

PRIVÉ ou PUBLIC

Jorge Coarasa, Jishnu Das et Jeffrey Hammer

Dans nombre de pays, le débat ne devrait pas concerner la source des soins de santé primaires, mais bien leur qualité

LE SECTEUR privé fournit entre un tiers et les trois quarts des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu, selon l'enquête considérée. Mais, pour la plupart des patients, il ne s'agit pas de grands centres hospitaliers modernes, avec des prestataires de services intégrés. Ce secteur privé existe et répond aux besoins d'une clientèle urbaine relativement aisée. Le secteur privé de la clientèle pauvre est constitué de prestataires qui dirigent des petits centres de soins à but lucratif ou qui travaillent pour des établissements à but non lucratif et de prestataires formés en médecine traditionnelle, en herboristerie, en homéopathie et de nombreux autres non qualifiés.

Il est impossible de généraliser pour ce qui est du rôle du secteur privé dans les services médicaux aux pauvres. Néanmoins, deux généralisations semblent dominer le débat sur l'exercice privé de la médecine dans les pays à faible revenu. Tout d'abord, le secteur privé est la panacée au malaise et au dysfonctionnement général du secteur public. Ensuite, les comportements prédateurs sont si endémiques dans le secteur privé que ce dernier devrait être réglementé, contrôlé, voire remplacé par des centres de soins financés et gérés par l'État.

Le problème de savoir en quoi chacune se justifie est une question empirique qui dépend des problèmes qui se posent dans les interactions entre patients et prestataires sur les marchés des soins médicaux et de l'aptitude de l'État à les résoudre. Ainsi, il se peut que les patients ne reconnaissent pas ce que constituent de bons soins et qu'ils exigent plutôt des solutions miracles et des remèdes pseudo-médicaux. Si tel est le cas, le secteur privé s'empressera de les leur procurer. Ou bien les prestataires peuvent prescrire des traitements qui

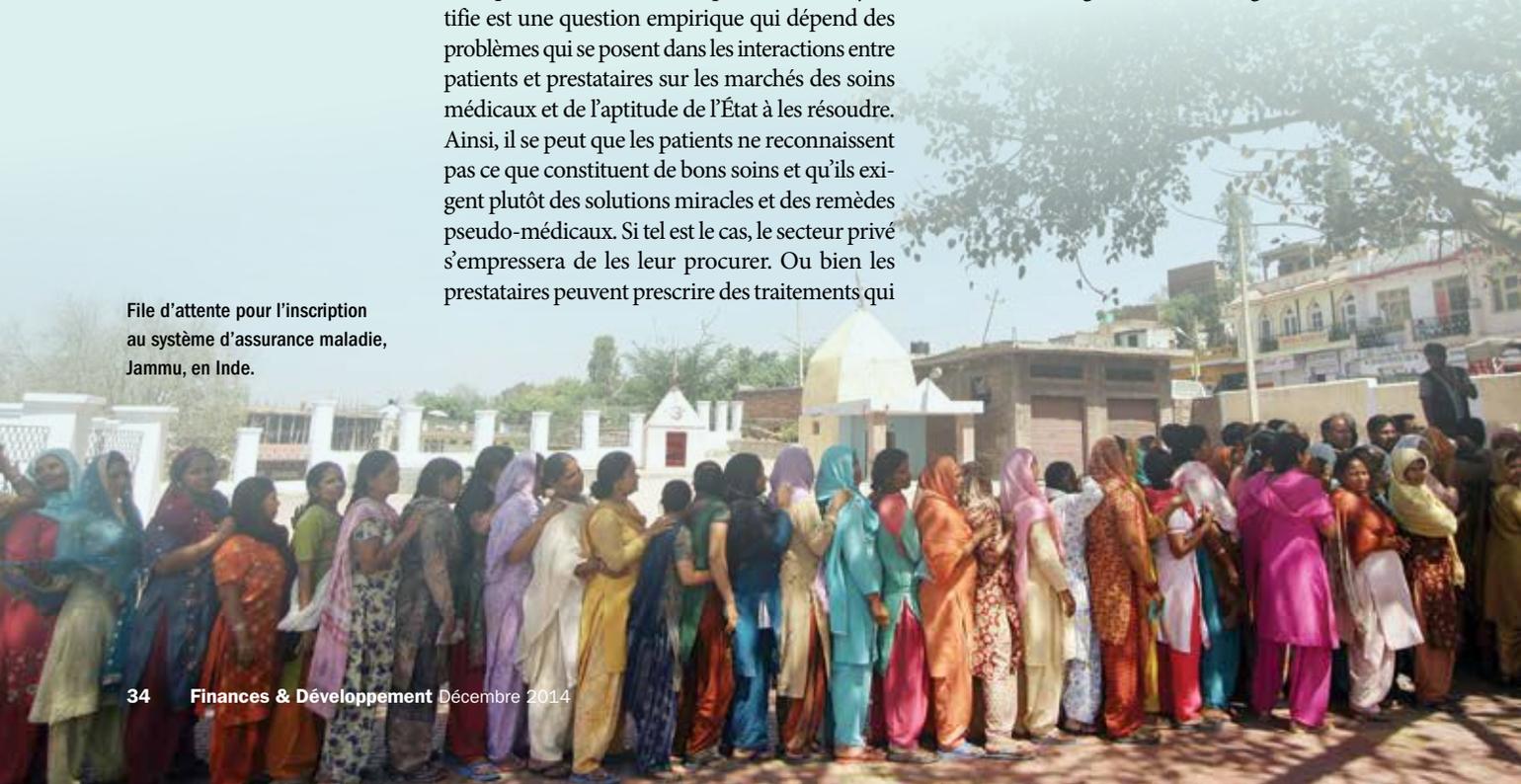
servent leur propre intérêt financier, et non pas les besoins du patient. Ainsi, ils peuvent privilégier une césarienne lorsqu'un accouchement naturel, moins coûteux est suffisant, ou délivrer des médicaments inutiles qui leur profitent personnellement. De fait, selon une opinion largement répandue, les «asymétries d'information» (situations où le prestataire en sait davantage sur la condition du patient que le patient lui-même) entraînent des problèmes dans la prestation de soins de santé curatifs par le secteur privé.

Mais il n'est pas sûr que le secteur public fasse mieux. Il arrive souvent que des prestataires privés de médiocre qualité et de graves inefficiences de marché coexistent avec des prestataires publics de qualité tout aussi médiocre. Il manque souvent aux instances de réglementation potentielles la capacité de surveillance et de coercition nécessaire. Les vrais services d'intérêt public, comme l'élimination des sources de maladies (les moustiques, par exemple) et un bon assainissement, doivent être assurés par l'État. Mais, pour ce qui est des soins médicaux thérapeutiques, la situation est moins nette.

Un secteur privé de grande taille

Dans les pays à faible revenu, le secteur privé de la santé est généralement de grande taille et

File d'attente pour l'inscription au système d'assurance maladie, Jammu, en Inde.





une source de soins primaires utilisée régulièrement, malgré une augmentation du financement et l'élimination des redevances d'utilisation des services publics dans de nombreux pays. Dans les enquêtes démographiques et sanitaires, il est demandé aux ménages à qui ils s'adressent lorsqu'un enfant a de la fièvre ou souffre de diarrhée. Entre 1990 et 2013 (selon 224 enquêtes réalisées dans 77 pays), la moitié de la population s'est tournée vers le secteur privé et, entre 1998 et 2013 — même parmi les 40 % les plus pauvres — les deux cinquièmes ont opté pour le privé (Grepin, 2014). S'agissant des maladies combinées de l'enfance et de l'âge adulte, le recours au secteur privé au début des années 2000 (dernières données disponibles) allait de 25 % en Afrique subsaharienne à 63 % en Asie du Sud (Wagstaff, 2013).

Cela s'explique peut-être par le fait que les centres de soins publics ne sont pas disponibles ou sont surpeuplés, ce qui incite les gens à se rendre dans les établissements privés. Mais les prestataires privés sont très sollicités même lorsqu'il existe des structures publiques. Et le surpeuplement ne semble pas en être la raison. En Tanzanie, au Sénégal et dans la zone rurale de Madhya Pradesh (en Inde), les médecins des centres de soins primaires publics ne passent qu'entre 30 minutes et une heure par jour en consultation avec des patients. Au Nigéria, les centres de soins publics en zone rurale voient en moyenne un patient par jour (Banque mondiale, 2011; Das et Hammer, 2014).

La disposition des patients à payer les services privés qu'ils pourraient obtenir gratuitement auprès d'un service public de proximité sous-utilisé pourrait tenir à divers aspects de la qualité, comme l'absentéisme des prestataires dans les centres de soins publics ou le manque d'attention portée à la clientèle. Sur le plan de la santé et de la politique de santé, la préférence pour les structures privées devient un problème si les prestataires privés sont plus enclins à se plier aux exigences des patients en termes de produits et services qui sont inappropriés du point de vue médical (antibiotiques et stéroïdes, par exemple), ou à manipuler le traitement à leur avantage de façon à accroître leur revenu. Si ces deux problèmes sont *moins* répandus dans le secteur public, il faudrait envisager de développer le secteur public pour remplacer le secteur privé ou songer à réglementer étroitement l'exercice privé de la médecine. La question est de savoir si la qualité des soins varie entre les deux secteurs.

Qualité des soins

En fait, la qualité générale des soins est mauvaise dans les *deux* secteurs. Le temps de consultation va de 1,5 minute seulement (secteur public, en zone urbaine en Inde) à 8 minutes (secteur privé, en zone urbaine au Kenya). Les prestataires de soins posent en moyenne entre trois et cinq questions et effectuent entre un et trois examens de routine, comme la prise de la température, du pouls et de la tension artérielle. Dans les zones rurales et urbaines de l'Inde, les conditions importantes sont traitées correctement dans moins de 40 % des cas; lorsqu'un diagnostic est annoncé, il est correct dans moins de 15 % des cas. La prescription de traitements inutiles, voire préjudiciables, est un phénomène largement répandu parmi l'ensemble des prestataires tous secteurs confondus, et les traitements susceptibles de sauver des vies, comme la réhydratation par voie orale chez les enfants atteints de diarrhée, sont utilisés dans moins d'un tiers des interactions avec des prestataires de

soins hautement qualifiés. Moins de 5 % des patients reçoivent *seulement* le traitement correct quand ils consultent un prestataire.

Deux récentes revues systématiques d'études sur la qualité et l'efficacité de la prestation des services de santé des secteurs public et privé sont arrivées à des conclusions très différentes. L'une penche en faveur du secteur public (Basu *et al.*, 2012), et l'autre le secteur privé (Berendes *et al.*, 2011). Après avoir consulté les références bibliographiques pour établir la source de cette disparité, force est de constater que même la simple question de savoir si la qualité des soins est meilleure dans l'un ou l'autre secteur reste sans réponse.

Pour distinguer les différences de qualité entre le secteur public et privé, les études devraient disposer de données provenant des deux secteurs. Elles devraient aussi exclure les facteurs de confusion dus aux différences qui existent au niveau des patients, de la formation et de la disponibilité des ressources. (Il n'est pas utile de comparer un prestataire du secteur privé sans formation qui prodigue des soins dans un petit centre de soins rural à un médecin du secteur public dûment formé exerçant dans un hôpital bien équipé.)

Sur les 182 publications sur lesquelles portent les deux revues, seule une étude (Pongsupap et Van Lerberghe, 2006) satisfaisait à ces critères. Elle a utilisé des patients de base (faux clients) pour voir comment des médecins «comparables» dans le secteur privé et public à Bangkok traitaient l'anxiété. Les patients de base (recrues locales qui présentent une même situation à plusieurs prestataires de soins) sont communément considérés comme l'étalon-on dans ce type de travaux de recherche parce qu'ils donnent une mesure objective de la qualité des soins, y compris la probabilité que le prestataire suive les protocoles, l'adéquation du traitement et le nombre de prescriptions inutiles. Ils permettent aux chercheurs d'évaluer comment un *même* patient est traité par plusieurs prestataires différents. Dans cette étude, les auteurs ont fait état de soins plus centrés sur le patient dans le secteur privé, mais n'ont observé aucune différence en termes d'adéquation du traitement. Pas un médecin n'a prescrit le bon traitement (qui consistait à ne rien faire).

Inde rurale

Dans le cadre de nos propres travaux de recherche en Inde rurale, nous avons envoyé les patients de base tout d'abord à un échantillon de prestataires de soins pris au hasard dans le secteur public et privé, puis à des médecins qualifiés exerçant dans les deux (Das *et al.*, 2014). Plusieurs conclusions notables s'imposent :

Premièrement, *dans le secteur public et privé, les soins étaient le plus souvent assurés par des gens sans véritable formation médicale.* Dans le secteur privé, cela tenait au manque de personnel qualifié disposé à exercer en milieu rural. Dans le secteur public, un fonctionnaire sans formation médicale prodiguait des soins 64 % du temps, parce qu'un médecin n'était pas présent. Les médecins, qui reçoivent une rémunération fixe, sont souvent absents des établissements publics : 40 % du temps en Inde, 35 % en Ouganda et plus de 40 % en Indonésie, selon des études nationales.

Deuxièmement, *des interactions centrées sur le patient et l'adéquation du traitement ont été observées plus fréquemment dans les établissements du secteur privé où exercent des médecins du secteur public.* Le même médecin passe plus de temps, pose plus de questions, suivant plus souvent la liste des questions et examens recommandés, et donne un traitement généralement plus adéquat

dans le privé (voir graphique). Il n'y a pas de différence en matière de prise inutile de médicaments, élevée dans le secteur public et privé.

Troisièmement, la consommation excessive d'antibiotiques était tout aussi élevée dans les deux secteurs. Dans le privé, 48,2 % des prestataires qualifiés et 39,4 % des prestataires insuffisamment qualifiés délivraient inutilement des antibiotiques. Les médecins travaillant dans des centres de soins primaires publics prescrivaient des antibiotiques pour la diarrhée 75,9 % du temps, après avoir consacré 1,5 minute à la décision.

Quatrièmement, dans le secteur privé, un plus grand recours à une liste et l'adéquation du traitement se traduisaient par des prix plus élevés, ce qui cadre avec les modèles de marché dans lesquels la qualité se paie et montre que les consommateurs connaissent la qualité des services et qu'ils ont à cœur de recevoir le bon traitement. Mais il n'y avait pas de sanction pécuniaire pour les traitements inutiles, signe que les patients ne pouvaient pas juger si les médicaments supplémentaires leur ayant été dispensés étaient nécessaires.

La surconsommation de médicaments dans le secteur privé pourrait s'expliquer par l'existence d'un lien entre les bénéfices du prestataire et la pratique de prescription : il ressort des études réalisées que, lorsque les médecins ne sont pas rémunérés à l'ordonnance, la prescription inutile d'antibiotiques est moins fréquente. Mais la consommation d'antibiotiques est tout aussi élevée dans le secteur public. L'appât du gain peut donc être un élément, mais il n'est pas le seul. De la même manière, l'idée reçue que les patients ne peuvent juger de la qualité doit aussi être remise en question parce que les différences en matière de qualité des soins présentent une corrélation avec le prix.

Encourager les progrès de la médecine

Compte tenu du peu d'éléments probants, les maux du secteur privé ont été exagérés. Les patients semblent faire des choix logiques sur la base de facteurs comme la distance, le temps d'attente, le prix et la qualité des soins. Il n'est guère prouvé que les patients prennent des décisions irrationnelles lorsqu'ils optent pour un centre de soins privé. Bien qu'il y ait une tendance à la surconsommation de médicaments lorsque les prestataires privés établissent le diagnostic

des patients et qu'ils sont rémunérés à l'ordonnance, les mêmes types de problèmes existent dans le secteur public.

La problématique privé-public ne tient pas à l'ignorance ou au comportement irrationnel des patients, mais à la qualité générale des soins, qui est faible dans les deux secteurs. Une amélioration de l'infrastructure et de la formation serait peut-être nécessaire, mais cela n'est pas suffisant pour renforcer la qualité des soins (Das et Hammer, 2014). Le comportement des prestataires de soins de santé et les structures et incitations en place doivent changer. Pour réduire la prise inutile de médicaments, par exemple, il faudrait éliminer le lien entre diagnostic et traitement dans les deux secteurs. Il s'agirait notamment d'établir une séparation juridique entre la prescription et la délivrance de médicaments, et les examens médicaux.

Il n'y a pas de raison de développer les services de santé publics à moins que leur qualité soit au moins aussi bonne que celle des services remplacés. L'expansion des soins publics pourrait être appropriée dans les rares pays où l'échec du marché privé est particulièrement cuisant et où la responsabilisation du secteur public est particulièrement bonne. Mais, même dans ce cas de figure, il faudrait renforcer considérablement la capacité du secteur public ou mettre en place un énorme dispositif de réglementation. Il serait peut-être plus simple de mettre d'abord l'accent sur le système déjà en place et d'essayer de l'améliorer. Si les dirigeants acceptent que les populations se détournent du secteur public en raison de sa mauvaise qualité et qu'ils s'emploient à améliorer les choses, les patients opteraient pour la meilleure option. ■

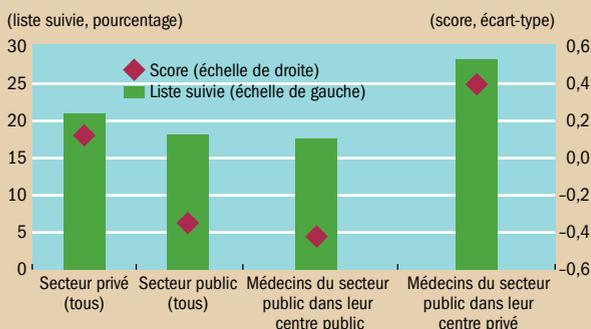
Jorge Coarasa est économiste senior et Jishnu Das économiste principal à la Banque mondiale, et Jeffrey Hammer est professeur en développement économique invité à l'université de Princeton.

Bibliographie :

- Banque mondiale, 2011, "Service Delivery Indicators: Pilot in Education and Health Care in Africa," African Economic Research Consortium Report (Washington).
- Basu, Sanjay, Jason Andrews, Sandeep Kishore, Rajesh Panjabi, and David Stuckler, 2012, "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review," PLoS Medicine, Vol. 9, No. 6, p. e1001244.
- Berendes, Sima, Peter Heywood, Sandy Oliver, and Paul Garner, 2011, "Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies," PLoS Medicine, Vol. 8, No. 8, p. e1000433.
- Das, Jishnu, and Jeffrey Hammer, 2014, "The Quality of Primary Care in Low-Income Countries: Facts and Economics," Annual Review of Economics, Vol. 6, p. 525-53.
- Das, Jishnu, Alaka Holla, Michael Kremer, Aakash Mohpal, and Karthik Muralidharan, 2014, Quality and Accountability in Health: Audit Evidence from Primary Care Providers (Washington: World Bank).
- Grepin, Karen, 2014, "Trends in the Use of the Private Sector: 1990-2013: Analysis of Demographic and Health Surveys" (non publié; New York: New York University).
- Pongsupap, Yongyuth, and Wim Van Lerberghe, 2006, "Choosing between Public and Private or between Hospital and Primary Care: Responsiveness, Patient-Centredness and Prescribing Patterns in Outpatient Consultations in Bangkok," Tropical Medicine & International Health, Vol. 11, No. 1, p. 81-89.
- Wagstaff, Adam, 2013, "What Exactly Is the Public-Private Mix in Health Care?" Let's Talk Development (blog), Dec. 2.

Un meilleur exercice de la médecine

Un médecin qui exerce dans le secteur public et privé en Inde rurale est plus susceptible de suivre la liste des questions et examens recommandés dans son centre de soins privé.



Source : Das et al. (2014).
Note : L'étude a été menée dans l'état rural de Madhya Pradesh en Inde.