

Élaboration des outils destinés à l'implémentation, le suivi et l'évaluation du Projet Pilote d'extension de la couverture des Services de Santé de Base

**Programme de Réorganisation et de rationalisation du Système
National de Santé - Prêts 1009/SF-HA**

Rapports sur le modèle de contractualisation et le processus de sélection des fournisseurs des services de santé dans les six UCS du projet pilote MSPP-BID

soumis à

**l'Unité de Gestion de Coordination (UGC) du Projet MSPP-
BID**

par le Groupement USI-CHUM / SNC-Lavalin / LGL SA



SNC • LAVALIN

Rapport préparé par :

Valéry Ridde, Ph. D. santé publique*

avec la collaboration de :

Abel Bicaba, médecin*
Cristian Morales, économiste de la santé*
Tania Pierres-Charles, médecin**

* consultants, consortium Unité de santé internationale de l'Université de Montréal-CHUM, SNC-Lavalin et LGL, SA

** coordinatrice, consortium USI-Université de Montréal-CHUM, SNC-Lavalin et LGL, SA

TABLE DE MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
2	LA CONTRACTUALISATION DANS LE CONTEXTE HAÏTIEN	2
3	LA CONTRACTUALISATION DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL	7
4	LE MODELE DE CONTRACTUALISATION.....	12
5	LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET PILOTE.....	21
6	LA STRUCTURE-TYPE ET LE CONTENU DU CONTRAT	22
7	REFERENCES	27
8	ANNEXES	29

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : les éléments du contexte influençant la nature des relations contractuelles en Haïti....	7
Tableau 2 : Eléments et options possibles pour le modèle de contractualisation	14
Tableau 3 : Activités et résultats attendus des trois phases de démarrage du projet pilote.....	22
Tableau 4 : Eléments et options possibles pour les prestations de services	23
Tableau 5 : Comparaison du budget prévu avec celui proposé.....	24
Figure 1 : Les éléments du contexte influençant la nature des relations contractuelles.....	3
Figure 2 : Le modèle de contractualisation	19
Figure 3 : L'agencement des acteurs concernés par la contractualisation au sein du projet pilote	20
Figure 4 : Modèle contractuel employé dans une province du Rwanda	26
Figure 5 : Critères de sélection de l'ONG.....	35

RÉSUMÉ

Rédigé après l'atelier de validation des 19 et 20 février.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement l'ensemble des membres de l'unité de gestion et de coordination du projet MSPP/BID pour leurs appuis et leurs conseils tout au long de cette mission.

Nous remercions également les responsables des diverses institutions et organisations non gouvernementales qui ont bien voulu nous recevoir et partager avec nous leurs connaissances et leurs points de vue sur les différents éléments de l'approche contractuelle.

LISTE DES SIGLES

BID	Banque Interaméricaine de Développement
B-UCS :	Bureau de l'UCS (équipe de district)
COGES :	Comité de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CS :	Centre de Santé
CSL	Centre de santé sans lit
DDS :	Direction départementale de la santé
DOSS :	Direction d'Organisation des Services de Santé
DPCE :	Direction de Planification et de Coopération Externe
DSF :	Direction de la Santé de la Famille
MDM :	Médecin du Monde
MSF :	Médecin Sans Frontières
MSSP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MSPP/BID	Ministère de la Santé Publique et de la Population/Banque Interaméricaine de Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF :	Planification Familiale
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PMS	Paquet Minimum de Service
PTME :	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PROMESS :	Programme de Médicaments Essentiels
SSPE :	Services de santé de premier échelon
TdR :	Termes de références
UCS :	Unité Communale de santé
UGC :	Unité de Gestion et de Coordination

« La Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la Santé [...] INVITE INSTAMMENT les Etats Membres [...] à élaborer des politiques contractuelles qui maximisent l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmonisent les pratiques de chaque acteur de manière transparente pour éviter les effets négatifs » OMS, 28 mai 2003.

1 Introduction

Impliquer le secteur non gouvernemental pour la fourniture des services de santé à caractère public est l'un des défis actuels des systèmes de santé, tel que les experts réunis à la réunion de Montreux « Making Health System Work » en avril 2005 l'ont récemment affirmé. Pour ce faire, la contractualisation avec ce secteur est l'une des modalités organisationnelles potentielles [1]¹, à tel point que l'OMS, à la suite de sa déclaration de 2003 incitant les États membres à y faire recours, vient de créer un site internet² à ce sujet et un de ces experts a dirigé un ouvrage collectif [3]. C'est dans cette mouvance internationale que s'inscrit le programme de réorganisation et de rationalisation du système national de santé (prêts 1009/SF-HA) en Haïti (ci-après projet MSPP-BID), coordonné par une unité de gestion et de coordination (UGC). Au sein de ce programme est mis en œuvre un projet pilote d'extension de la couverture de services de santé de base auprès de 350.000 bénéficiaires potentiels. Les promoteurs de ce projet centré sur six UCS du pays ont décidé *a priori* de faire recours à l'approche contractuelle où l'acheteur (le projet pilote) fournira les fonds nécessaires à la prestation des services de santé à des sous-traitants à travers un document contractuel. Voilà pourquoi, il a été demandé à l'équipe de l'Unité de Santé Internationale-UdeM-CHUM, SNC Lavallin et LGL SA de produire certains outils utiles à ce processus. Il est notamment demandé de fournir : i) un rapport sur le recrutement et le paiement des fournisseurs des services de santé et, ii) des « termes de références » pour le recrutement des fournisseurs des services de santé.

Les questions auxquelles il faut donc tenter de répondre sont les suivantes :

- Comment doit-on procéder pour recruter les prestataires des services de santé de base ?
- Quel système devra-t-on mettre en œuvre pour gérer et payer ces prestataires ?

Or, pour être en mesure de produire de tels documents et répondre à ces questions, il faut avant tout être en mesure de préciser de la manière la plus claire possible la façon dont le projet pilote entend mettre en œuvre le processus permettant d'étendre la couverture en services de santé de base. En effet, si les promoteurs du projet ont d'ores et déjà mis en avant le souhait d'employer la contractualisation comme démarche d'implantation et le contrat comme outil favorable à la réussite du projet, il n'en demeure pas moins que de nombreuses options demeurent possibles. L'approche contractuelle dispose d'une myriade d'éléments pour lesquels des choix doivent être effectués. Il n'existe pas de solution miracle et les choix doivent être réalisés en fonction du contexte Haïtien. La reproduction *in extenso* d'expériences et de modalités de mises en œuvre issues de contextes différents sera fort probablement vouée à l'échec.

¹ Ce qui a été expérimenté au Nord dès les années 1950 mais seulement dans les années 1990 au Sud [2].

² <http://www.who.int/contracting/fr>

En septembre 2005 [4], le MSPP a déjà émis l'hypothèse de trois modalités de contrat entre le MSPP et : i) un prestataire qui fournit les services de santé, ii) un prestataire qui fournit en partie les services et qui fait ensuite appel en plus à un réseau d'autres fournisseurs de services, iii) un prestataire ne fournissant pas les services mais administre les fonds qu'il distribue à des fournisseurs de services. Mise à part cette première tentative pour préciser les acteurs concernés et leurs relations, il reste encore beaucoup d'éléments à détailler. Cependant, il nous semble qu'il fait rappeler ici que le projet pilote MSPP-BID ne vise pas essentiellement à tester l'approche contractuelle mais plutôt à employer cette approche dans le but d'« *assurer des services de santé de base de qualité aux groupes les plus vulnérables des populations qui en ont été trop longtemps dépourvues* », tel qu'il a été présenté aux acteurs de terrain en septembre 2005³. Ces services de santé devront reposer sur « *les éléments du PMS* » destinés à 350.000 femmes en âge de procréer et enfants de moins de cinq ans. Le MSPP souhaite évidemment que le processus mis en œuvre dans les six UCS pilote soit évalué dans l'objectif éventuel d'en tirer des leçons pour l'étendre à l'ensemble du territoire national. Le souhait est émis de voir l'État haïtien employer une telle méthode d'allocation des ressources aux bureaux des UCS à la fin du projet, après juillet 2008. Cependant, les modalités contractuelles et le contenu des contrats doivent encore être définis dans le but ultime de fournir des services de santé de base. Certes, « *ce projet pilote sera un espace d'expérimentation d'un modèle de prestation* » [5, p. 2], mais il faut encore trouver les modalités dont le potentiel de succès, dans le contexte d'Haïti, est le plus grand possible. La contractualisation doit en effet reposer sur une démarche pragmatique, « *l'arrangement contractuel est conçu comme un outil qui permet de concilier les intérêts individuels des acteurs en présence* » [3, p.19].

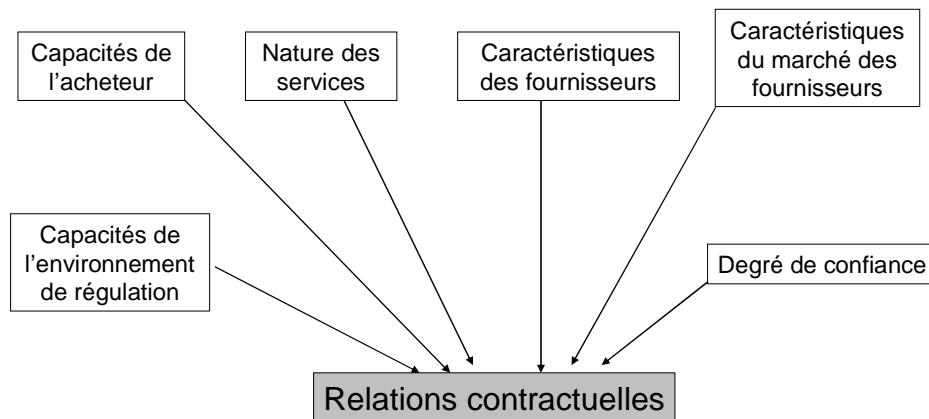
2 La contractualisation dans le contexte haïtien

Aussi, tout en s'inspirant des expériences internationales, qui demeurent très rares et encore peu probantes comme nous le verrons dans le chapitre suivant [6], il faut trouver une solution contextuellement pertinente (*responsiveness*) en prenant en compte la situation actuelle en Haïti. Les spécialistes de l'OMS le disent bien, « *il n'y a pas un type de relation contractuelle qui soit meilleur que l'autre ; le choix doit s'opérer en fonction du contexte* » [3, p. 127]. Nous proposons que le contexte de la contractualisation en Haïti soit étudié au regard des quelques éléments de la figure suivante⁴. Il convient cependant de noter que cette analyse est effectuée *a posteriori*. Comme tous les experts le conseillent, en employant un cadre d'analyse par exemple [2], il aurait en effet été indispensable de réaliser une telle étude de faisabilité de l'approche contractuelle avant de décider de sa mise en œuvre.

³ Atelier d'information des 22-23 septembre 2005, Unité communale de Petit Goave.

⁴ Pour un cadre d'analyse semblable et des expériences sur contrats de performance dans d'autres secteurs que celui de la santé, voir [7]

Figure 1 : Les éléments du contexte influençant la nature des relations contractuelles



Source : [8]

Evidemment cette analyse n'a pas la prétention d'être exhaustive compte tenu du temps dont nous disposons pour la réaliser, mais elle repose sur notre connaissance antérieure et actuelle du contexte et les responsables de l'UGC ont eu l'occasion lors d'une réunion de travail⁵ de commenter notre jugement.

Capacité de l'acheteur :

La séparation des fonctions, entre l'acheteur des services d'un côté, et les prestataires de soins de l'autre, constitue la base théorique de l'approche contractuelle. Aussi, l'évaluation de la capacité de l'acheteur à jouer son rôle de régulation et de coordinateur de la passation des marchés et des contrats demeure essentielle à réaliser. Dans le cas du présent projet, l'UGC peut être considérée comme l'acheteur puisqu'il s'agit du bureau gestion du prêt de la BID au gouvernement haïtien.

Si l'UGC ne semble pas disposer d'expériences en matière d'approche contractuelle pour la dispensation de services de santé, elle a une bonne maîtrise de la passation de marché public et des procédures d'appel d'offre. Elle dispose d'une personne à temps plein (et d'une autre à temps partiel au moment de notre mission) pour la passation des marchés. Certains employés de l'UGC sont aguerris dans cette pratique, à la suite d'expériences professionnelles dans des structures étatiques haïtiennes ou au sein de bailleurs de fonds (USAID) ayant organisés cette approche. Avec l'aide du personnel de la BID des standards-types de contrats en fonction des trois types de marchés (acquisitions, travaux, prestations de services) sont maintenant disponibles. Les règlements de la BID imposent, sauf exceptions argumentées, des procédures différentes en fonction des montants des marchés. Pour la prestation de service qui est au cœur du présent projet, il existe trois niveaux :

1. Gré à gré si montant inférieur à 30.000\$
2. Concours au mérite limité entre 30.000\$ et 200.000\$
3. Appel d'offre international si plus de 200.000\$

L'équipe de l'UGC dispose de l'expérience du processus de lancement des appels d'offre internationaux et notamment des démarches préalables d'évaluation des besoins, d'estimations des coûts et de demande de « non objection » auprès de la BID. Pour l'ensemble du processus des appels d'offres internationaux, on estime qu'il s'étend en moyenne sur 45 à 60 jours.

⁵ Le 17 janvier 2006 au bureau de l'UGC

Il faut ajouter que l'UGC dispose d'un comptable à temps plein qui est chargé, entre autre, de préparer les états financiers pour les audits effectués deux fois par an.

Capacité de l'environnement de régulation :

D'une manière générale, on peut dire que l'environnement politique et institutionnel actuel est précaire. Après des années de conflits internes et de blocages institutionnels, le départ du président puis la mise en place d'un conseil des Sages permet, en mars 2004, la nomination d'un gouvernement intérimaire de transition. En juin, la Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti (MINUSTAH) s'installe. C'est à ce moment que démarre la réflexion visant à doter le pays d'une politique de coopération intérimaire en attendant les élections qui étaient prévues fin 2005. L'objectif est de concevoir l'appui de la communauté internationale par la détermination conjointe des besoins et des programmes couvrant la période de transition allant de juillet 2004 à septembre 2006 [9]. Il s'agit du Cadre de Coopération Intérimaire (CCI) finalisé en juillet 2004, dont l'amélioration de l'accès aux services de base est un des quatre objectifs principaux.

En ce qui concerne la résolution de conflits liés à des passations de marché, s'il existe depuis très peu de temps, compte tenu du « *non fonctionnement du Ministère de l'Administration et de la Fonction Publique* »⁶ une commission nationale dédiée à cette tâche, elle ne semble pas encore avoir véritablement démarré ses activités et ne disposer des moyens nécessaires à cet effet. Des commissions départementales seront également mises en place. Il existe aussi au sein du MSPP un service chargé de la gestion des contentieux administratifs. En Haïti, un décret sur les passations de marché a été promulgué le 14 février 2005 par le président provisoire de la République⁷. La capacité actuelle de faire recours à ces documents et à cette instance d'arbitrage en cas de conflits lors de contrats opposables est fortement limitée. En ce qui concerne les projets financés par la BID, un accord a été signé entre cette dernière et le gouvernement pour régir les passations de marché et les éventuels conflits. Il est précisé que la passation des marchés avec les ressources du prêt de la BID est « *entièrement régie par les procédures prévues dans la présente Annexe Ad Hoc* »⁸. La validité de cette annexe serait étendue jusqu'en janvier 2006.

Dans les contrats que passe actuellement l'UGC, la résolution des conflits est envisagée par un processus organisé à l'aide de trois arbitres. Deux sont désignés par les deux parties en conflits et le troisième est désigné par un consensus entre ces deux entités.

Enfin, tel que déjà souligné dans le rapport initial, il faut rappeler l'absence de loi concernant les UCS et ainsi leur incapacité juridique à signer des contrats. En outre, cette carence légale instaure également un certain flou concerne les rôles et attributions dévolues aux UCS bien que certains documents de politique du MSPP viennent les préciser par ailleurs [10].

Nature des services :

Fournir le paquet minimum des services (PMS) de santé pour les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de cinq constitue, à l'évidence, une mission de service public. Le PMS a été finalisé et validé lors d'un atelier national qui s'est tenu en décembre 2005. Dans le cadre du projet pilote, ce PMS pour les femmes et les enfants concerne les services préventifs et les soins curatifs de la première (SSPE) et de la deuxième ligne (HCR). Il est prévu d'employer une

⁶ Source : Journal Officiel, 160^{ème} année, n°12. Décret fixant la réglementation des marchés publics de services, de fournitures et de travaux.

⁷ Source : note précédente

⁸ Source : Annexe Ad Hoc, LEG/OPR/RGII/IDBDOCS#337902, 12 pages

stratégie avancée pour fournir le PMS aux groupes de population des femmes et des enfants vivant dans des zones d'accès difficile, ce qui aura certainement des incidences sur la pérennité de cette offre de service une fois le projet terminé. Les bureaux des UCS sont chargés du suivi, de la coordination et de la planification des activités des institutions proposant le PMS dans leur aire de responsabilité. Selon nos estimations, le nombre total de femmes en âge de procréer et d'enfants de moins de cinq des six UCS sélectionnées est de l'ordre de 375.000, soit 25.000 seulement de plus que les bénéficiaires prévus à l'origine du projet.

Caractéristiques des fournisseurs :

Comme il a été précisé dans le rapport initial, il subsiste une très forte disparité de présence et de capacité organisationnelle des fournisseurs potentiels des services de santé dans les six UCS. Le secteur public ne dispose que très rarement des ressources humaines et matérielles pour mettre en œuvre le PMS rapidement. Sauf à quelques rares exceptions (Schweitzer, etc), les formations sanitaires privées offrent des services à des bassins de populations restreint. Quant aux ONG internationales, soit elles ne sont plus présentes depuis quelques temps car elles se sont retirées des régions concernées fautes de financements des bailleurs de fonds ou pour d'autres raisons (MDM, MSF), soit elles n'œuvrent également qu'au bénéfice d'une petite partie des populations concernées ou offrent qu'une portion du PMS potentiel. En effet, ces organisations internationales agissent la plupart du temps plutôt dans le soutien aux formations sanitaires et autres services de l'État (DDS) que dans la prestation directe de service. Cette prestation est le plus souvent offerte par des organisations nationales dont le rayonnement est limité géographiquement. En outre, il convient de souligner, même si les consultants n'ont pas eu le temps nécessaire pour rencontrer et évaluer l'ensemble des partenaires potentiels du projet, que très peu d'acteurs présents dans les six UCS possèdent une expérience concrète en matière de contractualisation des services de santé. Les capacités organisationnelles des partenaires potentiels sont des éléments important à noter car « *il faut un degré de maturité des organisations* », nous dit un responsable d'ONG ayant participé au projet de contrat de performance de MSH, pour participer à une telle démarche contractuelle.

Caractéristiques du marché des fournisseurs :

Les visites de terrain dans les six UCS ont permis de comprendre que, globalement, le niveau de concurrence entre les fournisseurs potentiels est très faible. Au Guatemala, ce constat semblable fait au début de l'expérience contractuelle avait incité le ministère à ne pas avoir recours à la concurrence les trois premières années du projet et ne pas user d'indicateurs de performance [2]. S'il existe parfois une myriade d'organisations ou de fournisseurs de services de santé, ceux qui disposent des ressources et des capacités opérationnelles à fournir immédiatement l'ensemble du PMS au bénéfice de la population cible du projet ne sont pas légion. Dans certains UCS, ils peuvent même être totalement absents alors que dans d'autres UCS, le nombre de concurrents potentiels peut être très limité. Or, un nombre limité d'acteurs risque d'entraîner certaines formes de collusion⁹ ou de conflits peu propice à l'atteinte des objectifs du projet. En effet, pour que l'ensemble des bénéficiaires puisse disposer d'un accès aux PMS, il faudra certainement organiser une forme d'alliance entre plusieurs fournisseurs de services. Or, si ces derniers ont été mis en concurrence dans le cadre de ce projet, il y a fort à parier que les perdants n'auront guère envie de collaborer avec le gagnant pour l'organisation d'un réseau intégré de service au sein de l'UCS. Confiance et concurrence ne forment pas toujours un bon duo dans les approches

⁹ Ce que nous avons constaté lors de la même approche organisée par la Banque mondiale en Afghanistan

contractuelles¹⁰. Ceux qui n'auront pas été sélectionnés pourraient se sentir exclus et ainsi ne plus vouloir participer à une quelconque forme de coordination au sein de l'UCS. Cela pourrait être encore plus dommageable si ces exclus fournissaient auparavant des services de qualité et étaient déjà bien en place. Les coûts liés à l'installation de nouveaux acteurs ou au déploiement plus large de fournisseurs déjà présents pourraient être considérables et grever de manière non négligeable le budget consacré à la prestation des services.

Degré de confiance :

Sans avoir ni le temps ni le talent d'effectuer une analyse sociologique contemporaine haïtienne, il n'est pas difficile de dire que la société actuelle est dans une situation des plus chaotiques. Si la société n'est pas complètement déstructurée, les niveaux de violence et d'insécurité tendent à montrer que le degré de confiance interpersonnelle (horizontale) est au plus bas à l'heure actuelle. En ce qui a trait au système de santé, les difficultés soulignées dans le rapport initial sur la participation communautaire, permettent aussi de relever les carences sociétales propices à la confiance entre les individus. Les problèmes de corruptions maintes fois relevés par les institutions internationales¹¹ et la presse locale sont des éléments qui ajoutent des clefs de compréhension à ce phénomène. Au Guatemala, le manque de confiance entre les ONG, le ministère et le personnel de santé a incité les responsables du projet à proposer un modèle de gestion des contrats mixte et pas uniquement, très que prévu, direct où les ONG étaient responsable de tout (*contracting out*) [2].

Quant au degré de confiance de la population haïtienne en ses institutions (verticale) on ne peut pas non plus affirmer qu'elle est très importante. Les multiples reports des élections ainsi que les difficultés liées à l'insécurité ne facilitent aucunement cette confiance. Dans ce contexte, il convient de souligner les relations ambiguës qu'entretiennent les ONG et autres prestataires privés potentiels, avec le gouvernement en général et le MSPP en particulier. Face au foisonnement d'ONG rencontré dans d'habituelles circonstances (le cas des inondations aux Gonaïves est éclairant de ce point de vue), l'État haïtien regarde parfois ces organisations avec un oeil dubitatif. En outre, les bailleurs de fonds, compte tenu de la situation politique, ont ces dernières années majoritairement orienté leurs subventions vers ces acteurs non gouvernementaux au détriment du secteur public. Lors des visites de terrain, certains responsables du MSPP n'ont pas manqué de soulever quelques réserves à l'égard des risques encourus si le projet pilote s'appuie essentiellement sur le secteur privé pour la prestation des services. Au-delà des enjeux idéologiques, ces craintes reposent en partie sur le manque de confiance qui relie les acteurs publics et ceux privés. L'une des priorités relevées par les experts mandatés par l'OMS sur la manière d'intégrer les acteurs non gouvernementaux est assez clair à ce sujet, il faut « *développer les compétences et les attitudes des gestionnaires du secteur public pour qu'ils soient mieux en mesure de travailler avec les fournisseurs privés* » [1, p.8].

¹⁰ Voir le débat amorcé à ce sujet dans le Lancet [11]

¹¹ En 2004, Haïti était classé le dernier des 146 pays sur l'indice de perception de la corruption, voir le classement annuel international à <http://www.transparency.org>

Résumé :

À la suite de cette succincte et forcément limitée analyse du contexte haïtien concernant la relation contractuelle, il est possible, selon la typologie de pertinence contextuelle à trois niveaux de l'approche contractuelle, de penser que nous sommes dans un pays « avec une capacité gouvernementale très limitée pour s'engager dans l'approche contractuelle et une faible capacité du secteur privé à devenir sous-traitant¹² » [12, p.142]. Il semble que cette situation haïtienne ressemble parfaitement à celle du Guatemala lorsque le projet de contractualisation des ONG a été lancé en 1997 [2].

Résumons la situation dans le tableau suivant.

Tableau 1 : les éléments du contexte influençant la nature des relations contractuelles en Haïti

Éléments	Situation en Haïti (janvier 06)
Capacité de l'acheteur	Bonne pour l'UGC et la passation de marchés, limitée pour la contractualisation des services de santé
Capacité de l'environnement de régulation	Instabilité, faible pour les contrats opposables, vide juridique pour les UCS
Nature des services	PMS et mission de service public, importance des B-UCS
Caractéristiques des fournisseurs	Présence et capacités disparates, peu d'acteurs expérimentés dans l'approche contractuelle
Caractéristiques du marché des fournisseurs	Non concurrentiel, risques pour le système de santé intégré si compétition
Degré de confiance	Faible, réserves du secteur public à l'égard du privé

Source : auteurs

3 La contractualisation dans le contexte international

L'objectif de cette section n'est pas de proposer une analyse exhaustive des écrits scientifiques concernant la contractualisation des services de santé. Nous n'en avons malheureusement pas le temps et les ressources. Dans les prochaines lignes, nous voulons juste donner quelques indications de l'état des connaissances actuelles à ce propos dans le seul but de fournir des éléments utiles à la prise de décision de l'UGC quand aux modalités potentiels de mise en œuvre du projet pilote. Une grande partie de cette section ainsi que des développements subséquents sont issus d'un article que nous avons publié en anglais [6].

Les enjeux et les défis de la contractualisation

Sous-traiter les services de santé n'est pas forcément la solution idéale à la prétendue inefficience de l'État lorsque ce dernier fournit les services, d'autant plus que le terme « contrat » revêt une infinité de réalité. Depuis que ce type d'approche s'organise, très peu d'attention semble avoir été accordée au contenu et aux caractéristiques des contrats, de même qu'aux stratégies d'implantation ou de fixation des prix ainsi qu'aux compétences particulières dont les gouvernements doivent disposer [13]. Si les expériences demeurent encore très rares dans les pays du Sud, et nous nous attarderons surtout sur leurs résultats dans une section subséquente, quelques recherches et interventions ont permis de mettre au jour les principaux enjeux et défis d'une telle démarche. Ils peuvent être répertoriés ainsi :

¹² Toutes les citations en anglais ont été traduites librement par l'auteur du rapport

- Création de nouvelles tâches et besoin de nouvelles compétences pour les fonctionnaires
- Mise en place d'une fonction évaluative et d'un système d'information
- Présence de plusieurs prestataires pour que les principes économiques fonctionnent
- Création de coûts de transaction
- Nécessité d'un système bancaire fiable et d'une législation adaptée
- Absence de corruption
- Pouvoir politique stable
- Risque de la recherche du profit au détriment de la qualité

Tout cela relève de ce que l'on appelle le paradoxe des contrats, c'est-à-dire que la contractualisation est proposée comme une solution à l'inefficacité de l'État alors qu'en même temps, elle impose à ce dernier de devenir encore plus performant pour organiser, contrôler et superviser ses sous-traitants. Ceci est d'autant plus illogique que nous savons combien les compétences requises pour faire face aux défis préalablement relevés sont inexistantes ou faiblement présentes dans les pays du Sud. Haïti nous paraît constituer actuellement un bel exemple de ces diverses carences organisationnelles concernant la capacité gouvernementale.

Quelles sont les données probantes concernant la contractualisation des services de santé ?

Il s'agit dans ce chapitre de vérifier en quoi la contractualisation est une stratégie pertinente et efficace dans le contexte des pays du Sud et si cette proposition repose sur des preuves empiriques. La même interrogation concernant la privatisation des services de santé est discutée dans l'annexe 1.

Les contrats en général

Il est commun de distinguer l'organisation de contrats pour la fourniture de deux types de services : médicaux ou non médicaux. L'ouvrage de Mills et ses collègues [12] est des plus précieux puisqu'il relate une recherche concernant la mise en œuvre de la contractualisation dans cinq pays : Ghana, Zimbabwe, Inde, Sri Lanka et Thaïlande. Ainsi, nous apprenons que la contractualisation a principalement été organisée pour des services non médicaux. En outre, si l'écriture des contrats était facilitée par la présence d'experts internationaux, disent-ils, cela devenait bien plus complexe lorsqu'il s'agissait de définir des critères de qualité. Les contrats étudiés demeuraient relativement muets en ce qui concerne les sanctions infligées en cas de non-respect des clauses de performance. La plupart des contrats pour les services non médicaux ont été accordés après un processus compétitif clair, ce qui n'a pas été le cas, à l'exception de la Thaïlande, pour les services médicaux. Cependant, les auteurs s'accordent à dire que le degré de compétition était assez peu élevé : peu de compétiteurs, peu d'attraction en raison des tarifs, création de monopoles et d'ententes entre les fournisseurs potentiels, etc. En ce qui concerne le niveau de transparence, les chercheurs demeurent circonspects compte tenu de la difficulté à obtenir de l'information. Cependant, quelques faisceaux d'indices laissent à penser, comme au Ghana ou en Thaïlande, que la transparence n'était pas toujours au rendez-vous. En général, le suivi et l'évaluation des services offerts par les sous-traitants ont posé de nombreux problèmes : les contrats n'étaient pas assez explicites sur les attentes, les informations nécessaires à l'évaluation peu présentes, le personnel était peu motivé pour de telles activités de suivi, la responsabilité d'évaluer n'avait été affectée à personne en particulier. Pour ce qui est des résultats effectifs de la contractualisation, notons que pour les services non médicaux en Inde, au Sri Lanka et en Thaïlande, si les coûts du secteur privé ont été moindres que ceux préalables du secteur public, cela a été réalisé au détriment de la qualité. Les chercheurs avancent l'hypothèse

que la réduction des coûts s'explique par les salaires moindres accordés au personnel du secteur privé.

En Afrique du Sud, la contractualisation de services cliniques hospitaliers a permis de réduire les coûts des services fournis pour une qualité semblable, mais au total, compte tenu des coûts de transaction, les sommes prises en charge par l'État ont été plus importantes que si ce dernier avait organisé lui-même les services [14]. À Madagascar et au Sénégal l'État, appuyé par les bailleurs de fonds et la Banque mondiale a choisi d'utiliser les services d'une agence intermédiaire pour l'organisation de projets communautaires dans le domaine de la nutrition [15]. Cette expérience de contractualisation paraît avoir été efficace puisque l'état nutritionnel des enfants s'est amélioré pendant la durée du projet. Le premier auteur de cet article, fonctionnaire de la Banque mondiale, précise en outre que 79% des dépenses du projet sénégalais ont été réalisées dans les régions pauvres du pays. Pour lui, cela démontre l'impact possible de la contractualisation pour améliorer le sort des plus pauvres et il compare ce chiffre avec le fait que certaines recherches africaines montrent que les plus riches usent bien souvent beaucoup plus des ressources publiques de la santé que les plus pauvres. Mais le fait d'avoir dépensé 79% du budget dans des *territoires* pauvres ne signifie pas que le projet a atteint les *personnes* les plus pauvres, à moins de croire encore à l'homogénéité des villages africains. En outre, il s'agit bien là de l'expérience de projets dont la pérennité demeure des plus compromises, comme les auteurs n'hésitent pas à l'affirmer. Ainsi, l'argument du transfert de responsabilité de l'État au secteur privé pour que l'État se consacre à des tâches plus régaliennes ne tient plus s'il s'agit de financer ces projets *ad vitam aeternam*. En outre, aucune comparaison valable n'a été réalisée afin de nous permettre de mesurer la plus-value apportée par le secteur privé vs public, puisque seul le premier a bénéficié des contrats pour travailler. On nous apprend que 72% des enfants d'une région où est implanté le projet sont pesés mensuellement en comparaison avec une région comparable sans projet où le taux n'est que de 35%. Cependant, quelques lignes avant, les auteurs non pas omis de préciser que « à cause de la proximité et de la meilleure qualité des services offerts, il semble que le projet ai attiré de manière importante les femmes » [15, p. 388]. Nous sommes donc en droit de nous questionner concernant la validité d'une telle étude tant la comparaison semble délicate.

Les contrats liés à la performance en particulier

Alors que la pertinence de la contractualisation est encore loin d'être évidente, tel que nous venons d'essayer de le montrer, nombre de donateurs s'appuient sur deux expériences pour proposer les contrats de performance. Quelle est la validité interne et externe de ces expériences ?

Haïti : En Haïti, seulement trois ONG ont été impliquées dans un projet pilote de 12 mois financé par l'USAID [16]. Ces ONG organisaient des services de santé pour un total de plus de 500.000 personnes et leur performance a été jugée en fonction de sept indicateurs particuliers : cinq concernant les effets sur la santé des populations, un à propos de la satisfaction de ces dernières concernant la réduction des temps d'attentes, et un au sujet de la collaboration entre l'ONG et le MSPP. Soulignons quelques limites à ce projet. D'abord, ces organisations ont été largement soutenues d'un point de vue technique par une organisation internationale américaine supervisant l'expérience (MSH). Ensuite, le risque financier qu'elles encouraient à ne pas être « performantes » n'était que de 5% du budget historique total. Enfin, aucun contrat n'a été donné aux services de l'État afin de vérifier si ces derniers pouvaient aussi être efficaces. Cette expérience haïtienne est particulièrement intéressante car elle montre bien qu'il est nécessaire d'évaluer la performance des services implantés par les ONG, ce avec quoi nous sommes

complètement d'accord, et que cela peut influencer l'attention qu'elles portent à l'évaluation. Cependant, le test en Haïti ne nous apprend rien sur la comparaison entre la performance des services rendus par des ONG et ceux issus du secteur public. Aucune comparaison n'est non plus réalisée entre des ONG sans ou avec un contrat de performance.

Cambodge : Dans ce pays asiatique, l'expérience comparative est plus éclairante puisque les services fournis en fonction de deux types de contrats sont comparés avec ceux organisés dans quatre districts-contrôles (sans contrat) [17]. Le premier type de contrat (contracting out : deux districts) permet aux ONG de disposer d'une latitude totale dans l'organisation des services, le recrutement du personnel et la gestion budgétaire alors que le second type (contracting in : trois districts) oblige la ONG à appuyer le Ministère de la santé dans la fourniture des services et à suivre les règles administratives du gouvernement. Les districts ayant organisé la contractualisation paraissent, 30 mois après, obtenir des résultats plus efficaces et plus équitables que les districts-témoins. Le premier type de contrat (out) est encore plus efficace et équitable que le second (in).

Avançons d'abord qu'aucune précision détaillée n'est fournie en ce qui a trait à la comparabilité des neuf districts et les auteurs affirment même que « *les districts témoins payent des salaires largement en dessous du coût de la vie, chargent des frais aux usagers, sont incapables de contrôler les paiements de « dessous de table » et approuvent les pratiques privées après les heures officielles* »! La lecture d'un rapport d'un évaluateur indépendant présentant les cinq districts-cas nous permet de douter de cette comparabilité « *à cause des grandes différences de budget, d'organisation de l'administration et des caractéristiques du projet la comparaison entre les expériences des ONG est extrêmement difficile* » [18, p. 6].

L'appui financier à cette expérience demeure assez flou notamment en ce qui concerne le financement public. Le soutien financier du gouvernement n'est pas séparément présenté de celui des donateurs, d'autant que le montant est beaucoup plus important pour le premier type de contrat que le second et 2,5 fois plus que pour les districts sans contractualisation. Nous savons que « l'effet levier » d'un financement public dans l'accès aux soins n'est pas négligeable.

Si les districts-cas ont des taux de consultations plus élevés que ceux des districts-témoins, puisque aucune information ne nous est fournie à propos de la morbidité locale, ne pourrions nous pas penser, par exemple, que les premiers ont eu à faire face à une recrudescence de certaines pathologies/épidémies. Qu'en est-il également de la disponibilité des médicaments dans les centres de santé ? Nous savons combien l'utilisation des services de santé est dépendante, dans ce type de contexte, de la présence de médicaments dans les dispensaires. Les districts-cas n'auraient-ils pas eu un meilleur approvisionnement compte tenu du fait de la présence de ONG alors que les districts-témoins restaient « empêtrés » dans les méandres bureaucratiques gouvernementaux pour recevoir les médicaments de la capitale ? L'efficacité, mesurée par la productivité au travail perdue en raison de maladie pour les habitants des districts, peut aussi être remise en question à l'aune des deux précédentes remarques concernant la comparabilité entre les districts.

Que l'augmentation de l'utilisation des services s'explique par une plus grande utilisation des personnes les plus pauvres n'a rien de surprenant puisque le financement privé est moins important dans les districts-cas. Cette évocation pourrait être d'autant plus valide si la disponibilité de médicaments était moindre dans les districts sans contractualisation, obligeant ainsi les patients à acheter leurs produits sur le marché privé, toujours plus onéreux que le public. Nous pouvons aussi nous demander pourquoi les auteurs de cette expérience utilisent le sous-groupe de pauvres selon une répartition dichotomique de la population (50%/50%). Quels

auraient été les résultats s'ils avaient employé, comme cela est bien plus souvent le cas, des catégories plus précises pour qualifier des sous-groupes de populations (quintiles ou quartiles de richesse) ?

Guatemala : Disons quelques mots sur l'expérience de ce pays puisque l'équipe de l'UGC y a effectué une visite de terrain. La plus récente analyse de cette expérience, fondée sur des données de 2000 et 2001 seulement, a été publiée par des fonctionnaires de la Banque mondiale [2]. Ce rapport nous donne quelques informations très intéressantes sur le processus de mise en œuvre et sur ces effets.

Tel que nous l'avons déjà dit, les trois premières années n'ont pas reposé sur la mise en concurrence et l'atteinte d'indicateurs de performance. Il a fallu attendre 2000 pour que cela s'implante bien que « *les cibles de performance à atteindre pour chaque ONG n'étaient pas précisées, en partie à cause de l'absence de données de départ (baseline)* » (p.27-28). En outre, l'évaluation de la performance semble rester de la responsabilité des contractants eux-mêmes par la remise de rapports. Au début du projet, la mise en concurrence a soulevé des inquiétudes chez le personnel de santé du ministère et les ONG, car ils pensaient que ce type d'approche relevait plus du secteur marchand. Aussi, les promoteurs du projet ont été contraints à proposer un autre modèle d'organisation, c'est en cela que le projet est intéressant. Trois modèles ont été tentés :

1. Direct : une ONG est chargée de la totalité de la prestation de service dans une aire de santé
2. Mixte : une ONG est chargée de l'administration, de la gestion et du paiement ; les services de santé étant fournis par des formations sanitaires publiques au sein desquelles du personnel public et privé (recruté par l'ONG) travaille
3. Traditionnel : les services sont fournis par les formations sanitaires publiques du ministère qui sont financées par les canaux budgétaires habituels.

Pour les ONG devant fournir les services dans des zones éloignées, le budget octroyé (8\$ *per capita*) était majoré de 10%. Toutes les ONG ont semble-t-il affirmé que ce budget ne correspondait pas aux coûts réels et qu'il n'était donc pas suffisant pour fournir les services requis. Malgré les plaintes à ce sujet et notamment la demande d'ajuster le budget à l'inflation, rien n'a changé, ce qui a notamment provoqué la décision de cinq ONG de se retirer du projet. Les paiements devaient être effectués par le ministère tous les quatre mois, mais cela n'a jamais été respecté et de nombreux problèmes ont été engendrés, comme par exemple des ruptures de stocks en médicaments (p.30). La préparation du projet a aussi laissé à désirer et aucune évaluation initiale des capacités des ONG n'a été faite, ni même, ce qui a provoqué de nombreuses plaintes, de processus transparent et juste de sélection des fournisseurs (p.32). C'est à la suite de ces nombreuses critiques qu'à partir de 2000 des conférences préalables à la sélection des ONG (dont une partie était ensuite présélectionnées pour la suite du processus) ont été organisées dans le but d'informer largement les fournisseurs potentiels.

Malgré l'analyse de certains [19], les résultats de cette expérience sont loin d'être probants et ne nous apprennent pas grand-chose sur la pertinence de l'approche contractuelle basée sur la performance. Selon l'un des experts proches de cette expérience « *comment le processus de contractualisation décrit ici agit sur la performance est une demande délicate* » [2, p.44]. L'absence d'enquête de départ (*baseline*) est assurément handicapant pour porter un jugement sur les changements apportés. S'il y a bien eu trois modèles de gestion, on ne sait pas vraiment si le troisième a usé de l'approche contractuelle. De surcroît, les résultats de l'étude publiée en 2005

tendent à montrer que le modèle mixte serait plus efficace que celui où une ONG agit seul, sans lien avec le Ministère. Les résultats de l'enquête auprès des ménages confirment ce fait. La performance des prestations de soins directement par les ONG (modèle 1) est apparemment similaire à celle des formations sanitaires publiques (modèle 3), nous dit-il les évaluateurs de la Banque mondiale¹³. Ils terminent leur étude en affirmant que « *la recherche a fait face à de nombreuses limites qui empêche de se prononcer catégoriquement sur la supériorité d'un modèle par rapport à un autre* » [2, p.82].

Résumé :

L'ensemble des données présentées dans les lignes suivantes peut être résumé par deux citations tirées du plus récent ouvrage piloté par un expert de l'OMS sur la contractualisation des services de santé [3] :

-« *Il convient d'évaluer la contractualisation [...]. Ce n'est en effet qu'à partir du moment où l'on disposera de suffisamment de preuves¹⁴ en faveur de cet outil que l'on pourra véritablement l'inscrire comme un outil indispensable à l'organisation des services de santé* » (p.20)

-« *Les analyses des expériences dont on dispose [...] révèlent les limites des relations uniquement basées sur la compétition et qu'une dose de partenariat s'avère une condition nécessaire pour obtenir de bons résultats* » (p. 66).

4 Le modèle de contractualisation

Pour être en mesure de répondre aux questions précisées dans le premier chapitre, il faut donc, avons-nous dit, que des choix stratégiques soient effectués pour définir précisément le contenu des contrats, le processus de leur mise en œuvre ainsi que les modalités de leur évaluation. Le processus (guide de sélection des fournisseurs) sera traité dans le chapitre suivant et l'évaluation dans un rapport subséquent. Le présent chapitre est consacré au modèle de contractualisation. L'UGC doit aider le MSPP à prendre des décisions qui devront prendre en compte i) l'état des connaissances en matière d'approche contractuelle rapidement exposée plus haut et surtout ii) le contexte haïtien discuté préalablement.

Il est en effet essentiel d'apprécier les chances de réussite et de pérennité de la contractualisation qui doivent¹⁵, selon des ONG spécialisées dans le domaine [20]:

- 1) S'ancrer dans une politique nationale de santé.
- 2) Clarifier la nouvelle répartition des rôles des différents services ministériels.
- 3) Renforcer les compétences de l'Etat dans les domaines de la planification, de l'évaluation et de l'exercice de la tutelle.
- 4) Renforcer les capacités de l'ONG partenaire.
- 5) Développer la confiance et la compréhension mutuelles.

¹³ Ce qui leur permet de dire que cela démontre que le passage par des prestataires privés direct est l'alternative au public, traduisant une idéologie bien connue !

¹⁴ Dans une revue des effets des contrats de performance effectuée par des fonctionnaires de la Banque Mondiale, sur les 10 expériences étudiées à l'aide de 11 références bibliographiques, seulement 5 ont été issues d'articles publiés dans des revues scientifiques avec un comité de lecture [19].

¹⁵ Voir en annexe 2 d'autres caractéristiques essentielles à la suite d'une expérience au Tchad

Le troisième point souligné par ce groupe d'ONG, mais aussi par les experts mandatés par l'OMS [1], est crucial tant le projet pilote du MSPP désire faire en sorte que l'expérience acquise durant les deux prochaines années à travers le projet MSPP/BID soit utile à moyen terme au gouvernement haïtien. Il ne s'agit pas uniquement, bien que prioritairement, de délivrer les services de santé à la population cible, mais il faut aussi donner les moyens aux responsables et fonctionnaires du MSPP la capacité de s'approprier l'approche contractuelle¹⁶ pour, éventuellement, l'intégrer dans les modes de financement et de prestation de service au sein de la soixante d'UCS potentiel du pays¹⁷. Le modèle de contractualisation proposé prend donc en compte de manière centrale le fait que le renforcement des capacités (eu égard à l'approche contractuelle) des acteurs étatiques (et non étatiques) soit indispensable à la pérennité et l'appropriation de l'approche.

Pour que les responsables du projet pilote puissent faire des choix éclairés, nous proposons dans le tableau suivant un large éventail de ces choix possibles, en fonction des différents éléments indispensable à étudier dans le contenu du modèle contractuel du projet pilote. Puis, les consultants ont proposé lors d'une réunion le 17 janvier 2006 une de ces options, notée dans une dernière colonne avec une argumentation étayée dans les pages qui suivent. Cette proposition a été débattue et argumentée avec l'UGC qui a demandée des éclaircissements et proposée, à son tour, des amendements.

Le contenu du modèle proposé repose sur une hypothèse qui favorise son efficacité. Une partie des éléments de sa pérennité est prise en compte (notamment le renforcement des capacités) mais d'autres peu ou moins (médicaments et recouvrement des coûts, recrutement et attraction du personnel). En effet, une grande partie de leur résolution nécessite assurément des prises de décisions à l'échelle nationale et la formulation de politiques publiques à leur propos.

¹⁶ Ce qui est une recommandation des évaluateurs d'une expérience au Rwanda [21]

¹⁷ Le passage à l'échelle du pays (scaling up) n'est pas sans poser de nombreux défis à l'approche contractuelle, voir l'exemple du Rwanda [22]

Tableau 2 : Eléments et options possibles pour le modèle de contractualisation

	Option 1	Option 2	Option 3	Proposition
Type de relation	Compétition	Partenariat		Partenariat
Type de contrat	Opposable	Relationnel		Relationnel
Contractant (in/out)	Public	Privé	Privé appuyant le public	Privé appuyant le public
Financement	Egalitaire à 10\$ <i>per capita</i>	Equitable p/r besoins (et autre partenaires)	Appel d'offre	Equitable p/r besoins (et autre partenaires)
Durée	1 an	1 an renouvelable	2 ans	2 ans
Incitatifs financiers	Aucun	Négatif	Positif	Négatif à 10%
Indicateurs performance	Sans indicateurs	Indicateurs d'output/processus	Indicateurs d'outcome	Indicateurs d'output/processus
Communication performance	Pas de communication	Classement des UCS		Classement des UCS
Coordination/gestion centrale/renforcement	UGC	Firme externe	MSPP (DAF/COnt.)/DDS + Firme externe	MSPP/DDS + Firme externe
Evaluateur	Firme externe	Firme externe/MSPP DPCE		Firme externe/MSPP DPCE
Type d'évaluation	Efficacité (ex ante / ex post)	Processus	Efficiéce	Performance

Dans les prochaines lignes, nous détaillons les choix effectués pour ces différents éléments avant de proposer une représentation graphique de l'agencement des acteurs pour la mise en œuvre du projet pilote.

Type de relation et type de contrat

Les deux premiers éléments sont proposés sous une même section tant leur imbrication est importante. La présentation du contexte haïtien et les leçons des expériences internationales¹⁸ demandent une certaine prudence dans l'emploi d'une approche trop concurrentielle et fondée sur des contrats opposables. Les caractéristiques du marché montrent que le jeu économique de la concurrence ne peut véritablement fonctionner, les prestataires sont en nombre trop restreint pour que les principes de compétition fonctionnent. De surcroît, il arrive que dans certains UCS un nombre très limité, parfois même inexistant, de partenaires disposent des capacités organisationnelles de répondre à un éventuel appel d'offre (qui plus est international) et de prestations de service. Or, telle que vient de le rappeler la Banque Mondiale dans sa revue des interventions utiles pour atteindre les objectifs du Millénaire, l'approche contractuelle n'est pas toujours possible car : « *les fournisseurs privés sans but lucratif doivent être forts, bien fonctionner, disposer d'un système de reddition de compte et d'une motivation interne pour être performants* » [24]. Puisqu'il était prévu *a priori* de ne passer des contrats qu'avec des prestataires présents depuis au moins cinq ans, les chances d'avoir de nombreux compétiteurs s'amenuisent. En outre, l'environnement légal est relativement faible pour le moment en Haïti. La commission de passation des marchés n'est pas encore fonctionnelle et les institutions judiciaires dans un contexte de gouvernement transitoire ne sont pas dans la meilleure position pour trancher des conflits. Voilà pourquoi le choix suivant a été retenu :

Des contrats de partenariat et relationnel...

Les contractants seront donc choisis à la suite d'un processus, présenté plus bas, de large consultation, de discussion, de négociation dans la transparence la plus totale afin de trouver le partenaire dont le potentiel de réussite de la prestation des services est le plus grand. Les risques peuvent en effet être grands si l'on fait reposer l'intervention sur les seules concurrence et compétition entre les acteurs « *plus les contrats tentent de contrôler les fournisseurs et leur transférer les risques, plus les coûts de transaction sont élevés et moins cela suscite l'intérêt de prendre part à la compétition* » [12, p. 119].

Contractant (in/out)

La seule expérience de contractualisation à ce jour en Haïti a mis l'accent majoritairement sur le recours au secteur privé pour la dispensation des services [16]. Or, malgré les discours, rien ne prouve que le secteur public, à égalité de moyens, n'est pas en mesure d'atteindre les mêmes résultats (voir annexe 1). Cela est d'autant plus important que le projet MSPP/BID souhaite s'appuyer sur ses ressources pour relancer le secteur public et favoriser le renforcement des capacités de l'État. Cependant, force est de constater que les institutions publiques haïtiennes, et notamment les bureaux des UCS, n'ont pas encore les capacités de gestion, de coordination et d'absorption des fonds du projet¹⁹. Aussi, pour demeurer pragmatique et dans le but d'accroître

¹⁸ Les pays de l'OCDE qui avaient fondé leurs réformes de santé sur les contrats et la compétition sont pour la plupart revenus sur ces principes en centrant maintenant les relations entre acheteurs et prestataires sur le partenariat et la confiance (voir le cas de l'Angleterre ou de la Nouvelle Zélande par exemple) [23].

¹⁹ Cette situation de faible capacité a été aussi rencontrée au Rwanda, ce qui a induit la gestion des fonds distribués aux sous-traitants par une ONG internationale [25].

les chances de réussites du projet, il est proposé que pour chaque UCS, une ONG soit sélectionnée pour être le sous-traitant principal. Cependant, contrairement à d'autres expériences internationales, il ne sera pas uniquement demandé à l'ONG de fournir les services de santé. On lui demandera également, de manière impérative, de mettre en œuvre le projet de concert avec le bureau de l'UCS (B-UCS). Ainsi, les membres de ce bureau auront l'opportunité de participer à l'expérience de la contractualisation durant la durée du projet. L'ONG aura ainsi mis tout en œuvre pour que le B-UCS possède les outils nécessaires à la poursuite de la contractualisation à la fin du projet pilote. Le choix de la modalité organisationnelle retenue sera donc un contrat signé

...avec des ONG qui œuvrent conjointement avec le B-UCS...

Outre les aspects stratégiques pour le court terme (capacité actuelle des B-UCS) et le moyen terme (pérennité de l'approche), ce choix permet de contourner l'impasse contemporaine de la signature d'un contrat avec les B-UCS qui n'en ont pas les capacités juridiques.

Financement

Si le projet MSPP-BID possède \$8.000.000 millions pour fournir les services de santé à 350.000 personnes, d'une part, la durée d'utilisation de ces fonds est aujourd'hui réduite de quelques mois, et d'autre part, la manière dont ces fonds seront répartis n'est pas figée. Il est donc proposé que

*...ces ONG reçoivent des fonds en fonction des besoins spécifiques
et des budgets déjà alloués aux bénéficiaires par d'autres bailleurs ...*

Un travail de cartographie des acteurs dans chacune des UCS s'avère donc nécessaire à mener afin de préciser, qui fait quoi, où, pour qui et avec quel budget. C'est uniquement après cette activité et en s'appuyant sur l'étude des coûts du PMS (rapport subséquent) que l'on sera en mesure de préciser les détails de l'allocation des fonds aux ONG sous-traitantes. Si, malgré les sommes importantes disponibles par le projet MSPP-BID il s'avèrerait que des fonds venaient à manquer dans certains UCS, l'UGC pourrait mener une opération de plaidoyer auprès des autres bailleurs afin de rendre disponibles les budgets utiles à fournir l'ensemble du PMS aux populations cibles du projet pilote.

Durée

S'engager dans une relation contractuelle et tenter de fournir des services de santé aux populations éloignées de ces UCS est une certaine prise de risque pour les sous-traitants. En outre, vu l'étroitesse du marché des fournisseurs et de la concurrence potentielle, les coûts de transaction induits par la mise à l'écart d'un sous-traitant pour en recruter un autre risquent d'être importants, à tout le moins, peu efficient. Aussi, il est proposé que les contrats soient signés

...,pour une durée de deux ans et trois mois,...

Cette durée proposée part de l'hypothèse émise par l'UGC de pouvoir signer les contrats en avril 2006 pour un démarrage des prestations en mai, étant entendu que la fin du projet pilote est prévue en juillet 2008. Mais, signer un contrat de 27 mois avec une ONG ne signifie pas qu'elle recevra nécessairement tous les fonds et que le projet ne disposera pas de garde-fous pour s'assurer que les prestations prévues soient effectivement effectuées. Nous verrons plus loin qu'il est proposé de débloquer les fonds en fonction de plusieurs critères bien précis.

Incitatifs financiers

Le projet pilote repose sur l'approche contractuelle mais souhaite aller plus loin en fondant une partie de l'allocation des fonds sur la mise en œuvre d'activités concrètes, la production de documents et l'atteinte de résultats dont il sera possible d'attribuer la responsabilité à l'ONG. Si

cette approche peut paraître *a priori* séduisante, l'absence de données probantes sur ses effets oblige une certaine modestie dans son application. Aussi, il est proposé que sur la totalité des fonds

... 10% sont assujettis à l'atteinte de cibles...

Indicateurs de performance

L'objectif général souhaité par le projet pilote est de rendre accessible les services de santé de base à la population cible. Aussi, il faut que les sous-traitants rendent des comptes à ce propos et surtout, que l'on prenne en compte leur capacité, à l'échelle d'une mise en œuvre d'à peine plus de deux ans, d'instaurer des changements aux cibles du projet. Il est ainsi impossible de croire que ce projet aura des incidences immédiates sur la santé des populations. Il y contribuera assurément, à moyen et long terme, mais il serait injuste et non pertinent d'évaluer l'efficacité des sous-traitants au regard d'indicateurs d'effets (outcomes/impacts). Aussi, il est préconisé que le paiement de ces 10% du budget total soit effectué

...concernant des indicateurs d'extrants (output) et de processus...

L'approche des contrats de performance repose fondamentalement dans le passage d'une allocation des ressources qui était auparavant fondée sur les intrants (input) à un processus reposant sur les extrants (output) et les processus mis en œuvre. On ne fera pas reposer le fardeau des changements d'indicateurs d'effets aux sous-traitants, cependant, il sera demandé à la firme chargée de l'évaluation du projet de doter ses partenaires du MSPP du système d'information nécessaire au suivi de ces indicateurs populationnels.

Communication des niveaux de performance

Le désir de travailler efficacement ne repose pas toujours et uniquement sur la volonté de gagner plus d'argent. Le jugement des pairs peut souvent être une source de motivation²⁰, surtout lorsque l'évaluation des activités est partagée par l'ensemble des parties prenantes. Le partage des rapports et l'affichage d'un classement des UCS en fonction de l'évolution de leurs cibles respectives peut-être une source d'émulation importante et propice à des prestations de qualité. Aussi, il est suggéré de s'assurer que les résultats des évaluations et des suivis soient

...partagés régulièrement entre toutes les parties prenantes du projet pilote.

Cette communication des niveaux de performance pourra être organisée à l'aide d'un bulletin semestriel ou de réunion annuelle de l'ensemble des acteurs.

Coordination/gestion/renforcement des capacités

L'UGC est une institution éphémère, elle a été mise en place de manière temporaire pour la gestion du projet pilote. L'approche de ce projet incite donc fortement à ce que la gestion et la coordination des contrats soit dévolue à une autre entité²¹. Puisqu'il est envisagé, à moyen terme, que l'État haïtien use d'une telle approche, il nous paraît judicieux de donner les moyens au futur service central du MSPP de s'approprier une telle démarche. Cependant, comme pour les B-UCS, force est de constater que les services centraux n'ont pas véritablement actuellement toutes les capacités pour agir immédiatement dans ces fonctions. Il est donc proposé de recruter une firme d'assistance technique (avec un ou plusieurs consultants) qui aura la responsabilité, conjointement (en ayant d'abord beaucoup d'emprise puis en la transférant progressivement)

²⁰ Voir l'expérience d'évaluation entre les pairs au Burkina Faso où les équipes cadres des districts d'une même région se retrouvent tous les six mois dans le district de leur collègue pour évaluer l'atteinte de leurs résultats [26].

²¹ Au Rwanda, un comité de pilotage a été créé à cet effet [21]

avec le service central²², d'assurer la gestion et la coordination des contrats passés dans les six UCS. Mais il faut aller plus loin que cela et faire en sorte que cette firme mette en œuvre de multiples activités visant le renforcement des capacités des membres du service central en matière de contractualisation des services. Il devra également intervenir auprès des autres personnes concernées par l'approche, qu'elles soient au sein des DDS ou des B-UCS et évidemment des ONG. Si ces tâches sont importantes, elles ne nous paraissent pas suffisamment lourdes pour justifier un recrutement d'une firme. En outre, le projet pilote a prévu un volet spécifique pour le renforcement organisationnel des trois paliers de la pyramide sanitaire, central, périphérique et local. Aussi, nous croyons qu'il serait pertinent de transférer la responsabilité des activités à l'échelle locale à cette même firme. Elle devra donc, non seulement intervenir dans les B-UCS sur l'approche contractuelle, mais également sur les autres aspects de gestion, de coordination, de planification et de suivi/évaluation. Puisque chaque B-UCS disposera d'un appui technique permanent par l'intermédiaire du sous-traitant sélectionné, le travail de cette firme sera de l'ordre de l'expertise-conseil et de la formation et non pas de l'accompagnement/suivi qui restera à la charge de ce sous-traitant. Il est donc conseillé que :

L'ensemble du projet pilote est géré et coordonné par le futur service central responsable de la contractualisation, soutenu par une firme (après un processus graduel de transfert entre la firme et le service) chargé du renforcement des capacités en matière contractuelle et de gestion/coordination/planification/ suivi/évaluation pour tous les paliers de la pyramide sanitaire y compris les ONG...

Compte tenu des capacités actuelles du MSPP, et forcément limitées en début du projet, eu égard à l'approche contractuelle, le consultant recruté devra s'assurer de la réussite du projet en transférant graduellement la gestion et la coordination de ce dernier. Ce transfert devra prendre en compte l'avancée du processus de renforcement des capacités ainsi que ses résultats pour accroître le potentiel de succès de ce transfert.

Évaluateur

L'évaluation d'une innovation en matière d'organisation des services de santé est indispensable, surtout, tel que nous l'avons dit à plusieurs reprises, lorsqu'il s'agit d'un outil dont la pertinence et l'efficacité ne sont pas encore démontrées. Dans la même veine que nos propositions préalables, il faudra avoir recours à un processus évaluatif profitable également aux probables responsables (DPCE) de sa duplication une fois le projet pilote terminé. Aussi, il est proposé que

...l'évaluation soit entreprise par une firme externe²³ qui agira avec les membres de la DPCE pour l'ensemble du processus évaluatif...

Les membres de cette firme auront donc la responsabilité de réaliser l'évaluation tout en profitant de ce processus pour partager des connaissances et renforcer les compétences des futurs évaluateurs de la contractualisation à l'échelle du pays.

Type d'évaluation

Dans la majeure partie des évaluations entreprises concernant les contrats de performance, les regards sont tournés vers les *output* puisqu'il s'agit la plupart du temps de débloquer les fonds ou les primes en fonction de l'atteinte de ces résultats. Or, nous croyons que la notion de performance est bien plus large que cela [27] et qu'il faut également s'attarder aux processus, à

²² Ce service reste à déterminer avec le MSPP, il pourrait s'agir de la DAF ou du contentieux

²³ Qualifiée de firme d'audit dans les documents du projet MSPP-BID

l'efficacité ou encore aux missions dévolues aux organisations sanitaires. Il sera donc demandé à la firme retenue de mettre en œuvre son étude

*...qui devra reposer sur un jugement de la performance
au sens le plus large possible du terme.*

Il s'agira évidemment d'effectuer une évaluation *ex ante* (baseline) puis *ex post* pour mesurer certaines cibles liées aux indicateurs prévus dans le contrat, mais il faudra également s'attarder à l'ensemble des éléments composant la performance de la contractualisation.

Résumé

Le modèle de contractualisation est résumé par les phrases suivantes (figure 2). L'agencement des acteurs que cette modalité induit est présenté dans la figure 3 à la page suivante.

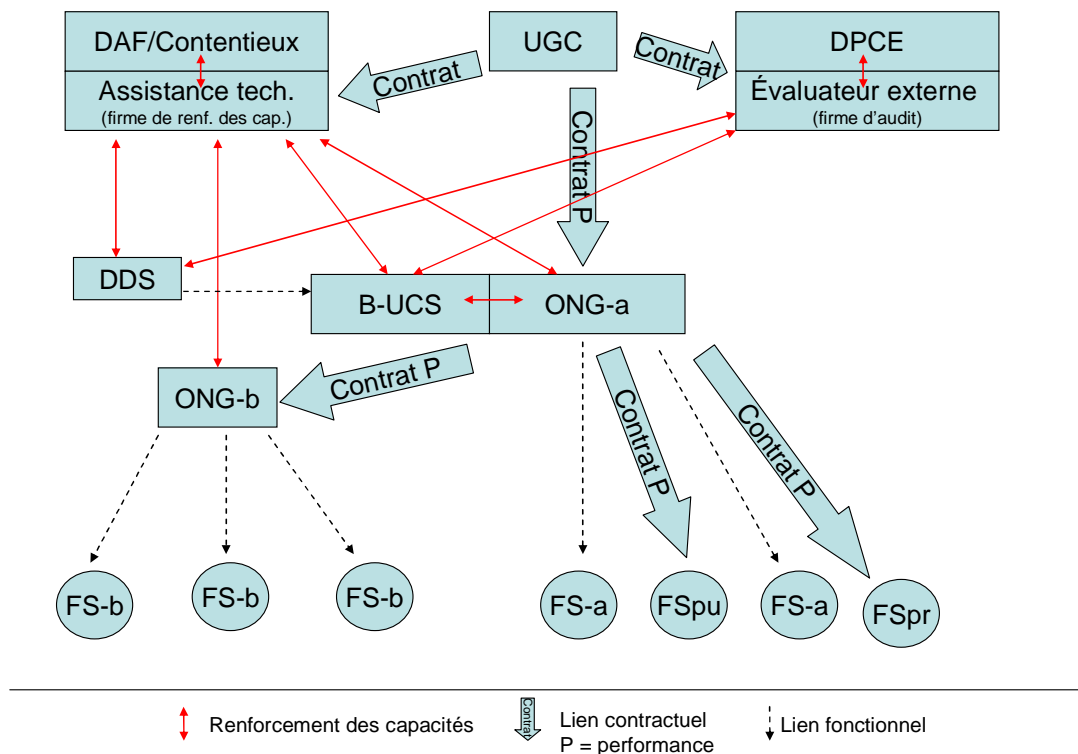
Figure 2 : Le modèle de contractualisation

Des contrats de partenariat et relationnel avec des ONG qui œuvrent conjointement avec les B-UCS. Ces ONG reçoivent des fonds en fonction des besoins spécifiques et des budgets déjà alloués aux bénéficiaires par d'autres bailleurs, pour une durée de deux ans et trois mois, dont 10% sont assujettis à l'atteinte de cibles concernant des indicateurs d'extrants (output) et de processus, partagés régulièrement entre toutes les parties prenantes du projet pilote.

L'ensemble du projet pilote est géré et coordonné par le futur service central responsable de la contractualisation, soutenu par une firme (après un processus graduel de transfert entre la firme et le service) chargé du renforcement des capacités en matière contractuelle et de gestion/coordination/planification/suivi/évaluation pour tous les paliers de la pyramide sanitaire y compris les ONG.

L'évaluation est entreprise par une firme externe qui agira avec les membres de la DPCE pour l'ensemble du processus évaluatif qui devra reposer sur un jugement de la performance au sens le plus large possible du terme.

Figure 3 : L'agencement des acteurs concernés par la contractualisation au sein du projet pilote



L'UGC devra donc signer :

- un contrat avec une firme d'assistance technique pour le renforcement des capacités à la suite d'un appel d'offre international
- un contrat avec une firme d'évaluation à la suite d'un appel d'offre international
- six contrats avec une ONG par UCS à la suite d'un processus de négociation de gré à gré

Le modèle proposé est suffisamment flexible pour permettre de l'adapter au contexte de chaque UCS. Au sein des UCS, l'ONG-a sélectionnée devra également faire recours à des contrats de performance avec d'autres partenaires (en leur déléguant des fonds) disposant de leurs propres formations sanitaires utiles pour la couverture de l'ensemble de la population cible du projet pilote. Par soucis d'efficacité et d'intégration des services de santé à l'échelle d'une UCS, l'ONG-a pourra par exemple sous-traiter la prestation des services à l'ensemble d'une région de l'UCS à l'ONG-b qui possède déjà son réseau de dispensaires. Avec les autres formations sanitaires de la zone d'attraction, l'ONG-a pourra également passer un contrat directement avec elles, qu'elles soient de nature publique ou privée. Ces ONG auront également la possibilité de passer des contrats de motivation avec le personnel de santé de manière à instaurer des incitatifs individuels, tels que les résultats de l'expérience rwandaise en montre l'intérêt [21].

5 Le processus de mise en œuvre du projet pilote

Il était à l'origine du projet prévu de sélectionner les sous-traitants à la suite d'un processus d'appel d'offres. Il a donc été commandé à l'équipe de consultants de produire un rapport et des « termes de référence » pour le recrutement et le paiement des fournisseurs de services de santé. Puisque le modèle proposé ne fait plus recours à la mise en concurrence mais plutôt au partenariat, il ne s'agit plus d'écrire des « termes de référence » mais plutôt de décrire l'ensemble du processus qu'il s'agira de suivre lors des prochaines semaines pour s'assurer que les prestations de services démarrons en mai 2006, tel qu'il a été demandé par l'UGC lors de la rencontre du 17 janvier à Port-au-Prince. Les détails, sous la forme d'un guide sélection des fournisseurs, sont proposés aux lecteurs en annexe 5 à travers une liste d'activités à mettre en œuvre.

Phase 1 (février 2006) : Information/échange, cartographie des acteurs, appels d'offres

Cette première phase doit s'effectuer sur l'ensemble du mois de février et est composée de deux parties.

La première partie des activités doit avoir lieu en périphérie, dans les six UCS sélectionnées. Il s'agira d'atteindre deux objectifs spécifiques :

1. Informer l'ensemble des acteurs de santé publique présents dans les UCS du projet pilote et du processus de sélection de l'un d'entre eux
2. Effectuer une cartographie de ces acteurs afin de recenser leurs capacités opérationnelles à être le sous-traitant agissant avec le B-UCS.

La seconde partie de cette phase doit se dérouler au niveau central, au sein de l'UGC. Puisqu'il a été préconisé de faire appel à deux entités externes pour appuyer et évaluer le projet pilote de contractualisation des services, l'objectif spécifique de cette seconde partie est :

3. Lancer un appel d'offre international pour le recrutement d'une firme d'évaluation et d'une firme pour le renforcement des capacités

Résultats de la phase 1 :

- *cartographie des acteurs par UCS et présélection de l'acteur central par UCS*
- *appels d'offres lancés pour la firme d'évaluation et la firme de renforcement des capacités*

Phase 2 (mars/avril 2006) : négociations et signatures des contrats des prestataires, démarrage de l'assistance technique pour le renforcement des capacités et de l'évaluation

Le premier objectif de cette phase pour les fournisseurs de service de santé consiste en la :

4. signature de six contrats de performance avec une ONG soit un contrat par UCS

En ce qui concerne les deux entités externes recrutées pour le projet pilote, l'objectif spécifique est de :

5. démarrer les activités d'assistance technique et d'évaluation

Résultats de la phase 2 :

- *Un contrat est signé au compte de chacune des six UCS*
- *L'évaluation de départ (baseline) est effectuée*
- *L'assistance technique débute ses activités de renforcement des capacités au sein du service central*

Phase 3 (Mai 2006) : démarrage des contrats et des prestations de services pour 27 mois

L'objectif principal de cette troisième phase est le :

6. démarrage des prestations de services de santé dans les six UCS

Résultats de la phase 3 :

- *Négociations avec les prestations de services potentiels*
- *Démarrage de la fourniture des services*

Il est ainsi possible de résumer la planification des activités des quatre prochains mois dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Activités et résultats attendus des trois phases de démarrage du projet pilote

Phases	Dates	Activités	Résultats
Phase 1	Février 06	Information, échange, cartographie, appels d'offres	-cartographie des acteurs par UCS -appels d'offres lancés pour la firme d'évaluation et de renforcement des capacités
Phase 2	Mars/avril	Négociations et signatures des contrats des prestataires, démarrage de l'assistance technique et de l'évaluation	-Six contrats sont signés pour chacun des six UCS -L'évaluation de départ (<i>baseline</i>) est effectuée -L'assistance technique débute ses activités au sein du service central
Phase 3	Mai	Démarrage des contrats et des prestations de services pour 27 mois	-Négociations avec les prestations de services potentiels -Démarrage de la fourniture des services

6 La structure-type et le contenu du contrat

Tel que nous l'avons dit dans le chapitre consacré à l'analyse du contexte, l'UGC dispose de toutes les qualités pour que les procédures d'appel d'offres et de rédaction des contrats soient efficaces. Il est donc inutile ici de décrire les procédures à respecter, d'autant que l'annexe Ad-Hoc signée entre la BID et le gouvernement est parfaitement clair à ce sujet.

Cela étant dit, au regard des diverses expériences passées de contractualisation des services de santé [3, 12, 28], il faut résumer en quelques points, et donner les détails en annexe 6, le contenu que les contrats, en dehors des éléments habituels pour l'UGC et à la suite du processus préalablement présenté, devront nécessairement contenir :

- Faire une référence explicite à la politique nationale de santé
- Type de contrat
- Précisions des parties prenantes au contrat et de leurs rôles respectifs
- Définition claire de l'objet du contrat
- Objectifs à atteindre
- Durée du contrat
- Moyens à mobiliser
- Inventaire des immobilisations et équipements
- Indicateurs de performance
- Modalités de décaissement
- Procédures de suivi et d'évaluation
- Mécanismes de prévention et de résolution des problèmes et des conflits
- Clauses de ruptures
- Possibilités de passer des avenants
- Modalités de fin de contrat
- Identification des représentants légaux signataires pour les parties prenantes
- Procédures d'enregistrement des contrats

En ce qui a trait à l'objet du contrat, autrement dit la prestation des services de santé, plusieurs options s'offraient au projet pilote. Elles ont fait l'objet d'une discussion lors d'une réunion le 17 janvier avec les membres de l'UGC.

Tableau 4 : Eléments et options possibles pour les prestations de services

	Option 1	Option 2	Option 3	Proposition
Population cible	Totalité UCS : 375.000	Sections communales d'UCS p/r % pop.		Totalité UCS : 375.000
Services	PMS pop cible	PMS pop cible sans sida/PTME		PMS pop cible sans sida/PTME
Paiement des soins	Recouvrement des coûts	Gratuité	Recouvrement des coûts + exemptions/fonds d'équité	Gratuit
Médicaments	PROMESS	Privé		Favoriser PROMESS et les dépôts périphériques
Personnel	Privé	Public	Public sous contrat privé (salaire ou prime)	Privé (interdiction recrut. public) et/ou public avec prime

Population cible

Si le projet pilote dispose d'un budget de \$8 millions, il était prévu pour une durée de trois années, la première année pour 100.000 personnes et les deux années suivantes pour 250.000 personnes supplémentaires. Or, dans le meilleur des cas, les contrats ne pourront démarrer qu'en mai 2006, ce qui permet donc de répartir cette somme sur 27 mois au lieu de 36. Puisque dans les six UCS nous pensons que la population cible totale est de 375.000 personnes, nous préconisons d'offrir le projet à cette population entière pour la durée de 27 mois. D'après nos calculs dans le tableau suivant, cela nécessiterait une légère augmentation budgétaire.

Tableau 5 : Comparaison du budget prévu avec celui proposé

	Prévu	Proposition
Année 1	1.000.000	937.500
Année 2	3.500.000	3.750.000
Année 3	3.500.000	3.750.000
Total	8.000.000	8.437.500

S'il n'est pas possible de mobiliser ces \$437.500 supplémentaires, nous préconisons de démarrer les contrats pour la totalité de la population des UCS où les processus de négociations seront les plus avancés. En effet, les coûts de transaction de tels contrats et, au début du projet, les frais d'installation et d'extension de l'ONG sur un UCS seront relativement les mêmes qu'il s'agisse de viser une population de 15.000 ou de 50.000 personnes.

Services

Les données détaillées du PMS concernant cette population cible ont été présentées lors de l'atelier de décembre, bien qu'elles n'aient pas été encore officiellement distribuées. Cependant, la question de la prise en charge des malades du sida et du programme concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant²⁴ (PTME) a été soulevée car les coûts sont très élevés. Face à l'existence d'autres programmes à l'échelle du pays²⁵, il a été décidé de ne pas inclure ces activités dans le PMS financé par le projet pilote.

Paiement des soins

Plusieurs modalités de paiement des soins de la part des usagers sont possibles mais il faut ici clairement dire que demander aux utilisateurs de payer lorsqu'ils consultent (*user fees*) est le mode de financement le plus régressif qu'il soit. On ne fera pas ici la démonstration de cet état de fait largement démontré dans les écrits scientifiques, ayant eu comme conséquences, par exemple, de voir même la Banque mondiale ne plus recommander cette approche [30]. Il existe cependant une politique nationale en Haïti²⁶ et il faudra assurément la considérer pour prendre la décision d'employer un tel mode de financement, puisqu'au moment de rédiger ces lignes l'UGC doit vérifier auprès du MSPP la marche à suivre à ce propos. Il convient cependant d'ajouter que le budget prévu par le projet MSPP/BID ne tient pas compte de cet apport financier éventuel et, ce qui reste à confirmer par le calcul des coûts du PMS, il est fort possible que le budget soit

²⁴ « En admettant un taux de transmission verticale de 30%, de 4.000 à 6.200 enfants auraient été infectés au VIH en 2002 » selon [29], voir aussi <http://www.mesi.ht/ihe/>

²⁵ Voir par exemple : <http://www.pepfarhaiti.com>

²⁶ Rendant notamment gratuits certains soins préventifs et materno-infantils

suffisant. De plus, instaurer un paiement direct des usagers nécessite la mise en place d'un système de gestion particulier, qu'il conviendra, si cette option est maintenue malgré ses effets inéquitables et inefficients [31], d'ajouter au cahier des charges des fournisseurs de services.

Si la gratuité est l'option choisie il faudra tenter de mettre en place un système permettant de s'assurer que les utilisateurs des services vivent bien dans l'aire de santé et ne proviennent de l'extérieur. L'amélioration de la qualité des soins que rendra assurément ce projet pourra facilement devenir un incitatif à se déplacer pour un certain nombre de femmes et d'enfants. Il a été notamment préconisé de se fonder sur des documents existants²⁷ pour vérifier la localité d'origine des patients plutôt que de créer un système de carte qui pourrait engendrer des coûts supplémentaires. Le paiement direct de la part des usagers, donc une partie est habituellement redistribuée aux agents de santé, instaure aussi une incitation à la production pour le personnel de santé. L'instauration de la gratuité pour les services curatifs ou la poursuite de cette dernière pour les services préventifs peut ainsi être contre-productif et inciter le personnel à fournir moins de services. Aussi, l'instauration d'une prime à la production de services (voir plus bas) pourrait être une solution à cet effet pervers.

Médicaments et consommables médicaux

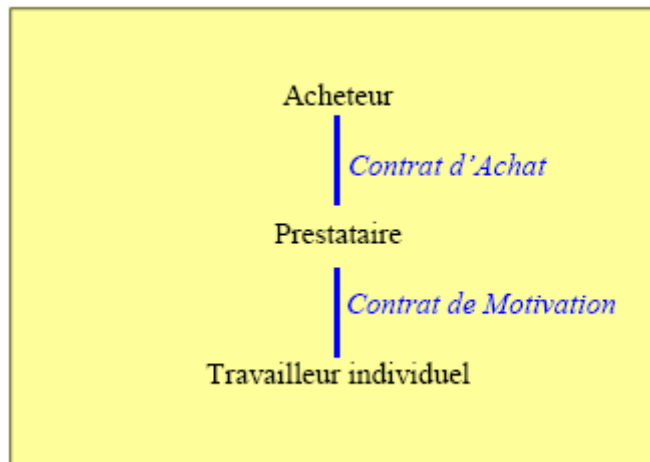
Les acteurs actuels de la santé publique en Haïti se fournissent, en fonction de leurs besoins et surtout de l'état des stocks des fournisseurs, soit chez PROMESS soit dans le secteur privé. Puisque PROMESS n'est pas encore complètement fiable mais demeure une instance sans but lucratif, nous préconisons aux prestataires de services de se fournir en priorité au sein de PROMESS et notamment dans les dépôts périphériques, pour l'achat des médicaments et autres consommables médicaux.

Personnel

La manière dont les prestataires de services recruteront le personnel supplémentaire ou paieront les personnes déjà en place est cruciale. L'apport des ressources financières par ce projet pilote pourrait avoir des conséquences néfastes sur la mobilité du personnel. D'un autre côté, ces ressources supplémentaires pourraient être mise à profit pour attirer et retenir du personnel médical dans les zones isolées où elles rechignent généralement de se rendre et où elles ne restent pas souvent très longtemps. Il faut donc trouver une solution efficace et dont l'impact ne sera pas nocif pour le système de santé, en attendant qu'une réelle politique nationale de ressources humaines soit décidée à l'échelle du pays. Il a donc été préconisé que les fournisseurs de services puissent payer des primes au personnel de l'État dans les formations sanitaires publiques et qu'ils recrutent du personnel supplémentaire dans les formations privées. En aucun cas il leur sera accordé le droit de débaucher du personnel public pour travailler dans les structures privées, cela sera un motif de rupture du contrat. Les primes supplémentaires (fixes) pour les fonctionnaires pourront notamment servir à payer le transport ou le logement pour ceux et celles qui acceptent de travailler dans des conditions très isolées. Mais il faudra aussi s'organiser pour que l'octroi d'une partie des primes (variables) soit conditionné à la réalisation d'activités curatives et préventives. En plus du contrat d'achat, il pourra également se mettre en place des contrats de motivations.

²⁷ Carte « Chemin c'est la vie » et carnet de vaccination pour les enfants, carte de vaccination pour les femmes

Figure 4 : Modèle contractuel employé dans une province du Rwanda



Source : [21]

Les travailleurs individuels devront ainsi respecter certaines règles pré-établies avec eux au sein d'un règlement intérieur et d'un profil de poste par exemple.

7 Références

1. Bennett, S., et al., *Working with the non-state sector to achieve public health goals. Working Paper n°2*. 2005, WHO: Geneva. p. 11.
2. La Forgia, M.G., ed. *Health System Innovations in Central America. Lessons and Impact of New Approaches*. World Bank Working Paper n°57. 2005, World Bank Washington. 213.
3. Perrot, J. and E. de Roodenbeke, eds. *La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*. 2005, Khartala: Paris. 575.
4. MSPP, *Rationaliser la prestation des services de santé de base*. 2005, Projet MSPP/BID, Prêt 1009/SF-HA: Port-au-Prince. p. 13.
5. MSPP, *Visite d'observation et d'échanges d'expériences. Guatémala 25 au 29 juillet 2005*. 2005, MSSP/BID/UGC: Port-au-Prince. p. 21.
6. Ridde, V., *Performance-based Partnership Agreements for the reconstruction of the health system in Afghanistan*. *Development in Practice*, 2005. 15(1): p. 4-15.
7. Brook, P.J. and S.M. Smith, eds. *Contracting for public services: Output-based aid and its applications*. 2001, Worldbank, accessible en français à <http://rru.worldbank.org/features/OBABook2.aspx>; Washington.
8. Palmer, N., *The use of private-sector contracts for primary health care : theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries*. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000. 78(6): p. 821-829.
9. République d'Haïti, *Cadre de Coopération Intérimaire – Haïti. Rapport de Synthèse*. 2004: Port-au-Prince. p. 105.
10. MSPP, *Plan Stratégique du Secteur de la Santé pour la Réforme*. sans date, MSPP: Port-au-Prince. p. 200.
11. Ridde, V., *Building trust or buying results?* *Lancet*, 2005. 366(9498): p. 1692; author reply 1692-3.
12. Mills, A., et al., *The challenge of health sector reform : what must governments do?* 2001, Houndmills ; New York: Palgrave. xiv, 245.
13. Mills, C., *Equity and health : key issues and WHO's role*. Equity Initiative, ed. WHO. Vol. WHO/CHS/HSS/98.3. 1998, Geneva: WHO. 17.
14. Mills, A., C. Hongoro, and J. Broomberg, *Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option?* *Trop Med Int Health*, 1997. 2(2): p. 116-26.
15. Marek, T., et al., *Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar*. *Health Policy Plan*, 1999. 14(4): p. 382-9.
16. Eichler, R., P. Auxila, and J. Pollock, *Output-based health care. Paying for performance in Haïti*, in *Public Policy for the Private*. 2001. p. 4 p. ; disponible en français à <http://rru.worldbank.org/Documents/Other/OBA%20Part2chap7.pdf>.
17. Bhushan, I., S. Keller, and B. Schwartz, *Achieving the twin objectives of efficiency and equity : contracting health services in Cambodia*. no date. p. 6.
18. Feenstra, P., *Contracting and similar experiences in health in Cambodia*. 2001, Medicam. p. 50.
19. Loevinsohn, B. and A. Harding, *Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries*. *Lancet*, 2005. 366(9486): p. 676-81.
20. CIDR, ASI, and MMI, *L'approche contractuelle. Guide pour la conduite de la contractualisation d'une structure de soins au niveau du district sanitaire dans le cadre d'un partenariat entre un Ministère de la Santé et une ONG. Tome 2*. sans date. p. 98.
21. Meessen, B., L. Musango, and J.-P. Kashala, *L'Initiative pour la Performance*. 2004, Ministère de la Santé et HealthNet International: Province de Butare, Rwanda. p. 57.
22. Meessen, B., J.-P. Kashala, and L. Musango, *Performance Based Contracting in Low-Income Countries: The Performance Initiative in Butare, Rwanda*. Présentation au 2ème colloque international, Financement de la santé dans les pays en développement, CERDI, 2005. http://www.cerdi.org/Colloque/FSPD2005/papier/Meessen_ppt.pdf.
23. WHO, *Technical Briefs for Policy-Makers. Application of contracting in developed countries*. 2005, WHO, Department of Health Systems Financing Health Financing Policy: Geneva. p. 5.
24. Wagstaff, A. and M. Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*. 2004, Washington: The World Bank. 186.
25. Soeters, R., et al., *Purchasing health packages for the poor through performance based contracting. Which changes in the district health system does it require?* Présentation au 2ème colloque international,

- Financement de la santé dans les pays en développement, CERDI, 2005. http://www.cerdi.org/Colloque/FSPD2005/papier/Soeters_Perrot_Txt.pdf.
26. GTZ, *Résultats de l'évaluation des districts par les pairs, mars 2000*. 2000, GTZ: Dédougou.
 27. Sicotte, C., et al., *A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance*. Health Serv Manage Res, 1998. 11(1): p. 24-41; discussion 41-8.
 28. MSP, *Guide opérationnel pour la contractualisation dans le secteur de la santé au Tchad. La contractualisation au niveau du district sanitaire*. 2003, Ministère de la santé publique, Direction générale. p. 72.
 29. IHE, *Analyse situationnelle de la PTME en Haïti*. 2003, Institut Haïtien de l'Enfance, MSPP/CDC-GAP/USAID: Port-au-Prince. p. 16.
 30. World Bank, *User Fees*. 2003: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20040982~menuPK:34480~pagePK:34370~theSitePK:4607,00.html> (accès avril 18, 2005).
 31. Ridde, V., *L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*; http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?cont=details&eid=000012009_20041228141039. 2004, World Bank: Washington. p. 54.
 32. Brugha, R. and A. Zwi, *Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies*. Health Policy Plan, 1998. 13(2): p. 107-20.
 33. Bojalil, R., et al., *Research report. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico*. Health Policy Plan., 1998. 13(3): p. 323-331.
 34. Chakraborty, S. and K. Frick, *Factors influencing private health providers' technical quality of care for acute respiratory infections among under-five children in rural West Bengal, India*. Soc Sci Med, 2002. 55(9): p. 1579.
 35. Smith, E., R. Brugha, and A. Zwi, *Working with Private Sector Providers for Better Health Care: An Introductory Guide*,. 2001, London: Options and LSHTM, 76.
 36. Lonnoth, K., et al., *Utilization of private and public health-care providers for tuberculosis symptoms in Ho Chi Minh City, Vietnam*. Health Policy Plan, 2001. 16(1): p. 47-54.
 37. Devereaux, P., et al., *Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis*. JAMA, 2002. 288(19): p. 2449-57.
 38. Liu, X. and A. Mills, *Financing reforms of public services in China : lessons for others nations*. Social Science and Medicine, 2002. 54: p. 1691-1698.
 39. Bhatia, J. and J. Cleland, *Health-care seeking and expenditure by young Indian mothers in the public and private sectors*. Health Policy and Planning, 2001. 16(1): p. 55-61.
 40. Bennett, S., *Private health care and public policy objectives*, in *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage ?*, C. Colclough, Editor. 1997, Clarendon press: Oxford. p. 93-123.
 41. Brugha, R. and A. Zwi, *Global approaches to private sector provision : where is the evidence ?*, in *Health policy in a globalising world*, L. Kelley, K. Buse, and S. Fustukian, Editors. 2002, Cambridge University Press: Cambridge. p. 63-77.
 42. WHO, *The role of the private sector and privatization in European Health Systems*. 2002, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen. p. 11.
 43. Woolhandler, S. and D.U. Himmelstein, *Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States*. N Engl J Med, 1997. 336(11): p. 769-74.

8 Annexes

Annexe 1 :

La privatisation et la qualité des services :

Dans le contexte des pays du Sud nous ne disposons que de peu d'études sur la qualité technique des soins prodigués par les agents du secteur privé [32]. Cependant il semble que les quelques données probantes disponibles démontrent que la qualité des professionnels du secteur privé laisse à désirer et qu'elle soit en deçà de celle des agents du secteur public. Au Mexique par exemple, les médecins généralistes du secteur public sont bien plus efficaces que ceux du secteur privé dans le traitement des diarrhées chez les enfants. Alors que la moitié de ceux du secteur privé ne gèrent pas correctement la thérapie de réhydratation des enfants selon le protocole de WHO, seulement 7% des médecins de la fonction publique en font de même [33]. En Inde, le respect des protocoles de WHO à propos du traitement des infections respiratoires aiguës n'est pas meilleur. Alors que le résultat moyen attendu dans la gestion d'un cas de ce type est de 33 points, la moyenne pour les 40 médecins du secteur privé en milieu rural s'est située à seulement huit points [34]. En Inde encore, puisqu'il s'agit certainement du pays pauvre où le secteur privé est le plus actif, près de la moitié des patients atteints de la tuberculose et utilisant les médecins du secteur privé ne terminent pas leurs traitements [Uplekar et al. 1998, cité par 35]. Au Vietnam, les chances d'être détecté, traité puis suivi pour cette même maladie sont moins grandes dans le secteur privé que dans le public [36]. En Malaisie, les agents du secteur privé étaient moins enclins à entretenir la chaîne de froid pour les vaccins des enfants que leurs collègues du secteur public [Aljunid et Zwi, 1996, cité par 32]. Dans les pays du Nord, l'une des rares études à notre connaissance, vient de démontrer que les taux de mortalité à la suite d'une hémodialyse sont bien plus importants dans les hôpitaux privés américains à but lucratifs que dans ceux sans but lucratif [37].

Les coûts et l'efficacité des services :

Quant aux coûts de ces services dans les pays du Sud, le cas de la Chine démontre combien la solution de limiter le rôle de l'État au strict minimum peut être dramatique pour l'efficacité du système de santé et pour l'accès aux soins des plus pauvres. Les services préventifs à fortes externalités étant du ressort du service public et devant être fournis gratuitement, les agents de santé n'atteignent jamais les objectifs fixés par le ministère puisqu'ils ne peuvent tirer profit, financièrement, de la fourniture de ces services. « *It is evident that market-oriented financing reforms of public health services should not be considered a policy option* » [38, p.1697]. Dans l'état de Karnataka en Inde, on a montré que si le prix moyen d'une visite chez un médecin du secteur privé était environ 21% plus onéreux que celui du médecin public [39]. Une étude des évaluations publiées concernant six pays du Sud, aucun aussi pauvre que Haïti, permet à Sara Bennett [40] de préciser que si les fournisseurs privés semblent être plus efficaces que les publics, il s'agissait uniquement d'institutions à caractère charitable. Pour le dire autrement, l'efficacité, dans ces cas, n'avait aucun lien avec le profit. Cette chercheuse précise également, que la recherche du profit va induire de nombreux effets négatifs pour lesquels le gouvernement devra être attentif (prix, sur-prescriptions,...). Si la promotion de la privatisation aura des effets *absolus* positifs pour les démunis en ce qui concerne l'accessibilité ou/et la qualité des soins, en

termes *réels*, il est certain que les différences à ce propos entre les plus riches et les plus pauvres augmenteront.

Un manque de prudence ? :

A la lumière de leurs connaissances concernant la privatisation des services de santé dans les pays du Sud, les conclusions des experts sont assez claires « *such globally propagated policy prescriptions appear to have been based more on a neo-liberal conception of the state and the private sector than on empirical analysis of how the latter actually works* » [41, p.75]. Après avoir dressé la liste des conditions nécessaires à l'expansion réussie de la fourniture des services de santé par le secteur privé, Bennett [40] en arrive à la conclusion qu'elles ne sont absolument pas réunies dans les pays les plus pauvres du monde. De plus, il est important de souligner que faire la démonstration de l'intérêt de privatiser les services nécessite la mise en place de critères et d'indicateurs scientifiquement valides pour effectuer les comparaisons. Or, à ce jour, il nous paraît encore très délicat de réaliser de telles comparaisons tant l'état des connaissances à ce propos est limité. A partir de quelles bases allons-nous comparer les systèmes ? Il subsiste des différences notoires entre le secteur privé et le public, notamment en Haïti : la formation du personnel, les modes de rémunération, les conditions de travail, la protection sociale, les organisations, etc. Concernant la capacité à comparer le public et le privé en Haïti, il est clair qu'actuellement les capacités institutionnelles du MSPP sont très éloignées de celles des ONG, fussent-elles nationales. Il est *a priori* évident que les performances seront moindres pour le ministère puisque les deux types d'organisations ne disposent pas du même potentiel, ce qui va à l'encontre de toute possibilité de comparaison.

Enfin, nous pourrions donner quelques contre-exemples de l'intérêt de privatiser la fourniture des services de santé dans les pays pauvres. Il existe certains cas qui tendent à montrer qu'un système de santé public (fourniture et financement) couplé à des mécanismes de répartition de la richesse et d'éducation des enfants permet aux populations locales d'avoir des niveaux de santé aussi importants que les pays riches. Nous pensons notamment à l'état du Kerala en Inde, à Cuba ou encore au Sri Lanka. Dans un document de synthèse sur le rôle du secteur privé et la privatisation, le WHO affirme, après une étude sérieuse des données empiriques disponibles, que « *if the private sector models are to succeed, there will be a need for a strong regulatory, managerial and information capacity that is not currently available in many Member States* » [42: p. 8]. Si cela est vrai pour les pays européens, que doit-on penser pour un pays vivant une crise sociale et institutionnelle depuis plusieurs années comme Haïti ? Pour terminer avec cette comparaison en regard des pays du Nord, citons une recherche ayant montré qu'aux États-unis les frais administratifs des hôpitaux privés étaient bien supérieurs à ceux du secteur public [43].

Source : [6]

Annexe 2 :

Les 12 CARACTÉRISTIQUES NÉCESSAIRES
pour une contractualisation réussie au niveau du District Sanitaire

- [1] **Le respect par tous les partenaires de la souveraineté de l'État** et de la Politique Nationale de Santé, y compris sa **mission de service public**, et le **respect par l'État du partenaire et de son autonomie de fonctionnement**.
- [2] L'existence d'une **volonté réelle et clairement affichée** et d'une **confiance mutuelle de tous les acteurs** impliqués pour parvenir à une meilleure performance des services de santé; mais il ne s'agit pas d'une confiance naïve.
- [3] **L'engagement juridique de l'État et de tous les autres acteurs à respecter les obligations** qu'ils ont ensemble et librement établies.
- [4] Vues les incertitudes possibles de certaines sources de financement et les contraintes budgétaires de l'État, il est **impératif de s'assurer de la disponibilité des ressources en temps voulu provenant de tous les partenaires**.
- [5] Tous les acteurs/partenaires dans le District Sanitaire s'inscrivent dans le **Plan Stratégique de Développement Sanitaire (PSDS) à moyen terme du District Sanitaire** sous la coordination de son Équipe-Cadre. Le PSDS comprend les projets d'établissement des formations sanitaires du district.
- [6] Dès l'élaboration du Plan Stratégique du District Sanitaire et des projets d'établissement des formations sanitaires, tous les partenaires y prenant part reconnaissent et s'engagent à une **responsabilité partagée quant à l'atteinte des résultats** dans le District Sanitaire, comme la couverture vaccinale et prénatale, et l'utilisation des services de santé.
- [7] Les **Comités de Santé** doivent disposer d'un **statut juridique** leur permettant d'avoir:
 - une personnalité morale qui leur confère la capacité de signer des contrats
 - des rôles administratifs juridiquement établis de gestion et de co-financement des services de santé (les rôles techniques relèvent directement de la compétence de l'Équipe-Cadre du District Sanitaire).
- [8] Le respect de la vision systémique du district sanitaire articulant ses trois éléments:
 - l'Équipe-Cadre de District Sanitaire
 - l'Hôpital de District
 - le Centre de santé de la Zone de Responsabilité
- [9] La **gestion du personnel de la fonction publique** dans les **services gérés par des entités privées** et les **établissements publics autonomes** (c'est-à-dire les Hôpitaux de District) doit se faire sous forme de **détachement pour un temps déterminé et respecté**.
- [10] Le Ministère de la Santé Publique doit nommer **des cadres dans les postes de responsabilité** du District Sanitaire en tenant compte de **critères relatifs à l'exécution de toutes les tâches pertinentes** comme la connaissance des textes légaux et documents techniques relatifs au secteur de la santé en général et le District Sanitaire: progressivement, la connaissance des mécanismes de contractualisation fera partie de ces critères.
- [11] Les **missions d'évaluation à mi-parcours et finales** des projets dans les Districts Sanitaires doivent se faire dans le cadre du suivi-évaluation des contrats liés à ces projets, être précises, correctement organisées et exécutées.
- [12] Les **conditions de désengagement** des acteurs d'un contrat doivent être **clairement définies** dans chaque contrat. Il faut en effet éviter qu'un désengagement unilatéral remette en cause la pérennisation des activités sur le terrain.

Source : [28]

Annexe 3 :

Exemple de calcul de la rémunération mensuelle attribuée à un centre de santé au Rwanda

Exemple	
Supposons que le barème en vigueur soit le suivant:	
Consultation nouveau cas.....	40 frw
Accouchement au CS ou référé.....	2.500 frw
Vaccination AntiTétanique (2-5).....	250 frw
Planning familial (nouvelle inscrite).....	1.000 frw
DTC (3° dose).....	250 frw
VAR.....	250 frw
Supposons que le centre de santé Z ait au cours du mois, les outputs suivants: 872 consultations nouveaux cas; 3 accouchements au centre + 1 accouchement référé; 17 vaccinations antitétaniques 2° dose; 5 nouvelles inscrites au planning familial; 23 enfants complètement vaccinés DTC et 20 enfants vaccinés contre la rougeole.	
Ce mois-là, le Centre de Santé recevra alors en guise de rémunération le montant suivant: $872 \cdot 40 \text{ frw} + 4 \cdot 2.500 \text{ frw} + 17 \cdot 200 \text{ frw} + 5 \cdot 1.000 \text{ frw} + 23 \cdot 300 \text{ frw} + 20 \cdot 300 \text{ frw}$, soit un montant total de 66.180 frw	

Source : [21]

Annexe 4 :

CAHIER DES CHARGES DE FIRME D'ASSISTANCE TECHNIQUE

Objectif :

- Au terme de 27 mois de présence, les consultants d'une firme d'assistance technique auront permis aux différents acteurs concernés par le projet pilote MSPP-BID (DAF, DDS, B-UCS, ONG) de disposer des compétences et des capacités opérationnelles nécessaires à l'utilisation de l'approche contractuelle des services de santé et à la gestion d'un district sanitaire.

Consultants :

- Il est laissé à la libre appréciation de la firme de préciser le nombre de consultants (et de mois-hommes) qu'elle pense nécessaire à la réalisation des tâches décrites ci-dessous.
- Il est néanmoins attendu qu'au minimum un des consultants soit un expert de l'approche contractuelle

Critères de sélection des consultants :

- Formation universitaire dans le domaine de la santé publique, de l'administration publique, de la gestion de projet ou de domaines proches
- Expériences minimales de six ans dans les pays en développement et dans le domaine de la santé publique (ou socio-sanitaire)
- Expériences de mise en place de l'approche contractuelle
- Expérience d'assistance technique dans la planification sanitaire à l'échelle d'une équipe de district de santé
- Habitude de travail avec le milieu des ONG
- Ouverture d'esprit et qualité humaine pour travailler en équipe
- Capacité à travailler dans un environnement instable
- Maîtrise parfaite de la langue française
- Expériences de travail et connaissances d'Haïti seraient idéal, ainsi que la pratique du créole haïtien
- Pratique courante des outils informatiques

Cahier des charges du consultant :

Les consultants devront rendre des comptes et travailleront directement sous la responsabilité du coordinateur de l'Unité de Gestion et de Coordination du projet MSPP/BID et seront chargés des activités suivantes qu'ils devront obligatoirement réaliser en collaboration avec le personnel du MSPP (central et périphérique) :

- Appuyer la direction centrale et l'UGC MSPP/BID dans la gestion et la coordination des contrats du projet pilote. Il est attendu que l'approche employée par les consultants est participative dans le but de partager leurs connaissances pour que, selon un processus graduel, les membres de la direction centrale prennent l'entière responsabilité du processus dès la fin du projet MSPP/BID.
- Soutenir ces mêmes acteurs dans l'analyse des capacités des fournisseurs potentiels de services à participer au projet pilote

- En coordination avec la direction centrale, mettre en place l'ensemble des outils nécessaires à tous les paliers de la pyramide sanitaire pour l'emploi de l'approche contractuelle
- S'assurer que l'ensemble du processus de sélection des fournisseurs est transparent, juste et « documenté »
- Soutient (de manière transparente) les éventuels fournisseurs de service à répondre aux attentes du MSPP par l'approche contractuelle
- Effectuer une évaluation des besoins en renforcement des capacités (par uniquement sur les connaissances/compétences) sur les thèmes suivants pour les membres du bureau central du MSPP, des DDS, des B-UCS et des ONG :
 - approche contractuelle
 - planification sanitaire
 - gestion de projet
 - suivi et évaluation de projet
- Proposer au MSPP un plan de renforcement des capacités à l'aune des résultats de l'évaluation initiale
- Mettre en œuvre, en collaboration avec les différents bureaux centraux concernés, le plan de renforcement des capacités sur ces quatre thèmes
- Organiser la création des outils nécessaires
- Le cas échéant, procéder à un plaidoyer pour la recherche de financements complémentaires pour les autres aspects de renforcement des capacités (on s'attend à ce que la firme inclus tous les coûts de formation dans son offre)
- Procéder à l'évaluation des effets du plan de renforcement pour les organisations et les individus concernés (à propos des connaissances mais aussi des changements dans les pratiques professionnelles)
- Collaborer à l'évaluation du projet pilote effectuée par une firme externe
- Organiser de manière périodique des ateliers de travail sur les relations entre le MSPP et les fournisseurs de services à propos des enjeux fondamentaux soulevés par le processus du projet pilote
- Fournir périodiquement, après entente avec l'UGC, des rapports de progrès
- Produire (et diffuser) pour la fin du projet un rapport de capitalisation de l'expérience de renforcement des capacités

Lieu de travail :

- Direction centrale du MSPP à Port-au-Prince
- Déplacements très fréquents dans les six UCS du projet pilote

Dépenses éligibles :

- Salaires et charges sociales d'un expert
- Matériels informatiques et bureautiques
- Un véhicule et ses frais de fonctionnement
- Frais des activités de formations et d'ateliers à mettre en œuvre
- Frais administratifs et de communication

Annexe 5 :

GUIDE DE RECRUTEMENT DES FOURNISSEURS

L'objet de cette annexe est de fournir aux personnes devant organiser l'ensemble du processus débouchant sur la sélection des prestations de services de santé et la signature de contrats avec ces derniers la liste des activités précises du processus à suivre. On reprend dans cette annexe les objectifs précisés plus haut en donnant les détails des activités pour les atteindre.

Phase 1 (février 2006) : Information/échange, cartographie des acteurs, appels d'offres

Cette première phase doit s'effectuer sur l'ensemble du mois de février et est composée de deux parties.

La première partie des activités doit avoir lieu en périphérie, dans les six UCS sélectionnées. Il s'agira d'atteindre deux objectifs spécifiques :

1. Informer l'ensemble des acteurs de santé publique présents dans les UCS du projet pilote et du processus de sélection de l'un d'entre eux
2. Effectuer une cartographie de ces acteurs afin de recenser leurs capacités opérationnelles à être le sous-traitant agissant avec le B-UCS.

Pour atteindre ces objectifs, les activités suivantes devront être mises en œuvre.

- a) Recruter un consultant national²⁸ qui formera une équipe avec des membres de l'UGC
- b) Produire un document succinct (2 pages) sur le projet pilote et un diaporama Power Point
- c) Préparer une grille de collecte de données afin de recenser les capacités opérationnelles²⁹ des acteurs présents dans les UCS.

Figure 5 : Critères de sélection de l'ONG

- expérience en Haïti et dans la région ;
- histoire de collaboration avec les instances du MSPP ;
- lieux d'interventions actuels ;
- services fournis et couverture populationnelle ;
- expériences dans les activités de stratégies avancées (e.g. postes de rassemblement)
- expériences en approches communautaires
- expériences et qualifications des ressources humaines actuellement en place ;
- disponibilité de ressources matérielles ;
- capacité de recrutement de personnel médical et de consultants seniors ;
- expériences en formation du personnel médical et non médical ;
- capacité logistique pour les commandes de matériels nécessaires ;
- capacité et procédures de coordination et de gestion (système comptable)
- disponibilité d'un plan opérationnel (processus de planification annuel ou pluriannuel)
- existence d'un système de suivi et d'évaluation
- ressources financières actuelles et prévues dans les 24 mois ;
- etc.

²⁸ Ce recrutement est semble-t-il déjà prévu

²⁹ Cette collecte de données sera également utile pour identifier les « zones de faiblesses » du sous-traitant puisque l'on ne s'attend pas à ce qu'il dispose de toute les qualités requises et que le projet disposera d'un volet visant à améliorer et renforcer ses capacités organisationnelles. La liste de ses critères est indicative et elle devra être revue et adaptée par les équipes en charge de cette cartographie. Cependant, il faudra conserver la même liste et faire en sorte qu'elle soit remplie par les mêmes personnes.

- d) Demander aux DDS et/ou B-UCS de réunir tous les acteurs de santé publique des UCS lors d'une réunion à prévoir
- e) Organiser une réunion dans chacune des six UCS avec tous les acteurs intéressés. Les activités à mener lors de cette réunion seront :
 - Expliquer l'ensemble de la démarche du projet pilote (avec le Power Point préparé à l'avance) en insistant sur l'importance de la coopération et du partenariat pour organiser un système intégré de service
 - Fournir aux partenaires potentiels le contenu et les termes du contrat (annexe 6)
 - Demander aux acteurs présents (et s'assurer que les absents ne sont pas intéressés) de remplir la grille de collecte de données le jour de la réunion (ou se donner les moyens de recevoir les informations le plus rapidement possible)
 - Demander aux acteurs présents leur intérêt potentiel d'être le sous-traitant dans l'UCS
- f) Analyser et produire des tableaux par UCS avec les équipes des B-UCS pour connaître le potentiel des acteurs
- g) En fonction de ce potentiel et des intérêts des acteurs qui sera spécifique à chaque UCS, organiser une autre réunion afin d'instituer le modèle organisationnel par UCS et démarrer la négociation avec l'acteur central³⁰, voir phase 2

La seconde partie de cette phase doit se dérouler au niveau central, au sein de l'UGC. Puisqu'il a été préconisé de faire appel à deux entités externes pour appuyer et évaluer le projet pilote de contractualisation des services, l'objectif spécifique de cette seconde partie est :

3. Lancer un appel d'offre international pour le recrutement d'une firme d'évaluation et d'une assistance technique au projet

Pour atteindre cet objectif, il s'agit de procéder aux activités suivantes :

- a) Définir le cahier des charges pour l'évaluation (voir rapport subséquent)
- b) Préciser, le cas échéant, le cahier des charges de l'assistance technique (voir en annexe 4)
- c) Procéder à une évaluation *a priori* des coûts
- d) Lancer l'appel d'offres à l'échelle internationale en suivant les procédés habituels (UGC, BID, etc)

Résultats de la phase 1 :

- ***cartographie des acteurs par UCS et présélection de l'acteur central par UCS***
- ***appels d'offres lancés pour la firme d'évaluation et la firme de renforcement des capacités***

Phase 2 (mars/avril 2006) : négociations et signatures des contrats des prestataires, démarrage du renforcement des capacités et de l'évaluation

Le premier objectif de cette phase pour les fournisseurs de service de santé consiste en la :

4. signature de six contrats de performance avec une ONG par UCS

³⁰ En cas de conflit, peu probable et absolument pas souhaitable, entre plusieurs acteurs au sein d'un UCS, procéder par un appel d'offres... mais cela aura comme conséquence de décaler la date de démarrage du projet

L'atteinte de cet objectif ne se fera pas immédiatement après la présélection des partenaires potentiels, il faut prévoir un assez long temps de discussion, de négociation et de consensus avant. Aussi il s'agira de :

- a) sélectionner le sous-traitant principal dans chaque UCS en collaboration avec les B-UCS et la DDS
 - *Qui sélectionne ?* : commission mixte de 7 personnes (1 membre UGC, 1 consultant national UGC, 1 assistance technique si présent, 3 membres équipe du B-UCS, 2 membres équipe de la DDS).
 - *Comment ?* : une réunion de consensus, par UCS, entre ces acteurs avec l'aide de la grille préalablement remplie. Si plusieurs ONG paraissent intéressées et disposent du potentiel nécessaire à fournir les services, les convoquer lors de cette réunion pour un entretien sur leur motivation et leur capacité. Avant de participer à cet entretien, les ONG intéressées doivent fournir 48 heures avant un document résumé de deux pages de leur offre potentielle technique et financière.
 - *Qui est sélectionné ?* : le sous-traitant semblant le plus en mesure de fournir les services au regard des éléments tirés de la phase 1. Si après discussions avec ce premier de la liste il n'est pas possible d'aller plus loin, le deuxième est contacté, etc.
- b) procéder à un processus détaillé de discussion et de négociation avec l'ONG sélectionnée
 - *Qui assure le processus ?* : consultant national UGC, assistance technique si présent, équipe du B-UCS
 - *Comment ?* : réunion au niveau du B-UCS
- c) demander à l'ONG présélectionnée de fournir une offre technique et financière détaillée à la suite de ces discussions
 - *Contenu* : l'offre, qui détaille de document de deux pages précédemment fourni, doit contenir au minimum les éléments du contenu du contrat (annexe 6), un cadre logique, une planification des activités, un budget détaillé
- d) rédiger le contrat de performance en collaboration avec l'assistance technique (si déjà présente) et le bureau central du MSPP
- e) signer le contrat avec l'ONG

En ce qui concerne les deux entités externes recrutées pour le projet pilote, l'objectif spécifique est de :

5. démarrer les activités d'assistance technique et d'évaluation

Un certain nombre d'activités devront être entreprises :

- a) sélectionner les firmes et/ou les consultants à la suite de l'appel d'offre
- b) démarrer le processus de partage des connaissances et de répartition des rôles entre la firme d'évaluation et la DPCE
- c) demander à la firme d'évaluation un plan d'évaluation³¹ de départ (baseline) plus détaillé que dans l'appel d'offres
- d) discuter puis valider le plan de l'évaluation initiale
- e) démarrer la collecte des données de cette évaluation (enquête ménages)

³¹ Compte tenu de la volonté de l'UGC de démarrer le plus tôt possible le projet, les détails du plan d'évaluation de l'ensemble du projet pilote, sous l'angle de la performance au sens large du terme, pourront être fournis subséquentment.

- f) installer le consultant (assistance technique) au sein du bureau central du MSPP chargé de l'approche contractuelle
- g) demander au consultant un plan opérationnel détaillé pour les six prochains mois
- h) intégration, s'il est déjà arrivé, du consultant dans le processus de négociation préalable à la signature avec les six ONG dans les UCS

Résultats de la phase 2 :

- *Six contrats sont signés pour chacune des six UCS*
- *L'évaluation de départ (baseline) est effectuée*
- *L'assistance technique débute ses activités au sein du service central*

Phase 3 (Mai 2006) : démarrage des contrats et des prestations de services pour 27 mois

L'objectif principal de cette troisième phase est le :

- 6. démarrage des prestations de services de santé dans les six UCS

Cet objectif paraît un peu ambitieux mais il faut préciser qu'il ne s'agit certainement pas de l'atteindre à 100% en mai, mais simplement de s'assurer que le processus démarre à cette période, tel que demandé par l'UGC. Il faudra donc organiser les activités suivantes :

- a) démarrage des prestations de services dans les formations sanitaires de l'ONG sous-traitante
- b) organisation de rencontres techniques entre tous les acteurs de santé publique dans l'UCS afin de débiter la négociation sur le partage des responsabilités, et la sous-traitance, dans la prestation des services

Résultats de la phase 3 :

- *Négociations avec les prestations de services potentiels*
- *Démarrage de la fourniture des services*

Annexe 6 :

CONTENUS DU CONTRAT DE FOURNISSEURS DES SERVICES DE SANTE

Les contrats, en dehors du processus et des éléments habituels pour la passation de marché de l'UGC et du projet MSPP/BID, devront nécessairement contenir :

Introduction

En mars 2004, la mise en place d'un conseil des Sages permet la nomination d'un gouvernement intérimaire de transition. En juin, la Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti (*MINUSTAH*) s'installe. C'est à ce moment que démarre la réflexion visant à doter le pays d'une politique de coopération intérimaire en attendant les élections prévues fin 2005. L'objectif est de concevoir l'appui de la communauté internationale par la détermination conjointe des besoins et des programmes couvrant la période de transition allant de juillet 2004 à septembre 2006. Il s'agit du Cadre de Coopération Intérimaire (CCI) finalisé en juillet 2004, dont l'amélioration de l'accès aux services de base est un des quatre objectifs principaux. En ce qui concerne la santé et la nutrition, à la suite du *Programme de Réhabilitation d'Urgence*, la *Stratégie Nationale Intérimaire*, quatre objectifs ont été fixés : i) la disponibilité et l'accessibilité du Paquet Minimum de Services ; ii) le renforcement institutionnel du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) ; iii) l'amélioration du financement de la santé et de la nutrition ; iv) la relance et l'intégration des programmes prioritaires. En outre, le récent plan stratégique du secteur de la santé pour la réforme a précisé les grands axes de la Politique nationale de la santé en Haïti :

1. Les soins de santé primaires
2. La réorganisation du système de santé
3. Le développement d'un mode de financement efficace et efficient
4. Le renforcement de la participation communautaire
5. Le développement d'une coordination multisectorielle
6. La coordination et l'articulation avec les différents intervenants
7. Le développement d'une politique de ressources humaines adaptées
8. Le développement de la recherche
9. La mise en place d'une législation défendant les intérêts de la population
10. L'intégration de la médecine traditionnelle.

C'est dans ce contexte que le Gouvernement Haïtien, avec le financement de la Banque Interaméricaine de Développement (BID), met en œuvre un programme d'organisation et de rationalisation du secteur santé. Une unité de gestion et de coordination (UGC) a été créée à cet effet. Ce programme vise, à long terme, à contribuer à l'amélioration de la santé de la population maternelle et infantile. De façon plus spécifique, le programme cherche à améliorer la qualité, l'accès et l'efficacité des services de santé publics et privés. Pour ce faire, le programme souhaite développer de nouveaux modèles pour financer la dispensation des services de santé de base qui soient bien adaptés au contexte Haïtien tout en s'assurant qu'ils soient durables sur les plans financier et institutionnel. Le modèle proposé dans ce programme repose sur l'approche contractuelle qui sera mise en œuvre dans six Unités Communales de Santé du pays.

Les principaux résultats opérationnels attendus par ce projet pilote sont les suivants :

- offrir des services de santé de base à 350 000 femmes en âge de procréer et à des enfants de moins de 5 ans ;
- renforcer les fonctions essentielles de santé publique, afin de les développer et de les appliquer aux niveaux central et départemental du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) ; et,
- renforcer les capacités et les instruments de suivi et d'évaluation, en tant que mécanismes permettant d'ajuster les politiques de santé publique et d'institutionnalisation des processus développés.

Type de contrat

Le présent document constitue un contrat de partenariat entre plusieurs parties prenantes à la mise en œuvre du projet pilote. Il s'agit d'un contrat de type relationnel où les échanges, les négociations, les discussions et la confiance mutuelle ont préséance sur les conflits et les recours en justice.

Précisions des parties prenantes au contrat et de leurs rôles respectifs

L'UGC assure la coordination de l'ensemble du programme ainsi que le financement des contrats.

La Direction des Affaires Financières (DAF) du MSPP est chargée de la gestion, du suivi et la coordination générale des contrats entre les parties prenantes. Elle effectue ses tâches en coordination avec l'UGC et avec le soutien d'un consultant assistant technique en matière d'approche contractuelle. La DAF et ce consultant sont également chargés de l'évaluation des compétences et capacités sur l'approche contractuelle de toutes les parties prenantes (B-UCS de XX, DDS de XX, ONG XX) et de la mise en place d'un plan de formation à cet égard.

Le consultant sera également chargé des activités de renforcement mes compétences des membres du B-UCS sur les aspects de gestion de l'UCS de XX (planification, coordination, suivi, évaluation, etc.)

Le bureau de l'UCS XXX (B-UCS) est chargé de la coordination générale, de la supervision et du suivi des services de santé dans leur aire de santé. Pour l'ensemble de ces activités, le B-UCS est soutenu par une ONG qui doit agir en collaboration étroite avec les membres du B-UCS dans l'objectif de renforcer leurs capacités à employer l'approche contractuelle et à gérer une UCS.

Dans ces aires de santé, les services de santé sont principalement fournis par une l'ONG XX choisie par le comité de sélection. Cette ONG dispose de la possibilité de sous-traiter une partie des services de santé à d'autres acteurs publics ou privé dans le but de rendre la prestation de service plus efficace et efficiente.

Objet du contrat

L'objet du contrat consiste à deux types d'activités :

1-La fourniture d'un paquet minimum de service à X enfants de moins de 5 ans et femmes en âge de procréer de l'UCS de XXX.

2-Le renforcement des capacités du B-UCS de XX en matière d'approche contractuelle et de gestion de l'UCS.

Tel que précisé dans le rapport, la fourniture des services repose sur les éléments suivants :

- *Population cible* : l'ensemble des enfants de moins de 5 ans et femmes en âge de procréer dans l'aire de santé de l'UCS
- *Services* : le Paquet Minimum de Service pour cette population cible est le suivant
 - Préciser le contenu décidé à l'échelle nationale
 - Xxx
 - xxx
 - Ne sont pas inclus dans ce contrat, les activités curatives liées à la prise en charge du Sida et de la transmission mère-enfant
- *Paiement par les usagers* : la totalité des services curatifs et préventifs de ce PMS sont fournis gratuitement aux utilisateurs des services
- *Achats de produits médicaux* : l'ONG XX doit prioritairement effectuer ses achats dans les dépôts périphériques de PROMESS. En cas de rupture de stock, elle a le droit de se fournir ailleurs.
- *Paiement du personnel de santé* : dans les formations sanitaires, l'ONG XX n'a pas le droit de débaucher du personnel de la fonction publique. Elle peut cependant octroyer une prime salariale à ces personnes et elle a le droit de recruter du nouveau personnel privé pour travailler dans les formations sanitaires.

Objectifs à atteindre et indicateurs de performance

Si 90% du budget est débloqué de manière échelonnée en fonction de la délivrance de rapports d'avancement dans la mise en œuvre du projet, 10% sont conditionnés à l'atteinte de cibles précisées en fonction d'indicateurs de processus et d'output.

Indicateurs	Données connues au début du projet	Cibles à atteindre à la fin du projet

Durée du contrat

La durée du contrat est de 27 mois, soit le 1^{er} mai 2006 au 31 juillet 2008.

Moyens à mobiliser

L'ONG XX dispose de toute la latitude nécessaire pour mobiliser les moyens nécessaires à la mise en œuvre du projet et l'atteinte de résultats. Elle doit cependant s'assurer que son offre technique et le personnel employé répondent à des normes minimales de qualité pour être en mesure de réaliser les activités.

Le matériel suivant doit au minimum être présent :

- véhicules en bon état de fonctionnement et en nombre suffisants
- matériels informatiques récents pour le suivi des activités, la comptabilité et la rédaction des rapports financiers et d'activités

Le personnel recruté pour la prestation de services et la coordination des activités doit

- être compétent pour les tâches à réaliser
- disposer d'une très bonne expérience professionnelle
- respecter les règles déontologiques de sa profession et le règlement intérieur de l'ONG

L'ONG XX doit disposer :

- d'un règlement intérieur
- d'un système comptable transparent et rigoureux
- d'un système de gestion des stocks
- d'un mécanisme de planification des activités
- d'un système de suivi et d'évaluation

Inventaire des immobilisations et équipements

L'ensemble des biens et équipements acheté à l'aide de ce contrat doit être répertoriés lors d'un inventaire annuel. Lorsque l'ONG XX démarre pour la première fois ses activités dans une formation sanitaire publique ou en collaboration avec une formation sanitaire privée, un inventaire des biens et équipements doit être effectué, au début et à la fin du contrat.

Modalités de paiement et dépenses

L'ensemble du budget nécessaire aux activités pour 27 mois sera distribué de la manière suivante :

- 50% du budget à la signature du contrat
- 20% à la suite de la remise, à la fin des 12 premiers mois, d'un
 - rapport d'activités³² avec un état des lieux au regard des documents de projet fournis dans l'offre technique (cadre logique, planification, etc.), avec un inventaire des biens/équipements achetés et de ceux présents dans les formations sanitaires
 - du rapport financier détaillé avec l'ensemble des pièces justificatives
- 10% à la suite de la remise, à la fin des 18 premiers mois, de mêmes documents que précédemment
- 10% à la suite de la remise, à la fin des 22 premiers mois, de mêmes documents que précédemment
- 10% à la fin du projet :
 - à la suite de la remise obligatoire des mêmes documents que précédemment et
 - en fonction de l'atteinte des cibles prévues dans le présent contrat

Les dépenses éligibles sont :

- Salaires pour le personnel privé
- Primes salariales (e.g. de logement, de transport, d'éloignement) pour le personnel privé et public
- Médicaments essentiels génériques et consommables médicaux
- Logistique et administration du projet (véhicules, ordinateurs, fournitures administratives, etc)
- Frais indirect de gestion

³² Au Rwanda, la rémunération versée au centre de santé est calculée chaque mois en fonction des activités réalisées et d'un montant par activité selon un barème précis, voir exemple à l'annexe 3 [21].

Les dépenses qui ne sont pas éligibles sont :

- Dettes et provisions pour pertes
- Biens et équipements déjà financés par d'autres sources
- Achat de terrain ou de bâtiments
- Médicaments de marque
- Cadeaux
- Achats de véhicules
- Equipements militaires

Procédures de suivi et d'évaluation

L'ONG XX est chargée d'appuyer le B-UCS dans l'ensemble des activités de suivi (*monitoring*) des prestations de services de santé dans l'UCS. Elle s'assure que les membres du B-UCS disposent des compétences et des outils nécessaires à cela, le cas échéant, l'ONG doit entreprendre des activités de formation et de création d'outil. Des rapports périodiques doivent être effectués à la suite de ces processus de suivi. Au minimum, un suivi semestriel doit être réalisé dans l'ensemble des formations sanitaires concernées par ce projet pilote. Cette activité est effectuée conjointement par le B-UCS et l'ONG.

Une évaluation initiale (*baseline*), finale (*endline*) et de la performance de l'ensemble du projet pilote sera entreprise par une firme externe en collaboration avec la DPCE du MSPP. L'ONG et le B-UCS devront collaborer à ce processus d'évaluation et rendre les éléments utiles à ce dernier disponible. Les résultats de l'évaluation seront partagés avec l'ensemble des parties prenantes au projet pilote. Ces dernières auront l'occasion de réagir et de discuter des résultats des évaluations.

Mécanismes de prévention et de résolution des problèmes et des conflits

Conformément à l'esprit qui sous-tend le projet pilote et ce contrat, en cas de conflits entre les parties prenantes au contrat, il sera systématiquement fait recours à un processus de négociation et de discussion. L'objectif est de résorber les éventuels conflits le plus tôt possible dans un esprit de confiance et de collaboration mutuelle.

En cas d'impossibilité d'accord mutuel, chacune des parties devra nommer un arbitre ainsi qu'un troisième de manière consensuelle. Ces commissions de trois arbitres devra entendre les parties et proposer une solution équitable et juste pour la bonne marche du projet et la poursuite de la fourniture des services de santé aux populations.

Clauses de ruptures

La rupture du contrat sera une solution ultime à l'existence d'un conflit étant entendu que personne ne souhaite cet effet néfaste aux populations haïtienne. Des négociations et arbitrages préalables seront ainsi toujours mis en œuvre.

Avenants

Etant donné le caractère aléatoire du contexte de la mise en œuvre du projet, il sera possible de proposer au maximum deux avenants budgétaires au présent contrat. Cependant, l'ONG dispose de la possibilité, bien argumentée, de transférer sans autorisation préalable, un maximum de 20% des dépenses prévus d'une ligne budgétaire à une autre. S'il s'avérait nécessaire de dépasser ces 20%, la signature d'un avenant sera obligatoire et l'ONG devra effectuer une nouvelle proposition budgétaire.

Identification des représentants légaux signataires pour les parties prenantes

La signature de ce contrat implique :

- Le responsable de l'ONG XX
- Le médecin chef du B-UCS de XXX
- Le directeur départemental de la santé de XXX

Procédures d'enregistrement des contrats

Une copie conforme de ce contrat est envoyée à la Direction général de la santé du MSPP, à la DAF et à l'UGC du projet pilote MSPP/BID.

Fait à XXX

Le XX

Annexe 7 :

Personnes rencontrées lors de la mission

- M. Jean André, UGC
- Mme Yvette Byambi, UGC
- Mme Anne-Marie Désormeaux, UGC
- Mme Justine Pologne, UGC
- M. Agenor, Programme de santé communautaire, Fermat
- M. Patrick Delorme, UNICEF
- Mme xx, UNICEF
- M. Gustave Jean-François, FONDEFH
- M. Sidi Diallo, AMI
- M. Sébastien Yiacinthe AMI