



Engagement du secteur privé pour faire avancer la couverture sanitaire universelle

Résumé d'orientation

1. La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que chacun peut avoir recours aux services de santé dont il a besoin, d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans être exposé à des difficultés financières. De multiples engagements mondiaux et régionaux, notamment le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et le treizième Programme général de travail (treizième PGT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la période 2019-2023 définissent la CSU comme une priorité absolue. Le présent document étudie la contribution potentielle du secteur privé – défini comme les prestataires de services de santé formels à but lucratif – en vue d'avancer sur la voie de la couverture sanitaire universelle dans la Région OMS de la Méditerranée orientale.

2. Le secteur privé de la santé est très actif dans la Région et fournit des services ambulatoires et hospitaliers. Il est aussi largement impliqué dans le développement des infrastructures, ainsi que dans la production de médicaments et de technologies de la santé, et dans leur approvisionnement. Le recours au secteur privé de la santé dans la Région est particulièrement important dans les pays où les dépenses publiques consacrées à la santé sont insuffisantes, et dans les pays en proie à des situations d'urgence. Néanmoins, le secteur privé de la santé s'est globalement construit à partir d'orientations politiques gouvernementales minimales et il ne fait pas partie de la planification du secteur de la santé menée par les gouvernements de nombreux pays de la Région. Il constitue donc une ressource inexploitée dans le contexte de la CSU.

3. Le Rapport de suivi mondial 2017 sur la CSU publié conjointement par l'OMS et le Groupe de la Banque mondiale révèle que près de 50 % de la population de la Région n'a pas accès à 16 services de santé essentiels (2). La conclusion de contrats avec les prestataires du secteur privé en vue de fournir des paniers de services de santé essentiels en recourant à des options d'achats stratégiques et des dispositifs de protection financière permettra aux États Membres de réaliser la CSU.

4. Le présent document propose un cadre d'action pour une collaboration efficace avec le secteur privé de la santé afin de progresser sur la voie de la CSU. Il n'existe pas de système de recueil d'informations auprès des prestataires privés dans la plupart des pays de la Région, et des études nationales sont à ce titre requises pour combler les lacunes de connaissances et mieux comprendre certains domaines spécifiques du secteur privé de la santé. Cependant, malgré ces lacunes et d'autres difficultés, le cadre d'action peut permettre d'identifier des stratégies et des mesures pour les États Membres. Il vise également à soutenir leurs efforts pour améliorer l'équité, l'accessibilité financière et la qualité des services fournis par le secteur privé de la santé, et à exploiter ses capacités pour avancer sur la voie de la CSU.

Introduction

5. En mai 2018, la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le treizième programme général de travail 2019-2023 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1). Élaboré à l'issue d'un large processus de consultation, ce programme guidera l'action de l'Organisation au minimum au cours des cinq prochaines années. Trois priorités stratégiques interconnectées et des objectifs ambitieux liés au Programme de développement durable à l'horizon 2030 y sont identifiés. Ces priorités stratégiques et ces objectifs illustrent le changement progressif qui doit être opéré dans le secteur de la santé publique au niveau mondial d'ici 2023 pour maintenir les acquis obtenus dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé.

6. Le présent document fait partie d'un ensemble de documents destinés à encourager les discussions au sujet de la mise en œuvre du treizième programme général de travail dans la Région au cours de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Il met l'accent sur la priorité stratégique visant à réaliser la couverture sanitaire universelle (CSU) et son objectif associé : veiller à ce qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficient de la couverture sanitaire universelle. Plus particulièrement, il se concentre sur le rôle du secteur privé pour faire avancer la CSU

7. La couverture sanitaire universelle signifie que tous les individus peuvent avoir recours à des services de promotion de la santé ainsi qu'à des services préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation adaptés à leurs besoins, d'une qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que le recours à ces prestations ne les expose pas à des difficultés financières. La CSU est un élément décisif pour réaliser le troisième ODD qui concerne la santé, ainsi que les cibles liées à la santé des autres ODD. L'essence de la CSU réside dans des systèmes de santé solides et résilients centrés sur la personne. Avancer progressivement sur la voie de la CSU est un choix politique qui comporte d'importants avantages sociaux et économiques.

8. Selon le rapport de suivi mondial de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale 2017 sur la CSU, la population de la Région OMS de la Méditerranée orientale était estimée à 650 millions d'habitants au deuxième trimestre de 2017 (2). Les conclusions du rapport permettent d'affirmer que près de 347 millions de personnes ont accès à des services de base de la CSU dans la Région, ce qui représente une population pondérée moyenne de 53 %. Ces chiffres sont inférieurs à la population pondérée mondiale moyenne, à savoir 64 %.

9. La Banque mondiale estime que le secteur privé de la santé est composé de tous les acteurs extérieurs au gouvernement, incluant notamment les entités à but lucratif et non lucratif, formelles et informelles (3), ce qui comprend également les prestataires de services, les pharmacies et les entreprises pharmaceutiques, les producteurs et les fournisseurs, et les guérisseurs traditionnels. Cependant, aux fins du présent document, on entend par secteur privé uniquement les prestataires de services de santé formels et à but lucratif.

10. Depuis les années 90, les chercheurs attirent l'attention sur l'ampleur jusque-là non reconnue des services médicaux privés dans le monde en développement (4). Du fait de la mise à disposition d'ensemble de données permettant la comparaison entre pays, il est devenu de plus en plus clair que le secteur privé joue un rôle majeur dans le financement et la prestation de soins dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les rapports de pays montrent que les facteurs principaux à l'origine de l'expansion du secteur privé de la santé incluent : la mauvaise image et la faible qualité des soins de santé dans le secteur public en comparaison avec le secteur privé de la santé qui est perçu comme étant de meilleure qualité et affichant un niveau de satisfaction des patients plus élevé ; l'absence d'établissements de santé publique dans les zones sous-desservies ; d'importantes migrations urbaines et l'incapacité du secteur public à gérer les populations de plus en plus nombreuses des banlieues urbaines ; ainsi que l'insuffisance des dépenses publiques consacrées à la santé, avec en parallèle un recours de plus en plus fréquent au secteur privé de la santé, ce qui contribue à des paiements directs plus élevés. En outre, dans les pays où la double pratique est légalement autorisée et/ou prévalente, le secteur privé est la source principale de revenu pour la plupart des médecins. Des profits élevés et une faible application du système de taxes ont aussi alimenté la croissance du secteur privé de la santé. Ces facteurs s'appliquent à la majorité des pays de la Région.

11. À l'échelle mondiale, le secteur privé de la santé joue un rôle important en matière de prestations de services de santé dans les pays développés comme en développement, ce qui s'applique de même à la Région de la Méditerranée orientale. Bien que son rôle soit largement reconnu, dans la plupart des pays de la Région il n'a pas été possible de formuler une politique et une stratégie reposant sur des bases factuelles de façon à recourir au secteur privé de la santé pour étendre la couverture des services. Alors que l'on observe un nouvel élan mondial visant à réaliser la CSU d'ici 2030 dans le contexte du Programme de développement durable, il faut à présent établir de toute urgence des partenariats efficaces avec le secteur privé de la santé car sans ces derniers, l'objectif de la CSU ne pourra être atteint par les seuls gouvernements.

12. La conclusion de contrats avec le secteur privé de la santé apparaît comme un outil puissant permettant d'exploiter ses ressources afin de contribuer à atteindre les objectifs du secteur de la santé (5). L'intérêt du secteur privé de la santé à garantir des flux de revenus continus au moyen d'accords contractuels donne au secteur public (en tant que fournisseur) la capacité d'influer sur le comportement des prestataires privés, notamment en termes de respect des normes de qualité, ainsi que de convenir des modalités de paiement des prestataires appropriées pour les deux secteurs. Néanmoins, la conclusion de contrats constitue pour les services de santé un processus complexe qui requiert d'importantes capacités gouvernementales afin de planifier, négocier, mettre en œuvre et suivre les services externalisés sur une base régulière.

13. En octobre 2017, une présentation a été effectuée lors d'une session préliminaire de la soixante-quatrième session du Comité régional de la Méditerranée orientale consacrée au rôle du secteur privé de la santé pour faire avancer la CSU. Dans la résolution EM/RC64/R.1, les États Membres demandaient au Directeur régional de préparer un cadre d'action régional pour promouvoir le rôle du secteur privé de la santé afin de progresser vers la couverture sanitaire universelle, et de le présenter lors de la soixante-cinquième session du Comité régional en 2018. Plus tôt, en 2016, la soixante-troisième session du Comité régional avait adopté une résolution (EM/RC63/R.2) sur le développement de la médecine familiale pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Cette résolution appelait les États Membres à consolider les partenariats public-privé pour la prestation de services par le biais de la médecine familiale. L'importance des prestataires non étatiques avait d'ores et déjà été reconnue en 2014 dans le cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale, qui demandait aux pays de renforcer leur collaboration avec le secteur privé à but lucratif et non lucratif, ainsi que sa réglementation, pour la prestation de services à l'appui de la CSU.

14. Le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques constitue une référence importante pour les relations possibles de l'OMS avec le secteur privé. Ce cadre a été adopté par la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016. Il s'agit du premier cadre général de l'OMS qui s'applique à tous les genres de collaborations et tous les types d'acteurs non étatiques (organisations non gouvernementales, entités du secteur privé, fondations philanthropiques et établissements universitaires). Son objectif est de fournir un ensemble de réglementations visant à développer et à améliorer la collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques, tout en faisant en sorte que la gestion des risques potentiels par l'OMS soit renforcée pour ce type de collaborations.

15. Le présent document :

- décrit la situation du secteur privé de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale ;
- explique pourquoi la collaboration avec le secteur privé de la santé pour la prestation de services est nécessaire ; et
- propose un cadre d'action pour une collaboration efficace avec le secteur privé de la santé qui encourage les États Membres à avancer sur la voie de la couverture sanitaire universelle en développant les services de santé.

Analyse du secteur privé de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale

16. Malgré certaines restrictions, des efforts systématiques ont été déployés pour recueillir les meilleures informations disponibles sur le secteur privé de la santé dans la Région. Les données rassemblées pour ce document proviennent de quatre sources :

- La version 2017 du rapport de l'OMS *Analyse du secteur privé de la santé dans les pays de la Méditerranée orientale : exploration en territoire inconnu* (6) ;
- Aide-mémoire sur le secteur privé de la santé préparés pour 17 États Membres de la Région (Organisation mondiale de la Santé, recherche non publiée, 2015) ;
- Examen par l'OMS des réglementations du secteur privé de la santé pour quatre pays sélectionnés de la Région (Égypte, Liban, Maroc et Yémen) (7) ; et

- une récente analyse documentaire sur le secteur privé de la santé dans les pays en développement, incluant un examen des initiatives et des rapports issus du monde universitaire et des organismes de développement internationaux au cours des cinq dernières années.

17. Le cadre pour l'analyse du secteur privé de la santé suivait le modèle du cadre conceptuel des six éléments constitutifs des systèmes de santé (8) :

- 1) prestations de services : type de service par prestataire (établissements de soins, organismes de santé publique), couverture/utilisation des services, infrastructures (hôpitaux, cliniques, pharmacies, laboratoires) et qualité des soins de santé ;
- 2) personnels de santé : éventail des compétences et catégories de personnels, et emploi par secteur (public/privé) ;
- 3) financement : tracer les flux financiers destinés aux prestataires du secteur privé, de l'origine jusqu'au fournisseur en passant par les agents ;
- 4) technologies et médicaments essentiels : production locale et transfert de technologie, équipement médical de pointe ;
- 5) gouvernance : réglementation (externalisation, accréditation), partenariats public/privé ; et
- 6) savoir : génération, consolidation, compilation et utilisation d'informations.

18. Le secteur privé de la santé est en pleine croissance dans la Région. Étant un secteur à but lucratif, il est par essence soumis aux forces du marché et n'est pas sensible aux considérations relatives à l'équité. Il se concentre ainsi dans les centres urbains et subvient aux besoins de ceux qui peuvent payer. Bien qu'il soit un prestataire de services de soins ambulatoires majeur dans la plupart des pays de la Région, son rôle, ses capacités et son fonctionnement sont mal compris. Le recours au secteur privé de la santé dans la Région est particulièrement important dans les pays où les dépenses publiques consacrées à la santé sont insuffisantes. Le secteur privé de la santé est mal réglementé, et les partenariats sporadiques existants entre les secteurs public et privé ne sont pas bien organisés et planifiés, et ils sont souvent mal compris. En outre, le secteur privé de la santé s'est construit à partir d'orientations politiques gouvernementales minimales et il ne fait pas partie de la planification du secteur de la santé menée par les gouvernements de nombreux pays de la Région. Il constitue donc une ressource inexploitée dans le contexte de la CSU.

19. Tels que l'ont montré l'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne, la Somalie et le Yémen, le secteur privé peut jouer un rôle important dans les pays confrontés à des situations d'urgence. Il adopte une approche dynamique pour gérer les besoins de santé de la population en évolution permanente, tandis que le rôle des gouvernements a tendance à s'affaiblir voire à disparaître. Les rapports indiquent que le secteur privé constitue une source de soins de santé principale pour les réfugiés : 64 % des réfugiés syriens enregistrés par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) en Égypte ont recours à des soins médicaux du secteur privé (9). En Jordanie, une étude 2015 du HCR a révélé que 58 % des Syriens qui recouraient à des soins médicaux s'étaient rendus en premier lieu dans un établissement privé (défini comme une clinique/un hôpital privé(e), une ONG ou une pharmacie) (10).

20. La gouvernance du secteur privé de la santé dépend de la politique gouvernementale, de l'existence d'un système de réglementation et de son application, des capacités institutionnelles du ministère de la santé et de son expérience en matière de partenariats public-privé, ainsi que des dispositions contractuelles. De façon générale, les politiques publiques dans les pays en développement ont tendance à se concentrer sur les systèmes de réglementation, bien que de plus en plus de politiques soient également élaborées pour les partenariats avec le secteur privé de la santé en vue d'améliorer l'accès aux soins et d'étendre la couverture. Les systèmes de réglementation sanitaire couvrent les personnels de santé, les établissements et les services, et la réglementation est censée s'appliquer à la fois au secteur public et au secteur privé. Plus spécifiquement, la réglementation des personnels de santé inclut l'octroi de licence et l'autorisation d'exercer, la (re)certification, l'homologation et les avantages professionnels, définissant ainsi où et quand les

personnels de santé peuvent légalement exercer. La réglementation des établissements comprend l'octroi de licences et l'accréditation/la ré-accréditation. La réglementation des services aborde les questions de la qualité, de la sûreté et du coût.

21. Les politiques sur la collaboration entre les secteurs public et privé sont de plus en plus nombreuses dans les pays de la Région. La responsabilité réglementaire relève généralement des ministères de la santé, et plus spécifiquement des départements en charge de la législation et de la réglementation sanitaires (pays du Conseil de Coopération du Golfe et Maroc), de la direction pour le secteur privé de la santé (Afghanistan), de la direction de l'assurance qualité (Égypte), des directions de l'inspection (Tunisie et Maroc) ou des services contractants (Liban). Le Pakistan a créé un ministère des services de santé, de la réglementation et de la coordination, qui se concentre sur l'amélioration des capacités de réglementation.

22. Les législations, les réglementations et les niveaux d'application varient considérablement à travers la Région. Dans les pays à faible revenu, les politiques et l'engagement à réglementer le secteur privé de la santé sont faibles voire inexistantes. En Afghanistan, en Somalie et au Yémen, certains éléments propres aux fonctions de réglementation font entièrement défaut. Les pays possédant une plus grande expérience avec le secteur privé de la santé, tel que le Liban, disposent de politiques et de procédures mieux élaborées. D'autre part, certains pays tels que l'Afghanistan et le Pakistan, ont récemment mis au point des politiques et scellent déjà des partenariats avec le secteur privé en externalisant les prestations de services de santé. La plupart des pays de la Région ne disposent pas d'informations complètes sur la réglementation. En République islamique d'Iran, le Conseil médical réglemente la qualité et l'homologation des professionnels médicaux ainsi que les pratiques médicales, et le Ministère de la Santé et de l'Enseignement médical ainsi que les universités de sciences médicales supervisent l'accréditation de tous les hôpitaux et établissements médicaux, ainsi que l'enregistrement, l'homologation, le système de tarification et le contrôle qualité des établissements, des médicaments, du matériel de laboratoire, des produits alimentaires et des compléments nutritionnels. Le ministère libanais de la Santé publique approuve les licences pour les établissements de santé et les professionnels de la santé, et établit des normes de qualité. En revanche, il n'est pas chargé de contrôler la production, la qualité ou la distribution géographique des personnels de santé, qui connaissent d'ailleurs un important déséquilibre en faveur des villes. En Tunisie, le ministère de la Santé a adopté des normes législatives et réglementaires bien définies qui ont été mises à jour et revues avec soin. Il réglemente également de près l'homologation des professionnels de la santé.

23. Le secteur privé de la santé est très actif dans la Région et fournit des services ambulatoires et hospitaliers. Il est aussi largement impliqué dans le développement des infrastructures, ainsi que dans la production de médicaments et de technologies de la santé, et dans leur approvisionnement. Les prestataires de soins privés sont réticents à l'idée d'investir dans les soins préventifs ou dans les zones reculées ou défavorisées. L'absence ou la déficience de systèmes de réglementation, et la faiblesse des mécanismes de suivi de la qualité des services de santé fournis par les prestataires de santé privés sont des problèmes majeurs.

24. Selon les données actualisées des ministères de la santé des pays à revenu faible et intermédiaire de la Région, le secteur privé de la santé fournit entre 33 et 86 % des services de consultations externes ou ambulatoires. Il assure également entre 11 et 81 % des services de santé auxquels le quintile le plus pauvre de ces pays a recours (II). Sur l'ensemble des établissements de soins de santé primaires, la proportion des établissements qui sont des cliniques privées est comprise entre 15 et 88 % dans les pays à revenu élevé, entre 5 et 78 % dans les pays à revenu intermédiaire, et entre 20 et 90 % dans les pays à faible revenu. On compte près de 50 000 cliniques privées en Égypte, et 75 000 médecins de famille rattachés au secteur privé au Pakistan qui ne relèvent d'aucun système de réglementation propre. Le Tableau 1 montre le recours aux services ambulatoires privés dans huit pays sélectionnés pour quatre interventions : en tant que source de méthodes contraceptives modernes (dans 44 à 90 % des cas) ; comme lieu de prestations de services (dans 11 à 71 % des cas) ; pour la fourniture de traitements contre la diarrhée aux enfants de moins de cinq ans (dans 41 à 78 % des cas) ; et pour la fourniture de traitements contre les infections respiratoires aiguës aux enfants de moins de cinq ans (dans 40 à 78 % des cas).

Tableau 1. Pourcentage de services de santé externes/ambulatoires fournis par le secteur privé de la santé dans certains pays sélectionnés

Interventions/services	Égypte ^a	Iraq ^b	Jordanie ^c	Maroc ^d	Palestine ^e	République arabe syrienne ^f	Tunisie ^g	Yémen ^h
Source de méthodes contraceptives modernes (pourcentage de femmes en âge de procréer recourant actuellement à des méthodes contraceptives modernes)	44	90	56	ND	74	ND	ND	46
Lieu de la naissance (pourcentage de femmes qui ont donné naissance dans un établissement de santé au cours des cinq années précédant l'étude)	71	11	34	11	36	56	15	37
Traitement contre la diarrhée pour les enfants de moins de cinq ans (pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui ont eu besoin d'un traitement contre la diarrhée en dehors du domicile)	78	ND	41	ND	ND	ND	ND	63
Traitement des infections respiratoires aiguës pour les enfants de moins de cinq ans (pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui ont eu besoin d'un traitement en dehors du domicile pour la prise en charge de symptômes d'infections respiratoires aiguës)	78	43	40	ND	62	69	45	68

ND : données non disponibles

Sources :

- ^a Ministère de la Santé et de la Population (Égypte), El-Zanaty and Associates/Égypte, ICF International. Égypte : Étude sur les questions de santé publique 2015 Le Caire : Ministère de la Santé et de la Population/Égypte et ICF International ; 2015.
- ^b Organisation centrale pour les Statistiques et l'Information (Iraq), Bureau régional des Statistiques du Kurdistan, Ministère de la Santé (Iraq), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Enquête iraquienne à indicateurs multiples de 2011. New York : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ; 2013.
- ^c Département de Statistiques (Jordanie), ICF International. Enquête jordanienne sur la population et la santé de la famille 2012. Calverton, Maryland : Département de Statistiques (Jordanie) et ICF International ; 2013.
- ^d Enquête marocaine sur la population et la santé de la famille 2010-2011. Ministère de la Santé (Maroc), Projet panarabe pour la santé de la famille (PAPFAM), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), et Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- ^e Ministère palestinien de la Santé, Bureau central des Statistiques (Palestine), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Enquête palestinienne à indicateurs multiples de 2014. New York, États-Unis : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ; 2015.
- ^f Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Bureau central des Statistiques (République arabe syrienne), Ministère de la Santé (République arabe syrienne), Projet panarabe pour la santé de la famille. Enquête syrienne à indicateurs multiples de 2006. New York : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ; 2006.
- ^g Ministère du Développement régional et de la Planification (Tunisie), Institut national de la statistique (Tunisie), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Enquête tunisienne à indicateurs multiples de 2011-2012. New York : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ; 2014.
- ^h Étude yéménite sur la santé et la démographie 2013. Rockville, Maryland, États-Unis : Ministère de la Santé publique et de la Population (Yémen), Organisation centrale pour les Statistiques (Yémen), Projet panarabe pour la santé de la famille, et ICF International. 2015.

25. On estime à 740 000 le nombre total de lits d'hôpital dans la Région, dont 80 % dans des hôpitaux publics, 18 % dans des hôpitaux privés et 2 % dans des hôpitaux à but non lucratif. Les gouvernements demeurent le principal prestataire de services hospitaliers dans tous les pays à revenu élevé, mais le secteur des hôpitaux privés est en pleine croissance. La proportion de lits dans les hôpitaux privés est comprise entre 6 et 22 % dans les pays à revenu élevé, le pourcentage le plus fort étant en Arabie saoudite. Dans les pays à revenu intermédiaire, 7 à 83 % des lits d'hôpital appartiennent au secteur privé, la proportion la plus élevée se trouvant au Liban.

26. En 2014, près de 153 millions de dollars US ont été dépensés pour la santé dans la Région, ce qui constitue 1,8 % des dépenses mondiales totales dédiées à la santé, pour une population équivalant à 8,7 % de la population mondiale (12). La même année, la part des paiements directs dans la Région variait entre 6 et 76 %, les paiements directs les plus élevés se trouvant dans les pays les plus pauvres, et les plus bas dans les pays les plus riches. Les paiements à la charge des patients représentent un bon indicateur indirect des dépenses dédiées aux soins de santé privés. Un examen plus approfondi des dépenses de santé sur la même année montre que les pays les plus pauvres ont dépensé 36 à 79 % dans le secteur privé de la santé, tandis que pour les pays les plus riches, ce chiffre était compris entre 10 et 37 %, et que les pays à revenu intermédiaire ont quant à eux dépensé entre 26 à 66 % dans ce secteur. Les paiements directs pour des soins de santé ont baissé au cours des vingt dernières années dans les pays à revenu élevé et intermédiaire, passant de 22 à 13 % et de 48 à 41 % respectivement. En revanche, ils sont demeurés à un pourcentage supérieur à 60 % dans les pays à faible revenu (12). Bien que peu d'informations détaillées sur la nature des dépenses soient disponibles, certaines données laissent penser qu'une proportion considérable est dépensée en médicaments et en tests diagnostiques, suivis par les consultations dans le privé. Les données issues des pays à revenu intermédiaire de la Région montrent que près de 5 % des ménages sont confrontés à une ruine financière des suites de problèmes de santé (4,5 % en Tunisie en 2005) et que de nombreux ménages sont acculés à la pauvreté (1,4 % au Maroc en 2001) du fait des paiements directs (13).

27. Les informations sur la distribution des personnels de santé entre les secteurs public et privé dans la Région sont limitées et peu fiables. Des données fournies par des pays du Conseil de Coopération du Golfe indiquent une proportion plus élevée de médecins travaillant dans le secteur public : 90 % au Koweït, 80 % à Oman, 65 % en Arabie saoudite et 61 % aux Émirats arabes unis. Au Liban, le secteur hospitalier privé est le premier employeur des personnels de santé ; et parmi les personnels infirmiers disponibles exerçant au Liban, 80,3 % travaillent dans des hôpitaux privés (14). En Jordanie, 43 % des médecins et 51 % des personnels infirmiers travaillent dans le secteur privé de la santé, et le pays est une destination pour les touristes médicaux. En République islamique d'Iran, le secteur privé se concentre principalement sur les soins de santé secondaires et tertiaires dans les zones urbaines. La réglementation des pratiques des personnels de santé n'est pas entièrement établie dans la plupart des pays. Les normes d'homologation ne sont pas bien formulées, et le processus de renouvellement de l'homologation (lié à la formation professionnelle continue) n'est pas requis ou mis en œuvre. La double pratique médicale, c'est-à-dire le fait d'exercer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé, est répandue dans la plupart des pays de la Région, et peu de pays limitent cette pratique. Les pays du Conseil de Coopération du Golfe n'autorisent que les nationaux à exercer la double pratique ; ces derniers ne représentent par contre qu'une faible proportion des personnels de santé dans leur ensemble. L'étude menée en Égypte sur les prestataires de soins de santé nationaux a révélé que 89 % des médecins de l'échantillon exerçaient plusieurs métiers (15). Il en va de même au Pakistan, où la plupart des médecins exerçant dans le public travaillent également dans le privé l'après-midi. Ils préfèrent en effet garder deux emplois, les salaires du secteur public étant trop bas. Un examen de la double pratique a montré qu'elle était susceptible d'être à l'origine d'une baisse du temps passé dans le cadre de l'exercice des emplois publics. Ce phénomène entraîne une réduction de l'accès aux soins médicaux pour les personnes ayant de faibles revenus, ces individus ne pouvant pas payer pour des soins dans le secteur privé (16). Dans la plupart des pays de la Région confrontés à des situations d'urgence, les services publics ont été interrompus et la plupart des personnels de santé disponibles exercent dans le secteur privé.

28. En moyenne, plus de 60 % des pharmacies des pays de la Région relèvent du secteur privé (6). Entre 27 et 90 % des pharmacies des pays à revenu élevé appartiennent au secteur privé et sont gérées dans ce cadre, tandis que dans les pays à revenu intermédiaire, 60 à 100 % des pharmacies appartiennent au secteur privé, et que dans les pays à faible revenu la proportion est comprise entre 22 et 98 % (6). En Égypte et au Pakistan, plus de 60 000 et 40 000 pharmacies respectivement relèvent du secteur privé, et elles sont faiblement réglementées (6). La délivrance et la vente sans ordonnance d'antibiotiques constituent une pratique courante dans la Région, et dans de nombreux pays, les pharmacies ne sont pas gérées par du personnel qualifié et lorsqu'elles le sont, les frontières entre les médecins prescripteurs et les pharmaciens délivrant des médicaments sont vagues.

29. Différentes études menées dans les pays à revenu intermédiaire et faible ont mis à jour un approvisionnement insuffisant en médicaments dans le secteur public ainsi que le fait que les patients achètent leurs médicaments dans les pharmacies relevant du secteur privé. Les ventes sans ordonnance de médicaments délivrés uniquement sur ordonnance, la promotion non éthique de médicaments, la demande en médicaments et technologies de la santé induites par les professionnels médicaux à la demande des prestataires et des fabricants constituent des problèmes de taille. La résistance croissante aux antimicrobiens dans la Région est l'une des conséquences de ces pratiques et constitue une préoccupation de santé publique majeure. Parmi les autres problèmes, l'on peut citer l'inefficacité de certains traitements, les réactions indésirables aux médicaments, la pharmacodépendance et la charge économique pour les patients et la société. La promotion délibérée de médicaments coûteux est une pratique répandue parmi les médecins exerçant dans le secteur privé. Un usage irrationnel des technologies sanitaires, notamment dans le secteur privé, constitue un problème grave entraînant des paiements directs élevés, une mauvaise utilisation technique et des erreurs médicales associées aux technologies de la santé. Le contrôle du gouvernement sur la publicité pour les médicaments et sur leur promotion est réduit, ce qui encourage l'utilisation de médicaments fournis par le secteur privé de la santé.

30. Des lacunes considérables existent en matière d'informations sur les services de diagnostic et de laboratoire fournis dans le secteur privé dans la Région. En Arabie saoudite, en République islamique d'Iran, au Pakistan et au Soudan, plus de 50 % des services de diagnostic relèvent du secteur privé de la santé (6). Il en va de même pour la plupart des diagnostics qui nécessitent de recourir au niveau tertiaire de soins, tels que la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique. Les services de diagnostic du secteur privé de la santé sont caractérisés par des prix élevés, des tests inutiles et un manque d'informations sur la qualité, et ces éléments impactent avant tout les patients pauvres.

31. Tandis que les organismes de réglementation sont responsables de la supervision du secteur pharmaceutique et du secteur des technologies sanitaires, des organismes d'homologation, de l'enregistrement des produits médicaux et du suivi de la qualité et de la sûreté des dispositifs médicaux, dans la plupart des pays à revenu intermédiaire et faible, la réglementation du secteur privé de la santé est soit faible, soit inexistante. Le ministère libanais de la Santé publique est en charge de l'accréditation des laboratoires, qui est un outil permettant de réglementer la qualité et les coûts. Le Soudan dispose de réglementations sur l'importation et l'homologation des technologies de la santé ; les établissements privés sont tenus de remettre des rapports réguliers sur la question, mais le niveau de conformité est faible. Les fonctions de réglementation en République arabe syrienne sont remplies par le ministère de la Santé et les associations de professionnels, mais là encore, le niveau de conformité du secteur privé est bas. La gamme de services médicaux proposés par le secteur privé a augmenté de façon considérable au Pakistan, en Tunisie et au Yémen, mais la surveillance réglementaire menée par le gouvernement est défailante. Cette absence de réglementation est soit due à un manque de capacités et de ressources, soit à l'absence d'autorités juridiquement contraignantes. Le lobbying puissant par des groupes d'intérêt sape souvent les cadres réglementaires.

Cadre d'action pour obtenir l'engagement du secteur privé de la santé à étendre la couverture de services dans le cadre de la CSU.

32. Obtenir l'engagement du secteur privé de la santé pour étendre la couverture des services de santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle requiert un renforcement de l'engagement public-privé. Un tel engagement va au-delà de la réglementation du secteur privé de la santé et nécessite une approche globale. Un cadre d'action qui prenne en considération les objectifs à réaliser, les stratégies à adopter et les responsabilités des secteurs public et privé de la santé ainsi que des partenaires de développement, et l'élaboration de cadres d'orientation, juridiques et institutionnels est requis. Un tel cadre n'existe pas encore à l'heure actuelle. Le présent document vise à combler cette lacune en proposant un cadre d'action en vue d'une collaboration efficace avec le secteur privé de la santé afin de progresser sur la voie de la CSU (Annexe 1). Ce cadre permettra la réalisation de quatre objectifs :

- d'élargir et améliorer l'accès équitable aux services de santé ;
- de mettre en place un service de santé national pour la CSU, avec la participation du secteur privé de la santé ;
- d'assurer l'amélioration de la qualité des services fournis par le secteur privé de la santé au moyen de normes, de réglementations et d'incitations convenus ; et
- de renforcer l'objectif lié à la protection financière de la CSU au moyen d'achats stratégiques auprès du secteur privé de la santé.

33. Le cadre inclut les stratégies recommandées suivantes, chacune comportant trois niveaux d'engagement : consultation, implication et partenariat :

- Élaborer un cadre d'orientation, des systèmes institutionnels et des stratégies de financement pour l'engagement des prestataires du secteur privé de la santé dans le système de santé national ;
- Élaborer des options stratégiques pour l'engagement du secteur privé de la santé, incluant les achats stratégiques, ainsi que faciliter et institutionnaliser l'engagement du secteur privé de la santé, notamment le renforcement des capacités ;
- améliorer la qualité des services dans le secteur privé de la santé ;
- garantir que les mécanismes de réglementation pour les systèmes de santé soient efficacement renforcés dans ce secteur ; et
- mettre au point des mécanismes de suivi et de notification pour les prestataires du secteur privé de la santé.

Conclusion

34. Le nouvel élan donné à la couverture sanitaire universelle dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030, le treizième programme général de travail et les préoccupations concernant la sécurité des patients et la protection financière soulignent la nécessité de renforcer les capacités des ministères de la santé en vue de concevoir, gérer, suivre et évaluer efficacement la collaboration avec le secteur privé de la santé pour la prestation de services de santé. La passation de contrats avec les prestataires du secteur privé de la santé en vue de fournir des paniers de services de santé essentiels en recourant à des options d'achats stratégiques et des dispositifs de protection financière permettra aux États Membres de réaliser la CSU.

35. L'importance du partenariat avec le secteur privé de la santé est de plus en plus reconnue par les ministères de la santé, et les politiques en faveur de la collaboration avec le secteur privé évoluent d'un point à l'autre de la Région. Pour autant, de nombreux défis demeurent quand il est question de garantir la contribution efficace du secteur privé de la santé à la réalisation des objectifs de santé publique dans la Région.

36. L'implication de ce secteur offre une opportunité unique de progresser sur la voie de la CSU, qui n'a pas suffisamment été explorée par les responsables de l'élaboration de politiques du secteur public dans la plupart des pays de la Région. De nombreuses lacunes en matière de connaissances demeurent et il n'existe pas de système de collecte d'informations auprès des prestataires privés dans la plupart des pays de la Région. Des études menées à l'échelle nationale sont à ce titre requises pour combler les lacunes de connaissances et obtenir une vue globale de certains domaines spécifiques du secteur privé de la santé.

37. Malgré ces nombreuses difficultés, le cadre d'action régional pour la collaboration avec le secteur privé de la santé en vue d'étendre la couverture de services pour la CSU peut permettre aux États Membres d'identifier des stratégies et des mesures à mettre en place pour les États Membres et de soutenir leurs efforts. L'OMS continuera d'accompagner les États Membres dans le renforcement de leurs capacités à collaborer avec le secteur privé de la santé pour la prestation de services. Les pays sont priés instamment d'adopter ce cadre, qui leur permettra d'améliorer l'équité, l'accessibilité financière, et la qualité des services fournis par le secteur privé de la santé, de même que d'exploiter ses capacités pour avancer sur la voie de la CSU.

Références

1. Projet de treizième programme général de travail, 2019-2023 Rapport du Directeur général à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, 5 avril 2018, (A71/4) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-fr.pdf, consulté le 30 juillet 2018).
2. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/, consulté le 24 septembre 2018).
3. Harding A, Breaker AS. Private participation in health services. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2003.
4. Hanson K, Berman P. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. Boston: Harvard School of Public Health; 1998.
5. Siddiqi S, Masud TI, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. *Bull World Health Organ.* 2006;84(11):867–75.
6. Analysis of the private health sector in countries of the Eastern Mediterranean: exploring unfamiliar territory. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014 (second edition, in press).
7. Assessing the regulation of the private health sector in the Eastern Mediterranean: Egypt, Lebanon, Morocco, and Yemen. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014.
8. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. 3RP Regional Refugee & Resilience Plan 2017–2018 in response to the Syria crisis: Egypt. Cairo: UNHCR; 2017 (<https://reliefweb.int/report/egypt/3rp-regional-refugee-resilience-plan-2017-2018-response-syria-crisis-egypt>, consulté le 26 septembre 2018).
10. At a glance: Health access and utilization survey among non-camp refugees in Jordan, May 2015. Amman: UNHCR; 2015 (<https://reliefweb.int/report/jordan/glance-health-access-and-utilization-survey-among-non-camp-refugees-jordan-may-2015>, consulté le 26 septembre 2018).
11. Demographic and health surveys for countries of the Region (2007).
12. World Health Organization. Base de données mondiale sur les dépenses de santé (<http://apps.who.int/nha/database/> en anglais seulement, consultée le 1er août 2017).
13. Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle 2011-2015. Discussions techniques présentées lors de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2010 (Document no. EM/RC57/Tech.Disc.1).
14. National Health Statistics Report in Lebanon. Beirut: Health Management and Social Protection Institute; 2012:104.
15. Data for decision making: the Egypt health services providers survey; unpublished; 1997.
16. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Hum Resour Health.*

Annexe 1

**Cadre d'action pour une collaboration efficace avec le secteur privé
de la santé en vue d'élargir la couverture de services dans
le cadre de la couverture sanitaire universelle.**

Stratégies (niveaux d'engagement)	Continuum de l'engagement	Actions/interventions	Soutien de l'OMS et d'autres partenaires pour le développement
1. Développer un cadre d'orientation, des systèmes institutionnels et des stratégies de financement pour l'engagement des prestataires du secteur privé de la santé dans le système de santé national	Consultation ^a	1.1 Définir l'objectif consistant à engager le secteur privé de la santé dans la prestation de services de santé nationaux et la nature/le niveau de cet engagement. 1.2 Créer un large consensus parmi les parties prenantes politiques, administratives et celles relevant de la société civile sur les approches politiques et les priorités visant à obtenir l'engagement du secteur privé de la santé, présentées sous la forme d'un document d'orientation.	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter le dialogue politique entre le ministère de la santé, le secteur privé de la santé et les autres parties prenantes. Renforcer/développer les capacités des États Membres à collaborer avec le secteur privé de la santé pour la prestation de services de santé.
	Implication ^b	1.3 Élaborer un cadre pour le calcul des coûts et l'estimation des tarifs des services fournis par le secteur privé de la santé, conformément aux priorités établies dans le document d'orientation.	
	Partenariat ^c	1.4 Établir des partenariats avec les experts et les groupes de recherche afin d'identifier la demande ainsi que les domaines afin d'obtenir l'engagement du secteur privé de la santé, les méthodes de financement innovantes, un ensemble de services, la couverture de la population, et d'autres aspects liés à l'engagement de ce secteur, conformément aux priorités établies dans le document d'orientation.	
2. Élaborer des options stratégiques pour l'engagement du secteur privé de la santé, incluant des achats stratégiques, ainsi que faciliter et institutionnaliser l'engagement du secteur privé de la santé, notamment le renforcement des capacités	Consultation	2.1 Identifier les modèles appropriés d'engagement et/ou d'options de partenariat avec le secteur privé de la santé ainsi que les méthodes de financement, incluant l'externalisation, les achats stratégiques et les autres options, tels qu'ils sont adaptés en fonction du pays. 2.2 Identifier les possibilités de financement de la santé et les systèmes d'information pertinents afin d'incorporer les activités entreprises au moyen de la collaboration avec le secteur privé de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> Aider à mettre au point des méthodes de financement pour l'externalisation, les achats, les systèmes d'information et d'autres options visant à obtenir l'engagement du secteur privé de la santé. Renforcer les capacités visant à établir un programme de prestations prioritaires pour la CSU.
	Implication	2.3 Développer le système institutionnel afin de mettre en œuvre l'engagement du secteur privé de la santé, incluant les méthodes de financement, les autorités responsables des achats, les services contractants et de gestion au ministère de la santé.	
		2.4 Définir des systèmes de paiement des prestataires pertinents afin de garantir des prestations de services efficaces / des interventions identifié(e)s par les prestataires du secteur privé de la santé.	

	Partenariat	2.5 Définir conjointement la portée et la gamme de services et d'interventions fournies par le secteur privé de la santé, en collaboration avec le secteur public ou séparément.	
		2.6 Identifier les populations cibles qui seront couvertes par les prestataires du secteur privé de la santé dans le cadre de ce partenariat.	
3. Améliorer la qualité des services dans le secteur privé de la santé	Consultation	3.1 Elaborer des politiques pour l'accréditation des établissements et les normes requises au moyen d'incitations ou de pénalités avec les syndicats/associations du secteur privé de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner l'élaboration d'orientations pour les indicateurs de qualité nationaux et les politiques d'accréditation au moyen d'une consultation approfondie avec les parties prenantes. • Aider dans la mise en place d'un système de notification/d'information pour le suivi de la qualité et la performance pour tous les établissements/prestataires de soins de santé.
		3.2 Établir un système pour la notification et le partage d'informations issues du secteur privé de la santé destinées aux autorités appropriées.	
	Implication	3.3 Mettre au point des indicateurs de qualité unifiés pour les services publics comme privés et couvrant tous les produits et services médicaux essentiels.	
	Partenariat	3.4 Obtenir l'engagement total du secteur privé de la santé (syndicats/associations) dans l'élaboration de normes d'accréditation, dans la certification de la qualité, la notification, le suivi et la création d'une conscience des consommateurs.	
4. Garantir que les mécanismes de réglementation pour les systèmes de santé soient renforcés dans ce secteur	Consultation	4.1 Mettre à jour la législation nécessaire pour le secteur de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la réalisation d'un examen de la législation du secteur de la santé et d'une évaluation des dispositions réglementaires ainsi que des institutions associées en vue de l'engagement du secteur privé de la santé. • Partager des données d'expériences réussies en matière d'application gouvernementale des réglementations du secteur privé de la santé.
		4.2 Renforcer les capacités d'application du ministère de la santé en matière d'homologation, d'autorité légale, de ressources et de dotation en personnels.	
		4.3 Établir/renforcer l'homologation et la réglementation des personnels de santé, la réglementation de la double pratique, et la prévention de la négligence clinique/des fautes professionnelles.	
		4.4 Créer une autorité d'accréditation autonome des établissements de santé et lui donner les moyens d'agir.	
		4.5 Fournir des rétroactions et des informations au secteur privé de la santé sur les décisions réglementaires liées aux produits médicaux.	
	Implication	4.6 Mettre au point des mécanismes afin de garantir le respect des procédures et des exigences d'accréditation.	
		4.7 Garantir que les personnels recrutés soient enregistrés/homologués, selon les exigences du pays, et maintenir leur enregistrement/homologation.	
	Partenariat	4.8 Mettre au point des protocoles à l'échelle des établissements pour l'accréditation, le suivi de la qualité, le partage d'information, les systèmes de notification, la mise à niveau de l'homologation/des formations/des compétences et de la formation médicale continue.	

5. Élaborer des mécanismes de suivi et de notification pour les prestataires du secteur privé de la santé.	Consultation	5.1 Mettre au point une liste de vérification de catégories d'informations à des fins de notification, incluant les normes physiques, le personnel, les ressources déployées, le volume des services et les indicateurs qualité.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des orientations sur la liste minimum d'indicateurs pour le suivi du secteur privé de la santé. • Soutenir la création d'un mécanisme de notification des données systématique et fiable. • Aider à mettre sur pied un système pour l'authenticité, la vérification et l'analyse des données, et pour les rapports de suivi et d'évaluation.
	Implication	5.2 Élaborer des protocoles pour la notification aux autorités compétentes, l'encodage, la sécurité et le stockage des informations pertinentes.	
	Partenariat	5.3 Échanger des informations avec les autorités gouvernementales sur des indicateurs de santé publique spécifiques.	
		5.4 Mettre au point un mécanisme de collecte et de notification des données fiables pour contrôler la performance et la conformité du secteur privé de la santé.	
		5.5 Sceller des partenariats avec le secteur privé en vue de créer des réseaux indépendants pour le suivi et l'évaluation des services et garantir que les normes soient respectées.	

^a Implication ponctuelle ou sur le court terme, par exemple groupes de discussion, réunions, entretiens.

^b Participation actuelle dans le processus, par exemple comme source de retour sur information ou d'implication dans la planification.

^c Implication en termes de prise de décisions.