

# Cambodge

## Sous-traiter des services de santé destinés aux populations rurales pauvres

La démarche consistant à sous-traiter à des ONG la gestion du système de santé primaire a été jugée constituer un moyen efficace pour augmenter la couverture des services et mettre en place une prestation de soins au profit des pauvres des zones rurales du Cambodge. Au milieu des années 90, la guerre et les bouleversements politiques qui avaient secoué le pays avaient fragilisé l'infrastructure de santé, surtout dans les régions rurales. Les effectifs paramédicaux et administratifs étaient suffisants, mais la formation et la qualité des soins étaient irrégulières, et le moral était au plus bas. Le système de soins primaires était incapable de délivrer un niveau de services adéquat. Les services de base, tels que la vaccination, n'étaient pas assurés, et le taux de mortalité infantile demeurait très élevé.

### Le « plan de couverture »

Pour remédier à ces problèmes, le Ministère de la santé proposa de sous-traiter à des ONG la gestion du système de santé public à l'échelon des districts, dans le cadre d'un contrat fondé sur les résultats de manière à en surveiller les progrès. Le contrat exigeait des ONG qu'elles apportent un soutien administratif et technique pour aider le système de santé public à fonctionner correctement et à délivrer des services de soins primaires équitables aux populations rurales. Étant donné le caractère innovant de cette démarche, un projet pilote a dans un premier temps été mis en place.

Le Ministère de la santé a élaboré un « plan de couverture » qui définissait un nombre minimal d'activités de services, préventifs et curatifs notamment, comme la vaccination, la planification familiale, les soins prénataux, et la fourniture d'oligo-éléments. Grâce à un financement de la Banque asiatique de développement, le Ministère a conduit

une expérience de grande envergure consistant à confier à des ONG la prestation de ces services de soins primaires dans le cadre du plan de couverture global. En 1997, préalablement à la construction d'établissements de santé et à l'achat d'équipements, une enquête de référence précontractuelle a été conduite auprès des ménages de douze districts de santé ruraux opérationnels. L'expérience de cinq ans a été engagée au début de 1999, et une étude d'évaluation finale a été réalisée à la fin de 2003.

Les districts participant à l'expérience se sont vus assigner au hasard l'un des trois modèles de prestation de soins ci-après :

- i) *la sous-traitance externe*, en vertu de laquelle les sous-traitants étaient pleinement responsables de la gestion du système de prestation de services, y compris du recrutement et du licenciement du personnel, de l'établissement des salaires, de l'achat et de la distribution des médicaments et fournitures essentiels, et de l'organisation et de la dotation en effectifs des établissements de santé publics ;
- ii) *la sous-traitance interne*, dans le cadre de laquelle les sous-traitants travaillaient au sein du Ministère de la santé pour renforcer la structure administrative existante au niveau des districts et apporter au personnel de santé des médicaments et consommables fournis par l'État ; le dispositif prévoyait un budget supplémentaire nominal destiné à financer les incitations au personnel et les dépenses d'exploitation ; et
- iii) *l'administration publique*, modèle selon lequel l'équipe gouvernementale de gestion de la santé des districts demeurait responsable de la gestion des services, des médicaments et consommables fournis par l'État et disposait



du même supplément budgétaire nominal pour le financement des incitations au personnel et des dépenses d'exploitation que celui dont bénéficiaient les districts sous contrat de sous-traitance interne.

Les trois districts candidats restants n'ont pas été mis sous contrat, et n'ont pas été officiellement inclus dans l'expérience. Ils sont restés sous administration gouvernementale, mais n'ont pas reçu de supplément budgétaire. Ils servent ainsi de groupe de comparaison avec les neuf autres districts, sous contrat et sous gestion publique.

Le Ministère de la santé a eu recours à une procédure d'appel d'offres pour sélectionner les ONG en fonction de la qualité des offres techniques et du coût. Des indicateurs objectivement vérifiables des services de santé ont été établis pour les douze districts à partir des données de l'étude de référence, et des objectifs précis ont été spécifiés pour chacun d'eux en matière d'amélioration de la couverture et de couverture des pauvres. Les indicateurs retenus sont les suivants : immunisation infantile et vitamine A, soins prénataux, naissances assistées par un accoucheur qualifié, accouchements dans un établissement de santé, connaissance et utilisation des méthodes d'espacement des naissances, et recours aux établissements de santé en cas de maladie. Un objectif d'équité visant à orienter les services sur les 50 % les plus démunis de la population a également été imposé à tous les districts. De nouveaux centres de soin ont été construits, et les anciens rénovés. Chaque centre desservait 10 000 personnes.

Parmi les neuf districts participant officiellement à l'expérience, deux faisaient appel à la sous-traitance externe, trois à la sous-traitance interne, et quatre relevaient de l'administration publique. Les douze districts, avec les trois ne participant pas officiellement à l'expérience, étaient répartis dans trois provinces différentes, chacun couvrant de 100 000 à 200 000 habitants. Au début de l'expérience, en 1999, ils comptaient plus de 1,5 million de personnes au total.

## Les sous-traitants

Les sous-traitants, sélectionnés au travers d'un appel d'offres international, se sont vu octroyer des contrats d'une durée de quatre ans, à un prix annuel fixe par habitant, pour la prestation de services de soins primaires spécifiques. Tous les adjudicataires étaient des ONG internationales qui avaient déjà acquis une expérience au Cambodge.

Les districts faisant appel à la sous-traitance externe devaient acheter leurs propres fournitures et assumer les coûts de main d'œuvre. Ces postes étaient prévus au budget du Ministère de la santé alloué aux districts sous contrat et à ceux relevant de l'administration publique. Dans les neuf districts pilotes, les travaux de construction, de rénovation, l'ameublement et l'équipement ont été fournis par le Ministère et n'ont pas été imputés aux budgets contractuels.

Le tableau 1 donne la moyenne des dépenses annuelles récurrentes par personne sur une période de deux ans et demi pour les trois dispositifs. Le montant supérieur des dépenses des districts faisant appel à la sous-traitance externe est en grande part imputable à l'assistance technique des ONG apportée par les responsables de district et aux salaires plus élevés du personnel.

Les contraintes budgétaires, les chiffres de référence en matière de couverture et de distribution des services et, éventuellement, les effectifs démographiques des responsables de district étaient différents, ce qui a peut-être influé sur les décisions relatives à l'affectation des ressources.

## Les indicateurs de santé

Les indicateurs employés pour évaluer la couverture des services concordaient avec les priorités énoncées dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Ils portent sur les soins préventifs aux enfants et les soins

**Tableau 1. Moyenne des dépenses récurrentes annuelles par habitant**

Catégorie de dépenses	Sous-traitance externe	Sous-traitance interne	Administration publique
Assistance technique des ONG	1,28	0,77	0,0
Salaires du personnel	1,32	0,55	0,53
Médicaments, fournitures et dépenses d'exploitation	1,28	1,08	1,12
Total	3,88	2,40	1,65

Source : Schwartz et Bhushan 2005, tableau 8.2

**Tableau 2. Indicateurs des services de santé : définitions et objectifs de couverture**

Indicateur	Définition et couverture	Objectif (%)
Vaccination totale des enfants (VTE)	Vaccination totale des enfants âgés de 12 à 23 mois	70
Vitamine A (VITA)	Administration de deux doses de vitamine A aux enfants âgés de 6 à 59 mois au cours des 12 derniers mois	70
Soins prénataux (SPN)	Deux visites prénatales au moins, avec prise de tension une fois au minimum, pour les femmes ayant accouché au cours de l'année précédente	50
Naissances assistées par un accoucheur qualifié (NAAQ)	Les femmes ayant accouché au cours de l'année écoulée ont été assistées par un accoucheur qualifié (infirmier, sage-femme, médecin ou auxiliaire médical)	50
Accouchement dans un établissement spécialisé (ADES)	Les femmes ayant donné naissance au cours de l'année précédente ont accouché dans un établissement de santé public ou privé	10
Recours aux méthodes modernes d'espacement des naissances (MMEN)	Femmes ayant un enfant en vie âgé de 6 à 23 mois et faisant appel à une méthode moderne d'espacement des naissances	30
Connaissance des méthodes modernes d'espacement des naissances (CMMEN)	Femmes ayant accouché au cours des 24 mois précédents, connaissant au minimum quatre méthodes modernes d'espacement des naissances et sachant où se les procurer	70
Recours aux établissements de santé en cas de maladie (RESM)	Recours aux établissements de soins publics des districts (hôpitaux ou centres de soins primaires) en cas de maladie au cours des quatre semaines précédentes	Augmentation

Source : Schwartz et Bhushan 2005, tableau 8.4

maternels (tableau 2). L'objectif d'équité visant à orienter les services sur les 50 % les plus pauvres de la population était obligatoire pour l'ensemble des districts.

## Résultats

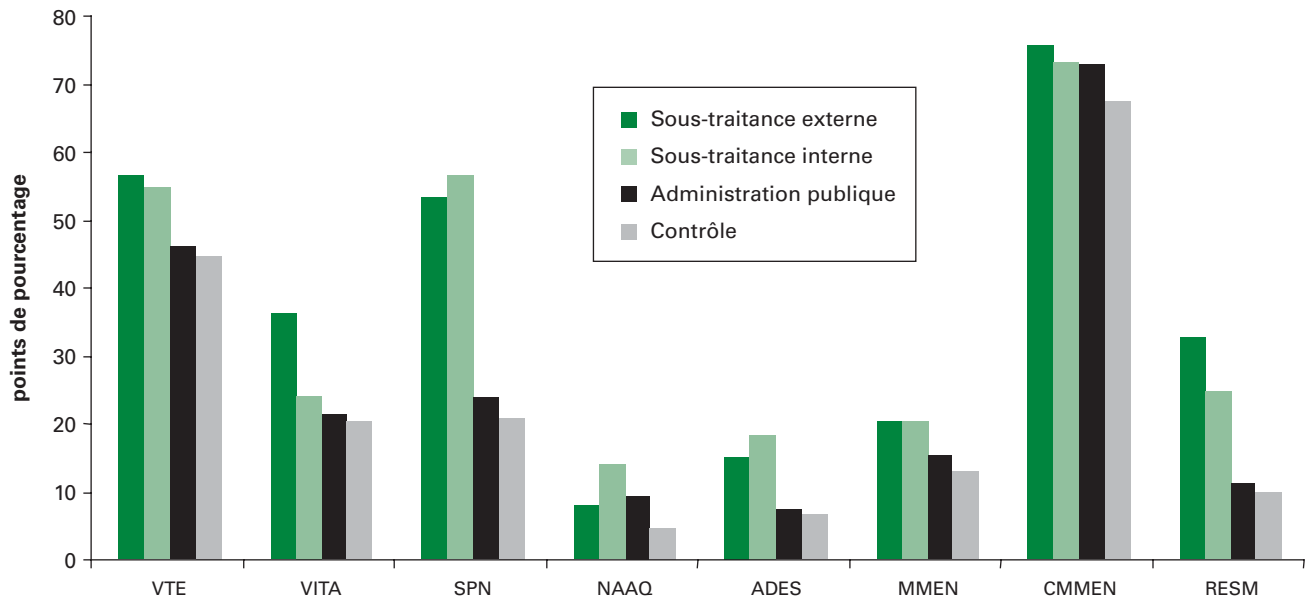
Une augmentation appréciable des taux de couverture des services de santé a été observée dans les douze districts, sous contrat et sous gestion publique, les premiers affichant néanmoins des taux de couverture nettement supérieurs à ceux des seconds. Dans les districts faisant appel à la sous-traitance externe, le taux de couverture vaccinale est ainsi passé de 25,3 % en 1997 à 82 % en 2003, soit une hausse de 56,7 points de pourcentage (graphique 1). À une exception près (les naissances assistées par un accoucheur qualifié dans les districts à sous-traitance externe), la hausse des taux de couverture dans les districts sous contrat a été supérieure à celle des districts sous gestion publique. Ces derniers ont amélioré le taux de couverture de tous les services de santé, mais ces hausses ont été inférieures à celles des districts sous contrat et n'ont pas atteint les objectifs visés en matière de vitamine A,

de soins prénataux, d'accoucheurs qualifiés, et de méthodes modernes d'espacement des naissances. De manière générale, les écarts les plus prononcés entre les taux de couverture obtenus par les districts sous contrat et ceux sous gestion publique concernent les services en établissement spécialisé (soins prénataux, accoucheurs qualifiés, naissances en établissement de soins, et recours aux établissements publics en cas de maladie) plutôt que sur les programmes de santé publique verticaux (vaccination, vitamine A et utilisation de méthodes contraceptives modernes). Des évaluations indépendantes ont par ailleurs indiqué que la qualité des services fournis dans les établissements de santé gérés par les sous-traitants a davantage progressé que dans ceux placés sous gestion publique au cours de la même période.

## Avantages pour les pauvres

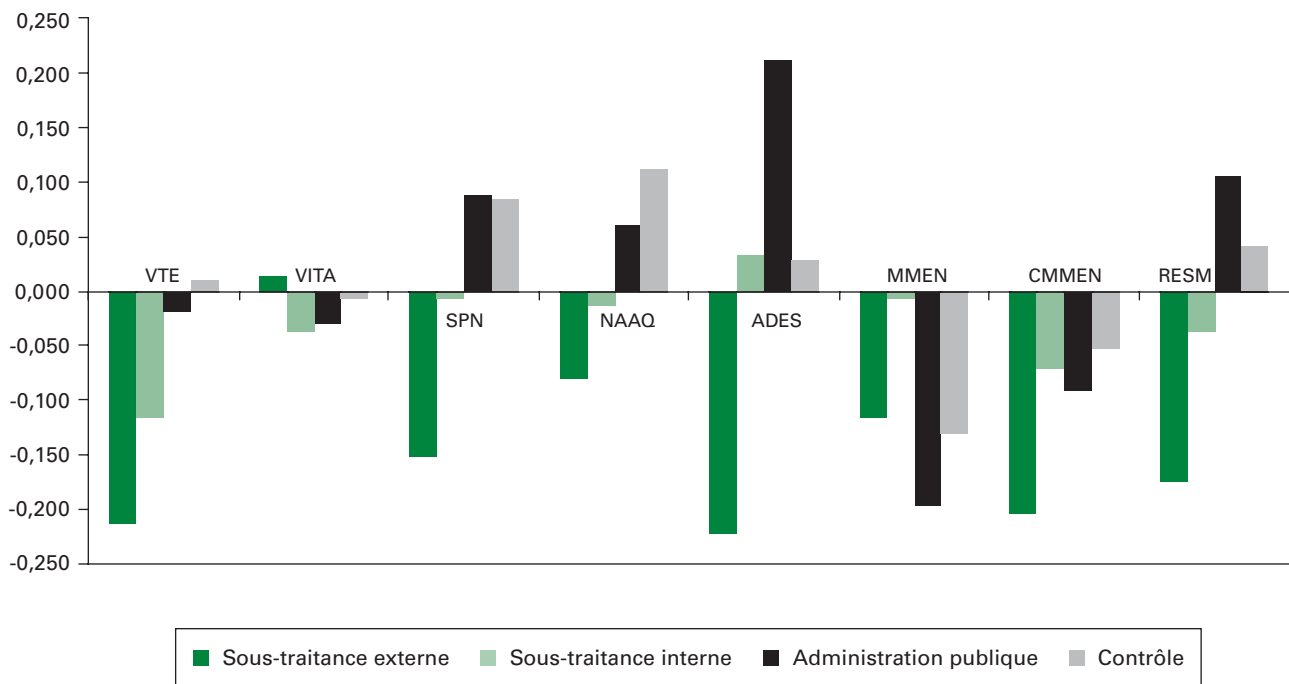
Les districts sous contrat ont généralement obtenu de meilleurs résultats que ceux sous administration publique, la distribution des services de santé évoluant vers un schéma plus équitable et favorable aux pauvres. Avant l'expérience, les

Figure 1. Augmentation des taux de couverture des soins (en points de pourcentage) 1997 – 2003



Notes : VTE = vaccination totale des enfants; VITA = vitamine A; SPN = soins prénataux; NAAQ = naissances assistées par un accoucheur qualifié; ADES = accouchement dans un établissement spécialisé; MMEN = méthodes modernes d’espacement des naissances; CMMEN = connaissance des méthodes modernes d’espacement des naissances; RESM = recours aux établissements de santé en cas de maladie

Figure 2. Évolution des indices de concentration, 1997 – 2003



Notes : VTE = vaccination totale des enfants; VITA = vitamine A; SPN = soins prénataux; NAAQ = naissances assistées par un accoucheur qualifié; ADES = accouchement dans un établissement spécialisé; MMEN = méthodes modernes d’espacement des naissances; CMMEN = connaissance des méthodes modernes d’espacement des naissances; RESM = recours aux établissements de santé en cas de maladie

populations non pauvres étaient plus susceptibles de faire appel aux services de santé publique dans les douze districts. Selon les indices de concentration, la prestation de services de santé dans les districts sous contrat était devenue plus équitable et favorable aux pauvres à l'issue des cinq années de l'expérience que dans les districts sous administration publique (graphique 2). Cette évolution est observable pour tous les services de santé dans les districts sous contrat, à deux exceptions près (vitamine A pour ceux faisant appel à la sous-traitance externe, et accouchements en établissement spécialisé pour ceux faisant appel à la sous-traitance interne). Les districts sous gestion publique, en revanche, n'ont amélioré la prestation de services aux pauvres qu'en ce qui concerne les programmes verticaux (vaccination, vitamine A, et méthodes modernes d'espacement des naissances) ; ces améliorations ont en outre été plus modérées que celles apportées par les districts sous contrat. Dans les districts sous administration publique, la distribution des services en établissement de soins est devenue encore moins favorable aux pauvres, notamment en ce qui concerne les soins prénataux, les naissances assistées par un accoucheur qualifié, les naissances en établissement spécialisé et le recours aux établissements publics en cas de maladie.

Il n'est donc pas étonnant que les districts sous contrat aient affiché des dépenses publiques annuelles récurrentes par habitant considérablement supérieures à celles des districts sous administration publique (tableau 3). L'assistance technique à la gestion des districts apportée par les ONG et les salaires versés au personnel de santé expliquent en grande partie ces différences. Il apparaît toutefois que les dépenses publiques se sont substituées dans une plus grande mesure à la participation financière directe des usagers (dépenses privées) dans les districts sous contrat que dans ceux sous administration publique. À la fin de l'expérience, les dépenses privées étaient nettement inférieures dans les premiers que dans les seconds. Ainsi, les dépenses publiques dans les districts faisant appel à la sous-traitance externe étaient supérieures de 3,09 dollars par habitant à celles des districts sous administration publique, mais elles allaient de pair avec des dépenses privées inférieures de 5,57 dollars. Pour l'ensemble des districts sous contrats, des dépenses publiques supérieures en

moyenne à 2,50 dollars environ par habitant ont amené une baisse de quelque 4,50 dollars des dépenses privées par habitant. Qui plus est, le total des dépenses publiques et privées dans les districts sous contrat a été inférieur à celui des districts sous administration publique. Le remplacement des dépenses privées par les dépenses publiques dans les districts sous contrat a davantage profité à ceux qui disposaient de moyens financiers plus limités pour payer des services de santé que dans les districts sous administration publique ; l'efficacité du système de santé dans les premiers a en outre été supérieure à celle observée dans les seconds.

## Conclusion

En résumé, il ressort de l'expérience de passation de contrats avec des ONG dans les zones rurales au Cambodge que si tous les districts ont augmenté les taux de couverture des services de santé, les districts sous contrat ont obtenu de meilleurs résultats à cet égard que les districts sous administration publique, et ont mis en place une distribution des services plus favorable aux pauvres. Par ailleurs, les dépenses de santé privées dans les districts sous contrat ont diminué, ce qui a nettement bénéficié aux habitants disposant des moyens financiers les plus restreints. Les ONG semblent plus soucieuses de satisfaire aux obligations contractuelles consistant à assurer des services de santé efficaces et équitables que les services publics classiques auxquels les mêmes objectifs avaient été assignés. Globalement, il apparaît que la sous-traitance des soins de santé primaires peut offrir un moyen efficace et efficace d'augmenter les taux de couverture des soins de santé, et de mieux orienter ces services sur les pauvres.

---

La présente fiche a pour objectif de résumer les bonnes pratiques en matière de santé, de nutrition et de démographie. Il s'agit d'une adaptation de l'article « *Contracting Health Care Services for the Rural Poor – the Case of Cambodia* », de J. Brad Schwartz, Indu Bhushan, Erick Bloom et Benjamin Loevinsohn paru dans le numéro de mai 2005 de la publication *Development Outreach* de la Banque mondiale, et du chapitre 8 de *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why* », Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff, et Abdo S. Yazbeck, dir.pub. (Washington, DC: Banque mondiale, 2005) ; les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de la Banque mondiale.



