

**Sous-traitance des services de santé en Afghanistan :  
l'approche des contrats de partenariats basés sur la performance.**

**L'analyse d'une intervention en santé internationale**

Valéry RIDDE

Université Laval

Département de médecine sociale et préventive

Pavillon de l'Est, Québec, Canada, G1K 7P4

courriel : [acd161@agora.ulaval.ca](mailto:acd161@agora.ulaval.ca),

Version : 20 décembre 2002

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
1 La proposition d'intervention des donateurs .....	2
2 Le modèle sous-jacent aux contrats de performance .....	4
2.1 Le rôle de l'État dans le système de santé.....	5
2.2 Les enjeux et les défis de la contractualisation .....	8
2.3 La place de la communauté.....	10
3 Quelles sont les données probantes appuyant la proposition ? .....	11
3.1 Les contrats en général.....	11
3.2 Les contrats liés à la performance en particulier.....	13
3.3 La privatisation de la fourniture des services de santé.....	16
4 Comment l'intervention sera-t-elle évaluée ? .....	21
5 Quels sont les principaux enjeux éthiques ?.....	22
5.1 Le financement des projets et des services.....	22
5.2 Et l'équité ?.....	24
6 Conclusion et recommandations .....	25
Références.....	28

## Introduction

Le calme étant plus ou moins revenu, les bailleurs de fonds internationaux semblent depuis quelque temps vouloir enfin se préoccuper des communautés afghanes. Il était effectivement temps puisque l'aide totale apportée à l'Afghanistan a été en chute constante entre 1996 et 2000, passant de 7,9 à 5,5 \$US *per capita* [1, 2]. Le processus politique enclenché depuis plusieurs mois devrait, nous l'espérons tous, déboucher sur des orientations claires dans les années à venir concernant les politiques publiques visant la reconstruction du pays ainsi que sur la préparation d'élections démocratiques à moyen terme.

Pour répondre aux besoins immenses de la société afghane, de nombreuses nouvelles organisations non gouvernementales (ONG) sont apparues dans le paysage humanitaire. Celles qui étaient déjà là tentent d'étendre leurs activités malgré les problèmes récurrents de sécurité et les grands financeurs de l'aide au développement, qui ne pouvaient intervenir depuis des années, reviennent sur le devant de la scène. C'est ainsi que dans le cadre de la réflexion visant à reconstruire le système de santé en Afghanistan, une mission conjointe de la plupart des donateurs internationaux<sup>1</sup> s'est rendue en Afghanistan à la fin du mois de mars 2002 [3]. C'est à cette occasion qu'est apparue, pour la première fois dans le pays, une proposition de mise en place de contrats de performance liant les ONG et le gouvernement dans la reconstruction du système de santé du pays.

Si la contractualisation ne constitue plus une innovation dans les pays occidentaux, il s'agit là d'une nouveauté importante dans le champ de l'organisation des services de santé dans les pays du Sud. Très peu d'expériences de ce type ont eu lieu et il nous paraît essentiel d'en analyser les tenants et aboutissants ainsi que les conséquences possibles pour les populations dont les besoins sanitaires sont immenses. Pour réaliser cette étude<sup>2</sup>, nous nous appuyerons sur l'analyse détaillée de divers documents publics en notre possession. Nous étayerons notre réflexion critique à partir de la littérature scientifique, publiée ou non, concernant, d'une part, l'implantation de la sous-traitance des services de santé par l'intermédiaire de la contractualisation, et d'autre part, la privatisation de la fourniture des

---

<sup>1</sup> Banque Mondiale, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Banque Asiatique de Développement, Coopération anglaise, Union européenne, Fonds des Nations Unies pour la Population, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Coopération américaine (USAID)

<sup>2</sup> Quelques éléments fondateurs de la réflexion développée dans ce document ont fait l'objet d'une correspondance proposée cet été et récemment publiée par le Lancet [4]

services de santé. Contractualisation et privatisation sont indubitablement les deux faces d'une même pièce de cette intervention nouvelle de la part des financeurs de l'aide internationale en Afghanistan.

Les limites de notre méthode d'analyse résident dans le fait que nous nous appuyons exclusivement sur la littérature officielle et/ou grise publiée dans une des langues que nous maîtrisons. Il est bien possible que quelques expériences particulières, notamment celles infirmant l'hypothèse de la pertinence d'une telle intervention, n'aient pas fait l'objet de publications particulières. Par contre, la force de notre analyse, pensons-nous, repose sur notre connaissance du milieu de l'intervention et notre capacité à avoir accès à la documentation produite par une myriade d'organisations.

Le document que nous vous proposons maintenant de lire est composé de six parties distinctes. La première nous permet de décrire sommairement l'intervention. La deuxième partie est consacrée à l'étude du modèle ayant servi aux bailleurs de fonds pour proposer une telle intervention. Puis, dans une troisième partie, nous verrons en quoi cette innovation repose sur des résultats de recherche et des données probantes adéquates. Nous parlerons ensuite, dans une quatrième partie, de la place de l'évaluation dans cette proposition de contractualisation de la fourniture des services de santé en Afghanistan. La cinquième partie de notre document sera consacrée aux enjeux éthiques que soulève cette intervention. Dans la dernière et septième partie, nous proposerons une conclusion sous la forme de recommandations afin d'aider les acteurs de l'aide humanitaire à prendre en compte l'ensemble des enjeux soulevés par la mise en œuvre de cette intervention.

## **1 La proposition d'intervention des donateurs**

Nous avons décidé de présenter la proposition des donateurs en respectant un ordre chronologique, au fur et à mesure de l'apparition des documents dévoilant les composantes de l'intervention, car cela nous permet de rendre intelligible l'évolution des idées émises dans la proposition.

Les détails fournis dans le premier rapport de mission de mars 2002 [3] nous permettent, en quelques mots, de résumer le principe de ce partenariat selon les modalités suivantes. Reprenant le trio classique de la théorie économique eu égard au rôle de l'État, les auteurs du rapport avancent que trois choix sont possibles pour fournir des services de santé. Le premier consiste à accroître les capacités de l'État et ainsi lui permettre d'être le fournisseur principal. Le deuxième choix donne la possibilité aux ONG

actuellement en place d'augmenter leurs interventions, la place du gouvernement restant réduite. Le dernier choix octroie au gouvernement un rôle stratégique en passant des contrats avec des ONG pour que ces dernières fournissent les services. C'est le dernier choix qui est privilégié par les donateurs.

Le ministère de la santé (MS) détermine les priorités nationales ainsi que le paquet minimum d'activités à mettre en œuvre. Le suivi concernant la qualité et le coût de l'implantation de ce paquet est rendu possible par la définition, de la part du MS, d'un certain nombre d'indicateurs de performance. Un appel d'offre est lancé auprès des ONG locales et internationales et, selon plusieurs critères (qui restent à définir<sup>3</sup>), les contractuels sont choisis par un comité composé du MS, de l'OMS, de l'UNICEF, de représentants des ONG et des bailleurs de fonds. Pour ce qui est du financement du projet, le processus est encore flou et semble demeurer sous le contrôle des bailleurs de fonds qui doivent informer le MS. Concernant l'évaluation, elle reste sous la responsabilité du MS et il est proposé que ce dernier suive la performance des ONG et évalue les résultats par l'intermédiaire d'enquêtes auprès des ménages. Il est de plus précisé que des audits de la performance seront entrepris par des firmes indépendantes et que des mécanismes (sans plus d'exactitude) permettront aux communautés de donner leurs avis.

Un peu plus tard, à la mi-juin 2002, quelques précisions sont apportées dans une version provisoire (draft) concernant le processus d'implantation de ces contrats [5]. On apprend ainsi que le terme ONG doit être pris au sens large et qu'ainsi, les organisations privées à but lucratif pourraient participer aux procédures d'appel d'offres. La solution du financement *per capita*, préalablement présentée, pondéré par l'accessibilité demeure, toutefois il est précisé dans ce document que, d'une part, le montant sera d'environ 2,50\$ et, d'autre part, la pondération prendrait en compte l'accessibilité géographique. Un bonus de 10% serait aussi consenti aux organisations ayant organisé des services de santé de façon « exceptionnel ». Pour terminer, des détails y sont présentés en ce qui a trait à la stratégie d'implantation du processus. Seules les ONG pourraient offrir leurs services dans les provinces oubliées (un-served). *A priori*, sur les 20 provinces qualifiées comme telles, seulement 10 feraient partie du processus. Rien n'est précisé pour les autres. Dans les 12 provinces apparemment mieux nanties, six seront laissées aux ONG et les six autres sont directement appuyées par le MS. Le financement serait aussi *per capita* (mais sans pondération) et de la même ampleur pour les ONG et pour le MS.

---

<sup>3</sup> on parle de qualité du personnel clé, de capacités logistiques, de connaissances de la région, etc...

En juin 2002, l'union européenne semble pencher pour une solution plus légère, sans compétition entre les acteurs dans un premier temps, dans le but de développer ce type d'approche sur une base expérimentale, néanmoins l'institution donne un accord implicite à la limitation du rôle de l'État [6, 7]. Précisons que dans un de ces documents communautaires, nous apprenons que l'État afghan aurait précisé que malgré la mise en œuvre de la contractualisation, il continuera de fournir directement certains services de santé [7, p. 4].

En septembre 2002, un nouveau document confirme la possibilité de confier les contrats à des firmes privées [8]. Nous pouvons aussi, à la lecture de ce dernier, percevoir une certaine évolution des idées proposées, peut être pour répondre aux nombreuses critiques émanant localement. On nous rappelle qu'il faut que la population comprenne que le financement du système est public (quid des frais aux usagers ?) et qu'il faut s'assurer d'une équité d'accès aux soins. L'accent est souvent mis sur la formation du personnel afghan, le renforcement des capacités locales et la coordination avec le MS. Il est notamment écrit que l'organisation qui accepte un contrat est responsable de l'objectif suivant : « *support the strengthening of the Afghan state by helping ensure that the community views the services as being provided through Government efforts (i.e. that credit for service delivery is shared with the MOPH)* » (p.2). Plus loin, une première ébauche des indicateurs quantitatifs et des normes à atteindre à la fin des trois ans du contrat est présentée. Les auteurs précisent qu'ils vont tenter de construire un seul indicateur de performance en agrégeant ces 31 indicateurs pour classer la performance des organisations<sup>4</sup>. Nous ne commenterons pas ici cette liste de 31 indicateurs, essentiellement de processus, ainsi que les normes à atteindre, cela serait trop long et peu à propos dans ce document.

## **2 Le modèle sous-jacent aux contrats de performance**

Il nous semble déceler que le modèle sous-jacent à l'intervention proposée par les différents bailleurs de fonds pour l'aide à la reconstruction du système de santé afghan est bicéphale. Ce modèle est fondé, en premier lieu, sur la pertinence de déléguer à l'aide d'un contrat la fourniture des services de santé, et en second lieu, sur le fait que cette entité se doit d'être située à l'extérieur de la sphère gouvernementale. Ainsi, il est nécessaire de préciser les fondements du modèle en fonction de trois

---

<sup>4</sup> Lorsque l'on connaît le sort réservé à ce type de démarche (e.g : le rapport de l'OMS en 2000 ou encore l'Indicateur de Développement Humain) on est en droit de s'interroger sur la réussite d'une telle expérience.

éléments clefs émergeant de la proposition : le rôle de l'État, les enjeux de la contractualisation et la place des citoyen-es.

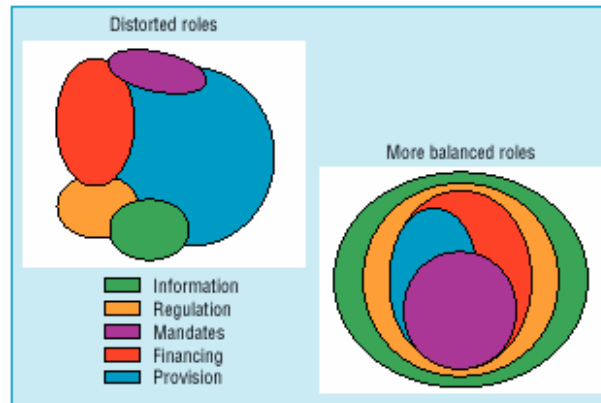
## 2.1 *Le rôle de l'État dans le système de santé*

### Les réformes de santé, le « new public management » et le rôle de l'État

Depuis une vingtaine d'années, les systèmes de santé dans les pays du Sud sont le terrain de diverses réformes. Bien que les objectifs de ces réformes soient multiples, nous pourrions les résumer par cette phrase de l'auteur d'un livre collectif consacré à ce sujet « *sustained, purposeful change to improve the efficiency, equity and effectiveness of the health sector* » [9]. Ces réformes se sont concrétisées par de nombreux instruments, au sens de Howlett et Ramesh [10], tels que la décentralisation (district de santé), l'introduction de nouveaux modes de financements (paiement direct), la libéralisation et la compétition entre les acteurs (ventes de médicaments), le renforcement de la place de la population (comité de santé), et cetera. Pour certains auteurs, l'implantation de telles réformes concernant le système de santé s'est déroulée en parallèle à l'apparition d'une nouvelle vision de l'État et du secteur public : le « new public management (NPM) » [11]. La philosophie du NPM consiste essentiellement pour le gouvernement, à ne plus faire et à plutôt concentrer son activité sur la vérification que les choses se font, pour reprendre les mots de Kaul [cité par 11]. Ainsi, depuis la fin des années 80, la contractualisation est devenue centrale dans la mise en œuvre des idées du NPM. L'introduction des mécanismes de marché et des modes de gestion du secteur privé dans le secteur public doit, selon les défenseurs du NPM, permettre au gouvernement de retrouver le chemin de l'efficacité et de l'efficience, puisque ce dernier est affublé de tous les maux. L'introduction de la compétition, le processus contractuel en tant que tel, ainsi que la décentralisation des responsabilités de gestion et la transparence du processus, doivent accroître l'efficacité des services fournis, selon les promoteurs du NPM [12]. Cependant, dans ce cas afghan, il ne s'agit pas comme cela a pu être le cas en Angleterre, par exemple, d'appliquer ces modalités de gestion privée au sein du secteur public organisant le système de santé [13], mais bien de faire en sorte qu'une entité privée (à but lucratif ou non) fournisse les services de santé, selon le fameux principe du « provider-purchaser split ».

Même si cela n'est pas explicite dans les documents présentant l'initiative dont il est ici question, bien que seule la Banque Mondiale utilise le terme de HNP (health, nutrition, population) employé dans le titre du premier rapport [3], cette dernière semble avoir été l'organisatrice, voir le pourvoyeur d'idées de cette mission conjointe des donateurs. Ainsi que le rappelle très bien le document de l'OMS

Afghanistan concernant le paquet minimum d'activités dont il faudra garantir l'accès aux populations afghanes [14], il est essentiel de se souvenir que la Banque Mondiale est à l'origine, dans son fameux rapport de 93 [15], d'une volonté de réduire l'action de l'État à son strict minimum et de donner la possibilité au secteur privé, marchand ou non, de fournir de nombreux services sociaux et sanitaires, ainsi que l'illustre la figure 1.



**Figure 1 : le rôle de l'État selon la Banque Mondiale, source : [16]**

Nous ne reviendrons pas ici en détail sur l'analyse de ce rapport de 93, toutefois il est important de comprendre l'origine de l'actuelle proposition puisque la vision de l'État qu'ont les auteurs de ce rapport proposant la contractualisation est de la même veine : « *experience of other countries in the region at similar income levels, is that publicly provided health services are generally ineffective, inefficient and inequitable* » [3, p.7]. L'État est donc inefficace *a priori*, le corollaire étant que les acteurs non étatiques doivent fournir les services aux populations par l'intermédiaire d'un contrat que le service public leur consentirait<sup>5</sup>.

#### Entre l'État et le secteur privé : rôle et efficacité

Affirmer que les services de santé publiquement organisés sont inefficaces, inefficients et inéquitables est un raccourci un peu rapide et traduit bien l'idéologie dominante dans une telle proposition d'intervention. Ne serions-nous pas là face à la vision d'un État ressemblant au Léviathan<sup>6</sup>, où les individus s'en remettent totalement au gouvernement pour qu'il leur assure la protection de leur vie et de leur bien, tel que Thomas Hobbes l'écrivait au 17<sup>ème</sup> siècle ? Selon McKinlay et Marceau [19]

<sup>5</sup> On ne s'étendra pas non plus sur la critique des idées économiques issues de la Banque Mondiale et, pour reprendre les propos de Béatrice Hibou [17], des méfaits du catéchisme économique, également dénoncés par ses propres fonctionnaires [18]. Nous voulons seulement dans le cadre de ce document relever combien les réformes émanant de cette banque « traduisent une norme (le moins d'État, le libéralisme, [...]), une obsession (la recherche de la simplicité, [...]), un refus (le politique), et un mode de pensée (le dualisme) » [17, p. 63], selon l'auteure d'une thèse très sérieuse et fort connue.

<sup>6</sup> des politiciens québécois parlent d'État tentaculaire et préféreraient un État Asterix !



résumant à grands traits les débats actuels, trois formes différentes d'État peuvent être identifiées et ainsi engendrer trois différentes façons de concevoir la santé publique (tableau 1).

**Tableau 1 : Trois formes d'État et leur conception de la santé publique**

Formes d'État	Marxiste	Pluraliste	« New Right »
Caractéristiques	Agit pour des intérêts partisans de classes dans la société	Neutre, jugement démocratique entre les conflits d'intérêts pour le bien public	N'existe que par et pour lui-même, pour sa propre expansion
Conception de la santé publique	La santé publique doit réduire les inégalités et protéger la santé des groupes les plus défavorisés	Les activités de santé publique prennent en compte les différents intérêts des individus et des sous-groupes, et les défendent. L'État suit nécessairement la volonté du public	La santé publique est majoritairement à caractère privé et la santé est une responsabilité individuelle. L'État doit avoir un rôle minime

Dans le cas dont il est ici question, l'État afghan n'a jamais réellement existé et, de fait, il est « tué dans l'œuf », puisqu'il est taxé *a priori* d'inefficacité. La population afghane qui n'a déjà qu'une très minime considération de l'État, n'aura ainsi aucune chance d'en avoir une un jour. La proposition des donateurs vise donc à donner à l'État afghan un rôle proche du troisième type de McKinlay et Marceau. Et pourtant, l'étude attentive de la littérature à ce propos nous oblige à relativiser la vision qu'un service donné par le secteur privé est plus efficace que celui fourni par le secteur public. Dans les pays industrialisés, si l'approche contractuelle n'en est qu'à ses balbutiements, mis à part en Angleterre (ce mode de fonctionnement semble actuellement remis en question [13]), ou aux USA, pratiquement tous les systèmes de santé sont majoritairement publics, tant pour le financement que pour la fourniture des services. À notre connaissance, il n'existe encore aucun consensus sur l'efficacité supérieure de la fourniture des services par le secteur privé par rapport au service public [20], ce que vient de confirmer, par exemple et pour un pays pauvre, une étude chinoise en milieu rural [21]. L'exemple du système de santé américain, repris dans la réflexion de Trevor Hancock sur le partenariat entre le secteur public et le privé, est relativement probant pour contredire cette affirmation [22].

Nous verrons, dans la prochaine partie de notre essai, que certaines données probantes montrent que la privatisation des services de santé peut, dans le meilleur des cas ne rien apporter de plus pour les malades, et dans certains cas, être relativement néfaste pour ce dernier. Lors d'un atelier organisé par la Harvard School of Public Health en avril 2002 concernant les partenariats entre secteur privé et public, le rapporteur nous apprend que certains ont avancé que cette collaboration est devenue obligatoire puisque aucun des deux secteurs n'est en mesure d'atteindre ses objectifs seul ; pour cela, il lui faut avoir la collaboration de l'autre [23]. Ce partenariat paraît d'autant plus nécessaire que l'on sait assez

bien maintenant que les déterminants de la santé sont nombreux [24]. Cependant, beaucoup de participants à cet atelier s'interrogeaient sur la nature de l'intérêt du secteur privé dans ce type de partenariat, nonobstant les problèmes éthiques. La directrice de l'UNICEF disait lors d'un colloque en 1999 *«it is dangerous to assume that the goals of the private sector are somehow synonymous with those of the United Nations, because they most emphatically are not»* [24]. Lors de cette rencontre, certains sont même allés jusqu'à affirmer que ce type de collaboration, notamment avec les agences des Nations Unies disaient-ils, risquerait de créer des effets négatifs sur les iniquités, particulièrement parce que l'on se focalisera sur des objectifs facilement atteignables, laissant ceux plus délicats à atteindre de côté [23].

Cependant, pour bien comprendre les enjeux de cette intervention des donateurs, il est important de percevoir que les auteurs des documents paraissent clairement annoncer que l'organisation des contrats de performance avec les ONG non seulement occulte complètement l'État et son rôle dans la dispensation des services, en plus semble être le prélude à la privatisation du système. En effet, quatre étapes sont décrites pour faire en sorte que les intervenants internationaux se retirent. La quatrième et dernière est la suivante : *«market forces will squeeze out ex-patriates»* [3]. En d'autres mots, l'aboutissement du processus est la privatisation de la fourniture des services de santé en Afghanistan, et bien qu'aucune indication ne soit fournie sur son financement nous sommes en droit d'émettre quelques inquiétudes. De surcroît, il apparaît que le secteur privé lucratif pourrait aussi participer aux appels d'offres. Si ce type de financement pour le secteur privé est relativement habituel pour la coopération américaine ou canadienne, elle est encore rare au sein des pays membres de l'union européenne.

## **2.2 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 [25]. Si les expériences demeurent encore très rares dans les pays du Sud<sup>7</sup>, et nous évoquerons leurs résultats dans

---

<sup>7</sup> il nous semblait obligatoire de présenter les résultats d'une analyse d'un expert de l'OMS en matière d'organisation des services, concernant les leçons tirées de l'implantation des réformes sanitaires dans les pays industrialisés selon le même modèle dont il est ici question. Saltman précise que l'implantation de telles réformes à été plus difficile que prévue, que les réformes fondées sur les principes du marché privé ont nécessité un accroissement du contrôle de l'État, qu'il y a eu des

un chapitre subséquent, quelques recherches et interventions ont permis de mettre au jour les principaux enjeux et défis d'une telle démarche. Nous n'entrerons pas dans le champ de la théorie des contrats, traitée ailleurs par quelques spécialistes [26], et nous resterons très pragmatiques afin de mieux éclairer notre analyse d'un cas concret.

Le fait de mettre en place des contrats impose de nouvelles tâches aux fonctionnaires de l'État, et donc de nouvelles compétences particulières à ce type d'interventions, telles que des capacités à administrer ou à superviser ces contrats [27]. Un système d'information et des ressources humaines doivent être dédiés à cette fin [McPake et al., 1994, cité par 28]. Ces ressources doivent, non seulement être disponibles, et aussi disposer de compétences de haut niveau pour gérer les contrats [29]. Il est aussi essentiel d'organiser l'évaluation de la performance des contractants au regard des résultats requis par le marché passé avec ces derniers, et nous savons combien la fonction évaluative des gouvernements est encore balbutiante dans les pays du Sud. Tout cela relève de ce que Anne Mills [25], appelle le paradoxe des contrats<sup>8</sup>, 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 à ces défis (légal, d'analyses économiques, etc.) sont inexistantes ou faiblement présentes dans les pays du Sud, de même que les structures d'informations ou de gestion financière pour étayer les prises de décisions. L'Afghanistan nous paraît constituer un bel exemple de ces diverses carences organisationnelles concernant la capacité gouvernementale.

Pour que les principes économiques liés à la mise en compétition de plusieurs prestataires puissent s'appliquer, il faut que ces derniers soient suffisamment nombreux [13, 30]. Sinon, quel est l'intérêt d'organiser des contrats si l'acheteur (l'État) ne dispose d'aucun choix entre différents fournisseurs potentiels ? Or il n'est pas rare de constater la quasi-absence du secteur privé<sup>9</sup> dans le domaine de la santé dans certains pays, ou région, du Sud. Si cela est quelquefois faux dans les grands centres urbains, il est clair que dans les régions isolées où la demande de soins est éparse et numériquement peu importante, le secteur privé reste quasiment absent du paysage. Ainsi, le niveau de développement

---

conflits d'objectifs entre, par exemple, la mise en place de contrat et le libre choix pour les patients et enfin, que les coûts de transaction des mécanismes de marché basés sur la contractualisation étaient plus élevés que prévus, ce qui lui permet de se questionner sur l'efficacité d'une telle démarche [23].

<sup>8</sup> Saltman (1995) et Reich (2002) avancent le même type d'arguments concernant la décentralisation et les réformes orientées vers le marché

<sup>9</sup> on ne parle pas ici des médecins ou praticiens exerçant une médecine à titre individuel et privé

du secteur privé rendra la contractualisation des services plus ou moins faisable et pertinente [25]. Il faut également, pour que ces préceptes économiques deviennent efficaces, que le secteur privé perçoive un intérêt (financier) à investir dans ce type de marché.

Pour que l'on démontre que le passage à la sous-traitance des services de santé est une solution optimale, encore faut-il prouver que ce passage n'est pas finalement plus coûteux. Autrement dit, avant de passer à une étape de sous-traitance, il est essentiel de vérifier s'il ne serait pas plus adéquat de chercher à accroître l'efficacité de la fourniture des services par le secteur public. Or, cette réflexion ne semble pas avoir été souvent un préalable aux propositions d'interventions sous la forme de contrats [11, 25].

La présence préalable d'un système bancaire fiable et d'une législation adaptée ou encore l'absence de forme de corruption sont autant de facteurs à prendre en compte avant l'implantation de la contractualisation [25]. La fragilité du pouvoir politique est un frein sérieux à l'implantation de telles réformes [29].

De plus, il est communément admis que l'implantation de contrats implique de nombreux coûts, autrement nommés par les économistes, les coûts de transactions. Selon certains, ces coûts de transaction auraient, dans le cas des services de santé, des conséquences négatives sur l'efficacité des services que les contrats devraient apporter [12, 29, 30]. Ces coûts sont d'autant plus importants que les contractants sont nombreux et de petite taille ou lorsque les contrats sont complexes et nécessitent de nombreuses négociations entre les parties prenantes [13].

Il semble aussi important de vérifier en quoi l'organisation d'un contrat ne débouche pas sur la mise en place d'incitatifs pervers, pour paraphraser un terme sociologique. Le fournisseur n'aurait-il pas intérêt à maximiser ses revenus au détriment de la qualité des services ou encore de minimiser sa charge de travail et de transférer la responsabilité à un autre fournisseur [13] ?

### **2.3 La place de la communauté**

Dans la description des étapes de la contractualisation, il faut attendre la dernière, c'est-à-dire celle de l'évaluation pour que les membres des communautés puissent s'exprimer. Cela traduit bien la vision qui prédomine dans cette intervention ainsi que dans la démarche du choix des activités devant entrer en compte dans le paquet minimum de services, selon un processus reposant exclusivement sur une vision d'expert et économique (les fameuses études coût-efficacité rendues célèbres en 1993 [15]). Pourtant, nous savons combien il est primordial que la communauté participe aux décisions, ce que notaient déjà à la fin des années 70 deux célèbres sociologues des organisations : «*c'est à la base que*

*peuvent le mieux s'effectuer les arbitrages indispensables entre les diverses finalités qui doivent être concurremment poursuivies dans toute société* » [31, p.411]. Cela est d'autant plus vrai que de réels défis s'annoncent lors de la reconstruction d'un système de santé et des choix de société doivent être faits. La mise à l'écart de la communauté est assez surprenante car depuis quelques années la Banque Mondiale tente de «redorer » son blason à ce propos. Plus loin dans le document original, elle propose une façon de faire, bien que l'efficacité d'une telle stratégie soit actuellement remise en cause [32], à propos des accoucheuses traditionnelles (nouvellement nommées : *community midwives*) et avance aussi que l'approche participative est indispensable à la désignation des localisations des nouveaux centres de santé. Tout cela nous laisse à penser que l'approche communautaire est encore loin des priorités dans le processus de reconstruction du système de santé en Afghanistan.

### **3 Quelles sont les données probantes appuyant la proposition ?**

À partir de la littérature scientifique publiée ou non, nous allons, dans cette partie de notre analyse, présenter l'état des connaissances concernant les deux fondements principaux sur lesquels repose la proposition d'intervention des bailleurs de fonds. Nous traitons donc, dans un premier temps, de l'approche contractuelle, en la divisant en deux sections - les contrats en général puis les contrats liés à la performance en particulier - puis dans un second temps, nous présentons les données concernant la privatisation des services de santé. Il s'agit dans ce troisième chapitre de vérifier en quoi la contractualisation et la privatisation des services de santé est une stratégie pertinente et efficace dans le contexte des pays du Sud.

#### **3.1 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. Le premier se réfère à la prestation de services permettant de soigner les malades ou de réaliser des diagnostics (radiologie, laboratoire, etc.), tandis que le second type correspond à des services de maintenance, de nettoyage, ou encore aux services d'hôtellerie, par exemple. L'ouvrage de Mills et ses collègues [11] 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. Dans ces pays étudiés, les auteurs nous apprennent aussi que la majeure partie des contrats était signée pour la mise en place de nouveaux services. Les contrats étudiés demeuraient relativement muets en ce qui concerne les sanctions infligées en cas de non-respect des clauses de performance [11]. 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, pour de multiples raisons : peu de concurrents, 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 [11].

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 [25, 33].

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 [28]. 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. Certes, le fait d'être présent dans 79% 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 «*because of proximity and better quality of services the CNP [le projet sénégalais] seems to attract women very well*» [28, p. 388]. Nous sommes donc en droit de nous questionner concernant la validité d'une telle étude tant la comparaison semble délicate.

Une expérience au Costa Rica a permis de vérifier que malgré la mise en place d'un système pour le suivi et l'évaluation des services fournis à la suite d'un contrat passé avec l'État, celui-ci ne permettait d'évaluer ni le processus ni les résultats des activités ainsi sous-traitées [27]. La qualité et l'efficacité des traitements ainsi que l'efficacité de l'utilisation des ressources sont ainsi impossibles à vérifier.

### **3.2 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, et que les expériences liées à la performance sont relativement limitées dans le temps (de 12 à 30 mois) et dans l'espace (quelques districts), il apparaît un peu tôt pour que ce type de procédure soit généralisé à l'ensemble de l'Afghanistan. Il faut retourner à l'annexe du document de mars 2002 [3] pour apprendre que, dans un premier temps, 60% du territoire afghan sera couvert par cette procédure, ce qui semble d'ores et déjà bien ambitieux. Quelle est la validité (interne et externe) des expériences qui ont amené les donateurs à proposer la contractualisation ?

#### Haïti :

En Haïti, seulement trois ONG ont été impliquées dans cette expérience pilote de 12 mois financée par l'USAID [34]. 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'attente, et un au sujet de la collaboration entre l'ONG et le MS. 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. 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. Il faut reconnaître que les donateurs ne se préoccupent que très peu de l'évaluation *ex-post* et que les budgets attribués le sont souvent sur une base historique. 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) [35, 36]. 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 l'ONG à appuyer le MS 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 qu'ensuite, les auteurs affirment que «*control district paid salaries far below living wage, charged user fees, were unable to control under-table payments and allowed after hours private practice* » ! La lecture d'un tableau provenant d'un rapport écrit par un évaluateur indépendant présentant les cinq districts-cas nous permet de douter de la comparaison possible entre eux [37]. Les populations sont de tailles différentes, l'accessibilité est bonne ou mauvaise selon l'échelle de l'auteur, le nombre de centres de santé va de 8 à 20 par districts, le nombre de lits d'hôpitaux varie de 47 à 117 par district, et nous n'avons pas plus de précisions et aucune concernant les districts-témoins. L'auteur attire malgré tout notre attention «*due to the large differences in budget, management arrangements and project characteristics, comparisons between the NGO's experiences are extremely difficult* » [37, 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, nous pourrions penser, par exemple, que les premiers ont eu à faire face à une recrudescence de certaines pathologies/épidémies. Pourquoi pas ? 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 d'ONG alors que les districts-témoins restaient « empêtrés » dans les méandres bureaucratiques gouvernementaux pour recevoir les médicaments de la capitale ? La même question peut être posée à propos de la vaccination et de la disponibilité en vaccins. L'efficience, 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. La qualité des médicaments et des vaccins est-elle comparable ?

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, notamment en Afghanistan [38].

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 restreintes pour qualifier des sous-groupes de populations (quintiles ou quartiles de richesse) ?

Une histoire connue ? :

En résumé, ces expériences<sup>10</sup> de contractualisation pour améliorer la performance, qui restent uniques, ne sont pas sans nous rappeler celle du Cameroun [40], qui souhaitait démontrer l'intérêt du paiement

---

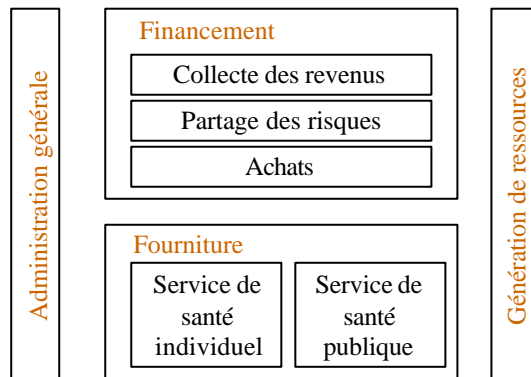
<sup>10</sup> Une expérience de contractualisation liée à la performance est actuellement en cours au Bangladesh, mais nous n'avons encore eu accès à aucun résultat particulier. De plus, il semble qu'aucune comparaison sera possible entre les services fournis par le privé et ceux par le public [39]. D'autres expériences parallèles à celles préalablement analysées ont eu lieu au Cambodge, cependant elles avaient surtout pour objectif de vérifier la faisabilité de la contractualisation et non de faire des comparaisons public/privé [37].

direct de la part des usagers comme mode de financement des services de santé, tant d'un point de vue de l'efficacité que de celui de l'équité. Cette démonstration positive (positiviste?) camerounaise a largement été reprise par les idéologues du paiement direct alors que l'étude proprement dite a été très critiquée par les experts [par ex : 41], tant d'un point de vue méthodologique que concernant sa capacité à généraliser les résultats à d'autres régions. L'histoire se répétera-t-elle alors qu'il est aujourd'hui bien démontré [par ex : 42, 43] que ce mode de financement est le plus inéquitable et que son efficacité reste très limitée ?

Ce qui s'est passé au Cambodge ou en Haïti, où le niveau de dépenses totales de santé *per capita* en 2000 est bien au-dessus de celui de l'Afghanistan (respectivement 19\$ et 21\$ vs 8\$ [44]), n'est pas forcément de la même nature en Afghanistan. En tous les cas, rien ne nous permet aujourd'hui de l'affirmer.

### 3.3 La privatisation de la fourniture des services de santé

Avant de parler de l'état actuel des connaissances relatif à la privatisation, la première remarque que nous désirons mettre en avant est que l'utilisation de la contractualisation pour la fourniture des services de santé occulte trois des quatre fonctions essentielles d'un système de santé. Effectivement, un système de santé n'existe et ne peut être performant que dans la mesure où il assure la mise en œuvre du financement des services, de la fourniture de ces services, de l'administration générale (stewardship) et de la génération des ressources (figure 2).



**Figure 2 : Les fonctions d'un système de santé (adapté de : [45])**

Dans ce cas afghan, les donateurs proposent une approche très réductionniste en ne souhaitant traiter dans les contrats que de la seule fonction de fourniture des services. Or, un système de santé est un tout et il nous semble qu'une vision holistique dans la reconstruction du système afghan est indispensable pour faire en sorte qu'il devienne efficace. Il est temps, ainsi que le réclame M. Reich [46], de réfléchir à la pertinence de solutions simples en santé publique alors que les problèmes sont devenus complexes

et que les solutions proposées doivent être de même nature. Précisons en outre que cette façon de voir est très en phase avec la vision «service provider » [47] qu'ont la plupart des institutions financières des ONG. Autrement dit, s'il s'avérait que la contractualisation apporte une certaine efficacité dans la fourniture des services, le système de santé afghan ne sera pas performant tant que les trois autres fonctions ne le seront pas.

Ainsi que nous l'avons amorcé un peu plus haut, la privatisation de la prestation des services de santé n'est pas sans avoir de conséquences néfastes, au plan de la qualité des soins ou des coûts. Nous n'aborderons pas la question de la privatisation du financement des services de santé puisque les bailleurs de fonds restent muets à ce propos, cependant, il est utile de préciser que s'il existe bien un domaine dans lequel le débat est scientifiquement tranché depuis longtemps, c'est bien celui-ci. Privatiser le financement des services de santé demeure la solution la plus inéquitable qui soit, réduisant l'accès aux soins pour les plus pauvres et ayant des conséquences néfastes sur l'état de santé des populations, tant en Europe [20, 48] que dans les pays du Sud [49].

#### 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 [50-52]. 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 [30]. 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 l'OMS, seulement 7% des médecins de la fonction publique en font de même [53]. En Inde, le respect des protocoles de l'OMS 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 [50]. Malheureusement nous n'avons pas de comparaison avec ceux du secteur public, et les auteurs de cette étude précisent que le niveau de connaissances de ces praticiens privés est largement en dessous de ce que nous pourrions attendre d'eux. Ils démontrent également que le niveau de qualité des médecins est associé, parmi plusieurs variables, uniquement à leur charge de travail ( $p=0,000$ ). Autrement dit, plus les médecins voient de patients moins la qualité est adéquate puisqu'ils ne peuvent leur consacrer beaucoup de temps. Cela n'est pas nouveau, mais lorsque l'on sait que les praticiens du secteur privé dans les pays du Sud sont

rémunérés à l'acte, et non au salaire comme la plupart du temps ceux du secteur public, les dérives possibles sur la qualité des services sont décelables, tel qu'à pu le constater Bhat [54] dans son enquête auprès de 108 médecins privés interrogés dans l'État de Ahmadabad en Inde. En Inde encore, puisqu'il s'agit certainement du pays pauvre où le secteur privé est le plus actif<sup>11</sup>, près de la moitié des patients atteint de la tuberculose et utilisant les médecins du secteur privé ne terminent pas leurs traitements [Uplekar et al. 1998, cité par 30]. 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 [55]. 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 51]. Terminons ces quelques lignes consacrées à la fourniture des services en précisant que les expériences des pays du Nord ne paraissent pas plus convaincantes concernant la supériorité du secteur privé. Que ce soit pour le style d'administration ou pour l'efficacité des services hospitaliers ou pour les services de première ligne, aucune donnée nous permet actuellement de percevoir de différence significative entre les deux options, malgré les multiples expériences en cours [20].

#### Les coûts et l'efficacité des services :

Quant aux coûts de ces services dans les pays du Sud<sup>12</sup>, 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 [56]. 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*» [57, 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 public était de 38 Roupies, celui pour le médecin privé était de 46, soit environ 21% de plus. Plus de 64% des dépenses des ménages étaient consacrées au secteur privé [58].

Singapore, la Corée du Sud, le Chili et les Philippines ont en commun d'avoir réformé leur système de santé selon une approche orientée vers le marché dans le but d'améliorer l'efficacité et de contrôler les coûts de leurs systèmes. Il semble bien que cette approche ait échoué, les réformes n'ont pas atteint leurs objectifs et dans certains cas, elles ont engendré des résultats opposés à l'effet attendu [Hsiao,

<sup>11</sup> 80% des médecins officiellement déclarés travaillent dans le secteur privé (Bhat 1999)

<sup>12</sup> en Afghanistan, notons que l'annexe du document de mars 2002 concernant les réparations et constructions de formations sanitaires prend les devants et avance que « *contractors price are likely to be at least 10% higher* » [3, p.22] que les coûts donnés par les ONG ou le gouvernement, ce qui est assez clair.

1994, cité par 46]. Une étude des évaluations publiées concernant six pays du Sud, aucun aussi pauvre que l'Afghanistan ou Haïti, permet à Sara Bennett 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 [59]. 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 [59].

#### Des affirmations sans preuves ? :

À la lumière de leurs connaissances concernant la privatisation des services de santé dans les pays du Sud, des universitaires anglais précisent, que ce choix d'organisation des services doit être mûrement réfléchi et doit dépendre de la nature du contexte et de la volonté des acteurs sociaux, notamment l'État, disent-ils [60]. Pour l'instant, les conclusions de ces experts sont assez claires «*such globally propagated policy prescriptions appear to have been based on a neo-liberal conception of the state and the private sector than on empirical analysis of how the latter actually works*» [61, p.75]. Ils rappellent que les principes devant régir une telle collaboration avec le secteur privé sont les suivants : 1) reconnaître que l'accès abordable aux soins de qualité est un droit, 2) assurer l'accès aux soins pour les plus pauvres doit constituer une priorité, et 3) des mécanismes permettant aux usagers d'intervenir doivent être mis en place [60]. Après avoir dressé la liste des conditions nécessaires<sup>13</sup> à l'expansion réussie de la fourniture des services de santé par le secteur privé, Bennett [59] en arrive à la conclusion qu'elles ne sont absolument pas réunies dans les pays les plus pauvres du monde.

En outre, 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 petites filles [62] 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

---

<sup>13</sup> la présence d'une catégorie de la population en mesure et désirent payer pour des services privés, l'absence d'iniquités importantes, l'existence de mesures incitatives et de régulations appropriées, la présence d'une éthique professionnelle forte, des consommateurs bien informés et des organisations de consommateurs actives, une bonne qualité des services dans les structures publiques.

au Sri Lanka, où l'espérance de vie à la naissance est, respectivement, de 74, 75,7 et 71,9 ans [63, 64]. Si globalement, les espérances de vie des hommes et des femmes du Kerala et des Etats-Unies (EU) étaient très proches au milieu des années 90 [64] malgré un niveau de richesse incomparable, rappelons que celle des hommes de « race noire » les plus pauvres n'est que de 57.9 ans dans le district de Colombia [Murray, cité par 65], soit plus de 12 ans inférieure à la moyenne de celle des hommes du Kerala [64]. Sans oser affirmer qu'il existe une relation de causalité, aux EU, nous savons combien la part privée du financement de la santé (55,7% en 2000, [44]) est l'une des plus importantes et des plus régressives (avec la Suisse) des pays occidentaux [66], ce pays détenant également le record du monde de proportion du produit national brut consacré à la santé (13%) [44]. Ces exceptions enrichissantes sont systématiquement oubliées dans les rapports et aussi, nous l'avons constaté, lors d'une conférence du directeur (un ancien de la Banque Mondiale et de la London School) de la commission macro-économique pour la santé [67], dont le rapport semble avoir largement inspiré le document de travail de l'OMS Afghanistan concernant le paquet minimum d'activités [14].

Dans un document de synthèse sur le rôle du secteur privé et la privatisation, l'OMS Europe affirme, après l'étude des données probantes, 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* » [20, p. 8]. Si cela est vrai pour les pays européens, que doit-on penser pour un pays en guerre depuis plus de 20 ans dont les instances gouvernementales sont complètement à reconstruire et les fonctionnaires expatriés à retrouver ? Pour terminer avec cette comparaison en regard des pays du Nord, citons, comme nous l'avons fait pour la qualité des services, une recherche datant des années 90 ayant montré, qu'aux USA, les frais administratifs des hôpitaux privés étaient bien supérieurs à ceux du secteur public. Á partir d'un total de 6.227 hôpitaux, les chercheurs ont montré qu'en 1994, 34% de la totalité des coûts de gestion des hôpitaux à but lucratif était consacré aux frais d'administration, alors que pour les hôpitaux privés sans but lucratif, ce taux était de 24,5% et seulement de 22,9% pour les hôpitaux publics. Les coûts journaliers par patient suivaient la même tendance (1.403\$, 1.040\$, 895\$) [68].

Enfin concernant la capacité à comparer le public et le privé en Afghanistan, si la proposition, dans les régions nanties, de donner le même montant *per capita* pour les provinces prises en charge par le MS et celles par les ONG, est retenue, la mesure de la performance sera évidemment biaisée. Il est clair qu'actuellement les capacités institutionnelles du MS 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 (public vs privé).

#### **4 Comment l'intervention sera-t-elle évaluée ?**

Puisque la contractualisation permettra une meilleure organisation des services, il s'agira de vérifier en quoi la performance des ONG est adéquate et efficace pour éventuellement, reconduire ou stopper leurs contrats avec le MS. Comment évaluer la performance des projets des ONG ? D'après cette proposition d'intervention des donateurs, deux niveaux d'évaluation seront mis en œuvre [3]. Le premier s'apparente au suivi des activités (monitoring) de l'ONG. Le second sera orienté sur les résultats directs auprès des populations de l'aire d'intervention de l'ONG. Pour évaluer la performance de ces projets, des indicateurs seront préalablement identifiés et précisés dans le contrat initial. À notre avis, plusieurs problèmes se posent.

D'abord, il apparaît que les indicateurs de performance seront unilatéralement déterminés par le MS sans aucune consultation ni participation, tant de l'ONG que des communautés. Si les ONG auront certainement le droit à la parole lorsqu'elles devront signer les contrats (et n'ayons pas trop d'illusions sur la marge de manœuvre d'une ONG face à ses donateurs), il semble par contre bien évident que les membres de la communauté locale n'auront pas cette chance. Et pourtant, ce type d'approche participative a déjà été réalisé dans ce pays et à montré qu'il était possible d'identifier des indicateurs de performance avec une participation de tous les acteurs concernés par le projet [69].

Ensuite, il nous semble que l'évaluation des impacts auprès des populations par l'intermédiaire, comme il est préconisé, d'enquêtes auprès des ménages, revêt un caractère ambitieux. Il est maintenant reconnu que de nombreux facteurs existent et que leurs interactions expliquent les états de santé des populations et les écarts entre les sous-groupes qui les composent : les revenus et la distribution de la richesse, les conditions de vie et de travail, le capital social, l'éducation, et cetera [70]. L'efficacité des services de santé n'explique qu'une part très minime des niveaux de santé des populations [Dever G.E.A, (1976), cité par 71]. Les déterminants de la santé sont nombreux et interagissent pour influencer les résultats de santé que nous pourrions mesurer par l'intermédiaire des taux de mortalité par exemple. Plus nous nous dirigeons vers la droite de la chaîne des résultats (des intrants aux impacts) plus l'influence des facteurs externes et des autres programmes intervient et moins celle du projet de l'ONG

est importante. Il faut d'autant plus être prudent que nous savons également combien des événements du passé peuvent avoir des effets décalés, constatés dans le présent de la santé des populations, suivant ainsi les démonstrations conceptuelles des trajectoires de vie [72, 73]. L'humiliation subie par les femmes afghanes lors du régime des Tâlebân [74] ou encore les contraintes exercées sur les hommes et les effets de la guerre durant plus de 20 ans auront, sans l'ombre d'un doute, des effets sur la santé des individus dans les prochaines années. Certaines régions ont été un peu plus épargnées que d'autres, les ONG seront-elles sanctionnées car elles n'auront pas eu les mêmes résultats d'une région à l'autre alors que le fardeau de la maladie (souvent d'un point de vue mental) ne sera évidemment pas le même ?

Enfin, que se passera-t-il si les services fournis par une ONG sont évalués négativement ? Devra-t-elle quitter la région ? Trouvera-t-on des remplaçants ? La décision sera-t-elle prise en coordination avec les membres de la communauté ?

## 5 Quels sont les principaux enjeux éthiques ?

La mise en œuvre de cette intervention en Afghanistan soulève de nombreux enjeux éthiques. Nous pensons en avoir déjà notifié quelques-uns, comme la question concernant la participation de la communauté ou bien celle de l'utilisation de données probantes, que nous pourrions traduire, dans le langage éthique de Massé [75], par le principe de la responsabilité partagée et de l'incertitude (ou modestie). Nous n'aurons malheureusement pas la place de passer en revue l'ensemble des enjeux soulevés par l'anthropologue québécois<sup>14</sup>, nous souhaitons surtout attirer l'attention sur celui de l'allocation des ressources et de l'équité.

### 5.1 *Le financement des projets et des services*

Assurément, il s'agit de la partie de la proposition la plus floue. Il apparaît que les bailleurs de fonds devraient financer des projets ayant déjà subi une évaluation par l'intermédiaire de l'appel d'offres. Bien que les donateurs soient parties prenantes du comité de sélection, il n'est pas certain qu'ils soient bien tous d'accord pour financer des projets sélectionnés par d'autres. Tous les donateurs seront-ils intégrés dans la démarche ? Dans la négative, ne verra-t-on pas coexister plusieurs systèmes de financement ? Il est précisé que les donateurs auront tous leurs propres mécanismes d'allocation des

---

<sup>14</sup> Nous préparons un court texte présentant un cadre d'analyse des enjeux éthiques des projets d'aide humanitaire et permettant de dépasser les querelles actuelles entre l'approche latine (Projet Qualité) et celle anglosaxonne (Sphere).



ressources et que le MS sera informé des décisions prises. Qu'advient-il des projets sélectionnés ne trouvant pas de bailleurs de fonds ?

En outre, ajoutons que de nombreux enjeux éthiques sont soulevés par les expériences antérieures, notamment celle du Cambodge. Lorsqu'il s'agit d'étude expérimentale, la question habituelle est : pourquoi certaines populations et pas d'autres auraient le droit de bénéficier d'une expérience permettant d'améliorer l'efficacité et l'équité du système ? De surcroît, puisqu'une grande partie du financement de l'expérience cambodgienne provenait d'un prêt de la Banque Asiatique de Développement au gouvernement et non d'un don, on est en droit de se demander s'il est très éthique de réaliser des expériences avec l'argent, qu'il faudra un jour rembourser, des populations les plus pauvres. Ceci est d'autant plus préoccupant que toutes les organisations ayant remporté l'appel d'offres pour réaliser cette expérience cambodgienne étaient des ONG internationales [36] ! Qu'en sera-t-il en Afghanistan ?

Bien que cela ne semble constituer qu'une hypothèse pour l'instant, il apparaît que le financement consenti aux opérations réalisées dans le cadre de ces contrats sera de l'ordre de 2,50\$ *per capita*. D'une part, aucune indication ne nous est fournie concernant la méthode de calcul ayant abouti à ce montant. N'aurait-on pas simplement importé le coût moyen *per capita* issu de l'expérience cambodgienne, qui était aussi de 2,50\$ [36] ? D'autre part, les quelques chiffres pour lesquels la Banque Mondiale (12\$), la récente Commission Macro-économique pour la santé de l'OMS (13\$) ou l'UNICEF (20\$) ont bien voulu se risquer à avancer pour les pays les plus pauvres du monde sont bien loin de ces 2,50\$, même si un montant supplémentaire est prévu pour les régions isolées. Une réévaluation récente du calcul de la Banque Mondiale réalisée par des experts londoniens montre que le montant nécessaire serait non plus de 12 mais de 16,4\$ *per capita* pour les pays les plus pauvres [76]. D'après leurs données, il faudrait cependant les actualiser avec des informations afghanes, 2,50\$ seraient juste suffisants pour la gestion des maladies infantiles (2,2\$) et il faudrait deux fois plus pour s'occuper des soins prénataux et des accouchements (5,2\$). Ce calcul de 2,50\$ ne résulterait-il pas tout simplement d'une simple division des pays donateurs entre, les sommes qu'ils sont disposés à distribuer, et le nombre d'habitants en Afghanistan ? Ce qui est, nous en conviendrons, bien loin de la définition de l'équité dans le financement des services de santé.

Puisqu'il n'est aucunement fait mention de la question du financement des services de santé, nous pouvons comprendre que les donateurs sont d'accord pour financer la totalité des services de santé

pendant quelques années. Cela constitue notre propre interprétation de ce rapport. Qu'advient-il des services actuellement payants dans les projets soutenus par des ONG ? Les soins deviendront-ils gratuits ainsi que la constitution afghane l'affirme ? Il faut bien comprendre la séparation nécessaire entre, d'un côté, le financement des services de santé, et de l'autre, la fourniture de ces derniers. S'il est aujourd'hui encore aléatoire de penser que la privatisation de la fourniture apporte un avantage particulier, il est bien évident maintenant que privatiser le financement est la solution la plus inéquitable et bien souvent la moins efficace.

## 5.2 Et l'équité ?

Les auteurs du rapport avancent trois arguments principaux pour justifier la contractualisation. Le premier serait de permettre un redéploiement des services dans les régions oubliées d'Afghanistan. Plus loin, les auteurs écrivent sans aucune indication précise quant aux données probantes appuyant cette affirmation, que cela pourra se faire à moindre coût pour les plus pauvres. Enfin, il est proposé que la première étape des procédures d'appel d'offre à propos de l'allocation des ressources soit organisée *per capita*, pondérée selon l'accessibilité pour les régions isolées. Autrement dit, les ressources seront allouées en fonction de la population de l'aire de santé, et de son accessibilité aux services actuels, desservie par l'organisation ayant obtenu le contrat.

Ces trois arguments nous semblent mettre en danger l'occasion qui nous est donnée, puisqu'il s'agit bien de reconstruire un système de santé, de susciter un changement social permettant une plus grande prise en compte des plus pauvres et des populations vulnérables. Si aujourd'hui certaines régions sont dépourvues totalement d'intervention humanitaire et de service de santé soutenu par des ONG (39 des 320 districts), c'est qu'il y a de bonnes raisons. Par exemple, cela est onéreux, il faut une logistique imposante et il est très difficile de trouver du personnel médical pour y travailler, tant local qu'expatrié. Vouloir allouer les ressources en fonction du nombre d'habitants dans la région ne résoudra pas le problème, au contraire, les effets pervers pourront être dramatiques. Quels avantages particuliers une ONG aura-t-elle à travailler dans une région isolée ?

De plus, organiser le financement des interventions selon une formule *per capita* va totalement à l'encontre de l'équité. Évidemment, proposer que ce *per capita* soit pondéré en fonction de l'accessibilité est intéressant pourtant reste problématique. Qu'est-ce que l'accessibilité ? Parle-t-on d'accessibilité de genre, géographique, financière, culturelle ? Le respect de l'équité en ce qui concerne l'utilisation des services nécessite que l'accès aux services de santé soit exclusivement fondé sur les besoins des individus et non sur des considérations ethniques, économiques, politiques ou sociales [77]. Et pourtant, le MS a précisé dans son document préliminaire concernant sa politique de santé publique

qu'il souhaite réduire les inégalités d'accès aux soins notamment dans les régions rurales et les communautés pauvres [78]. Se préoccuper de la seule question de l'accessibilité géographique, comme la version provisoire concernant le processus d'implantation le présume, n'est pas satisfaisant. Ce critère ne distingue en aucun cas les différents sous-groupes de la population. Ce n'est pas parce qu'un village est proche d'un centre de santé que tous les habitants peuvent avoir accès aux soins ou que ces derniers ont des besoins de santé moindres que ceux demeurant loin du dispensaire. Si cette solution *per capita* a l'avantage d'être rapidement exploitable et facile à mettre en oeuvre, il n'en demeure pas moins qu'elle est totalement inéquitable. L'appliquer aux seules provinces mieux nanties concernant la présence de services de santé n'est pas non plus convenable. Les besoins des populations du Laghman ne sont évidemment pas les mêmes que ceux de Kaboul ou plus encore, ceux du Nouristan ou du Badakhshan. Nous ne disposons pas de données permettant de mesurer facilement les besoins des populations en Afghanistan, cependant, l'utilisation d'indicateurs approximatifs (proxy) permettrait une première prise en considération des questions d'équité. Par exemple les taux de vaccination, la morbidité des maladies essentielles, l'accessibilité routière, le prix du « panier de la ménagère », le nombre de centres de santé actuellement en place, le nombre d'ONG présentes, etc.

## 6 Conclusion et recommandations

D'abord, félicitons-nous que les ONG ne soient pas complètement écartées du processus de reconstruction. Il est vrai que le cas spécifiquement de l'Afghanistan où les ONG sont responsables d'au moins 70% des services de santé [79] réduit cette possibilité, pourtant cela aurait pu être le cas tant la tendance à écartier les ONG semble une constante du système des Nations Unies, tel que le rapporte une récente évaluation réalisée pour l'Office de Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA) [80].

Ensuite, l'analyse des pages précédentes nous permet de proposer quelques pistes de réflexions, sous la forme de questions, permettant aux ONG de prendre une position précise concernant les contrats de performance pour la fourniture des services de santé. Nous voulons concentrer nos propositions à l'intention des ONG, d'une part, car elles sont les premières concernées par cette intervention, et d'autre part, car elles ne disposent pas toujours du temps et des ressources nécessaires à la réalisation de l'analyse que nous venons de produire, et nous désirons ainsi leur en faire profiter.

- 1- La contractualisation peut se comprendre, ainsi qu'elle est présentée dans cette intervention et tel que nous l'avons démontré, comme une première étape vers la privatisation du système. Mais cette modalité d'intervention (contrat de performance) ne pourrait-elle pas aussi se concevoir comme un point de passage obligé à la transmission, à moyen terme, de la responsabilité de la fourniture des services à l'État (contracting-in) ? Et lorsque nous évoquons l'État, nous ne voulons pas parler d'un État corrompu, « hypercentralisé », allouant des ressources au secteur militaire et au remboursement de la dette plutôt qu'aux services sociaux de base. Nous voulons croire à un État dont les capacités internes (e.g : compétence, système) ont été renforcées (par la coopération internationale) en congruence avec les facteurs externes (e.g: relation entre les ministères, coordination entre les acteurs) [11].
- 2- Les ONG doivent se positionner clairement concernant la nature même du système de santé. Souhaitent-elles soutenir la construction d'un système de santé public (financement et fourniture) seul capable de donner un accès universel aux soins ou seraient-elles prêtes à appuyer la privatisation, pour l'instant uniquement de la fourniture, et plus tard du financement ? Si la stabilité revient réellement, les ONG désirent-elles intervenir comme des organisations de développement cherchant à renforcer les capacités de l'administration locale ou préfèrent-elles rester dans un type d'intervention plus directe auprès des populations ?
- 3- Il faut exiger que la reconstruction du système de santé afghan soit fondée sur la prise en compte des quatre fonctions essentielles : fournitures, financement, administration générale et génération des ressources. Autrement dit, il faut que des précisions soient données concernant les trois autres fonctions n'étant pas intégrées dans les contrats de performance. Si une ONG décide d'accepter un contrat, que fera-t-elle concernant la question du financement des services de santé ? Le système doit-il bénéficier du financement récurrent des bailleurs de fonds ? Les patients devront-ils financer l'ensemble du système organisé par le projet implanté par l'ONG puisque à terme le projet sera transféré au secteur privé ? Quelles actions sont prévues pour appuyer les activités de formation du personnel, de génération des connaissances (recherche) ? Qui en sera responsable ?
- 4- Le processus de financement des ONG acceptant la contractualisation n'est pas encore explicite. Il faut en savoir plus afin d'être en mesure de comprendre, d'une part, les enjeux d'une telle décision à propos de la nature du financement, et d'autre part, sa capacité à répondre aux besoins des populations.
- 5- Toutes les réformes sanitaires de cette dernière décennie dans les pays du Sud se sont focalisées sur la question de l'efficacité et non de l'équité [81, 82]. Le rapport présenté par la mission conjointe

des donateurs est complètement en phase avec cette tendance idéologique<sup>15</sup>. Il nous semble que le rôle des ONG, en tant qu'agents du changement social, est de s'assurer que les considérations d'équité soient aussi prises en compte dans la reconstruction du système de santé. Les ONG pourraient proposer une autre façon de faire que celle du *per capita*, même si elle est pondérée par l'accessibilité, pour l'allocation des ressources. Á tout le moins et à défaut de temps et de compétences pour proposer une alternative, les ONG pourraient être le chef de file de cette interrogation auprès des institutions.

- 6- La performance d'un système de santé s'évalue également à sa réactivité [83], c'est-à-dire à la façon dont il est capable de prendre en compte les demandes, réactions et requêtes des patients. Les ONG pourraient proposer que la notion de santé communautaire soit au cœur de la contractualisation et que les communautés soient parties prenantes, à toutes les étapes du processus, des décisions et orientations concernant leur système de santé. Les avis d'experts sont essentiels, mais ils n'ont aucune valeur si les communautés ne sont pas en mesure de les comprendre, les interpréter et les intégrer. Le simple fait que l'on décide actuellement du paquet minimum d'activités auquel les populations auront droit (et seulement cela, si le droit est respecté) sans que ces dernières soient consultées, doit nous interpeller.
- 7- Il serait pertinent de se questionner sur l'intérêt de la généralisation de la contractualisation à l'ensemble du pays, compte tenu des données probantes décrites dans notre essai. Des expériences pilotes pourraient être éventuellement tentées dans une ou deux régions du pays et une évaluation (participative) de qualité doit être organisée afin de vérifier le bien fondé d'une telle proposition dans le contexte local afin, éventuellement, de généraliser cette pratique.
- 8- Si une ONG consent à intégrer la démarche de contractualisation elle doit, dès à présent, avancer qu'il faut que la démarche soit participative et qu'il est indispensable que les ONG interviennent lors de la définition des indicateurs de performance. Dans la mesure du possible, les populations doivent aussi participer à ces définitions puisqu'elles seront, à un moment ou un autre, responsables et concernées par les résultats des programmes implantés. De plus, l'ONG devrait faire en sorte que les résultats se mesurent en fonction de ce que les programmes peuvent réellement et modestement changer auprès de leurs bénéficiaires et non au regard d'impacts dont les déterminants sont nombreux et interagissent de façon complexe.

---

<sup>15</sup> Il est utile de noter que la très récente déclaration de politique de l'agence canadienne de développement international est de la même veine puisque son intitulé est: Énoncé de politique en faveur d'une aide internationale plus efficace.

## Références

1. World Bank, *World Development Indicators 2001*. 2001: <http://www.worldbank.org/data/wdi2001/index.htm> (consulté le 18/12/2001).
2. Ridde, V., *Why a trust fund won't work in Afghanistan ?* Humanitarian Exchange, 2002. July: p. 21-22.
3. World Bank, *Joint donor mission to Afghanistan on the health, nutrition, and population sector. Aide-Memoire*. 2002.
4. Ridde, V. et P. Bonhoure, *Performance-based partnership agreements in Afghanistan*. Lancet, 2002. 360(December 14): p. 1976-7.
5. Anonyme, *PPA implementation process, Draft*. 2002.
6. Union Européenne, *Outline of proposed EU input in the health sector of Afghanistan*. 2002: Kabul. p. 2.
7. Union Européenne, *Support to health sector. Project Fiche*. 2002: Kabul. p. 9.
8. World Bank, *Terms of reference. Performance-based partnership agreement for the delivery of the basic package of services. Discussion Draft*. 2002. p. 7.
9. Berman, P., *Health Sector Reform in Developing Countries : Making Development Sustainable*. 1995, Boston: Harvard School of Public Health.
10. Howlett, M. et M. Ramesh, *Studying Public Policy*. 1995, Toronto: Oxford University Press.
11. Mills, A., S. Bennett, et S. Russel, *The challenge of Health Sector Reform. What Must Government Do ?* 2001, Basingstoke, Hampshire: Palgrave.
12. Palmer, N., *The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries*. Bull World Health Organ, 2000. 78(6): p. 821-9.
13. England, R., *Contracting and Performance Management in the Health Sector*. 2000, Institute for Health Sector Development: London. p. 52.
14. WHO, *A basic package of health services for Afghanistan, Second Draft, Document for discussion*. 2002.
15. Banque Mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé*. 1993: Oxford University Press.
16. Abassi, K., *The World Bank and world health. Health care strategy*. BMJ, 1999. 318: p. 933-6.
17. Hibou, B., *Banque mondiale : les méfaits du catéchisme économique. L'exemple de l'Afrique subsaharienne*. Politique Africaine, 1998. 71: p. 58-74.
18. Stiglitz, J.E., *La mondialisation à l'oeuvre. FMI, la preuve par l'Ethiopie*. Le Monde Diplomatique, 2002(Avril): p. 10-11.
19. McKinlay, J.B. et L.D. Marceau, *To boldly go*. Am J Public Health, 2000. 90(1): p. 25-33.
20. WHO, *The role of the private sector and privatization in European Health Systems*. 2002, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen. p. 11.
21. Meng, Q., X. Liu, et J. Shi, *Comparing the services and quality of private and public clinics in rural China*. Health Policy Plan., 2000. 15(4): p. 349-356.
22. Hancock, T., *Caveat partner : reflexions on partership with the private sector*. Health Promotion International, 1998. 13(3): p. 193-195.
23. Reich, M.R., *Public-private partnerships for public health*. Nat Med, 2000. 6(6): p. 617-20.
24. Buse, K. et G. Walt, *The United Nations and Global Public-Private Health Partnerships : In Search of "Good" Global Health Governance*. 2000: Paper presented at the Workshop on Public-Private Partenerships in Public Health, Endicott House, Dedham, Passachussetts, April 7-8th. p. 28.

25. Mills, A., *To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries*. Health Policy Plan, 1998. 13(1): p. 32-40.
26. Perrot, J., G. Carrin, et F. Sergent, *L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement*. 1997, OMS, Série "Macroéconomie, santé et développement", n°24, WHO/ICO/MESD.24: Geneva. p. 69.
27. Abramson, W.B., *Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica*. Health Policy Plan, 2001. 16(4): p. 404-11.
28. Marek, T., et al., *Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar*. Health Policy Plan, 1999. 14(4): p. 382-9.
29. Saltman, R., *Applying planned market logic to developing countries' health systems : an initial exploration*. 1995, WHO, Discussion paper n°4, WHO/SHS/NHP/95.7: Geneva. p. 25.
30. Smith, E., R. Brugha, et A. Zwi, *Working with Private Sector Providers for Better Health Care: An Introductory Guide*,. 2001, London: Options and LSHTM,. 76.
31. Crozier, M. et E. Friedberg, *L'acteur et le système*. 1977, Paris: Éditions du Seuil. 500.
32. Smith, J.B., et al., *The impact of traditional birth attendant training on delivery complications in Ghana*. Health Policy Plan, 2000. 15(3): p. 326-31.
33. Mills, A., C. Hongoro, et J. Broomberg, *Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option?* Trop Med Int Health, 1997. 2(2): p. 116-26.
34. Eichler, R., P. Auxila, et J. Pollock, *Performance-Based Payment to improve the impact of health services : evidence from Haïti*. 2001, World Bank Institute Online Journal, Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing: Whashington. p. 11.
35. Bhushan, I., S. Keller, et B. Schwartz, *Acheving the twin objectives of efficiency and equity : contracting health services in Cambodia*. no date. p. 6.
36. Loevinsohn, B., *Contracting for the delivery of primary health care in Cambodia : design and initial experience of a large pilot-test*. 2000, World Bank: Washington. p. 7, [http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/oj\\_cambodia.pdf](http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/oj_cambodia.pdf) (consulté le 10/11/02).
37. Feenstra, P., *Contracting and similar experiences in health in Cambodia*. 2001, Medicam. p. 50.
38. Ridde, V., *L'aide humanitaire et la santé de la population afghane sous le régime des Tâlebân*, in *L'action humanitaire du Canada. Histoire, concepts, politiques et pratiques de terrain*, G. Vera, Editor. 2002, Presses de l'Université Laval: Québec.
39. Loevinsohn, B., *Practical Issues In Contracting For Primary Health Care Delivery: Lessons From Two Large Projects In Bangladesh*. 2002, World Bank: Washington. p. 7, [http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/oj\\_ben2.doc](http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/oj_ben2.doc) (consulté le 10/11/02).
40. Litvack, J.I. et C. Bodart, *User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon*. Social Science and Medicine, 1993. 37(3): p. 369-383.
41. Dumoulin, J. et M. Kaddar, *Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne: rationalité économique et autres questions subséquentes*. Sciences Sociales et Santé, 1993. 11(2): p. 81-119.
42. Watkins, K., *Cost-recovery and equity in the health sector : issues for developing countries*. 1997, OXFAM UK & Ireland Policy Department.
43. Ridde, V., *Les victimes devraient-elles payer les soins de santé?* Revue des Questions Humanitaires, 2002. Printemps: p. 12-15.
44. WHO, *The World Health Report 2002*. 2002: Geneva.
45. Murray, C.J.L. et J. Frenck, *A framework for assessing the performance of health systems*. Bulletin of the WHO, 2000. 78(6): p. 717-731.
46. Reich, M.R., *Reshaping the state from above, from within, from below: implications for public health*. Soc Sci Med, 2002. 54(11): p. 1669-75.

47. Wolfensohn, J.D., *Launching the Reconstruction of Afghanistan.*, World Bank: Official text of remarks delivered at the working session at the US State Department, on November 20, 2001. 2001.
48. Mossialos, E., et al., eds. *Funding health care: options for Europe.* 2002, Open University Press.
49. Gilson, L., *The lessons of user fee experience in Africa.* Health Policy and Planning, 1997. 12(4): p. 273-85.
50. Chakraborty, S. et 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.
51. Brugha, R. et 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.
52. Brugha, R., D. Chandramohan, et A. Zwi, *Viewpoint: management of malaria--working with the private sector.* Trop Med Int Health, 1999. 4(5): p. 402-6.
53. 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.
54. Bhat, R., *Characteristics of private medical practice in India: a provider perspective.* Health Policy Plan, 1999. 14(1): p. 26-37.
55. Lonroth, 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.
56. Liu, X. et A. Mills, *Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations.* Soc Sci Med, 2002. 54(11): p. 1691-8.
57. Liu, X. et A. Mills, *Financing reforms of public services in China : lessons for others nations.* Social Science and Medicine, 2002. 54: p. 1691-1698.
58. Bhatia, J. et 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.
59. 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.
60. Zwi, A.B., R. Brugha, et E. Smith, *Private health care in developing countries.* Bmj, 2001. 323(7311): p. 463-4.
61. Brugha, R. et A. Zwi, *Global approaches to private sector provision : where is the evidence ?*, in *Health policy in a globalising world*, S. Fustukian, Editor. 2002, Cambridge University Press: Cambridge. p. 63-77.
62. Thankappan, K.R. et M.S. Valiathan, *Country profile: India. Health at low cost -- the Kerala model.* Lancet, 1998. 351(9111): p. 1274-5.
63. UNDP, *Human Development Report.* 2001, UNDP.
64. Sen, A., *Health: perception versus observation.* Bmj, 2002. 324(7342): p. 860-1.
65. Marmot, M., *Inequalities in health.* New England Journal of Medicine, 2001. 345(2): p. 134-136.
66. Evans, R.G., *Financing health care : taxation and the alternatives*, in *Funding health care : options for Europe*, E. Mossialos, Editor. 2002, Open University Press: Buckingham.Philadelphia. p. 31-58.
67. Feachem, *Allocution lors des Journées de Santé Publique du Québec, novembre 2001.* 2001: Montréal.
68. Woolhandler, S. et 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.



69. Ridde, V., *Evaluation Encyclopaedia*, Mathison, S. : *Seeds against malnutrition in Afghanistan: an experience in participative performance evaluation training*. soumis.
70. Evans, R.G. et G.L. Stoddart, *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. 1996, Montréal: Presses de l'Université de Montréal. 359.
71. Pineault, R. et C. Daveluy, *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. 1995, Montréal: Agence d'Arc.
72. Hertzman, C., et al., *Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood*. Soc Sci Med, 2001. 53(12): p. 1575-85.
73. Ben-Shlomo, Y. et D. Kuh, *A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives*. Int J Epidemiol, 2002. 31(2): p. 285-93.
74. Rasekh, Z., et al., *Women's health and human rights in Afghanistan*. Journal of American Medical Association, 1998. 280(5): p. 449-455.
75. Massé, R., *Contributions et limites du principlisme dans l'analyse des enjeux éthiques en promotion de la santé*. Promotion & Education - IUHPE, 2001. 2(Supplément Hors Série): p. 75-77.
76. Kumaranayake, L. et D. Walker, *Cost-effectiveness analysis and priority-setting : global approach without local meaning ?*, in *Health policy in a globalising world*, S. Fustukian, Editor. 2002, Cambridge University Press: Cambridge. p. 140-156.
77. WHO, *Equity in health and health care : a WHO/SIDA initiative*. Equity initiative, ed. WHO. Vol. WHO/ARA/96.1. 1996, Geneva: WHO. 51.
78. MoPH Afghanistan, *National Health Policy, Policy Statement Document, Final Draft*. sans date.
79. Marsden, P. et E. Samman, *Afghanistan : the economic and social impact of conflict*, in *War and Underdevelopment*, V. Fitzgerald, Editor. 2000, University Oxford Press: Queen Elisabeth House.
80. Reindorp, N. et P. Wiles, *Humanitarian Coordination : Lessons from Recent Field Experience*. 2001, ODI: London.
81. Gilson, L., *Readdressing equity : the importance of ethical processes*, in *Reforming health sectors*, A. Mills, Editor. 2000, Kegan Paul International: London and New York. p. 103-122.
82. Nitiéma, A., V. Ridde, et J.E. Girard, *L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso*. International Political Science Review, 2003. à paraître.
83. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*. 2000: Genève.