

C2D BOLIVIE

**Projet d'appui à la construction et la gestion
d'un hôpital de référence à SANTA CRUZ**

RAPPORT DE PRESENTATION

**DCT/HSA
Octobre 2003**

Plan du rapport de Présentation

Fiche-résumé du projet	page 5
INTRODUCTION : Contexte du projet	page 6
1 – <u>Cadre de référence du projet</u> :	page 7
1.1. Situation de départ :	page 7
1.1.1. Données nationales :	page 7
a- indicateurs socio-économiques	
b- indicateurs sanitaires	
c- état de l'offre de soins	
d- situation du financement de la santé	
1.1.2. Données relatives à Santa Cruz :	page 10
a - indicateurs socio-économiques	
b - indicateurs sanitaires	
c - état de l'offre de soins	
1.2. Politique sectorielle nationale :	page 11
1.2.1. Cadre institutionnel du système sanitaire :	page 11
1.2.2. Document de stratégie sectorielle :	page 12
1.3. Politique de la Coopération Française :	page 13
1.3.1. Tous secteurs	
1.3.2. Secteur santé	
1.4. Politique des autres bailleurs de fonds :	page 14
1.5. Justification du projet :	page 14
1.5.1. Etat de la demande	
1.5.2. Etat de l'offre disponible	
1.5.3. Caractérisation de la structure-cible	
a – données physiques et techniques	
b – étude de marché	
c – compte prévisionnel d'exploitation	
d – fonctionnement institutionnel	

1.6. Identification et implication des intervenants :	page 18
1.6.1. Identification	
1.6.2. Implication	
a – dans la préparation	
b – dans la mise en œuvre	
2 – <u>Construction logique du projet</u> :	page 19
2.1. Finalité	page 19
2.2. Objectifs et indicateurs	page 19
2.3. Description et contenu du projet	page 20
2.3.1. Economie générale du projet	
2.3.2. Contenu : description par composantes	
3 – <u>Déroulement prévu</u> :	page 22
3.1. Chronogramme des activités	page 22
3.2. Commentaires	page 22
4 – <u>Financement du projet</u> :	page 23
4.1. Détail par composantes	
4.2. Tableau récapitulatif des financements	
4.3. Modalités de décaissement, chronogramme financier	
5 - <u>Modalités de réalisation du projet et partenariats prévus</u> :	page 26
5.1. Organigramme, responsabilités et organisation de la mise en œuvre avec les partenaires : présentation par composantes et volets d'activité	
5.2. Comité de Pilotage	
5.3. Conditionnalités	
5.3.1. Préalables à la signature de la convention	
5.3.2. Relatives au déblocage des fonds	
5.3.3. Suspensives en cours d'exécution du projet	
5.4. Suivi et tableaux de bord	
6 - <u>Situation et perspectives en fin de projet</u> :	page 28
6.1 Situation en fin de projet et valeur ajoutée escomptée	
6.2. Impact sur la réduction de la pauvreté	
6.3. Transfert de compétences	

6.4. Prise en charge des coûts récurrents

6.5. Appropriation du changement et pérennisation des effets attendus

7 – Evaluation

page 30

7.1. A mi-parcours

7.2. Finale

8 – Annexes

page 31

FICHE RESUME DU PROJET

Le projet d'appui à la construction et à la gestion d'un hôpital de référence à Santa Cruz s'inscrit dans le cadre du C2D signé avec la Bolivie le 30 mai 2003.

Au-delà du financement de la construction et de l'équipement de la structure, le projet vise à appuyer la mise en place d'une organisation et de méthodes de gestion efficaces en vue de la production de prestations de qualité, tout en garantissant l'accessibilité pour les catégories les plus démunies de la population du bassin de recrutement.

Ce projet, d'un montant de 3 millions d'euros, comporte trois composantes :

- Composante 1 : co-financement de la construction et de l'équipement (2 400 000 euros) ;
- Composante 2 : appui technique à l'organisation et à la gestion, par la concession de la gestion à une Fondation et la mise en place d'un partenariat hospitalier (100 000 euros) ;
- Composante 3 : appui à la création de mécanisme de financement alternatif par la création d'un Fonds communautaire, et au renforcement du système de référencement, en partenariat avec la Coopération belge (500 000 euros).

Le projet contribuera au développement de l'offre sanitaire de la ville de Santa Cruz et à l'amélioration de l'état de santé de la population. Il participera par ailleurs à l'amélioration de l'accessibilité économique aux prestations sanitaires en appuyant la solvabilisation de la demande. Il aura de ce fait un impact sur la réduction de la pauvreté. Enfin, de par son caractère innovant, il aura une valeur reproductive.

INTRODUCTION : Historique du Projet

La Bolivie compte parmi les premiers pays éligibles à l'initiative PPTE. Le point de décision qui a entériné son éligibilité à la première initiative de réduction de la dette a été prononcé en septembre 1997 par la communauté financière internationale. Le point de décision de l'initiative renforcée a été atteint en février 2000. Le point d'achèvement a été prononcé par les institutions financières internationales le 8 juin 2001 ; il déclenche la mise en place du mécanisme français de traitement de la dette.

La Bolivie a présenté un Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté, approuvé par la communauté des bailleurs, qui identifie un certain nombre de priorités, parmi lesquelles le développement rural, la micro-entreprise, le micro-crédit, les infrastructures routières, l'éducation de base et la santé de base.

Le premier C2D, signé le 30 mai 2003, est conclu pour la période du 8 juin 2001 au 30 juin 2006, pour un montant de 10 418 709 euros. Il prévoit deux domaines de concentration de la subvention :

- les soins de santé primaire et la lutte contre les grandes endémies ;
- les équipements et infrastructures des collectivités locales.

La subvention peut aussi bien financer des dépenses d'études, d'audit et d'évaluation que des dépenses d'investissement et de fonctionnement. L'accord-cadre est en cours de rédaction et devrait pouvoir être signé rapidement. Dès cette signature et après signature des conventions, la France versera à la Bolivie les échéances remboursées depuis le point d'achèvement.

Il convient de rappeler qu'initialement 4 projets avaient été pressentis comme points d'affectation :

- trois projets présentés et co-financés par le « Fonds de inversion productiva y social » (FPS) : ce fonds d'investissement social est un organisme public rattaché à la Présidence et chargé de la gestion de l'aide internationale, jouant un rôle de maître d'œuvre des projets. Avaient été étudiées, outre la construction d'un hôpital de niveau II à Santa Cruz, celles d'un hôpital à Yapacani et d'un centre materno-infantile à San José de Chiquitos ;
- un projet présenté et co-financé par le Ministère de la Santé dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies : l'appui au Laboratoire de parasitologie et d'entomologie de l'Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA).

Seuls les projets concernant Santa Cruz et l'INLASA ont été finalement retenus dans le cadre de la première phase du C2D. L'appui à la mise en place d'un système national de surveillance épidémiologique sera étudié dans le cadre d'une deuxième phase.

Par ailleurs le C2D prévoit dans son article 7 une affectation sous forme d'aide budgétaire dont les modalités sont en cours d'instruction.

Le procès-verbal de la Vème Commission mixte franco-bolivienne tenue à La Paz les 29 et 30 mai 2003 entérine ces orientations.

1 - Cadre de référence du projet :

1.1. Situation de départ :

1.1.1. Données nationales :

a – indicateurs socio-économiques : pour une superficie de 1 100 000 km², la Bolivie compte 8 300 000 habitants dont 60 % vivent en zone urbaine. République unitaire de régime présidentiel, elle reste le pays le plus pauvre d'Amérique du Sud (65 % de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté) souffrant de graves faiblesses structurelles (seulement 28 % de la population est active, avec un taux de chômage de 20 %).

Le programme d'ajustement structurel mis en place au début des années 1980 a donné de bons résultats qui ont permis au pays de bénéficier d'allègements de sa dette externe. Malgré une assistance soutenue et la maîtrise de l'inflation, les efforts entrepris en vue d'une réduction de la pauvreté n'ont pas produit d'effets significatifs et la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure reste forte.

Avec un Indice de Développement Humain de 0,69, la Bolivie se situe au 104^{ème} rang mondial du classement du PNUD. Le PIB par habitant est de 890 dollars US (chiffre 2002).

Les dépenses publiques de santé représentent 4,3% du Budget de la Nation. Les ménages défavorisés consacrent 3,8 % du budget familial à la santé contre 60 % à l'alimentation, 11 % à l'éducation, 9 % à l'habillement et 15 % aux transports.

Au plan démographique, le pays est engagé dans la phase de transition : le taux de croissance général est de 2,3 % (avec des pics à 6 % dans certaines zones). 54 % des habitants ont accès à l'eau (84 % en zone urbaine et 20 % en zone rurale).

Le taux d'alphabétisation est de 80 %.

b – indicateurs sanitaires : ils sont caractéristiques d'un pays en développement, marqués par la coexistence de problèmes liés au sous-développement économique, aux modes de vie et à l'absence d'environnement sain. Le profil se complexifie avec l'acutisation des problèmes sociaux et culturels, l'urbanisation et l'exode rural.

Le taux de couverture sanitaire est de 63 % en zone urbaine et 17 % en zone rurale.

1 300 000 enfants souffrent de dénutrition sévère et 28 % des enfants de moins de 3 ans présentent des signes de malnutrition chronique.

La mortalité materno-infantile constitue l'une des préoccupations sanitaires majeures, avec un taux de 400 pour 100 000. Seulement 27 % des accouchements sont pratiqués en milieu hospitalier et 42 % avec l'assistance d'un professionnel de santé, ce qui implique que 22 % des décès totaux sont enregistrés au moment de l'accouchement.

La mortalité infantile est de 87 / 1000, et de 116 / 1000 à 5 ans.

L'espérance de vie générale est de 59 ans.

Les indicateurs de morbidité mettent aux premiers rangs les pathologies liées à la santé de la mère et de l'enfant, les maladies transmissibles (tuberculose, maladie de Chagas, malaria, dengue, infections sexuellement transmissibles), les maladies non transmissibles (cancer du col, hypertension artérielle, affections respiratoires, diabète, affections cardio-vasculaires, pathologies liées à l'alcoolisme).

Les pathologies liées au tabagisme et à la consommation de drogues, ainsi que la traumatologie routière sont également en forte augmentation ces dernières années dans les zones urbaines.

c – état de l'offre de soins : le système sanitaire public bolivien connaît une crise structurelle pour deux raisons essentielles :

- le déficit chronique d'infrastructures dont la création n'a pas suivi le rythme d'accroissement démographique et dont la planification a été opérée sur des critères bureaucratiques ne tenant pas compte des nécessités opérationnelles d'un fonctionnement en réseau ;
- la désaffection de la clientèle solvable liée à la dérive qualitative des prestations offertes par des établissements où la plupart des agents ne travaillent qu'à temps partiel.

Le taux de recours aux hôpitaux publics n'est que de 27 %.

L'offre publique est structurée selon le pyramidage traditionnel à 3 niveaux :

- 1^{er} niveau : 1 800 « postes sanitaires » employant des infirmiers, et centres de santé sans hospitalisation employant 1 médecin et des infirmiers ;
- 2^{ème} niveau : hôpitaux généraux servant de référence au niveau du district sanitaire, avec les spécialités de base, et pour les plus grands, des spécialités complémentaires ;
- 3^{ème} niveau : hôpitaux spécialisés, de référence provinciale ou nationale, ne se trouvant qu'à la Paz, Santa Cruz et Cochabamba.

En complément de l'offre publique, se trouvent deux autres systèmes :

- les établissements relevant d'un système de protection sociale : il s'agit de la sécurité sociale des employés du secteur formel et des fonctionnaires, de Caisses professionnelles spécialisées, et des compagnies d'assurance privée ;
- les établissements relevant du secteur privé lucratif ou non lucratif (ONG et congrégations religieuses).

d – situation du financement de la santé :

Elle est caractérisée par une mixité des sources de financement :

- la « Sécurité Sociale Nationale » sous la tutelle administrative du Ministère de la Santé (avec un Vice-Ministre Délégué à ce secteur) gérée par l'Institut National des Fonds d'Assurance Maladie, avec au niveau opérationnel une Caisse Générale et une dizaine de Caisses Spécialisées.

Le cadre légal est fixé par le Code de la Sécurité Sociale. Les risques maladie, maternité, et chômage sont couverts. Les prestations sont effectuées par remboursement ou en nature. Sur la base d'une cotisation obligatoire, les cotisants et leurs ayants droits ont une couverture générale et peuvent s'adresser aux institutions dépendant de leur régime. Ce système concerne 27 % de la population, mais quand l'offre est déficitaire, cette couverture n'est que théorique.

- les systèmes d'assurance privée : regroupant 16 compagnies qui, selon des modalités diverses, sont à la fois gestionnaires des ressources et prestataires de services pour 0,5 % de la population. Le coût annuel moyen des polices varie de 120 à 450 dollars US.
- la participation communautaire sur laquelle aucun chiffre n'est disponible : aucune règle précise n'existe en matière de recouvrement des coûts qui est généralisé mais pratiqué de façon variable par les établissements et sans transparence quant à l'affectation des recettes qui en découlent.
- l'Etat et les Municipalités qui paient les frais de personnel (et certains investissements) ;
- le FPS qui co-finance des projets d'investissement ;
- les Organisations Non Gouvernementales, dont environ 28 interviennent dans le secteur.

Par la loi n° 2426 du 8 novembre 2002, a été créé le Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) qui est une priorité gouvernementale à la fois dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et pour la réduction de la mortalité materno-infantile.

Ce système, dépendant du Ministère de la Santé et mis en œuvre dans le réseau de soins publics sous la responsabilité opérationnelle des Services Départementaux de Santé (SEDES) et des Municipalités (DILOS), a vocation à offrir une couverture générale et universelle aux mères depuis le début de la grossesse et six mois après l'accouchement, et aux enfants jusqu'à l'âge de cinq ans en assurant la gratuité du diagnostic et des soins pour la plupart des pathologies essentielles (sauf esthétique, greffes, orthodontie, etc...). En sont bénéficiaires les nationaux et les étrangers disposant d'un visa de résidence.

Le panier de prestations concerne les consultations, les hospitalisations, les médicaments, les examens et le transport pour référencement en cas d'urgence gynéco-obstétricale. Un protocole de prise en charge a été défini, ainsi qu'une tarification détaillée.

Les établissements affiliés à ce système, c'est-à-dire les hôpitaux publics (mais non les congrégationnels et les privés), facturent mensuellement à la Municipalité qui les rembourse.

Ce système prend la suite de deux autres programmes qui avaient une vocation plus étroite : le Seguro Nacional de Maternidad y Ninez de mai 1996, et le Seguro Basico de Salud de décembre 1998 (qui n'a pas encore réglé toutes ses dettes).

Le financement du SUMI est assuré par le Trésor Général de la Nation pour le secteur public, par les budgets municipaux pour les médicaments et réactifs, par la Sécurité Sociale pour ses établissements, et il prévoit une participation communautaire de 10 %.

Décrété dans l'urgence et affiché comme le principal instrument de politique sociale du gouvernement, ce système pose dans la pratique de nombreux problèmes : les

remboursements interviennent avec retard, de nombreuses structures n'y participent pas, et la gratuité n'est quelquefois que théorique.

L'impact sur la morbidité et sur la mortalité risque d'en être limité car les bénéficiaires principaux sont en fait issus des couches moyennes qui avaient déjà auparavant les moyens économiques et physiques d'accéder à des soins de qualité ; les couches défavorisées, où la mortalité est la plus forte, en profitent peu car elles sont toujours confrontées aux obstacles physiques, culturels, financiers (dessous-de-table demandés malgré la gratuité) et sociaux (nécessité de détenir un carnet de santé et de participer à un « système » de prise en charge sociale ne correspondant pas à leur mode de vie).

Il s'agit là d'un exemple supplémentaire de système relevant plus du « marketing » social et politique, que d'une mise en œuvre de mécanismes solidaires assis sur des fondements socio-économiques solides.

1.1.2. Données relatives à Santa Cruz :

a – état socio-économique : Santa Cruz connaît une forte expansion économique depuis une vingtaine d'années, qui a attiré de nombreux migrants en provenance de régions pauvres : la population y est aujourd'hui de 1 300 000 habitants, avec un taux de croissance annuel de 6 %.

Le caractère quelque peu artificiel de l'explosion économique a eu les conséquences traditionnelles de l'urbanisation rapide, à savoir le déficit de services collectifs, et la création d'une frange de population attirée par le mirage économique et travaillant dans les services ou le secteur informel et confrontée à des difficultés d'accès aux services sociaux de base.

Malgré les recommandations des urbanistes, favorables à l'édification d'immeubles collectifs au centre de la ville, l'expansion urbaine a été « horizontale » : elle s'est traduite par un accroissement concentrique du périmètre urbain vers la périphérie.

Outre les problèmes de viabilisation des zones d'habitat individuel, il en est résulté une réduction de l'accessibilité physique aux structures sanitaires de référence pour les populations des quartiers périphériques qui sont par ailleurs les plus défavorisées (notamment au sud et à l'est).

b – indicateurs sanitaires : ils décrivent une situation où se mêlent les problématiques sanitaires urbaine et rurale, ce qui est logique par rapport au processus d'expansion décrit plus haut.

Les données épidémiologiques du Système National d'Information Sanitaire montrent qu'au centre urbain, se retrouvent prioritairement les maladies non transmissibles, la cancérologie, les pathologies de cardio-vasculaires, la traumatologie. A la périphérie, dont le profil épidémiologique sera précisé plus loin, est plutôt observée une morbidité typique du sous-développement, même si cette répartition n'est pas absolument tranchée.

Les principales causes de recours aux hôpitaux sont :

- pour les urgences : traumatismes, gastro-entérites, troubles urinaires, lithiases biliaires, tuberculose ;

- en activité réglée : diabète, hypertension, tuberculose, cardiopathies, lombalgies, gastrites.

c – état de l'offre de soins : en termes de structures sanitaires, le taux moyen de couverture est supérieur à la moyenne nationale puisqu'il s'établit à 2,3 lits pour 1 000 habitants, et 3,3 médecins pour 10 000 habitants. Au premier niveau, se trouvent 35 centres de santé (sans hospitalisation).

Aux deuxième et troisième niveaux, trois hôpitaux publics de référence sont situés au centre : Hôpital San Juan de Dios, Maternité Percy Boland, Hôpital Pédiatrique ; deux hôpitaux en semi-périphérie : « Hôpital Japonais » (construit par la coopération japonaise), Hôpital oncologique.

S'ajoutent à ces établissements, des structures relevant d'un système assurantiel :

- les centres de consultation et d'hospitalisation de la Caisse Nationale de Santé, pour un total de 272 lits ;
- les deux hôpitaux de la Caisse Pérolière de Santé, totalisant 165 lits ;
- l'hôpital de la Corporation de Sécurité Sociale Militaire avec 14 lits.

Enfin doivent être citées dix cliniques privées regroupant 376 lits et les structures gérées par les ONG.

Les structures publiques, s'adressant pour l'essentiel à une clientèle ne disposant pas de système de couverture sociale du risque maladie, sont confrontées à des difficultés majeures de fonctionnement : leur saturation se traduit par une dégradation du niveau qualitatif des prestations offertes.

La difficulté d'accès physique et économique aux structures du centre pour les populations périphériques retarde leur recours aux soins, ce qui se traduit par une aggravation des cas présentés à l'admission. Par ailleurs, comme toujours dans ce type de situations, le système de référencement et contre-référencement est affecté de graves dysfonctionnements et le recours aux centres de référence est souvent effectué en première intention.

Afin de remédier à cette situation, la Municipalité a mené sur financement belge, une étude visant à construire un plan décennal de développement des infrastructures sanitaires. Ce plan couvre la période 1996 – 2005 et comporte un programme de construction et d'équipements de 26,3 millions de dollars US. Ce programme visait à améliorer la répartition géographique de la couverture, à travers l'ouverture ou la construction de 30 centres de santé, la construction de 5 hôpitaux et l'extension d'un établissement existant, et le redéploiement des personnels.

Trop ambitieux par rapport aux moyens mobilisables, ce plan n'a pour l'instant connu qu'un début d'exécution relatif aux centres de santé ; néanmoins la Municipalité réaffirme son souhait de construire trois hôpitaux de niveau II.

1.2. Politique sectorielle nationale :

1.2.1. Cadre institutionnel du système sanitaire :

En théorie et sur les documents analysés, il présente tous les caractères de la rationalité et de l'opérationalité. Mais le déficit de compétences observé dans la capacité de management

des administrateurs de la santé, allié à un fonctionnement clientéliste induisant une forte instabilité des cadres, aboutit dans la réalité à une faiblesse majeure de la capacité de pilotage du système.

Les trois niveaux traditionnels se retrouvent dans l'organigramme :

- niveau national : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) qui détient la responsabilité de la définition de la politique nationale, de sa traduction normative, de la conception et du pilotage des programmes verticaux, de la gestion des personnels, de la tutelle sur les établissements ;
- niveau départemental (et non provincial comme dans de nombreux pays) : les Services Départementaux de la Santé (SEDES), relevant du Ministère pour les aspects généraux et de la Préfecture de Département pour les aspects opérationnels, constituent le relais de la mise en œuvre de la politique nationale mais n'ont pas de responsabilité directe de gestion ;
- niveau municipal : les Départements de la Santé (DILOS) ont un poids important puisqu'ils exercent la tutelle sur les établissements publics, sont responsables d'une partie des investissements, de la gestion et des personnels. Jouant en fait un rôle plus politique que technique, ils sont les relais essentiels du système clientéliste.

Depuis sept ans, le Gouvernement est engagé dans un processus de réforme administrative se situant dans une perspective de décentralisation, qui est mis en œuvre par le Service National d'Organisation du Pouvoir Exécutif (SNOPE) en charge de la modernisation de l'Etat. Le secteur sanitaire est concerné par ce processus, mais le SNOPE est un organisme qui, ayant peu de moyens, se contente de produire des textes ne connaissant pas d'application concrète.

1.2.2. Document de stratégie sectorielle :

Il a été établi dans le cadre de la préparation du Groupe Consultatif des bailleurs qui s'est réuni à Paris en octobre 2003.

Ce document s'inscrit dans le cadre des Objectifs du Millénaire, en visant à atteindre pour 2015 les buts suivants :

- réduction de 75 % de la mortalité maternelle et de 60 % de la mortalité infantile ;
- réduction de 50 % de la malaria, de la tuberculose et du SIDA : la Bolivie a déposé en 2002 un dossier de 30 millions de dollars US au Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Ce dossier, qui porte sur les trois maladies, a été accepté en octobre 2003 pour un montant de 14 millions de dollars pour les deux premières années ;
- promotion de l'égalité des sexes, avec une attention spéciale pour les populations indigènes ;
- promotion de l'équité et respect des différences culturelles ;
- promotion des médicaments essentiels ;
- établissement de mécanismes pour l'accès aux nouvelles technologies, notamment en matière d'information et de communication.

Il n'est pas fait mention des questions relatives au financement de la santé, la seule stratégie en la matière semblant articulée autour du SUMI.

Le gouvernement s'engage à développer une politique de santé socialement inclusive et économiquement pérennisable. Il présente une politique de santé à vision systémique, s'inscrivant dans un mouvement de décentralisation qui passe par un partage de responsabilité entre les niveaux de gestion et prévoit une participation communautaire active à travers le réseau de santé.

La déclinaison opérationnelle de ces orientations stratégiques se retrouve dans le Plan Stratégique de Développement Sanitaire.

Ce document reprend dans une première partie les objectifs décrits plus haut.

Il dresse ensuite les contours d'un « Nouveau Modèle de Gestion » visant au développement des différents niveaux de gestion, redéfinis selon des critères territoriaux et démographiques, d'accessibilité, de prise en charge et de rationalité financière.

Il définit pour chacun d'eux le cadre institutionnel, le mode de régulation, la programmation des actions intégrant les programmes verticaux, et les modalités de financement.

Enfin il propose un chiffrage de la mise en œuvre de cinq objectifs stratégiques prioritaires, qui sur la période 2003-2007, feraient appel à un besoin de financement de 430 millions de dollars US pour lequel il est prévu de solliciter l'Aide Internationale et de mobiliser des ressources nationales :

- 5 programmes visent à réduire le taux de mortalité materno-infantile : 166 millions de dollars US ;
- 8 programmes s'attachent aux maladies transmissibles : 151 millions de dollars US ;
- 3 programmes visent à la promotion d'un environnement sain : 54 millions de dollars US ;
- 4 programmes concernent l'amélioration de l'équité d'accès aux soins : 44 millions de dollars US ;
- 3 programmes soutiennent le renforcement du rôle du Ministère de la Santé pour la promotion de la décentralisation et de la participation : 15 millions de dollars US.

Outre leur caractère financièrement irréaliste, les documents retraçant les nouvelles orientations de la politique sectorielle ne semblent pas fixer précisément les moyens humains et organisationnels jugés nécessaires pour atteindre les objectifs qui sont affirmés sur un mode incantatoire, et l'ensemble dégage une impression de manque de cohérence ; certaines priorités semblent par ailleurs discutables (Nouvelles technologies de l'Information et de la Communication) alors que d'autres sont insuffisamment affirmées (financement de la santé).

1.3. Politique de la Coopération Française :

La France a des liens anciens avec la Bolivie en matière de coopération médicale et de formation. L'institut Pasteur était présent depuis les années 50 à La Paz, et de nombreux médecins spécialistes ont été formés en France, tradition malheureusement arrêtée dans les années 80 par suite de l'interruption du programme de bourses.

La politique de coopération scientifique et technique du poste a été centrée de 1966 à 2001 sur l'Institut de Biologie d'Altitude où de très nombreux chercheurs de l'Institut Pasteur, du CNRS, de l'INSERM et de l'ORSTOM ont séjourné à La Paz pour des périodes parfois très longues, ont passé des thèses et poursuivi des recherches qui ont façonné l'image que se fait le public bolivien de la coopération française.

Aujourd'hui, plusieurs équipes de l'IRD spécialistes de la santé (parasitologie, entomologie, médicaments, nutrition) et de biologie travaillent au sein des universités et du laboratoire central du ministère de la santé (INLASA). Une maestria de haut niveau consacrée aux sciences biomédicales a été mise en place au sein de l'Université Mayor de San Andrés, l'enseignement du français médical se développe dans les principales universités, etc.

La coopération technique se réduisait jusqu'à présent au programme dit des « petites opérations de développement », mais chaque année, plusieurs de ces POD étaient consacrées à des opérations liées à l'hygiène et à la nutrition.

C'est donc tout naturellement qu'au moment où le C2D permet d'entreprendre une véritable politique de coopération technique les deux gouvernements ont choisi la santé comme secteur d'intervention prioritaire. Les besoins sont évidents mais les acteurs sont nombreux et il convient d'intégrer les projets dans un paysage politique et social complexe.

1.4. Politique des autres bailleurs de fonds :

La France intervient tardivement au sein d'un dispositif d'aide qui souffre d'un déficit de coordination, favorisé par la décentralisation très poussée et la faiblesse traditionnelle du ministère de la santé. On espère beaucoup du tout nouveau ministre, Monsieur F. Antezana qui a passé la plus longue partie de sa carrière à l'OMS et connaît bien les politiques de santé, mais peut-être moins bien la réalité bolivienne.

Les opérateurs les plus présents sont :

- dans le cadre multilatéral : l'OPS, la BID, l'UNICEF, le PAM, l'UE
- dans le cadre bilatéral : la coopération japonaise (équipements), canadienne, belge, hollandaise, danoise, anglaise (DFID), et bien sûr nord américaine (USAid)
- de nombreuses ONG, nordiques en particulier.

La coopération belge est la plus ancienne et est très implantée dans le domaine universitaire et dans le secteur de la lutte contre les grandes endémies.

1.5. Justification du projet :

Elle est démontrée à travers l'analyse des données spécifiques à la zone d'influence du projet qui couvre une superficie de 105 km².

1.5.1. Etat de la demande :

Dans le bassin de clientèle potentielle du projet, soit 256 000 habitants répartis en foyers de 5 à 6 membres en moyenne, la population active est de 95 000 personnes. Elle est composée de 46 % de salariés, 24 % de petits commerçants et 26 % d'ouvriers déqualifiés et

journaliers. Les foyers ont un revenu mensuel moyen de 220 dollars US et seuls 17 % d'entre eux ont un compte en banque.

La population générale est jeune (40 % ont moins de 15 ans) et connaît un taux d'alphabétisation de 67 %, avec 26 % des élèves atteignant la fin du cycle secondaire. 80 % de la population a accès à l'eau, mais il n'y a aucun assainissement.

Les principaux motifs de recours aux hôpitaux dans cette zone sont les problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant pour 28 %, les pathologies de l'appareil circulatoire pour 25 %, les pathologies digestives pour 14 %, les pathologies respiratoires pour 13 %, la traumatologie pour 10 % et 10 % de cas divers.

Les seuls chiffres disponibles concernent la morbidité hospitalière, le profil épidémiologique général devant être certainement différent.

Le recours est effectué pour 27 % en direction des hôpitaux publics, 18 % vers le secteur privé, 12 % pour les établissements de la Caisse Nationale de Santé Publique. Dans 10 % des cas, la population recourt à la médecine traditionnelle, tandis que 31 % des besoins restent insatisfaits.

La zone d'influence regroupe quatre districts, mais dans le district n°9 où sera implanté l'hôpital, résident 50 000 habitants dont 50 % sont des migrants arrivés récemment de zones déshéritées du pays.

1.5.2. Etat de l'offre disponible :

Dans la zone d'influence du projet, se trouvent huit centres de santé et un hôpital de 100 lits. Une analyse du comportement de la demande a été effectuée, dont il ressort que 80 % des habitants de la zone ne peuvent accéder aux soins de référence, à la fois pour des motifs économiques et pour des raisons d'accessibilité physique.

Quand cet accès est possible, il demeure insatisfaisant du fait du déficit d'infrastructures induisant une saturation des établissements.

1.5.3. Caractérisation de la structure-cible :

La réalisation que le projet se propose d'appuyer est la construction de « l'Hôpital Municipal de Santé du District n° 9 ».

a – données physiques et techniques : l'implantation est prévue sur un terrain plat de 17 372 m², propriété de la Municipalité qui l'a mis à disposition (comme l'exigeait l'accord passé avec le FPS). Ce terrain est situé à 200 mètres d'un axe principal de circulation, accessible par un chemin en terre qui va être goudronné. Situé en zone non inondable, il est viabilisé hors assainissement (le traitement des effluents est prévu dans le projet).

Le bâtiment monobloc occupera une superficie de 8 400 m² sur deux niveaux, avec une surélévation de 60 cm. Les aires de stationnement et les accès différenciés sont prévus. La conception architecturale a été conduite par la Municipalité avec l'aide d'un architecte du FPS qui a amélioré les plans initiaux. Les documents techniques élaborés correspondent au standard européen, tant en matière de conception architecturale, que pour les spécifications techniques et les fonctionnalités hospitalières. Par ailleurs une étude environnementale préalable associant le voisinage a été conduite.

Il n'est donc pas nécessaire de prévoir dans le projet une assistance technique à la maîtrise d'ouvrage déléguée, ni à la conduite des opérations et au suivi de chantier. Les compétences disponibles localement sont d'un niveau satisfaisant.

L'hôpital aura une capacité d'hospitalisation de 100 lits, répartis en spécialités comme suit :

- 20 lits de Médecine Interne ;
- 18 lits de Pédiatrie ;
- 8 lits de Gynécologie ;
- 12 lits d'Obstétrique ;
- 30 lits de Chirurgie générale et Traumatologie ;
- 5 berceaux de Néonatalogie ;
- 3 lits de Réanimation ;
- 4 lits de secteur privé avec des conditions hôtelières améliorées.

Les services médico-techniques comprendront les Urgences, le Bloc Opératoire, la Pharmacie, le Laboratoire, la Radiologie et l'Imagerie, les consultations externes générales et spécialisées (ORL, Ophtalmologie, Cardiologie, Dermatologie). Par ailleurs les services administratifs généraux et techniques nécessaires ont été bien prévus.

b – étude de marché préalable: un économiste de la santé du FPS a conduit une étude socio-économique détaillée dans le bassin de clientèle, intégrant les données épidémiologiques et l'analyse de consommation dans les structures comparables de la ville afin de projeter des hypothèses de recrutement.

Cette étude est qualitativement satisfaisante mais demeure insuffisante quant à l'analyse de l'adéquation des tarifs de prestations par rapport aux capacités contributives de la clientèle ciblée. Elle a néanmoins permis de construire un compte prévisionnel d'exploitation à dix ans.

c – compte prévisionnel d'exploitation: l'analyse de l'économie générale de la structure s'articule autour de la comparaison entre les dépenses et les recettes à partir d'hypothèses de fréquentation.

Ces hypothèses, intégrées dans un logiciel de simulation financière, reposent sur une base de consommation s'établissant à 1,40 recours par an et par habitant du district à l'hôpital, dont 0,54 en hospitalisation et 0,86 en consultation externe.

La projection de recrutement a été calculée avec une progressivité en termes de taux d'occupation : 60 % la première année, 70 % la deuxième année, 80 % ensuite. Avec 80 % de taux d'occupation, elle se traduit par un chiffre de 4 860 entrées annuelles, qui, sur une base de durée moyenne de séjour estimée à six jours, produiraient 29 160 journées. En fonction du nombre d'hospitalisations, des indices statistiques permettent de calculer le nombre de consultations et d'actes médico-techniques réalisés.

Ces estimations de recrutement se traduisent, en termes financiers, par la projection de recettes suivante en fonctionnement stabilisé :

- vente de prestations :	
	consultations : 168 000 dollars US
	hospitalisations : 219 000
	laboratoire : 276 000
	imagerie : 345 000
	actes chirurgicaux : 43 000
	urgences : 76 000
	1 127 000 dollars US
- apports extérieurs :	
Etat : personnel médical, infirmier et auxiliaires	470 400 dollars US
Municipalité : patients SUMI et SBS	
coûts de fonctionnement	117 142 dollars US
TOTAL des Recettes :	1 717 142 dollars US.

Il est à noter que l'hospitalisation représente une part faible des recettes car la facturation ne concerne que l'hôtellerie, les actes étant facturés à part.

En termes de dépenses, la projection s'établit comme suit :

Contrôle de l'impact environnemental	500
Petits matériels textiles	96 000
Produits divers	47 000
Consommables et alimentation	96 000
Réactifs, médicaments, produits radio	277 000
Eau, téléphone, énergie	102 000
Maintenance	115 000
Salaires personnels hors Etat	126 000
Primes personnels	80 000
Prise en charge des indigents	203 000
Amortissement	178 000
Charges financières	178 000
Divers et imprévus	193 000
TOTAL DES DEPENSES	1 696 000 dollars US.

Il est à noter que cette évaluation semble très approximative en termes d'équilibre des masses, voire irréaliste sur certains postes. Néanmoins il en ressort que près de 30 % des dépenses (indigents, amortissement, charges financières) correspondent à des charges non directement liées à la couverture des besoins courants de l'établissement.

Ce poids risque d'être trop lourd dans une période de montée en charge et de nuire à l'autonomisation financière. Sur les trois postes concernés, les charges financières sont incontournables (elles semblent toutefois surévaluées) et l'amortissement doit être sécurisé sous peine d'un affaiblissement de la capacité d'investissement dans le temps. Il convient donc, à travers le projet d'appui, de trouver des méthodes de financement alternatif permettant de réduire cette charge.

Le compte prévisionnel d'exploitation présenté est bénéficiaire dès la première année. Il présente un taux de retour de 1,21 % par an (qui permet de couvrir des charges financières ayant un taux d'intérêt de 10 %) et dégage une valeur actualisée nette de 69 000 dollars US.

Cette projection financière semble optimiste ; elle repose néanmoins sur des hypothèses de recrutement raisonnables et intègre toutes les charges au plus haut niveau (notamment l'amortissement, ce qui est rare dans les structures hospitalières du Sud).

Le point faible de l'étude réside dans l'interrogation qui pèse sur la validité des calculs analytiques ayant servi de base au calcul des tarifs de prestations et donc à la projection de recettes. Il n'est pas possible de savoir si ces chiffres correspondent à la réalité des coûts structurels de fonctionnement ou s'ils sont le résultat d'un compromis entre, d'une part, les contraintes imposées par les nécessités de financement, et d'autre part, la capacité réelle de contribution permise par le niveau de solvabilité de la clientèle potentielle.

L'absence de Plan Comptable Hospitalier en Bolivie et donc l'application de la nomenclature générale laisse penser que les outils de comptabilité analytique sont déficients et que les calculs présentés relèvent d'une forte approximation.

d – structuration du fonctionnement institutionnel : l'hôpital sera un établissement public autonome, sous la double tutelle de la Municipalité et de la Préfecture.

Son fonctionnement institutionnel prévisionnel est peu structuré dans les documents préparatoires : l'absence d'organes consultatifs nuit à une véritable collégialité dans le processus décisionnel ; de même les aspects relevant de la gestion stratégique ne sont pas abordés : la notion de projet d'établissement est étrangère à la culture hospitalière bolivienne qui reste marquée par le poids de la hiérarchie et des processus décisionnels de type unilatéral.

Par ailleurs, se pose le problème de la responsabilité de la gestion financière et administrative. Les hôpitaux publics à gestion municipale directe affichent des résultats très insatisfaisants pour deux raisons essentielles :

- un déficit de compétences des cadres qui sont recrutés sur des critères clientélistes par la Municipalité (les gestionnaires sont des médecins) ;
- une instabilité des personnels (non seulement d'encadrement mais également d'exécution) qui voient leur recrutement et leurs affectations dépendre des résultats électoraux.

Pour ces deux raisons, la gestion de nombreux établissements est confiée à des fondations, qui sont le plus souvent liées à l'Eglise. Cette hypothèse a été évoquée par le FPS, co-promoteur du projet bolivien, mais ne revêt pas l'assentiment de la Municipalité. Ce point devra être traité avant la mise en œuvre du projet d'appui.

1.6. Identification et implication des intervenants :

1.6.1. Identification :

Pour la partie française, les intervenants sont le Département, le Poste et un Centre Hospitalo-Universitaire (à identifier).

Pour la partie bolivienne, le Ministère de la Santé, le Service Départemental de la Santé de Santa Cruz, le Service Municipal de la Santé de Santa Cruz, le Fonds de Production Sociale au niveau national et local, la Fondation PASOC-San Juan de Dios.

1.6.2. Implication des intervenants dans le projet :

a – dans la préparation : les partenaires boliviens ont pour la plupart montré un fort intérêt pour ce projet, qui s'est traduit par une implication importante de leur part tout au long de la préparation ; le seul partenaire en retrait par rapport aux autres est, sur ce point, le SEDES.

b – dans la mise en œuvre : chaque intervenant bolivien devra traduire dans les faits les annonces d'engagements faites en termes de contrepartie. La partie française devra veiller particulièrement au respect de ces engagements. Sur d'autres projets extérieurs à la santé, la partie bolivienne a quelquefois montré des difficultés dans la mobilisation des contreparties prévues, ce qui doit inciter à une vigilance redoublée pour le présent projet.

2 - Construction logique du projet :

2.1. Finalité : le projet vise à participer au financement de la construction et de l'équipement d'un hôpital de référence à Santa Cruz, à appuyer la mise en place d'une organisation et de méthodes de gestion efficaces en vue de la production de prestations de qualité, tout en garantissant l'accessibilité économique à cet hôpital pour les catégories les plus démunies de la population du bassin de recrutement.

2.2. Objectifs et indicateurs :

Le projet devra atteindre les objectifs suivants :

- contribuer au développement de l'offre sanitaire de la ville de Santa Cruz par la création d'une structure dans une zone déficitaire ;
- contribuer à l'amélioration de l'état de santé dans cette zone qui regroupe 20 % de la population de la ville ;
- améliorer l'accessibilité physique et économique à des soins de qualité pour une population majoritairement défavorisée.

Les indicateurs permettant de mesurer le degré d'atteinte des objectifs sont de deux ordres :

- indicateurs de suivi :
 - . évolution du taux de recrutement de la structure hospitalière en consultations externes et en hospitalisation ;
 - . mesure du taux de recours hospitalier dans la zone concernée ;
 - . mesure du taux de patients référencés ;

- . évolution des recettes ;
- . analyse du taux de réalisation du compte d'exploitation prévisionnel.
- indicateurs de résultats : à l'issue du projet :
 - . évolution des principaux indicateurs sanitaires dans la zone concernée ;
 - . analyse socio-économique du recrutement après 3 ans d'activité ;
 - . analyse des grands équilibres économiques de la structure en termes de pérennisation financière ;
 - . analyse de l'impact sur le fonctionnement du système de référencement.

2.3. Description et contenu du projet :

2.3.1. Economie générale du projet :

Dans une perspective de pérennisation d'un fonctionnement financièrement autonome, le projet est soumis à deux types de contraintes difficiles à concilier en termes de logique micro-économique :

- assurer des prestations de qualité génératrices de coûts structurels de fonctionnement importants et donc d'un niveau de facturation élevé ;
- garantir l'accessibilité économique à ces prestations pour une clientèle défavorisée ne bénéficiant pas d'un système de protection sociale en matière de risque-maladie.

Afin de résoudre cette double problématique le projet doit donc élargir son champ d'intervention, au-delà du simple appui intra-hospitalier, à un appui à la solvabilisation de la demande.

2.3.2. Description du contenu par composantes :

Compte tenu des objectifs et des contraintes citées plus haut, le projet s'articulera autour de trois composantes :

- **composante 1** : co-financement de la construction (**volet 1**) et de l'équipement (**volet 2**) d'une structure de 100 lits : au vu de la qualité des documents techniques d'avant-projet présentés par la partie bolivienne sur ces deux aspects, il n'est pas nécessaire de prévoir une assistance technique à la maîtrise d'ouvrage déléguée, et le projet se limitera à un apport financier
- **composante 2** : appui à la mise en place d'une organisation rationnelle et de méthodes de gestion efficaces à travers deux modalités :
 - . **volet 1** : appui à la conception d'un cadre institutionnel de gestion, prévoyant la concession de la gestion administrative et financière à la Fondation San Juan de Dios. Cet appui technique sera apporté par le Poste en liaison avec les services du Département, et s'inscrira dans le cadre d'une négociation avec les autorités sanitaires boliviennes ;

. **volet 2** : appui technique à la mise en place de l'organisation et des méthodes de gestion par le biais d'un partenariat entre l'hôpital de Santa Cruz et un hôpital français.

En termes de modalités opérationnelles, cet appui se traduira, pendant une durée de trois ans par l'envoi de missions de conseil, d'expertise et de formation de professionnels français, et par l'accueil en stage en France de professionnels boliviens.

L'analyse des besoins et la définition du programme de partenariat seront établies au travers d'une mission exploratoire conduite par les responsables de l'hôpital français.

- **composante 3** : appui technique à la création de mécanismes de financement alternatif en vue d'une aide à la solvabilisation de la clientèle défavorisée qui constituera une part non négligeable du recrutement et appui financier pour la dotation du fonds communautaire. La mobilisation des crédits prévus pour le Fonds communautaire devra être effective 3 mois avant l'ouverture de l'hôpital. La mise en œuvre de ce volet est conçue en partenariat avec la Coopération belge qui a une expérience en la matière dans le pays et est prête à mobiliser des fonds. La Coopération belge apportera un appui financier et technique à ce volet, pour sa mise en œuvre, elle s'appuiera sur la Fondation PASOC avec laquelle elle a déjà conduit des projets similaires en Bolivie, et qui sera l'opérateur délégué. Au plan technique, l'appui français se limitera à des missions d'experts participant à la définition de l'intervention à effectuer, à son lancement et à son suivi, en collaboration avec la Coopération belge.

Cette composante comportera deux volets d'activité :

- **Volet 1** : participation à la conception de mécanismes de financement : en liaison avec la Coopération belge et l'opérateur local, le projet devra contribuer à :
 - étudier la faisabilité de la création d'un Fonds communautaire basé sur un dispositif assurantiel familial
 - appuyer sa mise en place et son organisation, avec la création d'un comité de gestion chargé de décider de l'utilisation des fonds communautaires, fixer la liste des prestations couvertes et leur niveau de prise en charge, avec une attention particulière pour les médicaments (en veillant à l'utilisation de médicaments essentiels et génériques, peu prisés par les établissements qui voient dans la vente de spécialités une source essentielle de financement)
 - accompagner cette mise en place par un apport financier
 - assurer la promotion du système auprès des familles
 - négocier avec l'hôpital les modalités de fonctionnement du système en établissant un protocole de prise en charge.
- **volet 2** : participation au renforcement du système de référencement : en vue, avec les mêmes partenaires et avec les autorités hospitalières et sanitaires :

- de préciser les conditions techniques et financières du référencement (remise sur tarifs pour les patients référencés) ;
- de promouvoir auprès des populations et des structures sanitaires le respect du système de référencement pour une optimisation du recours aux différents niveaux de prise en charge ;
- d'intégrer les actions de prévention et d'éducation sanitaire dans la démarche par un dispositif de formation des personnels hospitaliers et communautaires ;
- d'étudier l'intégration des prestations offertes par les centres de santé du district dans le panier de prestations couvertes, afin d'une part de proposer une prise en charge globale de la réponse au besoin de santé, et d'autre part de conforter la logique de réseau de santé.

Au titre de commentaire commun aux composantes 1 et 2, il convient d'indiquer que le projet peut trouver son efficacité dans la globalité et la cohérence de la conception des outils. Ce point est important pour la négociation avec les autorités boliviennes sur le problème de la concession de gestion à la Fondation, mais également pour l'efficacité du dispositif externe : l'unité de gestion entre la structure hospitalière et le dispositif de financement alternatif est un atout majeur. Dans de nombreuses expériences, les gestionnaires hospitaliers ne souhaitent pas gérer les problèmes liés à la solvabilisation de la clientèle, et leurs relations avec les institutions gestionnaires de la couverture du risque peuvent être difficiles.

3 - Déroulement prévu :

3.1. Chronogramme des activités :

CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

	Année n				Année n + 1				Année n + 2			
	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4
<u>Composante 1 :</u>												
<i>Volet 1 : Construction</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____						
<i>Volet 2 : Equipement</i>				_____	_____	_____	—					
<u>Composante 2 :</u>												
<i>Volet 1 : Cadre institutionnel</i>	—											
<i>Volet 2 : Organisation et gestion</i>					_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<u>Composante 3 :</u>												
<i>Volet 1 : Financement alternatif</i>		_____		—		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>Volet 2 : Reférencement</i>						_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3.2. Commentaires sur le chronogramme des activités

- **composante 1** : sa conduite relève de la partie bolivienne. Il convient de préciser que la durée prévisionnelle des travaux est de 18 mois. Les documents techniques étant prêts, il reste à rédiger, dès que l'accord-cadre et la convention particulière auront été signés, les documents de consultation (1 mois). L'appel d'offres pourra ensuite être lancé : la partie bolivienne estime la durée de la procédure à 3 mois : 2 mois de délai obligatoire pour les réponses des entreprises, 1 mois pour le dépouillement et l'analyse des offres et la notification des marchés. Ces délais annoncés semblent courts et une durée de 4 à 5 mois semble plus réaliste.

La décision sera prise par une Commission d'Appel d'Offres composée de représentants de la Municipalité, le FPS y siégeant sans droit de vote. Compte tenu du montant de l'opération, l'appel d'offres sera publié dans la presse internationale.

Il s'agit d'un marché en entreprise générale ; la supervision de l'exécution sera effectuée conjointement par le FPS et la Municipalité.

Concernant les équipements, l'appel d'offres sera lancé par lots séparés, avec une consultation nationale, dans le cadre du même type de procédure. La consultation sera lancée peu après le démarrage des travaux ; les cahiers des charges administratives et techniques sont déjà prêts.

- **composante 2** : le premier volet d'activité, lié à la définition du cadre institutionnel, devra être traité avant le démarrage des travaux puisqu'il doit être précisé dans la convention particulière.

Le deuxième aspect, relatif au partenariat, devra être identifié six mois avant l'ouverture afin que le partenaire français puisse contribuer à faciliter celle-ci par le biais d'une mission. Ensuite, chaque année seront effectuées deux missions sur site, et deux cycles de stages en France, sur une durée totale de trois ans.

- **composante 3** : une mission d'identification et de définition du cadre d'intervention en liaison avec la Coopération belge devra être effectuée dans les meilleurs délais par un expert français. Les activités dépendant de la Coopération belge et de l'opérateur local démarreront 3 mois avant l'ouverture ; elles seront appuyées par une mission d'expertise française à un moment restant à définir. Elles devront se dérouler sur une période de trois ans, avant la prise de relais par les partenaires locaux.

4 - **Financement du projet** :

4.1. **Détail par composantes** : le besoin de financement s'établit comme suit :

4.1.1. Composante 1 : construction et équipement :

Le co-financement français est de 80 % soit 2 400 000 euros dont 1 500 000 pour la construction et 900 000 pour l'équipement.

4.2.2. Composante 2 : organisation et gestion :

Pour apporter une plus-value significative, le partenariat doit avoir un volume financier de 100 000 euros, à imputer sur le C2D.

4.2.3. Composante 3 : financement alternatif et référencement :

Cette composante est évaluée à 500 000 euros. 455 000 euros seront réservés à une première dotation du fonds communautaire, 15 000 euros financeront trois missions d'expert de quinze jours, et 30 000 euros financeront 2 missions de suivi et évaluation.

4.2. Tableau récapitulatif des financements (en euros) :

OBJET	SOURCE FINANCEMENT			TOTAUX PAR COMPOSANTE
	FRANCE	BOLIVIE	BELGIQUE	
	C2D	Municipalité		
Composante 1	2 400 000	400 000		2 800 000
Composante 2	100 000			100 000
Composante 3	500 000		à définir	500 000
TOTAL	3 000 000	400 000	TOTAL GENERAL	3 400 000

Commentaires sur le tableau récapitulatif des financements :

- Il convient de préciser que, concernant la partie bolivienne, le FPS a déjà financé toutes les études préparatoires au projet architectural.
- D'autre part, ne figurent pas dans ce tableau la participation de l'Etat et de la Municipalité aux frais de fonctionnement de la structure, notamment la mise à disposition des personnels qui représente 470 000 dollars US par ou pour l'Etat, et la prise en charge de certaines dépenses par la Municipalité.
- Enfin, comme le prévoit l'article 7 du C2D, il est souhaitable, en termes d'efficacité de gestion, de déléguer les fonds au FPS.

4.3. Modalités de décaissement : chronogramme financier :

4.3.1. Chronogramme financier :

BESOINS DE DECAISSEMENT POUR L'INVESTISSEMENT

En euros

MOIS	M-3	M	M+1	M+2	M+3	M+4	M+5	M+6	M+7	M+8	M+9	M+10	M+11	M+12	M+13	M+14	M+15	M+16	M+17
Construction																			
FPS		51 240	55 750	56 742	59 022	61 801	64 687	67 692	70 828	74 110	77 554	81 179	85 009	89 668	93 389	119 509	124 474	129 807	138 539
Municipalité	160 000									120 000					120 000				
Equipement																			
FPS													400 000	500 000					

4.3.2. Commentaires sur le chronogramme financier :

- composante 1 : les chiffres présentés concernent les besoins d'approvisionnement du chantier. Au début des travaux, l'entreprise demande une avance de 20 % du montant total (elle-même faisant par ailleurs un dépôt de garantie auprès d'une banque). Les décaissements par la partie bolivienne se font ensuite par versements mensuels du FPS sur la base des situations produites par l'entreprise et validées par l'instance de supervision.

Le montant de chaque versement est inférieur de 20 % aux factures produites afin de récupérer progressivement l'avance initiale sur la durée du chantier. Les modalités de versement de l'apport de la Municipalité au FPS (soit 20 % de l'investissement) sont les suivantes : 40 % au moment de l'adjudication, 30 % à la moitié du chantier, 30 % aux trois-quarts du chantier. L'inscription de la somme prévue a été effectuée au budget 2004 du Département Municipal de Santé.

Concernant les équipements, le besoin de décaissement intégral se situe environ à 6 mois avant la fin des travaux, les appels d'offres devant être lancés par le FPS à la moitié du chantier.

- composante 2 : les 100 000 euros devront être mobilisés 3 mois avant l'ouverture
- composante 3 : après une première mission exploratoire complémentaire à prévoir début 2004, les missions devront avoir lieu 3 mois avant l'ouverture, puis 3 mois après l'ouverture.

5 - Modalités de réalisation du projet :

5.1. Organigramme fonctionnel fixant les responsabilités et l'organisation de la mise en œuvre avec les partenaires :

ORGANIGRAMME ET MISE EN ŒUVRE

- Préalables :**
- Rédaction et signature de l'accord-cadre
 - Poste :
 - Analyse du Projet de Gestion de la Fondation (avec l'appui du Département)
 - Négociation avec le Ministère de la Santé sur : le problème de la Fondation
l'affectation des personnels
la mobilisation de la contrepartie
 - Discussions avec la Coopération belge pour la finalisation d'un accord de partenariat
 - Signature de la Convention

Mise en œuvre :

OBJET	France	BOLIVIE
<u>Composante 1 :</u> Volet 1 : Construction	- Poste : suivi de l'avancement	- Municipalité : lancement de l'appel d'offres adjudication des marchés versement de la contrepartie selon les modalités prévues
Volet 2 : équipement	- Poste : idem	- FPS : suivi technique - idem

- signature de l'accord-cadre.

5.3.2. relatives au déblocage des fonds :

- engagement du Ministère de la Santé sur l'affectation des personnels et sur la concession de gestion à la Fondation
- mobilisation de la contrepartie de la Municipalité
- présentation d'un projet de gestion de l'hôpital par la Fondation.

5.3.3. suspensives en cours d'exécution du projet :

- rupture de charge dans la mise en œuvre des engagements financiers de la partie bolivienne, concernant soit l'investissement, soit les frais de fonctionnement.

5.4. Suivi et tableaux de bord :

Le Poste assurera le suivi du projet, à travers les modalités suivantes :

- **composante 1 :** le Poste veillera à ce que le FPS fournisse mensuellement les comptes rendus techniques et financiers de l'exécution du chantier ; les mêmes comptes rendus seront fournis concernant l'opération d'équipement ;
- **composante 2 :** le Poste veillera particulièrement à la qualité des documents de compte rendu de gestion financière qui devront être établis par la Fondation et transmis par le FPS: budget annuel prévisionnel, suivi d'exécution budgétaire trimestriel, compte de gestion annuel. Ces documents présenteront de manière détaillée la décomposition des postes de dépenses, et la répartition des recettes indiquant pour chacune d'entre elles leur source et leur affectation. Le Poste sera destinataire des comptes rendus d'exécution du Partenariat Hospitalier.
- **composante 3 :** le Poste devra veiller, en liaison avec la Coopération belge, à la qualité des documents produits par la Fondation en matière de mise en œuvre du système de financement alternatif : nombre de personnes et de familles couvertes, répartition des prestations prises en charge, affectation des recettes du Fonds communautaire. Il suivra également l'avancement du processus d'appui au système de référencement.

L'ensemble des documents de suivi devra être synthétisé par le Poste sous la forme d'un tableau de bord semestriel de suivi du projet.

6 – Situation et perspectives en fin de projet :

6.1. Situation en fin de projet et valeur ajoutée escomptée :

Ce projet suscite une forte attente chez les partenaires boliviens.

Il est également novateur pour la France à maints égards :

- il s'agit du premier projet conduit hors ZSP dans le cadre du C2D ;
- il s'agit du premier projet d'appui à un hôpital dans le cadre du C2D ;

- en termes de contenu et de stratégie d'intervention, il associe un appui à l'investissement et au fonctionnement et un appui externe à la solvabilisation de la demande en vue d'une contribution à la réduction de la pauvreté.

Les objectifs prioritaires de la politique de coopération sanitaire du Département que sont le renforcement des systèmes de santé et l'appui au financement de la santé, se trouvent pour la première fois mis en œuvre conjointement au sein d'un instrument commun dans une logique micro-économique.

En termes de démarche, la valeur ajoutée escomptée en fin de projet porte donc pour partie sur cet aspect d'expérience-pilote. Le projet aura une valeur pédagogique significative pour les partenaires boliviens en tant qu'exemple de mise en œuvre d'une stratégie de renforcement d'une structure sanitaire, conçue en perspective avec l'environnement socio-économique.

En termes de contenu, le projet apportera un appui significatif à la structuration de l'offre sanitaire dans la zone concernée, à l'amélioration de l'état de santé de la population, et à la facilitation de l'accessibilité économique et physique.

6.2. Impact sur la réduction de la pauvreté : à l'issue du projet, les franges les plus démunies du bassin de clientèle concerné connaîtront une amélioration de la couverture sociale de leur risque-maladie. La socialisation de la prise en charge aura un impact significatif sur le niveau de mobilisation des ressources familiales pour le recours aux soins, qui est un facteur essentiel d'appauvrissement des ménages défavorisés dans les pays en développement.

Elle contribuera ainsi à la réduction de la pauvreté dans la zone concernée.

6.3. Transfert de compétences :

L'appui apporté par le Partenariat Hospitalier et la concession de gestion à la Fondation se traduiront pour les professionnels de santé de l'hôpital par un transfert de compétence. Les cadres formés en France pourront servir de personnes-ressources auprès de leurs collègues.

L'ingénierie de financement alternatif pourra également être appropriée en vue d'une reproduction à d'autres zones.

6.4. Prise en charge des coûts récurrents :

La substitution à l'investissement sera génératrice de coût récurrents en termes d'amortissement, de maintenance, de pièces détachées et de consommables pour les équipements.

L'instauration d'une dynamique de gestion et la mise en œuvre d'un financement alternatif permettront à la structure d'absorber ces coûts dans le cadre d'un fonctionnement en routine.

Leur intégration dans le compte prévisionnel d'exploitation traduit de la part des partenaires boliviens une prise de conscience de leur importance. Il conviendra de veiller, à

travers le suivi du projet, au maintien de l'inscription budgétaire des annuités d'amortissement afin de ne pas pénaliser la capacité future d'investissement et de renouvellement des matériels de l'établissement.

Il est rappelé que le projet initial conçu par le FPS prévoyait un financement bolivien intégral (55 % par le FPS, 45 % par le Municipalité). En termes de capacités de mobilisation financière puis de charges financières induites (remboursements d'emprunts), ce montage initial n'aurait probablement pas été viable.

6.5. Appropriation du changement et pérennisation des effets attendus

L'investissement des partenaires techniques dans le projet et la qualité des documents préparatoires présentés laissent augurer d'une capacité d'appropriation satisfaisante.

Le caractère innovant de la dynamique de gestion proposée et l'ingénierie socio-économique du projet doivent permettre une pérennisation des effets attendus.

Le caractère « pilote » de l'expérience devrait revêtir, si elle est couronnée, un caractère pédagogique susceptible de promouvoir sa reproduction.

7 - Evaluation :

7.1. A mi-parcours : il sera procédé à une évaluation interne à mi-parcours par le Département.

7.2. Finale : Une évaluation externe sera organisée à l'issue du projet, soit après 3 années d'appui.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des abréviations et acronymes.

Annexe 2 : Fiche-pays

Annexe 3 : Localisation du projet

Annexe 4 : Liste des personnels

ANNEXE N°1
Liste des abréviations et acronymes

BID : Banque Inter-américaine de Développement

C2D : Contrat de Désendettement et Développement

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

DILOS : Département Municipal de la Santé

FPS : Fondo de Produccion Social

INLASA : Instituto Nacional de Laboratorios de Salud

IRD : Institut de Recherche sur le Développement

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ORSTOM : Organisme de Recherche Scientifique et Technique sur l’Outre-Mer

PNUD : Programme des Nations-Unies pour le Développement

POD : Petites Opérations de Développement

SEDES : Service Départemental de la Santé

SNOPE : Service National d’Organisation du Pouvoir Exécutif

SUMI : Seguro Universal Maternal y Infantil

ANNEXE N°2

Fiche-pays

BOLIVIE

.. NOM OFFICIEL :	République de Bolivie	.. POPULATION :	8,28 millions
.. SUPERFICIE :	1 098 581 km ²	.. LANGUE OFFICIELLE :	Espagnol
.. CAPITALE :	La Paz (1,1 M hts): siège du gouvernement Sucre (163 500 hts): capitale constitutionnelle	.. MONNAIE :	le boliviano (10 BOP=1,33€ au 16/11/02)

.. PIB :	8 Md \$	.. INFLATION :	4 %
.. PIB / H :	890 \$ (2002)	.. SOLDE BUDGETAIRE :	-0,3 % PIB
.. CROISSANCE DU PIB :	2,5 % (estimation 2003)	.. DETTE TOTALE :	4,4 Md\$, soit 55 % du PIB
.. CHOMAGE :	11,6 %		

.. CHEF DE L'ETAT :	M. Carlos MESA (19 octobre 2003)
.. MINISTRE DES AFFAIRES ETRANGERES :	M. Juan Ignacio SILES DEL VALLE (octobre 2003)
.. AMBASSADEUR DE FRANCE :	Mme Françoise LE BIHAN (12 octobre 2001)
.. AMBASSADEUR DE BOLIVIE EN FRANCE :	M. Fernando SAN MARTIN, Chargé d'affaires a. i. (juillet 2003)
.. COMMUNAUTE FRANÇAISE :	1030 immatriculés (50 % à La Paz)

I. Situation intérieure

Institutions

République démocratique unitaire. Le Président, est élu pour 5 ans au suffrage universel direct et désigné par le Congrès lors d'un second tour si aucun des candidats n'obtient 50 % des suffrages au premier tour. Il forme le gouvernement et a la capacité de nommer et de révoquer les ministres.

Le Congrès, bicaméral, est élu pour 5 ans: le Sénat compte 27 membres élus sur une base départementale et la Chambre des Députés 130 membres dont la moitié est élue directement et l'autre indirectement après désignation par les partis.

Evolution politique

- Pays **longtemps connu pour son instabilité politique** (160 coups d'Etat depuis l'indépendance en 1825), la Bolivie ne connaît véritablement la **démocratie que depuis 1982**. Aujourd'hui, les élections sont libres, l'alternance se fait sans heurts et les institutions démocratiques se renforcent progressivement. Toutefois, une large fraction de la population (indigènes notamment) reste *de facto* exclue du jeu politique.
- **Le gouvernement du Président Hugo Banzer, au pouvoir entre août 1997 et juillet 2001**, a avancé prudemment sur la voie des réformes, autour de quatre priorités : « Opportunité » (croissance économique), « Equité » (lutte contre la pauvreté), « Institutionnalité » (renforcement des institutions démocratiques), « Dignité » (lutte contre la production et le trafic de drogue). Les résultats en matière de lutte contre la drogue ont été satisfaisants (éradication de coca), mais le programme n'a pas permis de réduire la pauvreté et les tensions sociales sont restées fortes: violentes manifestations, quelques jours d'état de siège en 2000.

- **Le gouvernement intérimaire du Président Quiroga (juillet 2001- août 2002**, suite à la démission de M. Banzer pour raisons de santé) se voulait l'artisan d'une transition à la fois plus jeune et plus technocratique. « Le cœur à gauche et la tête au centre », M. Quiroga entendait proposer une « paix sociale » fondée sur la lutte contre la pauvreté (plan national pour l'emploi) et la corruption, ainsi qu'une promotion accrue de l'identité pluriethnique du pays.

- Elu de nouveau le 4 août 2002 (premier mandat: 1993-1997), **M. Gonzalo "Goni" Sanchez de Lozada du M.N.R.** (Mouvement nationaliste révolutionnaire) **forme avec le M.I.R.** (Mouvement de la gauche révolutionnaire de M. Paz Zamora) **un gouvernement de coalition.** Signe du besoin de reconnaissance d'une population autochtone qui se sent privée de ses droits, **M. Evo Morales**, candidat d'origine indienne du Mouvement vers le Socialisme (M.A.S.), leader des "cocaleros", **fait une percée électorale remarquée.**

Le Président **Sanchez de Lozada** s'engage sur une **voie fort différente** de celle de son premier mandat, paraissant privilégier désormais **l'intervention de l'Etat dans l'économie** (plan de grands travaux et d'emplois publics) et les **mesures sociales fortes**, au péril de la stabilité budgétaire bolivienne.

L'alliance de gouvernement est confrontée à **l'opposition déterminée du MAS**, mobilisé sur les thèmes de la défense des producteurs de coca (problème de la faiblesse des revenus générés par tant par les cultures de substitution que par la culture "traditionnelle" de coca), et du financement des systèmes de retraite.

Suite aux troubles d'octobre 2003, le Président **Sanchez de Losada** a démissionné et est parti en exil.

Situation économique

- **L'économie bolivienne est essentiellement agricole** (14 % du PIB et 40 % de l'emploi) et **minière** (4,7 % du PIB), l'industrie ne représentant que 16,3 % du PIB. On assiste à une **montée en puissance du secteur de l'énergie** (gaz et pétrole) qui devrait constituer 20 % des exportations à l'horizon 2010 grâce à l'entrée en service du gazoduc Bolivie-Brésil.

La culture de la **coca** reste une source de revenus importante (3,5 % du PIB, 15 % des exportations , 10 % de l'emploi total) malgré une intensification des programmes d'éradication.

- Composées en quasi totalité de matières premières peu ou pas transformées, **les exportations boliviennes** sont très sensibles aux cours internationaux. Les ventes de produits non traditionnels (bijouterie, bois, soja) sont en forte progression par rapport à l'étain ou aux minerais. **Les ventes de gaz** au Brésil **constituent cependant le pilier des exportations du pays**; elles devraient connaître une forte croissance dans les années à venir. Un projet de construction d'un terminal de liquéfaction du gaz bolivien, à destination du marché nord-américain via le Chili ou le Pérou, a été présenté et est à l'origine des troubles d'octobre 2003.

- Les principaux fournisseurs de la Bolivie sont le MERCOSUR et la CAN (+ de 50 %, en hausse) devant les Etats-Unis et l'UE.

- **Le programme d'ajustement structurel mis en place dès le début des années 1980 a permis une certaine stabilisation macro-économique** (croissance soutenue, inflation maîtrisée, progression de l'investissement, reconstitution des réserves de change), et la Bolivie a pu bénéficier d'allègements de sa dette externe (réduction de dette au titre de l'initiative « PPTE » - pays pauvres très endettés- 500 M\$).

Le déficit budgétaire (3,7 % du PIB en 2001) a cependant du mal à se résorber, et **la Bolivie reste le pays le plus pauvre d'Amérique du Sud** (70 % de la population vit sous le seuil de pauvreté), souffrant de graves faiblesses structurelles (poids de la dette, dépendance à l'égard des cours des produits de base, poids économique de la coca, dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure, croissance trop lente pour réduire la pauvreté, chômage..).

En outre, le pays s'est heurté en 2000-2001 à une **conjoncture régionale défavorable**: la **crise argentine** a amoindri la demande en provenance de ce pays et du Brésil; la **dévaluation marquée du réal** a nui à la compétitivité-prix de la Bolivie, alors que début 2000 la faiblesse de la demande intérieure avait permis une

amélioration sensible du solde commercial. En 2001, la croissance a à peine atteint 1,2 %. Elle s'élèverait à 2 % en 2002.

II. Politique étrangère

- La Bolivie a perdu toutes les guerres qu'elle a menées contre ses voisins. Les conflits avec le Brésil (1860, 1903) lui ont fait perdre la moitié de son territoire, la guerre contre le Chili (1879) l'a privée de son accès à la mer, enfin elle a dû céder une partie du sud du pays à l'Argentine et au Paraguay (guerre du Chaco).
- Aujourd'hui, **la Bolivie est membre de plusieurs organisations internationales** (O.N.U., O.E.A.) **et régionales**: Communauté Andine des Nations (dont elle est un membre fondateur), Groupe de Rio, membre associé du MERCOSUR depuis 1996.
- Au sein du sous-continent, seules les relations avec le **Chili** restent conflictuelles, du fait de la revendication bolivienne d'un accès souverain au Pacifique.
- Les relations avec les **Etats-Unis** sont étroites, notamment en matière de lutte contre la drogue, mais ne sont pas exemptes de certaines divergences de vue poussant parfois le pays à tourner son regard vers l'Europe.
- La Bolivie entretient des relations soutenues avec **l'Union Européenne** en tant que **membre de la CAN, du Groupe de Rio, et membre associé du Mercosur**. L'UE et la CAN sont liées depuis 1998 par un accord de « 3ème génération ». **L'aide de l'UE aux pays andins** atteint près de 150M€ par an; la Bolivie figure parmi ses plus importants destinataires (elle a reçu 322 M€ en montants cumulés 1992-2000). La France en finance 17,5 % à travers sa contribution au budget communautaire. La Bolivie bénéficie par ailleurs du « SPG drogue », qui fait entrer en franchise de droits 75 % de ses exportations vers l'UE en contrepartie de la lutte contre la drogue.

III. Relations bilatérales

Relations politiques

- **Principales visites françaises en Bolivie** : avril 1996 : M. BARNIER, Ministre délégué aux affaires européennes; mars 1997 : M. CHIRAC, Président de la République ; août 1997 : M. Xavier de VILLEPIN, Président de la Commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées du Sénat. Août 2002 (investiture du Président Sanchez de Lozada): M. MUSELIER, Secrétaire d'Etat.
- **Principales visites boliviennes en France**: oct 1995 M. SANCHEZ de LOZADA, Président de la République; nov 1995, avril et juin 1996 M. CARDENAS, Vice-Président de la République; sept 1999 M. MURILLO de la ROCHA, Ministre des relations extérieures et du culte.
- Le dialogue politique s'est notablement renforcé de 1994 à 1997, à la faveur de nombreuses visites dans les deux sens. Toutefois, au cours du mandat du Président Banzer, les relations politiques ont pâti de l'image en France de l'ancien dictateur, et de l'intérêt limité des gouvernants d'alors pour la France comme, d'une manière générale, pour l'Europe. La nouvelle présidence devrait cependant permettre de revitaliser ce dialogue.

Relations économiques

Les échanges franco-boliviens sont modestes. Leur montant se situe selon les années entre 45 et 70 M€, chiffres qui ne rendent pas compte des échanges réalisés par les entreprises françaises implantées dans la région.

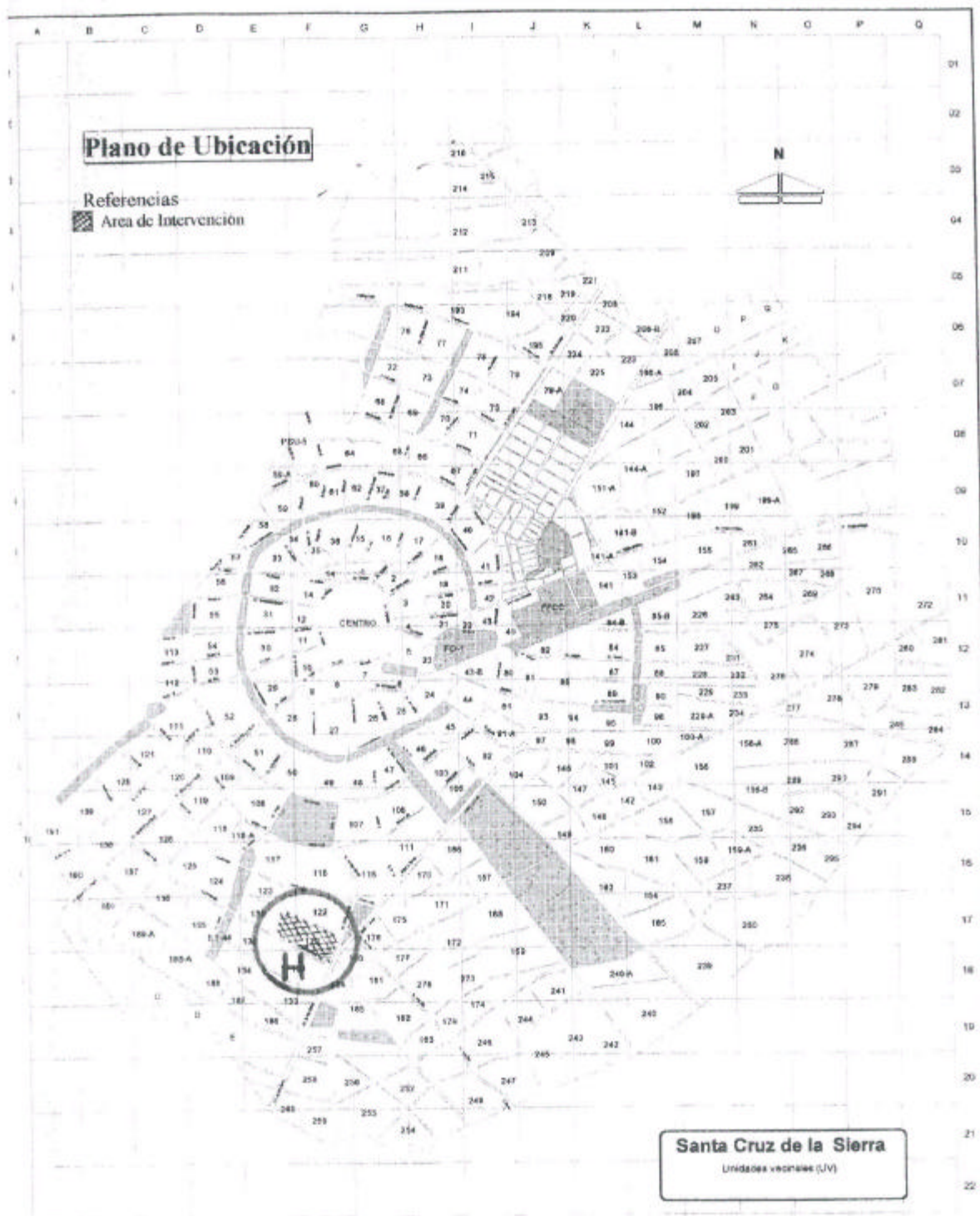
On observe depuis quelques années une réorientation des échanges boliviens en faveur de ses partenaires de la région (CAN, Mercosur).

- **Exportations françaises vers la Bolivie:** véhicules, biens d'équipement, télécommunications, biens intermédiaires destinés au secteur des hydrocarbures. La France est le 12ème fournisseur de la Bolivie. Notre part de marché se situe autour de 1 %.
- **Importations françaises de Bolivie:** minerais, métaux, produits agricoles. La Bolivie est le 123ème fournisseur de la France.
- **Insignifiants jusqu'en 1997, les investissements français en Bolivie** placent la France au 7è rang en 2001 (4,26 % du total). Montant 1997-2001: 150 M€. Principales entreprises implantées : TotalFinaElf (gaz), Suez-Ondeo (adduction et distribution d'eau à La Paz et Alto).

Coopération culturelle, scientifique et technique

- **Enveloppe de coopération française en 2001 :** 3,5 MF en crédits d'intervention
- **Principaux axes de coopération :** modernisation de l'Etat (renforcement de l'Etat de droit, réforme de la justice) aide humanitaire et alimentaire (de nombreuses ONG sont représentées), recherche médicale, médecine d'urgence, musique baroque. Une coopération institutionnelle SCTIP s'est également instaurée dans les secteurs de la police judiciaire, la sûreté aéroportuaire, la lutte contre le trafic de drogue et dans le domaine pénitentiaire.

ANNEXE N°3
Localisation du Projet dans la ville



ANNEXE N° 4
TABLEAU DES EFFECTIFS A TEMPS PLEIN

Médecins	44	Chef comptable	1
Auxiliaires	3	Auxiliaire de comptabilité	2
Brancardiers	5	Réceptionnistes-caissiers	4
Biologistes	3	Secrétaire	1
Pharmaciens	2	Magasinier	1
Dentistes	2	Auxiliaire	1
Infirmières	22	Chef du personnel	1
Instrumentistes	4	Auxiliaire	1
Aides-soignants	63	Statisticien	1
Physio-thérapeutes	1	Auxiliaire	1
Techniciens de radiologie	4	Nutritionniste	1
Techniciens de laboratoire	3	Cuisiniers	4
Techniciens de pharmacie	2	Chef de buanderie	1
Ingénieur maintenance	1	Auxiliaires	3
Techniciens	3	Chef du service nettoyage	1
Travailleurs sociaux	1	Auxiliaires	21
Auxiliaires sociaux	1	Brancardiers	3
Directeur	1	Portiers-gardiens	5
		Chauffeurs	2