

Développement Humain de la Région Afrique
Série Documents de Travail No. 106

Tendances et Perspectives des Partenariats entre les Secteurs Public et Non-Etatique pour Améliorer les Services de Santé en Afrique

*Par Tonia Marek
Catherine O'Farrell
Chiaki Yamamoto
Ilyse Zable**

**Contributeurs:
Banque Mondiale
(Région Afrique, HDNHE, INFPI)
SFI
Sara Project/USAID**

Droits d'Auteur © mars 2006
Secteur du Développement Humain
Région Afrique
La Banque Mondiale

Les résultats, interprétations et conclusions exprimés dans ce document sont entièrement ceux des auteurs. Ils ne représentent pas nécessairement les opinions du Groupe de la Banque Mondiale, de ses Directeurs Administratifs ou des pays qu'ils représentent et ne devraient en aucun cas leur être attribués.

Conception de couverture: The Word Express, Inc.
Typographie: The Word Express, Inc.
Photographie de couverture: Ophélie Marek,
photographie d'une embarcation sur le fleuve
Niger à Mopti, Mali, 2004

Contenu

Remerciements	v
Avant-propos	vii
Liste des acronymes	ix
Résumé analytique	xi
I. Pourquoi se concentrer sur les Partenariat(s) entre les secteurs	
Public et Non-Etatique en Afrique ?	1
Les faits qui détruisent les mythes	1
Qui utilise le secteur privé et qui utilise le secteur public?	1
Qui finance la santé en Afrique?	2
Quelle est la couverture par le secteur privé?	4
Quelles sont les questions à aborder pour faire face aux enjeux?	4
D'autres raisons pour lesquelles nous ne pouvons continuer sur la même lancée	7
Objectifs et Perspectives de ce rapport	7
II. Qui Assure Quel Type de Services de Santé en Afrique?	11
Où les gens vont-ils réellement pour obtenir des services?	11
Obtient-on des services de bonne qualité auprès des secteurs public et privé?	13
Les services privés coûtent-ils plus cher que les services publics?	14
Le secteur privé draine-t-il le secteur public de ses ressources humaines?	16
III. Expériences et Tendances des Partenariat(s) entre les secteurs	
Public et Non-Etatique en Afrique	19
Financement public du secteur privé	19
L'assurance médicale	19
Les Programmes communautaires qui répondent à la demande	20
Les bons (ou « Vouchers »)	22
Réglementer le secteur privé	24
Partenariat(s) entre les secteurs Public et Non-Etatique formels	
pour la prestation de services	27
La contractualisation des services de santé	27
Le crédit-bail d'équipements et d'installation	31
Les concessions	31
La privatisation	33
Les franchises	33

IV Tendances et Perspectives de Partenariat(s) entre les secteurs Public et Non-Etatique Pour Améliorer les Services de Santé en Afrique

La facilitation	36
Changements de paradigmes, de tendances et de perspectives à saisir	37
Les contrats public-public basés sur la performance	37
La décentralisation	37
Les ressources humaines du secteur privé	37
Les technologies de communication du privé pour aider à assurer les services	39
La mondialisation des partenariat(s) entre les secteurs Public et Non-Etatique pour la prestation des services de santé	39
V. Défis du Secteur Privé et des Gouvernements et Réponses Possibles	41
Les défis du Secteur Privé	41
Les défis auxquels les Gouvernements Africains font face	42
V. Défis auxquels la Banque Mondiale et la SFI font face et Réponses Possibles	47
Revue de portefeuille des activités PPP de la Banque Mondiale en Afrique	47
Quel rôle mène la SFI pour les PPP ?	48
Les défis auxquels la Banque Mondiale fait face pour contribuer aux PPP	49
VI. Conclusion	51
Annexes	
1. Où les gens vont-ils pour obtenir des services?	53
2. Etudes de Cas de Franchises en Afrique	79
3. Etudes de Cas de Bons en Afrique	85
4. Etudes de Cas de contractualisation pour la Prestation des Services de Santé en Afrique	89
Références	95

Remerciements

Un appui financier pour lequel nous exprimons notre gratitude fut accordé par des fonds fiduciaires hollandais et irlandais, et l'USAID contribua à cette étude par le biais du Projet SARA. Les personnes désignées ci-après ont largement contribué à ce rapport en tant que participants à l' « Atelier sur les partenariat(s) entre les secteurs Public et Non-Etatique pour la santé en Afrique », qui s'est tenu à Nairobi, au Kenya, les 28–29 juin 2004, dans le but de commenter la première ébauche du présent rapport et les auteurs leur en sont très reconnaissants:

Du secteur des ONG :

Philibert Kankye, Christian Health Association of Ghana (CCHAG), Ghana; Ibrahim Aliou Sall, Réseau Santé Sida Population/ Conseil Appui Développement, Sénégal; Magatte Wade, Agetip, Sénégal; Peter Lochoro, Uganda Catholic Medical Bureau, Ouganda; Michelle Folsam, Christy Hanson, PATH International

Du secteur privé :

Edwin Muinga, Sam Thenya, Association kenyane des Hôpitaux Privés, Kenya; S. Ochiel, Kenya Medical Association, Kenya; Jagi Gakunju, AAR, Kenya; Solomon Orero, KMET, Kenya; J. J. Wirima, Mwaiwathu, Hôpital Privé, Malawi; K. Jameson Makemele, SUKA Healthcare, Jubi C. Nxumalo, Afrique du sud; SMM Healthcare, P. Rugarabamu, Afrique du sud; HKMU Hubert Kariuki Memorial University, Tanzanie; S. M. A. Hashim, Association d'Hôpitaux Privés en Tanzanie; Harold Bisase, Uganda Private Medical Practitioners Association, Ouganda; Nina Shalita, Sarah Nabembezi, Uganda Private Midwives Association, Ouganda

Du secteur public :

James Nyikal, Directeur des Services Médicaux de Nairobi, Ministère de la Santé, Kenya; Bande Karim, Hien Thadde, Zoungranne Agathe, Ministère de la Santé, Burkina; Cecilia

(suite sur la page suivante)

(suite)

Bentsi, Ministère de la Santé, Ghana; L. Ofosu, SPMDP, Ghana Mame Cor Ndour, CAS/PNDS, Ministère de la Santé, Sénégal; R. Eddie Mhlanga, Université du KwaZulu Natal, Afrique du Sud; George Bagambisa, Ministère de la Santé, Ouganda

Les auteurs souhaiteraient également remercier Kim Beer, Moncef Bouhafa, François Diop/Abt Associates, Mohsen Farza, Elisabeth Sommerfelt et les collègues suivants de la Banque Mondiale: Eric de Roodenbeke, Gilles Dussault, April Harding, Kathy Khu, Benjamin Loevinsohn, Elsie Laretta Maka, Oscar Picazo, Alexander Preker et Khama Rogo pour leurs commentaires constructifs et leurs contributions.

* Tonia Marek est Spécialiste Principale de Santé Publique de la Région Afrique de la Banque Mondiale. Contactez-la au: tmarek@worldbank.org

Catherine O'Farrell est Agent d'Investissements du département des Services Conseils de la SFI.

Chiaki Yamamoto est Spécialiste du Développement du Secteur Privé à l'Unité INFPI de la Banque Mondiale.

Ilyse Zable est économiste au Département de la Santé et de l'Éducation de la SFI.

Avant-propos

En Afrique sub-saharienne, on constate une prise de conscience accrue de l'importance du secteur privé dans le cadre de la prestation de services de santé. Les prestataires du secteur privé englobent les guérisseurs traditionnels, les vendeurs informels de médicaments, les prestataires privés à but lucratif, les organisations non gouvernementales et les associations communautaires. Que ce soit à cause d'une offre à prix réduit, d'une prestation de qualité supérieure ou d'une plus grande attention aux patients méfiants à l'égard des institutions publiques, les prestataires privés sont souvent préférés par les africains de toutes souches socio-économiques nécessitant des services de santé. Cette utilisation soutenue des services privés ajoutée aux dépenses du secteur non-étatique dans le domaine des services de santé, font que plus de 50% des dépenses en santé dans plusieurs pays de l'Afrique sub-saharienne sont privées. Ceci démontre qu'il pourrait y avoir plus d'argent circulant pour la santé que nous ne l'imaginons. Comme l'illustre ce document, sans une plus ample connaissance de l'étendue des services de santé privés et de la décision des patients africains à les choisir, toute analyse et conception des systèmes de santé demeurera inachevée.

Grâce au « *Rapport sur le Développement dans le Monde 2004* » et au document « *Améliorer la Santé, la Nutrition et le Population en Afrique au Sud du Sahara : Le Role de la Banque Mondiale* », il a été récemment reconnu que le secteur privé constitue un complément aux services publics de santé à condition qu'il soit judicieusement incorporés dans les plans nationaux. Des interventions telles que les assurances médicales, les bons, les exonérations fiscales, l'accréditation, la franchise, la contractualisation et les concessions ne sont que quelques-unes des possibilités de partenariat(s) entre les secteurs Public et Non-Etatique dans le domaine de la santé. Malgré le fait qu'elles n'aient été que récemment introduites et évaluées dans plusieurs pays de l'Afrique sub-saharienne, elles ont été souvent couronnées de succès et ont permis de bénéficier de nombreuses leçons sur lesquelles on peut se baser. Il y a du travail à accomplir dans le but d'atteindre les OMD liés à la santé et il sera donc impératif d'utiliser pleinement tous les moyens à notre disposition.

Ok Pannenborg
Conseiller Principal en Santé
et Chef du Secteur
Santé, Nutrition et Population
Développement Humain
Région Afrique

LISTE DES ACRONYMES

ADE	Association pour le Développement de l'Éducation	OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
BOO (ou CEP)	Construction — Exploitation — Propriété	MHO	Mutual Health Insurance Organization (<i>Organisation de Mutuelle d'Assurance Santé</i>)
BOOT (ou CEPT)	Construction — Exploitation — Propriété — Transfert	MS	Ministère de la Santé
BOT (ou CET)	Construction — Exploitation — Transfert	ONG	Organisation Non Gouvernementale
CBO	Organisation Communautaire	OBA	Output-Based Aid (<i>Aide basée sur les résultats</i>)
EDS	Enquête Démographique et de Santé	OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
GIE	Groupement d'Intérêt Économique (<i>entité formée légalement et constituée de personnes pouvant être contractualisées pour la prestation de services</i>)	OOP	Out-of-pocket expenditures (<i>Frais</i>)
PPTE	Initiative pour les Pays Pauvres et Très Endettés	PNFP	Private Not for Profit (<i>prestataires privés de soins médicaux à but non lucratif</i>)
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome Immunodéficitaire Acquis	PPP	Partenariats entre les secteurs Public et Non-Etatique pour les services de santé
AID	Association Internationale de Développement	ASS	Afrique sub-saharienne
IFC	International Finance Corporation (Société Financière Internationale, SFI)	MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OIT	Organisation Internationale du Travail	USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
TI	Technologie Informatique	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MD	Docteur en Médecine	ZHAC	Zambia Health Accreditation Council (<i>Conseil d'accréditation de santé de la Zambie</i>)
		PEV	Programme Elargi de Vaccination

Résumé Analytique

Ce rapport détruit trois mythes concernant les services de santé privés en Afrique:

- Premièrement, que le secteur privé est destiné aux riches et le secteur public aux pauvres. Comme démontré ici, les segments les plus pauvres de la population ont très souvent recours au secteur privé, tandis que le secteur public subventionne les plus riches qui utilisent fréquemment ses services.
- Deuxièmement, que la santé est principalement financée par le secteur public. En réalité, le secteur public finance moins de la moitié de la totalité des dépenses en santé. Le reste est financé par les ménages, qui achètent des services dans le secteur privé. Dans la plupart des pays africains, le secteur privé joue un rôle plus important que le secteur public, notamment lorsqu'on compare aux pays de l'OCDE, où la plupart des ressources pour financer la santé proviennent du secteur public.
- Troisièmement, que le secteur privé n'est pas développé en Afrique. En fait, ce secteur fournit un tiers ou plus de l'ensemble des services de santé dans la plupart des pays Africains.

Or, la plupart des gouvernements et organisations de développement en Afrique se concentrent sur les services de santé publics.

Donc, comment faire intervenir le secteur privé de manière efficace ? La deuxième partie de ce rapport tente de répondre à cette question au moyen d'exemples de partenariat(s) entre les secteurs Public et Non-Étatique (PPP) réussis, en se servant de la définition générale des PPP dans le cadre de la santé en tant qu'accord officiel entre un gouvernement et une entité privée établi dans le but d'assurer des services de santé publique. Le rapport souligne également quelques nouvelles tendances des partenariat(s) entre les secteurs Public et Non-Étatique et suggère comment profiter des opportunités qui se présentent. Finalement, il identifie comment améliorer l'intervention des gouvernements, du secteur privé, et du Groupe de la Banque Mondiale.

Il est désormais certain que si le système de santé dans son ensemble n'est pas pris en considération, le large éventail d'options capable d'améliorer les résultats en santé ne sera pas exploité. Vu les limitations des budgets publics de la santé et les versements effectués par les ménages au secteur privé, il est temps d'inclure le secteur privé en tant qu'allié dans la lutte pour garantir des services de qualité à un plus grand

nombre d'individus. Les PPP constituent un moyen d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Nous espérons que ce rapport sera réactualisé

environ tous les deux ans, à mesure que plus de résultats d'évaluation seront obtenus et que plus de partenariat(s) entre les secteurs Public et Non-Etatique seront mis en oeuvre.

Pourquoi se concentrer sur les partenariats public-privé en Afrique?

Dans ce rapport, on entend par prestataires privés tout prestataire de services ne faisant pas partie du secteur public. Il s'agit notamment des prestataires privés à but lucratif, des guérisseurs traditionnels, des ONG, des associations communautaires et des vendeurs informels de médicaments.

Il existe trois mythes en ce qui concerne le secteur privé de la santé en Afrique:

- Premièrement, que le secteur privé est pour les riches et le secteur public pour les pauvres. Comme démontré ici, les segments les plus pauvres de la population ont intensément recours au secteur privé, tandis que le secteur public subventionne les plus riches qui utilisent fréquemment ses services.
- Deuxièmement, que la santé est principalement financée par le secteur public. En réalité, le secteur public finance moins de la moitié de la totalité des dépenses en santé. Le reste est financé par les ménages, qui achètent des services dans le secteur privé. Dans la plupart des pays africains, le secteur privé joue un rôle plus important que le secteur public, notamment lorsqu'on compare aux pays de l'OCDE, où la plupart des ressources pour financer la santé proviennent du secteur public.

- Troisièmement, que le secteur privé n'est pas développé en Afrique. En fait, ce secteur fournit un tiers ou plus de l'ensemble des services de santé dans la plupart des pays Africains.

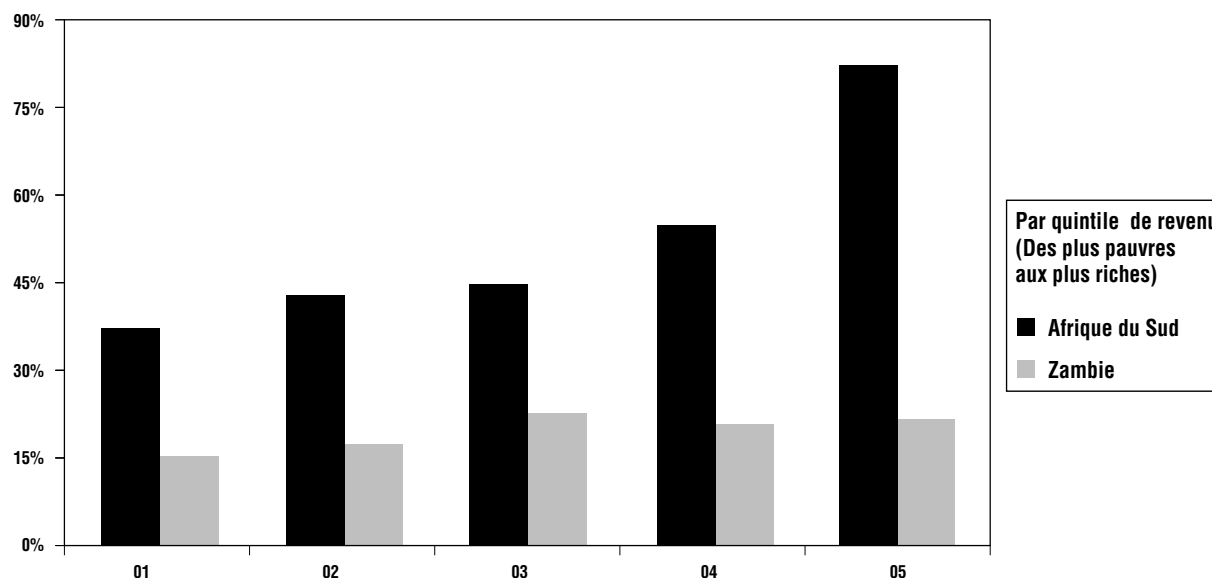
Or, en Afrique, la plupart des gouvernements et organisations de développement se concentrent sur les services de santé publics.

Les Faits qui Détruisent les Mythes

Qui utilise le secteur privé et qui utilise le secteur public?

La majorité de la population africaine achète des services de santé dans le secteur privé, comme démontré par deux pays dans le Graphique 1. En outre, les riches semblent bénéficier davantage du secteur public que les pauvres. Ce fait fut prouvé lors d'une analyse bénéfice-incidence menée en Guinée, où il fut constaté que seulement 20% de ceux définis comme étant pauvres bénéficient des dépenses du MS consacrées à la santé, comparé à 35% de ceux définis comme riches. L'une des raisons majeures pour laquelle les dépenses publiques favorisent les riches est que ces derniers bénéficient principalement des dépenses du MS pour les hôpitaux et les établis-

Graphique 1
Utilisation des services privés pour différents symptômes.



Source: M. Makinen et al, "Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition," Bulletin de l'OMS, 78 (n.b., les résultats furent analysés pour seulement deux pays africains), 2000.

sements de soins tertiaires ciblant l'élite citadine. Les résultats provenant de la Guinée indiquent que 40% des financements du MS pour les hôpitaux bénéficient entièrement à 20% des riches, tandis que 40% des pauvres ne bénéficient que de 14% de des financements. Il en est de même en Mauritanie, où l'analyse bénéfice-incidence a démontré que 40% des personnes les plus riches consomment 72% des subventions publiques conférées aux hôpitaux, tandis que 20% des personnes les plus défavorisées ne bénéficient que de 2% de ces subventions. En ce qui concerne les subventions des soins primaires, la situation est plus équitable¹; 53% de ces subventions publiques sont consommées par 40% des plus riches, et 11% de ces subventions sont consommées par 20% des plus pauvresⁱⁱ. Cette situation n'est pas unique aux deux pays ; l'analyse bénéfice-incidence démontre qu'elle existe dans de nombreux pays africains.

Le Graphique 1 illustre bien que les groupes les plus riches de la population utilisent les pres-

tataires privés de façon disproportionnée. Cependant, le plus important à noter est qu'une grande partie des deux quintiles les plus pauvres utilisent eux aussi les prestataires privés, notamment, 17% en Zambie et 40% en Afrique du Sud.

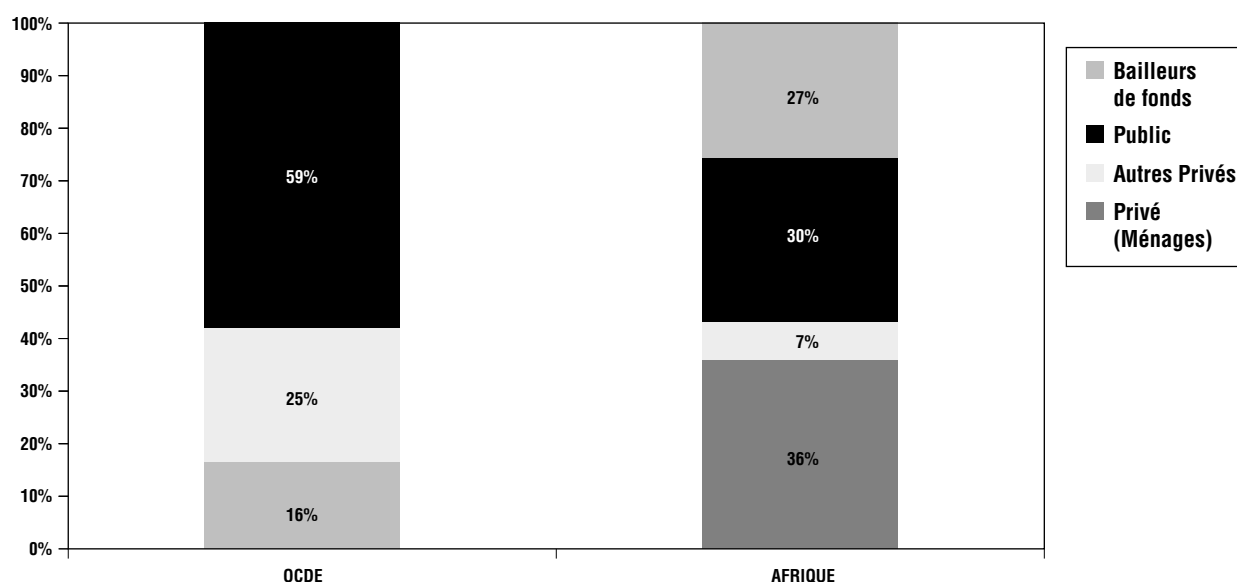
Qui finance la santé en Afrique?

Comme le montre le Graphique 2, environ la moitié des dépenses en santé en Afrique sont d'origine privée. L'on doit noter que la partie Afrique de ce graphique est basée sur des résultats provenant de seulement 10 pays de l'Afrique orientale et australe. Les résultats d'autres pays n'ont pas été analysés. Toutefois, les résultats obtenus de la Guinée indiquent que les bailleurs de fonds contribuent à 47% des dépenses *publiques* pour la santé. Étant donné que

¹ Pourquoi se concentrer sur les partenariats public-privé en Afrique ?

Graphique 2

Sources de l'ensemble des dépenses en santé dans 24 pays de l'OCDE et dans 10 pays de l'Afrique orientale et australe.



Sources: pour OCDE: l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Rapport Mondial sur la Santé 2002, Annexe 5: Sélection de Rapports d'Indicateurs des Comptes Nationaux de la Santé de tous les Etats Membres, estimations de 1995 à 2000. Genève ; Banque Mondiale, 2002. Indicateurs de Développement dans le Monde 2002. Banque Mondiale, Washington DC. Pour l'Afrique: Comptes Nationaux de la Santé en Afrique Orientale et Australe: une analyse comparative, équipes nationales AfOA NHA, 2000, estimée pour 1997-98.

les dépenses publiques constituent 9% de l'ensemble des dépenses pour la santé (Tableau 1), les bailleurs de fonds fournissent à peu près 4% de la totalité des dépenses pour la santé, ce qui est nettement inférieur à ce que nous révèle le graphique des pays de l'Afrique orientale et australe. Le Graphique 2 est donc une estimation conservatrice des dépenses privées, qui sont pro-

bablement plus élevées dans d'autres pays africains. Comme indique le Tableau 1, si l'on considère les dépenses privées et publiques, il s'avère évident qu'il existe beaucoup de ressources dépensées en santé, bien plus que le coût des services de santé minimum par personne qui est estimé à 13 \$US par an.

Tableau 1

Dépenses annuelles en santé par source, pour trois pays
\$US/habitant (%)

Pays	Gouvernement et Bailleurs de fonds		Total
	de fonds	Privé (ménages)	
Mauritanie ^{IV}	\$8 (26%)	\$23 (74%)	\$31
Guinée ^V	\$3 (9%)	\$31 (91%)	\$34
Burkina ^{VI}	\$9 (43%)	\$12 (57%)	\$21

Comme illustré ci-dessus, il existe beaucoup plus d'argent dans la santé que prévu.. Il y a probablement moyen d'améliorer l'efficacité de ces dépenses, dont la plupart sont versées aux prestataires privés de santé.

Quelle est la couverture du secteur privé?

Bien qu'il n'y ait pas de résultats systématiques disponibles pour tous les pays, il est évident qu'une grande partie des services fournis dans de nombreux pays africains provient du secteur privé. Par exemple, le secteur privé au Kenya assure 49% des services de santé. La moitié de ce pourcentage est offerte par des institutions religieuses et des ONG et l'autre moitié est issue de petites et moyennes entreprises commerciales médicales. Comme autre exemple, au Ghana, 37% des hospitalisations (à l'exception d'Accra) sont effectuées par des missions (Graphique 3). Comme le montre le graphique, cela varie de région en région.

Enfin, en Mauritanie, le Ministère de la Santé s'est basé sur son analyse de la contribution du secteur privé au programme d'immunisation

pour faire quelques recommandations intéressantes (voir Cadre 1).

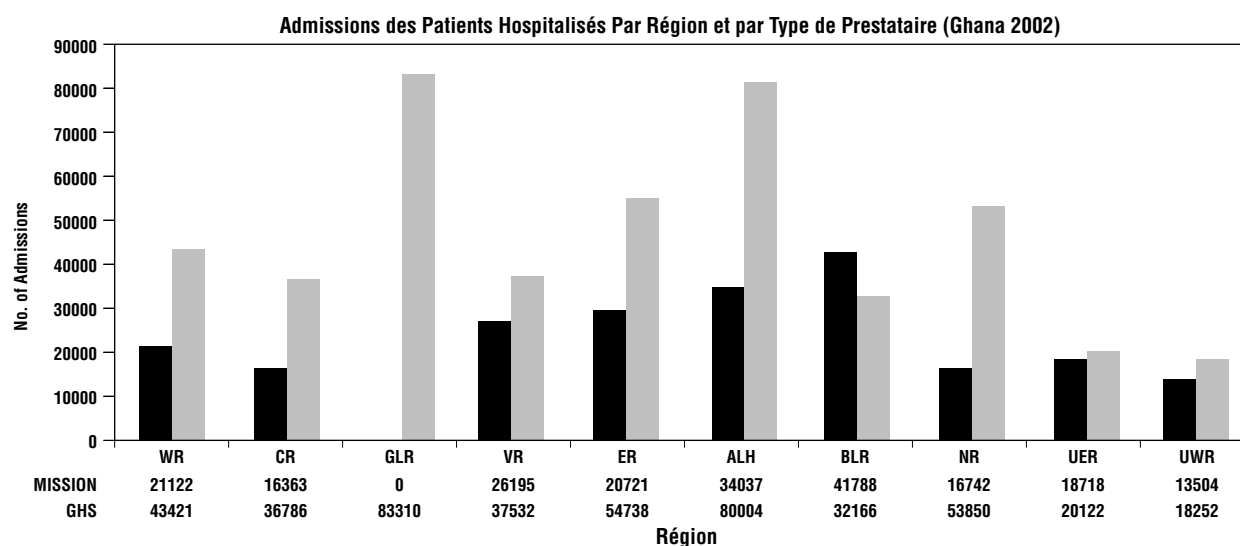
Généralement, le secteur privé ne procure qu'une partie de l'éventail des services offerts par le secteur public. Souvent, d'importants services de santé publique tels que l'immunisation et le traitement contre la tuberculose ne sont pas disponibles dans les cliniques privées, qui réfèrent donc les patients concernés au secteur public, comme c'est le cas en Afrique du Sud^x. La même étude a constaté que les cliniques privées sont utilisées principalement pour des soins curatifs. Par ailleurs, le secteur public est souvent utilisé pour le traitement de conditions chroniques. En ce qui concerne la Tanzanie, le Tableau 2 montre que des partenariats avec le secteur privé devraient être considérés, afin d'assurer des services de laboratoire et de radiologie.

Quelles sont les questions à aborder pour faire face aux enjeux ?

- Malgré l'évidence démontrant le montant considérable d'argent dépensé par les populations chez les prestataires privés, la majo-

Graphique 3

Couverture par des hôpitaux à but non lucratif et par le secteur public au Ghana, par région ^{viii}



GHS = Réseau public (Ghana Health Service); Réseau des missions = CHAG (Christian Health Association of Ghana)

Tableau 2
Tanzanie: types de services de santé disponibles, 2000 ^{XI}

Établissement	Gouvernement	ONG Religieuse ou Autre	Privé à but lucratif
Hôpitaux spécialisés	6	2	0
Hôpitaux régionaux	17	0	0
Hôpitaux de District	55	13	0
Autres Hôpitaux	6	56	20
Centres de santé	505	48	16
Dispensaires	2652	612	663
Cliniques spécialisées	75	4	22
Maisons de repos	0	0	6
Laboratoires	21	3	184
Unités de radiologie	8	3	16

Cadre 1

Couverture en services de santé par le secteur privé en Mauritanie

Une étude effectuée dans la capitale^{IX} a montré que:

- Le secteur privé assure au moins 25% des consultations pour les nourrissons et les soins prénataux et 9% des accouchements.
- Toutes les cliniques privées offrent des services de vaccination aux enfants et aux femmes mais très peu d'entre elles en recueillent des statistiques, vu qu'elles notent principalement les informations sur une carte de santé de leurs patients.
- Le programme national de vaccination ne possède pas de statistiques sur les activités accomplies par le secteur privé.
- Seulement deux des 15 structures privées visitées disposent d'un frigo, mais aucune d'entre elles ne possèdent les outils adéquats pour effectuer le suivi et le contrôle de la chaîne du froid.
- Les structures privées se procurent leurs vaccins dans des pharmacies privées en monodoses, ce qui élève le coût pour le patient.

Les recommandations faites dans cette étude s'appliquent à tout autre type de PPP, notamment :

- *Au Ministère de la Santé :*
 - s'assurer qu'un représentant du privé soit présent dans le comité de coordination inter-agence

(suite sur la page suivante)

Cadre 1 (suite)

- établir un comité temporaire de collaboration d'une durée de six mois avec les acteurs principaux du public et du privé impliqués dans la prestation des services de pédiatrie et de gynécologie pour voir comment fonctionne ce mode de collaboration.
- *Aux partenaires: assurer un appui financier et technique.*
- *Au Programme Élargi de Vaccination :*
 - Fournir le matériel de chaîne de froid au secteur privé
 - Fournir les vaccins et les outils de gestion aux structures privées
 - Former les prestataires des structures privées aux méthodes de vaccination
 - Evaluer le pilote de PPP dans la capitale après six mois.
- *Aux responsables de la santé de la ville :*
 - Contrôler le progrès au sein de la structure PEV
 - Pérenniser la collaboration avec le secteur privé tout en conservant les spécificités des prestataires privés.
- *Au secteur privé :*
 - S'assurer que les associations des médecins privés fonctionnent correctement afin de fournir un interlocuteur adéquat au gouvernement.
 - Transmettre mensuellement les résultats des activités du PEV

rité des gouvernements et des organisations de développement se concentrent toujours de manière quasi-exclusive sur la prestation publique des services de santé. En agissant ainsi ils n'ont pas pris en considération une large portion des dépenses de santé et des prestataires disponibles. La communauté de santé publique n'a que récemment commencé à penser en termes de *systèmes de santé* et non seulement en termes de ministères de la santé. Le VIH/SIDA a donné lieu à une prise de conscience du potentiel des prestataires privés et du besoin de mobiliser l'ensemble des prestataires de santé et de les harmoniser pour faire face à l'épidémie. Les préoccupations, désormais, seraient plutôt de sélectionner les services, les prestataires et les méthodes les plus

efficaces afin d'atteindre les objectifs de la santé publique.

- Vu que les sommes dépensées par les ménages pour des prestations privées ne sont pas groupées, cela soulève les questions *d'efficacité et d'équité* lorsque de telles sommes provenant des quintiles les plus pauvres de la population sont dépensées dans le secteur privé.
- En outre, la *qualité des services* des prestataires privés demanderait souvent à être améliorée. Par exemple, des données de l'Ouganda montrent le faible pourcentage de gestion correcte de maladies par des établissements privés : seulement 19% pour le paludisme simple, 6% pour la simple diarrhée sans saignement et 36% pour la pneumonie^{XII}.

- L'allocation des ressources devrait prendre en considération plutôt le patient que le type de prestataire. Cela veut dire que l'*allocation des ressources publiques* devrait être fondée sur la prestation du service de santé au lieu de se soucier du type de prestataire (public, ONG, à but lucratif, informel). Cela encouragerait le développement d'un système de santé intégré avec des intervenants diversifiés plutôt que de poursuivre continuellement la quête de systèmes parallèles^{XIII}.
- *Des adaptations organisationnelles* seront requises. En effet, les gouvernements et les organisations de développement devront faire un effort particulier pour collaborer avec divers groupes tels que les associations du secteur privé ; cela impliquera par exemple, la mise en place d'unités centrales afin de permettre une interface avec le secteur privé. De même, les prestataires privés devront s'organiser afin de se faire entendre de manière unie par leurs partenaires, vu qu'il est impossible pour les gouvernements de traiter avec chaque individu et chaque organisme.
- Finalement, les gouvernements devraient éviter de développer des services parallèles de santé : un pour les riches et l'autre pour les pauvres. Il est important que ceux qui dépensent, particulièrement les pauvres, *soient à même de contrôler le type de soins qu'ils reçoivent* et de faire pression sur le prestataire de soins. Pour la majorité des pauvres en Afrique, ce n'est pas le cas actuellement. Ils sont pris en otage tant par le secteur public, qui les exploite souvent aux moyens de pratiques corrompues, que par le secteur privé, dont les honoraires sont souvent fort élevés. Dans les deux cas, qu'ils soient officiels ou pas, des frais élevés placent les services de santé hors de portée de beaucoup de gens. La disponibilité des assurances, qui pourraient couvrir les frais officiels, est limitée en Afrique et les taux d'adhésion sont faibles. Il en résulte que les riches ainsi que les pauvres peuvent se retrouver à la merci financière des deux secteurs, qui ne procurent pas toujours des services de qualité.

D'autres raisons pour lesquelles nous ne pouvons continuer sur la même lancée

Il sera difficile pour l'Afrique d'atteindre les OMD si elle continue sur cette même lancée dans le secteur de la santé. Comme l'indique le Graphique 4, la ligne pleine représentant l'état actuel et la ligne pointillée suggère ce qui devrait se produire pour atteindre les OMD.

Bien qu'il soit impératif de continuer à renforcer les capacités des MS, il est tout aussi important de commencer à prêter attention aux lieux de soins choisis par la population et de s'assurer que leurs dépenses, ainsi que celles du secteur public, soient utilisées efficacement pour des prestations de qualité. Les organisations de développement, telles que la Banque Mondiale, ont donc tout récemment accordé plus d'attention au rôle du secteur privé dans l'accomplissement des objectifs de la santé publique.

Le Rapport sur le Développement dans le Monde 2004 déclare clairement qu'il est nécessaire de considérer différents types de dispositions pour la prestation de services, en fonction des pays. Quatre des huit dispositions pour les services suggérées impliquent la contractualisation avec le secteur privé.

La Stratégie pour l'Afrique de la Banque Mondiale reconnaît également que les Ministères de la Santé ne seront pas capables d'atteindre les objectifs de santé publique à moins qu'ils n'exploitent le potentiel des prestataires privés existants^{XIV}.

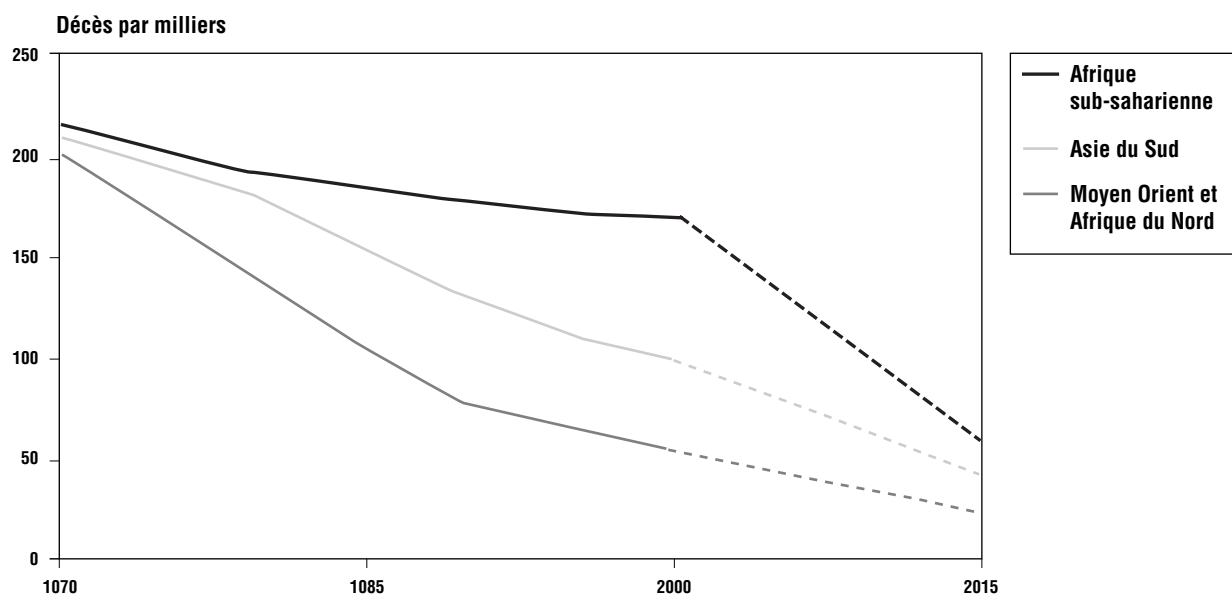
Objectifs et Perspectives de ce Rapport

Même s'il n'existe pas de partenariats à grande échelle actuellement entre les secteurs public et privé pour assurer les services de santé en Afrique, il y a quelques réussites ainsi que des tendances. Ce rapport donne un aperçu des réussites, des tendances et des leçons apprises à ce jour.

Nous espérons que ce rapport aidera les décideurs, le secteur privé et les organismes de déve-

Graphique 4

Atteindre les OMD dans le domaine de la santé: Tendances de mortalité des moins de cinq ans par région



Source : base de données d'Indicateurs du Développement dans le Monde (2003).

Tableau 3

Types de politiques et d'interventions PPP disponibles pour qu'un gouvernement influence le secteur privé

Types de politiques utilisées par un gouvernement pour influencer le secteur privé		Types de PPP disponibles qu'un gouvernement peut utiliser
Politiques de renforcement la demande	Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Système National d'Assurance Médicale • Mutuelles Communautaires • Bons • Exonérations fiscales
Politiques de renforcement de l'offre	Cadre Réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> • Accréditation • Licences
	PPP Formels	<ul style="list-style-type: none"> • Franchises • La contractualisation • Crédit-bail • Concessions • Privatisation
	Facilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la parole et les informations au secteur privé

Source : propre à l'auteur.

loppement à se baser sur les leçons apprises afin d'identifier les meilleures voies de collaboration entre les entités publiques et privées pour atteindre les objectifs de santé publique et conférer des pouvoirs aux consommateurs des services de santé.

Ce rapport préconise également le renforcement du rôle de l'État en tant que régulateur,

décideur politique et acquisateur stratégique de services. Il fournit des aperçus des différents types de politiques et d'interventions disponibles pour qu'un gouvernement incite le secteur privé à contribuer à l'atteinte des objectifs de santé publique, dont des exemples sont exposés dans le Tableau 3.

Qui Assure Quel Type de Services de Santé en Afrique?

Où les gens vont-ils réellement pour obtenir des services?

L'analyse des données des EDS menée dans 26 pays de l'ASS avec 42 séries de données pour différentes années (Annexe 1) démontre que presque la moitié des parents dont l'enfant a eu la diarrhée ou une infection respiratoire au cours des deux dernières semaines n'ont pas eu recours à des services de santé. 28% de l'autre moitié ont amené l'enfant à un établissement public ; et 22% se sont rendus chez un prestataire privé. Une analyse effectuée par niveau de revenu révèle cependant une image quelque peu différente. Le fait que les groupes les plus riches de la population utilisent le secteur privé n'est ni surprenant ni nouveau. Par contre, il est surprenant de constater que les pauvres ont également énormément recours au secteur privé, vu que la moitié des pauvres qui ont eu recours aux soins pour leur enfant se sont adressés au secteur privé (Tableau 4). L'analyse confirme également que le secteur public subventionne souvent les riches du fait que 52% des gens se situant dans le quintile de revenu le plus élevé ont recherché des soins pour leur enfant auprès d'un établissement public.

En général, les quintiles les plus pauvres sont, en quelque sorte, moins disposés à faire appel à

des soins en dehors du domicile que les riches : environ la moitié des pauvres le font, comparé à 60% des plus riches.

Les sources de soins pour le quintile le plus pauvre diffèrent. Dans certains pays tels que le Ghana, les pauvres se rendent principalement aux pharmacies; au Burkina, en Guinée et au Mozambique, les pauvres ont surtout recours aux guérisseurs traditionnels, tandis qu'au Niger ils s'approvisionnent généralement dans les boutiques.

Le quintile supérieur semble utiliser plutôt les pharmacies, les médecins et les établissements privés.

La population rurale, quant à elle, semble moins disposée à rechercher des soins hors du domicile. Lorsqu'elle le fait, ce sera plus pour s'adresser au secteur privé sous forme de guérisseurs traditionnels et de boutiques, contrairement aux citadins. Cependant, dans quelques pays tels que le Bénin, les Comores, la Namibie et le Sénégal, la population rurale utilise plus les établissements publics que la population urbaine.

Les tendances dans le temps parmi quelques pays typiques pour lesquels deux séries de données étaient disponibles sont les suivantes:

Tableau 4
Utilisation des établissements privés et publics parmi le quintile le plus pauvre lorsqu'un enfant est malade.

Pays et année d'EDS	Parmi ceux qui ont eu recours aux soins hors du domicile, % qui s'adressèrent au:				% ayant recours aux soins hors du domicile
	Secteur privé	Secteur public	Autres	Total	
Malawi 00	74%	24%	2%	100%	52.7
Mali 96	69%	24%	7%	100%	30.5
Ouganda 95	69%	29%	3%	100%	73.6
Ouganda 01	68%	27%	5%	100%	77.7
Ghana 93	65%	25%	10%	100%	57.7
Niger 98	59%	36%	5%	100%	35.4
Cameroun 91	55%	45%	0%	100%	24.6
Bénin 96	53%	47%	0%	100%	37.3
Kenya 98	47%	47%	6%	100%	63.9
Malawi 92	46%	53%	0%	100%	58.8
Nigeria 90	46%	47%	7%	100%	50.9
Comores 96	45%	47%	8%	100%	56.2
Madagascar 97	44%	56%	1%	100%	44.5
Cameroun 98	44%	52%	4%	100%	37.6
Bénin 01	41%	55%	3%	100%	40.3
Guinée 99	38%	54%	8%	100%	44.4
Burkina 99	35%	59%	6%	100%	20.1
Mozambique 97	32%	63%	5%	100%	36.6
Tanzanie 96	29%	68%	3%	100%	58.1
Zambie 96	24%	68%	8%	100%	64.0
RCA 95	19%	80%	1%	100%	27.7
Afrique du Sud 98	14%	84%	2%	100%	64.5
Namibie 92	7%	90%	3%	100%	67.2
Moyenne de % brut:	45%	51%	4%	100%	48.9

Note: les pays affichant plus de 10% dans le secteur "autres" n'ont pas été inclus dans le tableau.

Source: le Projet SARA, Académie pour le Développement de l'Éducation, Washington, D.C., mars 2004. Veuillez consulter l'Annexe 1 pour plus de détails.

- *Au Malawi*, le recours au secteur public a diminué environ de moitié entre 1992 et 2000 (passant de 33 à 16%); cette tendance s'applique aux riches ainsi qu'aux pauvres. En même temps, l'utilisation du secteur privé a augmenté de 27% à 39% dans le quintile le plus pauvre et de 31% à 49% pour le quintile le plus riche. Cela pourrait indiquer un dynamisme du secteur privé et des difficultés dans le secteur public.
- *Au Bénin*, entre 1996 et 2001, *au Cameroun* entre 1991 et 1998, et *au Ghana* entre 1993 et 1998, les pauvres ont recherché plus de soins hors du domicile, favorisant les prestataires publics. Le segment le plus riche de la population dans ces pays favorise les presta-

taires du secteur privé. Ces tendances sont très positives car elles indiquent un mouvement vers l'équité.

Des cinq pays ayant deux séries de données incluant les détails par quintile de revenu (le Bénin, le Cameroun, le Ghana, le Malawi, l'Ouganda), à part le Bénin et le Cameroun où les tendances sont très positives, la tendance des individus est d'avoir moins recours à des soins hors de leur domicile. Cela peut s'expliquer par un accroissement de la pauvreté ou un déclin dans l'accessibilité perçue des services de santé (dû aux paiements en pots-de-vin, par exemple) ou une détérioration de la qualité des soins.

Les données soulignent un problème d'équité dans la disponibilité des services de santé, le secteur public étant plus utilisé par les riches que par les pauvres dans plusieurs pays. Ces données confirment aussi que certains pays ont un problème de faible utilisation des services publics en général : la population n'a plus recours aux soins, vu qu'elle ne peut probablement plus se les permettre. Dans de nombreux pays, les personnes ont parfois à dépenser jusqu'à dix fois le taux officiel pour être soignées dans un établissement public. Les données révèlent finalement que le secteur privé est en croissance et est utilisé par tous les groupes de revenu.

Obtient-on des soins de bonne qualité auprès des secteurs public et privé?

Il y a un besoin d'amélioration dans les deux secteurs. C'est pourquoi il est si impératif de la part des gouvernements de remplir leur rôle de régulateur du système de santé, incluant le secteur privé. Beaucoup de gens pensent toutefois que les prestataires privés assurent un service plus attentionné.

Une étude de neuf cliniques en Afrique du Sud a démontré que les infections transmises sexuellement ont été diagnostiquées en utilisant l'approche correcte dans 85% des cliniques privées, comparé à 68% dans les cliniques publiques.

Dans le secteur privé, 97% des patients ont reçu un traitement conforme aux directives du Département de la Santé, comparé à 80% dans les cliniques publiques^{XV}.

Au Sénégal, le programme national de lutte contre le paludisme a fait appel au Programme des États Unis sur la Qualité et l'Information des Pharmacopées afin d'obtenir une évaluation de la qualité des médicaments pour contrer le paludisme au Sénégal. Cette évaluation a été effectuée en procédant à un échantillonnage de médicaments contre le paludisme et en les testant aux États-Unis. Les résultats ont démontré que 55% des comprimés échantillonnés de sulfadoxinepyriméthamine contenaient moins que la quantité prétendue ; que les médicaments du secteur privé ont échoué plus souvent que ceux du marché informel et que le secteur public enregistrait le moins d'échecs.

Des tests menés sur la chloroquine ont révélé une tendance similaire sauf que tous les comprimés de chloroquine qui ont échoué contenaient une dose plus élevée que celle inscrite sur l'étiquette^{XVI}. Le sous-dosage et le surdosage peuvent s'avérer très nuisibles et indiquent un problème de contrôle de qualité de la part des gouvernements. Plusieurs actions furent recommandées, dont celle de trouver des moyens d'améliorer l'acquisition des médicaments de bonne qualité par le secteur privé. Une autre étude menée par l'OMS a fourni des résultats identiques dans d'autres pays^{XVII} (Graphique 5), où le secteur privé, représenté par des vendeurs, des boutiques et des pharmacies, n'a pas fourni de comprimés de chloroquine de meilleure qualité que le secteur public.

En Ouganda, une étude entreprise dans cinq districts et dans la capitale a montré que 81% des cas simples de paludisme et 64% des cas de pneumonie n'ont pas été correctement gérés par les 164 établissements médicaux privés traitant ces cas^{XVIII}. Le Kenya a commencé à résoudre ce problème en sollicitant l'aide de l'Institut de Recherche Médicale du Kenya et qui a travaillé avec le MS pour former des détaillants de médicaments du privé dans une zone rurale du dis-

trict de Kilifi. Environ 500 commerçants furent formés lors d’ateliers de 2 à 4 jours et cette formation a permis d’accroître de 7 à 65% le pourcentage d’enfants recevant la dose correcte de médicaments contre le paludisme^{XIX}.

Les gens ont souvent une meilleure perception des soins fournis par le secteur privé. En Afrique du sud, par exemple, les personnes préfèrent les cliniques privées car elles y sont traitées sur-le-champ et avec respect, ce qui n’est pas vraiment le cas dans le secteur public. Dans les cliniques privées, la période d’attente dure de 10 à 40 minutes, comparée à une durée de 50 minutes à 3 heures dans le secteur public^{XX}.

Les services privés coûtent-ils plus cher que les services publics?

Les résultats ne fournissent pas de preuves concluantes à ce sujet; cela dépend de l’établissement et du pays. Les deux secteurs varient largement. En comparant le coût moyen par visite chez les prestataires privés et publics en Afrique du Sud et au Zimbabwe, les résultats affichés au Tableau 5 révèlent quelques différences con-

sidérables au Zimbabwe, mais très peu en Afrique du sud.

Les cliniques privées en Afrique du Sud ont maintenu les coûts de personnel peu élevés en ayant recours à des infirmiers comme principaux prestataires de services. Les prix des médicaments ont été maîtrisés en utilisant une liste de base ainsi qu’un contrôle strict des pratiques de prescription via des audits réguliers des ordonnances par système informatisé. Cependant, les cliniques privées ont enregistré des coûts administratifs externes plus élevés, reflétant l’énorme soutien à la gestion venant de leur siège.

Toutefois, dans certains pays, des prix officiels bas ne donnent pas une image exacte de la réalité.

Un exemple probablement extrême est celui de la Guinée. En effet, bien que la plupart des structures publiques de ce pays affichent une liste des prix de leurs services, une étude a montré que le prix payé par les patients dans les deux hôpitaux principaux fut 4,4 fois plus élevé que le coût officiel pour les consultations externes, et 9,4 fois pour les hospitalisations. De ces montants, 53% vont à l’achat de médicaments, 39% en dessous de table, 5% pour des examens com-

Tableau 5
Coût moyen par visite dans les secteurs public et privé dans deux pays

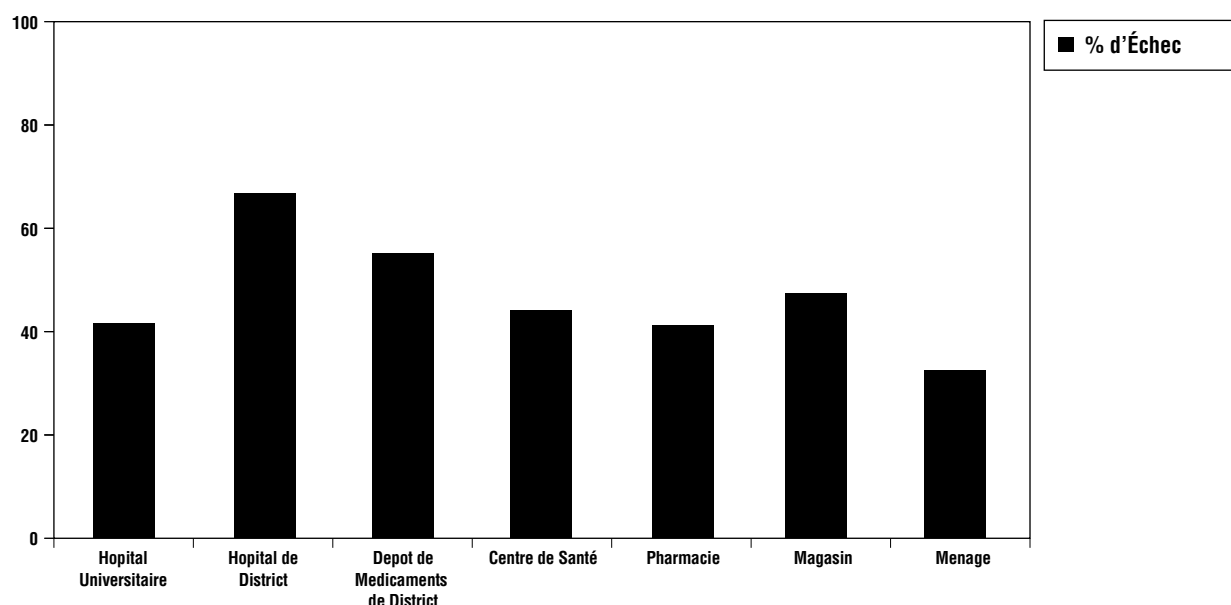
	Secteur Public		Secteur Privé	
	Petites cliniques sans médecins à plein temps	Grandes cliniques avec des médecins à plein temps	Cliniques privées	Généralistes privés
Afrique du Sud 1: coût/visite (en Rands)	33.20	65.78	42.14 (faisant partie d’une chaîne de cliniques)	89.44
Zimbabwe 2: Traitement ambulatoire	\$US 24–52 (dépendant du niveau de l’infrastructure)		\$US 257	\$US 125

¹ **Source** : Palmer Natasha et al, Bulletin de l’OMS, 81 (4), 2003.

² **Source** : Mudyarabikwa Oliver, Madhina Denford, “An assessment of incentive setting for participation of private for profit health care providers in Zimbabwe,” PHR Small Applied Research No. 15, Novembre 2000.

Graphique 5

Pourcentage d'échec de la teneur des comprimés de chloroquine dans 7 pays africains, par source de distribution



plémentaires et seulement 3% sont inscrits dans le registre de l'hôpital^{XXI}.

L'étude n'a pas enquêté sur les structures privées et une comparaison des coûts n'est donc pas disponible. Cependant, vu que l'une des causes majeures des paiements en dessous de table fut attribuée à la présence de 400 internes (stagiaires) et bénévoles qui ne sont pas payés, il est peu probable que cette pratique atteigne la même ampleur dans le secteur privé. Il est aussi à noter que trois-quarts des 53% des coûts ont servi

à l'achat de médicaments dans le secteur privé, confirmant de ce fait que le secteur public s'approvisionne auprès du secteur privé.

En Ethiopie (Tableau 6), les coûts de fonctionnement par patient sont légèrement plus faibles dans le public ; les coûts par patient traité sont, cependant, plus bas, en moyenne, dans les cliniques des ONG. La situation diffère largement dans les hôpitaux et il s'avère que les hôpitaux d'entreprise pourraient être plus efficaces^{XXII}.

Tableau 6

Éthiopie: coûts de fonctionnement dans les cliniques et les hôpitaux publics et privés, 1999–2000 (en Birr)

	Cliniques gérées par les ONG	Cliniques gérées par l'État	Hôpitaux d'entreprises	Hôpitaux privés	Hôpitaux publics
Coût par patient traité	9,78 (varie de 6 à 67)	12,55 (varie de 11 à 14)			
Coût par patient	42,03	38,35			
Coût par patient hospitalisé			2680	556	460

Le secteur privé draine-t-il le secteur public de ses ressources humaines ?

Il est intéressant de noter que le secteur privé à but lucratif s'est épanoui au cours de la dernière partie du 20ème siècle, tandis que le gel des embauches fut imposé aux gouvernements afin de contenir leurs coûts de fonctionnement.

Il y a aujourd'hui de plus en plus de preuves empiriques que la prestation médiocre des services de santé publics, est imputable en partie à une pénurie de ressources humaines qualifiées. Le Ghana, par exemple, souffre d'une fuite de cerveaux du personnel médical et paramédical, qui se déplace vers l'Occident. Des plus de 2000 médecins enregistrés au Ghana en 1999, à peu près 700 d'entre eux sont employés dans le secteur public tandis qu'environ 300 se trouvent dans le secteur privé ; il est probable que le reste travaille à l'extérieur du pays^{xxiii}.

D'autres régions du continent pâtissent d'un personnel insuffisant pour satisfaire leurs besoins. Au Sénégal, le personnel de santé s'élève à 11,000 mais toujours est-il qu'il existe un déficit de 3,500 agents^{xxiv}. Il est regrettable que le personnel du secteur privé à but lucratif ne soit pas inclus dans ce comptage, surtout en prenant en considération le Tableau 7, qui montre que le secteur privé emploie un bon nombre du personnel spécialisé, qui constitue des ressources dont l'Etat pourrait bénéficier.

La pénurie des ressources humaines dans le secteur public et la croissance rapide du secteur privé pose la question de la compétition de ces deux secteurs pour les ressources humaines. Cela pourrait toutefois être perçu comme une oppor-

tunité pour de meilleurs partenariats public-privé où tout le monde y gagnerait, en :

- Accroissant le nombre d'étudiants en médecine et de paramédicaux diplômés d'institutions de formation privées. Cela s'est produit au Sénégal, où le nombre de paramédicaux diplômés a doublé suite à la contractualisation avec trois institutions de formation privées locales^{xxvi}.

La qualité y est standardisée grâce à l'examen d'entrée du secteur public qu'ils subissent, et qui est identique à celui pris par les étudiants venus des écoles publiques. En 1997, l'Université Hubert Kairuki Memorial (*info@hkmu.ac.tz*) a été créée en Tanzanie pour former des médecins et infirmiers. Le Kenya possède des écoles de formation privées, mais dû à un contexte réglementaire médiocre, la qualité des diplômés de ces écoles est quelque peu irrégulière^{xxvii}. Il est nécessaire d'encourager le développement d'écoles de formation privées et assurer leur accréditation pour qu'elles répondent aux normes de qualité.

- Incluant le secteur privé à but lucratif dans le système de santé afin d'accroître la couverture des services. Cela signifie que les prestataires privés pourront bénéficier de formations professionnelles internes au secteur public, chose si rare aujourd'hui. Par exemple, en Ouganda, il existe à peu près un guérisseur traditionnel pour 100 personnes, tandis que la proportion de médecins varie de 1/10,000 dans les villes à 1/50,000 dans les commu-

Tableau 7
Nombre de personnel médical et paramédical dans les secteurs public et privé au Sénégal en 2000^{xxv}

Secteur	Docteurs en médecine		Dentistes		Pharmaciens		Infirmiers		Sages-femmes	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Nombre	358	354	53	84	66	306	1871	267	562	45

nautés rurales^{xxviii}. Il paraît donc logique de promouvoir la formation de ces guérisseurs à certaines pratiques médicales. Cela veut aussi dire que certains services de soins primaires qui sont actuellement fournis principalement par le secteur public — tels que les vaccinations de routine — pourraient être assurées en partie par le secteur privé.

- Contractualisant des prestataires privés pour fournir des services publics. Le Sénégal le fait en employant des infirmiers en contrat renouvelable de deux ans. Ces contractants sont mieux payés que leurs contreparties de la fonction publique (deux fois plus pour les docteurs en médecine et à peu près trois fois plus pour les infirmiers), mais ils desservent des zones reculées où les employés publics sont réticents de vivre et de travailler. Les ressources des PPTE sont utilisées pour les payer.
- Encourageant le développement de prestataires privés de qualité, avec des centres d'excellence afin de retenir le plus de professionnels possibles dans le pays. Par exemple, avec l'appui de la Fondation Bio-Merieux, le Mali développe actuellement un laboratoire de première classe qui devrait devenir le laboratoire de référence et formerait d'autres laboratoires publics ou privés du pays et éventuellement de la sous-région. Au Kenya, l'hôpital de la Fondation Aga Khan est l'un des meilleurs au monde. En établissant une norme de qualité élevée dans le pays, ces types de prestataires hautement sophistiqués peuvent être utilisés pour la formation tout en employant le personnel local, qui, autrement, aurait peut-être émigré.
- Augmentant et améliorant la contractualisation de l'État avec les prestataires privés pour des services de santé publique, améliorant ainsi les perspectives à long terme des professionnels de la santé et élargissant simultanément l'accès aux services financés par l'État.

Comme le montre le Tableau 8, l'Afrique n'est pas seule à avoir une large proportion de ses médecins dans le secteur privé :

Prestations privées par les employés de la fonction publique : En Afrique, des fonctionnaires exercent souvent en tant que prestataires privés. Bien que la plupart des gouvernements aient une législation interdisant aux fonctionnaires de pratiquer en privé dans les structures publiques, ces derniers le font souvent, quelquefois au détriment des pauvres et du secteur public. Par exemple, en Guinée, l'étude mentionnée plus haut qui a été menée dans les deux principaux hôpitaux de la capitale a montré que 75% des patients paient plus que le tarif officiel et que seulement 13% de ces sommes retournent aux hôpitaux. En moyenne, les patients paient 10 fois plus que le tarif officiel, ce qui est dû en majeure partie au fait que les internes travaillent à plein temps sans pour autant être payés par l'État. Ils s'accordent donc eux-mêmes des salaires à travers des frais non-officiels obtenus des patients. L'un des hôpitaux visités emploie 300 fonctionnaires, 75 contractuels et plus de 400 internes. Ces internes ont l'impression de travailler à la place des fonctionnaires inscrits sur la liste des salariés de l'État mais qui passent leur temps dans leurs propres pratiques privées. Les fonctionnaires demandent eux-mêmes quelquefois des suppléments de salaires aux patients ou les réfèrent simplement à leur pratique privée^{xxx}.

Une étude de doubles pratiques médicales publiques-privées effectuée en Chine, en Thaïlande, au Pérou et au Zimbabwe a montré que les médecins conservent leurs emplois dans le secteur public malgré de bonnes perspectives de revenu dans le privé. La double pratique se produit même en cas de réglementation stricte comme en Chine. Au lieu de lutter contre cette

Tableau 8
Pourcentage de docteurs en médecine dans le privé, par continent^{xxix}

Afrique sub-saharienne	Amérique Latine et Caraïbes	Asie
46%	46 %	60%

pratique, l'on devrait au contraire en faire le meilleur usage, notamment pour mettre en place des directives et des mécanismes clairs qui éviteront le mauvais usage des ressources publiques et procureront des revenus stables, des opportunités de formation et parfois même d'autres avantages tels qu'une retraite^{xxxI}.

Le choix des professionnels de santé du public vers l'engagement dans le privé dépend de plusieurs facteurs, entre autres du salaire. Ceux payés un salaire uniforme seraient davantage adeptes de la double pratique que ceux payés d'après un système incitatif, ce qui prône pour les contrats de performance^{xxxII}.

Expériences et Tendances des Partenariats Public-Privé en Afrique

Les gouvernements sont capables d'influencer le secteur privé par divers moyens, comprenant en particulier:

- le financement du secteur privé afin de le rendre plus efficient ou ciblé (appui financier destiné aux programmes d'assurance santé et promotion de la demande telle que les mutuelles de santé communautaires ou les bons).
- des réformes législatives et réglementaires permettant des environnements propices au secteur privé.
- des partenariats officiels avec le secteur privé visant à encourager la prestation de certains types de services de santé.

Cette section présente une vue d'ensemble de ces pratiques. Beaucoup d'entre elles ont été réussies ; d'autres nécessitent d'être évaluées ; plusieurs demeurent à petite échelle ; et de nombreuses tendances sont encourageantes. Les moyens d'améliorer ces pratiques et de passer à l'échelle supérieure sont également suggérés.

Financement public du secteur privé

Depuis l'époque coloniale jusqu'à tout récemment, les gouvernements ont financé le secteur

privé principalement à travers des subventions aux ONG. Le recouvrement des coûts a aussi été utilisé pour compléter les contributions gouvernementales. Récemment, certains gouvernements ont réalisé qu'ils devaient trouver des moyens plus efficaces pour financer la santé. Par conséquent, au Ghana et dans quelques autres pays, un programme national d'assurance santé est à l'essai. Quelques gouvernements font également la promotion de programmes d'appui à la demande qui permettent de mettre en commun les ressources, tels que les mutuelles santé communautaires, tandis que d'autres gouvernements tentent de fournir des subventions publiques ciblées grâce à des programmes de distribution de bons.

L'Assurance Médicale

L'assurance médicale n'est pas encore très étendue en Afrique sub-saharienne, sauf en Afrique du Sud et au Ghana, ce dernier est en train de planifier un programme national d'assurance santé. Il existe des programmes sociaux d'assurance santé au Kenya, en Tanzanie et au Mozambique qui sont obligatoires pour les fonctionnaires et quelquefois proposés aux employés de grandes entreprises à titre facultatif. Il existe aussi des sociétés d'aide médicale en Afrique du Sud, au Botswana et au Zimbabwe qui sont or-

ganisées selon l'appartenance professionnelle, comme par exemple, les caisses de maladie.

Les programmes communautaires qui répondent à la demande

Les programmes communautaires d'assurance médicale varient quant à leur mode de gestion,

aux avantages proposés, et aux accords avec les prestataires, mais ils possèdent des caractéristiques communes propres aux assurances médicales : ils impliquent le paiement anticipé et la mise en commun des risques. Le Graphique 6 montre l'étendue des couvertures prépayées en Afrique sub-saharienne, avec, en tête de liste, les pays de l'Afrique australe, suivis par les pays

Cadre 2

Programme National d'Assurance Santé au Ghana

Suite à la ratification du National Health Insurance Act (loi sur l'assurance médicale nationale) en 2003, l'introduction d'un programme national d'assurance médicale au Ghana a été suggérée. Précédemment, le financement des services médicaux se faisait largement au moyen de subventions publiques, d'assistance étrangère, et de recouvrement des coûts – des mécanismes qui n'étaient ni efficaces ni viables sur le plan budgétaire à long terme. L'objectif du nouveau programme national d'assurance santé vise à améliorer la façon dont les ressources domestiques sont mobilisées et à obtenir une meilleure plus-value de ressources peu abondantes. Une partie de la charge financière sera transférée aux participants à travers les frais d'adhésion à l'assurance santé.

Le programme national d'assurance médicale bénéficie de l'expérience du mouvement de mutuelle de santé (MHO), qui prit source au début des années 1990 et qui comprenait 159 organisations en 2002. Ces mutuelles financées par la communauté sont répandues à travers le pays et diffèrent largement sur le plan de la conception, de la composition des membres et de la gestion. Bien qu'une étude officielle de leur impact n'ait pas été menée, il est estimé que les MHO les mieux gérés ont considérablement contribué à améliorer l'accès aux services de santé et à une meilleure protection financière des ménages contre les maladies. L'objectif immédiat de la réforme nationale d'assurance consiste à éliminer le système de paiements directs "*cash and carry*" dans le secteur public et à étendre la couverture en augmentant le nombre de mutuelles de santé, leur couverture géographique et le nombre des adhérents.

Le National Health Insurance Act de 2003 établit trois types d'organismes d'assurance médicale: des programmes de mutuelles de santé dans les districts, des assurances privées commerciales et des mutuelles d'assurance santé privées. Seuls les programmes de mutuelles de districts seront qualifiés pour une subvention pour les indigents par le Fonds National d'Assurance Santé. La proposition initiale est d'étendre la couverture d'assurance à 30% de la population, la couverture universelle constituant un objectif à long terme. Les individus seraient dans l'obligation de souscrire une couverture à partir d'un de ces programmes mais seraient libres de se désengager du système public en faveur de l'assurance privée (et n'auraient pas à payer la prime d'assurance publique). Les assurés bénéficieraient d'un choix quant au prestataire, en utilisant les établissements du secteur public ainsi que ceux du privé, si ceux-ci sont accrédités (le National Health Insurance Act spécifie la portée des lois régissant le programme, incluant l'accréditation des prestataires de soins médicaux).

Une concurrence parmi les prestataires est anticipée dans les régions urbaines. La question des subventions actuellement offertes aux établissements publics, qui minent la compétitivité des prestataires privés, est l'une des préoccupations à aborder par le gouvernement.

francophones et ensuite par les pays d'Afrique orientale.

Le mécontentement quant à la qualité, à la fiabilité et à la viabilité des services santé financés par les autorités publiques est à l'origine d'une tendance visant à établir des accords financiers mutuellement bénéfiques dédiés aux services médicaux. C'est clairement le cas des mutuelles en Afrique occidentale, dont beaucoup proviennent de simples fonds de roulement communautaires pour les médicaments ou de programmes complémentaires mis en place par des fonctionnaires qui n'étaient pas satisfaits de la couverture fournie par l'État. En six ans, leur nombre a été multiplié par six .

L'assurance médicale regroupe les principes du partenariat public-privé, qu'il s'agisse d'un programme obligatoire, d'un programme privé facultatif pour les travailleurs du secteur formel ou d'un accord communautaire de regroupement de risques. L'assurance médicale encourage les gestionnaires du fonds commun à acquérir des services , et ils sont mandatés par les membres à

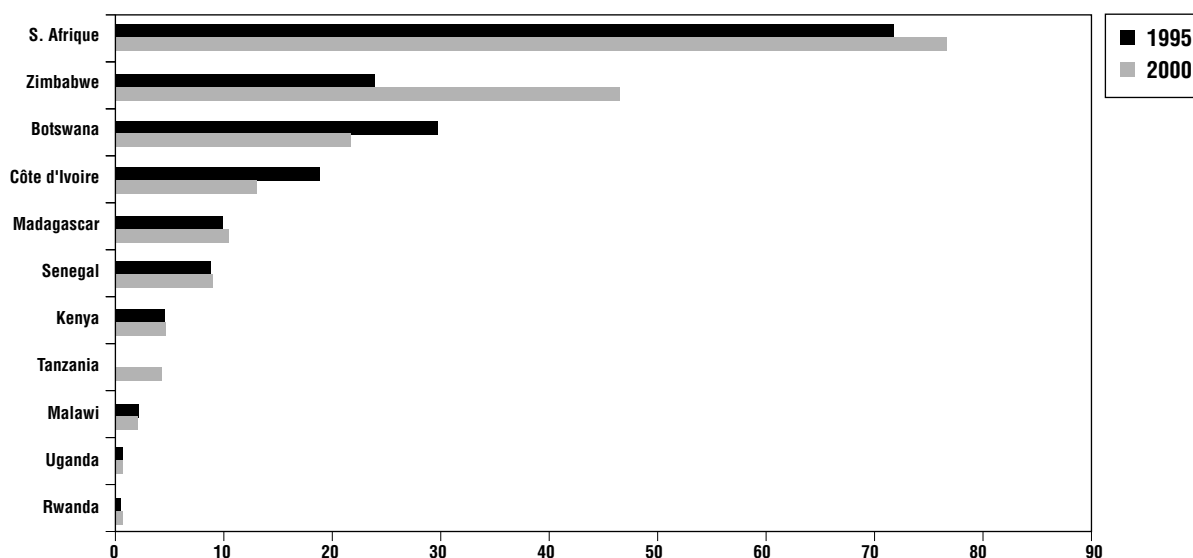
accréditer les prestataires, à négocier les conditions de paiements et à effectuer le suivi et le contrôle de la qualité et du volume des services fournis. L'accord contractuel entre le fonds d'assurance santé et les établissements médicaux incite les prestataires à une meilleure performance, vu que leurs contrats et leur accréditation courent le risque de ne pas être renouvelés.

L'assurance médicale est l'un des meilleurs outils servant à conférer pleins pouvoirs au consommateur de services de santé, notamment lorsque le programme a été initié par les consommateurs eux-mêmes, comme tel est le cas par exemple, avec les mutuelles santé.

Bien que l'expansion de l'assurance santé ait été lente en Afrique sub-saharienne, sauf en Afrique occidentale (voir Tableau 9), un potentiel existe et de là, une augmentation des partenariats public-privé. Étant donné ce potentiel, la Banque Mondiale étudie actuellement l'impact de l'assurance médicale facultative sur la protection financière et sur l'accès aux soins^{XXXIII}.

Graphique 6

Plans Prépayés en tant que % des Dépenses Privées de Santé, 1995 et 2000



Source: Rapport Mondial sur la Santé 2002, Organisation Mondiale de la Santé.

Tableau 9
Évolution du nombre de mutuelles santé en Afrique occidentale

Pays	Situation en 2003					Total
	Situation en 1997	Opérationnel en 2003	A être conçu bientôt	En conception	En difficulté	
Bénin	11	42	8	3	0	53
Burkina	6	35	36	14	4	89
Cameroun	18	22	6	8	2	38
Côte d'Ivoire	0	36	1	0	3	40
Guinée	6	55	17	27	10	109
Mali	7	51	12	4	4	71
Mauritanie	0	3	0	4	0	7
Niger	6	9	2	1	1	13
Sénégal	19	79	30	18	9	136
Tchad	3	7	0	0	0	7
Togo	0	9	2	6	0	17
Total	76	348	114	85	33	580

Source: Inventaires de Concertation des acteurs du développement des MS Afrique 1997, 2003; www.concertation.org

Rôles éventuels de la Banque mondiale et de la SFI. La Banque devrait appuyer de tels programmes communautaires de fonds de mise en commun des risques. Cet appui peut être initié en finançant les lancements initiaux, les évaluations, les réassurances et en soutenant les programmes dispersés de façon à ce qu'ils puissent se fédérer lorsqu'ils le désirent.

La SFI a acquis une participation minoritaire dans la Société de Réassurance Afrique (Africa Re) en investissant 10 millions de \$US dans le principal réassureur domestique de l'Afrique. Ce nouvel investissement constitue une grande partie de la stratégie de soutien de la SFI au développement de la bonne gestion chez les assureurs primaires en Afrique. En outre, la SFI explore des perspectives visant à fournir une assistance conseil aux gouvernements et aux assureurs médicaux pour l'amélioration de la contractualisation des services de santé, comme il l'a fait déjà dans d'autres régions.

Les Bons (ou « Vouchers »)

Les programmes de bons en matière de services de santé constituent un mécanisme de subvention pour la prestation de services particuliers à des groupes ciblés, à travers l'utilisation d'un bon pouvant être échangé pour l'achat complet ou partiel d'un bien ou d'un service. L'idée principale, étant que dans certaines circonstances, subventionner la demande se révèle être plus efficace que d'accorder des subventions pour améliorer l'offre^{xxxiv}. Les subventions au niveau de la demande en général, et les programmes de bons en particulier, ont l'avantage de créer un lien explicite entre la subvention et le produit, procurant de ce fait une incitation à accroître l'utilisation de ce produit. L'objectif est de sélectionner spécifiquement des interventions de santé ayant un bon ratio cout-efficacité, de cibler directement les groupes vulnérables, de simplifier l'administration (en réduisant la possibi-

lité d'irrégularités et de fausses réclamations) et de diminuer la motivation des prestataires à faire augmenter la consommation. L'expérience, à ce jour, a cependant montré que les programmes de bons ont des coûts d'opération plus élevés^{xxxv}.

Les programmes de bons peuvent être concurrentiels ou non-concurrentiels. Lorsqu'il s'agit du programme concurrentiel de bons, il existe une certaine forme de concurrence parmi les prestataires du service de santé (pour attirer les détenteurs de bons), ce qui offre donc un choix de prestataires pour le détenteur du bon. Au niveau d'un projet non-concurrentiel, un prestataire désigné est chargé de la prestation des services. Un programme concurrentiel de bons typique fonctionne comme suit:

- les fonds sont transférés à une agence de gestion des bons.
- l'agence de gestion des bons produit et distribue les bons à la population ciblée (soit en le faisant elle-même ou à travers une organisation tierce).
- le bénéficiaire du bon le présente au prestataire de service de son choix en échange de biens ou de services spécifiques.
- le prestataire de services retourne le bon à l'agence de gestion des bons (accompagné des informations nécessaires).
- l'agence de gestion des bons paie au prestataire une somme convenue pour chaque bon retourné.
- l'agence de gestion des bons indique les rendements et les résultats du programme au gouvernement ou au bailleur qui fournit les subventions^{xxxvi}.

En général, les données recueillies à partir des programmes concurrentiels de bons pour les services médicaux sont limitées, notamment en Afrique. Les leçons retenues de trois programmes en Afrique — l'achat de moustiquaires traitées à l'insecticide en Tanzanie, la distribution de contraceptifs d'urgence en Zambie et la prestation de services de santé de la reproduction aux jeunes du Kenya—sont décrites dans l'An-

nexe 3. Quelques unes de ces leçons se résument comme suit:

- une longue durée—souvent des années—est requise afin que les gens comprennent comment utiliser le programme de bons, même si des campagnes promotionnelles ont lieu. Divers moyens de communication sont nécessaires. La population ciblée doit être informée de l'importance/l'utilisation du produit/service et du moyen de l'obtenir.
- Un contrôle strict est de rigueur, surtout au début du programme, afin de comprendre pourquoi les individus ciblés ne font pas usage du programme et de définir comment résoudre les problèmes.
- Un groupe ciblé facile à identifier et à atteindre — tel que les femmes enceintes — contribue à la réussite du programme.
- Au lieu d'établir une concurrence injuste au secteur privé en subventionnant la prestation d'un produit ou d'un service au sein des établissements publics, un programme de bons peut aider à renforcer les prestataires commerciaux tout en servant les objectifs de santé publique.
- En fixant la valeur du bon, il existe un compromis entre accroître la valeur du bon (et donc procurer de plus amples bénéfices aux plus défavorisés, qui seraient peut-être incapables d'accéder à ce service même à l'aide d'un bon à valeur réduite) et en faire mauvais usage, en le vendant par exemple. Au départ, il est possible que ce soit les moins pauvres qui peut-être tireraient profit des bons, tandis que les plus défavorisés ne participeraient au programme qu'ultérieurement.
- Minimiser le mauvais usage pourrait s'avérer plus difficile pour les programmes à échelle nationale, que pour des programmes soigneusement gérés et limités à quelques districts.
- Le recours à des tiers, notamment les organismes sociaux, pour distribuer les bons aux pauvres ou démunis ou aux membres de ces organismes eux-mêmes, pourrait améliorer la couverture. Cela s'applique particulièrement

aux services de nature sensible tels que les services de santé liés à la sexualité et à la reproduction; le point de contact — que ce soit celui distribuant le bon ou celui où on obtient les services — pourrait s'avérer critique par rapport au confort, à la confidentialité, et donc à l'acceptation du programme de bons.

- Dans certains cas, de meilleurs résultats furent obtenus lorsque le distributeur du bon/pouvoyeur d'information fournissait aussi les services.

La formation des prestataires est requise afin d'assurer la qualité des produits et des services et de garantir que les prestataires sont sensibles aux détenteurs de bons et les accueillent comme il se doit.

Rôle éventuel de la Banque mondiale. Les crédits et les subventions de la Banque Mondiale pourraient servir à financer de tels programmes, à leurs évaluations, et à tout ce dont ils ont besoin pour opérer à plein régime au cas où le programme pilote serait un succès. Des recherches pourraient également être financées par la Banque dans le but de trouver des moyens de minimiser les coûts d'opération.

Réglementer le secteur privé

Bien qu'un outil puissant, la réglementation n'est généralement pas appliquée de manière constante dans le continent, que ce soit dans le public ou le privé. Dans la plupart des pays africains, la législation de base qui réglemente les pratiques médicales privées est fondée sur une exigence d'inscription et d'accréditation. Cependant, il y a deux raisons pour lesquelles l'accréditation (ou d'autres mécanismes réglementaires) n'a pas réussi à garantir la qualité:

- Une faible mise en application du contrôle réglementaire, dû à un financement limité. Par exemple, au Malawi, le Conseil Médical est

censé mener une inspection initiale des locaux chez tout demandeur pour exercer dans le privé, et doit par la suite effectuer des contrôles-inopinés périodiques. Une étude effectuée des praticiens privés, a cependant révélé que 73% d'entre eux ne possèdent pas d'appareils frigorifiques et qu'ils distribuent un large éventail de médicaments dont certains ne se trouvent pas sur la liste approuvée^{xxxvii}.

- La réticence à mettre en application le règlement contre leurs propres membres. Par exemple, le Conseil Médical Zimbabwéen n'a rendu public aucun cas de faute professionnelle de peur de nuire à la réputation de la profession^{xxxviii}.

Quoique de nombreux pays tentent d'améliorer leurs cadres réglementaires, il existe encore des lacunes. Par exemple, les règlements en Tanzanie et au Zimbabwe (a) se concentrent sur les apports individuels plutôt que sur l'organisation du système de santé; (b) visent à contrôler l'entrée et la qualité plutôt que la quantité, le prix ou la distribution et (c) n'abordent pas l'impact des pratiques anti-concurrentielles sur le marché ni le manque de droits des patients^{xxxix}. Des problèmes similaires ont été soulignés dans une étude en Afrique du Sud, où il a été noté que les prestataires non-étatiques semblent être plutôt contrôlés qu'encouragés et soutenus par le gouvernement^{xl}.

Une réglementation appropriée fait souvent défaut. Par exemple, en Tanzanie et en Ouganda, deux pays explicitement en faveur des PPP, la plupart des règlements se concentrent sur les conditions d'entrée appliquées aux prestataires privés, et aucun d'entre eux n'est destiné à améliorer les pratiques concurrentielles. La Tanzanie ne possède aucune protection explicite du consommateur des services de santé et la concentration verticale est étendue, par exemple, l'auto-référence par les médecins — les médecins possédant des établissements privés tels que des laboratoires où les patients sont envoyés, limitant ainsi le choix du patient et

Cadre 3

L'expérience à ce jour de la Zambie en matière d'accréditation*

La Zambie a entrepris sa réforme du secteur santé au début des années 90. Le secteur hospitalier nécessitait, en effet, une réforme urgente, vu que presque deux tiers des 79 hôpitaux du pays dataient de plus de 30 ans et que plus de la moitié des hôpitaux de l'État se trouvaient dans des conditions sanitaires médiocres ou pires. Bénéficiant de l'assistance du Projet d'Assurance Qualité de l'USAID, le gouvernement a lancé le *Zambia Hospital Accreditation Program* en 1997 pour accréditer les hôpitaux publics et privés. Bien qu'il existait d'autres mécanismes d'évaluation de la performance des hôpitaux, l'accréditation fut choisie car elle fut considérée comme étant un programme exhaustif et transparent.

Le *Zambia Health Accreditation Council* (ZHAC) fut fondé afin de concevoir et mettre en oeuvre le programme d'accréditation ; il comprenait 12 membres représentant le gouvernement, des organisations professionnelles et le public. Cependant, le ZHAC ne possédait ni fonds indépendants ni mandat légal et les membres du conseil avaient des responsabilités à plein temps ailleurs. Le ZHAC sélectionna des inspecteurs et assura leur formation sur les principes d'accréditation et les modalités d'inspection, ainsi que par une série d'études de cas durant une période de deux mois. Les inspecteurs travaillaient à plein temps ailleurs et furent appelés à mener des études selon les circonstances et à recevoir un paiement nominal pour leurs efforts.

Seul un hôpital sur cinq a achevé le cycle d'accréditation. La question de viabilité à long terme a été soulevée. Dû à des changements au niveau des financements de l'USAID, le programme est désormais bloqué.

En 2002, un examen interne du programme avait fourni les observations suivantes :

- les hôpitaux avaient apprécié la nature éducative du processus d'accréditation. Cependant, le personnel hospitalier avait exprimé le besoin d'assistance technique afin de satisfaire les normes d'accréditation. En outre, le retour des informations aux hôpitaux avait pris du temps, soit presque un an après l'achèvement de l'étude.
- même si le mandat du ZHAC était clairement défini, la législation visant à le rendre indépendant et une organisation non gouvernementale n'avait pas été ratifiée. Sans reconnaissance d'ordre juridique et sans ses propres ressources financières, les capacités du ZHAC à entreprendre toutes les tâches associées à des contrôles réguliers et à l'accréditation étaient restreintes. Le personnel du ZHAC avait rempli ses obligations sur une base bénévole, et le taux de participation avait décliné dû à un manque de budget.
- tandis que la formation des inspecteurs avait été efficace, il y avait eu beaucoup de départs volontaires de la part des inspecteurs liés à la faible rétribution vu le niveau de travail requis et les coûts d'opportunité.

**Source*: Bukonda, Ngoyi et al, "Implementing a National Hospital Accreditation Program: the Zambian Experience," *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 14, Supplément 1, 2002. Rooney, Anne, Paul van Ostenberg, "Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Service Quality," *Quality Assurance Project*, 1999. Montagu, Dominic, "Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare," *DfID Health systems Resource Center*, 2003.

contournant souvent les services publics disponibles.

La revue technique 2005 en Tanzanie a fourni des observations intéressantes sur le cadre réglementaire mis en place dans ce pays. Ces observations sont résumées dans le Tableau 10 (réf. num. xiii).

Quelques alternatives au règlement législatif comprennent:

- *Le règlement par contrat*, où il existerait une nette séparation entre les prestataires de services (secteur privé) et l'acquisiteur de services (gouvernement). Le contrat devrait contenir un accord sur le procédé à suivre afin de réduire la responsabilité du 'régulateur indépendant' (voir le prochain chapitre pour un complément d'information sur ce sujet).
- Les *programmes de franchise* existants et émergents, remplissent le rôle d'agence de micro-accréditation pour diminuer les problèmes, notamment des prestataires de services ne se situant pas dans le marché formel.
- *Fournir des incitations financières* telles que des subventions, des prêts gouvernementaux,

etc... pour le privé, dépendant du statut d'accréditation (mené sur une base volontaire). C'est une option viable qui serait plus applicable aux pays à revenus moyens, sous réserve de contrôle et de surveillance suffisants.

- *Les contrats basés sur la performance* constituent un moyen de réglementer le prestataire en exigeant de lui des données de suivi. Cela nécessite un bon système d'évaluation, qui peut être contractualisé; une variation étant de payer uniquement selon le rendement.
- Les membres du secteur privé de la Tanzanie et du Kenya ont suggéré de mettre en place un "*Fonds pour les Prêts*" pour l'octroi de prêts à faibles intérêts aux petits prestataires de santé et pour renforcer leurs capacités. Au Kenya, les taux d'intérêts du secteur bancaire sont supérieurs à 24%, ce qui limite la capacité d'emprunt des entreprises qui débutent. Un tel fonds pourrait opérer en étroite collaboration avec des associations professionnelles qui délivreraient une certification annuelle de qualité des soins avant de renouveler une licence. Le Fonds pour les Prêts financerait la formation, la promotion et l'implantation de

Tableau 10
Résultats de la Revue Technique 2005 de la Tanzanie concernant les règlements PPP^{xiii}

Aspects positifs déjà en place	Aspects nécessitant une amélioration
Les systèmes centralisés d'inscription sont en place	Le système est quelquefois pesant et prend beaucoup de temps L'inscription des établissements publics et privés ne tient pas compte des besoins des services de santé
Une inspection centralisée est en place	Pas encore décentralisé
Un cadre national pour la promotion de la qualité a été publié en 2004.	Pas de système national exhaustif d'assurance de la qualité mis en place. Pas de norme nationale pour l'accréditation des établissements de santé
Le Pharmacy Act a été passé en 2002 et un Manuel de Dispensation a été publié.	La réglementation des produits pharmaceutiques devrait être appliquée de manière plus efficace.
Le Tanzanian Food and Drug Authority et le MS ont établi un Programme d'Assurance de la Qualité des produits pharmaceutiques.	La relation existant entre le gouvernement et le secteur pharmaceutique est, en soi, celle du "régulateur" et du "réglementé" et non celle d'un partenariat.

cabinets dans les régions rurales, et seules les pratiques ayant obtenu une certification pourraient prétendre à un prêt plus important, par exemple. L'idée de ce Fonds pour les Prêts va bien au delà et possède bien plus de potentiel que ce qui existe actuellement sur une petite échelle en Ouganda ou au Kenya (voir Cadre 4).

Les alternatives à moyen terme sont guidées par ce qui est faisable dans le contexte de la plupart des pays africains. A long terme, des cadres réglementaires avec des systèmes informatiques appropriés devraient être développés afin de mieux suivre la mise en oeuvre^{XLI}.

Partenariats public-privé formels pour la prestation de services

La contractualisation des services de santé

Trois conditions de base doivent être satisfaites afin de garantir le succès de la contractualisation^{XLII}:

- une connaissance de base des services devant être contractualisés (afin d'être apte à définir le contenu du contrat)
- une capacité à gérer les contrats
- des fonds suffisants pour couvrir les coûts des services au niveau prévu¹.

Cadre 4

Exemples de partenariats avec des associations professionnelles^{XI}

En Ouganda, le projet *Market Day Midwives* (journée commerciale des sages-femmes), un effort commun de la part du SOMARC (Social Marketing for Change) et de *l'Uganda Private Midwives Association*, a sollicité la participation de sages-femmes dans les marchés communautaires afin de servir de mode de distribution pour la planification familiale. SOMARC a équipé chaque sage-femme d'un stand de vente, d'une formation et d'un uniforme, et leur a vendu les produits aux prix de gros (*Futures Group International 1995*).

Ensuite, en janvier 2001, la Fondation Summa a créé un fonds de roulement de 175,000 \$US pour fournir un microcrédit aux prestataires de santé privés (infirmiers, sages-femmes et médecins) pour étendre ou améliorer leurs pratiques. Le Commercial Market Strategies Uganda a offert une formation en commerce, en marketing et en gestion de crédit et a produit un manuel pour les prestataires de santé privés. Le projet de 3 ans financé par USAID a prévu de fournir des formations et des fonds à 280 prestataires de santé privés (www.cmsproject.com/country/africa/uganda.cfm?view=normal).

Au Kenya, Futures Group Europe a initié un petit réseau de 38 sages-femmes du secteur privé dans le but de fournir un éventail de conseils et de services sur le système reproductif et sur les méthodes contraceptives. Outre les contraceptifs et les vaccins offerts, le Ministère de la Santé a gratuitement fourni des moustiquaires et des traitements contre le paludisme aux sages-femmes, qui approvisionneront leurs fonds de roulement grâce aux sommes obtenues de la vente des moustiquaires (www.fgeurpoe.com/site/mdmken.asp).

De tels projets semblent avoir du potentiel mais sont généralement établis à petite échelle, car aussitôt que le financement des bailleurs de fonds tire à sa fin, la viabilité du projet est incertaine. De tels projets pilotes ont tendance à se concentrer sur des technologies de base, sur les traitements ambulatoires et sur les accouchements normaux.

¹ La dernière condition fut ajoutée par les auteurs.

La contractualisation est un type de partenariat public-privé dans lequel le secteur public acquiert des services spécifiques — qu'ils soient cliniques ou non-cliniques — chez un prestataire privé (à but lucratif ou non)². La tendance vers de tels partenariats s'alimente des échecs du secteur public à fournir des services essentiels et de qualité, y inclus les services de santé. Il y a également une nouvelle façon de penser dans le domaine de la gestion du secteur public, qui soutient que les procédures du secteur privé contribueraient à améliorer l'efficacité, l'équité et la réceptivité aux utilisateurs^{XLIII}. Ce type de partenariat semble désormais compléter la prestation du secteur public afin d'atteindre les objectifs publics de santé.

La théorie explique que le fait de remplacer les structures de gestion hiérarchiques typiques des bureaucraties par des relations contractuelles entre les acquiseurs et les prestataires — c'est-à-dire, en séparant l'acquisition de l'offre — accroîtra la responsabilité et améliorera l'efficacité. Le partenariat établi avec le secteur privé a aussi le potentiel d'accroître le volume et la diversité des services fournis et d'améliorer l'accès, en particulier dans les régions reculées.

La contractualisation a été utilisée avec succès en Afrique dans le domaine des soins de santé primaires, de la formation, des services annexes et de la nutrition. En outre, la contractualisation a été utilisée dans d'autres régions pour des soins secondaires et tertiaires, notamment pour des interventions cliniques spécialisées.

Les contrats sont élaborés selon la nature du service à fournir, les risques que chaque partie assumera et la capacité de l'entité publique à créer et à gérer les contrats. Une autre considération est celle du marché des prestataires — il s'agit de savoir s'il existe suffisamment de capacités privées pour permettre la concurrence au niveau des soumissions, si les prestataires sont à but lucratif ou pas, s'ils répondent différemment aux incitations et si les prestataires privés seraient enclins à établir un partenariat avec le secteur public.

Ce chapitre décrit les caractéristiques et les leçons apprises de nombreux programmes de contractualisation établis en République Démocratique du Congo, à Madagascar, au Sénégal, en Afrique du Sud et au Zimbabwe (voir détails dans l'Annexe 4). Cette revue ne constitue pas un rapport exhaustif des activités de contractualisation en Afrique, mais est surtout censée fournir une vue d'ensemble sur les partenariats public-privé pour la prestation de services de santé.

Types de prestataires. La revue a constaté que les gouvernements s'engagent aussi bien avec les prestataires à but lucratif, institutions ou particuliers, qu'avec les prestataires à but non lucratif, essentiellement des organisations non gouvernementales laïques (ONG), des organisations communautaires (CBO) et des institutions religieuses. Les ONG/ CBO et les entrepreneurs individuels installés localement ont semblé être particulièrement efficaces dans les interventions privilégiant la proximité et la connaissance des communautés ainsi que l'interaction à long terme exigeant un changement des attitudes et du comportement. Ce fut le cas des programmes de nutrition au Sénégal et à Madagascar, où la participation et l'appropriation sociale ont constitué la clé de la réussite. Quelques pays font toujours face à des problèmes liés au statut juridique de certains prestataires privés, qui ont besoin d'un statut leur permettant de signer un accord juridique (voir la section sur le Cadre Réglementaire et Législatif ci-dessous).

Raisons de la contractualisation. Dans la majorité des cas, la décision des gouvernements de conclure des contrats a résulté de la nécessité d'atteindre les régions mal desservies et d'y fournir des services pour lesquels le gouvernement possédait une capacité limitée, plutôt que d'une

² La sous-traitance pourrait impliquer deux entités du secteur public ; cependant, de tels dispositifs ne sont pas abordés dans ce document.

décision politique explicite d'encourager les prestations de services par le secteur privé.

Spécifications des contrats. Les contrats mentionnaient surtout les intrants, avec des mécanismes de paiement par prestation et de paiements forfaitaires. Dans bien des cas, les normes de qualité, les mesures de performance et les sanctions pour non-performance des contrats étaient vaguement spécifiées. Ce fut le cas des contrats établis avec des généralistes en Afrique du Sud, dont la supervision était limitée et pour lesquels les sanctions n'étaient appliquées que très rarement ou même jamais. Ces praticiens étaient plutôt guidés par une éthique professionnelle, par des liens avec les communautés où ils travaillaient et par l'objectif de servir le bien public.

Procédures d'appel d'offre. Les offres concurrentielles ont été utilisées dans certains programmes de contractualisation, plus souvent parmi les ONG que parmi les prestataires à but lucratif. Les contrats établis avec les prestataires à but lucratif étaient des accords non-concurrentiels et négociés. Il s'avéra, dans quelques cas, qu'il n'existait pas suffisamment de concurrence au sein du secteur privé pour soutenir un processus de soumissions (et donc de promouvoir une meilleure efficacité et une réduction des coûts). Le fait que les prestataires privés à but lucratif procurent un financement de contrepartie semble être une excuse pour l'offre non-concurrentielle. L'expérience dans d'autres régions (et secteurs) a démontré que les contrats des services sont généralement plus efficaces et pourraient assurer de meilleurs bénéfices publics lorsqu'ils sont soumissionnés à travers une procédure d'offre concurrentielle bien conçue et soigneusement mise en oeuvre.

La capacité du gouvernement à contractualiser. Les coûts de formuler, de négocier et de gérer un contrat sont élevés; et la sophistication requise pour concevoir un contrat, notamment pour des services complexes, pourrait être con-

sidérable. En outre, les capacités des gouvernements pour mener à bien de telles opérations sembleraient limitées. Plusieurs des cas étudiés ont révélé que l'État ne possédait pas les capacités nécessaires pour négocier et mettre en application un contrat de manière efficace. Ceci a parfois mis le gouvernement dans une situation délicate où il s'est vu assumer des risques disproportionnés dans un contrat, où il possédait très peu de contrôle, où il n'y avait quasiment pas de mise en application des sanctions, où des incitations trop faibles étaient données aux contractants, et où très peu de gains d'efficacité ont été obtenus de la contractualisation. Dans le cas d'un contrat de longue durée entre un hôpital privé et le gouvernement du Zimbabwe, le manque de capacité du gouvernement pour cibler les patients de façon appropriée ainsi que la nature de la rémunération des services (par prestation) du contrat ont entraîné une utilisation excessive et une charge financière énorme (70% du budget courant provincial, excluant les salaires).

Dans certains cas à succès, les ONG ont assumé une partie (ou la totalité) des fonctions d'administration des contrats, dégageant de ce fait le gouvernement d'un rôle pour lequel il n'est pas souvent bien équipé. Le Projet Communautaire de Nutrition du Sénégal avait été attribué à une agence déléguée de gestion des contrats (Agetip), qui avait géré les contrats à la place du gouvernement et avait contrôlé la mise en oeuvre du projet. En République Démocratique du Congo, et également dans le cadre du projet VIH/SIDA au Burkina, de grandes ONG principalement internationales, ont passé contrat avec le gouvernement pour sous-traiter plusieurs interventions avec de plus petites ONG et des particuliers. Cela avait également encouragé de petites institutions locales à participer aux initiatives de santé.

Information du gouvernement. Les gouvernements manquent souvent de connaissances relatives au secteur privé et aux coûts de prestation, affaiblissant de ce fait leur capacité de négociation et ré-

duisant les gains d'efficacité pouvant être obtenus de la contractualisation. Dans le cas d'un contrat entre l'État sud-africain et une société hospitalière à but lucratif^{XLIV}, l'ignorance par l'État des coûts réels de prestation et de l'étendue de la concurrence avait entraîné la saisie des gains d'efficacité par la société, et non par le gouvernement, sous forme de bénéfices plus élevés.

Le manque de systèmes d'information pour la gestion permettant de connaître la taille et la composition du secteur de santé privé, la répartition régionale des prestataires privés, l'expérience et la qualification des praticiens et la nature de l'infrastructure médicale privée représentent une sérieuse contrainte. Pour renforcer cette capacité, certains pays tels le Burkina, le Sénégal, l'Ouganda, et l'Afrique du Sud ont récemment créé des unités de PPP dans leurs MS afin de servir d'interface entre le gouvernement et le secteur privé et de se spécialiser dans les relations avec le secteur privé.

Il reste beaucoup à faire afin de renforcer les capacités de contractualisation tant au niveau du public que du privé. L'OMS et l'Institut de la Banque Mondiale ont initié plusieurs cours en la matière, en collaboration avec des institutions de formation locales. La SFI travaille directement avec les gouvernements — en conseillant et formant les ministères de la santé et les assureurs médicaux sur la conception, la passation de marchés, et la mise en oeuvre des PPP et en particulier de la contractualisation.

Cadre réglementaire et législatif : un défi majeur pour l'État est d'établir le cadre législatif et réglementaire servant à protéger les droits et les responsabilités de toutes les parties : le gouvernement, les patients et les prestataires (qu'ils soient publics ou privés). D'importants éléments de ce cadre consistent à assurer le statut juridique de la contractualisation (tant pour le gouvernement que pour les prestataires) et la conception et la mise en oeuvre des politiques de contractualisation dans le but de minimiser l'incertitude pour toute partie contractante. Quelques pays, dont le Ghana, ont adopté de telles

politiques, tandis que d'autres, tels que le Sénégal, sont en processus d'élaboration.

Paiement des services. La rapidité et la régularité du paiement des services sont l'une des préoccupations principales des prestataires de santé privés (Mills et Broomberg 1998). Dans bien des cas, la bureaucratie gouvernementale a retardé les paiements durant de longues périodes, handicapant sérieusement le prestataire privé. La réticence des gouvernements à céder le contrôle des services et de financer le secteur privé a également participé à ces délais. Le recours à une agence de gestion déléguée des contrats peut contribuer à résoudre ce problème, ceci a été le cas pour le Projet de Nutrition Communautaire du Sénégal, et cette pratique fait désormais l'objet d'essais dans d'autres pays.

Malgré quelques imperfections, la contractualisation des services a été couronnée de succès dans plusieurs cas. La contractualisation est une tendance à encourager et les gouvernements pourraient être aidés à devenir des acquiseurs de services au lieu de demeurer des prestataires directs. Cependant, la contractualisation doit être correctement effectuée, dans des cadres réglementaires et législatifs solides. Les contrats de prestation devraient contenir des normes de qualité et de services détaillées, et des mécanismes réguliers de contrôle et d'évaluation sont impératifs.

Une autre revue mondiale sur la contractualisation, menée par la Banque Mondiale, a étudié 10 expériences bien documentées au Cambodge, au Bangladesh, en Bolivie, au Guatemala, à Haïti, en Inde, à Madagascar, au Sénégal et au Pakistan^{XLV}. Les 10 études ont démontré que la contractualisation a été réussie. Quatre cas ont illustré des améliorations au niveau des indicateurs de santé, allant de 9% à 26%. Six des études ont comparé la performance du contractant à la prestation du gouvernement par rapport aux mêmes services et l'ensemble des six a établi que les contractants étaient toujours plus efficaces.

Le Crédit-bail d'équipements et d'installation

Le crédit-bail peut être utilisé de deux façons dans le secteur de la santé: (i) le *crédit-bail d'équipements* conçu pour financer les équipements nécessaires à la prestation des services; et (ii) le *crédit-bail d'installation*, pour fournir une nouvelle gestion à un établissement de santé existant. Le crédit-bail d'équipements a été largement utilisé dans d'autres secteurs comme un moyen rentable d'accroître la capacité mais n'a pas souvent servi dans le domaine de la santé en Afrique. La SFI a conçu avec succès des projets dans d'autres secteurs et pourrait les étendre au secteur santé. Les dispositions du crédit-bail permettent d'étendre l'accès au capital et aux services en finançant les équipements et en transférant les droits et les responsabilités d'usage à l'exploitant, qui peut ensuite fournir des services aux patients du secteur public et à ceux du secteur privé pour générer des revenus et couvrir ses frais de location.

Les prestataires (public et privé) peuvent également se servir du crédit-bail pour un service défini en regroupant leurs ressources afin de couvrir les besoins en équipements médicaux qui sinon seraient inabordables pour les établissements médicaux individuels. En Guinée, le gouvernement a acheté un compteur CD4 en 2004 et l'a loué à un laboratoire privé qui assure son entretien et teste les patients séropositifs. En Afrique du Sud, plusieurs hôpitaux publics ont loué des lits d'hôpitaux (au lieu de les supprimer) à des privés qui avaient besoin de lits d'hôpitaux mais qui ne possédaient pas le capital requis pour investir dans un établissement autonome.

Les dispositions de crédit-bail fournissent de fortes incitations au prestataire privé pour opérer de manière efficiente, vu que sa rentabilité dépend de sa capacité à réduire les coûts tout en satisfaisant les normes de qualité spécifiées dans le contrat^{XLVI}.

Les Concessions

Les concessions, largement utilisées dans le cadre de projets d'infrastructures tels que le transport, les communications, l'eau ou l'électricité, constituent un instrument juridique employé par l'Etat pour gérer la prestation de services publics par le secteur privé. Au fur et à mesure que les concessions sont devenues plus communes en Afrique, leur application s'est étendue au secteur santé, principalement en Afrique du Sud. Par un accord contractuel, le gouvernement définit les services à être fournis, les normes à respecter, la structure des prix et la période durant laquelle le concessionnaire fournira les services. Par expérience, les concessions les plus réussies sont basées sur le rendement plutôt que sur les intrants, laissant le choix au prestataire de déterminer la méthode la plus efficace et la plus performante pour assurer les services dans les limites du contrat.

Les concessions requièrent soit la gestion de biens publics durant une période définie (normalement à long terme), soit une nouvelle construction. Cette dernière solution revêt différentes formes, les plus communes étant la BOT (Construction-Exploitation-Transfert), la BOO (Construction-Exploitation-Propriété), et la BOOT (Construction-Exploitation-Propriété-Transfert). Ces modèles permettent au gouvernement de passer d'un rôle d'investisseur en infrastructure, d'employeur, et de prestataire, à celui plus focalisé qui définit la politique et effectue des acquisitions stratégiques de services. Pour satisfaire une demande sans cesse croissante de services, nombreux sont les gouvernements qui adoptent de plus en plus ces modèles, avec quelques adaptations, dans le secteur de la santé.

L'Afrique du Sud a élaboré les concessions hospitalières les plus avancées du continent, grâce au programme de Partenariat Public-Privé du Département du Trésor (voir Cadre 5). L'Afrique du Sud a suivi le modèle de concession développé au Royaume Uni, qui inclut seulement les services techniques et d'appui dans sa concession. Le Royaume Uni a perfectionné

son modèle en suivant les traces de nombreux pays européens et autres, afin d'inclure les services cliniques dans les concessions médicales, une avancée qui sera peut-être bientôt reproduite en Afrique.

La concession Pelonomi décrite dans le Cadre 5 comporte une fonction intéressante qui est actuellement étudiée par les gouvernements de plusieurs autres pays : la concession d'une aile privée au sein d'une structure publique existante. Ce dispositif est avantageux pour toutes les parties. Pour la structure publique, les employés et les patients, il pourrait y avoir un meilleur accès à un équipement modernisé, des rénovations de l'infrastructure probables, et une possibilité d'effectuer des pratiques privées. Une aile privée

pourrait offrir au prestataire privé le potentiel d'établir des services hospitaliers avec seulement une portion du capital d'investissement qui serait requis s'il devait tout construire lui-même.

Au début des années 90, le Gouvernement du Bénin avait accordé la concession du centre médical de Menontin à une association religieuse privée durant une période de 10 ans. Une évaluation n'est pas encore disponible.

Rôles éventuels de la Banque et de la SFI. Le département Conseils de la SFI se concentre sur l'aide aux gouvernements pour qu'ils fassent un usage efficace de leurs dépenses de santé. Cela s'accomplit principalement grâce à des projets de partenariat public-privé pour une prestation

Cadre 5

Exemples de concessions en Afrique du Sud

L'hôpital Inkosi Albert Luthuli au Kwazulu-Natal fut conçu pour fournir des soins tertiaires très sophistiqués à la région (l'une des régions à plus forte croissance au monde). Le consortium adjudicataire, qui comprend les systèmes et équipements médicaux Siemens ainsi qu'un groupe informatique de pointe, assurera la gestion complète de l'infrastructure, la prestation et l'entretien des équipements médicaux et les modernisations spécifiques des installations durant la période de concession de 15 ans. Les autorités publiques ont fermé cinq anciens hôpitaux aux alentours de Durban afin de concentrer leurs ressources sur l'hôpital Albert Luthuli. Siemens a organisé l'hôpital en tant qu'installation informatisée et y travaille en coopération avec le personnel médical public de l'Afrique du Sud pour développer des technologies de l'information pour la gestion des soins. Il est estimé que cette concession fera économiser 370 millions de Rands au gouvernement au cours de ce partenariat de 15 ans.

Un modèle similaire fut utilisé par le Département du Trésor pour attirer les investisseurs dans le but de moderniser l'hôpital Pelonomi au Bloemfontein. Dans ce modèle, le Gouvernement du Free State et Netcare, prestataire privé de renom en soins médicaux en Afrique du Sud, ont conclu un accord pour que Netcare rénove et mette à jour l'installation entière de l'hôpital. Au-delà de cet investissement en capital, achevé en 2004, Netcare prendra à sa charge une aile de l'hôpital pour fournir des services aux patients payants du privé, en utilisant son propre personnel et ses équipements.

Grâce à un accord contractuel strict, Netcare permettra l'accès à quelques facilités incluant le bloc opératoire, entre autres, au personnel médical du secteur public. Toutes les parties sont à même d'accomplir leurs objectifs : le gouvernement étend l'accès à des services abordables et modernisés, et le prestataire privé fait une entrée rentable sur le marché à revenu moyen qui se développe en Afrique du Sud.

privée de services financés par le secteur public. La SFI a élaboré et mis en œuvre avec succès des projets de PPP en utilisant diverses modèles — un projet d'aile privée et des concessions dans d'autres régions — en procurant aux gouvernements des conseils techniques, réglementaires et juridiques requis pour traiter, suivre et dupliquer ces transactions complexes.

La SFI fournit une équipe de spécialistes opérationnels et techniques et, en travaillant avec le gouvernement, prépare les documents d'appel d'offres, incluant les contrats pour la prestation des services avec les détails de recrutement du personnel, des services, des équipements, des normes de qualité, des indicateurs liés à la performance, des conditions d'assurance, des garanties de bonne exécution et autres spécifications. Les prestataires de services éventuels sont pré-sélectionnés pour l'appel d'offre afin de s'assurer de leur capacité, tant clinique que financière. L'agence concernée qui passera le contrat (généralement le ministère de la santé ou un assureur médical) travaille avec la SFI, en étant également formée durant le processus. A la conclusion du processus d'appel d'offres, des modèles de documents sont fournis au gouvernement pour la reproduction des projets pilotes.

La Privatisation

La privatisation se définit par la vente de biens gouvernementaux au secteur privé à titre définitif. Cela ne s'est pas produit en Afrique, mais ce qui s'en rapproche le plus, décrit ci-dessous, a été de transformer une entité publique en une entité privée; cependant, les actifs immobiliers sont demeurés la propriété de l'état. Ce qui est décrit ici est donc un mélange de concession et de privatisation.

Les Pharmacies Nationales de plusieurs pays, notamment de Côte d'Ivoire, de Guinée, du Mali et du Niger, sont devenues des 'Etablissements Publics' autonomes. Au Bénin, au Burkina, à Madagascar et au Cameroun, ils furent transformés en organisations à but non lucratif, l'État étant présent à leur comité de gestion, et ont

opéré comme tels dès le début des années 90. Leur succès a été mitigé.

Rôles éventuels de la Banque et de la SFI. Ces expériences doivent être évaluées pour savoir s'il y a des leçons à apprendre, et la Banque Mondiale financera bientôt une telle évaluation. La question est de savoir si de telles dispositions ont amélioré l'accès des pauvres aux médicaments essentiels de qualité.

Les Franchises

Le concept de la franchise

La franchise est un modèle commercial dans lequel une firme (le franchiseur) autorise des commerces indépendants (les franchisés) à opérer sous sa marque. En général, une firme choisit d'accorder une franchise au lieu de gérer ses points de vente en divers lieux, lorsqu'elle souhaite transférer les responsabilités de gestion courante aux franchisés et étendre son réseau commercial plus rapidement. La franchise n'est pas un nouveau concept en Afrique. En effet, on estime que 20 systèmes de franchise opèrent en Côte d'Ivoire, principalement en restauration rapide, en locations d'automobiles et en hôtellerie, tandis qu'à peu près 478 franchises opèrent en Afrique du Sud, 82% desquelles étant d'origine domestique.

L'option de la franchise a été utilisée dans le secteur santé en Afrique durant la dernière décennie. Un examen a révélé que plus d'une douzaine de pays ont lancé un type de franchise dans le domaine de la santé (Voir l'Annexe 2 pour une description de cinq franchises). Tandis qu'il existe quelques variations, sous une structure typique de franchise dans le secteur santé, le franchiseur établit les critères de performance, forme les franchisés, assure le suivi de leur performance et commercialise la marque à la population cible. Les franchisés sont redevables vis-à-vis du franchiseur pour fournir des services à un niveau spécifié, et pourraient avoir à payer des cotisations (Schéma 1).

Cadre 6

Privatisation dans le secteur pharmaceutique, le cas de la Guinée^{XLVII}

En Guinée, en 1994, la “Pharmacie Centrale de Guinée”, qui appartenait à l’État, est devenue un corps autonome sous la “tutelle” du MS, avec des représentants du gouvernement au conseil d’administration, mais sans aucun autre intrant de l’État. Elle opère en tant que commerce et son personnel est payé sur ses bénéfices. Le gouvernement l’utilise comme tout autre grossiste privé de médicaments, elle soumet ses offres comme toute autre entité du secteur privé. Elle ne possède aucun privilège, payant les mêmes taxes que toute autre entreprise privée.

Elle remporte pas mal d’appels d’offres du gouvernement, vu qu’elle s’approvisionne en gros avec d’autres agences similaires de la sous-région de l’Afrique occidentale. Elle importe et distribue des médicaments aux hôpitaux à travers un réseau de cinq dépôts répartis à travers le pays. Les structures de santé privées aussi bien que publiques peuvent acheter à ce grossiste. Son chiffre d’affaires est passé de 1,5 millions de \$US en 2001 à trois fois ce montant en 2002 et a augmenté encore en 2003. Cependant, elle fait face aux difficultés suivantes, qui mettent en danger sa viabilité :

- bien que ses bénéfices sur les médicaments étaient de 17% en 2002, ils ont décliné à 5% en 2003 dû à la dévaluation du franc guinéen, ajouté à de longs délais de paiement par son client principal, le gouvernement.
- le contrat signé avec le gouvernement n’a pas été bien élaboré et ne protège pas la “Pharmacie Centrale de Guinée”: aucun recours juridique n’y est mentionné, les paiements sont effectués à 100% lors de la livraison des médicaments, il n’y a pas de limite pour les délais de paiements par le client.

Les franchises en Afrique. En préparant ce document, l’équipe a mené une revue documentaire des programmes de franchise existants en Afrique (voir Annexe 2) et ont fait les observations suivantes. Ces observations sont destinées à fournir un instantané de la situation actuelle. Elles sont fondées sur des articles existants et sur les sites Internet des franchiseurs et non sur le résultat d’une évaluation rigoureuse. En outre, les chaînes de cliniques — telles que celles en expansion rapide en Afrique du Sud — ne furent pas incluses dans l’étude de cas, vu qu’elles sont souvent une propriété centralisée et ne font pas partie de la définition de franchise donnée ci-dessus³.

- Une franchise réussie requiert la normalisation des services, ce qui permet une forma-

tion et un suivi relativement simples. Cela est notamment important lorsque la capacité des franchiseés éventuels est limitée. La plupart des franchises ont démarré surtout par l’offre de produits relativement faciles à uniformiser, comme la fourniture de médicaments essentiels (ex, le CFW au Kenya) et la planification familiale (ex, K-MET, TOP Réseau).

La franchise s’applique toutefois à d’autres domaines de services, particulièrement pour

³ pour plus d’informations sur les chaînes de cliniques en Afrique du Sud, lisez le bulletin de Palmer, Natasha et al, “A new face for private providers in developing countries: what implications for public health?”, *de l’Organisation Mondiale de la Santé*, 81(4) alinéas 292–297, 2003.

aborder la crise du VIH/SIDA dans la région (e.x, New Start). Quelques réseaux établis à l'origine pour des services appartenant à des « franchises traditionnelles » se sont aventurés à également inclure le VIH/SIDA dans leurs prestations (e.x, KMET, CFW).

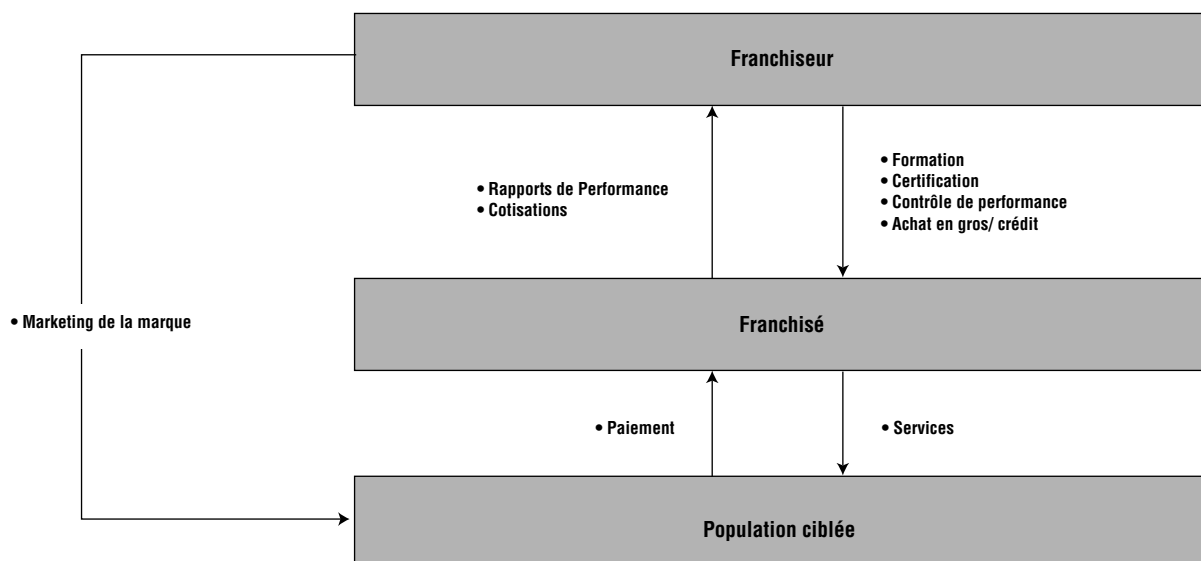
- Les franchiseurs puisent dans les ressources existant dans le pays pour étendre les services, que ce soit des médecins généralistes, des infirmiers ou des travailleurs sociaux médicaux.
- Les franchiseurs sont des organisations à but non lucratif. PSI, qui dirige une majorité de franchises en Afrique, se base sur son expérience dans le marketing social pour étendre son réseau de franchisage.
- Les coûts de gestion d'une franchise peuvent s'avérer élevés pour le franchiseur et quelques franchiseurs tels K-MET, comptent considérablement sur le travail des bénévoles. Les *franchisés* pourraient devenir auto-suffisants, ce qui est le cas par exemple, pour 80% des franchisés du CFW. Cependant, la viabilité du franchiseur demeure à être testée. Parmi les cas revus, seul un franchiseur (CFW) a estimé

l'étendue des opérations qui lui permettrait cette viabilité.

- Les franchises réussies semblent offrir aux franchisés des parts dans la franchise. Une preuve anecdotique démontre qu'être un franchisé de TOP Réseau a eu pour conséquence une plus grande affluence dans les cliniques pour certains médecins, et le fondateur du réseau CFW conclut que cela constituait la clé de la réussite du réseau à ce jour.
- Les franchises réussies combinent des interventions faisant la promotion de l'offre et de la demande. Du côté de l'offre, tous les programmes d'interventions fournissent un contrôle de qualité aux prestataires de services. Du côté de la demande, les franchiseurs mènent une campagne agressive grâce aux médias de masse et au moins l'une d'entre elles (TOP Réseau) mobilise la demande à travers le travail de pairs éducateurs qui dirigent des sessions éducatives dans la communauté.
- Contrairement à d'autres types de PPP, tels les contrats de services et les contrats de ges-

Schéma 1

Une structure typique de franchisage dans le domaine de la santé.



tion, la plupart des franchises ont des partenariats limités avec le secteur public. La plupart des partenariats, s'il en existe, sont sous la forme de donations de produits de la part du gouvernement (e.x : KMET) ou de contributions de bailleurs de fonds.

Rôles éventuels de la Banque mondiale et de la SFI

- Comme mentionné auparavant, la rentabilité et la viabilité des franchises n'ont pas été rigoureusement étudiées, notamment en comparaison à d'autres modes de prestations de services. La Banque Mondiale pourrait financer la recherche opérationnelle sur le cout-efficacité d'un programme de franchises.
- Les franchises ont le potentiel d'assurer des services aux pauvres, vu que ces programmes mobilisent les praticiens de santé existants qui travaillent avec les pauvres. Comme tel, il serait dans l'intérêt des gouvernements de former des partenariats avec des franchises et d'utiliser leur réseau pour distribuer des subventions aux pauvres. Cependant, de tels partenariats restent encore à être formés. La Banque Mondiale pourrait jouer un rôle en aidant les gouvernements à établir un cadre de partenariat qui pourrait inclure:
 - L'établissement d'un environnement politique reconnaissant le rôle des praticiens privés, et incluant les prestataires de services du secteur informel.
 - L'établissement de normes pour assurer la qualité des services et clarifier les qualifications requises pour offrir certains types de services. Ceci pourrait se faire grâce à l'accord de licence ou à l'accréditation.
 - La clarification des procédures pour sélectionner les partenaires privés et établir des mécanismes transparents pour transférer les fonds.
 - Aligner les motivations du privé et les objectifs du gouvernement.

- Beaucoup de franchises se concentrent sur la prestation de soins de santé primaires. Tandis qu'un gouvernement peut fournir des services de manière efficiente et efficace en établissant des partenariats avec de telles franchises, les bénéficiaires de ces partenariats seront minimales sans un lien étroit avec un système de référence adéquat pour une couverture exhaustive des soins. La Banque pourrait jouer un rôle en aidant les gouvernements à établir des systèmes de référence efficaces.
- La SFI peut jouer un rôle catalyseur important, comme elle l'a fait avec le projet de franchise du SHEF au Kenya (décrit dans l'Annexe 2). La SFI a travaillé avec le fondateur de la franchise sur la conception commerciale, a fourni l'accès aux fonds, la formation, des conseils aux entreprises, ainsi que d'autres ressources pour le démarrage de la franchise, jusqu'à ce que cette franchise se soit développée et étendue en un réseau actuel de 64 prestataires.

La Facilitation

Dans ce type d'intervention, l'État s'assure que le secteur privé est représenté dans les forums politiques appropriés, qu'il puisse accéder aux informations, qu'il sache comment il peut contribuer aux objectifs de santé publique et comment il peut accéder au financement nécessaire. Ce rapport donne plusieurs exemples où le secteur privé est représenté dans des forums de décision. Cette tendance doit être renforcée, vu qu'elle n'est pas commune. Cependant, il faut que ces forums soient gérés de manière efficace, car pour le privé à but lucratif, assister à de telles réunions comporte un coût d'opportunité. Le secteur privé lui-même aura aussi à lutter pour trouver une place à la table des négociations, car tous les gouvernements ne le lui offriront pas.

Changements de paradigmes, de tendances et de perspectives à saisir

Les contrats public-public basés sur la performance

Dernièrement, suite à la tendance de décentralisation dans la majeure partie de l'Afrique, quelques gouvernements ont commencé à passer des contrats entre entités publiques, de la même manière qu'ils contractualiseraient avec des prestataires privés. Les 'contrats' — lesquels sont utilisés en traitant avec le secteur privé — sont remplacés par des 'Protocoles d'Accord' pour la négociation entre deux entités publiques, mais en appliquant les mêmes principes que pour un contrat public-privé. Cette tendance vise à accroître l'efficacité, la transparence, la motivation et les réussites dans le secteur public.

La nouvelle tendance est de signer des « contrats basés sur la performance », comme l'a fait le Burkina avec un certain degré de réussite (voir le Cadre 7). Cela représente un changement de paradigme, dans le sens où ces accords offrent des stimulations au prestataire de service pour atteindre, ou même à aller au-delà, les objectifs énoncés. De tels développements dans la sphère public-public pourraient aussi contribuer à rendre les partenariats public-privé plus acceptables.

La raison pour laquelle de tels accords semblent être bien reçus serait peut-être parce que les récompenses sont basées sur des critères objectifs. La plupart des fonctionnaires, dans un environnement où la performance n'est pas récompensée selon des critères objectifs, ont l'impression que les récompenses sont souvent perçues par des gens qui ont fait appel soit à des réseaux de solidarité, aux liens éthiques ou à d'autres facteurs.

La question sera de veiller à ce que ces accords et les primes éventuelles soient réellement respectés et mis en application.

La décentralisation

La plupart des pays africains ont initié un processus de décentralisation, mais peu d'entre eux ont été au-delà de la déconcentration dans le secteur santé. Cette tendance à la décentralisation est toutefois une opportunité d'accroître les partenariats public-privé. La plupart des communes ou autres entités décentralisées, connaissent mieux que quiconque quels sont les meilleurs prestataires de service dans leur région. Les entités décentralisées pourraient contrôler leur performance plus facilement que ne le ferait le gouvernement central et elles doivent rendre compte directement à leurs administrés. Cependant, les fonctionnaires locaux n'ont pas encore accepté entièrement le concept des PPP. En Tanzanie, par exemple, la Revue Technique 2005 des PPP a noté que la planification stratégique pour la santé faite par le district ne prend pas en compte les PPP. Il est donc nécessaire de former les fonctionnaires des niveaux décentralisés ainsi que les responsables élus, tels que les maires et leurs équipes, aux concepts des PPP.

Les ressources humaines du secteur privé

Certains disent que vu la pénurie en ressources humaines du secteur public, on irait à l'encontre du but recherché si l'on encourageait le secteur privé, vu qu'il pourrait constituer une autre filière de fuite de cerveaux du secteur public. On peut repliquer que le secteur privé existe déjà et que le but est de simplement le rendre plus efficient et améliorer sa qualité. Un argument supplémentaire est que la nature du prestataire, qu'il soit public ou privé, n'est pas aussi importante que les résultats, tels que mesurés par les ODM ou par d'autres objectifs de santé publique ou de développement humain.

La question devrait être de savoir comment encourager les employés à mieux servir les consommateurs de services de santé; comment stopper la fuite de cerveaux à l'extérieur du continent en offrant de meilleures opportunités dans l'ensemble du secteur de la santé en Afrique, et

Cadre 7

L'expérience du Burkina en matière de contrats public-public^{XLVIII}

Il semblerait qu'il y ait eu une amélioration de certains indicateurs durant la période du programme (ex, la couverture vaccinale), tandis que d'autres sont demeurés inchangés (ex, les accouchements assistés et les soins curatifs). Cependant, dû aux limitations méthodologiques, il est difficile de lier le programme à ces deux phénomènes. Il semblerait que des insuffisances dans la structure du système de santé pourraient également avoir influencé la performance au cours de cette période.

Il faudrait prêter plus d'attention à incorporer une composante systématique d'évaluation et de recherche opérationnelle dans les programmes de ce type. La recherche est nécessaire pour examiner l'effet de la capacité institutionnelle et des variables structurelles sur la performance du système de la santé laquelle est également liée au changement du comportement individuel/ménager et finalement aux résultats en termes de santé. Il est urgent d'apporter des preuves scientifiques pour démontrer que les programmes de gestion basés sur la performance dans le secteur public peuvent contribuer, ou pas, à la performance accrue du système de la santé.

Le défi le plus important pour l'avenir immédiat est de savoir si ce modèle — mis en œuvre avec le financement de la Banque — peut être reproduit par les gouvernements avec le soutien d'un autre bailleur de fonds. Il est essentiel de réévaluer le cadre juridique ayant présidé à la mise en œuvre du programme — en particulier, une dérogation à la loi des finances en vigueur. Les procédures et les conditions devront également être simplifiées. Les priorités, comme exprimées dans les indicateurs de performance, devront être réexaminées afin d'assurer la compatibilité avec la nouveau plan de développement du secteur santé.

Un meilleur équilibre doit être atteint entre la performance des audits financiers et techniques. Un engagement accru des directeurs techniques des programmes verticaux de contrôle de maladies du niveau central doit également être obtenu. Pour atteindre de meilleurs résultats, une plus grande décentralisation de la supervision du programme ainsi que de la gestion devrait être envisagée. Le soutien aux comités de gestion des centres de santé communautaires est arrivé tard dans le programme et devrait donc devenir l'une des premières préoccupations.

Plusieurs questions restent en suspens. Peut-t-on arriver à une meilleure cohérence dans l'aide extérieure en se dirigeant directement à un niveau sous-national, de sorte que les directeurs puissent exercer une meilleure autonomie et un meilleur contrôle sur les ressources afin d'atteindre leurs résultats prioritaires ? La capacité institutionnelle est nécessaire mais pas suffisante en elle-même pour obtenir une meilleure performance du système de santé. Il existe un nombre considérable de problèmes au niveau de la structure opérationnelle; peuvent-ils être abordés de manière adéquate ?

Une leçon importante apprise de cette première expérience est que les programmes de gestion décentralisés ne peuvent réussir que partiellement si l'on ne s'adresse pas également à la réforme de la politique du secteur, les besoins en renforcement des capacités au niveau central pour la conception, la budgétisation et l'information. Ces leçons s'appliquent également aux partenariats public-privé.

comment s'assurer que les ressources humaines existant au sein du secteur privé contribuent aux objectifs publics. Plusieurs solutions sont décrites ci-dessous, chacune d'entre elles étant fondée sur deux principes: la motivation du personnel et l'augmentation de la responsabilité.

Moyens d'accroître la motivation:

- Aider les fonctionnaires (ceux qui travaillent déjà à titre privé de toute façon) à s'établir à leur compte en leur donnant une formation en gestion, une formation de franchisé et en encourageant les franchiseurs à créer des commerces de prestation de services de santé.
- Faciliter l'accès au crédit par les prestataires privés qui souhaitent travailler dans certaines régions mal desservies.
- Offrir des possibilités de formation aux prestataires du secteur privé.
- Travailler avec des contrats basés sur la performance, que ce soit avec le secteur privé ou public, et stimuler la concurrence en publiant les résultats.

Moyens d'accroître la responsabilité:

- Encourager les jeunes diplômés du domaine médical à créer leur cabinet médical privé dans les zones rurales en tant que médecins de campagne. Le Mali l'a déjà fait et ses 80 médecins de campagne fournissent des services de qualité à leurs communautés.
- Embaucher des personnes originaires d'une région ou qui y habitent, afin qu'ils y travaillent.
- Soutenir les programmes fondés sur la demande où les communautés locales souhaitent travailler avec les prestataires médicaux et signer des contrats avec eux (les mutuelles de santé communautaires et les centres de santé communautaires, par exemple).

Le Zimbabwe autorise les médecins du secteur public à diriger leurs propres cliniques privées après les heures de travail dans la fonction publique, et cela constitue une large proportion

de la prestation du privé. Plus de 50% des médecins exercent dans le secteur privé. Une étude a identifié les incitations du gouvernement visant à encourager les prestataires privés à but lucratif à fournir des services de santé : les incitations monétaires vont des crédits d'impôts à des exonérations fiscales complètes pour certains services tels que le financement par les Sociétés d'Assistance Médicale. Les incitations non-monétaires, comme la formation, étaient plus aptes à améliorer la qualité des soins. La contractualisation des services publics fut l'incitation la moins exploitée et fut donc recommandée comme une voie à suivre pour améliorer l'efficacité des structures publiques, moyennant des coûts minimales pour le gouvernement^{XLIX}.

Les technologies de communication du privé pour aider à assurer les services

Les firmes privées de télécommunication pourraient contribuer à établir ou à subventionner partiellement la technologie de communication, ce qui améliorerait la prestation de soins de santé (voir le Cadre 8). En outre, la technologie téléphonique pourrait être utilisée comme bons, ce qui éliminerait les frais de gestion élevés des bons et limiterait les abus.

La mondialisation des partenariats public-privé pour la prestation des services de santé

De nos jours, la prestation des services de santé ne peut se limiter qu'aux frontières nationales. L'Afrique développe des centres d'excellence pouvant servir les populations sur l'ensemble du continent et au-delà. Quelques exemples du Mali et du Kenya furent donnés auparavant (voir alinéa II.d.).

Un autre exemple est l'Afrique du Sud, où Netcare, un prestataire de services privé, vend des services à l'Angleterre pour des cliniques mobiles de soins ophtalmologiques. Le personnel de Netcare se rend en Angleterre durant quelques mois d'affilée et en revient enrichi par l'ex-

périence. Les problèmes liés aux ressources humaines et au plateau technique devraient donc commencer à être analysés sur une base régio-

nale et mondiale, et non plus au niveau national uniquement.

Cadre 8

Exemples d'utilisation de la technologie par Internet du privé pour améliorer la prestation des services de santé au Kenya et en Afrique du Sud

Au Kenya, "Afriafya" fut fondé en 2000 en tant que consortium de sept agences partenaires, toutes des ONG, et fut financé par la Fondation Rockefeller. Il a contribué à installer le matériel de communication informatique et à former le personnel médical dans sept dispensaires, en ciblant le SIDA. Après 18 mois de mise en œuvre dans l'un des districts, la communication électronique des rapports augmenta de 49% à 92% L. Cette amélioration assure une rétroinformation adéquate et dans des délais satisfaisants, ce qui est vital à une meilleure planification.

« Cell Life », une ONG sud-africaine, financée par la Fondation Vodacom et en partenariat avec l'Université de Cape Town et avec Cape Technikon, autre institution de formation, fournit une assistance à 500 patients séropositifs. La stratégie est comme suit: « une limitation sévère des ressources signifie que l'information entre le médecin, l'hôpital et le patient a toujours constitué un défi dans l'Afrique du Sud rurale ». L'étendue de ce défi est illustrée par le fait qu'il existe seulement 18 lignes téléphoniques par 1,000 habitants dans certaines parties du pays. Cependant, étant donné que les réseaux cellulaires couvrent plus de 90% de l'Afrique du Sud, et qu'un tiers de l'ensemble des sud-africains utilisent couramment les téléphones cellulaires, ce problème d'information peut être réduit.

Comme exemple, lorsqu'un séropositif est à un stade qui nécessite un traitement, l'individu est interrogé pour être accepté dans le programme de traitement par ARV. Dès son inclusion dans le programme, il est assigné à un conseiller thérapeute. Généralement, les conseillers s'occupent de 15 à 20 personnes séropositives. Ils sont formés pour recueillir des informations vitales concernant ces personnes, en utilisant un téléphone cellulaire équipé d'un logiciel d'application sophistiqué conçu par les ingénieurs de Cell-Life. Le menu du téléphone cellulaire fourni permet de recueillir en temps réel des données pertinentes sur le patient, telles que les symptômes, l'adhérence aux médicaments et les facteurs socio-économiques. Ces informations sont enregistrées immédiatement et directement sur une base de données centrale. Efficace et d'utilisation facile, cette technologie élimine le besoin de paperasserie pesante et fournit une solution pour enregistrer des données précises à grande échelle sur les patients atteints du SIDA, avec des frais minimes, une efficacité maximale, et considérablement moins d'erreurs humaines qu'avec un système de bons en papier (*www.cell-life.org*).

Défis du secteur privé et des gouvernements et réponses possibles

Les défis du secteur privé

Les prestataires privés en Afrique font face à une série de défis — un manque d'infrastructure, un accès limité aux équipements, des prêts à des taux d'intérêt très élevés et d'autres éléments à même d'augmenter le coût des services. Toujours est-il que beaucoup reconnaissent qu'ils pourraient servir un marché plus étendu de façon rentable, en incluant les pauvres, s'ils pouvaient développer un marché de prestations payantes sûr à différents niveaux de services. Afin d'atteindre cette viabilité, les prestataires privés nécessitent des acquiescements de services fiables qui payent à des taux qui couvrent les frais. Cette réponse du secteur privé doit être satisfaite avec un engagement tout aussi soutenu de la part du gouvernement.

Un nombre de défis importants du secteur privé furent identifiés par les participants issus principalement du secteur privé, à l'atelier des PPP au Kenya, organisé par les auteurs en juin 2004. Les défis incluaient:

- Nécessité pour le secteur privé de *se regrouper* de façon à ce qu'un gouvernement n'ait pas à traiter avec une multitude de partenaires. C'est l'exemple notamment des ONG qui se sont organisées et qui sont désormais re-

groupées dans plusieurs pays sous un à trois organismes de tutelle. Une telle organisation permet au gouvernement d'atteindre rapidement le réseau entier des ONG. Bien qu'il existe beaucoup d'associations professionnelles, celles-ci sont toujours trop fragmentées et nombreuses. Par exemple, il existe des associations de cliniques privées, de sages-femmes, de médecins, d'infirmiers, etc., qui ont toutes besoin de se rassembler sous une sorte de structure de tutelle. Cela leur permettra (i) d'avoir davantage voix au dialogue avec le gouvernement et les bailleurs de fonds; (ii) d'être regroupées pour recevoir des fonds; et (iii) de trouver des moyens d'éviter les paiements différés aux prestataires privés par le gouvernement en ayant un certain pouvoir de pression.

- *Obtenir une place dans les instances de décision politique* afin que le secteur privé soit représenté, informé et puisse bénéficier des opportunités qui se présentent. Cela peut se faire par le biais de coalitions d'entreprises ou de chambres professionnelles. Quelques gouvernements ont déjà entrepris des actions pour améliorer le partenariat avec le secteur privé. Par exemple, au Burkina, un comité permanent fut créé en 2001 par le Ministère de la Santé avec le secteur privé. En 2002, une sous-

direction pour les Soins de Santé Privés fut créée, et désormais des représentants du secteur privé sont membres du comité de suivi du Programme National de la Santé.

- Les associations professionnelles pourraient également prétendre à un *rôle de suivi par des pairs* pour assurer la qualité des soins dans le secteur privé. De tels suivis sont normalement assez efficaces et une évaluation externe périodique pourrait être mise en place par l'État afin d'assurer des résultats soutenus. Ces corps de "semi accréditation" pourraient être contractualisés par le gouvernement afin de maintenir la qualité des soins basée sur les normes gouvernementales.
- Une fois le secteur privé organisé, qu'il a accès à l'échiquier politique et qu'il reçoit des fonds, il devra veiller à ne pas devenir trop dépendant des subventions du gouvernement. Dans la plupart des pays africains, *l'on ne s'attend pas à ce que de telles subventions puissent être toujours maintenues.*
- *Le regroupement pour l'achat de médicaments et de fournitures* est effectué par quelques entités privées telles que les associations religieuses. Cet exemple devrait être suivi par le secteur à but lucratif afin d'être capable d'obtenir des médicaments moins chers.

Les défis auxquels les Gouvernements africains font face

Le gouvernement dispose de deux types principaux d'outils qu'il doit utiliser simultanément pour s'assurer que les pauvres ont accès à des soins de santé adéquats :

- *Les outils d'habilitation* qui donnent au consommateur le pouvoir de choisir son prestataire et d'exiger des soins de qualité. Aujourd'hui, les pauvres ont tendance à éviter le secteur public à cause de la façon dont ils y sont traités et parce qu'ils ont à payer un prix élevé pour des résultats incertains. Les assurances médicales, les mutuelles santé, les contrats

basés sur la performance et les bons sont tous des outils permettant d'augmenter la demande et qui peuvent aider les pauvres à avoir plus de choix. En outre, accueillir à la table de négociation les prestataires privés ainsi que les groupes de consommateurs constitue un autre moyen de conférer plus de pouvoirs à la société civile. Cela ne peut se faire qu'en travaillant avec le secteur privé, les associations de consommateurs, les fédérations ou les coalitions.

- *Les outils de promotion de l'offre de services de santé* doivent être mis en place par le gouvernement pour s'assurer qu'il n'agira pas en prédateur des pauvres, comme c'est le cas actuellement, lorsque la corruption empêche les pauvres de bénéficier des services publics. Payer suffisamment ses propres employés est une condition sine qua non. Le gouvernement peut aussi encourager les prestataires privés à travailler pour les communautés pauvres comme cela a été fait au Mali, avec un contrôle communautaire. Le gouvernement devrait également mettre en application une réglementation pour que le secteur privé fournisse une norme minimale de services de santé, à l'instar du système d'accréditation de l'Afrique du Sud. Les partenariats public-privé sont une façon d'améliorer les normes dans le secteur privé, d'accorder des subventions croisées afin de donner plus d'argent aux pauvres et de libérer le secteur public des prestations aux riches afin de les mettre à la disposition des pauvres.

L'aide basée sur le résultat (OBA) est l'un des outils de l'offre les plus remarquables essayés ces dernières années en Afrique et ailleurs. L'OBA est une façon d'allouer des ressources publiques de sorte que le gouvernement établit un contrat avec une entité pour la prestation de services et conditionne le paiement aux services réellement fournis. Cette procédure permet de s'attaquer au ciblage inefficace et au manque de responsabilité.

L'OBA contraint le gouvernement à spécifier clairement les résultats, ce qui n'est pas toujours le cas avec les approches basées sur les intrants.

Deuxièmement, en liant les allocations de fonds publics à des rendements spécifiques, l'OBA fournit un cadre pour la responsabilisation et de fortes incitations à l'efficacité. Troisièmement, le lien entre les allocations et le rendement signifie aussi qu'il fournit des incitations en faveur de l'innovation. Finalement, sous l'OBA, le gouvernement trie les prestataires qui sont qualifiés pour offrir des services spécifiques. En reliant la qualification des prestataires au droit de recevoir les financements publics, l'OBA les encourage à élever le niveau de leurs services. La KfW allemande a commencé à mettre en œuvre les programmes OBA au Kenya et en Ouganda.

D'autres outils de l'offre incluent:

- Faciliter l'obtention des licences par les prestataires de services privés. Par exemple, en Ethiopie, les prestataires privés obtiennent leurs licences uniquement des bureaux régionaux de la santé. Ils perçoivent cela comme étant excessivement centralisé et la plupart

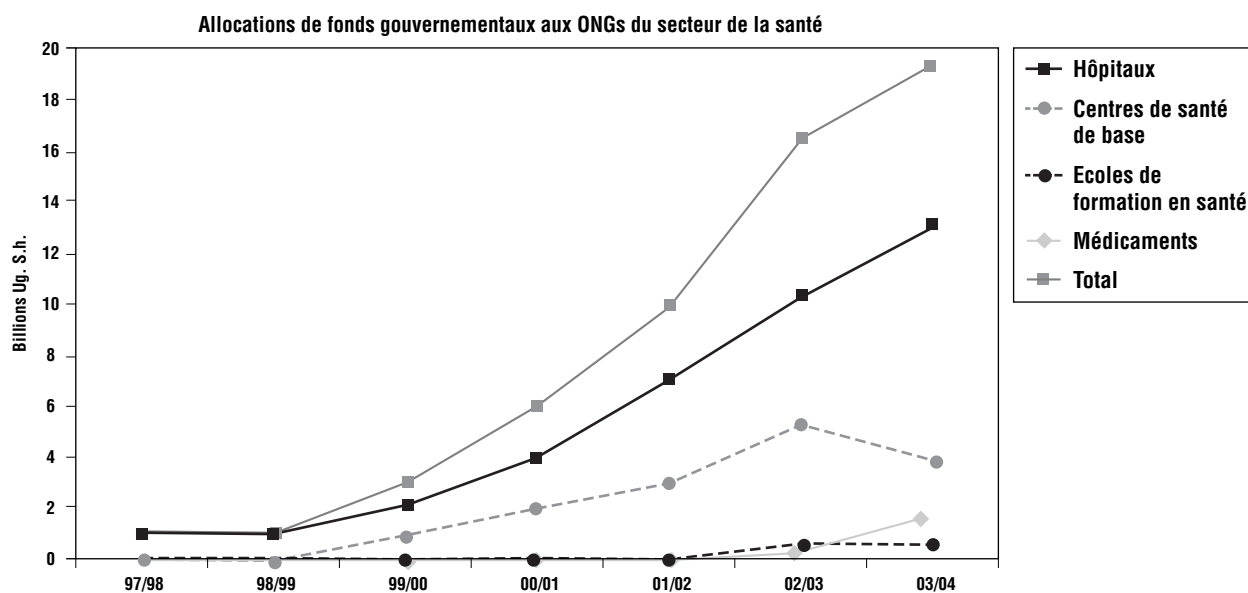
pensent que cette obtention devrait être déléguée au niveau des zones. Le renouvellement des licences est également bureaucratique et prend souvent beaucoup de temps^{LI}.

- Aider les institutions de formation à dispenser des cours sur les PPP aux professionnels du public et du privé.
- Finalement, financer le secteur privé par le biais de différents programmes de PPP. Déjà, plusieurs pays ont financé le secteur privé grâce à des subventions, mais très souvent sans exiger de résultats (Graphique 7). Il est temps que cela change.

Les leçons tirées d'expériences existantes^{LII} soulignent les éléments que les décideurs doivent prendre en considération en envisageant des partenariats public-privé :

1. *L'engagement politique*, qui est nécessaire à toute nouvelle façon de procéder. Il aidera à rendre les nouveaux mécanismes plus acceptables aux praticiens, particulièrement en leur

Graphique 7
Financement du gouvernement ougandais aux ONG



Source: présentation par Dr. George Bagambisa, Coordinateur de l'unité PPP, MS, Ouganda, sur le "PPP in Health: Uganda's Progress," Atelier PPP organisé par la Banque Mondiale, Nairobi, Kenya, juin 2004.

- expliquant que de tels partenariats ne se définissent pas nécessairement par une privatisation ou par un désengagement de l'État ;
2. Reconnaître *qu'il existe une panoplie de programmes de partenariats public-privé* que le gouvernement peut utiliser, en fonction des responsabilités et des risques qu'il souhaiterait déléguer au secteur privé ;
 3. Accepter que le partenariat n'est pas une entreprise ponctuelle, mais *une relation qui doit être entretenue du début à la fin*. Cela requiert un effort soutenu;
 4. Ne pas sous-estimer les difficultés, et *s'assurer que l'Etat utilise toutes les possibilités pour l'aider à gérer ces partenariats*. Par exemple, utiliser une agence déléguée de gestion de contrats pour gérer une multitude de contrats;
 5. La *nécessité de disposer de politique pour la promotion des partenariats public-privé* afin de fournir un cadre propice;

Tableau 11
Comment utiliser chaque politique et chaque intervention pour atteindre les objectifs de santé publique, et des exemples sur les moyens d'améliorer les acquis.

Objectif des PPP	Ce que veut faire le gouvernement	Type de politique la plus utilisée	Ce que les gouvernements doivent en général améliorer
a. Améliorer la couverture en se servant des prestataires existants	Motiver les prestataires privés pour servir les pauvres au moyen de financements ciblés	PPP formel Financement	<ul style="list-style-type: none"> • utiliser l'OBA pour les PPP officiels • réagir plus rapidement aux questions soulevées par le secteur privé • fournir plus d'informations et mieux communiquer avec le secteur privé (ouvrir plus de canaux de communication; institutionnaliser le dialogue entre le gouvernement et les prestataires privés)
b. Améliorer la couverture là où le gouvernement n'est pas présent	Motiver les prestataires privés à se déplacer à ces endroits	Financement Cadre réglementaire Facilitation PPP formel	<ul style="list-style-type: none"> • payer les contrats plus rapidement • améliorer le système de référence médical • s'assurer que les contrats sont bien conçus
c. Améliorer la couverture en fournissant des services qui ne sont pas fournis par le gouvernement	Motiver les prestataires privés à fournir de nouveaux services	Financement Cadre réglementaire Facilitation PPP formel	<ul style="list-style-type: none"> • faciliter l'inscription • donner plus de lest pour que les directeurs du privé gèrent leurs contrats
d. Améliorer la qualité des services des prestataires privés	Motiver les prestataires privés à appliquer les normes	Cadre réglementaire Facilitation	<ul style="list-style-type: none"> • améliorer la supervision ou l'inspection des MS • permettre plus de représentation du privé

Source: conception propre à l'auteur.

6. S'assurer du rôle de l'État dans l'investissement pour la formation, dans le cadre réglementaire, dans le renforcement des capacités, dans le suivi, et dans la médiation;
7. Le besoin d'*évaluations quantitatives* pour garantir la rapide prise en compte des leçons apprises. Il est important qu'une évaluation tierce soit organisée pour assurer l'objectivité.

Ces éléments renforcent le rôle de pilotage du gouvernement, qui est essentiel à la réussite des

PPP. Pour aider les gouvernements à mener à bien leur rôle de pilotes, ce rapport présente une panoplie de politiques qu'ils peuvent utiliser pour collaborer avec les prestataires de services privés, en fonction de leurs objectifs. Ces politiques sont résumées sommairement au Tableau 11, qui énumère également quelques éléments d'amélioration, basés sur ce qui existe actuellement en Afrique.

Défis auxquels la Banque Mondiale et la SFI font face et Réponses Possibles

Revue de Portefeuille des activités PPP de la Banque Mondiale en Afrique

Une équipe a revu 40 projets de santé dans la région Afrique, qui ont été approuvés par la Banque Mondiale entre les années fiscales 1995 et 2003, afin de déterminer la nature et l'étendue de l'implication du secteur privé. Les résultats ont montré que:

- 23% des projets approuvés de 1994 à 1998 avaient une participation élevée du secteur privé, comparé à 57% des projets approuvés entre 1999 et 2003.
- Dans 13 des 40 projets (33%), aucune mention n'a été faite du secteur privé.
- Dans 19% des projets, le secteur privé — les ONG ou les organisations communautaires (CBO) — était censé contribuer au financement des activités des projets. Le montant du co-financement attendu des ONG et des communautés variait de 5 à 25%. Aucun projet ne spécifia le co-financement des acteurs du privé autres que les ONG ou les CBO.
- Le secteur privé à but lucratif a joué un rôle dans 40% des projets revus, avec des médecins, des pharmacies et des cliniques participant dans 22% des projets. Les acteurs de l'industrie, incluant les producteurs/distributeurs

de moustiquaires, de contraceptifs, de produits alimentaires, de produits pharmaceutiques et de solutions de réhydratation orale furent impliqués dans 31% des projets.

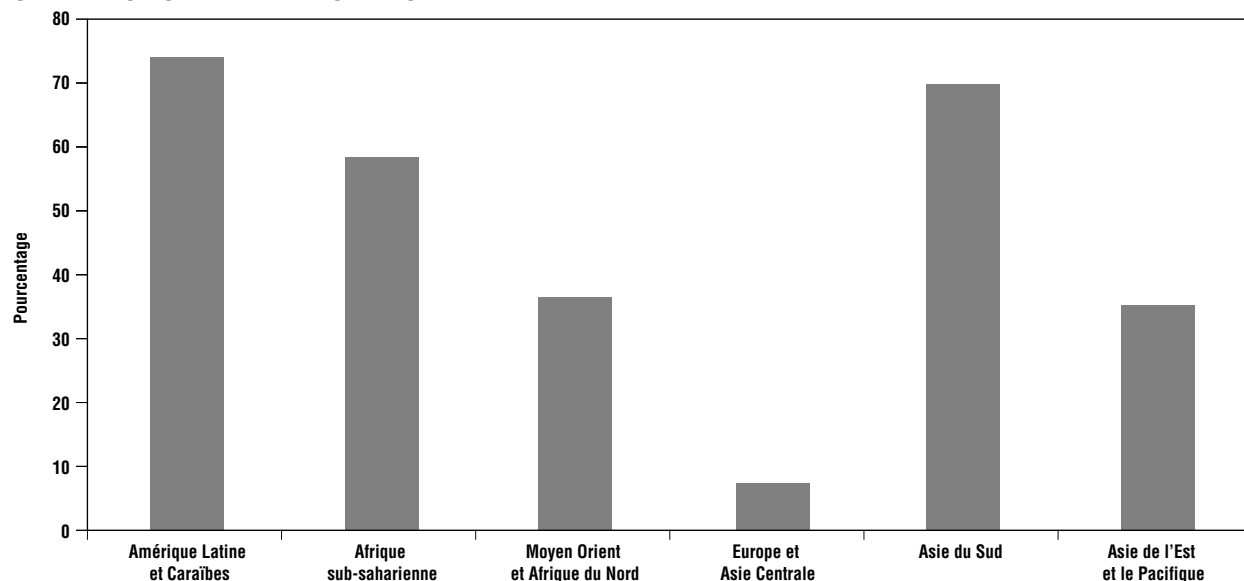
- Les services de santé privés concernèrent les soins de santé primaires (34%), la prévention et le traitement des MST/VIH (26%), les services hospitaliers (20%), les soins pour la santé reproductive (14%), la nutrition (14%), et les soins maternels et infantiles (11%)
- Dans un cinquième des projets, le secteur privé a joué un rôle dans la protection financière en établissant des mutuelles ou autres plans de financement communautaires.
- Les partenariats furent mis en œuvre principalement grâce à des contrats de services (66%) et des contrats de gestion (33%); il n'y avait pas de crédit-bail, de privatisation, ou de franchises
- 43% des projets impliquèrent certains types de formation pour les acteurs du privé.
- Le contexte réglementaire fut utilisé pour engager le secteur privé dans 29% des projets.

Les réussites notables

- Une forte implication des ONG et des communautés dans les projets de nutrition réussis.

Graphique 8

Proportion des projets financés par la Banque Mondiale avec une composante sur la santé des enfants qui ont impliqué le secteur privé, par Région



Source: Henrik Axelsson, Flavia Bustreo, April Harding, "Private sector participation in child health," document de discussion HNP, Banque Mondiale, mai 2003.

- Des projets dirigés par la communauté—des exemples de succès dans la santé de la reproduction.
- Un engagement institutionnel par les dirigeants de la Banque à travailler avec le secteur privé.

Les défis identifiés

- Résistance du gouvernement.
- Bon nombre de projets ont pâti de contrats retardés.
- Le manque d'expertise dans le domaine du secteur privé parmi les chefs d'équipe de la Banque
- Le manque d'engagement des prestataires de services de santé informels.

De quoi la Banque a-t-elle besoin pour améliorer la participation du secteur privé ?

- De plus amples informations sur la taille et l'étendue du secteur médical privé dans les pays.
- Un soutien additionnel d'experts du privé et des chefs d'équipe mieux formés sur les PPP.

Une autre analyse des projets de la Banque de 1993 à 2002 à travers le monde a pris en considération la participation du secteur privé, spécifiquement dans le domaine de la santé des enfants^{LIII}, et ses résultats furent similaires à la revue décrite ci-dessus. Elle a révélé qu'environ la moitié des projets avaient engagé le secteur privé pour améliorer les résultats de la santé des enfants (voir Graphique 9), et l'Afrique sub-saharienne fut l'une des régions à participation comparativement élevée du secteur privé (Graphique 8).

Quel rôle mène la SFI pour les PPP ?

A la SFI, il existe une longue tradition de conseils et de mise en œuvre réussie des PPP en Afrique dans les secteurs de l'infrastructure et d'autres

secteurs annexes. En se basant sur cette expérience et sur les besoins des secteurs sociaux, comme exprimé par le gouvernement, la SFI cherche des opportunités pour les PPP dans le domaine de la santé. A ce jour, la SFI a fourni un soutien technique et financier à un projet de PPP de santé: le projet SHEF (résumé en Annexe 2) pour une franchise de boutiques de médicaments à travers le Kenya rural. Afin d'accroître le volume et l'étendue des projets, la SFI a affecté, au début de 2005, un personnel et des ressources accrues à la recherche et au développement d'opportunités de PPP en Afrique. De telles opportunités concerneront tant des projets autonomes SFI, que des projets conjoints Banque-SFI.

Les défis auxquels la Banque Mondiale fait face pour contribuer aux PPP

Que faire sur le plan interne

A la lumière de la Revue du Portefeuille de la Région Afrique et des tendances notées dans ce rapport, si la Banque souhaite parvenir à aider ses clients à réussir à travailler avec le secteur privé, elle a besoin de:

- Simplifier ses procédures pour faciliter l'accès aux, et l'utilisation des, ressources de l'IDA et de la SFI par les petits prestataires privés de services de santé
- Aider à documenter et à évaluer les expériences existantes et les vulgariser dans tous les continents
- Tirer profit des réussites. La Banque a réussi des projet communautaires pour des services de prévention, tels que la nutrition. Cependant, elle n'a guère été capable de multiplier ces réussites à ce jour.
- Former son personnel sur les PPP, ou s'assurer qu'il existe un personnel capable de fournir une assistance aux équipes-pays pour travailler sur cette question. Pour cela il est nécessaire de fournir des personnes focales ayant

suffisamment de temps pour travailler dans ce domaine. De telles personnes devraient établir un réseau de PPP pour s'assurer que les meilleurs consultants sont mis à la disposition des équipes des pays lorsque cela s'avère nécessaire. Pour cela, la Banque devrait travailler avec d'autres institutions telles que l'OMS (pour le développement de politiques), avec l'OIT (pour les mutuelles), et avec les entités privées (pour les franchises et les concessions).

- Etablir des canaux de communication directs avec le secteur privé. Le fait d'avoir des personnes focales pour les PPP dans les missions résidentes de la Banque Mondiale pourrait contribuer à mettre en œuvre cette suggestion.
- Commencer à considérer les prestataires de services de santé, en se basant sur les fonctions de santé publique à effectuer et non sur le type de propriété de la structure de santé (ex. public, privé, ONG,...). Cela signifie développer des directives d'allocation budgétaire, qui incluent explicitement le secteur privé.
- Mener des évaluations systématiques du potentiel du secteur privé à contribuer aux objectifs des programmes de santé et effectuer un suivi de sa participation.
- Mettre en exergue l'importance des PPP dans les forums politiques tels que ceux des Programmes de Réduction de la Pauvreté et lors des débats sur les matrices pour le déboursement des crédits.
- Créer un fonds de PPP pour compléter le budget d'opérations de la Banque et ainsi s'assurer que cette question ne sera pas contraincée.

Que Faire en collaboration avec les Clients de la Banque

Basé sur les tendances identifiées dans ce rapport et sur les avantages comparatifs d'autres institutions, il est recommandé que la Banque:

- Fournisse une formation à ses clients par le biais de l'Institut de la Banque Mondiale (www.worldbank.org/wbi). Cela a démarré, mais ce n'est qu'un début. Il est également nécessaire de développer la capacité des instituts africains pour mettre en œuvre une telle formation.
- Suivre, contrôler, évaluer et disséminer les résultats des leçons apprises.
- Aider les clients à développer des mécanismes de partenariat tels que la contractualisation, les concessions, et les franchises.
- Evaluer et renforcer les mutuelles santé, qui s'avèrent prometteuses.
- Financer la formation et le renforcement des capacités en PPP au sein des pays.

Conclusion

Utiliser le potentiel existant du secteur privé peut être une composante importante d'une stratégie nationale de réduction de la pauvreté. Les données fournies ici ne comportent rien de nouveau quant au fait que ce sont les plus riches qui utilisent le secteur privé. Ce qui est nouveau c'est que *les pauvres utilisent aussi énormément le secteur privé*. Quelques uns des mythes concernant le secteur privé furent détruits, plusieurs défis furent identifiés, et quelques recommandations pratiques furent fournies aux secteurs privé et public, ainsi qu'à la Banque Mondiale et à la SFI.

Il est important de noter que les auteurs ne perçoivent pas les partenariats public-privé comme une panacée, mais uniquement comme l'une des voies d'amélioration des systèmes de santé.

Une des contributions majeures du rapport est l'accent mis sur la nécessité de considérer le système de la santé dans son ensemble. La planification, le financement, les règlements et les PPP doivent tous être basés sur les services de santé publique qu'un gouvernement souhaite assurer aux différents groupes de population, et ils doivent inclure la participation de tous les prestataires de services de santé du pays.

Où les gens vont-ils pour obtenir les services?

Où les parents ont amené les jeunes enfants souffrant de maladie, de diarrhées et/ou d'infections respiratoires au cours des deux semaines précédant l'entretien ?

Analyse de données à partir des Enquêtes Démographiques et Santé

Les pays ayant plus de 10% "d'autres sources de soins" ont été éliminés de l'analyse, notamment le Mali 2001 (avec 21% d' "autres"), le Rwanda 2000 (12% d' "autres"), et le Sénégal en 1997 (11% d' "autres")

Analyse effectuée par le Projet SARA, Académie for Educational Development, Washington, D.C., Mars 2004

Bénin 1996

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	64.19	55.81	61.68
Boutique	8.90	5.65	7.93
Guérisseur traditionnel	4.77	4.56	4.70
Pharmacie privée	0.00	1.86	0.56
Médecin privé	0.56	1.82	0.93
Établissement de santé privé	3.26	10.01	5.28
Établissement de santé public	17.56	18.15	17.74
Autre	0.77	2.14	1.18
Total (n)	932	399	1,331

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	62.69	63.07	63.36	65.00	48.85	61.68
Boutique	9.01	9.30	11.38	4.28	2.55	7.9
Guérisseur traditionnel	6.62	6.41	3.38	4.68	0.00	4.70
Pharmacie privée	0.38	0.00	0.00	1.01	2.30	0.56
Médecin privé	0.30	0.00	0.26	2.41	2.92	0.93
Établissement de santé privé	3.66	2.38	2.71	4.97	19.18	5.28
Établissement de santé public	17.35	17.10	17.96	14.89	23.73	17.74
Autre	0.00	1.73	0.97	2.75	0.46	1.18
Total (n)	322	310	288	249	161	1,331

Bénin 2001

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	58.16	53.65	56.77
Boutique	8.53	7.16	8.11
Guérisseur traditionnel	1.80	1.38	1.67
Pharmacie privée	0.48	3.66	1.46
Médecin privé	1.74	2.23	1.89
Établissement de santé privé	5.10	11.35	7.03
Établissement de santé public	21.82	17.60	20.52
Autre	2.37	2.97	2.56
Total (n)	1,052	469	1,521

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	59.66	56.76	54.61	55.76	56.59	56.77
Boutique	8.48	10.66	11.96	7.24	0.44	8.11
Guérisseur traditionnel	3.00	2.18	0.97	1.62	0.00	1.67
Pharmacie privée	0.34	0.34	0.94	0.65	6.26	1.46
Médecin privé	1.34	1.56	2.09	1.32	3.57	1.89
Établissement de santé privé	3.58	6.06	5.80	6.93	14.99	7.03
Établissement de santé public	22.29	20.08	19.84	23.94	15.07	20.52
Autre	1.31	2.35	3.78	2.54	3.08	2.56
Total (n)	352	314	308	304	242	1,521

Burkina 1992–1993

Source of Care	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	79.12	66.36	77.35
Guérisseur traditionnel	5.03	2.62	4.69
Pharmacie privée	0.07	0.15	0.08
Médecin privé	0.00	1.03	0.14
Établissement de santé privé	0.56	2.23	0.79
Établissement de santé public	14.94	27.32	16.66
Autre	0.28	0.29	0.28
Total (n)	2,006	322	2,328

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Burkina 1998–1999

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	73.46	46.34	70.64
Guérisseur traditionnel	7.11	3.58	6.74
Pharmacie privée	0.34	0.87	0.39
Médecin privé	0.12	1.96	0.31
Établissement de santé privé	0.34	1.90	0.50
Établissement de santé public	16.73	43.25	19.49
Autre	1.91	2.10	1.93
Total (n)	1,976	230	2,206

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	79.92	69.05	76.35	72.92	51.13	70.64
Guérisseur traditionnel	6.42	10.72	6.98	5.69	2.61	6.74
Pharmacie privée	0.00	0.23	0.64	0.18	1.20	0.39
Médecin privé	0.23	0.23	0.00	0.00	1.25	0.31
Établissement de santé privé	0.46	0.68	0.36	0.18	0.84	0.50
Établissement de santé public	11.82	16.11	14.17	19.30	40.77	19.49
Autre	1.15	2.98	1.50	1.73	2.21	1.93
Total (n)	509	515	368	454	361	2,206

Cameroun 1991

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	66.10	54.95	61.61
Guérisseur traditionnel	3.53	1.85	2.86
Pharmacie privée	0.88	5.65	2.80
Médecin privé	0.71	0.11	0.47
Établissement de santé privé	9.67	9.52	9.61
Établissement de santé public	18.75	26.52	21.88
Autre	0.35	1.40	0.78
Total (n)	742	500	1,242

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	75.40	69.72	64.17	53.54	49.83	61.61
Guérisseur traditionnel	5.22	3.80	3.78	1.97	0.42	2.86
Pharmacie privée	0.00	0.46	1.63	5.70	5.14	2.80
Médecin privé	0.69	0.00	0.62	0.94	0.19	0.47
Établissement de santé privé	7.56	8.48	6.59	12.54	11.55	9.61
Établissement de santé public	11.13	17.53	23.22	24.59	30.08	21.88
Autre	0.00	0.00	0.00	0.72	2.77	0.78
Total (n)	191	285	212	279	275	1242

Cameroun 1998

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	56.78	48.80	54.56
Boutique	6.22	4.82	5.83
Guérisseur traditionnel	5.42	3.35	4.85
Pharmacie privée	2.23	6.15	3.32
Médecin privé	0.96	1.12	1.00
Établissement de santé privé	7.34	12.22	8.69
Établissement de santé public	19.30	22.33	20.14
Autre	1.75	1.22	1.61
Total (n)	800	308	1,108

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	62.43	61.39	55.01	44.07	47.73	54.56
Boutique	3.97	7.97	6.35	6.64	4.12	5.83
Guérisseur traditionnel	5.96	7.22	4.04	3.73	2.67	4.85
Pharmacie privée	0.00	1.14	2.35	7.46	6.66	3.32
Médecin privé	1.99	0.00	0.40	0.55	2.17	1.00
Établissement de santé privé	4.47	7.97	9.25	12.19	10.46	8.69
Établissement de santé public	19.70	12.60	20.25	24.06	25.05	20.14
Autre	1.49	1.71	2.35	1.30	1.13	1.61
Total (n)	257	224	217	233	176	1,108

République Centrafricaine 1994–1995

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	71.82	55.02	64.65
Boutique	0.51	0.19	0.37
Guérisseur traditionnel	0.64	0.27	0.48
Pharmacie privée	0.30	0.68	0.46
Médecin privé	0.19	0.29	0.23
Établissement de santé privé	4.26	5.10	4.62
Établissement de santé public	22.17	38.47	29.13
Autre	0.10	0.00	0.06
Total (n)	988	735	1,723

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	72.28	73.89	62.08	63.26	52.03	64.65
Boutique	0.74	0.49	0.00	0.57	0.00	0.37
Guérisseur traditionnel	1.51	0.89	0.00	0.00	0.00	0.48
Pharmacie privée	0.28	0.59	0.26	0.00	1.19	0.46
Médecin privé	0.27	0.29	0.00	0.00	0.60	0.23
Établissement de santé privé	2.41	4.61	2.73	6.69	6.21	4.62
Établissement de santé public	22.23	19.25	34.94	29.48	39.97	26.13
Autre	0.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06
Total (n)	351	332	303	385	352	1,723

Tchad 1996–1997

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	77.15	61.68	73.69
Boutique	2.97	1.62	2.67
Guérisseur traditionnel	1.76	0.21	1.41
Pharmacie privée	0.00	2.99	0.67
Établissement de santé privé	9.13	5.49	8.31
Établissement de santé public	5.54	25.62	10.04
Autre	3.45	2.39	3.21
Total (n)	1,910	551	2,460

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	89.05	78.28	73.93	68.90	59.60	73.69
Boutique	1.20	1.78	6.12	3.26	1.71	2.67
Guérisseur traditionnel	0.30	1.68	0.99	2.55	1.15	1.41
Pharmacie privée	0.00	0.00	0.00	0.00	3.32	0.67
Établissement de santé privé	4.35	9.87	10.24	10.29	6.18	8.31
Établissement de santé public	2.09	6.49	4.09	10.67	25.33	10.04
Autre	3.01	1.89	4.63	4.32	2.72	3.21
Total (n)	430	615	390	530	496	2,460

Comores 1996

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	37.79	31.82	36.28
Boutique	4.88	2.27	4.22
Guérisseur traditionnel	12.08	12.88	12.28
Pharmacie privée	4.37	15.91	7.29
Médecin privé	1.80	5.30	2.69
Établissement de santé privé	1.03	4.55	1.92
Établissement de santé public	32.65	21.97	29.94
Autre	5.40	5.30	5.37
Total (n)	389	132	521

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	43.85	28.44	38.46	35.42	32.93	36.28
Boutique	5.38	8.26	1.92	3.13	1.22	4.22
Guérisseur traditionnel	15.38	16.51	14.42	7.29	4.88	12.28
Pharmacie privée	3.08	4.59	5.77	10.42	15.85	7.29
Médecin privé	0.77	0.92	3.85	1.04	8.54	2.69
Établissement de santé privé	0.77	1.83	2.88	2.08	2.44	1.92
Établissement de santé public	26.15	33.03	24.04	35.42	32.93	29.94
Autre	4.62	6.42	8.65	5.21	1.22	5.37
Total (n)	130	109	104	96	82	521

Côte d'Ivoire 1994

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	47.56	35.53	43.14
Guérisseur traditionnel	13.10	11.13	12.37
Pharmacie privée	2.44	5.40	3.53
Établissement de santé privé	2.48	2.62	2.53
Établissement de santé public	23.42	39.96	29.49
Autre	11.00	5.37	8.94
Total (n)	1,047	607	1,654

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	53.66	48.39	43.47	36.63	30.27	43.14
Guérisseur traditionnel	15.26	12.04	13.13	14.08	5.96	12.37
Pharmacie privée	1.18	0.34	4.29	4.98	7.96	3.53
Établissement de santé privé	2.56	2.20	2.79	2.05	3.19	2.53
Établissement de santé public	13.69	26.73	27.04	36.49	48.14	29.49
Autre	13.65	10.30	9.28	5.76	4.49	8.94
Total (n)	365	347	327	341	275	1,654

Côte d'Ivoire 1998–1999

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	36.42	37.93	36.88
Guérisseur traditionnel	24.17	8.24	19.37
Pharmacie privée	10.60	10.04	10.43
Médecin privé	0.33	0.96	0.52
Établissement de santé privé	0.99	2.47	1.44
Établissement de santé public	22.19	37.56	26.82
Autre	5.30	2.80	4.54
Total (n)	548	237	785

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Ethiopie 2000

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	78.78	50.03	76.46
Boutique	1.81	0.89	1.74
Guérisseur traditionnel	0.75	0.08	0.70
Pharmacie privée	4.07	9.24	4.49
Médecin privé	1.83	10.49	2.53
Établissement de santé privé	0.61	2.51	0.76
Établissement de santé public	9.32	26.25	10.68
Autre	2.83	0.50	2.64
Total (n)	4,362	383	4,745

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	81.97	80.09	76.47	79.40	58.71	76.46
Boutique	1.98	2.09	1.44	2.10	0.81	1.74
Guérisseur traditionnel	0.62	0.65	1.04	0.88	0.05	0.70
Pharmacie privée	2.91	3.02	5.21	3.71	8.98	4.49
Médecin privé	1.32	0.91	2.31	2.33	7.42	2.53
Établissement de santé privé	0.55	0.65	0.99	0.25	1.60	0.76
Établissement de santé public	7.91	8.93	10.22	8.97	20.59	10.68
Autre	2.73	3.67	2.31	2.36	1.84	2.64
Total (n)	982	1,038	1,109	943	672	4,745

Ghana 1993

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	36.73	36.18	36.59
Boutique	1.48	1.01	1.36
Guérisseur traditionnel	7.98	3.52	6.78
Pharmacie privée	17.81	11.56	16.12
Médecin privé	3.34	1.51	2.85
Établissement de santé privé	3.15	5.53	3.79
Établissement de santé public	23.01	36.68	26.69
Autre	6.49	4.02	5.83
Total (n)	539	199	738

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	42.34	38.07	30.43	36.30	36.44	36.59
Shop	2.19	1.70	0.62	1.37	0.85	1.36
Guérisseur traditionnel	10.95	6.82	8.70	4.11	2.54	6.78
Pharmacie privée	19.71	17.61	17.39	14.38	10.17	16.12
Médecin privé	1.46	2.27	5.59	2.05	2.54	2.85
Établissement de santé privé	2.92	3.41	3.11	4.79	5.08	3.79
Établissement de santé public	14.60	23.30	27.33	30.82	39.83	26.69
Autre	5.84	6.82	6.83	6.16	2.54	5.83
Total (n)	137	176	161	146	118	738

Ghana 1998

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	48.00	46.77	47.69
Boutique	0.89	0.46	0.78
Guérisseur traditionnel	3.24	1.28	2.75
Pharmacie privée	21.28	21.76	21.40
Médecin privé	0.22	1.05	0.43
Établissement de santé privé	3.17	6.53	4.00
Établissement de santé public	19.11	20.02	19.34
Autre	4.10	2.14	3.61
Total (n)	811	269	1,080

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	51.97	51.45	44.40	40.24	46.23	47.69
Shop	1.59	0.00	0.51	0.66	0.85	0.78
Guérisseur traditionnel	3.45	2.57	2.61	3.49	0.86	2.75
Pharmacie privée	15.23	22.57	27.73	24.36	19.63	21.40
Médecin privé	0.00	0.78	0.55	0.74	0.23	0.43
Établissement de santé privé	1.95	2.71	4.29	5.69	8.10	4.00
Établissement de santé public	20.30	15.00	18.31	21.49	23.29	19.34
Autre	5.51	4.93	1.59	3.32	0.81	3.61
Total (n)	312	232	222	170	144	1,080

Guinée 1999

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	51.92	31.81	46.92
Guérisseur traditionnel	12.75	4.30	10.65
Pharmacie privée	1.69	6.16	2.80
Médecin privé	1.24	1.28	1.25
Établissement de santé privé	1.10	1.31	1.15
Établissement de santé public	28.53	53.67	34.78
Autre	2.77	1.49	2.45
Total (n)	1,493	495	1,988

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	55.61	56.19	48.91	39.00	29.99	46.92
Guérisseur traditionnel	13.07	17.18	10.49	6.69	4.18	10.65
Pharmacie privée	1.32	2.86	1.18	4.99	4.23	2.80
Médecin privé	1.50	0.78	1.85	0.48	1.63	1.25
Établissement de santé privé	1.01	0.84	1.66	0.24	2.22	1.15
Établissement de santé public	23.90	21.13	32.10	46.32	56.65	34.78
Autre	3.60	1.01	3.81	2.28	1.09	2.45
Total (n)	507	388	369	389	335	1,988

Kenya 1993

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	36.38	19.24	34.47
Boutique	20.47	16.23	20.00
Guérisseur traditionnel	1.99	1.09	1.89
Pharmacie privée	1.61	5.47	2.04
Médecin privé	4.13	6.85	4.43
Établissement de santé privé	9.00	18.73	10.08
Établissement de santé public	26.33	32.40	27.01
Autre	0.09	0.00	0.08
Total (n)	2,380	298	2,678

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Kenya 1998

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	37.17	25.44	35.19
Boutique	9.44	4.35	8.58
Guérisseur traditionnel	2.85	0.60	2.47
Pharmacie privée	5.73	9.28	6.33
Médecin privé	4.63	8.77	5.33
Établissement de santé privé	10.33	18.11	11.64
Établissement de santé public	28.14	32.09	28.81
Autre	1.71	1.37	1.65

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	36.08	40.50	35.19	32.13	29.07	35.19
Boutique	9.76	8.56	11.16	7.04	4.99	8.58
Guérisseur traditionnel	4.24	2.39	2.44	0.49	1.69	2.47
Pharmacie privée	3.71	4.59	7.45	11.83	5.96	6.33
Médecin privé	4.50	3.99	4.98	4.34	10.45	5.33
Établissement de santé privé	7.92	13.15	9.32	10.15	20.83	11.64
Établissement de santé public	30.23	26.39	28.80	32.76	25.30	28.81
Autre	3.57	0.42	0.66	1.27	1.71	1.65

Madagascar 1992

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	54.92	49.73	54.18
Boutique	1.43	0.53	1.31
Guérisseur traditionnel	4.92	2.85	4.62
Pharmacie privée	0.96	0.71	0.92
Médecin privé	3.14	14.44	4.76
Établissement de santé privé	2.19	7.49	2.94
Établissement de santé public	28.28	22.82	27.50
Autre	4.17	1.43	3.77
Total (n)	1,843	308	2,151

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Madagascar 1997

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	59.17	48.02	56.81
Boutique	5.07	3.62	4.77
Guérisseur traditionnel	0.29	0.00	0.23
Pharmacie privée	0.94	3.03	1.38
Médecin privé	6.64	14.90	8.39
Établissement de santé privé	2.22	3.83	2.56
Établissement de santé public	24.49	24.98	24.60
Autre	1.16	1.61	1.26
Total (n)	1,488	399	1,887

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	55.43	59.18	61.50	57.05	49.19	56.81
Boutique	8.00	6.54	4.13	1.90	0.23	4.77
Guérisseur traditionnel	0.37	0.34	0.30	0.00	0.00	0.23
Pharmacie privée	1.69	0.85	2.54	1.12	0.20	1.38
Médecin privé	7.04	7.25	5.57	5.43	21.34	8.39
Établissement de santé privé	2.37	2.07	1.31	1.71	6.75	2.56
Établissement de santé public	24.78	21.60	23.62	30.92	20.86	24.60
Autre	0.31	2.17	1.02	1.86	1.43	1.26
Total (n)	541	369	363	362	251	1,887

Malawi 1992

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	36.40	35.73	36.33
Boutique	12.88	9.19	12.48
Guérisseur traditionnel	3.86	2.11	3.67
Pharmacie privée	0.00	0.25	0.03
Médecin privé	0.72	2.18	0.88
Établissement de santé privé	13.26	10.08	12.91
Établissement de santé public	32.56	40.46	33.42
Autre	0.32	0.00	0.29
Total (n)	1,733	210	1,944

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	41.16	36.89	40.60	32.56	28.34	36.33
Boutique	10.69	12.05	14.84	15.63	8.07	12.48
Guérisseur traditionnel	2.87	6.10	2.25	3.66	4.01	3.67
Pharmacie privée	0.00	0.00	0.00	0.00	0.16	0.03
Médecin privé	0.37	0.13	0.32	0.40	3.67	0.88
Établissement de santé privé	13.36	11.95	9.92	14.61	15.58	12.91
Établissement de santé public	31.43	32.43	32.08	33.14	39.10	33.42
Autre	0.12	0.43	0.00	0.00	1.06	0.29
Total (n)	399	360	462	393	329	1,943

Malawi 2000

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	42.88	30.78	41.56
Boutique	30.10	28.27	29.90
Guérisseur traditionnel	4.57	2.06	4.30
Pharmacie privée	0.13	3.09	0.45
Médecin privé	0.32	1.70	0.47
Établissement de santé privé	6.41	9.45	6.74
Établissement de santé public	14.88	23.87	15.86
Autre	0.72	0.78	0.73
Total (n)	5,026	616	5,641

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	47.30	45.86	41.70	40.31	30.81	41.54
Boutique	28.49	29.58	29.05	32.65	29.69	29.92
Guérisseur traditionnel	6.00	3.82	3.93	4.35	2.94	4.28
Pharmacie privée	0.00	0.03	0.35	0.12	1.99	0.45
Médecin privé	0.23	0.19	0.75	0.07	1.26	0.47
Établissement de santé privé	4.26	5.10	6.93	5.44	13.07	6.74
Établissement de santé public	12.85	14.98	16.61	16.32	19.33	15.87
Autre	0.87	0.45	0.68	0.74	0.91	0.73
Total (n)	1,252	1,133	1,041	1,206	1,006	5,638

Mali 1995–1996

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	62.43	39.47	57.12
Boutique	6.59	7.64	6.83
Guérisseur traditionnel	8.93	6.38	8.34
Pharmacie privée	6.27	20.01	9.45
Médecin privé	0.00	0.86	0.20
Établissement de santé privé	2.55	1.34	2.27
Établissement de santé public	10.64	23.95	13.72
Autre	2.60	0.34	2.08
Total (n)	1,748	526	2,274

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	69.48	60.13	60.21	54.09	35.02	57.12
Boutique	6.41	7.41	6.17	8.35	5.29	6.83
Guérisseur traditionnel	9.72	8.64	9.39	7.42	5.78	8.34
Pharmacie privée	1.92	6.53	8.58	10.60	24.07	9.45
Médecin privé	0.00	0.00	0.00	0.00	1.35	0.20
Établissement de santé privé	3.14	3.09	2.40	1.34	0.96	2.27
Établissement de santé public	7.26	10.97	11.38	15.90	27.17	13.72
Autre	2.07	3.23	1.87	2.30	0.35	2.08
Total (n)	475	500	478	486	334	2,274

Mozambique 1997

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	59.98	41.59	54.61
Boutique	0.78	0.39	0.67
Guérisseur traditionnel	9.11	1.75	6.96
Pharmacie privée	0.40	1.91	0.84
Établissement de santé privé	0.91	0.38	0.76
Établissement de santé public	26.66	48.59	33.06
Autre	2.15	5.40	3.10
Total (n)	1,178	486	1,664

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	63.45	52.77	59.01	53.22	42.28	54.61
Boutique	0.40	1.22	0.34	0.98	0.68	0.67
Guérisseur traditionnel	10.61	16.70	7.44	2.91	1.07	6.96
Pharmacie privée	0.31	0.29	0.23	0.48	2.68	0.84
Établissement de santé privé	0.34	0.00	2.87	0.18	0.33	0.76
Établissement de santé public	23.14	28.35	28.81	39.36	45.07	33.06
Autre	1.75	0.66	1.30	2.86	7.89	3.10
Total (n)	434	187	325	360	359	1,665

Namibie 1992

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	29.69	26.09	28.66
Boutique	1.59	2.31	1.80
Guérisseur traditionnel	3.23	0.48	2.44
Pharmacie privée	0.34	1.56	0.69
Médecin privé	0.10	4.66	1.41
Établissement de santé privé	0.16	0.49	0.25
Établissement de santé public	62.34	61.67	62.15
Autre	2.55	2.75	2.61
Total (n)	1,215	490	1,704

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	32.85	28.79	30.12	25.54	24.72	28.66
Boutique	1.36	1.01	0.86	3.21	3.01	1.80
Guérisseur traditionnel	2.70	3.52	3.11	2.38	0.00	2.44
Pharmacie privée	0.22	0.52	0.18	0.00	2.76	0.69
Médecin privé	0.00	0.00	0.00	0.40	7.65	1.41
Établissement de santé privé	0.22	0.00	0.33	0.00	0.80	0.25
Établissement de santé public	60.73	63.87	63.67	64.39	57.70	62.15
Autre	1.91	2.30	1.75	4.07	3.36	2.61
Total (n)	380	406	319	301	298	1,704

Niger 1992

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	80.19	53.26	76.65
Boutique	5.49	2.44	5.09
Guérisseur traditionnel	4.42	3.32	4.28
Pharmacie privée	0.21	0.00	0.19
Médecin privé	0.00	0.11	0.01
Établissement de santé privé	0.43	0.45	0.43
Établissement de santé public	8.70	39.73	12.77
Autre	0.57	0.68	0.59
Total (n)	1,982	299	2,281

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Niger 1998

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	60.23	41.87	57.34
Boutique	15.87	5.93	14.30
Guérisseur traditionnel	5.75	2.43	5.23
Pharmacie privée	0.91	3.32	1.29
Établissement de santé privé	0.86	2.39	1.10
Établissement de santé public	13.19	43.13	17.91
Autre	3.19	0.95	2.84
Total (n)	1,811	339	2,150

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	64.57	66.32	58.43	49.26	43.28	57.34
Boutique	13.13	11.71	18.70	20.64	7.45	14.30
Guérisseur traditionnel	6.11	6.27	5.41	5.35	2.29	5.23
Pharmacie privée	0.44	0.91	0.00	1.36	4.18	1.29
Établissement de santé privé	1.34	0.85	0.29	1.22	2.01	1.10
Établissement de santé public	12.73	11.13	12.03	18.79	39.89	17.91
Autre	1.68	2.81	5.13	3.38	0.88	2.84
Total (n)	393	570	413	411	362	2,150

Nigeria 1990

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	44.38	34.67	42.65
Boutique	13.87	11.63	13.47
Guérisseur traditionnel	7.06	3.02	6.34
Pharmacie privée	3.95	8.45	4.75
Médecin privé	1.41	6.79	2.37
Établissement de santé privé	27.66	35.28	29.01
Autre	1.67	0.15	1.40
Total (n)	1,774	384	2,158

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	49.08	50.35	40.24	38.51	29.71	42.65
Boutique	10.11	12.83	12.06	18.55	14.34	13.47
Guérisseur traditionnel	10.47	6.79	5.91	5.37	1.55	6.34
Pharmacie privée	2.54	1.37	10.97	4.78	6.11	4.75
Médecin privé	0.39	1.91	1.92	1.09	7.98	2.37
Établissement de santé privé	23.93	25.55	27.29	31.60	40.14	29.01
Autre	3.49	1.20	1.62	0.10	0.17	1.40
Total (n)	482	523	380	431	342	2,158

Nigeria 1999

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	45.97	29.99	41.91
Boutique	2.06	0.61	1.69
Guérisseur traditionnel	4.61	0.39	3.54
Pharmacie privée	16.18	17.76	16.58
Médecin privé	0.69	2.83	1.24
Établissement de santé privé	6.96	9.68	7.65
Établissement de santé public	23.10	37.72	26.82
Autre	0.42	1.00	0.56
Total (n)	740	252	992

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Rwanda 1992

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	59.11	47.90	58.62
Guérisseur traditionnel	3.77	2.69	3.72
Pharmacie privée	3.68	6.29	3.79
Médecin privé	0.66	1.80	0.71
Établissement de santé public	26.88	35.63	27.26
Autre	5.91	5.69	5.90
Total (n)	2,602	118	2,719

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Sénégal 1992–1993

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	65.22	53.22	61.68
Boutique	2.70	0.51	2.05
Guérisseur traditionnel	3.62	2.88	3.40
Pharmacie privée	0.64	1.86	1.00
Médecin privé	0.28	0.51	0.35
Établissement de santé privé	3.26	5.76	4.00
Établissement de santé public	22.50	32.71	25.51
Autre	1.77	2.54	2.00
Total (n)	1,409	590	1,999

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Afrique du Sud 1998

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	36.22	26.24	31.36
Boutique	0.40	0.30	0.35
Guérisseur traditionnel	0.05	0.11	0.08
Pharmacie privée	2.05	2.42	2.23
Médecin privé	11.66	27.41	19.33
Établissement de santé privé	1.02	3.48	2.22
Établissement de santé public	48.09	39.39	43.86
Autre	0.50	0.65	0.58
Total (n)	914	867	1,781

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	35.51	31.61	32.90	29.74	24.92	31.36
Boutique	0.62	0.00	0.22	0.50	0.48	0.35
Guérisseur traditionnel	0.12	0.23	0.00	0.00	0.00	0.08
Pharmacie privée	1.33	3.00	1.55	0.36	5.27	2.23
Médecin privé	5.67	14.15	15.69	22.97	46.84	19.33
Établissement de santé privé	1.32	0.91	1.23	2.40	6.45	2.22
Établissement de santé public	54.36	49.97	48.03	43.30	15.35	43.86
Autre	1.06	0.12	0.37	0.72	0.68	0.58
Total (n)	401	419	366	310	285	1,781

Tanzanie 1992

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	38.76	27.60	36.17
Guérisseur traditionnel	3.98	0.53	3.18
Pharmacie privée	2.80	7.90	3.99
Établissement de santé privé	7.47	10.88	8.26
Établissement de santé public	46.26	51.77	47.54
Autre	0.73	1.31	0.87
Total (n)	1,899	575	2,475

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Tanzanie 1996

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	33.96	21.75	31.60
Guérisseur traditionnel	1.65	0.10	1.35
Pharmacie privée	10.63	9.44	10.40
Établissement de santé privé	5.20	11.99	6.51
Établissement de santé public	47.48	55.99	49.12
Autre	1.08	0.73	1.01
Total (n)	1,805	432	2,237

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	41.93	33.69	30.39	26.44	25.33	31.60
Guérisseur traditionnel	2.38	1.95	1.04	1.34	0.00	1.35
Pharmacie privée	10.19	11.96	9.86	10.50	9.75	10.40
Établissement de santé privé	4.32	6.68	5.60	6.08	10.37	6.51
Établissement de santé public	39.70	45.73	52.50	53.93	53.57	49.12
Autre	1.47	0.00	0.61	1.72	0.97	1.01
Total (n)	485	372	457	500	424	2,237

Togo 1998

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	60.87	47.85	57.93
Boutique	7.78	6.79	7.56
Guérisseur traditionnel	3.16	3.97	3.34
Pharmacie privée	0.08	1.86	0.48
Médecin privé	0.18	1.19	0.41
Établissement de santé privé	1.34	7.87	2.82
Établissement de santé public	17.36	21.71	18.34
Autre	9.23	8.76	9.13
Total (n)	1,523	445	1,968

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	64.13	62.83	57.14	55.76	42.79	57.93
Boutique	8.40	8.82	8.47	4.85	6.09	7.56
Guérisseur traditionnel	3.40	3.09	3.65	3.81	2.56	3.34
Pharmacie privée	0.00	0.00	0.30	0.43	2.48	0.48
Médecin privé	0.18	0.00	0.00	0.43	2.06	0.41
Établissement de santé privé	0.52	1.44	1.55	3.49	10.21	2.82
Établissement de santé public	16.23	15.33	18.26	20.13	24.89	18.34
Autre	7.14	8.49	10.64	11.09	8.90	9.13
Total (n)	487	446	413	350	272	1,968

Ouganda 1995

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	26.38	16.10	25.33
Boutique	17.13	8.51	16.25
Guérisseur traditionnel	2.52	1.31	2.39
Pharmacie privée	1.80	7.05	2.34
Médecin privé	3.51	6.50	3.82
Établissement de santé privé	27.21	43.48	28.88
Établissement de santé public	20.07	16.00	19.65
Autre	1.38	1.05	1.35
Total (n)	2,736	313	3,049

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	26.41	27.08	29.29	24.24	18.01	25.33
Boutique	18.56	17.82	17.56	13.14	12.98	16.25
Guérisseur traditionnel	5.40	2.25	0.87	2.04	0.52	2.39
Pharmacie privée	1.18	1.91	2.01	2.47	4.80	2.34
Médecin privé	4.17	2.60	2.87	5.02	4.62	3.82
Établissement de santé privé	21.13	29.22	27.20	32.13	37.66	28.88
Établissement de santé public	21.05	17.85	19.48	19.44	20.49	19.65
Autre	2.09	1.28	0.72	1.52	0.92	1.35
Total (n)	710	656	594	593	495	3,049

Ouganda 2000–2001

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	19.31	8.59	18.17
Boutique	7.98	2.01	7.35
Guérisseur traditionnel	1.03	0.73	1.00
Pharmacie privée	10.71	16.54	11.32
Médecin privé	0.81	0.73	0.80
Établissement de santé privé	34.92	57.21	37.28
Établissement de santé public	21.51	12.31	20.54
Autre	3.73	1.87	3.54
Total (n)	3,192	378	3,570

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus.

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	22.26	20.28	20.09	15.33	9.48	18.17
Boutique	10.98	8.08	6.89	5.66	3.03	7.35
Guérisseur traditionnel	1.07	0.11	2.03	1.19	0.75	1.00
Pharmacie privée	9.42	8.78	12.11	12.86	15.44	11.32
Médecin privé	1.12	0.23	0.91	1.17	0.60	0.80
Établissement de santé privé	30.54	33.52	34.89	40.27	53.23	37.28
Établissement de santé public	21.11	25.82	18.52	19.49	15.26	20.54
Autre	3.51	3.18	4.55	4.04	2.23	3.54
Total (n)	867	830	670	666	537	3,570

Zambie 1992

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	28.44	17.91	23.69
Boutique	3.90	7.86	5.69
Guérisseur traditionnel	5.90	1.94	4.12
Pharmacie privée	1.01	6.32	3.41
Médecin privé	0.50	2.84	1.56
Établissement de santé privé	8.39	14.67	11.22
Établissement de santé public	43.22	45.38	44.20
Autre	8.62	3.08	6.12
Total (n)	1,626	1,336	2,962

Les données par quintiles ne furent pas incluses dans cette étude.

Zambie 1996

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	33.86	24.25	29.74
Boutique	5.10	8.89	6.72
Guérisseur traditionnel	6.88	1.01	4.36
Pharmacie privée	0.26	4.98	2.28
Médecin privé	0.54	1.75	1.06
Établissement de santé privé	4.16	11.25	7.20
Établissement de santé public	44.22	45.98	44.98
Autre	4.98	1.89	3.65
Total (n)	1,881	1,412	3,293

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	36.02	35.32	32.49	24.27	21.32	29.74
Boutique	3.84	4.98	6.44	10.12	8.04	6.72
Guérisseur traditionnel	8.00	7.35	4.22	1.76	0.53	4.36
Pharmacie privée	0.28	0.00	0.72	5.60	4.09	2.28
Médecin privé	0.00	0.43	0.00	2.36	2.27	1.06
Établissement de santé privé	2.96	4.79	5.09	1.78	22.85	7.20
Établissement de santé public	43.76	43.44	45.97	51.79	38.83	44.98
Autre	5.14	3.69	5.08	2.32	2.07	3.65
Total (n)	825	512	552	762	642	3,293

Zambie 2001–2002

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	30.00	32.22	30.72
Boutique	3.72	4.25	3.89
Guérisseur traditionnel	4.48	1.54	3.54
Pharmacie privée	0.99	5.73	2.51
Médecin privé	0.49	0.77	0.58
Établissement de santé privé	11.88	6.98	10.31
Établissement de santé public	46.10	47.10	46.42
Autre	2.33	1.41	2.04
Total (n)	1,848	873	2,721

Zimbabwe 1994

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	34.06	32.68	33.75
Boutique	15.87	7.48	13.98
Guérisseur traditionnel	3.70	2.38	3.40
Pharmacie privée	1.76	5.67	2.64
Médecin privé	0.74	10.74	2.99
Établissement de santé privé	6.70	2.12	5.67
Établissement de santé public	33.97	37.47	34.76
Autre	3.21	1.46	2.81
Total (n)	983	286	1,269

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	39.63	33.79	31.67	28.86	32.22	33.75
Boutique	12.88	16.09	19.13	13.28	8.12	13.98
Guérisseur traditionnel	4.79	4.61	1.84	3.61	0.91	3.40
Pharmacie privée	0.87	1.60	1.87	4.62	5.34	2.64
Médecin privé	0.00	0.45	0.91	3.85	13.02	2.99
Établissement de santé privé	4.91	8.40	7.77	3.65	3.96	5.67
Établissement de santé public	33.40	30.70	32.93	40.55	36.41	34.76
Autre	3.52	4.37	3.89	1.57	0.00	2.81
Total (n)	349	237	228	266	189	1,269

Zimbabwe 1999

Source de Soins	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Aucun soin recherché hors du domicile	40.56	42.70	41.21
Boutique	10.53	9.46	10.21
Guérisseur traditionnel	1.35	0.00	0.94
Pharmacie privée	1.42	6.44	2.94
Médecin privé	0.22	13.31	4.20
Établissement de santé privé	5.04	5.63	5.22
Établissement de santé public	36.32	22.47	32.11
Autre	4.56	0.00	3.17
Total (n)	999	436	1,436

% de personnes utilisant diverses sources de soins, classé par quintiles de revenus

Source de Soins	Inférieur	Deuxième	Moyen	Quatrième	Supérieur	Total
Aucun soin recherché hors du domicile	44.06	41.89	38.21	40.35	41.38	41.21
Boutique	8.58	9.62	12.13	10.19	10.68	10.21
Guérisseur traditionnel	1.83	0.55	1.82	0.41	0.00	0.94
Pharmacie privée	0.79	1.25	1.61	5.66	5.48	2.94
Médecin privé	0.26	0.37	0.00	6.65	14.49	4.20
Établissement de santé privé	5.43	2.20	4.95	9.83	2.97	5.22
Établissement de santé public	35.65	40.05	35.41	24.53	25.00	32.11
Autre	3.40	4.08	5.88	2.37	0.00	3.17
Total (n)	307	277	280	311	261	1,436

Utilisation des services publics et privés parmi le quintile de revenus le plus élevé, qui ont eu recours aux soins pour leurs enfants

Parmi ceux qui ont eu recours à des soins hors du domicile, % qui s'adressèrent au :

Pays et Année d'EDS	Secteur Privé	Secteur Public	Autres	Total	% ayant recours aux soins hors du domicile
Burkina 99	12%	83%	5%	100%	48.9
CAR 95	17%	83%	0%	100%	48.0
Guinée 99	18%	81%	2%	100%	70.0
Mozambique 97	8%	78%	14%	100%	57.7
Namibie 92	19%	77%	4%	100%	75.3
Tanzanie 96	27%	72%	1%	100%	74.7
Niger 98	28%	70%	2%	100%	56.7
Côte d'Ivoire 94	25%	69%	6%	100%	69.7
Tchad 97	31%	63%	7%	100%	40.4
Ghana 93	33%	63%	4%	100%	63.6
Cameroun 91	34%	60%	6%	100%	50.2
Nigeria 90	43%	57%	0%	100%	70.3
Malawi 92	44%	55%	1%	100%	71.7
Ethiopie 00	46%	50%	4%	100%	41.3
Zambie 96	48%	49%	3%	100%	78.7
Comores 96	49%	49%	2%	100%	67.1
Cameroun 98	50%	48%	2%	100%	52.3

(continuez à la page suivante)

Utilisation des services publics et privés parmi le *quintile de revenus le plus élevé*, qui ont eu recours aux soins pour leurs enfants (suite)

Parmi ceux qui ont eu recours à des soins hors du domicile, % qui s'adressèrent au :					
Pays et Année d'EDS	Secteur Privé	Secteur Public	Autres	Total	% ayant recours aux soins hors du domicile
Bénin 96	53%	46%	1%	100%	51.2
Togo 98	41%	44%	16%	100%	57.2
Ghana 98	55%	43%	2%	100%	53.8
Mali 96	58%	42%	1%	100%	65.0
Madagascar 97	56%	41%	3%	100%	50.8
Gabon 00	56%	38%	7%	100%	79.0
Kenya 98	62%	36%	2%	100%	70.9
Bénin 01	58%	35%	7%	100%	43.4
Malawi 00	71%	28%	1%	100%	69.2
Ouganda 95	74%	25%	1%	100%	82.0
Afrique du Sud 98	79%	20%	1%	100%	75.1
Ouganda 01	81%	17%	2%	100%	90.5
Moyenne de % brut:	44%	52%	4%	100%	62.9

Etudes de Cas de Franchises en Afrique

Réseau TOP, Madagascar

En l'an 2000, Population Services International (PSI), une ONG, lança "TOP Réseau", une franchise de santé de la reproduction, avec un don d'un million de \$US de la Fondation Bill and Melinda Gate. PSI agit en tant que franchiseur. Il y a 17 cliniques dans le réseau, qui se trouvent toutes dans la cité de Tamatave ou dans les zones rurales environnantes.

Les cliniques furent invitées à faire partie de la franchise suite aux entretiens et aux évaluations. Un contrat détaillé spécifie les dispositions de la franchise. Une formation continue est fournie dans le but d'améliorer les connaissances techniques et la capacité de gestion, avec emphase sur des services attrayant les jeunes. PSI a élaboré un manuel de formation sur les services pour les jeunes, ainsi que d'autres manuels opérationnels, des modules d'enseignement, des kits clients et des supports visuels pour les prestataires et les jeunes clients (principalement âgés de 15 à 24 ans).

Les cliniques du réseau fournissent généralement une gamme complète de services assurés par des médecins généralistes. Les cliniques, qui affichent toutes un logo de TOP Réseau, bénéficient de la promotion du marketing effectué par

PSI dans les médias telles que la télévision et la radio, ainsi que des personnes référées par d'autres projets gérés par PSI. TOP Réseau établit sa clientèle grâce au travail des pairs éducateurs dans les écoles, lors d'évènements sociaux et d'autres activités. Les pairs éducateurs sont payés 150 \$US par mois (des fonds de bailleurs) et doivent mener au moins 40 sessions éducatives par mois. Durant une session éducative typique, les pairs éducateurs distribuent de la documentation, discutent des problèmes de santé reproductive et effectuent des démonstrations de préservatifs. Les pairs éducateurs jouent un rôle important en améliorant le taux d'utilisation des cliniques franchisées. "Mon commerce a augmenté de 25% depuis que j'ai rejoint la franchise, et entre 60% et 70% de mes clients sont maintenant des jeunes," déclara un médecin.

Le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ont attiré beaucoup de jeunes. Tandis que le taux de prévalence du VIH est de moins de 1% dans le pays, le taux des IST est aussi élevé que 30% dans certaines zones, une préoccupation pour beaucoup de jeunes. D'autres services incluent les conseils pour le planning familial, les tests et les conseils de grossesse, ainsi que des services généraux tels que les immunisations, les examens physiques, les

examens des seins et les frottis vaginaux. Les prestataires paient une modeste somme d'adhésion à TOP Réseau, mais ont indiqué qu'ils payeraient plus pour des services de franchise à mesure que leur entreprise continue à s'accroître.

Durant les deux premières années, 17 cliniques ont servi un total de 2,500 clients, avec à peu près la moitié des visites liées à des problèmes de santé reproductive. Cependant, le projet fait face à des coûts élevés et les larges sommes versées aux pairs éducateurs ne pourraient peut-être pas être reproduites ailleurs. Afin de pérenniser et d'étendre le projet, le franchiseur planifie de (1) développer des relations avec le secteur privé et d'autres organisations communautaires; (2) documenter l'impact de ses techniques de franchisage; et (3) étudier des moyens de diversifier le financement et générer les recettes.

Source : LaVake, Steven, "Applying Social Franchising Techniques to Youth Reproductive Health /HIV Services," Youth Issues Paper 2, Family Health International, 2003.

Contact : www.psi.org

KMET, Kenya

En 1996, KMET, une ONG, a débuté l'opération d'une franchise de santé reproductive à Kisumu, Province de l'Ouest, et s'est établie dans les zones difficiles à atteindre de cinq des huit provinces du Kenya. KMET agit en tant que franchiseur et a démarré l'opération en formant des médecins privés et des consultants en techniques sûres d'avortement et en soins post-avortement. Le programme s'est vite développé pour inclure des sages-femmes et des infirmiers, et jusqu'en 2001, tous les prestataires furent des cadres de niveau moyen.

Les prestataires sont tenus de satisfaire les normes de l'établissement. En échange, ils reçoivent une formation gratuite, une trousse MVA gratuite et des livraisons régulières de produits

contraceptifs à leur clinique. Les franchisés paient des frais symboliques de cotisation annuels, qui leur donnent le droit de participer à un programme de prêts tournant. KMET a étendu sa formation médicale pour comprendre le planning familial et d'autres services de santé reproductive, incluant la gestion des IST et des soins à domicile pour le VIH/SIDA. A la suite de leur participation au programme VIH/SIDA, ils ont commencé à former des travailleurs sociaux (CBW) au début de 2002 dans quelques emplacements pilotes. Les CBW reçoivent des instructions des formateurs de KMET sur les soins à domicile, en se concentrant sur le soutien aux patients atteints du SIDA. Le réseau de CBW est actuellement actif uniquement dans la zone de Kisumu, mais une expansion est prévue.

Appui financier

Le KMET a reçu un don de 5 ans de Family Planning International Assistance (FPIA) en 1996, qui s'est ensuite étendu pour une deuxième période de 5 ans; le soutien actuel du FPIA équivaut à peu près 120,000 \$US par an. En outre, le KMET reçoit 25,000 \$US par an pour des activités spécifiques pour soutenir deux membres prestataires ainsi que la distribution à base communautaire de produits de planning familial sur l'île lointaine de Mfangano sur le Lac Victoria. Le KMET reçoit aussi gratuitement des produits de planning familial du gouvernement, qui sont distribués gratuitement aux membres participants et placés dans des distributeurs de préservatifs dans les bars et dans d'autres emplacements ciblant les populations à risque.

Dépenses

La plus grosse dépense de KMET est pour les frais du personnel. KMET emploie quatre personnes à plein temps, un directeur administratif et le personnel de soutien. KMET loue un bâtiment à de la ville de Kisumu et deux bureaux satellites provinciaux. KMET possède deux ca-

mionnettes, qui sont utilisées pour transporter le personnel et distribuer le matériel de planning familial aux membres.

Activités

Outre ses 125 franchisés, KMET gère directement une clinique qui emploie deux infirmiers et un auxiliaire médical et est également aidée par des bénévoles de la commune avoisinante. Il y a environ 200 membres inscrits au réseau KMET et travaillant dans cinq provinces⁴. En plus du réseau de franchise, KMET a élaboré des instruments de politique et de plaidoyer, d'apprentissage participatif, de réseaux communautaires, de programmes de formation par les pairs, et de formation des prestataires. Le gouvernement, l'USAID et d'autres organismes de santé ont reproduit ces instruments. Les projets sont financés sur une base minimale et opèrent principalement par le biais de bénévoles organisés par le personnel du KMET.

Couts-Efficacité

KMET n'a ni calculé ni conservé des registres pour l'étude de couts-efficacité. Néanmoins, en utilisant les données disponibles sur les activités des prestataires ainsi que leur volume de distribution de préservatifs gratuits, il est possible de calculer le coût d'une année-couple de protection (Coût/ACP) de leurs activités qui s'élève à environ 4,11 \$US. Bien que ce chiffre est basé sur un nombre d'hypothèses, il représente une valeur coût/ACP qui se situe dans la catégorie la moins chère de tous les programmes de soutien au planning familial en Afrique sub-saharienne⁵,

Source : Montagu, Dominic, "Output based services for health and their potential application in Kenya," juin 2003

Contact : Solomon Orero, KMET
Solorero@hotmail.com

Sustainable Healthcare Enterprise Foundation (SHEF), Kenya

En avril 2000, le Projet Child and Family Welfare du Sustainable Healthcare Enterprise Foundation a lancé une franchise de pharmacies, opérant toutes sous la marque du Child and Family Welfare (CFW). Les pharmacies appartiennent aux travailleurs de la santé qui les dirigent, et qui, au début, ont suivi une formation fournie par l'Eglise Anglicane, ainsi qu'une formation supplémentaire de quatre semaines de CFW. Les boutiques CFW vendent 18 médicaments essentiels, qui doivent tous être achetés au siège de CFW. Les médicaments non-CFW sont interdits à la vente par les franchisés.

En avril 2003, le réseau s'est étendu pour inclure des cliniques gérées par des infirmiers, opérant aussi sous la marque CFW. De nouveaux services incluent le soutien psychologique pour le VIH/SIDA, les soins basés à domicile, et les vermifuges pour les enfants. Les infirmiers qui gèrent ces cliniques reçoivent une formation de quatre semaines, principalement en gestion commerciale. Les cliniques CFW vendent 81 médicaments essentiels et sont aussi autorisées à faire payer le diagnostic et le traitement des maladies communes. Au niveau des pharmacies, seuls les médicaments achetés au siège du CFW peuvent être vendus dans les points de vente de la franchise. Les prix sont clairement annoncés, et des contrôles réguliers sont mis en œuvre. En décembre 2003, SHEF/CFW avait 40 pharmacies franchisées et 20 cliniques franchisées.

⁴ Bien que cela soit le nombre de membres inscrits, les résultats préliminaire d'une étude suggèrent que certains de ces membres ne sont pas actifs et cela doit être donc vérifié au cours de cette étude.

⁵ Les hypothèses sont faites quant à l'utilisation des préservatifs gratuits, calculée comme un tiers du taux de préservatifs achetés. En outre, certains de ces services, tels que la stérilisation chirurgicale, se produiraient probablement sans la participation du KMET.

Appui financier

SHEF/CFW opère actuellement avec un budget annuel d'environ 250,000 \$US. Plus de 80% des pharmacies sont auto financées. Toutes les pharmacies de CFW paient des frais de franchise à SHEF/CFW (15% de majoration sur les médicaments, et 5% du revenu brut). SHEF/CFW estime qu'il serait financièrement indépendant en tant que franchiseur avec 500 pharmacies franchisées. Avec la récente introduction des cliniques CFW dirigées par des infirmiers, qui ont des revenus plus élevés et donc paient des frais de franchise plus élevés, ce calcul pourrait changer.

Résultats à ce jour

Les franchisés de SHEF/CFW avaient traité environ 250,000 patients jusqu'en mars 2003. Le fondateur évalue que les clés de leur réussite comprennent une stricte mise en œuvre des règlements et des normes (ex, la disqualification des franchisés s'il y a violation) et le fait de s'assurer que les franchisés soient propriétaires du commerce.

Source : Montagu, Dominic, "Output based services for health and their potential application in Kenya," juin 2003. Kimbo, Liza, présentation sur l'engagement du secteur privé dans le franchisement pour le bien public : Série de Séminaires Techniques, mai 2003. Site Internet des Boutiques du CFW, <http://www.cfwshops.org>.

Contact : Liza Kimbo liza@cfwshops.org

New Start, Zimbabwe

Afin de répondre à la crise du VIH/SIDA, l'Unité du VIH/SIDA et de la tuberculose du Ministère de la Santé zimbabwéen a démarré New Start, une franchise nationale de Test et Conseil Vo-

lontaire (VCT), en 1999. L'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) fournit le financement, tandis que Population Services International (PSI) fournit l'assistance technique et administrative. New Start cible la population à haut risque telle que les jeunes couples, les adolescents, les prostitués, les travailleurs de l'industrie du transport, et d'autres populations "mobiles".

Aux centres de tests New Start, les clients sont conseillés avant et après un test de VIH. Les conseillers sont formés aux protocoles et des procédures qui permettent de fournir des tests de VIH de pointe, rapides et sur place, combinés à des sessions de soutien psychologique pré-test et post-test qui incluent la référence de cas — si approprié — aux groupes de soutien communautaires. Pour les deux premières années, New Start a utilisé la technologie de test standard, qui demandait aux clients d'attendre une semaine avant d'obtenir les résultats. Cependant, à cause du décalage, une grande portion des clients de New Start n'est pas retournée pour leurs résultats. Pour améliorer la situation, le réseau New Start a introduit de nouveaux tests rapides de VIH en 2001. Les nouveaux tests permettent aux clients de recevoir leurs résultats en une heure, ce qui a augmenté la proportion de clients qui reçoivent leurs résultats de 77% à 97%.

New Start fut lancé avec un centre seulement, et, depuis, s'est étendu en un réseau de 12 centres à travers le pays. Le réseau a vu 57,000 clients jusqu'en décembre 2001, et le nombre moyen de clients mensuels a augmenté de 230 en 1999 à plus de 4,000 en 2002. PSI estime que 120,000 cas primaires et secondaires de VIH furent évités en 2002.

Les Centres New Start sont établis dans des zones à circulation intense ou dans les institutions qui fournissent déjà des services de santé, afin d'aider à réduire la gêne que ressentent beaucoup de clients des VCT causée par la honte du VIH. Dix des centres de New Start intègrent les services VCT dans des institutions de prestation de services de santé existantes,

telles que des cliniques et des hôpitaux publics, des ONGs et des établissements de santé privée. Les deux autres centres sont des sites « autonomes », qui sont directement exploités et gérés par PSI.

La qualité est maintenue grâce à des accords entre PSI/Zimbabwe et les centres de santé qui stipulent les normes auxquelles les centres doivent adhérer, et en menant régulièrement des « études de clients mystérieux », dans lesquelles les chercheurs se font passer pour des clients. Les conseillers de New Start suivent une formation initiale approfondie et à long terme.

PSI déclare que les campagnes stratégiques et culturellement sensibles de communication multimédia à travers la télévision, la radio et la presse ont été un facteur qui a contribué au succès du projet. PSI opère une franchise similaire sur la santé familiale et le VCT en Angola, au Botswana, au Burkina, à Madagascar, au Mali, au Mozambique, en Namibie, au Rwanda, au Swaziland et au Togo.

Source : PROFIL : New Hope with New Start, PSI, mai 2002. *Présentation faite à la*

réunion du franchisage social sur la tuberculose et sur la tuberculose liée au VIH dans des milieux à faibles ressources, à la Fondation Rockefeller, en avril 2003.

ProFam, Zimbabwe

PSI/Zimbabwe a initié le Projet de Service de Planification de la Famille (ProFam) en octobre 1997 pour accroître la demande pour, et l'offre, des services de la santé reproductive dans le secteur privé.

Le projet forme les prestataires de services du secteur privé, tels que les médecins, les infirmiers indépendants et les pharmaciens, qui, à leur tour, fournissent des services de la santé reproductive de qualité et des produits contraceptifs à des prix abordables.

Comme la valeur déclinante de la devise locale a forcé le prix des produits ProFam hors de portée de ses consommateurs cibles, l'initiative a été reconçue pour fournir des produits à des prix subventionnés pour s'assurer qu'ils soient abordables.

Etudes de Cas de Bons (« vouchers ») en Afrique

Bons pour les Moustiquaires Traitées à l'Insecticide en Tanzanie

Le projet KINET en Tanzanie a utilisé un programme concurrentiel de bons pour subventionner les moustiquaires traitées à l'insecticide, lesquelles ont été prouvées très efficace pour lutter contre le paludisme dans deux districts du sud de la Tanzanie. Les bons furent ciblés aux femmes enceintes et aux femmes ayant des enfants âgés de moins de cinq ans. Le projet a distribué des bons par le biais de missions et de cliniques publiques de santé maternelle et infantile, dans le but de :

- réduire le prix des moustiquaires traitées pour les femmes enceintes et pour les femmes ayant de jeunes enfants
- attirer l'attention sur le groupe le plus à risque de maladies graves
- promouvoir l'équité pour les femmes enceintes et les jeunes enfants.

Les bons furent distribués aux femmes lorsqu'elles venaient aux cliniques pour traitement. Le personnel clinique écrivait le nom, la date et les coordonnées sur la partie du bon offert aux femmes et sur la partie rendue à l'équipe du projet. Une marque fut mise sur la carte de santé

de la mère ou de l'enfant pour indiquer qu'un bon lui fut offert. Chaque bon pouvait être utilisé comme une partie du paiement (500 shillings tanzaniens) pour une moustiquaire traitée (coût total de 3,000 shillings). Les moustiquaires étaient disponibles dans un réseau de prestataires publics et privés, comprenant des commerçants, des travailleurs médicaux et des chefs de village. Ces agents reçurent un crédit de 550 shillings (incluant des frais de maintenance de 50 shillings) par bon donné par le grossiste ou par le projet lorsqu'ils achetaient les moustiquaires. Les grossistes achetaient les moustiquaires directement du projet et reçurent un crédit de 600 shillings pour chaque bon retourné au projet.

Au total, 23% des plus de 65,000 moustiquaires vendues durant la période du projet furent achetées avec des bons. Les taux de retour des bons furent extrêmement élevés : un total de 8,000 bons furent distribués, et 7,720 d'entre eux furent rendus. Il y eut quelques preuve de plus grande utilisation de bons parmi les femmes les moins pauvres, par opposition aux femmes les plus pauvres (beaucoup desquelles ne pouvaient se permettre d'acheter une moustiquaire, même avec un bon). Cependant, deux ans après que le programme fut établi, la

conscientisation sur le programme parmi les groupes cibles était seulement de 43%, et seulement 12% des femmes avaient utilisé un bon pour acheter une moustiquaire (même si certaines prétendaient en avoir déjà acheté). Il y eut quelques preuves indirectes de mauvais usage ; cependant, leur ampleur fut difficile à mesurer. Néanmoins, il sembla probable que quelques bons furent utilisés par des membres inéligibles de la famille et des familles d'autres zones.

L'évaluation du projet a révélé que beaucoup de temps — plusieurs années — sont nécessaires pour que les gens comprennent et participent au programme. Une campagne promotionnelle qui implique de multiples canaux de communication serait justifiée. Le programme de bons a, cependant servi de lien entre les agents de vente du système de santé et ceux du privé, en optimisant les compétences de chacun pour accroître la couverture en moustiquaires traitées. Finalement, le programme a aussi servi d'outil promotionnel pour mieux sensibiliser – et pour identifier le groupe le plus à risque du paludisme grave – les membres de la famille et les membres de la communauté en général sur les bénéfices pour la santé des moustiquaires.

Source : Mushi, Adiel K., Joanna RM Armstrong Schellenberg, Haji Mponda, et Christian Lengeler, "Targeted subsidy for malaria control with treated nets using a discount voucher scheme in Tanzania," *Health Policy and Planning*, 18(2): 163–71, 2003.

Programme de bons pour les contraceptifs d'urgence chez les jeunes de Zambie

Ce programme de bons fut entrepris comme faisant partie d'une étude à Lusaka et ses environs pour déterminer les canaux les plus efficaces pour assurer des services de contraceptifs d'urgence conviviaux pour la jeunesse. Deux études antérieures avaient démontré (i) que l'accès aux

services de planning familial est sévèrement limité pour beaucoup d'utilisateurs potentiels, incluant les jeunes, dû en partie aux normes culturelles et aux préjugés des prestataires ; et (ii) que les jeunes ne recherchaient pas de contraceptifs d'urgence en partie à cause du manque d'anonymat ou d'intimité dans les cliniques locales ou les centres de soutien psychologique. L'objectif de cette étude était donc d'évaluer, quantitativement et qualitativement, les préférences des jeunes pour les sources d'information et les services.

L'étude a identifié quatre types de travailleurs de santé qui pourraient fournir des informations sur la contraception d'urgence et/ou les pilules contraceptives d'urgence (ECP). Les quatre groupes étaient des pairs-conseillers, situés dans les établissements de santé du secteur public ; des prestataires de services travaillant aux consultations externes dans des cliniques ; des pharmaciens privés et des agents communautaires vendeurs privés de services. Tous les groupes furent formés à fournir des informations sur la contraception d'urgence et distribuer des bons pour les ECP. Le personnel des cliniques publiques et des pharmacies privées fut aussi formé pour fournir des pilules, mais les restrictions réglementaires ont empêché les pairs-conseillers et les agents communautaires de fournir directement les ECP.

Lorsque les utilisateurs potentiels recevaient des informations sur la contraception d'urgence par tout travailleur de santé du programme, ils obtenaient un bon, qui pouvait ensuite être échangé pour un paquet d'ECP, soit par le même travailleur de santé, soit par tout autre prestataire participant au projet. Sur chaque bon, l'agent indiquait l'âge du client, si celui-ci était toujours à l'école ou pas, et pouvait aussi indiquer le type de prestataire qu'il/elle était. Aussitôt que le bon était échangé pour une plaquette de pilules, le fournisseur notait au dos du bon le groupe de prestataire auquel il/elle appartenait. Le nombre de bons donnés à chaque catégorie de travailleurs de la santé était noté afin de suivre les progrès du nombre de contacts établis.

Les prestataires furent approvisionnés en stocks d'ECP. Dans les cliniques publiques, les bons pouvaient être échangés pour les ECP gratuitement. Les pharmacies privées furent autorisées à faire payer, et le prix maximum fut fixé à 500 Kwacha (0,13 \$US). Le prix normal du marché était de 15,000 Kwacha (3,75 \$US). Durant toute l'étude, les bons échangés furent rassemblés mensuellement. Les données furent ensuite traitées, permettant ainsi à la recherche de découvrir la fréquence et les tendances de la distribution et de l'échange des bons.

Entre le 26 février et le 30 septembre 2000, 3517 bons avaient été distribués à quatre types de travailleurs. 1798 d'entre eux avaient été donnés aux clients et 421 avaient été échangés par des femmes qui avaient entre 12 et 45 ans. Les pharmaciens ont clairement émergé comme étant les prestataires d'ECP les plus fréquemment utilisés, même s'ils étaient aussi parmi les plus difficiles à coordonner et à organiser pour la formation. Leur approche assez anonyme, quoique peut-être moins qu'idéale d'une perspective de l'information, en a fait la source d'information et d'ECP la plus utilisée. Les jeunes avaient tendance à se méfier des prestataires plus traditionnels de services de planning familial. Le deuxième choix de prestataires variait en fonction de l'âge, les pairs-conseillers étant plus populaires parmi les plus jeunes et les infirmiers et cliniques étant plus populaires parmi les clients plus âgés.

Source : Skibiak, John P., Mangala Chambeshi-Moyo et Yusuf Ahmed, "Testing alternative channels for providing emergency contraception to young women," 2001.

Programme de bons du Projet « Nyeri Youth Health » au Kenya

Le projet Nyeri Youth Health (NYHP) est un projet pilote communautaire pour les jeunes vivant à Nyeri, la capitale de la Province Centrale

du Kenya, patrie des Kikuyu, le groupe ethnique le plus important du Kenya. Le projet est un effort de collaboration entre le Population Council et le Family Planning Association du Kenya. Des études antérieures à Nyeri avaient révélé que les jeunes et les parents préféraient que des adultes, plutôt que des pairs, donnent des informations sur la santé sexuelle et reproductive aux jeunes (cela est caractéristique de la culture locale des Kikuyu).

Les objectifs du NYHP, ciblant les personnes non mariées âgées entre 10 et 24 ans (ainsi que les adultes qui ont de l'influence dans ce milieu), étaient de :

- retarder le début de l'activité sexuelle parmi les jeunes n'étant pas encore sexuellement actifs.
- empêcher les jeunes qui ont de l'expérience en matière de sexualité de souffrir des conséquences négatives de l'activité sexuelle.
- créer un milieu d'information et de services sur la santé reproductive sensible aux besoins des jeunes.

Le projet fut mené durant trois ans et eut deux composantes : l'information et la référence, et la prestation de services. Des éducateurs adultes furent utilisés pour la composante *information*. De jeunes parents furent recommandés par la communauté pour servir de "Friends of Youth" (FOY) ou « Amis des Jeunes », et ils étaient payés des honoraires pour leurs services. Ils furent formés et assignés à une zone d'opération. Ils contactèrent les jeunes par le biais de groupes et d'institutions existants, ou ils constituèrent leurs propres groupes de jeunes. A la fin de la période pilote (1998-2000), à peu près un tiers des jeunes dans la zone du projet avaient eu un contact direct avec un FOY.

Dans la composante *service*, un réseau de prestataires de services privés et publics fut utilisé pour atteindre le plus grand nombre de jeunes. Les connaissances des prestataires furent mises à jour et ils furent formés sur les « contacts avec la jeunesse ». Au total, il y avait 12

points de services participant au projet – dont sept cliniques privées, deux établissements publics, un laboratoire, un pharmacien et un conseiller. Les FOY avaient distribué des bons et une liste de prestataires de services aux jeunes. De plus, les prestataires de services pouvaient utiliser le bon pour référer les jeunes chez d'autres prestataires, tels qu'un labo pour des tests, si nécessaire. Le bon donnait droit au jeune de recevoir des services à un prix subventionné. Le programme avait été conçu pour que toutes les parties contribuent aux frais pour fournir le service. Le jeune payait 50 SHK (environ 0,60 \$US), les prestataires renonçaient à leurs frais de consultation, et le FPAK payait tous les frais en sus de cela, y inclus les médicaments pour le traitement des IST et les tests de labo. Si le jeune ne pouvait payer les honoraires, il en était exempté.

Le bon avait lui-même trois sections: une section était retenue par le FOY pour noter qui avait été référé, les deux autres sections étaient données aux jeunes qui, à leur tour, les donnaient au prestataire. L'une de ces deux sections était soumise au Family Planning Association of Kenya (FPAK) avec le diagnostic et le traitement offert afin que FPAK puisse rembourser les frais des services. Les bons avaient des numéros de série. Si un coupon était distribué par un FOY, mais pas rendu FPAK — signifiant que le jeune n'a pas eu recours aux services — le FOY distributeur recevait le numéro de série du coupon et faisait le suivi avec le jeune. Durant

la phase pilote du projet, presque 100% des bons furent utilisés, car les bons permettaient aux jeunes d'économiser leur argent et parce qu'il y avait un mécanisme de suivi si les services n'étaient pas recherchés dans un temps raisonnable.

Au cours du projet de 3 ans, 2,800 jeunes ont été référés et ont reçu des services en utilisant ce système. La majorité des jeunes ont reçu un traitement pour les IST (environ 55%). Après cela, le planning familial fut le service le plus populaire reçu par les filles (15%) et la circoncision pour les garçons (15%). Au départ, la circoncision n'était pas l'un des services offerts, mais les jeunes hommes dans la zone du projet avaient demandé à ce qu'il soit fourni, car il faisait partie d'un rite de passage à l'âge adulte socialement reconnu. Le coût du FPAK pour subventionner les services était à peu près de \$7 par contact.

Une évaluation du programme a révélé qu'en 2001, comparé à 1997, moins de garçons et de filles Nyeri avaient été initiés au sexe, plus se sont abstenus ou avaient utilisé des préservatifs, moins avaient eu des partenaires multiples, et plus communiquaient avec un parent ou un autre adulte. Par contraste, le comportement dans une zone de contrôle avoisinante avait empiré pendant la période.

Source : Erulkar, Annabel, Communication personnelle transmise par Anna Gorter, 2003.

Etudes de Cas de Contractualisation pour la Prestation de Services de Santé en Afrique

La Contractualisation pour des Services Hospitaliers au Zimbabwe

Au Zimbabwe, le Ministère de la Santé a maintenu un contrat de longue date avec Wankie Colliery, un hôpital de 400 lits, pour fournir les services du niveau hôpital de district. Les patients qui sont caractérisés comme étant du « ressort du gouvernement » (les patients exemptés du recouvrement des coûts dans les hôpitaux publics) pouvaient être traités à l'hôpital sur une base de paiement pour services reçus. Un fonctionnaire du gouvernement posté à l'hôpital certifiait l'éligibilité du patient, le patient était traité, et l'hôpital envoyait la facture du traitement au Ministère de la Santé.

Le premier contrat fut signé dans les années 50, sans un processus d'appel d'offre compétitif et poussé par le manque d'hôpitaux du gouvernement dans la zone. Le contrat ne spécifiait pas les coûts des prestations au public, bien qu'un système de recouvrement des coûts par service a pris effet au début du contrat. Il n'y avait pas de contrôle officiel de la qualité des services ni de la mise en oeuvre du contrat.

Une analyse de ce contrat par McPake et Hongoro en 1995 a révélé plusieurs leçons im-

portantes. Parce qu'il n'y avait pas de concurrence et que le gouvernement lui-même n'offrait plus de services, la position monopolistique de Colliery dans le district fut renforcée, plutôt que d'être affaiblie par le contrat. Cela et l'échec du gouvernement de filtrer convenablement les patients pour leur capacité à payer et leurs besoins en services hospitaliers a mené à une utilisation de services excessive.

L'expérience ne permettait pas de contrôler les coûts qui ont décollé du à une utilisation excessive des services et du système de paiement par acte. A peu près 70% des dépenses récurrentes provinciales, excluant les salaires, avait été affectées à l'hôpital. L'hôpital n'était toutefois accessible qu'à une minorité de la population. L'absence de personnel qualifié pour suivre convenablement la mise en oeuvre du contrat et filtrer les patients fut une contrainte importante qui eut des conséquences sur les résultats. Le contrat fut finalement résilié dû aux désaccords sur les révisions (Mills 1997).

Source : McPake, Barbara et Charles Hongoro, "Contracting Out of Clinical Services in Zimbabwe," *Social Science and Medicine*. 41(1): 13-24, 1995.

Mills, Anne (1997). "Contractual relationships between Gouvernement and the commercial private sector in developing countries", in *Private health providers in developing countries: serving the public interest*, ed. Sara Bennett, Barbara McPake, et Anne Mills, Zed Books: London & New Jersey, p. 189-213.

La Contractualisation de Généralistes en Afrique du Sud

Dans les provinces du Cap Occidental et du Cap Oriental de l'Afrique du Sud, les gouvernements provinciaux ont des contrats de longue date (datant de l'ère de l'apartheid) avec les généralistes, désignés sous le nom de 'chirurgiens de district à temps partiel', pour fournir des services cliniques et autres services médicaux dans une zone géographique définie, à majorité rurale. L'Afrique du Sud a un secteur privé bien développé, et peu de généralistes sont disposés à travailler pour le secteur public, particulièrement dans les zones rurales. Les départements de la santé des gouvernements provinciaux ont donc contractualisé des médecins privés pour travailler à temps partiel pour fournir essentiellement des services de soins primaires curatifs dans les zones rurales. Les contrats comprennent un accord de paiement contre services, spécifiant une liste des services médicaux à fournir.

Une analyse de ce programme de contractualisation (Palmer 2003; Palmer and Mills 2003) a trouvé que les contrats étaient incomplets et ouverts à l'interprétation par les praticiens. Aucune norme de qualité n'était mentionnée dans le contrat. Des sanctions (résiliation de contrat) pour négligence, pour violation des clauses, ou pour mauvaise conduite étaient incluses dans le contrat ; cependant, des exemples sur ce qu'étaient ces mauvaises conduites n'étaient pas donnés. Un grand nombre des praticiens interrogés ont affirmé qu'il y avait très peu de contrôle ou de surveillance. Les interactions entre l'acquisiteur de services et le

prestataire étaient plutôt gouvernées par des relations interpersonnelles, et un sens de dépendance mutuelle a promu la coopération entre eux.

Les gouvernements provinciaux dépendaient des praticiens pour le service, vu qu'il n'y avait pas suffisamment de prestataires pour promouvoir la concurrence et les prestataires dépendaient du contrat pour leurs revenus. De plus, la volonté des prestataires à fournir des soins de qualité fut motivée par une nécessité de maintenir leur réputation, particulièrement parmi les communautés auxquelles ils étaient étroitement liés. La qualité des soins variait beaucoup. En outre, de nombreux praticiens travaillaient sans contrat réel.

Dans ce cas, un type de contrat relationnel, plutôt qu'un contrat classique, s'est développé, car la capacité et les ressources des gouvernements provinciaux à spécifier et à contrôler des services complexes, en particulier dans les zones rurales, étaient limitées. Les faiblesses du contrat officiel signifiaient que les praticiens décidaient eux-mêmes comment assurer les services, avec pour motivation clé, leurs normes professionnelles et éthiques.

Sources : Palmer, Natasha et Anne Mills, "Classical versus Relational Approaches to Understanding Controls on a Contract with Independent GPs in South Africa," *Health Economics* 12: 1005-20, 2003.

Palmer, Natasha, "Does Duty Call: Contracts and GPs in South Africa," *Insights Health*, mars 2003.

La Contractualisation de Services de Santé de Base en République Démocratique du Congo

Ce projet de santé, financé par la Banque mondiale à hauteur de 49 millions de \$US, est une sous-composante d'un Programme de Recons-

truction et de Réhabilitation Multisectoriel d'Urgence (PRRMU) de la République Démocratique du Congo (RDC). A peu près 90% du financement vint sous la forme d'une subvention de la Banque. 42 millions de \$US servirent à couvrir 67 zones de santé et 8 millions de personnes. Les autres 7 millions de \$US furent utilisés pour fournir un soutien et un renforcement institutionnel au niveau central et provincial. Le projet démarra en septembre 2003.

Les services de santé en RDC sont répartis selon un système de zones de santé, desquelles 50% sont co-gérés par des ONG ou d'autres agences. Le rôle de la contractualisation était dans ces zones de santé, de faire passer les projets existants à l'échelle pour fournir « une offre minimum de soins », et aider le gouvernement à renforcer les institutions nécessaires à la prestation de services de santé dans le long terme.

Le projet a été mis en œuvre en deux phases. La Phase I vise à couvrir les zones de santé cibles, et la Phase 2 implique le développement d'une stratégie à long terme et le renforcement des capacités centrales et provinciales.

Pour la Phase 1, neuf ONG furent choisies, en se basant sur leur présence et sur leur succès à fournir des services de santé dans les zones cibles, principalement le long de la Route Nationale Une (HZ). D'autres facteurs de sélection incluaient l'intérêt à étendre les services aux alentours du HZ ; la capacité à fournir un large éventail d'assistance ; un maximum de 12% de frais administratifs; une bonne relation de travail avec les communautés et les autorités locales, un bon palmarès en gestion de ressources, et une volonté à co-gérer des projets ayant les bureaux médicaux régionaux et municipaux.

Les ONG choisies reçurent un contrat initial de 80,000 \$US pour:

- visiter chacune des zones de santé
- discuter du projet avec les autorités locales et régionales
- visiter les bureaux médicaux municipaux et régionaux pour discuter de la mise en œuvre du projet

- compléter un inventaire rapide pour chaque zone de santé
- évaluer les besoins en réhabilitation
- écrire une proposition de projet complète et son budget
- élaborer un plan d'action annuel, avec budget.

Deux agences devaient superviser les ONG. Le MS suivait les aspects techniques du projet. Le MS, à son tour, a signé un protocole d'accord avec le Bureau Central de Coordination (BCECO), qui a servi d'agence de gestion des contrats des ONG et s'est occupé de la conformité des questions de passation de marchés et fiduciaires.

Le projet est au stade initial; cependant, plusieurs questions ont déjà émergé. La passation des marchés est devenu problématique dû aux différences d'interprétation des directives pour les marchés. Ceci fut résolu avec l'aide d'un spécialiste en passation des marchés de la Banque. Le concept d'un *Plan d'Approvisionnement Annuel* fut aussi introduit en 2004. Les autres défis incluent le besoin de motiver des fonctionnaires mal payés pour suivre les contrats de façon efficace, trouver l'équilibre entre le besoin d'une suivi plus rapproché et des coûts élevés, et s'assurer que la conformité aux normes de gestion financière demeure une priorité.

Source : Eva Jarawan, Spécialiste Principale de la Santé, AFTH3, Banque Mondiale.

La Contractualisation des Services de Nutrition: Le Projet Secaline à Madagascar et le Projet de Nutrition Communautaire au Sénégal

Le projet Secaline à Madagascar et le Projet de Nutrition Communautaire (PNC) au Sénégal sont deux exemples de contractualisation dans lesquels une approche de gestion déléguée de contrats fut utilisée afin de mettre en œuvre des projets de nutrition à grande échelle ciblant les enfants et les femmes enceintes et allaitantes.

Secaline fut financé principalement par l'UNICEF (91%), puis les contributions des utilisateurs, le Gouvernement de Madagascar, la Banque Mondiale, le Programme Alimentaire Mondial, et le Gouvernement du Japon contribuèrent au reste. Le PNC fut financé par la Banque Mondiale, le Programme Alimentaire Mondial, la KfW, le gouvernement et les contributions des communautés. Les deux projets ont ciblé les femmes et les enfants vivant dans des zones pauvres et semi-urbaines dans le cas du Sénégal et pauvres et rurales à Madagascar, et qui n'étaient pas suffisamment desservies par le gouvernement ni par d'autres prestataires.

Le projet Secaline a couvert 534 villages dans deux régions, servant plus de 300,000 personnes, et le PNC a couvert des quartiers pauvres de 14 villes, servant plus de 200,000 personnes. Les deux projets ont fourni les services suivants au niveau communautaire:

- le suivi mensuel de la croissance des enfants inscrits au programme
- des sessions hebdomadaires d'éducation sur la nutrition et la santé pour les femmes
- la référence vers les services de santé pour les enfants et les femmes enceintes non vaccinés, pour les enfants sévèrement malnourris ou pour les bénéficiaires malades
- des visites à domicile pour le suivi des bénéficiaires référés ou n'utilisant pas les services disponibles
- des suppléments alimentaires aux enfants malnourris
- un accès amélioré à l'eau (Sénégal) ou la référence vers un fonds social pour des activités génératrices de revenus (Madagascar).

A Madagascar, les services étaient fournis par un travailleur communautaire de nutrition (CNW), généralement une femme du village, et au Sénégal, par un Groupement d'Intérêt Economique (GIE), une entité légale comprenant un groupe de quatre jeunes, typiquement sans travail auparavant, vivant dans le quartier ciblé. Ces travailleurs étaient formés par le personnel

du projet (Madagascar) ou par des consultants ou des institutions de formation locaux (Sénégal); ils étaient supervisés par des ONG (Madagascar) ou d'autres GIE (Sénégal). Tous les rapports étaient contractuels.

Dans les deux projets, les fonctions suivantes ont été contractualisées : la gestion d'ensemble du projet, la prestation de services, la supervision, la recherche et la formation (à des consultants ou institutions locaux). A Madagascar, une unité de gestion du projet liée au bureau du Premier Ministre et deux unités de gestion régionales furent établies pour gérer les contrats pour le gouvernement. Des ONG furent contractualisées (via un processus ouvert d'appel d'offres) pour gérer les CNW (choisis sur la base de critères stricts, et avec un contrat verbal).

La coordination technique et la gestion du projet coûtèrent 13% du coût du projet à Madagascar. Dans le PNC, Agetip, une ONG, a signé une convention avec le gouvernement pour mettre en œuvre le projet. Elle a contractualisé des ONG et des GIE locaux (via un appel d'offres ouvert), qui à leur tour, ont supervisé d'autres GIE (également contractualisés grâce à un appel d'offres ouvert) assurant les services. Agetip a fait payer au gouvernement 17% des coûts du projet pour la gestion, le suivi et l'évaluation du projet.

Les contrats avec les ONG et GIE spécifiaient le travail à effectuer ainsi que les résultats attendus. Le nombre minimum de services à fournir était spécifié, tel que le nombre de personnes qui doivent être présentes aux sessions éducatives hebdomadaires. Le système de gestion de l'information des deux projets a servi à suivre la performance. Une supervision étroite par Agetip et par les unités du projet a amoindri le risque de données falsifiées. Au Sénégal, la concurrence fut encouragée entre les groupes de jeunes locaux ainsi qu'entre les ONG pour obtenir le contrat et pour le mettre en œuvre convenablement afin qu'il soit renouvelé par la suite. A Madagascar, vu que le projet était situé dans les zones rurales avec peu de concurrents, la qua-

lité fut assurée en permettant à un centre de rester ouvert uniquement s'il répondait à des normes strictes.

Le projet Secaline et le PNC furent capables d'accomplir de très bons résultats en utilisant le secteur privé et les membres de la communauté — qui n'étaient pas des professionnels de la santé—pour fournir des services de nutrition. Les deux programmes ont considérablement réduit le taux de malnutrition (de 20%–30% à 5%–10% à Madagascar; et de 60%–70% à 20%–30% au Sénégal). Au Sénégal, dans les quartiers cibles, la malnutrition sévère a disparu chez les enfants âgés de 6 à 11 mois, et la malnutrition modérée chez ceux âgés de 6 à 35 mois a baissé de 28% à 24%. La forte contribution des bailleurs de fonds à ces programmes

soulève la question de la viabilité, bien que les programmes l'aient abordée par le biais du renforcement des capacités aux niveaux communautaire et institutionnel.

Source : Marek, Tonia, Issakha Diallo, Biram Ndiaye, et Jean Rakotosalama, "Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar," *Health Policy and Planning*, 14(4): 382–89, 1999.

Contact : Tonia Marek, Spécialiste Principale en Santé Publique, AFTH2, Banque Mondiale, tmarek@worldbank.org

Références

- ^I Rapport national de la Guinée sur la Santé et la Pauvreté, Banque Mondiale/Ministère de la Santé de la Guinée, juin 2003.
- ^{II} République Islamique de Mauritanie, Rapport national, Banque Mondiale/Ministère de la Santé de Mauritanie, 2004
- ^{III} Marek Tonia, Eichler Rena et Schnabl Philip, “Resource Allocation and Purchasing in Africa: what is effective in improving the health of the poor?”, Banque Mondiale, Document de Travail sur le Développement Humain de la Région d’Afrique — No. 74, août 2004.
- ^{IV} Nezhir Ould Hahmed, Mohamed et Soucat, Agnès, “Santé et Pauvreté en Mauritanie: Analyse et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté,” Région Afrique, Banque Mondiale, juin 2004.
- ^V Banque Mondiale, “Guinea Country Status Report,” Projet, Washington, D.C., 2003.
- ^{VI} Banque Mondiale, “Santé et Pauvreté au Burkina Faso,” Washington, D.C., juin 2003.
- ^{VII} Présentation effectuée par l’association kenyane d’hôpitaux privés, de maisons de santé et de propriétaires de cliniques, KAPH, à l’Atelier de Nairobi sur les PPP, le 28–29 juin 2004.
- ^{VIII} De Roodenbeke, Eric, “Purchasing hospital services in mutual health insurance in Ghana: fiscal sustainability and strategic purchasing of priority health services,” Banque Mondiale, Washington D.C., 2004.
- ^{IX} Adama Ouédraogo, “Etude sur l’apport des structures sanitaires privées à la vaccination de routine,” MS/Union Européenne, République Islamique de Mauritanie, 2003.
- ^X Natasha Palmer, Anne Mills, Haroon Wadee, Lucy Gilson, Helen Schneider, “A new face for private providers in developing countries: what implications for public health?”, Bulletin de l’OMS, 81 (4), 2003.
- ^{XI} Adaptation de Sandra Mac Donagh, Susan Murray, Tim Ensor, “Examining the role of private maternity services in Nepal, India and Tanzania,” Projet de revue littéraire, King’s College, Londres, 2003.
- ^{XII} Unité du MS/IMCI, République de l’Ouganda, “Utilizing the potential of formal and informal private practitioners in Child survival in Uganda,” août 2001, citant Omaswa, Francis, “Quality of care in private medical practice,” 1999.

- XIII République Unie de Tanzanie, "Technical Review 2005: Public private partnership for equitable provision of quality of health services," Rapport Final, Revue Technique Indépendante au nom du Ministère de la Santé, du Bureau du Président, de l'Administration Régionale et du Gouvernement Local, et du Gouvernement de Tanzanie, mars 2005. hera@herabelgium.com
- XIV Banque Mondiale, "Improving Health, Nutrition, and Population Outcomes in Sub-Saharan Africa: The Role of the World Bank," Washington, D.C., décembre 2004.
- XV Palmer et al, OMS, 2003.
- XVI Abdelkrim Smine, Khady Diouf, Nancy Blum, "Antimalarial drug quality in Senegal," USP drug Quality and Information Program, U.S. Pharmacopeia, 2002. uspdqi@usp.org
- XVII Charles Maponga, Clive Ondari, "The quality of antimalarials: a study in selected African countries," OMS.EDM/PAR/2003.4, OMS, Genève, mai 2003.
- XVIII Omaswa, Francis, "Quality of care for under- five children in private medical practice in Urbain and peri-Urbain areas in Uganda," Ministère de la Santé, Kampala, juillet 1999.
- XIX Vicki Marsh, Wilfred Mutemi, "Private sector drug retailers and malaria control in Kenya," Insights Health, mars 2003. www.id21.org
- XX Palmer Natasha et al, Bulletin de l'OMS, 2003.
- XXI "Compte rendu de l'atelier de restitution des résultats de l'étude sur la surtarification et les pratiques parallèles dans les hôpitaux nationaux de Conakry," Ministère de la Santé, Guinée, juin 2003.
- XXII Conseillers Financiers du Kuawab, "Study on malaria financing and expenditures in Ethiopia," Addis Ababa, Ethiopie, août 2002.
- XXIII Alfred Obuobi, M. Pappoe, S. Ofusu-Amaah, Prince D.Y. Boni, "Private health care provision in the greater Accra region of Ghana," PHR/Abt, Small Applied Research Paper No. 8, juillet 1999.
- XXIV MS Sénégal/ADIRA Études et Conseils, "Mise en place d'une politique pérenne de motivation des personnels de la santé," juillet 2003.
- XXV Ministère de la Santé, "Analyse des indicateurs de santé et population dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté au Sénégal," Étude, Sénégal, 2002.
- XXVI Communication par Dr. Mame Cor Ndour, du Ministère de Santé du Sénégal, à l'Atelier sur les PPP à Nairobi, Kenya, 28-29 juin 2004.
- XXVII Directeur des Services Médicaux du Kenya, Commentaires d'Ouverture de l'Atelier PPP à Nairobi, Kenya, Banque Mondiale, 28-29 juin 2004.
- XXVIII THETA, "Innovation or re-awakening? Roles of traditional healers in the management and prevention of HIV/AIDS in Uganda," Rapport Participatif d'Évaluation, octobre 1998.
- XXIX April Harding , Alexander Preker, eds., "Private participation in health services handbook," Séries HNP, Banque Mondiale, Washington, D.C., 2002, citant Hanson & Berman, 1998.
- XXX MS et GTZ, "Rapport final de l'étude sur les pratiques parallèles dans les hôpitaux nationaux en Guinée," Conakry, Guinée, 2003.
- XXXI Stephen Jan, "Public sector doctors with second jobs," Insights Health, mars 2003. www.id21.org
- XXXII Stephen Jan, Ying Bian, Manuel Jumpa, Qingyue Meng, Norman Nyazema, Phusit Prakongsai, Anne Mills, "Regulating dual job holding amongst public sector health workers in developing countries," Étude, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2004.
- XXXIII Alex Preker, "Voluntary health insurance in development: review of role in the

- Africa Region and other selected developing Pays experiences,” Note de Concept, Banque Mondiale, octobre 2004.
- XXXIV Gorter A, P. Sandiford, Z. Segura, C. Villabella, “Improved health care for sex workers: a voucher programme for female sex workers in Nicaragua”, article provenant du No. 2 du ‘Research for Sex Work’, août 1999.
- XXXV Gorter A, P. Sandiford, Z. Segura, C. Villabella, “Improved health care for sex workers: a voucher programme for female sex workers in Nicaragua”, article provenant du No. 2 du ‘Research for Sex Work’, août 1999.
- XXXVI “A Guide to Competitive Vouchers in Health,” Banque Mondiale, 2005.
- XXXVII Ngalande-Banda et Walt, 1995.
- XXXVIII Bennet, Ngalande-Banda, 1994.
- XXXIX Lilani Kumaranayake, Sally Lake, Phare Mujinja, Charles Hongoro, Rose Mpembeni, “How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe,” *Health Policy and Planning*, vol. 15(4), alinéas 357–67, 2000.
- XL Simon Delay, Lucy Gilson, David Hemson, Keith M. Lewin, Mphela Motimele, Rebecca Scott, Haroon Wadee, “South Africa: study of non-state providers of basic services,” Université de Birmingham, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Université de Loughborough ; Université de Sussex, Université de Witwatersrand, Étude, 2004.
- XLI Hilary Standing, Gerald Bloom, “Where there is no regulator,” *Insights Health*, mars 2003. WWW.id21.org
- XLII Adaptation de J. Perrot et E. de Roodenbeke, éditeurs, “La contractualisation dans les systèmes de santé: pour une utilisation efficace,” à être publié.
- XLIII Mills, A. et J. Broomberg. 1998. ‘Experiences of contracting: An overview of the literature. *Macroeconomics, Health and Development Series Nbr. 33*’. Organisation Mondiale de la Santé.
- XLIV Broomberg, Masobe, et Mills, 1997.
- XLV Benjamin Loevinsohn, April Harding, “Contracting for the delivery of community health services: a review of global experience,” Banque Mondiale, septembre 2004.
- XLVI Marek, T., Yamamoto, C., Ruster, J., “Private Health,” *Viewpoint Note No. 264*, Banque Mondiale, juin 2003.
- XLVII Communication by Source: Dr. Housseini Bah, Pharmacie Centrale de Guinée. Pharma_centrale@yahoo.fr
- XLVIII Joseph Naimoli, “Partnerships within the public sector to achieve health objectives: Performance-based management in an evolving decentralized public health system in West Africa: The case of Burkina Faso,” Banque Mondiale, Washington, D.C., mars 2003.
- XLIX Oliver Mudyarabikwa, Denford Madhina, “An assessment of incentive setting for participation of private for profit health care providers in Zimbabwe,” *PHR*, novembre 2000.
- L Kigundu John, Naisho Joyce, “Afrifya programme evaluation report,” Kenya, mai 2003.
- LI Conseillers Financiers du Kuawab Business Consultants, “Study on malaria financing and expenditures in Ethiopia,” Addis Ababa, Ethiopie, août 2002.
- LII Adaptaté de Jean Perrot et Eric de Roodenbeke, éditeurs, “La contractualisation dans les systèmes de santé: pour une utilisation efficace,” à être publié.
- LIII Henrik Axelsson, Flavia Bustreo, April Harding, “Private sector participation in child health,” Banque Mondiale, mai 2003.

