and International Health* 2(2),127-135.

Rosenfield A et Maine D (1985). Reproductive mortality: A neglected tragedy: Where is the M in MCH? *Lancet* 83-85.

Schneider H, Blaauw D, Magongo B et Khumalo I (1999). "STD care in the private sector". Chapter 7 in (falta editor) *SA Health Review* (1999). Durban, Health Systems Trust.

Schwartz JB, Akin JS et Popkin BM (1993). "Economic determinants of demand for modern infant-delivery in low-income countries: the case of the Philippines." in Mills, A. and Lee K. (eds.) *Health economics research in developing countries*. Oxford University Press: Oxford. pp. 165-192.

Steele F, Amin S et Naved RT (1998). The impact of integrated micro-credit program on women's empowerment and fertility behavior in rural Bangladesh. Research Division Working Paper no 115. New York: Population Council. <http://popcouncil/pdfs/wp/115.pdf>

Stock R (1983). Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. *Soc Sci Med* 17,563.

Turshen M (1999). *Privatizing health services in Africa*. Rutgers University Press: New Brunswick, New Jersey and London.

UNFPA (1999a). Expert Group Meeting on Reproductive Health. Implementing the ICPD Programme of Action in Central and Eastern Europe: Lessons Learnt Post-Cairo. UNFPA/WHO Meeting, Copenhagen, Denmark, 28-30 September 1998.

UNFPA (1999b) The UNFPA private-sector initiative. Exploring ways to facilitate cooperation between governments and the commercial sector to expand access to reproductive health commodities. A project of the UNFPA Global Initiative on Reproductive Commodity Management. United Nations Population Fund, Technical and Policy Division, Technical Branch.

United Nations (1998) World Population Monitoring. Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health. Population Division, United Nations Secretariat, New York.

UON (1999) Unmet Obstetric Needs Network, unpublished report.

Van Lerberghe W et De Brouwere V (2000). Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne, *Afrique Contemporaine* 135,175-190.

Van Lerberghe W (1993). Les politiques de santé africaines: continuités et ruptures. *Bull Séances Acad R Sci Outre Mer* 39,205-230.

Van Lerberghe W et Lafort Y (1990). The role of the hospital in the district; delivering or supporting primary health care? *Current Concerns SHS Papers*: 1-36.

Van Lerberghe W, Van Balen H et Kegels G (1992). [Typology and performance of first-referral hospitals in sub-Saharan Africa] Typologie et performances d'hôpitaux de premiers recours en Afrique sub-Saharienne. *Ann.Soc Belg.Med Trop* 72 Suppl 2,1-51

Van Lerberghe W, Ammar W, el Rashidi R, Sales A et Mechbal A (1997). Reform follows failure: I. Unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning* 12, 296-311.

Westaway M (1994). An interview with Sonja van Oudtshoorn, the Director: Education and Training of the Cancer Association of South Africa (CANSA). *Urbanisation and Health Newsletter* 20,69-78.

WHO (1998). Reproductive Health Research: The New Direction. Biennial Report 1996-1997. UNDP/UNFPA/WHO/WB Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Geneva.

World Bank (1993). *Investing in Health*. Oxford University Press: Oxford.

Wyss K, Whiting D, Kilima P *et al.* (1996). Utilisation of government and private health services in Dar Es Salaam. *East African Medical Journal* 73(6),357-363.

Yoder R(1989). Are people willing and able to pay for health services? *Soc Sci Med* 29(1),35-42.

Young JC (1980). A model of illness treatment decisions in a Tarascan town. *Am Ethnol* 7,106.