

**La contractualisation entre
secteur confessionnel et
secteur public de la santé
en Afrique sub-saharienne:
un processus en crise?**

**Les cas du Cameroun,
de la Tanzanie, du Tchad
et de l'Ouganda**

Rapport, Mai 2009


medicusmundi
international network





**La contractualisation entre secteur confessionnel et secteur public de la santé:
un processus en crise ? Les cas du Cameroun, de la Tanzanie, du Tchad et de l'Ouganda**

Par Delphine Boulenger, Basile Keugoung & Bart Criel, Institut de Médecine Tropicale, Anvers

Etude commanditée et publiée par le Réseau Medicus Mundi International (MMI), Bâle, mai 2009. Disponible sur CD-Rom et sur le site Internet MMI: (en anglais et français). Une version imprimée sera à terme publiée par l'IMT d'Anvers.

Nos remerciements vont à l'équipe de l'IMT d'Anvers, aux membres du Réseau Medicus Mundi International et à l'ensemble des personnes et organisations ayant appuyé la réalisation de cette étude.

Réseau Medicus Mund International
Murbacherstrasse 34 · 4013 Bâle · Suisse
Téléphone +41 61 383 18 11
IBAN DE23 3706 0193 1011 1340 13

office@medicusmundi.org · www.medicusmundi.org

Sharing knowhow and joining forces towards Health for All

Table des matières

Avant-propos	5
Liste des acronymes	9
Remerciements des auteurs	11
Résumé de l'étude	12
INTRODUCTION	25
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	27
Méthodologie générale	27
cadre et approche methodologiques	27
Sélection des cas	28
Méthodologie spécifique: Etudes de cas.....	29
Limites de l'étude	32
RÉSUMÉ DES ÉTUDES DE CAS.....	34
CAMEROUN.....	35
Contexte général	36
Place de l'Eglise dans l'offre de soins.....	36
Contexte partenarial et contractuel au niveau central.....	36
Caractéristiques du cas sélectionné.....	37
Résultats des interviews et de l'analyse documentaire	39
Niveau central.....	39
Niveaux intermédiaire et périphérique.....	41
Conclusion	46
TANZANIE.....	48
Contexte général	49
Place de l'Eglise dans l'offre de soins.....	49
Contexte partenarial et contractuel au niveau central.....	49
Caractéristiques du cas sélectionné.....	51
Résultat des interviews et de l'analyse documentaire.....	57
Niveau central.....	57
Niveaux intermédiaire et périphérique.....	59
Conclusion	63
TCHAD	64
Contexte général	65
Place de l'Eglise dans l'offre de soins.....	65
Contexte partenarial et contractuel au niveau central.....	65
Caractéristiques du cas sélectionné.....	66
Résultats des interviews et de l'analyse documentaire	68
Niveau central.....	68
Niveaux intermédiaire et périphérique.....	71
Conclusion	77

OUGANDA	78
Contexte général	79
Place de l'église dans l'offre de soins.....	79
Contexte partenarial et contractuel au niveau central.....	80
Les relations des secteurs public et confessionnel	80
PEPFAR et le secteur confessionnel	83
Caractéristiques des cas sélectionnés	86
Résultat des interviews et analyse documentaire.....	88
Niveau central.....	88
Niveau périphérique: St Joseph's hospital, Kitgum.....	91
Niveau périphérique: Kabarole Hospital, Fort-Portal	97
Conclusion	101
ANALYSE DES RÉSULTATS.....	103
Synthèse des résultats	104
Analyse transversale.....	114
Recommandations.....	118
Conclusion générale: messages-clé	124
ANNEXE: ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE	
Connaissance, distribution et utilisation du Guide d'appui à la contractualisation	126
Méthodologie.....	126
Résultats.....	128
Recommandations à MMI.....	130
BIBLIOGRAPHIE	131

Index des figures et des tableaux

Figure 1. Le processus contractuel au Cameroun	38
Figure 2. Répartition des hôpitaux par type de propriétaire -	49
Figure 3. Organisation du système sanitaire Tanzanien.....	50
Figure 4. Le processus contractuel en Tanzanie	55
Figure 5. Le processus contractuel au Tchad	67
Figure 6. Composition du secteur sanitaire PBNL en Uganda.	79
Figure 7. Répartition des Formations sanitaires PBNL par plateforme confessionnelle	79
Figure 8. Structure et répartition des sources de revenu du	81
Figure 9. Le processus contractuel en Ouganda.....	82
Figure 10. Le financement de la santé en Ouganda.	83
Figure 11. Système de répartition des fonds PEPFAR	84
Figure 12. District de Kitgum.	86
Figure 13. District de Kabarole.....	87
Tableau 1. Distribution des hôpitaux et CS par région et par propriétaire (2004-05)...	53
Tableau 2. Grille synoptique des résultats	105
Tableau 3. Analyse SWOT des cas d'étude	112

Avant-propos

“La contractualisation des ONG : porte d'accès à la Santé” – Plus qu'un slogan, cette assertion a été une priorité stratégique du réseau Medicus Mundi International (MMI) au cours de ces dernières années : la promotion de l'intégration des institutions sanitaires à but non lucratif au sein des systèmes nationaux de santé. Nous avons fermement plaidé – et avec succès – en faveur du développement d'arrangements contractuels entre les structures à but non lucratif et les Ministères de la Santé. C'est dans le cadre de ce plaidoyer que nous avons organisé en 1999, une réunion sur le thème de “La contractualisation des ONG : porte d'accès à la Santé”, en marge de la 52ème Assemblée Mondiale de la Santé. C'est finalement en mai 2003 que l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté une résolution sur le “rôle des arrangements contractuels dans l'amélioration de la performance des systèmes de Santé” (WHA 56.25).

Mais il est toujours préférable de s'assurer - d'une approche technique présentée comme solution à un problème de santé publique – qu'elle fonctionne effectivement. C'est la raison pour laquelle nous avons mandaté l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT) pour conduire une étude sur les expériences contractuelles en Afrique sub-saharienne. Ayant pris connaissance des résultats, nous entreprenons de les publier dans le présent rapport - et ce que nous avons appris nous inquiète quelque peu

La contractualisation entre hôpitaux confessionnels de district et autorités publiques de santé en Afrique connaît une crise. Telle est la conclusion principale d'une étude conduite par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT) pour le réseau Medicus Mundi International et incluant les cas du Cameroun, de la Tanzanie, du Tchad et de l'Ouganda. En dépit de la grande variété de contextes et d'expériences, les différents cas d'étude montrent que la contractualisation entre l'Etat et le secteur sanitaire confessionnel de district se trouve aujourd'hui confrontée à de grandes difficultés.

Facteur aggravant, cette crise reste généralement ignorée, notamment par les acteurs du secteur public. A moins que des mesures correctives ne soient prises, cette crise ‘masquée’ risque à moyen terme de mettre en péril l'importante contribution des structures confessionnelles (dont beaucoup reçoivent un appui de membres du réseau MMI) à l'offre de soins en Afrique.

L'étude fournit un certain nombre de facteurs d'explication au dysfonctionnement des expériences contractuelles : le manque d'information et la préparation inadéquate des acteurs, l'absence quasi systématique de mécanismes d'appui adaptés à la réalité et aux besoins du terrain, le manque de mécanismes de suivi et d'évaluation appliqués aux expériences contractuelles et le fait que fasse défaut une culture managériale, qui intégrerait aux politiques et aux outils actuels les leçons que le passé fournit en matière de contractualisation. Enfin, l'Etat ne respecte pas toujours ses engagements.

Les contrats passés entre le "Presidential Emergency Plan for Aids Relief" (PEPFAR) Américain et les hôpitaux confessionnels en Ouganda, posent un problème assez inattendu. L'étude ne nie pas les risques inhérents au caractère sélectif et vertical de l'approche, ni à sa tendance – en matière contractuelle - à contourner les structures publiques et confessionnelles du niveau central. Mais il ne fait aucun doute que ces contrats offrent des perspectives intéressantes pour l'amélioration des relations contractuelles 'classiques' entre secteurs public et confessionnel. Ces contrats peuvent en effet être considérés comme des modèles du genre si l'on s'en réfère à leur haut degré de spécificité et de prédictibilité, à la qualité et la durabilité de leurs mécanismes de suivi, d'accompagnement et d'évaluation et enfin, à la fiabilité des bailleurs lorsqu'il s'agit de respecter leurs engagements. Ces aspects positifs sont clairement mis en valeur par les responsables d'hôpitaux confessionnels au niveau district.

Que faire des résultats et des recommandations de l'étude, maintenant que nous en avons connaissance et sachant que nous y adhérons ?

Soyons clairs: les situations investiguées dans le cadre de cette étude ne remettent pas en cause la légitimité d'une politique d'appui à la contractualisation. Nous estimons que la contractualisation demeure une option des plus valides. L'étude ne fait bien au contraire que souligner qu'il est urgent de renforcer cette politique. Les différents acteurs impliqués dans le processus contractuel sur le terrain ressentent le besoin d'un appui continu, rapproché et personnalisé, adapté au contexte local. Il n'y a guère de raisons pour que cette remarque ne soit également applicable à des pays et des cas non inclus à l'étude.

Le réseau Medicus Mundi International entend ici jouer un rôle. L'expérience des membres de notre réseau – en termes d'appui à la

contractualisation et de connaissance du secteur sanitaire confessionnel – est un atout dont il nous faut user.

Nous commencerons par partager les résultats de ce travail de recherche avec chacun des pays étudiés (Cameroun, Tanzanie, Tchad, Ouganda), dans le but d'induire des changements appropriés et durables sur le terrain. Ce processus de dissémination se déroulera au cours des prochains mois et impliquera des acteurs de l'ensemble des secteurs, à tous les niveaux de la carte sanitaire : les autorités sanitaires publiques et religieuses aux niveaux central et périphérique ; les dispensateurs de soins et les représentants communautaires.

Il nous semble préférable de laisser l'initiative de l'organisation de ces restitutions locales aux pays eux-mêmes: leurs choix et leurs préférences détermineront la forme ainsi que le degré d'implication de Medicus Mundi International, tout en tenant compte des capacités du réseau et de ses membres.

MMI ayant commandité cette étude, nous avons également un rôle à jouer en disséminant ses principaux résultats dans le but de contribuer à une prise de conscience de la situation et de l'urgence du changement. Ce, non seulement dans les pays et pour les cas étudiés, mais également auprès des acteurs de la coopération internationale.

Nous encouragerons nos organisations membres à appliquer les leçons tirées de l'étude. En vertu de leur qualité d'acteurs opérationnels - en contact étroit avec le terrain -, ces organisations sont susceptibles de jouer un rôle significatif en matière d'appui, notamment auprès des organisations et structures confessionnelles impliquées dans le processus contractuel.

Nous disséminerons également ces leçons auprès d'organisations internationales (telles que l'OMS) ayant la capacité de transmettre le message aux Ministères de la Santé locaux. Enfin, il importe également d'attirer l'attention des bailleurs sur les problèmes identifiés par l'étude. Le lancement de cette dernière à Genève en mai 2009 constitue un premier pas dans cette direction.

La survie du secteur sanitaire confessionnel dépend pour partie de sa capacité à se professionnaliser sur le plan managérial: c'est à cette condition qu'il pourra affronter les changements à l'œuvre dans le secteur sanitaire – et y répondre. La complexité du développement des politiques de santé Africaines

et le besoin des structures – déjà affectées par le manque de ressources – de se crédibiliser aux yeux de partenaires toujours plus exigeants, implique de recourir à des compétences techniques plus pointues. Bien loin d'être incompatible avec une mission idéaliste, cette professionnalisation est un impératif catégorique. Elle passera à terme par une délégation complète par l'Eglise de ses responsabilités managériales, laissant la définition des stratégies sectorielles à des responsables techniques qualifiés et compétents.

Nous devons également accorder notre attention aux développements affectant le champ de la contractualisation. L'influence croissante des contrats de performance (dont les contrats PEPFAR ne sont qu'un exemple, sans doute extrême) est un courant irréversible qui se généralisera à court terme. Il est donc important de pouvoir tirer les leçons des effets positifs de ces arrangements, sans pour autant ignorer aveuglément leurs aspects potentiellement négatifs. En tout état de cause, le maintien d'un statut-quo consistant à prendre exclusivement en compte les expériences contractuelles traditionnelles comporterait un risque évident, d'autant plus grand que leur analyse a mis en exergue les nombreuses limites de leur fonctionnement : guider les acteurs du terrain avec efficacité implique de rester en phase avec la réalité des développements actuels.

Regardons donc derrière nous - pour mieux aller de l'avant.



Guus Eskens, Président

*Réseau Medicus Mundi International
La Haye/Bâle/Genève, mai 2009*

Medicus Mundi International est un réseau d'organisations privées à but non lucratif actives dans le domaine de la politique et/ou de la coopération sanitaire internationale.

Les membres du réseau combattent la pauvreté en traitant l'accès à la Santé et aux soins comme des droits humains fondamentaux ("Santé pour Tous").

Le réseau a pour but d'améliorer la qualité et l'efficacité de ses membres et de leurs partenaires en leur permettant de partager leur savoir-faire et de joindre leurs forces.

Liste des acronymes

ACERAC	Association des Conférences Episcopales de la Région de l'Afrique Centrale
AFD	Agence Française de Développement
AMCES	Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles Et Sociales au Bénin
ART	Thérapie antirétrovirale
BAKWATA	<i>National Muslim Council of Tanzania</i> /Conseil National Musulman de Tanzanie
BDD	Base de données
BELACD	Bureau d'Etudes, de Liaison des Actions Caritatives et de Développement
BOG	<i>Board of Governors</i> /Conseil d'Etablissement
C2D	Contrat de Désendettement et de Développement
CCHP	<i>Comprehensive Council Health Plan</i> /Plan Sanitaire de District
CDH	<i>Council Designated Hospital</i> /Hôpital Dit de Comté
CE	Conseil Exécutif
CENC	Conférence Episcopale Nationale du Cameroun
CEPCA	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CET	Conférence Episcopale du Tchad
CHMT	<i>Council Health Management Team</i> /Equipe Cadre de Santé de Comté
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CoU	<i>Church of Uganda</i> /Eglise d'Ouganda (Anglicane)
CRS	<i>Catholic Relief Services</i>
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSSC	<i>Christian Social Services Committee</i> /Comité Chrétien des Services Sociaux (Tanzanie)
CSSC/Z	<i>Christian Social Services Committee/Zonal Coordination Office</i> /Bureau de coordination de zone (Tanzanie)
CVS	Comité Villageois de Santé
DCOOP	Direction de la Coopération
DDH	<i>District Designated Hospital</i> /Hôpital Dit de District
DED	<i>District Executive Director</i> /Directeur Exécutif de District
DM	District de Moïssala
DMO	<i>District Medical officer</i> /Médecin Chef de District
DP(S)	Délégué Provincial (de la Santé)
DOSS	Direction des Organisations du Secteur Social
DS	District Sanitaire
ELCT	<i>Evangelical Lutheran Church of Tanzania</i> /Eglise Evangélique Luthérienne de Tanzanie
FALC	Fondation Ad Lucem au Cameroun
GFATM	<i>Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria</i> /Fond Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme
GHF	<i>Geneva Health Forum</i> /Forum Sanitaire de Genève
GHI	<i>Global Health Initiative</i> /Initiative globale
HD	Hôpital de district
HSSP	<i>Health Sector Strategic Plan</i> /Plan Stratégique du Secteur Sanitaire
HTok	Hôpital de Tokombéré
JAHSR	<i>Joint Annual Health Sector Review</i> /Revue Annuelle Conjointe du Secteur de la Santé (Ouganda)

KH	<i>Kabarole Hospital/Hôpital de Kabarole</i>
LGO	<i>Local Government/Gouvernement local</i>
MC	Médecin Chef
MCD	Médecin Chef de District
MCH	Médecin chef de l'hôpital
MOH(SW)	<i>Ministry of Health (and Social Welfare)/Ministère de la Santé (et du Bien être social)</i>
MSD	<i>Medical Stores Department/Centrale d'achats pharmaceutiques (Tanzanie)</i>
MSP	Ministère de la Santé Publique
NDDH	<i>Nyakahanga District Designated Hospital/Hôpital dit de district de Nyakahanga</i>
NHP/ PNS	<i>National Health Policy/Politique Nationale de Santé</i>
NSSF	<i>National Social Security Fund/Fond National de Sécurité Sociale (Tanzanie)</i>
NUMAT	<i>Northern Uganda Malaria Aids and Tuberculosis/(Programme) Nord-Ougandais pour le paludisme, le SIDA et la tuberculose</i>
OCASC	Organisation Catholique de la Santé au Cameroun
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P4P/ PFP	<i>Pay For Performanc/Paiement à la performance</i>
PASS	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
PBF	<i>Performance Based Financing/Financement à la performance</i>
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief/ Plan Présidentiel d'Urgence d'Aide à la lutte contre le SIDA</i>
PMORALG	<i>Prime Minister's Office for Regional Administration and Local Government/Bureau de la Primature pour l'Administration Régionale et le Gouvernement Local (Tanzanie)</i>
PBL	Privé à but lucratif
PBNL	Privé à but non lucratif
PPP	Partenariat Public Privé
RCC	Roman Catholic Church
RMO	<i>Regional medical officer/Médecin Chef de Région</i>
SJH	<i>Saint Joseph's Hospital/Hôpital Saint Joseph</i>
SWAP	<i>Sector Wide Approach/Approche sectorielle</i>
TASO	<i>The AIDS Support Organization</i>
TCMA	<i>Tanzania Christian Medical Association/Association Médicale Chrétienne de Tanzanie</i>
TEC	<i>Tanzania Episcopal Conference/Conférence Episcopale de Tanzanie</i>
TGPSH	<i>Tanzania Germany Program to Support Health/Programme Germano-Tanzanien d'Appui au secteur de la Santé</i>
UCMB	<i>Uganda catholic medical Bureau/Bureau Médical Catholique d'Ouganda</i>
UPHOLD	<i>Uganda Program for Human and Holistic Development/Programme Ougandais Pour un développement Humain et Holistique</i>
UPMB	<i>Uganda protestant Medical Bureau/Bureau Médical protestant d'Ouganda</i>
UMMB	<i>Uganda Muslim Medical Bureau/Bureau Médical Musulman d'Ouganda</i>
UNAD	Union Nationale des Associations Diocésaines
VA	<i>Voluntary Agency/Litt: 'Agence Volontaire' (structure sanitaire confessionnelle) (Tanzanie)</i>
WHA	<i>World Health Assembly/Assemblée Mondiale de la Santé</i>

Remerciements des auteurs

Notre gratitude va à l'ensemble des personnes et organisations qui nous ont apporté leur soutien au cours de ce travail de recherche et sans lesquelles le présent rapport n'aurait pu voir le jour.

Pour leur appui continu et le travail de revue intermédiaire du rapport:

- Le conseil exécutif de Medicus Mundi International.
- Le comité de pilotage de l'étude à l'Institut de Médecine Tropicale (IMT), Anvers: Bruno Marchal, Bruno Meessen, le Pr. Guy Kegels, Harrie Van Balen (Pr. Emérite) et le Pr. Wim Van Damme.
- Les experts internationaux:
Eric de Roodenbeke, Directeur Général de la Fédération Hospitalière Internationale (FHI), Genève ; Joseph Mbaïtoloum, ancien Coordonnateur Médical National à l'UNAD, Tchad ; Jean Perrot, responsable du bureau contractualisation au Département de Financement des Systèmes de Santé à l'OMS, Genève ; et Marieke Verhallen, consultante à PHC-Amsterdam.

Pour la traduction du présent rapport en Anglais et le travail de correction:
Kristien Wijnants et Kristof Decoster, IMT, Anvers.

Pour la mise en page:

Rita Verlinden et Isa Bogaert, secrétaires, Département de Santé Publique, IMT Anvers.

Pour leur assistance précieuse et la facilitation du travail de terrain:

Le Dr. Robert Basaza (MSP), Fr. Dr. Daniele Giusti (UCMB) et Mme L Muhirwe (UPMB) en Ouganda ;

Mmes Grace Mwangonda et Mecklina Isasi-Gambaliko (CSSC) en Tanzanie ; L'UNAD au Tchad.

Et l'ensemble des référents rencontrés au cours du travail de terrain, trop nombreux pour être nommés ici. Nous leurs devons beaucoup.

Delphine Boulenger, Basile Keugoung et Bart Criel, IMT Anvers
Mai 2009

Contact

Adresse: IMT
Nationalestraat 155
B-2000 Anvers, Belgique

Email: Delphine Boulenger, contractingstudy@gmail.com
Dr Basile Keugoung, keugoung@gmail.com
Pr. Bart Criel, bcriel@itg.be



Résumé de l'étude

En 2007, Medicus Mundi International (MMI) a chargé l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'une étude sur la contractualisation, avec l'objectif d'actualiser les connaissances disponibles au sujet de la contractualisation entre hôpitaux confessionnels de districts et autorités publiques de santé en Afrique.

La contractualisation fait l'objet de l'intérêt de MMI depuis de nombreuses années: elle constitue l'une des priorités stratégiques de l'organisation au sein d'un axe de repositionnement des structures confessionnelles à l'intérieur des systèmes de santé existants. MMI a organisé en 1999 une réunion technique dans le cadre de l'Assemblée Mondiale de la Santé (*World Health Assembly*, WHA) sur le thème de la 'contractualisation des ONGs dans le secteur sanitaire' comme moyen d'intégrer les structures à but non lucratif dans les systèmes nationaux de santé. C'est sous l'impulsion de MMI, que la WHA a finalement adopté en mai 2003 une résolution sur la 'promotion des arrangements contractuels pour l'amélioration (de la performance) des systèmes de santé' (WHA 56.25). MMI a également entrepris la rédaction d'un guide technique sur la contractualisation, publié en 2003. Les résultats de la présente étude doivent fournir les éléments qui permettront de nourrir et de guider les politiques futures de MMI et de ses organisations membres dans le domaine de la contractualisation. Ils s'ordonnent autour de 4 grandes questions de recherche: les expériences contractuelles observées peuvent-elles être considérées comme réussies? Pour quelle(s) partie(s) vaut leur succès ou leur échec? Quels éléments expliquent le constat effectué et quels sont les mécanismes ou processus étayant le niveau de réussite relatif des arrangements contractuels en jeu?

La base méthodologique de l'étude repose sur l'analyse d'études de cas. Une sélection de pays et de cas a été menée en étroite collaboration avec le comité exécutif de MMI et les organisations membres. Il a été décidé dès le départ d'inclure des pays appartenant à la fois à la zone francophone et anglophone en raison de leur spécificité respective en termes d'histoire et de culture médicales. L'étude a été conduite entre septembre 2007 et décembre 2008 et s'est construite sur la base conjointe d'un travail d'analyse documentaire et de 3 à 4 semaines de travail de terrain pour chacun des cas inclus.

Quatre cas-pays ont été investigués au cours du temps alloué à l'étude: le Cameroun et le Tchad en Afrique Francophone, la Tanzanie et l'Ouganda en Afrique Anglophone. Les trois premiers cas se sont construits autour d'arrangements contractuels de caractère plutôt 'classique': autrement dit, des situations dans lesquelles des hôpitaux confessionnels ont été amenés à jouer le rôle d'hôpitaux de district (Hôpital Catholique de Tokombéré au Cameroun, Hôpital Anglican de Nyakahanga en Tanzanie) ou encore, où une organisation confessionnelle s'est vue confier la gestion d'un district sanitaire (Bureau d'Etudes et de Liaison des Activités Caritatives et de Développement -BELACD- de Sarh et district de Moïssala au Tchad). Le cas de l'Ouganda est distinct dans la mesure où l'étude s'est ici attachée au cas de contrats passés entre hôpitaux confessionnels et bénéficiaires PEPFAR (*President's Emergency Plan For Aids Relief*). L'inclusion de cette forme nouvelle - et en plein essor -, de contractualisation, a été validée par MMI et par ses partenaires en Ouganda en raison de son important potentiel d'apprentissage: l'apparition de ces nouveaux partenaires et leur puissance a en effet conduit à d'importants changements au sein du système de santé. Les cas de deux hôpitaux ont pu être étudiés en Ouganda (*St Joseph-Kitgum Hospital* et *Kabarole hospital*).

Les différentes études-pays s'appuient sur une méthodologique essentiellement descriptive et inductive, axée sur deux piliers:

- i) D'abord un grand nombre d'interviews semi-structurées conduites à tous les niveaux du système de santé (central, régional et district), avec des acteurs issus tant du secteur public de la santé que du secteur confessionnel ou, pour l'Ouganda, du réseau 'PEPFAR': contemporains actuels des arrangements contractuels étudiés et 'témoins historiques' des processus - nationaux ou locaux - dans lesquels s'inscrivent ces contrats. Plus de 100 interviews semi-structurées ont été menées au total. En complément, un nombre significatif

d'entretiens plus courts et plus informels a été mené dans le but de préciser certains éléments spécifiques ou d'approcher certaines catégories particulières d'intervenants (centres de santé par exemple).

- ii) Une analyse documentaire détaillée a par ailleurs été réalisée pour chacun des pays inclus à l'étude (documents politiques de source publique et confessionnelle, rapports de suivi, documents de routine du système d'information sanitaire, etc.). Les études de cas dessinées à partir de ces différentes données ont d'abord permis d'aboutir à une série de résultats spécifiques. La richesse du matériel collecté a par la suite autorisé une triangulation des données et la mise en exergue de constantes susceptibles de dépasser le cadre strict de l'étude.

Les principaux résultats de l'étude se présentent comme suit:

Au Cameroun

Le bilan contractuel Camerounais s'avère mitigé, à la fois porteur de signes encourageants et de signaux alarmants. L'atteinte dans le cas de Tokombéré du principal objectif du contrat, c'est-à-dire la fonctionnalité de l'hôpital de district, est bien plus l'effet d'un phénomène de suppléance que de complémentarité entre les partenaires. L'hôpital de district fonctionne en dépit du non respect de ses engagements par l'Etat et à la faveur d'une situation exceptionnelle, marquée par l'accès régulier à des ressources extérieures. Le document contractuel garantit ici essentiellement le maintien d'un statut-quo.

Le non aboutissement du processus de décentralisation au Cameroun influence négativement le bilan contractuel:

- La politique de décentralisation ébauchée en 1996 n'a jamais été validée: les niveaux intermédiaire et local de responsabilité existent mais opèrent dans un contexte de forte centralisation de fait qui complique la gestion des relations.
- La relation contractuelle, établie avec le niveau central, pâtit des contradictions existant entre les différents niveaux d'autorité: district et délégation régionale jouent insuffisamment leur rôle de relais auprès d'un MSP dont la présence réelle dans la relation est pourtant de plus en plus distante.
- Ce phénomène se traduit par une mauvaise circulation de l'information et le blocage du système de prise de décisions ; les problèmes éventuellement rencontrés par l'hôpital dans le cadre de la relation contractuelle ne peuvent que difficilement être levés.
- Dès lors, la qualité des relations interpersonnelles et le niveau d'implication et de compétences des individus continuent largement de déterminer la qualité de la relation contractuelle et de conditionner son évolution.
- L'amélioration et l'optimisation de la mise en œuvre des relations contractuelles est donc partiellement tributaire de l'institutionnalisation et de l'opérationnalisation du processus de décentralisation.

Si la nécessité et les avantages théoriques de la contractualisation sont reconnus par l'ensemble des acteurs, ses mécanismes et sa mise en œuvre demandent encore à être améliorés:

- Le besoin de formation reste évident pour les responsables confessionnels et publics à tous les niveaux de la pyramide ; il est particulièrement essentiel pour le niveau périphérique dans la perspective du développement de nouveaux contrats et dans le but de l'initier aux développements actuels du cadre contractuel au niveau national.
- Le cadre réglementaire - développé sous l'influence du Contrat de Désendettement et de Développement (C2D) Camerounais - ne prend pas en compte les protocoles signés antérieurement entre les Hôpitaux, diocèses ou ONGs et le MSP. Il reste indispensable de réfléchir à la possibilité et aux moyens d'intégrer ces expériences dans la nouvelle stratégie partenariale, notamment au travers de leur réactualisation et de leur adaptation aux formats

développés. Hors cadre, les acteurs privés à but non lucratif des protocoles existants (HTok par exemple) risquent en effet de rencontrer des difficultés croissantes à trouver des réponses structurelles aux problèmes rencontrés.

- Les notions de performance introduites par la nouvelle stratégie partenariale et les modèles de conventions constituent en la matière une amélioration dont pourraient bénéficier avec profit les protocoles préexistants.
- L'intégration de l'ensemble des contrats au cadre national reste conditionnée par l'amélioration de leur traçabilité: à l'heure actuelle, aucune instance - publique ou confessionnelle - ne semble capable d'en fournir le décompte exact en raison notamment de la multiplication des autorités de tutelle.
- Le financement de la stratégie partenariale (et contractuelle) est actuellement portée par les fonds du projet C2D: au-delà des 5 ans de ce projet se pose potentiellement la question de la pérennité et du développement de l'initiative, notamment pour sa phase opérationnelle.

En Tanzanie

Le modèle contractuel Tanzanien, s'il frappe par son niveau de généralisation et sa pérennité est aujourd'hui confronté à la nécessité de son adaptation à un contexte changeant. Les difficultés rencontrées en pratique par les *District Designated Hospitals* (DDH) au niveau périphérique ont de fait ranimé la dynamique partenariale au niveau central, en partie grâce au travail de plaidoyer effectué par la Christian Social Services Commission (CSSC) au nom des différentes dénominations confessionnelles. Un certain nombre de questions restent néanmoins à résoudre:

La dynamique partenariale reste encore majoritairement cantonnée au niveau central:

- Les politiques partenariales, ses instruments et l'esprit de coopération circulent insuffisamment et gênent donc la généralisation du processus. Les relations personnelles et leur qualité - notamment au niveau périphérique - demeurent l'élément clé du succès des expériences de collaboration.
- De façon générale, le processus de décentralisation des pouvoirs reste incomplet. Cette situation entrave le fonctionnement des relations contractuelles existantes et gêne le développement du PPP au niveau district. Plusieurs domaines demandent ainsi une amélioration:
 - o La distribution et l'acceptation des responsabilités
 - o La connaissance et la compréhension des politiques
 - o Les lignes de communication
 - o Les strates contradictoires de réglementation (contrats signés au niveau central dans un contexte d'autorité supposée du gouvernement local)

Les outils contractuels sont en voie d'amélioration mais leur application reste incomplète:

- Les contrats opérationnels de performance représentent une réelle amélioration (forme et contenu) mais ne s'appliquent pas au DDHs ;
- L'application du nouveau modèle de contrat DDH reste limitée aux nouveaux agréments. Ce document présente par ailleurs trop peu d'améliorations par rapport au modèle d'origine et semble peu ou mal connu au niveau périphérique ;
- Les mécanismes de révision des contrats ne sont pas exposés dans les documents en vigueur actuellement au niveau des DDH ; ils sont clairement inconnus au niveau périphérique tant dans le secteur confessionnel que public.

L'aggravation des difficultés financières de l'Eglise, renforcée par la diminution substantielle des appuis extérieurs, porte en elle les germes d'une détérioration du climat partenarial et fait peser sur certaines structures le risque d'un désengagement de l'Eglise.

L'accent actuellement mis par le MSP sur le développement de structures publiques de santé au niveau inférieur de l'échelle administrative sanitaire pourrait à terme peser

négalement sur la part de budget réservé aux structures confessionnelles et aggraver les difficultés actuellement ressentis par certains DDHs.

Au Tchad

Le Tchad dispose d'un cadre réglementaire complet, fonctionnel et sans équivalent dans les autres pays de l'étude. Mais il reste partiellement appliqué: les agréments contractuels antérieurs à 2001 n'ont pas nécessairement été révisés et des relations informelles (comme à Doba) continuent de se maintenir sur le terrain sur la base des conventions-cadres signées au niveau central.

L'exemple de Moïssala démontre néanmoins que le modèle ambitieux adopté par le Tchad peut fonctionner lorsque les moyens sont disponibles. En ce sens, le contrat de délégation de gestion de district au BELACD a effectivement atteint les objectifs poursuivis. Dans un contexte de grande faiblesse institutionnelle, ce système de délégation à des organisations expérimentées apparaît comme le moyen de réaliser le développement des districts sanitaires et d'améliorer l'accès géographique et financier de la population à une offre de soins de meilleure qualité.

Cette expérience se situe néanmoins hors du cadre développé en 2001: la relation, établie entre le BELACD et les autorités centrales de l'Etat paraît mieux fonctionner que des expériences plus récentes (Doba, Laï), développées avec le gouvernement local. Dans ce cas de figure, la mauvaise qualité de la collaboration avec les autorités (notamment administratives) est susceptible de miner les relations contractuelles établies et avec elles, les développements réalisés.

L'analyse des expériences contractuelles révèle par ailleurs une certaine forme de désengagement de l'Etat: le poids financier et opérationnel des contrats pèse principalement sur les ONGs contractantes et la pérennité des expériences reste tributaire d'un flux continu d'appuis financiers extérieurs. L'implication de l'Etat dans ces aspects reste extrêmement limitée en dépit d'une bonne volonté indéniable.

En tout état de cause, le cadre politique (contractualisation et politique de décentralisation) ne semble pas offrir de parades suffisantes. De façon générale, si les textes existent, le niveau central semble peu enclin - ou capable - de prendre activement en main la recherche de solutions concrètes aux problèmes soumis par les ONGs contractantes.

En Ouganda

L'analyse des relations contractuelles mises en œuvre dans le cadre des programmes PEPFAR ne permet pas de confirmer entièrement l'apriori négatif qui les entoure: l'importante différence de perception entre niveaux central et périphérique démontre au minimum que l'analyse doit en être effectuée avec nuance. La comparaison des cas de *Kabarole Hospital* et de *St Joseph Hospital* démontre que si les risques entourant ces contrats existent, leur importance est largement tributaire de facteurs n'entretenant pas de lien absolu ni avec la nature des contrats PEPFAR, ni avec l'approche qui les caractérise:

- La 'solidité' et l'importance de la structure bénéficiaire ;
- Son niveau d'expérience préalable ;
- La capacité de négociation des responsables et leur maîtrise du processus contractuel ;
- Le degré et la qualité de l'implication du propriétaire légal ;
- La disponibilité de sources alternatives de financement;
- L'adaptabilité de la structure, notamment en termes d'infrastructures ;
- La capacité du gouvernement local.

Les différences de perception, de compréhension et de connaissance du système témoignent par ailleurs du dysfonctionnement des mécanismes de communication entre niveau central et périphérique, étroitement lié à la décentralisation du système de santé. Le

cloisonnement des différents niveaux d'intervention est révélateur du non achèvement du processus.

Il serait par ailleurs réducteur d'assimiler entre eux l'ensemble des programmes PEPFAR. Le système se caractérise en effet par de multiples mécanismes d'intervention. Le mode de fonctionnement de programmes comme le *Uganda Programme for Human and Holistic Development* (UPHOLD), *Christian Relief Services* (CRS) et *The Aids Support Organisation* (TASO) présente à ce titre d'importantes différences:

- dans leur degré de coopération avec les autorités locales ;
- dans leur degré de flexibilité ;
- dans leur degré d'association des bénéficiaires à la définition des objectifs ;
- dans leur connaissance et compréhension de la situation locale.

Les arrangements proposés sont par ailleurs porteurs de bénéfices connexes potentiellement importants pour les structures amenées à les implémenter:

- Une acquisition générale de compétences liée au niveau de suivi proposé ;
- Une modification de la culture professionnelle susceptible de contaminer positivement la gestion des activités générales de la structure ;
- La qualité du système d'information sanitaire mis en place fournit une excellente base de crédibilité aux structures et des arguments de poids dans la recherche de nouvelles ressources auprès des bailleurs ;
- La mise en place des activités semble exercer un effet d'appel sur la population, contribuant à améliorer le taux général de fréquentation des structures ;
- Un certain degré de sécurité lié à la prédictibilité des arrangements.

Les risques existent néanmoins: ils sont plus spécifiquement liés à la nature des politiques gouvernant les programmes, à l'importante focalisation des programmes et au 'pouvoir' que confère aux bailleurs l'importance des fonds mis à disposition:

- Le poids de la contribution de PEPFAR dans le domaine de la lutte contre le VIH-SIDA en Ouganda réduit la capacité de résistance des autorités centrales au développement de stratégies autonomes, largement orientées par les priorités du bailleur ; cette situation vaut d'autant plus pour le niveau périphérique ;
- Le cadre réglementaire qui gouverne les relations est largement déterminé hors des pays d'implantation et de caractère non négociable. Il limite considérablement le pouvoir de négociation et d'influence des acteurs du terrain ;
- L'extrême fragmentation du système, sa complexité et l'opacité de ses structures lui confère une faible lisibilité: les acteurs tant confessionnels que publics témoignent à ce titre d'une compréhension et d'une connaissance très parcellaires de la situation ;
- La politique d'excellence prêchée et pratiquée par les programmes induit la création de double-standards tant en termes de normes, de coût, que de qualité ;
- La faible reproductibilité du système pose le problème de sa pérennité, d'autant plus crucial que les programmes s'inscrivent dans le court terme pour des activités de long terme.

Le court-circuitage presque systématique des plates-formes sanitaires confessionnelles constitue dans le contexte de ces arrangements un danger pour la qualité des relations qu'elles entretiennent avec les structures de leurs réseaux respectifs. Il réduit leur capacité à exercer leur rôle de coordination et d'accompagnement auprès des hôpitaux. Celui-ci permettrait pourtant de mieux préparer les bénéficiaires à la signature de tels contrats et d'anticiper les risques inhérents à leur mise en place. La réticence de certains hôpitaux à communiquer à leur plate-forme de rattachement les informations relatives aux contrats signés bilatéralement avec les bailleurs constitue un indice de rupture qu'il importe de ne pas négliger.

Enfin, le succès relatif des arrangements contractuels PEPFAR au niveau périphérique pourrait bien faire peser une menace sur l'avenir - déjà incertain - du partenariat entre MSP et secteur confessionnel en Ouganda. L'aggravation de la crise des ressources humaines et

financières et l'absence actuelle de réponse du secteur public sont susceptibles de détacher progressivement les structures confessionnelles du projet partenarial poursuivi au niveau central par l'Uganda Catholic Medical Bureau (UCMB) et l'Uganda Protestant Medical Bureau (UPMB). Par comparaison, la multiplication de relations directes avec des bailleurs proposant des solutions immédiates et opérationnelles aux exigences immédiates de survie des structures, pour autant qu'elle soit réalisable, pourrait sembler plus séduisante.

Une analyse transversale de ces quatre cas d'études a été établie:

Les résultats par pays ont été mis en rapport au travers de la réalisation d'un tableau synoptique ordonné en fonction d'un nombre réduit de grandes catégories d'informations, jugées particulièrement significatives dans le cadre de l'analyse contractuelle et d'une analyse parallèle SWOT (*Strength-Weaknesses-Opportunities and Threats*: Forces, faiblesses, opportunités et menaces, FFOM) portant sur l'ensemble des données collectées dans chaque pays.

Ces instruments nous ont permis de dégager un certain nombre de constantes:

- En dépit de la grande variété des contextes et des expériences elles-mêmes, les différents cas d'étude témoignent des **grandes difficultés de la pratique contractuelle** entre secteur public et confessionnel au niveau district.
- Il est raisonnable de parler ici d'une crise, d'autant plus pernicieuse que **sa conscience est mal partagée, essentiellement cantonnée au niveau périphérique et au secteur confessionnel**: sans intervention rapide c'est déjà à moyen, parfois à court terme qu'elle risque de faire échec aux expériences existantes et de remettre en cause les efforts déployés au niveau central dans la plupart des pays.
- Le dysfonctionnement des expériences contractuelles repose sur une série d'éléments communs:
 - o **Des acteurs - publics et confessionnels - mal préparés aux enjeux de la relation contractuelle en l'absence d'expérience préalable, de formation adéquate et en raison de la mauvaise circulation de l'information.** De manière générale, les expériences contractuelles se développent dans un contexte marqué par les limites et l'inégale distribution des connaissances ;
 - o **Des documents contractuels incomplets, souvent mal intégrés** au cadre national existant (politique partenariale et contractuelle) et pâtissant d'une absence presque systématique de révision ;
 - o **Un respect insuffisant des engagements contractuels de l'Etat**, en termes d'allocations de ressources financières et de moyens humains. Les problèmes évoqués touchent en l'occurrence essentiellement à ces questions, enjeux fondamentaux dans un contexte général de restriction des ressources. Les contrats qui 'fonctionnent' sont des contrats 'dotés', comme le montrent les premiers contrats du cas Tchadien ou a fortiori les exemples de PEPFAR en Ouganda ;
 - o **L'absence, l'insuffisance ou le non respect des mécanismes de suivi et d'évaluation.**
- Plus largement, **le développement et l'implémentation des politiques et initiatives partenariales et contractuelles exploitent insuffisamment les leçons du passé**: l'absence de capitalisation des expériences antérieures donne naissance à des paysages contractuels hétérogènes, combinant plusieurs strates historiques parfois contradictoires.
- **Cette balkanisation du paysage contractuel et le dysfonctionnement des expériences formelles de partenariat au niveau périphérique interviennent comme indicateurs et révélateurs de l'imperfection des processus de décentralisation** amorcés au tournant des années 90-2000. La dichotomie existant de fait entre niveaux central et périphérique contribue notamment à fragiliser les possibilités de suivi des arrangements contractuels et la mise en place de solutions structurelles aux difficultés rencontrées. Elle explique également le rôle prédominant que continuent de jouer les relations interpersonnelles au détriment de solutions institutionnelles.

- **Cette crise des expériences contractuelles s'inscrit par ailleurs dans un contexte général de crise du secteur confessionnel qu'elle contribue à nourrir:** la crise affectant les ressources financières et humaines des structures sanitaires de l'Eglise, sans être totalement niée, ne trouve pas à l'heure actuelle de réponse satisfaisante, ni au travers de la contractualisation, ni de façon générale de la part des pouvoirs publics. C'est son ampleur, sa gravité que l'on ignore ici: le système sanitaire de l'Eglise continue d'être précédé par sa réputation et fait figure d'élément stable, quasi inaltérable du paysage, en contradiction avec la réalité du terrain.
- **Le cas particulier de l'Ouganda et l'analyse des contrats entre PEPFAR et hôpitaux confessionnels fournit un contrepoint riche d'enseignements au constat de dysfonctionnement des expériences 'classiques' de contractualisation entre secteur public et confessionnel.** L'importance des moyens financiers injectés dans ces contrats, leur caractère 'exogène' et surtout leur extrême focalisation ne sont pas exempts de risques pour les structures bénéficiaires, notamment en termes de distorsion de l'offre de soins. Ils comportent néanmoins des aspects positifs, valorisés par les bénéficiaires et dont l'analyse fournit une sorte de négatif des relations contractuelles à l'œuvre entre structures confessionnelles et Etat: leur degré de précision et de prédictibilité, la qualité des mécanismes de suivi, d'accompagnement et d'évaluation, leur efficacité et le respect des engagements du bailleur.
- **Ces exemples sont susceptibles de fournir des pistes pour une relecture et une amélioration des relations contractuelles développées entre secteur public et confessionnel.** Les deux cas témoignent notamment d'une approche très différente du processus contractuel: stimulé dans la continuité pour les contrats PEPFAR, essentiellement axée sur la phase préparatoire à la mise en place des arrangements dans le cadre des relations entre structures confessionnelles et MSP.
- **Les arrangements contractuels entre secteur confessionnel et secteur public entérinent une situation de fait plus qu'ils ne créent les conditions d'un développement et d'un renforcement de la relation sur la base d'objectifs innovants:** il s'agit d'arrangements statiques et créant les bases d'une relation déséquilibrée, plus clairement profitable à la partie publique.
- **Au total, la situation est un indicateur du risque réel de désintégration pesant sur l'avenir du partenariat entre secteur public et secteur confessionnel dans le secteur sanitaire en Afrique sub-saharienne.** Les expériences décevantes des acteurs confessionnels de district conduisent certains d'entre eux à opter préférentiellement pour le développement de relations bilatérales - directement porteuses de résultats mais souvent non pérennes - avec des bailleurs externes ; l'échec des relations conduit ailleurs certaines structures et organisations au niveau périphérique à se désengager (Tchad) des contrats signés ou à brandir la menace de leur désengagement (Tanzanie); enfin certaines Eglises en viennent à remettre en cause la notion même ou les conditions de leur participation au secteur de la santé (Ouganda).

Ces différents constats nous ont conduits à la formulation de recommandations, en nous adressant tout d'abord au commissionnaire de la présente étude, puis aux différents niveaux - appuis, décideurs ou acteurs - du processus contractuel:

1. Au niveau des acteurs internationaux: bailleurs et ONGs

Le renforcement du partenariat entre secteur public et secteur confessionnel de la santé passe par la **mise en place d'une mémoire collective institutionnelle** effectuant la synthèse et garantissant une conservation centralisée de l'historique, des cadres réglementaires, des documents contractuels et des savoir-faire propres à chaque pays. Une telle démarche doit être

envisagée à court terme afin d'enrayer la disparition de documents et de témoignages essentiels à la compréhension et à l'analyse des expériences les plus anciennes. Elle pourrait aboutir à la constitution de centres de documentation et d'information, assurant une représentation de l'ensemble des acteurs du partenariat public-privé (PPP) sur une base pluraliste, non partisane.

Dans un avenir plus lointain, les centres-ressources ainsi développés au niveau des pays pourraient former la base de **développement d'un réseau panafricain d'information et d'échanges sur le PPP et la contractualisation**. Anticiper sur cette possibilité impliquerait en amont d'assurer le développement des bases de données pays sur des modèles et systèmes d'ores et déjà compatibles.

Il reste dans l'immédiat essentiel de **répondre aux besoins spécifiques de formation des acteurs du terrain**. Cette réponse passe notamment par l'organisation régulière d'ateliers de formation à la contractualisation, organisés à la demande et proposant un contenu adapté au contexte local, ainsi qu'au niveau et au rôle des participants dans le processus contractuel. L'organisation de tels ateliers pourrait s'appuyer avec profit sur les plates-formes confessionnelles locales. Il est également essentiel qu'elle s'effectue en concertation avec les ministères de la santé et associe systématiquement les acteurs du secteur public et du secteur confessionnel: au-delà d'une occasion de formation, ces événements pourront également constituer une plate-forme d'échanges et participer à la diffusion des expériences et de leur perception.

2. Au niveau du terrain: acteurs public et confessionnels

L'**harmonisation du paysage contractuel** doit constituer une priorité dans l'ensemble des pays de l'étude: assurer le suivi, l'évaluation et le succès des expériences contractuelles existantes passe en effet par leur adaptation à un cadre cohérent et lisible à tous les niveaux de l'échelle sanitaire. Au-delà de l'intégration de l'ensemble des relations existantes au cadre national développé (politique contractuelle, modèles de conventions-cadre et de contrats opérationnels), cette harmonisation doit également être effectuée en continu, au travers de la révision régulière des documents contractuels. Cette démarche, actuellement ignorée constitue l'un des moyens de surmonter les phénomènes de décalage entre le cadre des relations contractuelles et les développements de la politique sanitaire. L'harmonisation des expériences permettrait dans l'immédiat de redéfinir uniformément les niveaux d'autorité publique compétents dans le cadre des contrats, brouillés par le processus de décentralisation.

Recommandations spécifiques par pays

Au Cameroun

La question prioritaire nous paraît ici être celle de l'**intégration des expériences contractuelles hors C2D dans le cadre partenarial et contractuel nouvellement développé**. Elle passe par une meilleure traçabilité des contrats et leur concentration en un point défini: à l'heure actuelle, les points d'archivage des contrats sont potentiellement aussi variés que leurs autorités publiques de tutelle: divers programmes verticaux, la Division de la Coopération (DCOOP), le Cabinet du Ministre, etc.

En conséquence, aucune instance, ni au niveau du Ministère (DCOOP), ni même au niveau des plateformes confessionnelles (OCASC, CEPCA pour les hôpitaux de leurs réseaux respectifs) ne semblent capables de fournir avec certitude le décompte des protocoles existants. Intégrer ces contrats - éventuellement par voie de révision - aux schémas récemment développés, permettrait idéalement d'en dresser la carte exacte, la typologie et d'en assurer l'archivage systématique.

Cette étape est d'autant plus nécessaire que l'attention a été 'détournée' de ces expériences par les développements survenus dans le cadre du C2D: hors cadre, les acteurs PBNL des

protocoles antérieurs (HTok) risquent fort de rencontrer des difficultés croissantes à trouver des réponses structurelles aux problèmes rencontrés. Ils ne disposent en tout état de cause que d'une connaissance extrêmement parcellaire des développements à l'œuvre et de moyens donc très limités d'y défendre leur propre dossier. Il est clair par ailleurs que des contrats comme celui de Tokombéré mériteraient une révision et l'intégration entre autres de mécanismes clairs de suivi et d'évaluation. Les notions de performance introduites par la nouvelle stratégie partenariale et les modèles de conventions constituent en la matière une amélioration dont pourraient bénéficier avec profit les protocoles préexistants.

Un travail de plaidoyer doit sans doute être effectué auprès des plateformes confessionnelles et du Ministère de la Santé en vue de la réintégration de ces expériences dans le processus actuel ou, à défaut, la prévision de leur intégration future. Là où le processus et sa mise en œuvre restent encore très concentrés au niveau national, une décentralisation (forums partenariaux aux niveaux intermédiaire et périphérique) permettrait d'assurer la diffusion uniforme de l'information et aux acteurs des protocoles antérieurs de rechercher avec leur autorité de tutelle les moyens de leur intégration.

Il est par ailleurs essentiel de prendre en considération la question de l'appui effectif de l'Etat aux structures confessionnelles sous contrat. Dans ce cadre, Tokombéré relève d'une situation exceptionnelle qu'il serait dangereux de généraliser à l'ensemble du secteur: peu de structures bénéficient d'apports financiers extérieurs réguliers de l'ordre de ceux observés dans le cadre de notre cas d'étude. Il est évident que la crise financière qui touche le secteur confessionnel et dont témoignent les niveaux d'endettement identifiés dans le cadre du C2D¹, a des implications d'autant plus importantes sur la capacité de fonctionnement et de maintien de la plupart des structures périphériques que les engagements de l'Etat ne sont que partiellement respectés: **la simplification des mécanismes d'appui financier, leur transparence et leur connaissance au niveau des structures bénéficiaires** constitueraient un préalable important à une amélioration de la situation. Il est par ailleurs **essentiel que le niveau de l'appui, ses limites et ses modalités soient clairement référencés dans le cadre des contrats**, ce qui n'est qu'insuffisamment le cas dans le cadre des documents contractuels signés hors cadre C2D.

Au même titre, une **clarification des rôles respectifs du niveau central, intermédiaire et périphérique de l'autorité publique de santé** doit impérativement accompagner l'harmonisation du paysage contractuel: elle est une des clés de la fonctionnalité et de l'amélioration des mécanismes d'appui de l'Etat et sans doute tributaire d'une **poursuite du processus de décentralisation** amorcé en 1996.

En Tanzanie

Le développement de nouveaux contrats DDH et la révision systématique des contrats existants est prévu par le Groupe Technique PPP mais ne pourra s'effectuer à court terme, faute de moyens. Il faudra donc attendre sans doute pour aboutir à une harmonisation des agréments en vigueur. Il apparaît pourtant urgent que ce projet puisse être rapidement mis en œuvre afin d'adapter l'ensemble des expériences au cadre réglementaire (décentralisation, PPP) et assurer de réels mécanismes de suivi et d'évaluation. Ce préalable est indispensable à la levée des menaces réelles qui pèsent sur la pérennité du partenariat. Ce processus nous paraît devoir intervenir parallèlement à la diffusion des expériences de contractualisation opérationnelle amorcé au travers de la mise en œuvre des SA. Attendre leur aboutissement dans un contexte géographique aussi vaste que la Tanzanie et eu égard à la limite des moyens humains et financiers disponibles reviendrait sans doute à repousser l'échéance à plusieurs années.

Une **reconsidération des conditions d'allocation de ressources publiques aux hôpitaux confessionnels** doit impérativement accompagner l'harmonisation des agréments: les DDH de première génération, mais également les VA, voient actuellement cet appui calculé sur la base

¹ FINORG, Définition des modalités opérationnelles de contractualisation des relations entre les acteurs du secteur de la santé au Cameroun. Rapport Final Phase IV, 2004.

de données souvent périmées et ne reflétant plus la réalité du terrain (nombre de lits notamment). La viabilité des structures dépend en partie d'une telle révision et de la possibilité de planifier leur budget sur la base de données claires: il est donc impératif que leur soit communiqué le montant et la distribution des appuis effectivement votés au niveau central, ou local.

Le gouvernement a commencé à mettre en œuvre son plan d'amélioration des services de santé au travers du programme de santé primaire (MMAM²) dont l'objectif est de rapprocher les services de santé des populations: ' Nous avons l'intention d'atteindre la population rurale dans la mesure où environ 80% des résidents y vivent et sont en manque de services de santé ; Nous espérons faire en sorte que d'ici à 2017, chaque village ait accès aux services de santé' (Déclaration du Ministre de la Santé, Pr. David Mwakyusa lors de son discours inaugural à la 71^{ème} assemblée de TCMA). L'accent ainsi mis sur le développement de structures publiques de santé au niveau inférieur de l'échelle administrative sanitaire pourrait à terme peser négativement sur la part de budget réservé aux structures confessionnelles. Tel est du moins la crainte de nombreux acteurs du terrain dans ce secteur.

La capacité de CSSC à intervenir efficacement comme lobbyiste dans la question partenariale est ici essentielle. Son renforcement implique que l'organisation puisse améliorer son niveau d'appréciation des expériences en cours et se saisir de données concrètes pour appuyer son plaidoyer au niveau central. Ceci passe sans aucun doute par **l'analyse systématique des expériences en cours et l'accélération du processus de décentralisation de CSSC au travers des coordinations de zone**: la capacité de ces dernières reste freinée en raison de l'ampleur du territoire à couvrir et de la limite des moyens disponibles en ressources humaines (les coordinateurs ne sont employés qu'à temps partiel, situation qui devrait être corrigée prochainement par l'adjonction d'un secrétaire permanent).

En ce sens, la **décentralisation des forums partenariaux**, projetée par CSSC au travers des délégations de zone pourrait contribuer à une meilleure appréciation de la réalité du terrain et contribuer à diffuser au niveau périphérique le climat de coopération réel existant au niveau central. De tels forums constituent également un instrument potentiel d'amélioration du niveau de connaissance des acteurs: il est frappant de constater par exemple que CSSC est un acronyme inconnu des autorités administratives locales sur le district de Karagwe ! La création du site *Afya Mtandao*³, à condition d'être activement exploitée par les acteurs de terrain, pourrait intervenir à terme comme instrument de collecte de données relatives aux expériences contractuelles. Elle constitue à tout le moins un effort intéressant de stimulation des échanges entre acteurs du terrain.

Le **renforcement du partenariat et la capacité des autorités confessionnelles à participer activement aux décisions de politique sanitaire prises au niveau local repose également sur leur meilleure représentation au sein des organes décisionnels de district**. Elle reste actuellement tributaire du type d'agréments signés avec l'autorité publique, dans la mesure où les contrats de première génération se réfèrent à un découpage administratif et à une définition des organes représentatifs rendus caducs par la politique de décentralisation. La méconnaissance du cadre réglementaire en vigueur entretient une sous-représentation de fait des représentants confessionnels au sein des organes existants.

On peut se demander à terme si l'harmonisation de la situation ne devrait pas passer par la **mise en place d'un cadre réglementaire homogène spécifique au niveau central**: la formulation d'une Politique Contractuelle (ou partenariale) en tant que telle, à la condition d'être régulièrement adaptée aux changements éventuels de contexte réglementaire permettrait sans doute de donner une meilleure visibilité au principe et d'en faciliter l'acceptation par les autorités locales. Dans la situation actuelle, la fragmentation des principes au sein d'une multitude de documents et de déclarations contribue à entretenir (artificiellement ou non) la

² Mpango wa Maendeleo ya Afya ya Msingi (MMAM).

³ www.afyamtandao.org

méconnaissance des mécanismes et principes régissant la collaboration de l'Etat avec le secteur privé.

Au Tchad

Il est peu probable à moyen terme que l'Etat ne soit en mesure de pallier seul aux difficultés identifiées dans le cadre des expériences existantes: l'étroitesse des moyens financiers disponibles et au-delà, l'importance à l'échelle nationale de la pénurie en ressources humaines qualifiées rend par conséquent indispensable **une inscription des contrats dans une politique d'appuis extérieurs à long terme**. La capacité des structures et organisations à accomplir leur part des arrangements contractuels est en effet tributaire de la mise à disposition de moyens adéquats, actuellement grandement fragilisée par le désengagement opérationnel de l'Etat et la diminution des appuis traditionnels de l'Eglise. Au-delà, c'est leur survie même et la qualité des prestations des structures sanitaires confessionnelles qui est ici en jeu.

De manière plus spécifique le rôle clé de l'Union Nationale des Associations Diocésaines (UNAD) tant en matière de coordination des BELACD que de représentation des intérêts et de la voix du secteur sanitaire confessionnel auprès de l'Etat et des organisations internationales ne peut être assuré que dans la mesure où l'organisation dispose **d'une coordination médicale nationale fonctionnelle et dynamique**. La restauration de ce poste - suspendu faute de moyens humains et financiers - est d'autant plus urgente que les exemples de Doba et Donomanga témoignent du risque réel de désengagement contractuel des organisations confessionnelles au niveau local. Elle est actuellement tributaire de la mise à disposition de moyens externes.

Il est par ailleurs essentiel de pouvoir réaliser une harmonisation du paysage contractuel en **intégrant systématiquement les expériences antérieures à 2001 au cadre contractuel défini au niveau central**, par voie de révision ou par la négociation et la signature de nouveaux agréments. Il est également important que contrats primaire et secondaires (objectifs de la relation public - confessionnel d'un côté et accompagnement en ressources techniques ou financières externes de l'autre) - soient clairement distingués afin que la pérennité de la relation contractuelle et la recherche conjointe des moyens de sa continuité puissent être garanties au-delà des aléas des sources externes d'appui.

Une **évaluation globale des expériences en cours au Tchad** serait sans doute nécessaire pour apprécier la représentativité des conclusions issues du présent rapport et les besoins éventuels de réaménagement des mécanismes de suivi et d'évaluation des relations contractuelles.

En Ouganda

Il semble à l'équipe de recherche qu'une des principales difficultés se posant dans le cadre des contrats passés en Ouganda entre structures sanitaires confessionnelles et récipiendaires PEPFAR réside dans la méconnaissance généralisée dont les acteurs - aux différents niveaux de l'échelle sanitaire et entre pôle public, confessionnel et bailleurs - témoignent les uns des autres. Il est à la fois une conséquence de l'opacité des mécanismes opératoires du bailleur, de sa focalisation sur le niveau opérationnel de district, du degré encore insuffisant de professionnalisation des structures et autorités confessionnelles au niveau district et de l'incomplétude du processus de décentralisation.

Il semble à ce titre essentiel que les plateformes médicales confessionnelles continuent de **rechercher de manière proactive un rapprochement, sinon auprès des instances supérieures de représentation de PEPFAR du moins auprès des récipiendaires principaux effectivement impliqués dans des relations de nature contractuelle avec les structures sanitaires** des différents réseaux de l'Eglise. Il apparaît en effet évident que beaucoup de ces derniers ignorent la portée et l'importance réelle du rôle des différents *medical bureaux* auprès des structures sanitaires. Le bénéfice d'un tel rapprochement est en effet démontré par le cas spécifique de CRS: la mise en place d'un dialogue avec les plateformes confessionnelles a en effet permis de

réorienter en partie l'approche du bailleur, en tenant compte des préoccupations du secteur. Un tel rapprochement permettrait sans doute également aux plateformes confessionnelles de mieux appréhender les bénéfices réels pouvant être tirés par les structures de leur relation avec PEPFAR et de se mettre en position de pouvoir les accompagner, voir de les exploiter dans le cadre plus large du partenariat entre Ministère de la Santé et Eglises dans le domaine de la santé.

Mais **ces plateformes ont également un rôle 'préventif' à jouer auprès des structures de leurs réseaux**, afin de limiter les risques réels des contrats 'bilatéraux' signés avec PEPFAR: notamment en intégrant - en connaissance de cause - ce type de contrats à l'offre d'appui technique aux hôpitaux. Cet appui pourrait passer par une formation spécifique et régulière au processus contractuel et par des actions plus spécifiquement dirigées vers le développement des capacités de négociation des structures. L'exemple du *Virika Catholic Hospital* de Fort Portal montre en effet que les structures bénéficient d'une certaine marge de négociation dans la mise en place de tels contrats (ici avec CRS), à condition d'être capable d'argumenter solidement auprès du bailleur. Ce développement de compétences spécifiques doit sans aucun doute être intégré à la politique de renforcement des capacités et de professionnalisation du secteur dans laquelle UCMB et UPMB sont d'ores et déjà engagées ; Il doit également intégrer les autorités ecclésiastiques et favoriser le développement de coordinations diocésaines professionnelles et fonctionnelles, capables d'accompagner efficacement la mise en place d'arrangements contractuels éventuels au niveau des structures.

Au-delà du cas particulier des arrangements PEPFAR, il est également fondamental qu'une **reprise effective du dialogue entre MSP et plateformes confessionnelles** puisse être entreprise et aboutir au déblocage du processus contractuel: à cet effet, une prise de conscience rapide des autorités publiques vis-à-vis de la crise financière et humaine que connaît le secteur confessionnel est indispensable. Le souhait de l'équipe de recherche est que le présent travail puisse apporter sa contribution en ce sens et soutenir le travail de plaidoyer mené depuis plusieurs années par les *Medical bureaux*. L'enjeu est ici celui de la survie d'un secteur et au-delà, du maintien et du développement de la couverture sanitaire du pays.

Messages-clé

1. La contractualisation entre hôpitaux confessionnels de district et autorités publiques de santé en Afrique est en crise. En dépit de la grande variété des contextes et des expériences elles-mêmes, les différents cas d'étude témoignent des grandes difficultés de la pratique contractuelle. Cette crise est d'autant plus pernicieuse que sa prise de conscience est mal partagée, surtout auprès des acteurs du secteur public. A défaut de mesures correctives, cette crise 'silencieuse' risque de compromettre à moyen terme la contribution importante qu'apportent les structures confessionnelles à l'offre de soins de santé dans les pays Africains.
2. Les dysfonctionnements des expériences contractuelles s'expliquent par une série d'éléments: le manque d'information et de préparation adéquate des acteurs, l'absence quasi systématique de mécanismes d'appui adaptés aux réalités et besoins du terrain, le manque de systèmes de monitoring et d'évaluation des expériences contractuelles, et le faible développement d'une culture de gestion dans laquelle les leçons du passé dans le domaine de la contractualisation seraient intégrées dans les politiques et outils actuels. A cela s'ajoute finalement un respect insuffisant des engagements contractuels de l'Etat.
3. Le cas des contrats établis entre le *Presidential Emergency Plan For Aids Relief* (PEPFAR) et les hôpitaux confessionnels en Ouganda fournit un contrepoint riche d'enseignements. Sans vouloir minimiser les risques d'une approche sélective et verticale dans la contractualisation et sans vouloir occulter le fait que les structures de gouvernance publiques et confessionnelles au niveau central du système de santé sont largement court-circuitées par PEPFAR, ces contrats apportent des pistes intéressantes pour une amélioration des relations contractuelles 'classiques' entre secteurs public et confessionnel. En effet, ces contrats se caractérisent par leur précision et leur prédictibilité, par la qualité et la continuité des mécanismes de suivi et d'évaluation et, surtout, par le respect des engagements du bailleur. Ces aspects positifs sont valorisés par les responsables des hôpitaux confessionnels de district concernés.
4. Un processus de restitution nationale par pays (Cameroun, Tanzanie, Tchad, Uganda) des résultats de la présente étude s'impose si on veut arriver à des changements pertinents et durables au niveau du terrain. Ces processus doivent être bien préparés et accompagnés, et ils doivent impérativement impliquer les différents teneurs d'enjeu: les autorités de santé publique et confessionnelles aux niveaux central et périphérique, les prestataires de soins, et les représentants de la communauté.
5. De façon générale, et bien au-delà des seuls pays et cas d'études enquêtés, les acteurs de terrain engagés dans des démarches et processus de contractualisation, ont besoin d'un appui personnalisé, de proximité, adapté au contexte local et assuré de façon continue. Dans cette perspective, force est de constater que l'élaboration de guides théoriques, tel que celui développé par Medicus Mundi International (MMI) en 2003, est d'une utilité très limitée.

Introduction

La problématique de la contractualisation entre secteurs public et privé (à but non lucratif) fait partie intégrante de l'actualité des politiques, des systèmes publics et des programmes internationaux de santé en Afrique subsaharienne. Ces dernières années ont vu l'émergence de nouvelles expériences souvent innovantes qui viennent apporter un éclairage nouveau au corpus des réflexions déjà formalisées sur le sujet.

Le repositionnement des structures de santé confessionnelles dans les systèmes de santé constitue l'une des priorités stratégiques du plan d'action 2007-2010 de *Medicus Mundi International* (MMI)⁴. Au-delà, l'organisation a toujours porté un grand intérêt au développement de relations contractuelles entre les structures de santé de l'Eglise et les autorités publique de santé en Afrique sub-saharienne, investissant d'importantes ressources et une énergie considérable à mobiliser acteurs internationaux et locaux en faveur de la contractualisation. C'est à ce titre que l'organisation a réalisé en 2003 la publication d'un guide technique destiné à soutenir les structures privées à but non lucratif dans le développement et la mise en œuvre d'arrangements contractuels avec les Ministères de la santé. La contractualisation a donc été et continue d'être un domaine prioritaire d'action pour MMI.

C'est dans un souci de remettre à jour sa politique de promotion de la stratégie contractuelle que l'organisation a commandité en 2007 et confié à l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers, la menée d'une étude en Afrique sub-saharienne. Il s'agissait d'obtenir une vision plus claire des politiques contractuelles et des expériences opérationnelles telles qu'elles se manifestent aujourd'hui sur le continent entre secteur public et secteur privé à but non lucratif. Le besoin d'une certaine actualisation de la problématique se faisait en effet sentir au vu des sollicitations régulières de l'organisation par ses partenaires de terrain.

Ce travail a été mené par l'IMT dans une triple perspective de résultats:

1. Une perspective tout d'abord **opérationnelle**: la génération de nouvelles connaissances, permettant une meilleure compréhension du phénomène et des moyens de l'appréhender et susceptible de bénéficier tant à MMI, à ses organisations membres qu'aux acteurs du terrain en Afrique sub-saharienne.
2. Une perspective **institutionnelle** et **politique**: alimenter la réflexion et le développement des politiques partenariales en fournissant aux décideurs nationaux et locaux une analyse du contexte contractuel et de certaines expériences spécifiques de contractualisation à l'œuvre dans leurs pays.
3. Enfin, une perspective de **recherche**: notre souhait est que la présente étude puisse contribuer à alimenter la réflexion scientifique autour de la thématique de la contractualisation, en apportant un nouvel éclairage, complémentaire, aux travaux déjà réalisés.

L'option a d'abord été choisie - en concertation avec MMI - de concentrer le travail de recherche sur le cas d'expériences contractuelles développée entre autorités publiques de santé et structures ou organisations confessionnelles au niveau district. Ce en raison de la part essentielle assumée par ces organisations dans l'offre de santé en Afrique et dans le souci de conférer une certaine homogénéité au propos.

Le sujet a été abordé au travers d'un large éventail de questions, de caractère assez général:

- La contractualisation fonctionne telle?
- Qu'est-ce que cela signifie aux yeux des différents acteurs du terrain?
- Que les politiques de contractualisation fonctionnent ou non dans la pratique, quels sont les éléments qui y ont contribué?

⁴ www.medicusmundi.org.

- Quels sont les obstacles rencontrés, le cas échéant, dans le développement harmonieux de relations contractuelles entre structures de l'Eglise et autorités de santé publique de l'Etat?
- Enfin, quelles sont les leçons à tirer de ces nouvelles connaissances? Impliquent-elles que MMI aie à revoir la forme et les modalités de son engagement en matière de politique contractuelle? Si oui, comment? Cela doit-il passer par un réajustement de l'appui dispensé par MMI à ses institutions partenaires sur le terrain?

En annexe de ce travail, notre étude se propose également de répondre à la question de la diffusion, de la pertinence et de l'utilisation du Guide d'appui à la contractualisation développé par MMI en 2003. L'organisation souhaitait en effet pouvoir apprécier la portée de cette publication, effectuée à l'époque aux frais d'efforts importants et à grand renfort de ressources.

La base du présent rapport est constituée par 5 cas d'étude, conduits dans 4 pays différents: le Cameroun, la Tanzanie, le Tchad et l'Ouganda. Nous exposerons d'abord la méthodologie de recherche employée en justifiant la sélection des cas et en abordant les limites rencontrées. Les caractéristiques de chacune des études de cas seront présentées dans une seconde partie, en abordant les expériences dans l'ordre précédemment exposé, de la plus classique à la plus atypique. Deux études de cas ont été réalisées en Ouganda et sont présentées dans la même sous-section. Notre troisième partie sera consacrée à l'analyse des résultats de l'étude: nous en effectuerons d'abord la synthèse pour en dégager ensuite les principaux enseignements, en dépassant le contexte particulier des pays sélectionnés (analyse transversale). Nous concluons par une série de recommandations s'adressant à MMI et aux autres acteurs de la dynamique contractuelle (acteurs locaux - publics et confessionnels - organisations internationales, bailleurs et ONGs). En marge de ce rapport, un volume indépendant d'annexes fournit le détail des intervenants, des cadres d'entretien, des documents collectés ainsi que la copie des contrats relatifs à chacun des cas d'étude.

Méthodologie de recherche

Méthodologie générale

CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUES

Le cadre méthodologique général utilisé dans cette étude est inspiré de l'évaluation réaliste (*Realistic evaluation*⁵), sans que nous ayons toutefois suivi cette méthode de façon stricte. Cette approche méthodologique nous a semblé bien adaptée aux objectifs de l'étude et à l'analyse d'interventions dans des systèmes complexes tels que les systèmes de santé. L'évaluation réaliste a pour objectif de construire des théories pouvant rendre compte de phénomènes et d'interactions non linéaires dans des systèmes complexes. Elle postule qu'il existe des interactions entre: un mécanisme d'intervention (la contractualisation et ses outils), le contexte dans lequel se déroule cette intervention (ici les secteurs publics et confessionnels de la santé - et dans le cas de l'Ouganda le programme PEPFAR⁶) et les effets (*outcomes*) obtenus (l'échec ou la réussite des expériences contractuelles, l'intégration des structures ou organisations confessionnelles dans le système national de santé).

En pratique, l'évaluation réaliste consiste, à travers l'analyse et la confrontation de multiples études de cas, à dégager progressivement des *patterns*, des récurrences et à construire une théorie explicative des phénomènes observés et des mécanismes à la base des effets produits par l'intervention dans les systèmes. L'évaluation réaliste mise en œuvre dans cette étude combine approche inductive et hypothético-déductive. L'approche est inductive en ce sens que nous ne sommes pas partis *a priori* d'une théorie de la contractualisation. Elle est cependant hypothético-déductive car la revue de la littérature et les discussions préalables menées avec MMI et d'autres référents-clé ont conduit à l'élaboration d'une grille d'analyse des expériences contractuelles (*cf. Tome II, Annexe 3*) *préalablement* à la construction des études de cas. Cette grille comprend un ensemble de facteurs *a priori* considérés comme pertinents à étudier par rapport à la problématique contractuelle. Elle a guidé la collecte des données sur le terrain assurant ainsi une certaine systématisme à celle-ci.

Nous avons donc opté pour une démarche largement inductive où des explications et une théorie seraient progressivement générées à partir d'une observation minutieuse et rigoureuse de l'expérience du terrain. La réponse aux questions initiales de recherche a été recherchée au travers d'une contextualisation des expériences contractuelles sélectionnées (éclairage 'historique' au sens large), en évaluant la perception qu'en avaient les acteurs clés (public/privé confessionnel).

L'analyse de données s'est faite en deux temps. Un premier niveau d'analyse s'est effectué à l'échelle de chaque étude de cas (intra-pays): pour chacune d'entre elles nous avons dégagé et mis en évidence les facteurs clés ayant influencé la réussite relative du contrat (analyse essentiellement inductive) et approfondi certains aspects spécifiques au cas.

Ces études de cas nous ont permis dans un second temps d'effectuer une mise en rapport (inter-pays) des analyses effectuées, destinée à mettre en exergue des constantes éventuelles, susceptibles de nourrir à leur tour une réflexion théorique sur les modalités de réussite ou d'échec des expériences contractuelles. Ce deuxième niveau d'analyse a été réalisé de manière transversale, à partir des cinq études de cas. L'analyse a été ici plus systématique: sur la base des critères d'analyse préalablement définis, nous avons réalisé une grille synthétique permettant de dégager une série de facteurs susceptibles d'expliquer la réussite ou l'échec relatif des expériences observées. Cette grille a été progressivement complétée au cours de la recherche, les

⁵ Pawson et Tilley, 1997.

⁶ Presidential Emergency Plan For Aids Relief.

critères étant ensuite été répartis en différentes catégories⁷ (typologie). L'analyse a porté sur chacun de ces items, en confrontant/recherchant ce qui pouvait en être dit à partir de chaque étude de cas. En complément, chacune des études de cas a été soumise à une analyse SWOT, dont les résultats ont été synthétisés sous forme de grille⁸ afin de permettre une comparaison systématique.

Progressivement, des *patterns*, des récurrences ont été dégagées qui ont permis de faire ressortir certains facteurs relatifs au contexte et au processus de mise en place des arrangements, aux mécanismes de suivi et aux systèmes en jeu (systèmes de santé public et confessionnel, initiatives globales, communautés) et qui semblent jouer un rôle particulièrement important dans le domaine de la contractualisation. Ces facteurs émergent donc essentiellement du terrain et non d'un cadre théorique défini a priori. Ils ont contribué à enrichir les conclusions de ce rapport et la tentative de formulation d'un cadre conceptuel du succès des expériences contractuelles.

SÉLECTION DES CAS

Les pays ont été sélectionnés en fonction de:

- Leur capacité à refléter - dans la mesure du possible - le champ géographique d'intervention des organisations membres de MMI ;
- L'existence pratique de soutiens/relais locaux potentiellement solides en vue de faciliter la préparation et l'exercice des études de terrain ;
- Leur représentativité relative en termes de diversité historique, organisationnelle/institutionnelle et géopolitique du continent Africain⁹ ;
- L'existence avérée d'une 'tradition' contractuelle et/ou d'expériences contractuelles à l'échelle du district.

L'application de ces critères nous a permis d'aboutir à la sélection de quatre pays: l'Ouganda, le Cameroun, le Tchad et la Tanzanie. D'autres options (République Démocratique du Congo, Bénin, Rwanda notamment) ont été abandonnées pour des raisons de faisabilité, au vu notamment des contraintes chronologiques de l'étude. Le Cameroun, le Tchad et la Tanzanie ont chacun fait l'objet d'une étude de cas, l'Ouganda de deux études de cas différentes. La sélection des expériences s'est effectuée dans tous les cas en vertu de la particularité et de la richesse des informations (*purposefulness*) pouvant être tirées de leur analyse. Les questions posées et la méthodologie appliquée (quelles données, collectées de quelle manière) ont été adaptées à la spécificité des études de cas choisies, à la nature des sources disponibles et en fonction de l'intérêt exprimé par les interlocuteurs du terrain. Notre souci a été de demeurer dans un premier temps ouverts à la demande: l'opinion, les besoins et ceux des relais locaux ont été pris en compte dans le processus de prise de décision et ont partiellement orienté le travail de recherche. Un premier 'tri' a été effectué en optant pour la sélection exclusive de relations liant directement, par voie de contrat explicite, une structure sanitaire confessionnelle aux autorités publiques du pays sélectionné. Les manifestations informelles de partenariat¹⁰ ont été exclues de l'étude dans le souci de garantir l'accès à une base homogène et documentée de comparaison.

La revue de littérature effectuée a dans un second temps permis d'affiner le 'profil' des études de cas, classées en deux grandes catégories. D'une part, des démarches contractuelles 'classiques', axées sur la délégation à l'échelle du district d'une mission de service public à des hôpitaux privés confessionnels à but non lucratif, ou sur leur intégration pure et simple au système national de santé local. D'autre part, des démarches contractuelles que leur théorie ou leurs modalités d'application rendent 'innovantes' ou atypiques :

⁷ Cf. Table 2.

⁸ Cf. Table 3.

⁹ Afrique Occidentale, Centrale et Orientale ; Zones Francophone et Anglophone ; centralisation ou décentralisation du pouvoir ; stabilité politique et zones post-conflit, etc.

¹⁰ Exemple: hôpitaux confessionnels exerçant de fait et/ou par défaut le rôle d'hôpital public de district.

- Expériences de délégation de gestion étendue à l'ensemble d'un district ;
- Expériences spécifiques du type P4P¹¹, appliquées si possible à une situation 'classique' ¹².

Les cas d'étude retenus en vertu de ces critères sont les suivants:

- Au Cameroun: l'arrangement contractuel étudié lie le Diocèse de Maroua Mokolo (Nord Cameroun) au Ministère de la Santé Publique et établit l'hôpital Catholique de Tokombéré en hôpital de district ;
- En Tanzanie: le contrat étudié lie l'hôpital Anglican de Nyakahanga (Région du Lac Victoria) au Ministère de la Santé Publique en lui conférant le statut de *District Designated Hospital* (DDH) ;
- Au Tchad: nous nous sommes attachés ici à la série de contrats par le biais desquels la gestion du district de Moïssala (Sud Tchadien) a progressivement été confiée à l'un des bureaux décentralisés¹³ de la plateforme Catholique nationale.

Le cas particulier de l'Ouganda mérite explication. Nous avons ici opté, non pour l'étude de contrats classiques, mais pour l'analyse de contrats établis entre hôpitaux confessionnels et *Presidential Emergency Plan For Aids Relief* (PEPFAR), l'une des Initiatives Globales actuellement les plus importantes en Afrique. Ce sont l'intérêt et le potentiel d'apprentissage considérable de l'étude de tels contrats qui ont motivé leur inclusion. Cette proposition a d'abord été soumise à la validation de MMI et a par ailleurs rencontré un appui unanime de la part de nos interlocuteurs confessionnels en Ouganda. Deux cas ont été retenus sur cette base.

- L'hôpital Catholique St Joseph de Kitgum (Nord Ouganda) et les contrats le liant à trois bénéficiaires¹⁴ PEPFAR ;
- Le contrat liant l'hôpital Anglican de Fort Portal (*Kabarole Hospital*) à *Catholic Relief Services* (CRS).

Les contrats étudiés en Ouganda portent tous sur la mise en œuvre d'activités spécifiquement liées à la lutte contre le VIH-SIDA, domaine prioritaire d'intervention de PEPFAR.

Méthodologie spécifique: Etudes de cas

Les études de cas ont été construites sur la base des données - essentiellement qualitatives - collectées sur le terrain. 3 semaines en moyenne ont été consacrées dans ce cadre à chaque étude de cas. La méthode appliquée combine deux techniques principales: d'une part, la menée d'interviews avec des référents-clés¹⁵ identifiés aux différents niveaux du système sanitaire et pour l'ensemble des secteurs envisagés: confessionnel, public et - dans le cas de l'Ouganda - bailleurs (PEPFAR) ; d'autre part, la collecte et l'analyse de matériel documentaire dans le respect de critères identiques de couverture (niveaux et secteurs du système sanitaire).

La sélection des intervenants répond aux mêmes principes - définis *a priori* - pour l'ensemble des études de cas. Quelques ajustements ont néanmoins été apportés pour le Tchad (cas de gestion déléguée de district rendant nécessaire l'inclusion d'autres catégories d'intervenants: centres de santé (CS), nombre plus important de responsables de district) et l'Ouganda (prise en compte de la composante PEPFAR). Les profils d'intervenants comportent les constantes suivantes:

- Pour le secteur public comme confessionnels (et PEPFAR), intervenants des niveaux central et périphérique, voire intermédiaire selon pertinence ;

¹¹ P4P: *Pay for Performance*.

¹² Contractualisation Public/Privé confessionnel avec délégation de mission de service public ou intégration au système national de santé.

¹³ Bureau d'Etudes et de Liaison des Actions Caritatives et de Développement (BELACD) de Sarh, représentation décentralisée de l'Union Nationale des Associations Diocésaines (UNAD).

¹⁴ *Catholic Relief Services* (CRS), *Uganda Program for Holistic Development* (UPHOLD), *The AIDS Support Organization* (TASO).

¹⁵ Voir l'annexe 6 pour la liste détaillée des interviews effectuées.

- Inclusion de témoins historiques (niveau central et périphérique), selon possibilité
- Secteur public: responsables du Ministère de la Santé Publique (MSP)¹⁶; responsables sanitaires¹⁷ et si possible responsables administratifs de district ;
- Secteur confessionnel: Directeurs des plateformes sanitaires confessionnelles au niveau central ; hautes autorités de l'Eglise¹⁸ des niveaux central que périphérique ; staff hospitalier¹⁹ ; le cas échéant, représentation du personnel public éventuellement détaché auprès de la structure confessionnelle ;
- PEPFAR: représentants (niveaux central, intermédiaire et périphérique) des différents récipiendaires²⁰ identifiés au travers des contrats étudiés. Idéalement, représentants nationaux PEPFAR (USAID notamment).

La majorité des entretiens, de caractère semi-structuré- a été menée sur la base d'une grille standardisée (cf. Tome II, Annexe 3). Le modèle a été partiellement adapté dans le cas de l'Ouganda afin de répondre aux spécificités de l'étude de cas. La durée moyenne des entretiens ainsi réalisée est de 1h30. Certains intervenants spécifiques (témoins historiques) ont néanmoins fait l'objet d'entretiens excédant cette durée (jusqu'à 3h): dans ce cas de figure, l'entretien a été généralement mené en plusieurs séances successives. Une grille simplifiée (cf. Tome II, Annexe 3) a été utilisée ponctuellement pour certaines catégories d'intervenants (personnel infirmier en Tanzanie ; Centres de santé au Tchad): les entretiens ainsi menés sont généralement de durée inférieure, 30 minutes en moyenne. A ces deux catégories s'ajoute un grand nombre d'entretiens informels menés en fonction des circonstances ou de besoins spécifiques, répondant généralement à la nécessité - d'éclairer des questions particulières soulevées au cours des autres interviews ou de la consultation de sources secondaires.

Le détail des documents collectés est fourni en annexe²¹ de ce rapport, pour chacun des cas-pays. Le corpus collecté comporte globalement les catégories suivantes:

- Documents contractuels à proprement parler: contrats principaux et secondaires, rapports de suivis et d'évaluation ; courriers et autres guides ou textes produits dans le cadre de la relation partenariale et contractuelle ;
- Documents règlementaires: politique partenariale et/ou contractuelle ; modèles de contrats-cadre et de contrats opérationnels ; guides contractuels opérationnels ; principaux documents de politique sanitaire²² ;
- Documents contextuels confessionnels, notamment relatifs à l'histoire des organisations ou structures étudiées, à leur organisation ;
- Documents de routine issus du Système d'Information Sanitaire: rapports annuels hospitaliers notamment, pour la génération de données quantitatives pertinentes.

Au total, plus d'une centaine de personnes ont été contactées et interviewées, à raison d'une trentaine d'interviews par étude de cas. La richesse du matériel ainsi collecté, combinée à l'importance du corpus documentaire rassemblé au cours des missions de terrain a permis une triangulation des données et la réalisation d'une analyse transversale.

La répartition des entretiens par étude de cas se présente comme suit. Sauf cas particuliers (cf. limites), les intervenants se répartissent globalement à part égale entre secteurs confessionnel et public²³.

- Au Cameroun ont été réalisés 17 entretiens semi structurés, dont 5 au niveau central, 4 au niveau intermédiaire et 8 au niveau périphérique. Un entretien a par ailleurs été mené avec un comité de village relevant de la zone d'influence de l'hôpital. La spécificité de cet organe

¹⁶ Cellule partenariale, planification et politiques de santé notamment.

¹⁷ Médecins-Chefs de District notamment.

¹⁸ Sélectionnées en fonction de la dénomination de l'organisation ou de la structure objet de l'étude de cas.

¹⁹ Médecin-chef, administrateur, responsable financier, responsable infirmier, autres clinicien.

²⁰ CRS (*Catholic Relief Services*), TASO (*The Aids Support Organization*), UPHOLD (*Uganda Program for Holistic Development*).

²¹ Cf. Tome II.

²² Politique Nationale de Santé ; politique de décentralisation sanitaire, politique de santé de district, etc.

²³ L'équilibre n'a pu être assuré dans le cas de l'Ouganda en ce qui concerne la partie bailleurs (PEPFAR). Cf. limites.

(multiplicité des intervenants) a nécessité le recours à la technique de groupe focal. L'entretien s'est déroulé sur la base d'une grille simplifiée en 9 points. Cinq entretiens informels (niveau central) sont venus compléter le matériel ainsi rassemblé.

- En Tanzanie: 18 entretiens semi-structurés dont 10 au niveau périphérique (dont deux entretiens courts sur base de questionnaire simplifié), 2 au niveau intermédiaire et 6 au niveau central. S'y ajoutent deux entretiens courts sur base de questionnaire simplifié. 14 entretiens informels ont par ailleurs été réalisés, notamment dans le cadre de la réunion de la *Tanzania Christian Medical Association (TCMA)*²⁴, mais également avec le staff de la *Christian Social Services Commission (CSSC)*, du MSP ainsi qu'au niveau périphérique.
- Au Tchad: 14 entretiens semi-structurés dont 4 au niveau central, 7 au niveau intermédiaire et 4 au niveau périphérique ; 2 entretiens informels au niveau périphérique (District de Moïssala) ; des entretiens simplifiés ont également été menés avec les responsables de 5 centres de santé du District de Moïssala sur la base d'un échantillon représentatif des différents acteurs sanitaires du district²⁵.
- Pour l'Ouganda 15 entretiens - communs pour l'essentiel aux deux études de cas - ont été menés au niveau central. Les 3 entretiens du niveau intermédiaire²⁶ concernent la seule étude du cas de l'hôpital St Joseph. Pour le niveau périphérique, les entretiens se répartissent à part égale entre *St Joseph Hospital* (8) et *Kabarole Hospital* (9). Soit un total de 35 entretiens auxquels s'ajoutent quelques 5 entretiens informels.

²⁴ La réunion annuelle de cet organe a coïncidé avec la première semaine de la mission de recherche de terrain. Elle présente l'intérêt de rassembler l'immense majorité des intervenants-clé du secteur sanitaire chrétien confessionnel et un nombre non négligeable de représentants du secteur public de la santé. Son accès a été rendu possible à l'équipe de recherche par l'invitation de la plateforme sanitaire chrétienne nationale, CSSC. Cette opportunité a grandement facilité la préparation des entretiens aux niveaux central et périphérique.

²⁵ Catholiques, Protestants, Baha'is, responsables communautaires et secteur public. Seuls les Musulmans n'ont pu être inclus en raison de l'éloignement géographique du seul CS géré par leurs soins dans le district de Moïssala. L'inclusion du CS Catholique (Béboro) a par ailleurs permis de préciser l'histoire du processus contractuel: le contrat de gestion du district de Moïssala a en effet été précédé d'un transfert contractuel des activités du CS de Béboro au niveau de l'hôpital public de district de Moïssala (cf. 2) Caractéristiques des cas d'études, Tchad).

²⁶ Représentation UPHOLD et évêque Catholique, Gulu.

Limites de l'étude

Le travail réalisé comporte quatre limites de portée générale. Une première limite tient à la perception du sujet de l'étude chez les référents rencontrés: sauf exception, les interviews ont clairement démontré qu'une confusion existait dans l'esprit de la plupart des acteurs entre partenariat et contractualisation. Cette confusion s'explique partiellement par le fait que dans l'ensemble des pays envisagés, processus de développement du partenariat et processus contractuel se sont enchaînés, voire développés simultanément. Le mélange des genres reste néanmoins symptomatique d'une mauvaise compréhension des concepts, sur laquelle nous reviendrons au cours de ce rapport. Elle est enfin l'indicateur d'une faiblesse du phénomène contractuel dans les cas envisagés: la notion généraliste de 'partenariat' tend à supplanter dans l'esprit des contractants les objectifs spécifiques, circonscrits qui devraient être ceux d'un contrat fonctionnel.

Le matériel collecté porte en lui-même ses limites: il n'a pas été possible d'en exploiter toute la richesse dans les termes de l'étude. En ces circonstances, les données qualitatives ont été largement privilégiées, non sans cohérence avec le cadre méthodologique choisi, mais au détriment sans doute du matériel quantitatif fourni entre autres par les documents de routine des hôpitaux. Dans le même sens, l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative (NVivo 8) a dû être limitée à la définition d'une arborescence de critères d'analyse (base de la grille d'analyse et d'entretien) et à l'encodage d'une partie des données.

Une troisième limite touche à la qualité de la collecte documentaire: les déficiences des systèmes d'archivages - lorsqu'ils existent - sont souvent importantes, parfois abyssales, notamment au niveau périphérique et clairement pour des données antérieures à 10 ans. Ce constat s'impose pour le secteur public (autorités sanitaires de district) et dans une moindre mesure pour le secteur confessionnel (hôpitaux). Les difficultés de collecte, voire d'identification de la documentation existante, y sont proportionnelles. Le recours à des sources secondaires (littérature, entretiens) a permis pour une grande part de compenser ces difficultés, sans toutefois écarter totalement le risque de lacunes.

Enfin, la perspective des utilisateurs n'a pu être abordée ici que superficiellement, au travers de témoignages indirects et dans une moindre mesure par le biais des sources documentaires (fréquentation des services).

Certaines limites spécifiques doivent également être mentionnées. Il s'agit **au Cameroun** de la sous-représentation du secteur public au niveau périphérique: les entretiens se sont limités à la personne du Médecin-Chef de District (MCD) faute d'autres interlocuteurs 'opérationnels' sur place. Le MCD a été interviewé en Europe où il effectuait une année de formation de Master: son remplacement n'avait pas réellement été assuré en son absence, ce qui a également gêné la collecte de documents.

En Tanzanie, un certain nombre de documents sont restés inaccessibles à l'équipe de recherche faute de maîtriser la langue Swahili. Il s'agit tant de documents hospitaliers (rapports annuels de facture ancienne, rapports de réunion du comité directeur, etc.) que de documents règlementaires issus du Ministère. La collecte en a néanmoins été effectuée dans la perspective d'une éventuelle traduction: il est probable que ce corpus permette à terme d'affiner l'analyse réalisée et de corriger d'éventuelles imprécisions. Les difficultés rencontrées dans la prise de contact avec certaines personnalités du MSP (*Chief Medical Officer*, Responsable de la Planification, etc.) ou du PMORALG²⁷ se traduisent par ailleurs dans un déséquilibre relatif du nombre d'entretiens du niveau central par comparaison au niveau périphérique. Le niveau exceptionnel de collaboration et de disponibilité du staff de l'hôpital de Nyakahanga participe à cette impression. Enfin, la collecte de documents plus anciens, justifiée par l'ancienneté de l'expérience contractuelle Tanzanienne, s'est révélée difficile: aucun document traitant spécifiquement du statut de DDH n'a par exemple pu être retrouvé au niveau du MSP, ce en

²⁷ *Prime Minister's Office for Regional Administration and Local Government*: bureau de la Primature responsable des relations avec les gouvernements locaux.

dépit de la qualité des services de documentation en ligne récemment lancés par le MSP et le PMORALG.

La mission de terrain au Tchad a dû être considérablement raccourcie en raison des circonstances politiques locales: à ce titre, une semaine d'entretiens et de collecte documentaire a été perdue pour le niveau central, alors même que le niveau de complétude du travail effectué au niveau périphérique et intermédiaire s'avérait très satisfaisant. Les lacunes circonstancielles qui en résultent devront donc être comblées à l'avenir. Il n'a pas été possible d'y remédier pour l'heure, faute de pouvoir effectuer de mission complémentaire sur place. Il aurait par ailleurs été intéressant de pouvoir s'attacher plus directement à la question des comités de santé et des comités de gestion²⁸ mis en place au niveau périphérique dans le cadre de la PSSP²⁹. Il a été choisi faute de temps de les aborder au travers des entretiens réalisés avec les CS: une enquête par questionnaire menée auprès des Comités de Gestion (COGES) et des Comités de Santé (COSAN) de ces mêmes centres aurait permis ici d'affiner l'analyse. Elle devra être envisagée dans le cadre d'une poursuite éventuelle du présent travail de recherche. Les autorités administratives de district n'ont de même pu être abordées directement.

En Ouganda, les principales limites résultent de la difficulté d'accès aux données relatives à PEPFAR, ainsi qu'aux représentants locaux de l'organisation ; Ce problème s'est posé de manière récurrente et a contraint l'équipe de recherche à s'appuyer essentiellement sur des sources secondaires (autres entretiens réalisés, notamment avec certains représentants des bénéficiaires ; littérature secondaire et documents fournis par les sites internet de PEPFARWatch et du *US Government Accountability Office*³⁰). Ces difficultés touchent également au corpus documentaire relatif aux arrangements contractuels étudiés, notamment en ce qui concerne les données financières des projets. Ces documents sont parfois demeurés inaccessibles, en raison de la réticence de certains bénéficiaires (voire des structures bénéficiaires elles-mêmes) à les fournir.

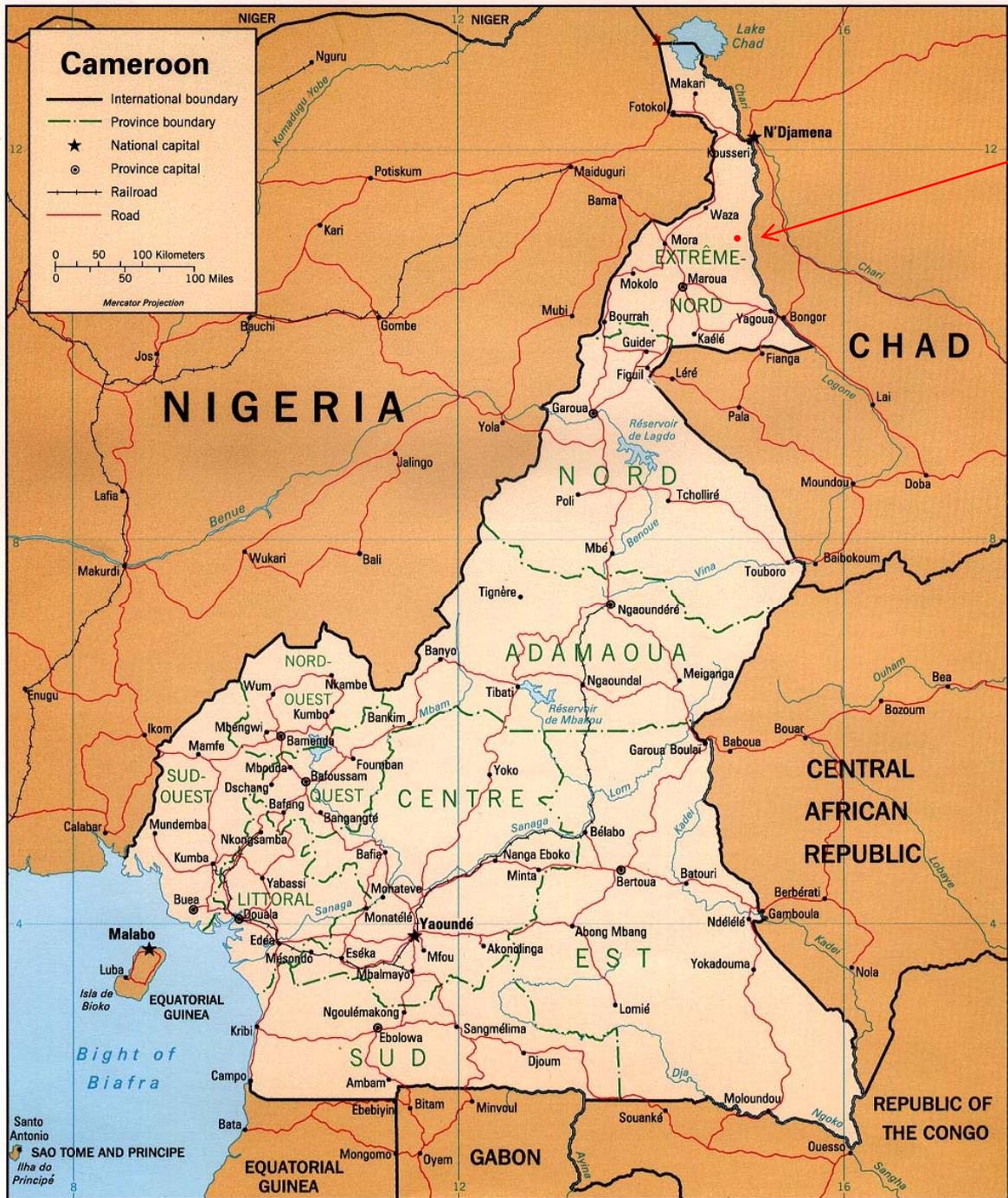
²⁸ COSAN, COGES.

²⁹ Politique de soins de santé primaire.

³⁰ www.pepfarwatch.org; www.gao.gov.

Résumé des études de cas

Cameroun



Hôpital de dis
de Tokombéré

Contexte général

PLACE DE L'EGLISE DANS L'OFFRE DE SOINS

Les confessionnels représentent au Cameroun l'essentiel de l'offre privée de santé, évaluée à 40% par le MSP. Trois organisations dominent ce secteur. Par ordre d'importance³¹: l'Organisation Catholique de la Santé au Cameroun (OCASC), le Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun (CEPCA) et la Fondation Ad Lucem (FALC)³². Les structures gérées par ces organisations sont d'implantation surtout rurale et ouvertes à toutes les catégories de population: elles complètent voire - dans de nombreux cas - compensent l'absence d'offre publique. Ce rôle et l'importance même du secteur confessionnel sont un élément fondamental d'explication pour le développement du contexte partenarial dans le secteur sanitaire Camerounais. L'OCASC, le CEPCA et la FALC sont les premiers partenaires concernés par ces développements. Leurs structures participent activement à la mise en œuvre des différentes orientations politiques de santé (lutte contre le Sida, campagnes de vaccination etc.).

CONTEXTE PARTENARIAL ET CONTRACTUEL AU NIVEAU CENTRAL³³

Jusqu'à une date récente (2006) n'existait aucun cadre national de partenariat Public-Privé dans le secteur de la santé: les expériences de partenariat formalisé entre le MSP et certains hôpitaux confessionnels remontent pourtant à une période plus ancienne³⁴.

A l'indépendance, les confessionnels dominent très largement le secteur, tant en nombre de structures qu'en termes de qualité. Si la situation se rééquilibre avec la création progressive d'entités publiques, la supériorité des structures confessionnelles se maintient tant en termes de couverture du territoire³⁵, d'équipement, de personnel que de réputation. L'Etat exerce à cette époque une tutelle surtout théorique. De leur côté les confessionnels sont peu impliqués dans l'élaboration de la politique de santé et le contrôle du secteur public sur ses structures reste très limité. Le système de subventions initié à l'époque coloniale se maintient mais fonctionne mal³⁶, sans que ce recul n'affecte pourtant substantiellement les structures confessionnelles³⁷.

L'adoption en 1993 de la Politique de Réorientation des Soins de Santé Primaires et la mise en place du système de santé de district stimulent le développement d'un partenariat tacite entre le MSP et certains hôpitaux confessionnels. Ceux-ci sont amenés à exercer le rôle d'hôpital de district là où les structures publiques font défaut. Ce statut - purement officieux - ne dispose néanmoins encore d'aucune base légale.

Le processus de contractualisation dans le secteur de la santé ne s'enclenche réellement qu'à partir des années 2000 mais en l'absence d'abord de tout cadre stratégique national. Les premiers contrats sont des isolats développés dans un cadre de concertation restreint entre le Ministère et les autorités locales de l'Eglise, en fonction des besoins identifiés et en vertu souvent de l'incapacité (financière) de l'Etat à essaimer. Ils reconnaissent le rôle essentiel joué par les hôpitaux concernés³⁸, accédant ainsi au statut d'hôpital de référence de district et définissent le cadre de leur collaboration avec le MSP. Ces premières expériences se développent hors de tout cadre réglementaire organisé.

Ce n'est qu'à partir de 2000 que ce sont progressivement mises en place les conditions d'élaboration d'une politique contractuelle: cadre de collaboration (2001), Stratégie sectorielle

³¹ L'OCASC vient en tête avec 13 hôpitaux et 229 centres de santé, employant au total près de 3000 personnes. Elle est suivie de près par le CEPCA, qui se distingue notamment par le nombre d'hôpitaux gérés (31, contre 165 centres de santé). La fondation Ad Lucem - d'inspiration chrétienne mais non dénominate - compte de son côté 10 hôpitaux et 25 centres de santé.

³² Organisation d'inspiration chrétienne, mais non dénominate.

³³ Cf. Figure 1.

³⁴ 2002 par exemple dans le cas de Tokombéré qui est l'hôpital qui a été retenu au Cameroun dans cette étude.

³⁵ Le développement des structures publiques est d'abord fondamentalement urbain.

³⁶ Faibles montants et irrégularité, notamment à partir de la crise économique des années 80.

³⁷ Appui des Eglises mères et contributions des patients.

³⁸ Ex: Tokombéré.

(2001-2010), création d'un sous-directorat au partenariat national (2002) puis rapprochement progressif des partenaires du secteur autour de la Division de la Coopération (DCOOP) du MSP sur la nécessité de développer une approche partenariale globale. Le processus s'accélère à l'arrivée du projet C2D, lequel prévoit un soutien au secteur privé à but non lucratif au travers de la contractualisation: les travaux de rédaction d'une stratégie partenariale, engagés en 2003 aboutissent en 2006. Des modèles de convention cadre et de contrat d'exécution sont finalement produits fin 2007.

CARACTÉRISTIQUES DU CAS SÉLECTIONNÉ

Tokombéré est l'un des arrondissements du Département du Mayo-Sava dans la Province de l'Extrême Nord Camerounais. L'hôpital sélectionné est un établissement privé Catholique affilié à l'OCASC et propriété du Diocèse de Maroua-Mokolo. Créé en 1960, cet hôpital a longtemps été la seule formation sanitaire importante de la région. Il se distingue par l'existence d'un projet de SSP³⁹, adopté en 1976 et lui ayant valu de devenir centre pilote national en 1978. Ce système est toujours en vigueur à ce jour et explique en partie que l'hôpital de Tokombéré (HTok) ait pu se maintenir durant la période de crise, avant l'adoption de la politique de réorientations des SSP, lorsque d'autres hôpitaux confessionnels connaissaient des difficultés grandissantes.

La présence continue depuis 1975 d'un même médecin-chef expatrié⁴⁰, doté d'un fort leadership, explique en outre l'importance des appuis extérieurs⁴¹ dont bénéficie la structure. L'ensemble de ces facteurs participent à une forte implication du staff.

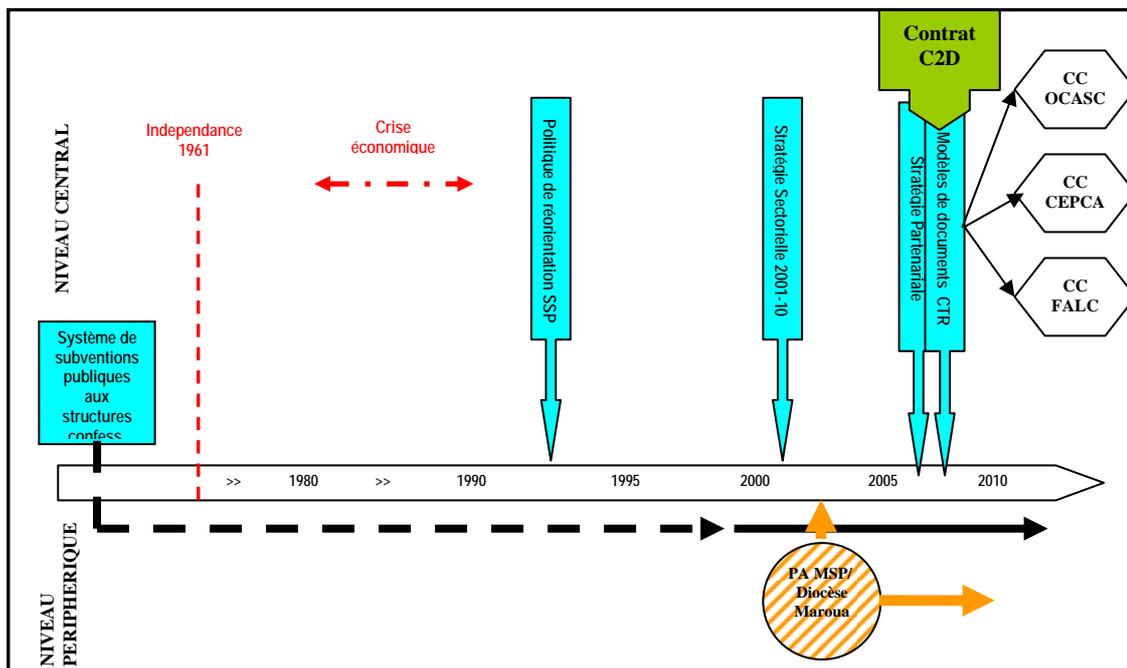
HTok jouit en conséquence d'une excellente réputation que révèle l'adhésion de la population locale (impliquée dans le projet SSP au travers des Comités Villageois de la Santé) et une population cible dépassant largement le cadre de la province (Tchad, Nigeria). Cette réputation doit également beaucoup au suivi actif du projet SSP et aux actions décentralisées menées dans ce cadre par le personnel qualifié de l'hôpital. Sa position unique et l'absence (au départ) d'un hôpital public, expliquent que HTok ait assumé de fait la charge d'hôpital de district dès 1993 et ce - initialement - dans un climat d'excellente entente avec le Ministère de la santé Publique. Les relations personnelles du Médecin Chef avec les autorités ont sans doute favorisé cette situation. Elle a perduré jusqu'en 2002, date à laquelle le contrat de partenariat signé par le Diocèse de Maroua-Mokolo avec le MSP a entériné et formalisé les choses.

³⁹ Projet de Promotion Humaine de Tokombéré.

⁴⁰ Le Père Christian Aurenche.

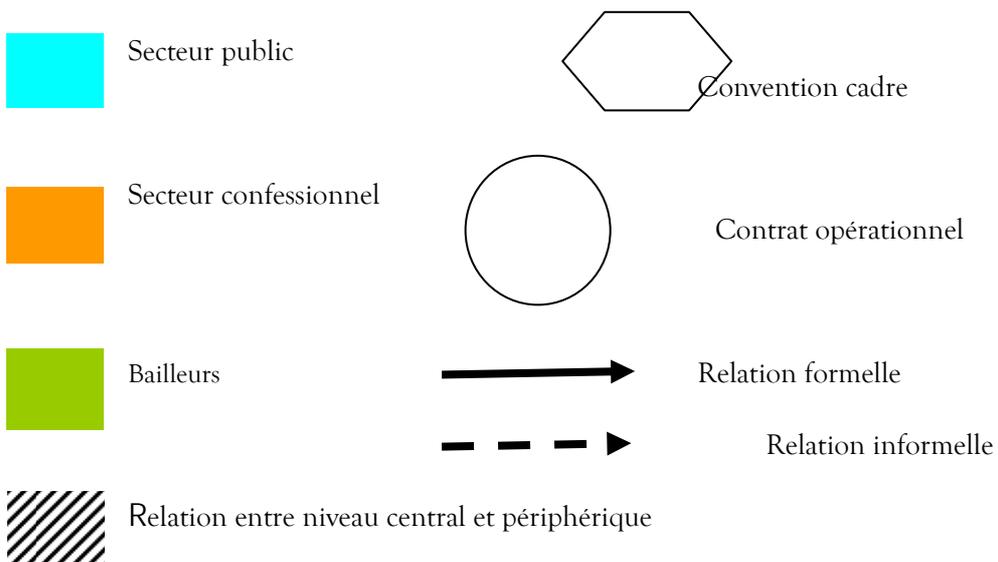
⁴¹ La Fondation Christian Aurenche et la Paroisse de St Germain-des-Prés à Paris appuient l'hôpital en financement, équipement, personnel expatrié, médicaments, etc.

Figure 1. Le processus contractuel au Cameroun



LEGENDE

- CC Convention cadre
- C2D Contrat de désendettement
- SC Structure confessionnelle
- SSP Soins de Santé Primaire
- SSS Stratégie Sectorielle de Santé
- PA Protocole d'accord
- MSP Ministère de la Santé Publique



Résultats des interviews et de l'analyse documentaire

NIVEAU CENTRAL

L'élargissement progressif de la concertation et de la participation du secteur privé à but non lucratif (PBNL), d'abord au travers de la stratégie sectorielle de santé, a permis le passage d'une collaboration distante et informelle à une véritable dynamique partenariale. Il aura néanmoins fallu 8 ans (de la stratégie sectorielle de santé à la publication de la stratégie partenariale et des modèles de convention) pour que le processus aboutisse à la formulation d'un cadre réglementaire. Si la stratégie partenariale est le fruit d'une large collaboration sectorielle, la dernière phase du processus - impulsée par la mise en place du Contrat de Désendettement et de Développement (C2D) Camerounais - s'est entièrement réalisée avec les trois principaux acteurs du secteur confessionnel: OCASC, CEPKA et FALC. Leur poids relatif dans le secteur sanitaire en fait les bénéficiaires prioritaires du volet santé du C2D dans le cadre de la politique de désendettement.

Ce sont les priorités du C2D qui encadrent à leur tour le processus de formalisation du partenariat. Cette contrainte (qui est également une opportunité au vu des sommes en jeu) explique que le développement de la contractualisation, comme instrument de la stratégie partenariale - se soit très largement opéré hors de toute référence aux expériences contractuelles préexistantes: celles qui se sont développées à un niveau décentralisé entre structures sanitaires et MSP depuis 2002 et dont certaines⁴² ne précèdent que de très peu la formulation et la signature des documents-cadre. Le discours des référents interrogés au niveau central - tant dans le secteur public que le secteur privé - assimile totalement le processus de contractualisation au contrat de désendettement, semblant faire passer au second-plan les conventions déjà opérationnelles.

Les éléments les plus importants du cadre réglementaire sont les protocoles d'accord signés entre les partenaires principaux du MSP (OCASC, CEPKA, FALC) et le MSP dans le cadre du contrat C2D. Nous nous intéresserons ici à titre d'exemple à la convention-cadre signée entre le MSP et l'OCASC, sachant que ce document répond à un modèle type appliqué sans distinction ni modification à l'ensemble des partenaires. Ce document est par ailleurs assorti d'un agrément opérationnel, appelé contrat d'exécution.

Les outils contractuels, issus de la dernière phase, sont aujourd'hui encore dans leur phase de mise en œuvre: certains sont déjà opérationnels, tandis que d'autres n'ont pas encore vu le jour. Cette situation s'explique pour une part par le retard des décaissements du C2D. Ainsi, le Comité de pilotage prévu par la stratégie partenariale et instrument de sa mise en œuvre n'est pas encore opérationnel en tant que tel. Ses fonctions sont néanmoins temporairement assumées par le Comité de pilotage de la stratégie sectorielle de santé.

Les Conventions-cadre et contrats d'exécution avec les trois principaux partenaires ont été signés en septembre 2007 et constituent le point de départ de la mise en œuvre de la stratégie partenariale. Elles prévoient à leur tour des réunions régulières de suivi, la production de rapports écrits de la part des partenaires privés (justification d'utilisation des fonds décaissés par exemple) ainsi que les revues régulières (tous les 3 à 6 mois), destinées à faire le point sur l'avancement de la mise en œuvre et à décider d'éventuels réajustements. Le MSP dispose dans ce contexte d'un droit de regard: sa compétence à opérer des supervisions et un suivi de terrain constitue un instrument complémentaire - administratif - aux instruments contractuels proprement dits.

Il reste néanmoins difficile pour l'heure de juger de l'efficacité et du niveau d'utilisation de ces divers instruments, alors que la mise en œuvre de la stratégie partenariale n'en est qu'à ses prémises. Le décaissement récent des premiers fonds du C2D devrait contribuer à accélérer le processus mais le recul manque encore pour justifier un bilan. Les acteurs se bornent

⁴² Par exemple, le protocole d'accord signé en novembre 2007 entre le MSP et l'hôpital privé de Petté, géré par la Fondation Sociale Suisse au Nord-Cameroun.

actuellement à souligner la qualité des relations (tempérée chez les partenaires confessionnels par les inquiétudes entourant les retards d'accès aux fonds promis⁴³) et de la communication (bonne remontée des informations du confessionnel vers le public ; climat de concertation assurant l'actualité des informations disponibles). Il convient néanmoins de noter qu'en l'absence d'un comité de pilotage spécifique capable de centraliser et recouper l'ensemble des informations, les relations entre secteur public et privé tendent pour l'heure à se développer sur un mode 'bilatéral'.

Au niveau national, une série de facteurs ont favorisé la mise en place du processus contractuel.

Des éléments structurels:

- La part importante (40%) du secteur privé à but non lucratif dans l'offre nationale de santé ;
- La réputation de qualité, l'implantation majoritairement rurale et la forte attractivité des structures confessionnelles, par opposition à leurs équivalents publics.

Des éléments économiques:

- L'endettement généralisé et la réduction du budget de la santé résultant de la crise économique des années 80: cette situation, qui affecte à la fois les secteurs public et PBNL a aggravé les difficultés du MSP à assurer un financement et une couverture adéquates du secteur ;
- Les réformes économiques engagées ont permis au Cameroun d'accéder à l'Initiative Pays Pauvres très Endettés (PPTE) dont les fonds de remboursement de la dette sont utilisés pour financer des projets sociaux aussi bien publics que privés ;
- Les difficultés de trésoreries suscitées dans le secteur confessionnel par la réduction des sources traditionnelles d'appui et les effets de la crise économique, le portent à 'mener une politique de la 'main tendue' vis-à-vis de l'Etat ;
- Un souci commun de dépassement des situations - non rentables - de concurrence et de conflits générées par le passé au niveau périphérique.

Des facteurs externes et conjoncturels:

- La pression et l'appui des bailleurs et organisations internationales qui prônent une prise en compte du secteur privé dans l'offre générale des services: l'OMS, dans la phase d'initiation du dialogue intersectoriel sur la mise en place d'une stratégie partenariale. Puis principalement le projet C2D dans le cadre de l'Initiative PPTE (logique bilatérale) ;
- L'atout indéniable qu'a constitué dans les années 90 la présence au MSP d'acteurs clés favorables au partenariat public-privé.

Des éléments politiques:

- L'adoption d'une politique de décentralisation⁴⁴ qui donne plus d'autonomie aux entités locales décentralisées pour gérer les questions sociales: santé, éducation, développement local.

Des facteurs 'émotionnels':

- Un besoin de reconnaissance chez les confessionnels de l'importance des services de santé rendus à la population, dans une logique de complémentarité ou de suppléance de l'acteur public; ce besoin rencontre un accueil largement favorable de la part des acteurs du service public.

⁴³ Le décaissement récent des premiers fonds C2D peut avoir édulcoré ce sentiment, qui prévalait largement dans le secteur confessionnel lors de la mission de terrain.

⁴⁴ Constitution du 18 janvier 1996.

Bien que le processus contractuel ait atteint aujourd'hui un niveau de développement assez remarquable, la longue durée pris par ce processus est le résultat d'un ensemble de facteurs dont certains persistent aujourd'hui. Il s'agit notamment:

- De la forte centralisation du niveau de prise de décision, caractérisé par une grande lenteur bureaucratique et dont les résultats dépendent essentiellement de facteurs humains et non des mécanismes de régulation mis en place ;
- Du niveau élevé de la corruption aggravé par la complexité des procédures de gestion financière. Ceci induit une forte méfiance des acteurs privés vis-à-vis de l'Etat, nourrie des expériences négatives du passé et se matérialisant dans la crainte du non-respect par l'Etat de ses engagements ;
- Des limites de la capacité financière du MSP à appuyer le développement du cadre partenarial et contractuel. L'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative PPTE a permis de rebooster le processus dans la mesure où le programme Français de remise de la dette (C2D) incluait une composante contractuelle pour le secteur de la santé ;
- De l'extrême lenteur des décaissements du C2D, qui ralentit a contrario la mise en œuvre du cadre réglementaire créé. Le battage médiatique ayant accompagné la signature des conventions-cadre avec les représentants des trois grands acteurs du confessionnel a joué en défaveur de ces derniers, parfois soupçonnés de mainmise sur des fonds qu'ils n'avaient pas encore perçus dans la réalité⁴⁵ ;
- De la nouveauté du concept de contractualisation et de l'absence de formation préalable des acteurs impliqués dans sa mise en œuvre ;
- Au-delà, la connaissance des mécanismes créés, de leurs outils et de leurs implications reste fondamentalement concentrée au niveau national: le niveau district en ignore largement les rouages.

Les acteurs du niveau central s'entendent globalement à reconnaître la bonne qualité de la relation tout au long du processus, matérialisée par:

- L'absence relative de résistance ayant accompagné chez les confessionnels la reprise en main du secteur par l'Etat et l'introduction d'une tutelle s'étendant aux structures du secteur privé à but non lucratif ;
- Les critiques concernent essentiellement la dernière phase de développement, celle qui dans le cadre du C2D a abouti à l'élaboration de la stratégie partenariale et des modèles de documents contractuels: les confessionnels déplorent ici la lenteur du processus, les lourdeurs administratives et le non respect par le C2D du chronogramme initial de décaissement.

NIVEAUX INTERMÉDIAIRE ET PÉRIPHÉRIQUE

En 2002 a été signé un Protocole d'accord entre le MSP et le Diocèse de Maroua-Mokolo. Il vient consacrer HTok comme hôpital de district, entérinant une situation prévalant de fait plus au moins depuis 1993 et la mise en place du système de district. La phase proto-contractuelle se déroule dans le cadre d'une forte centralisation du pouvoir. La collaboration informelle entre l'hôpital et le MSP est favorisée d'une part par les relations personnelles existant entre le médecin-chef et les autorités du Ministère de la Santé au niveau central et d'autre part par la réputation de l'hôpital. Les confessionnels intègrent le respect des décisions de politique nationale dans leur gestion de l'hôpital: l'organisation du système de district et plus spécifiquement le programme de SSP. De fait c'est le projet de SSP mis en place à HTok qui a servi de modèle au développement du modèle Camerounais (1978). Cette décision est un témoin indirect mais fort de la reconnaissance par l'Etat du rôle joué par la structure. L'appui direct de l'Etat reste de son côté limité (héritage de la période coloniale) et là encore, non formalisé.

⁴⁵ Et ce au sein du secteur confessionnel lui-même, notamment au niveau périphérique.

La possibilité d'une contractualisation de la relation est abordée dès 2000, vraisemblablement à l'initiative de l'autorité publique: le Délégué Provincial (DP) de l'Extrême Nord, voit en HTok un modèle de partenariat public-privé et déploie tous ses efforts à convaincre le Diocèse de Maroua-Mokolo et le Médecin-Chef de l'opportunité d'un contrat qui pérenniserait la relation existante en garantissant les intérêts respectifs des deux parties. Il faut ici surmonter la méfiance des confessionnels, anxieux de voir l'Etat étendre un contrôle jusque là limité. La situation s'est par ailleurs dégradée au milieu des années 80 avec la création par les autorités locales d'un CS public à proximité directe de HTok et le spectre de sa transformation en hôpital (de district): un médecin y a en effet été nommé et la structure, bien que non opérationnelle, a rapidement drainé l'essentiel du budget public, au détriment de HTok. Au-delà, l'hôpital se voit bientôt interdire par le médecin-chef de district (MCD) de poursuivre ses activités décentralisées (SSP) auprès des structures publiques. Les relations entre HTok (son médecin-chef) et les élites locales sont dès lors extrêmement tendues.

Le processus aboutit en 2002 au bout de deux ans de négociations. Le modèle de contrat développé par le DP n'est signé qu'au terme d'après négociations, principalement avec le Médecin-Chef de HTok. Sa mise en œuvre se fera dès lors rapidement. La lenteur du processus contractuel s'explique principalement par deux facteurs:

- D'abord la résistance des autorités religieuses face au risque d'une perte de pouvoir et d'autonomie, mais également en raison de la réputation de corruption et de mauvaise gouvernance de l'Etat. Le médecin-chef de l'hôpital une fois convaincu assiste activement le DP dans ses efforts de persuasion auprès du Diocèse ;
- La nécessité de résoudre le conflit opposant le médecin-chef de HTok et les élites locales, favorables au maintien d'une structure publique: il aura fallu mener un plaidoyer actif auprès de ces élites, rallier les médecins-chefs des hôpitaux au projet et trouver une solution de déclassement pour l'hôpital public.

Ces éléments sont compensés par un grand nombre d'éléments favorables:

- Le soulèvement de la population, alarmée par le retrait contraint du personnel de HTok des aires de santé publiques⁴⁶ a paradoxalement permis la mise en place d'un premier cadre de concertation multisectoriel abordant la question de la coexistence des deux hôpitaux ;
- L'implication active du DP puis à terme du médecin-chef de HTok. En ce sens, l'amorce de la décentralisation a favorisé l'initiative du DP en lui conférant le pouvoir de soumettre un projet comme celui du contrat de partenariat entre MSP et Diocèse à l'assentiment de l'autorité centrale ;
- La nécessité pour l'Etat, à la sortie de la crise économique des années 80 et en raison de ses faibles capacités financières, d'intégrer le privé confessionnel à la carte sanitaire ;
- Le rôle incontournable de HTok⁴⁷ dans une région enclavée où n'existe pas de réelle alternative publique ;
- La volonté de l'autorité religieuse et du médecin-chef de HTok de voir reconnaître ce rôle: il s'agit de 'réparer l'aberration' que constitue la non intégration de la structure dans le système de santé de district, de lui assurer enfin un appui à la mesure des activités déployées et de lui conférer une existence légale et une légitimité;
- La pression des bailleurs⁴⁸ en faveur d'un alignement sur la Politique Nationale de Santé et d'une meilleure transparence vis-à-vis de l'Etat.

Les objectifs assignés au protocole d'accord signé en 2002 entre le Diocèse de Maroua-Mokolo et le Ministère de la Santé sont relativement mal définis, partagés entre reconnaissance officielle de HTok comme hôpital principal et éléments relatifs à l'organisation du district.

⁴⁶ Décision du MCD, voir plus haut.

⁴⁷ L'Hôpital de Tokombéré dispose d'un plateau technique adéquat, de personnel et de moyens. La qualité des soins dispensés et le dynamisme du Projet de Promotion Humaine (dont les SSP constituent le volet sanitaire) lui assurent un taux de fréquentation élevé.

⁴⁸ Coopération Belge.

Aucun de ces deux éléments ne constitue un objectif principal déclaré: ce dernier doit être interprété aux travers de la lecture des clauses. Les plus nombreuses concernant l'hôpital de District, c'est en pratique la formalisation de ce statut que les acteurs de la relation *considèrent* comme le sujet du contrat.

L'autorité responsable pour la partie confessionnelle est le Diocèse: en ce sens, le document répond à l'obligation formelle d'associer le propriétaire légal de l'hôpital à la signature. Le Médecin-chef n'est pas signataire, mais c'est avec lui que le contenu du document a été principalement négocié.

La contrepartie publique est représentée par le Ministre de la Santé: cette situation est un paradoxe dans le cadre de la politique de décentralisation amorcée en 1996; elle reflète la persistance de l'extrême centralisation du système Camerounais. Le cadre de référence réglementaire est clairement désigné (Loi Cadre n°96 dans le domaine de la Santé; Schéma Directeur; Stratégie Sectorielle de la Santé). Le contrat n'ayant fait l'objet d'aucune révision depuis 2002, ces éléments sont néanmoins partiellement dépassés. Le document ne peut par ailleurs se référer à aucun cadre partenarial ni aux outils contractuels, leur développement au niveau national étant largement postérieur à sa signature.

Les engagements de l'Etat sont de deux ordres:

- D'une part les clauses relatives à l'organisation du district sanitaire incluent la reconnaissance des CS privés 'comme centres responsables des aires de santé de leurs lieux d'implantation', la nomination d'un MCD, la dotation des structures sanitaires en personnel et en moyens financiers (crédits) et l'encouragement de la concertation;
- D'autre part la reconnaissance de Tok comme hôpital de District.

Ces engagements restent néanmoins de caractère extrêmement général. Ils ne spécifient pas notamment les mécanismes de dotation (moyens financiers et humains) et ouvrent donc potentiellement la voie à des problèmes d'interprétation ou d'application.

Aucune autorité formelle (de supervision) n'est conférée à HTok sur les CS de la zone, si ce n'est - tacitement - sur les CS privés Catholiques. Le contrat ne fait par ailleurs aucune mention de la spécificité de la structure (identité religieuse), hors de la référence faite à HTok comme 'hôpital privé de Tokombéré'.

Les responsabilités du Diocèse concernent dans la pratique l'hôpital de Tokombéré:

- L'application du Paquet minimum d'activités (PMA);
- L'acceptation d'un droit de regard du MSP au travers des supervisions, de l'obligation de rapportage (rapports trimestriels de l'hôpital);
- L'intégration des personnels détachés par le public.

Le document prévoit la mise en place d'un comité de pilotage (CP) chargé de suivre la mise en œuvre du contrat à raison d'une réunion par an (*cf.* outils contractuels dans le tome 2). Cette clause n'est néanmoins assortie d'aucun mécanisme spécifique. La durée du contrat est fixée à un an, reconductible par accord tacite. Aucune clause n'envisage la révision du document. Les cas envisageables de résiliation sont calqués sur les formules légales habituelles. Les questions de résolution des conflits et la législation applicable au protocole sont ignorées.

Le seul outil nommé et réellement perçu comme un instrument de gestion de la relation contractuelle est le Comité de Pilotage (CP). Cet organe est censé réunir deux fois par an les différents niveaux de la pyramide hiérarchique (central, intermédiaire et périphérique) afin d'effectuer un bilan de la relation. Il s'agit notamment d'identifier les difficultés éventuellement rencontrées dans la mise en œuvre et les moyens de leur résolution. Son utilité théorique est unanimement reconnue mais entravée dans la pratique:

- Par une fréquence insuffisante de réunion (1x par an en pratique);
- La non définition de mécanismes de fonctionnement et de la répartition des responsabilités;
- Par la délégation systématique de la représentation du niveau central (Ministre de la Santé) au niveau intermédiaire (DP). Le niveau de communication entre niveau intermédiaire et

central s'avère en effet largement tributaire en pratique du niveau de compétence et de la bonne volonté du DP ;

- Par l'absence de feed-back du MSP aux rapports du CP. Ces derniers, dont la rédaction incombe au DP tendent par ailleurs à être produits et distribués avec un retard croissant. Le même constat doit être fait pour les rapports financiers ou de rapports d'activité de l'hôpital. La résolution des problèmes pose donc problème lorsque la responsabilité en incombe au MSP, censé rester ici l'ultime décideur.

L'évêque et/ou le Médecin-chef interviennent donc parfois directement à Yaoundé, avec toutes les difficultés posées par une méconnaissance des mécanismes en jeu et l'absence d'un interlocuteur privilégié au niveau central. La communication se fait donc généralement à sens unique, de l'hôpital vers les niveaux intermédiaire et centraux. Les réunions de coordination prévues au niveau district et au niveau provincial sont considérées comme un complément utile mais ne permettent pas réellement d'aborder les questions spécifiques au contrat. Au total, ces difficultés bloquent considérablement l'évolution de la relation⁴⁹.

La perception de la relation est tributaire de l'atteinte des objectifs déclarés du contrat mais également des attentes respectives des parties. Il s'agit essentiellement pour le public de l'amélioration de la couverture sanitaire et de la prise en charge des populations au travers de l'intégration du système de santé. Pour les confessionnels le contrat apparaît surtout comme l'instrument d'une reconnaissance officielle par l'Etat des compétences et du rôle de l'Eglise et plus particulièrement de HTok. L'accès à l'appui de l'Etat (exonérations, subventions, formations, prise en charge du personnel), n'intervient que comme un argument secondaire⁵⁰. Dans cette catégorie c'est essentiellement l'appui en ressources humaines qui semble valorisé, sans doute parce que ses ressources extérieures permettent à l'hôpital de tolérer un appui limité de la part de l'Etat⁵¹.

Les acteurs publics et confessionnels reconnaissent unanimement que l'hôpital remplit les obligations qui lui ont été assignées. Le seul 'bémol' signalé par l'autorité publique concerne la mauvaise maîtrise par l'hôpital (ou l'autorité confessionnelle) des procédures du MSP.

L'unanimité se fait cependant également sur le respect insuffisant des engagements de l'Etat, considéré comme la principale entrave à la mise en œuvre du contrat:

- Les subventions sont versées de manière irrégulière, leur montant reste limité et aucun budget d'investissement n'a jamais été accordé à l'hôpital en dépit de réclamations répétées. Il est frappant de constater que ces appuis, bien que déclarés par l'hôpital comme une motivation secondaire d'entrée dans le contrat, sont paradoxalement perçus comme principal niveau de dysfonctionnement de la relation. C'est à ce sujet que l'évêque et le médecin-chef déploient la plupart de leurs efforts (courriers, démarches auprès du DP, déplacements à Yaoundé, etc.) ;
- Si l'Etat affecte effectivement des ressources humaines à l'hôpital, celui se plaint de leur mauvaise qualité: le personnel est détaché sans concertation et bien souvent inadapté aux besoins réels ; on se plaint de son manque de professionnalisme ; enfin sa gestion pose problème dans la mesure où elle incombe au district et à la délégation provinciale ;
- Enfin si la reconnaissance officielle de HTok comme hôpital de district est induite par le protocole d'accord, elle n'a fait l'objet d'aucune déclaration officielle indépendante en dépit des réclamations effectuées notamment par le Médecin-chef auprès du MSP ;
- En termes d'organisation du district, la collaboration des CS avec l'hôpital reste mauvaise pour les activités de santé publique ;
- La relation souffre également de la lourdeur bureaucratique des mécanismes de l'Etat: les procédures sont complexes (notamment en matière de recouvrement des appuis financiers) et mal connues de l'hôpital.

⁴⁹ Dans la pratique, les mêmes difficultés sont reformulées d'année en année, sans trouver de solutions concrètes.

⁵⁰ Les acteurs du public tendent à penser au contraire que ces avantages constitueraient la première motivation des confessionnels.

⁵¹ La part des subventions de l'Etat dans le budget de HTok avoisine 10%.

Les effets perçus de la contractualisation apparaissent largement positifs du côté de la partie publique:

- La réduction des conflits à gérer ;
- La mise en place d'une base légale de collaboration et de dialogue avec le privé ;
- L'amélioration du système d'information sanitaire dans le district (meilleur niveau de transparence de l'hôpital ; qualité des informations fournies).

Pour la partie professionnelle ces changements résident principalement dans:

- L'acquisition d'une légitimité⁵² qui favorise le dialogue avec d'éventuels bailleurs ;
- L'allocation de ressources financières⁵³, de matériel (ad hoc) et les dotations en médicaments (programmes verticaux) qui en dépit de leur insuffisance constituent un 'mieux' appréciable. L'affectation de personnel par l'Etat a par ailleurs permis à l'hôpital de se doter d'un médecin et de trois infirmiers supplémentaires ;
- Un meilleur niveau de collaboration: l'hôpital dispose d'une meilleure visibilité sur les activités déployées par le 2^{ème} échelon ; le système de référence/contre référence a pu se mettre en place ; l'hôpital accède de plus aux réunions organisées au niveau provincial, à certains programmes de formation et est globalement intégré dans le système de santé provincial.

Plus négativement, l'hôpital fait mention de influence indésirable exercée sur le comportement et le moral du personnel professionnel (éthique professionnelle ; sentiments d'injustice vis-à-vis des différences de traitement) par l'introduction de personnel public.

⁵² Au statut d'hôpital de district s'ajoute celui d'unité de prise en charge (UPEC) dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA.

⁵³ 15 millions de FCFA de subventions, 14 millions de FCFA de cartons de crédit.

Conclusion

Le bilan contractuel Camerounais s'avère mitigé, à la fois porteur de signes encourageants et de signaux alarmants. L'atteinte dans le cas de Tokombéré du principal objectif du contrat (fonctionnalité de l'hôpital de district), est bien plus l'effet d'un phénomène de suppléance que de complémentarité entre les partenaires. L'hôpital de district fonctionne en dépit du non respect de ses engagements par l'Etat et à la faveur d'une situation exceptionnelle, marquée par l'accès régulier à des ressources extérieures. Le document contractuel garantit ici essentiellement le maintien d'un statut-quo.

Le non aboutissement du processus de décentralisation au Cameroun influence négativement le bilan contractuel:

- La politique de décentralisation ébauchée en 1996 n'a jamais été validée: les niveaux intermédiaire et local de responsabilité existent mais opèrent dans un contexte de forte centralisation de fait qui complique la gestion des relations ;
- La relation contractuelle, établie avec le niveau central, pâtit des contradictions existant entre les différents niveaux d'autorité: district et délégation provinciale jouent insuffisamment leur rôle de relais auprès d'un MSP dont la présence réelle dans la relation est pourtant de plus en plus distante ;
- Ce phénomène se traduit par une mauvaise circulation de l'information et le blocage du système de prise de décisions ; Les problèmes éventuellement rencontrés par l'hôpital dans le cadre de la relation contractuelle ne peuvent que difficilement être levés ;
- Dès lors, la qualité des relations interpersonnelles et le niveau d'implication et de compétences des individus continuent largement de déterminer la qualité de la relation contractuelle et de conditionner son évolution ;
- L'amélioration et l'optimisation de la mise en œuvre des relations contractuelles est donc partiellement tributaire de l'institutionnalisation et de l'opérationnalisation du processus de décentralisation (autonomie accrue des niveaux décentralisés notamment pour les questions liées aux ressources ; amélioration de la circulation de l'information).

Si la nécessité et les avantages théoriques de la contractualisation sont reconnus par l'ensemble des acteurs, ses mécanismes et sa mise en œuvre demandent encore à être améliorés:

- Le besoin de formation reste évident pour les responsables confessionnels et publics à tous les niveaux de la pyramide ; il est particulièrement essentiel pour le niveau périphérique dans la perspective du développement de nouveaux contrats et dans le but de l'initier aux développements actuels du cadre contractuel au niveau national ;
- Le cadre réglementaire - développé sous l'influence du C2D - ne prend pas en compte les protocoles signés antérieurement entre les Hôpitaux, diocèses ou ONGs et le MSP. Il reste indispensable de réfléchir à la possibilité et aux moyens d'intégrer ces expériences dans la nouvelle stratégie partenariale, notamment au travers de leur réactualisation et de leur adaptation aux formats développés. Hors cadre, les acteurs PBNL des protocoles existants (HTok par exemple) risquent en effet de rencontrer des difficultés croissantes à trouver des réponses structurelles des problèmes rencontrés ;
- Les notions de performance introduites par la nouvelle stratégie partenariale et les modèles de conventions constituent en la matière une amélioration dont pourraient bénéficier avec profit les protocoles préexistants ;

- L'intégration de l'ensemble des contrats au cadre national reste conditionnée par l'amélioration de leur traçabilité: à l'heure actuelle, aucune instance - publique ou confessionnelle - ne semble capable d'en fournir le décompte exact en raison notamment de la multiplication des autorités de tutelle ;
- Le financement de la stratégie partenariale (et contractuelle) est actuellement portée par les fonds du C2D (5 ans): au-delà des 5 ans de ce projet se pose potentiellement la question de la pérennité et du développement de l'initiative, notamment pour sa phase opérationnelle.

Tanzanie

Hôpital de
Nyakahanga

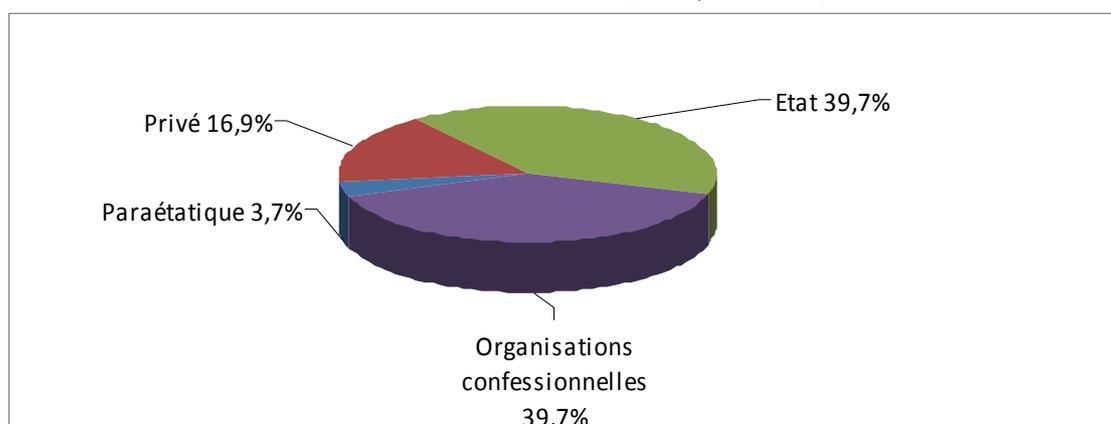


Contexte général

PLACE DE L'EGLISE DANS L'OFFRE DE SOINS

A l'Indépendance en 1961, la moitié des hôpitaux étaient détenus par les missionnaires. Au vu des statistiques les plus récentes, le secteur privé à but non lucratif (*voluntary sector*) - dont les confessionnels constituent l'immense majorité - apparaît comme le deuxième prestataire de services de santé dans le pays derrière l'Etat. Le *voluntary sector* détient 17,7 % des infrastructures sanitaires (contre 64,2% pour l'Etat), mais 39,7% des hôpitaux, à part égale avec le Ministère de la Santé. Au total, 41% des lits d'hôpitaux officiellement recensés appartiennent à des structures généralement confessionnelles, faisant de ces dernières un complément incontournable à l'offre de soin du secteur public.

Figure 2. Répartition des hôpitaux par type de propriétaire -
Tanzanie continentale 2004-05 ((MoH, ASA 2006)



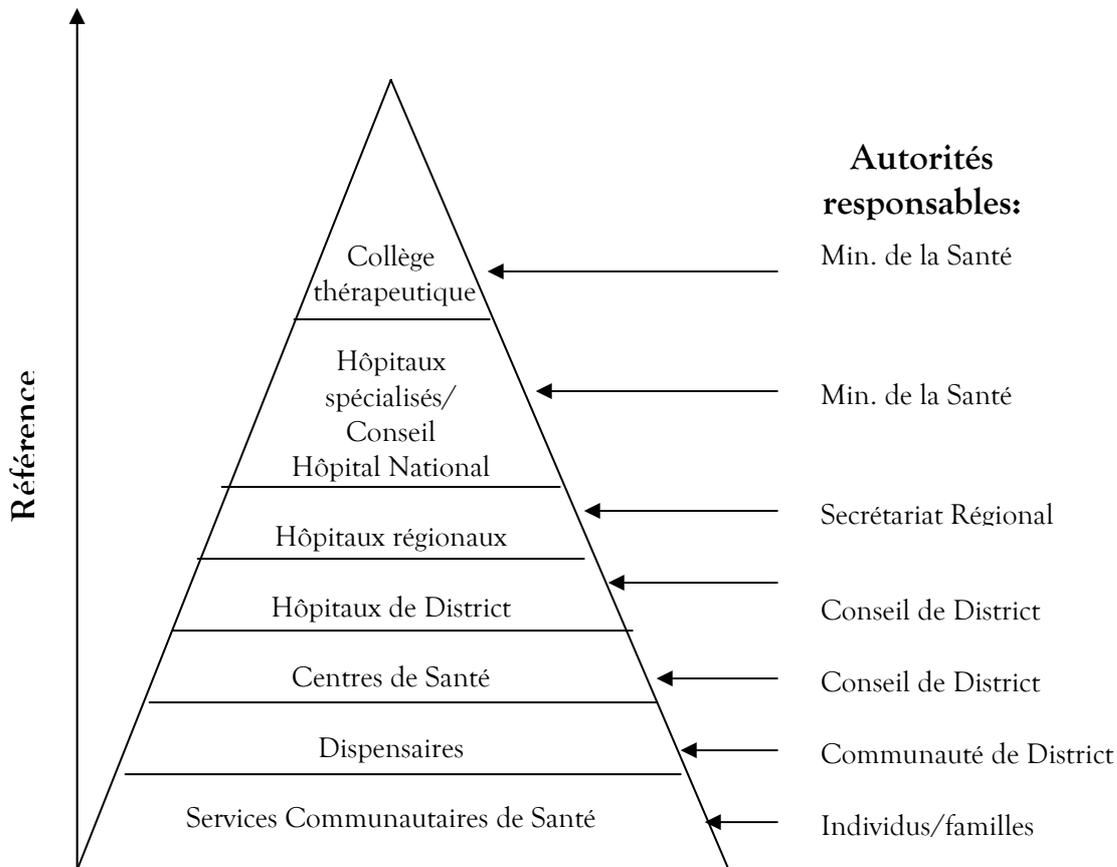
CONTEXTE PARTENARIAL ET CONTRACTUEL AU NIVEAU CENTRAL⁵⁴

Le rapprochement amorcé dès la période coloniale en Etat et Eglises s'est poursuivi au travers de l'implication de certaines autorités religieuses dans la théorisation de l'Indépendance et la reconnaissance des mouvements d'émancipation. Il culmine à l'Indépendance sous Nyerere. L'interprétation particulière du socialisme (*Ujamaa*) à l'œuvre alors dans le pays jette les bases d'une relation plus étroite en maintenant notamment les libertés religieuses parallèlement à un renforcement du contrôle de l'Etat. Ce système - bien que générateur de tensions sur le terrain - marque l'origine d'un *modèle Tanzanien* de collaboration entre Eglise et Etat qui s'est maintenu dans les esprits jusqu'à nos jours. C'est entre autres la validité de ce concept que la présente étude de cas se propose de questionner.

Dans le domaine de la santé, la collaboration entre Etat et Eglises repose sur la reconnaissance du rôle essentiel joué par les structures sanitaires confessionnelles (rurales, implantées dans des zones enclavées) dans la couverture du territoire. Cette reconnaissance, d'abord officieuse est un corollaire de l'adoption, en 1967, d'une politique de Soins de Santé Primaires (déclaration d'Arusha). Elle culmine en 1972 avec l'adoption d'un modèle décentralisé et pyramidal de système de santé et le développement d'un modèle de contrat érigeant certaines structures hospitalières confessionnelles au rang d'hôpital de district: le *District Designated Hospital Agreement* (DDH).

⁵⁴ Cf figure 4.

Figure 3. Organisation du système sanitaire Tanzanien.
(Source :MOSW, Tanzanie. www.moh.go.tz)



L'objectif principal pour le MSP est de pallier au manque de structures publiques, dans le souci conjoint d'éviter toute duplication là où l'Eglise dispose d'hôpitaux. Ce statut permet aux structures confessionnelles éligibles d'accéder à un appui de l'Etat pour leurs frais de fonctionnement (*current expenditures*) y compris la prise en charge salariale du personnel qualifié. Seuls les investissements et le recrutement de personnel restent à la charge des propriétaires (Diocèse, congrégation). La relation des premiers DDH s'établit avec le niveau central d'autorité (MSP), parfois sans signature immédiate de contrat: tel est le cas de l'hôpital de Nyakahanga auquel s'intéresse plus spécifiquement cette étude.

Les Eglises⁵⁵ négocient en 1992 un agrément (*Memorandum of Understanding*, MoU) avec le nouveau Gouvernement Tanzanien. Ce document reconnaît officiellement le rôle joué par les Eglises dans le domaine de la santé, institue le principe d'un appui financier supplémentaire par le partage des sources de financement extérieures et garantit les organisations contre de futures entreprises de nationalisation⁵⁶. Le MoU valide également la création de la nouvelle plateforme sociale chrétienne sous le nom de *Catholic Social Services Commission* (CSSC). A la même époque, le concept de partenariat public privé fait son entrée officielle dans le secteur de la santé: la première Politique Nationale de Santé (PNS, 1990) institue le principe d'une coopération avec le secteur privé, renforcé au travers de la PNS de 2003 et de la stratégie du sectorielle (2003-2008) et de la création progressive d'organes de spécifiques (forum partenarial national, groupe technique PPP et cellule partenariale au niveau du MSP).

⁵⁵ Protestants du *Christian Council of Tanzania*, CCT et Catholiques de la *Tanzania Episcopal Conference*, TEC).

⁵⁶ De nombreuses nationalisations de structures privées confessionnelles ont eu lieu entre 1967 et 1970: structures éducatives essentiellement, mais également quelques hôpitaux, dont le *Kilimanjaro Christian Health Center* (KCHC).

Ces dernières années ont finalement vu le développement de nouveaux modèles de contrats, en partenariat avec les partenaires privés⁵⁷:

- En 2005, la révision du modèle de contrat DDH en conformité avec la politique de décentralisation (signature au niveau du District) ;
- En 2007 a été introduit un nouveau type de contrat opérationnel (*Service agreement*, SA) applicable en principe à toute structure sanitaire -privée ou publique- délivrant des services dans le cadre d'une mission de service public. Ce nouveau contrat concerne principalement les structures confessionnelles (*Voluntary Agencies*, VA) à l'exception des DDH.

De son côté, CSSC a engagé un processus de décentralisation au travers de 5 coordinations zonales. Ces coordinations développent un système décentralisé de forums partenariaux au niveau régional, avec l'objectif de pousser ultérieurement le mouvement jusqu'au niveau des districts.

Il n'en reste pas moins qu'à ce jour, la Tanzanie ne dispose ni de documents spécifiques ni de politique partenariale, ni de politique contractuelle.

Hôpitaux confessionnels en Tanzanie: Voluntary Agencies (VAs) et District Designated Hospitals (DDH)

Toute structure sanitaire privée à but non lucratif dûment enregistrée auprès du Ministère de la Santé Publique⁵⁸ est en principe inscrite sur la carte sanitaire nationale. Au sein de ce groupe, les hôpitaux peuvent en outre prétendre à un appui direct de l'Etat.

On distingue en la matière trois cas de figure:

- Les VAs dont relève a priori tout hôpital confessionnel assermenté. Ces VAs ne sont potentiellement concernées par la contractualisation que depuis 2007 et la création des contrats opérationnels (SA), définissant une série de critères de fonctionnement assortis de bénéfices étatiques tributaires de l'atteinte des objectifs fixés (indicateurs de performance). En l'absence de SA, les VAs ne peuvent prétendre qu'à un appui étatique limité, au travers d'une part du Basket Fund géré par le gouvernement local ;
- Les DDH, c'est-à-dire des VAs officiellement désignées (contrat) par le Ministère de la Santé Publique comme structures de référence de District. Les DDH bénéficient à la fois 1) d'un Block Grant du Ministère de la Santé et 2) d'une part du Basket Fund local ;
- Le réseau confessionnel comporte également deux hôpitaux de référence nationale⁵⁹.

CARACTÉRISTIQUES DU CAS SÉLECTIONNÉ

L'étude de cas Tanzanienne est essentiellement construite sur l'exemple de Nyakahanga District Designated Hospital (NDDH). NDDH est un Hôpital du réseau évangélique Luthérien (*Evangelical Lutheran Church of Tanzania*, ELCT) situé au Nord Ouest de la Tanzanie (lac Victoria) dans la Région de Kagera, District de Karagwe, à proximité de la petite ville de Kajanga. La région de la Kagera est un cas à part en Tanzanie puisque les structures sanitaires confessionnelles y sont majoritaires: 10 des 13 hôpitaux (2005) appartiennent à l'Eglise, chiffre qui recouvre par ailleurs la totalité des centres de référence de district⁶⁰. Seule la région de Kilimandjaro présente une répartition comparable, quoique la 'domination' de l'Eglise y soit moins affirmée.

Créé en 1912 comme simple poste d'aide de secours, l'hôpital Nyakahanga, seul établissement hospitalier du district, opère comme structure de référence dès 1972, quoique d'abord informellement: le contexte, le spectre récent de la vague de nationalisations et la

⁵⁷ CSSC pour le secteur confessionnel.

⁵⁸ *Registry of Private Hospitals*, MSP.

⁵⁹ KCMC pour le Nord du pays et *Bugando Medical Centre* (BMC) pour l'Ouest. Ces deux structures sont des émanations de l'Eglise catholique.

⁶⁰ Voir tableau ci-dessous (Distribution des hôpitaux et CS par région et par propriété): on notera la répartition des hôpitaux entre Gouvernement et VAs sur les régions de Kagera et Kilimanjaro.

crainte d'une main mise de l'Etat expliquent sans doute que les autorités de l'Eglise aient à l'époque refusé de s'engager par contrat. Celui ne sera signé entre le Diocèse de Karagwe et le Ministère de la Santé qu'en 1992, au terme d'une phase rencontres régulières entre autorités de l'Etat et de l'Eglise.

Le modèle de contrat a été signé sans amendements ni révisions. Le bon climat d'entente entre le Diocèse et le MSP qui caractérise la période, l'expérience positive de la phase de partenariat informel et les échanges précédant la signature semblent expliquer le changement de position de l'Eglise. Le fond et les modalités de la relation contractuelle n'ont pas changé, bien plutôt le climat: la base de confiance requise est désormais acquise. Il semble par ailleurs que l'Eglise, soucieuse de pérenniser le statut de NDDH et les avantages qui lui sont liés comprenne l'avantage que représente une légalisation de la situation.

Deux autres DDHs - Sengerema et Tosamaganga - ont par ailleurs été pris en considération, dans le souci de tester la représentativité du cas de NDDH et d'élargir le cadre de l'étude. Il nous semble important d'en présenter également les caractéristiques principales, bien que les contrats de ces hôpitaux n'aient été abordés qu'au travers d'une interview unique⁶¹.

L'hôpital Catholique de Sengerema est situé dans le district du même nom et la Région de Mwanza, dans la zone du Lac Victoria. Il est la propriété du Diocèse de Geita. Cet hôpital a été fondé en 1959 par deux congrégations Néerlandaises⁶². Il est élevé au rang d'hôpital de district (DDH) en 1976, lors de la création même du district de Sengerema. C'est probablement de cette même année que date le contrat de l'hôpital, quoi qu'il ne nous ait pas été possible d'en obtenir la copie (l'original se trouve au Diocèse, l'hôpital n'en dispose pas). La base sur laquelle s'est fondée l'agrément est celle des excellentes relations que l'hôpital semble toujours avoir entretenu avec l'autorité publique, tant au niveau central que local.

Le rôle des congrégations reste important dans l'hôpital, avec un Médecin-Chef membre de la Congrégation de femmes fondatrice de l'hôpital. Le médecin-chef étant une expatriée, l'hôpital bénéficie encore à l'heure actuelle de contacts étroits avec des organisations et des particuliers en Europe et bénéficie ainsi de multiples sources d'appui⁶³. L'hôpital dispose officiellement de 244 lits, ce nombre ayant en réalité été porté à 281 avec l'ouverture d'une nouvelle maternité en 2007.

⁶¹ Avec leurs Médecins-Chefs respectifs.

⁶² 1) *Brothers of Mercy of St. Joannes de Deo* et 2) *Sisters of Charity of St. Charles Borromeo*.

⁶³ Parmi les plus importantes: Cordaid (Pays-Bas), Danida (Danemark), Fondation Blankendaal, AMREF et plus récemment CRS dans le cadre du programme *AIDS Relief* (PEPFAR).

Tableau 1. Distribution des hôpitaux et CS par région et par propriétaire (2004-05)
(Source: Annual Statistical Health Abstract, 2006)

Région	Hôpitaux					Centres de Santé				
	Gvt	OCs	Par	Privé	Total	Gvt	OCs	Par	Privé	Total
Dodoma	5	2	0	0	7	18	2	0	1	21
Manyara	4	2	0	0	6	4	7	0	0	11
Arusha	3	7	1	1	12	16	5	2	6	29
Kilimanjaro	5	9	1	3	18	21	4	1	6	32
Tanga	5	4	0	3	12	18	7	0	0	25
Morogoro	5	4	1	2	12	21	5	3	2	31
Coast	5	1	1	0	7	15	1	0	1	17
Dar es Salaam	4	2	2	19	27	5	7	2	9	23
Lindi	5	3	1	0	9	13	1	0	1	15
Mtwara	4	1	0	0	5	12	2	0	0	14
Ruvuma	3	5	0	0	8	8	3	0	0	11
Iringa	5	6	0	4	15	19	14	1	0	34
Singida	3	6	0	0	9	11	2	0	1	14
Mbeya	6	8	0	2	16	20	7	0	1	28
Tabora	4	3	0	0	7	12	2	0	1	15
Rukwa	2	1	0	0	3	20	8	0	0	28
Kigoma	3	2	0	0	5	13	4	1	0	18
Shinyanga	5	1	1	1	8	23	2	0	1	26
Kagera	2	10	0	1	13	17	11	0	2	30
Mwanza	6	6	0	1	13	32	3	0	4	39
Mara	3	4	0	0	7	13	4	0	3	20
Total	87	87	8	37	219	331	101	10	39	481

Légende:

Gvt: Gouvernement
OCs: Voluntary Agencies/organisations confessionnelles
Par: Para-étatique

L'hôpital Catholique de Tosamaganga⁶⁴ se situe dans le district d'Iringa et la région du même nom. Il s'agit d'une structure de 164 lits, gérée par deux congrégations missionnaires féminines sous l'autorité du Diocèse d'Iringa. Cette structure a fonctionné jusqu'à une date très récente comme simple *voluntary agency*. L'absence d'hôpital dans le district a néanmoins conduit l'Etat à accorder à l'hôpital Catholique le statut de *Council Designated Hospital*⁶⁵ (CDH) en juillet 2007, sur la base du nouveau modèle de contrat développé en 2005. Ce contrat a été signé avec le gouvernement local ce qui en rend la comparaison avec la situation à l'œuvre à Nyakahanga d'autant plus intéressante.

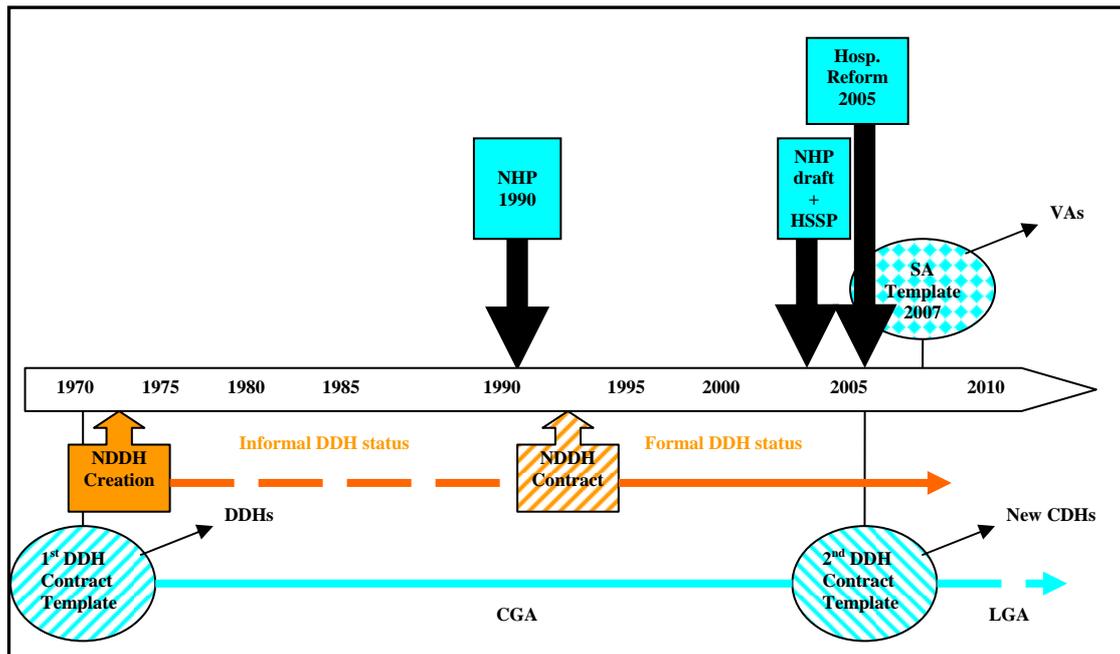
Les exemples de Tosamaganga et Sengerema montrent en l'occurrence que le contexte peut exercer une influence importante sur la destinée des relations contractuelles. A Sengerema, la qualité des relations établies au niveau du district permet de lever une partie des difficultés que rencontre NDDH. Aussi l'hôpital, par ailleurs bénéficiaire de ressources extérieures a-t-il un jugement beaucoup positif de sa relation avec l'Etat: cette situation démontre cependant à quel point les relations interpersonnelles continuent de dominer le débat et de déterminer les chances de succès des relations mises en place. Le contrat en lui-même, dont Sengerema ne possède pas même la copie - ne joue ici qu'un rôle secondaire. La situation de Tosamaganga est plus difficile à évaluer, en raison du caractère récent de la

⁶⁴ La date de fondation nous est inconnue, mais Tosamaganga est un ancien poste de mission dont la création est bien antérieure à l'Indépendance.

⁶⁵ Nouvelle dénomination remplaçant celle de *District Designated Hospital* dans le cadre du modèle de contrat révisé (2005).

relation: l'accès au statut de DDH constitue un mieux très appréciable pour cette structure qui, auparavant simple *voluntary agency*, ne bénéficiait que d'un appui extrêmement limité de l'Etat. Plus de recul serait nécessaire pour pouvoir effectivement juger de la qualité de la relation contractuelle. NDDH s'avère - en dépit du caractère clairement plus négatif de ses relations avec le secteur public - cependant largement représentatif des difficultés actuellement rencontrées par un nombre croissant de DDHs et largement exprimées dans le cadre de la réunion de la *Tanzania Christian Medical Association* de septembre 2008.

Figure 4. Le processus contractuel en Tanzanie



LEGENDE

- CDH Council Designated Hospital
- CGA Central Government Authority
- DDH District Designated Hospital
- HSS Health Sector Strategy
- LGA Local Government Authority
- NDDH Nyakahanga District Designated Hospital
- NHP National Health Policy
- SA Service Agreement
- VA Voluntary Agency



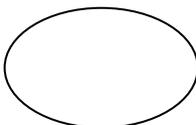
Documents ou intervention MSP



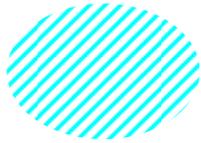
Document niveau hôpital



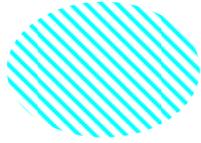
Relation contractuelle entre
Gouvernement local et structure confessionnelle



Modèles de contrats



Relation contractuelle entre Ministère de la Santé et DDH



Relation contractuelle entre gouvernement local et DDH



Relation en cours



Relation formelle



Relation informelle

Résultat des interviews et de l'analyse documentaire

NIVEAU CENTRAL

Les principales étapes chronologiques du processus de formalisation des relations entre Eglise et Etat ont été abordées dans l'esquisse du contexte partenarial. Le contexte réglementaire ne comporte en tant que tel aucun document cadre de politique contractuelle: les principes en sont distillés dans une série de documents isolés (PNS, Stratégie du Secteur Sanitaire, Politique de décentralisation, etc.) et parfois contradictoires. Les modalités de coopération sont donc pour l'essentiel définies au niveau opérationnel, au travers des trois modèles de contrats destinés à gouverner les relations entre prestataires de services hospitaliers et Etat.

Le Modèle de contrat DDH (1972?)

Nous renvoyons ici à l'analyse du contrat de l'hôpital de Nyakahanga, dans la mesure où le modèle vaut sans autre forme d'amendement pour l'ensemble des *District Designated Hospitals* créés avant 2005. La date exacte de ce modèle est difficile à préciser, mais remonte sans doute à 1972 soit 7 ans après la création des premiers DDHs. Il convient d'en déduire que le concept et son application sont sans doute antérieurs à sa formalisation ; les premières expériences ont donc sans doute été développées sur la base de relations informelles, du type *gentlemen's agreement*.

Le modèle de contrat CDH (2005)

Ce nouveau modèle est le fruit du travail du Groupe Technique PPP (PPP-TG) et répond partiellement à la nécessité de réadapter les contrats DDH à l'évolution de la Politique de Santé et l'adoption de nouvelles options réglementaires. Le principal changement concerne l'adaptation du modèle au contexte de décentralisation sanitaire: en ce sens, les autorités locales de gouvernement sont désignées comme représentants de l'autorité publique en lieu et place du Ministère de la Santé. La dénomination des hôpitaux est également modifiée dans ce sens sous le vocable de *Council Designated Hospitals* (CDH), en ligne avec les nouvelles subdivisions administratives.

Certaines améliorations significatives sont apportées:

- Le modèle inclut une définition des principaux concepts auxquels le corps du document se réfère ;
- Le principe de suivi/évaluation est mentionné, quoique sans en indiquer précisément les modalités et les responsables (référence à la 'législation en vigueur') ;
- La composition de l'équipe cadre des organes représentatifs (le *Hospital Committee* notamment, qui vient remplacer l'ancien *Board of Governors*) ;
- La base de calcul des salaires pris en charge par l'Etat est précisée (cadre de 1999, éventuellement amendé) ;
- Les obligations de rapport sont quelque peu précisées pour l'hôpital, sans toutefois en préciser les modalités ;
- La législation en vigueur et les principes de résolution des conflits sont mentionnés, quoique superficiellement.

Pour le reste, le document reste en grande partie une copie du modèle initial de contrat dont il reprend la structure, l'essentiel du libellé et part conséquent les défauts. Sa révision, quoi qu'envisagée, n'a pas été abordée pour l'heure. En outre, aucun des agréments DDH signés avant 2005 n'a à notre connaissance fait l'objet d'une révision conforme au nouveau modèle de contrat.

Le Modèle de contrat de service (Service agreement, SA) (2007)

Egalement fruit de la coopération de l'Etat, de l'Eglise et des autres partenaires du Gouvernement dans le cadre du PPP-TG, ce modèle est opérationnel depuis 2007. Il constitue une évolution fondamentale dans le contexte de collaboration entre Etat et autres prestataires de services de santé, en envisageant pour la première fois la formalisation des relations entre Etat et VAs sur la base d'un contrat de service. Les textes prévoient que le texte puisse s'appliquer aux relations entre autorité publique et structures publiques de santé.

Nous avons ici à faire à une considérable amélioration en termes de forme et de complétude du contenu: le modèle développé se distingue profondément des contrats DDH et CDH, en prenant en compte et corrigeant l'essentiel de leurs lacunes et de leurs vices de forme:

- Le document fait une référence claire aux documents cadre gouvernant la relation. Il comporte de nombreuses annexes offrant la possibilité d'un recours immédiat à ce cadre réglementaire ;
- Il est précédé d'une introduction faisant mention des objectifs, des modalités d'utilisation et des bénéfices attendus de l'agrément ;
- La durée du contrat est définie et ses conditions d'extension ou de rupture sont également abordées ;
- Les responsabilités des différentes parties sont clairement définies, notamment pour les questions relatives à la gestion du contrat ;
- Le texte principal de l'agrément est complété par 6 annexes détaillant 1) Le détail des services attendus de la structure sanitaire signataire, 2) Les conditions de production de ces services et la définition de leur tarification, 3) Le niveau de qualité attendu et les normes qui leur sont applicables, 4) Le détail des modalités de gestion du contrat, 5) les modalités de financement (détail des coûts pris en charge par l'Etat et mention des autres ressources utilisables) et 6) La question des exemptions de paiement prévues pour les patients et les modalités de remboursement des prestataires de service.

Le changement le plus significatif introduit par le SA réside dans l'introduction d'un système précis de suivi et d'évaluation assorti de critères de performances. Il marque donc le passage de relations fondées sur la confiance mutuelle à un système organisé, encadré et professionnalisé, appuyé sur une base légale très largement inspirée des contrats de performance. Il prévoit également la prise en charge des frais de fonctionnement des VAs concernées. Ce modèle est pour l'heure expérimenté dans un nombre très limité de structures et exclut les DDH et CDH. Il porte donc le risque de voir se développer un système à deux vitesses à défaut d'une harmonisation rapide des modèles de contrat en vigueur.

Le cadre réglementaire Tanzanien s'est progressivement renforcé au cours de ces dernières années: en témoignent la mise en place des nouveaux modèles de contrat CDH et la mise en place des SA. Ces modèles de contrat sont les principaux instruments de la relation et nous avons vu quelles limites devaient leur être imputées. Il n'existe cependant aucun document cadre spécifique, ni en matière de politique partenariale, ni en matière de politique contractuelle: les principes du partenariat sont distillés dans les documents de politique nationale et la stratégie sectorielle ; aucune convention-cadre ne gouverne la relation entre Etat et professionnels: l'ensemble des efforts déployés au niveau central s'est concentré sur le développement de modèles de contrat opérationnels (DDH, CDH et SA). Les outils de la dynamique partenariale résident donc dans les forums réunissant partenaires publics et professionnels: principalement le *Joint Annual Health Sector Review* (JAHSR) et le groupe technique PPP. C'est dans ce cadre que se matérialise la participation du secteur professionnel à l'élaboration de la politique de santé, que sont partagées les informations et que sont développés certains documents-clé⁶⁶.

⁶⁶ Le document '*Strengthening PPP in Tanzania*' (2007) en est un des exemples récents: il a été publié sous l'égide commune du MSP, de CSSC, de TGPSH et de l'APHFTA (*Association For Private Health Facilities in Tanzania*) au sein du Groupe Technique PPP.

La part de l'Eglise dans les prises de décisions au niveau central est active, principalement au travers du travail de communication et de plaidoyer mené par CSSC auprès des autorités de l'Etat. Cette action a notamment permis la prise en compte de la problématique des VAs⁶⁷ au travers de la création du modèle de contrat de service (SA). De manière générale, CSSC est invité à participer à toute réunion importante relative au secteur sanitaire. Inversement, la participation de l'Etat aux réunions annuelles de la *Tanzania Christian Medical Association* (TCMA) constitue pour les VAs, DDHs et CDHs une occasion de porter l'attention du MSP sur leurs difficultés.

L'évolution positive, le renforcement des structures de concertation au niveau central attestent de la bonne santé générale de la relation, attestée par les acteurs tant du secteur public que du secteur confessionnel. La reconnaissance de l'apport de l'Eglise dans le secteur de la santé est acquise de longue date au niveau du MSP et se manifeste notamment au travers des efforts consentis par l'Etat en termes d'appui financier. Ainsi, la part du budget de la santé consacré à ce secteur est l'une de celles qui croit le plus rapidement.

Pour le secteur confessionnel (CSSC et les autorités religieuses catholiques et luthériennes), l'avenir semble également devoir passer par le renforcement progressif de la relation. Le bon fonctionnement du groupe technique PPP compense en ce sens la faiblesse de la cellule PPP du MSP, difficile d'accès et peu encline à recevoir les doléances d'un secteur dont elle remet la légitimité en jeu. L'attitude négative de cet organe contraste d'ailleurs largement avec le discours positif tenu par le reste des instances du MSP.

Au total, les difficultés exprimées concernent essentiellement les réponses apportées à la situation prévalant au niveau périphérique et plus particulière aux difficultés financières et opérationnelles grandissantes dans le cadre desquelles doivent opérer les structures confessionnelles: problèmes rencontrés dans la prise en charge du personnel⁶⁸ et mouvements de 'fuite' du personnel confessionnel vers les structures publiques⁶⁹ notamment.

NIVEAUX INTERMÉDIAIRE ET PÉRIPHÉRIQUE

Le processus de formalisation s'est déroulé pour Nyakahanga en deux étapes principales ; la première (1972-1992) correspond à l'obtention par l'hôpital du statut de DDH, qui l'autorise, hors de tout contrat, à fonctionner comme hôpital de district en bénéficiant des avantages prévus par l'Etat ; la deuxième (1992-?) voit la légalisation du statut par voie de contrat. Dans les deux cas de figure, l'initiative appartient à l'Etat mais rencontre l'assentiment de l'Eglise, modéré en 1972, plein et entier en 1992.

Le document contractuel de Nyakahanga, qui date de 1992⁷⁰, n'a jamais fait l'objet d'une révision. Il pose trois types de problèmes, dont i) le premier consiste en des défauts de forme et de contenu. Le document présente en effet de nombreuses redondances et se caractérise de façon générale par l'absence d'organisation logique (succession d'articles). En termes de contenu, le modèle se caractérise par de nombreuses lacunes:

- Les concepts utilisés dans le corps du document ne sont pas définis ;
- Il n'est pas fait de référence précise au cadre politique applicable ;
- La question de la résolution des conflits n'est pas abordée, la loi applicable n'est pas mentionnée ;
- Les responsabilités (personnes, mécanismes) sont mal définies ;
- Il n'est pas prévu de système de suivi-évaluation (instruments et mécanismes); les obligations de rapportage et d'information ne sont pas mentionnées ;

⁶⁷ Ces structures, qui dépendent entièrement de leurs fonds propres et d'appuis externes pour leur fonctionnement connaissent des difficultés de trésorerie grandissantes.

⁶⁸ Les augmentations de salaire votées au niveau central tendent par exemple à être répercutées tardivement au personnel confessionnel employé dans les DDH. La charge salariale repose entièrement sur les structures dans le cas des VAs, sauf pour celles - encore très rares - ayant pu signer un contrat de service (SA) avec l'Etat.

⁶⁹ Motivés notamment par le grand décalage existant en matière d'assurance retraite (*terminal benefits*) entre les deux secteurs.

⁷⁰ Voir Tome II, annexe 5.

- La durée du contrat est indéterminée et ses conditions de révision insuffisamment précisées ;
- Le coût des services et la question de leur prise en charge (mécanismes, formules, etc.) sont insuffisamment détaillées ;
- La question des ressources humaines (prise en charge) n'est que superficiellement abordée.

Le document, vieilli, demande par ailleurs à être révisé, compte tenu de certaines évolutions:

- Les hôpitaux confessionnels perdent un nombre croissant de personnels au profit des structures sanitaires du secteur public: la question des ressources humaines demande donc à être ré-abordée ;
- Les fonds de couverture sociale (NSSF, NHIF, PPF etc.) n'ont été créés qu'après la signature du contrat: le contrat n'aborde donc pas la question de l'égalité de traitement entre fonctionnaires et personnels du secteur privé à but non lucratif ;
- Le développement des activités, la croissance de l'hôpital et de sa population cible demanderaient une révision des termes financiers du contrat et du niveau d'appui du gouvernement.

Enfin, Nyakahanga est un DDH de première génération. A ce titre:

- Le signataire public du contrat est le Ministère de la santé. Dans le contexte de décentralisation des pouvoirs les mécanismes reliant l'hôpital au secteur public sont donc dépassés et générateurs de dysfonctionnements ;
- Les contrats DDH postérieurs à 2007 (par exemple celui de l'hôpital de Tosamaganga) ont été signés avec les gouvernements locaux et sont donc mieux adaptés à la situation actuelle ;
- Aucun DDH de 'première génération' n'a à ce jour signé de contrat révisé, conforme au modèle de 2005: Nyakahanga n'échappe pas à cette règle.

Le contrat devrait en lui-même constituer l'outil le plus important de la relation contractuelle. Mais l'hôpital n'ayant disposé d'aucune copie jusqu'à une date récente, le document n'a pu remplir sa fonction de cadre de référence. Nous en avons par ailleurs vu les limites. Le *Board of Governors* (BOG) constitue par conséquent l'instrument principal de suivi de la relation, même si ses attributions ne sont pas celles d'un comité de pilotage du contrat. Il réunit en principe quatre fois par an l'équipe cadre de l'hôpital, l'autorité religieuse et les représentants du gouvernement local (DMO), du niveau intermédiaire (RMO) et de l'autorité centrale. Son propos est d'assurer le respect conjoint de la Politique Nationale de Santé et des principes régissant la structure confessionnelle. Il est la seule occasion de confronter les différents niveaux d'autorité publique et confessionnelle et d'aborder de manière structurelle les problèmes inhérents et les moyens de les lever. Si son efficacité est attestée par les témoins historiques pour la première période de la relation (1992-2000), son rôle tend à être diminué aujourd'hui par une série de facteurs:

- Le BOG ne se réunit qu'une fois par an, faute de moyens⁷¹ ce qui limite considérablement sa capacité de suivi⁷² ;
- La représentation du niveau central est systématiquement déléguée au niveau intermédiaire. Le contrat étant soumis à l'autorité directe du MSP avec lequel il a été signé, il s'avère très difficile de résoudre les difficultés relevant de sa décision. Les niveaux intermédiaire (RMO) et périphérique refusent en effet de se substituer au MSP et jouent imparfaitement leur rôle de courroie de transmission vers le niveau central⁷³ ;

⁷¹ La prise en charge des participants repose intégralement sur le budget de l'hôpital.

⁷² Le dernier *Council Comprehensive Health Plan* (CCHP) prévoit néanmoins de consacrer à l'avenir une part du *Basket Fund* au financement de ces réunions.

⁷³ La communication entre niveau intermédiaire et central s'effectue en outre indirectement, par le canal du PMORALG (*Prime Minister's Office for Regional Administration and Local Government*).

- Les problèmes relevant directement des niveaux local et intermédiaire (questions n'impliquant pas d'autres ressources financières que celles gérées par le niveau district dans le cadre du *Basket Fund*) semblent quant à elles être traités sans encombre.

Les seuls autres instruments de suivi résident dans le système de supervisions de routine du niveau central, chargées de contrôler la réalisation du PMA:

- Les supervisions de l'équipe cadre de district sont malheureusement erratiques et limitées en portée: les visites sont courtes, s'attachent exclusivement à la vérification des documents administratifs et financiers de la structure et ne font l'objet que d'un rapport oral. Elles sont globalement considérées comme inutiles par le staff de l'hôpital ;
- Les supervisions du niveau central se limitent aux activités déployées dans le cadre des programmes verticaux. Elles se limitent également à l'analyse des documents de routine et ne font l'objet d'aucun rapport auprès de l'hôpital.

L'équipe cadre de l'hôpital a une perception relativement négative de sa relation avec les autorités de district, rejoins en cela par l'évêque. Les relations avec les instances techniques (bureau du DMO) sont assez bonnes, mais leurs effets concrets sont limités par le rôle des autorités administratives dont l'agenda est plus proprement politique. Dans les faits, de nombreuses décisions prises par ces dernières tendent à favoriser le secteur public de la santé au détriment du DDH, parfois contre l'avis du DMO dont l'autorité reste limitée. Le sentiment domine chez les professionnels de ne pas être entendus, notamment sur la question du manque de moyens financiers et humains. Les manquements pointés par les supervisions de l'ECD augmentent ici le sentiment de frustration. De manière générale, l'hôpital compte plus sur le rôle d'interface de CSSC auprès de l'autorité centrale pour l'apport de réponses structurelles aux difficultés rencontrées.

Les entretiens réalisés avec les autorités techniques et administratives confirment largement les problèmes posés. Le discours des autorités administratives témoigne d'une grande méconnaissance (feinte?) des difficultés rencontrées par l'hôpital. L'analyse positive qu'elles font de la qualité de la relation de partenariat est également révélatrice du décalage en jeu. Le DMO témoigne d'une vision largement plus nuancée de la situation: il reconnaît les difficultés existantes tout en soulignant l'incapacité du district à y répondre: dans l'esprit de la partie publique c'est au niveau central d'apporter les réponses nécessaires, dans la mesure où c'est avec le MSP - et non avec le district - que le contrat régissant le statut de NDDH a été signé.

Les professionnels déplorent par ailleurs l'absence de feedback donné par les différents niveaux de l'autorité publique - notamment centrale - aux rapports fournis. Le problème se pose plus particulièrement à propos du budget prévisionnel fourni annuellement par l'hôpital. Il est renforcé en ce que le montant des allocations finalement attribuées n'est pas communiqué. Celles-ci étant en pratique largement inférieures aux besoins exprimés et versées de manière très irrégulière, l'hôpital se voit dans l'impossibilité d'appliquer le budget initialement prévu. La situation de tension financière qui en résulte est renforcée par le grand nombre d'exemptions⁷⁴ prévues par la législation sanitaire et pour lesquelles n'existe aucun système de compensation financière⁷⁵. Ces exemptions concernent à NDDH près de 75% des patients pris en charge.

Les approvisionnements en médicaments dont NDDH devrait bénéficier de la part du MSP. sont de leur côté limités par les fréquentes ruptures de stock de la Pharmacie Centrale (MSD)⁷⁶. En pratique NDDH se voit donc contraint d'effectuer des achats locaux extrêmement coûteux qui absorbent les ressources fournies dans le cadre du *Basket Fund* et engagent une part non négligeable des fonds propres de l'hôpital. Ces médicaments doivent être vendus aux patients, tandis que les produits pharmaceutiques de MSD leurs sont dispensés à titre gratuit.

⁷⁴ VIH-Sida, Tuberculose, paludisme, maladies chroniques, etc. Les patients traités pour ces affections doivent être pris en charge gratuitement.

⁷⁵ Seuls les médicaments sont théoriquement pris en charge.

⁷⁶ *Medical Stores Department*.

La situation bute sur l'incompréhension des bénéficiaires et contribue à entacher la réputation de la structure.

Ces divers éléments ne sont pas sans conséquences:

- L'hôpital connaît une situation de tension financière grandissante (déficit en 2007 et 2008) ;
- Les ressources financières disponibles sont mobilisées pour assurer la prise en charge au détriment d'une politique régulière d'investissements. Cette contrainte pèse à terme sur la qualité des soins dispensés (manque d'espace, de lits, matériel vieillissant, etc.) ;
- Les différences de condition d'emploi entre secteur public et secteur confessionnel amènent un nombre croissant. Les problèmes de ressources humaines tendent à s'aggraver depuis 2006-2007 avec un accroissement des démissions de personnels, recherchant notamment de meilleures conditions auprès du secteur public (politique de retraites, possibilités de formation et d'avancement). Le manque de ressources financières de l'hôpital ne permet pas à sa direction d'assurer au personnel de perspectives d'avenir (avancement notamment) suffisamment attractives pour pouvoir le maintenir avec certitude, au risque de voir la tendance engagée se renforcer à court terme ;
- L'équipe cadre, consciente des limites du contrat actuel n'est pas en position d'y remédier faute d'être correctement informée ⁷⁷ ;
- Le dysfonctionnement du BOG et les difficultés éprouvées à lever les problèmes identifiés contribuent à saper la base de confiance de l'autorité religieuse propriétaire dans l'avenir de la relation contractuelle. Presque en désespoir de cause, l'évêque envisage ainsi de brandir la menace d'une fermeture de l'hôpital, dans une dernière tentative d'obtenir gain de cause de la part de l'autorité publique. Il est à noter que près de 16 dispensaires confessionnels ont - pour des raisons similaires - récemment fermé leurs portes dans la région de Kagera sans (aux dires de l'autorité confessionnelle) susciter de réaction de l'autorité publique. La manœuvre n'est donc pas dénuée de risques.

⁷⁷ L'existence du nouveau modèle de contrat était par exemple inconnu jusqu'à la visite de l'équipe de recherche (sic !).

Conclusion

Le modèle contractuel Tanzanien, s'il frappe par son niveau de généralisation et sa pérennité est aujourd'hui confronté à la nécessité de son adaptation à un contexte changeant. Les difficultés rencontrées en pratique par les DDH au niveau périphérique ont de fait ranimé la dynamique partenariale au niveau central, en partie grâce au travail de plaidoyer effectué par CSSC au nom des différentes dénominations confessionnelles. Un certain nombre de questions restent néanmoins à résoudre:

La dynamique partenariale reste encore majoritairement cantonnée au niveau central :

- Les politiques partenariales, ses instruments et l'esprit de coopération circulent insuffisamment et gênent donc la généralisation du processus. Les relations personnelles et leur qualité -notamment au niveau périphérique- demeurent l'élément clé du succès des expériences de collaboration.
- De façon générale, le processus de décentralisation des pouvoirs reste incomplet. Cette situation entrave le fonctionnement des relations contractuelles existantes et gêne le développement du PPP au niveau district. Plusieurs domaines demandent ainsi une amélioration:
 - o La distribution et l'acceptation des responsabilités
 - o La connaissance et la compréhension des politiques
 - o Les lignes de communication
 - o Les strates contradictoires de réglementation (contrats signés au niveau central dans un contexte d'autorité supposée du gouvernement local)

Les outils contractuels sont en voie d'amélioration mais leur application reste incomplète:

- Les contrats opérationnels de performance représentent une réelle amélioration (forme et contenu) mais ne s'appliquent pas au DDHs.
- L'application du nouveau modèle de contrat DDH reste limitée aux nouveaux agréments. Ce document présente par ailleurs trop peu d'améliorations par rapport au modèle d'origine et semble peu ou mal connu au niveau périphérique ;
- Les mécanismes de révision des contrats ne sont pas exposés dans les documents en vigueur actuellement au niveau des DDH ; ils sont clairement inconnus au niveau périphérique tant dans le secteur confessionnel que public.

L'aggravation des difficultés financières de l'Eglise, renforcée par la diminution substantielle des appuis extérieurs, porte en elle les germes d'une détérioration du climat partenarial et fait peser sur certaines structures le risque d'un désengagement de l'Eglise. L'accent actuellement mis par le MSP sur le développement de structures publiques de santé au niveau inférieur de l'échelle administrative sanitaire pourrait à terme peser négativement sur la part de budget réservé aux structures confessionnelles et aggraver les difficultés actuellement connues par certains DDH.

Tchad



Moissala

Contexte général

PLACE DE L'EGLISE DANS L'OFFRE DE SOINS

Le Tchad constitue un cas particulier dans le contexte de cette étude dans la mesure où les Eglises Chrétiennes y sont d'implantation récente: l'Eglise Catholique du Tchad n'a été fondée qu'après la seconde guerre mondiale⁷⁸. Elle compte aujourd'hui 7 diocèses⁷⁹, tous localisés dans le sud du pays. Cette église jeune est encore largement dépendante de l'extérieur, notamment au niveau de ses organes directionnels: la majorité des prélats est à ce titre d'origine Européenne⁸⁰. L'offre de soin confessionnelle représente environ 20% de la couverture sanitaire nationale, 10% étant assuré par les structures du réseau Catholique (Vridaou 2005): 80 centres de santé et 3 hôpitaux de district⁸¹. Chez les Protestants, l'Entente des Eglises et Missions Evangéliques au Tchad (EEMET) est le prestataire le plus important, avec un réseau de 84 centres de santé et 1 hôpital. L'ensemble de ces structures a été porté à la carte sanitaire depuis la mise en place du découpage administratif (politique de district, 1990-91).

Le rôle des Eglises dans le domaine de la Santé, d'abord limité, n'est réellement passé à l'échelle qu'à partir de 1979 et du début de la guerre civile. C'est le sud du pays, délaissé par le pouvoir public (mesures 'punitives'), que se sont implantées CS et hôpitaux, les Eglises prenant le relais d'un Etat absent dans la prise en charge des populations. C'est aujourd'hui encore dans cette zone que se concentre l'essentiel de l'offre de soins confessionnelle.

CONTEXTE PARTENARIAL ET CONTRACTUEL AU NIVEAU CENTRAL⁸²

C'est précocement que le Tchad s'est engagé sur la voie de la contractualisation dans le secteur de la santé. Un document de politique contractuelle (PC)⁸³ a été élaboré dès 2001 dans la ligne de la Politique Nationale de Santé (PNS) de 1999⁸⁴. Le cadre réglementaire Tchadien est sans doute le plus abouti⁸⁵ par comparaison aux autres pays de l'étude. Il constitue par ailleurs le seul exemple de stratégie réellement opérationnelle et offre un recul suffisamment important pour autoriser une évaluation. Enfin le type de contractualisation envisagé ici se révèle particulièrement ambitieux: il prévoit la délégation de mission de service public⁸⁶ non seulement aux structures sanitaires (hôpitaux) mais potentiellement aux districts eux-mêmes (cas de Moïssala, Donomanga et Doba). Le modèle contractuel est applicable à l'ensemble du secteur à but non lucratif: ONGs nationales ou internationales (qu'elles soient ou non confessionnelles), coopération bilatérale et agences de coopération multilatérale. Dans les faits, les contrats existants concernent essentiellement le secteur confessionnel (émanations de l'UNAD et de l'EEMET) ainsi qu'un certain nombre d'ONGs internationales (MSF). Plus récemment des expériences pilotes ont été lancées dans le secteur du médicament, confiant la gestion de pharmacies régionales (PRA) à des organismes privés⁸⁷.

De manière générale, le discours central apparaît volontaire et assorti de textes adaptés. La politique contractuelle s'appuie par ailleurs sur une décentralisation des pouvoirs au niveau intermédiaire et périphérique; les délégués préfectoraux de la Santé (DPS) sont notamment

⁷⁸ Décret de Rome, Mars 1946.

⁷⁹ Auxquels s'ajoute l'Archidiocèse de N'Djamena.

⁸⁰ 5 évêques sur 8.

⁸¹ Chiffres de 2005.

⁸² Cf. Figure 5.

⁸³ Tome 1: la contractualisation avec le secteur privé à but non lucratif, MSP, N'Djaména, 2001.

⁸⁴ La contractualisation est une des orientations stratégiques de la PNS de 1999.

⁸⁵ Le document de politique contractuelle est assorti d'un guide de mise en œuvre et d'un modèle de convention cadre signé au niveau central par les différentes organisations partenaires. Le contenu des contrats opérationnels est quant à lui fonction des spécificités de la situation locale.

⁸⁶ Prestation de services de santé et/ou fonctions d'administration.

⁸⁷ Pilote Pharmaciens Sans Frontière à la Pharmacie Régionale d'approvisionnement (PRA) d'Abéché, lancé en 2007-2008.

responsables de la mise en place des contrats opérationnels à leur niveau. Le processus de décentralisation n'est néanmoins pas totalement abouti à l'heure actuelle⁸⁸.

L'Eglise Catholique est elle-même organisée sur un mode décentralisé: la structure faîtière pour le secteur social (UNAD⁸⁹, créé en 1986) est responsable de la coordination des différents BELACDs⁹⁰, installés au niveau diocésain. Ce sont ces structures techniques qui sont chargées de la gestion des districts au nom des diocèses lorsque l'Etat en confie la charge à une structure de l'Eglise.

Il est important de noter que les structures de l'Eglise connaissent à l'heure actuelle une situation de précarité liée à la diminution substantielle des aides extérieures et à la difficulté de mobiliser de nouvelles ressources. Ainsi, les appuis financiers extérieurs ont cessé au niveau de l'UNAD depuis 3 ans. La principale conséquence de cette situation réside dans la suppression du poste de Coordinateur Sanitaire.

CARACTÉRISTIQUES DU CAS SÉLECTIONNÉ

Le cas d'étude sélectionné est celui de la délégation contractuelle du district sanitaire de Moïssala au BELACD de Sarh. Il constitue une situation particulière dans la mesure où la série de contrats qui le caractérise est antérieure au développement de la politique contractuelle et de ses outils. Le district de Moïssala se situe au Sud du Tchad dans la Préfecture sanitaire du Mandoul.

La gestion en a été confiée par contrat au BELACD de Sarh, situé à 200 km du chef-lieu de District, Moïssala. Cette situation est le résultat d'un processus démarré en 1992 par le transfert contractuel des activités de l'hôpital Catholique⁹¹ de Béboro à Moïssala (projet TRABEMO). Il s'agissait à l'origine de revitaliser le centre médical public de Moïssala, moribond, pour l'établir en hôpital de district. Cette étape fondatrice a conduit à confier au travers de contrats successifs, la gestion et au développement de l'hôpital de District puis du district lui-même au BELACD de Sarh.

Ce processus a été accompagné et rendu possible tout au long de son histoire par l'appui financier et technique de partenaires extérieurs (Medicus Mundi Navarra⁹² puis Misereor).

Deux cas similaires de gestion déléguée de district ont été inclus à l'étude, afin de disposer d'éléments de comparaison indispensables à la validation de nos hypothèses de travail:

1. Celui du district de Donomanga, confié par contrat au BELACD/Diocèse de Laï. Le District se situe au sud-ouest du pays, dans la région de la Tandjilé. Le contrat, signé en 2004 est arrivé à échéance en 2008 et n'a pas été renouvelé. Il comprenait la gestion du District et la construction et l'équipement de l'hôpital de District (Hôpital Catholique St Michel).
2. Celui de Doba, dans le Logone Oriental, confié au BELACD/Diocèse de Doba. La gestion du District est ici assumée par le BELACD depuis 2003 mais n'a pas à ce jour pu faire l'objet d'une formalisation. Dans ce cas de figure existe un hôpital public de district (Doba) ne fonctionnant pas et dont les fonctions sont, dans les faits, assumées par l'hôpital Catholique St Joseph de Bébédja.

⁸⁸ Le remplacement théorique - au niveau intermédiaire de la pyramide administrative- des 14 préfectures sanitaires existant par 28 départements n'est pas opérationnel.

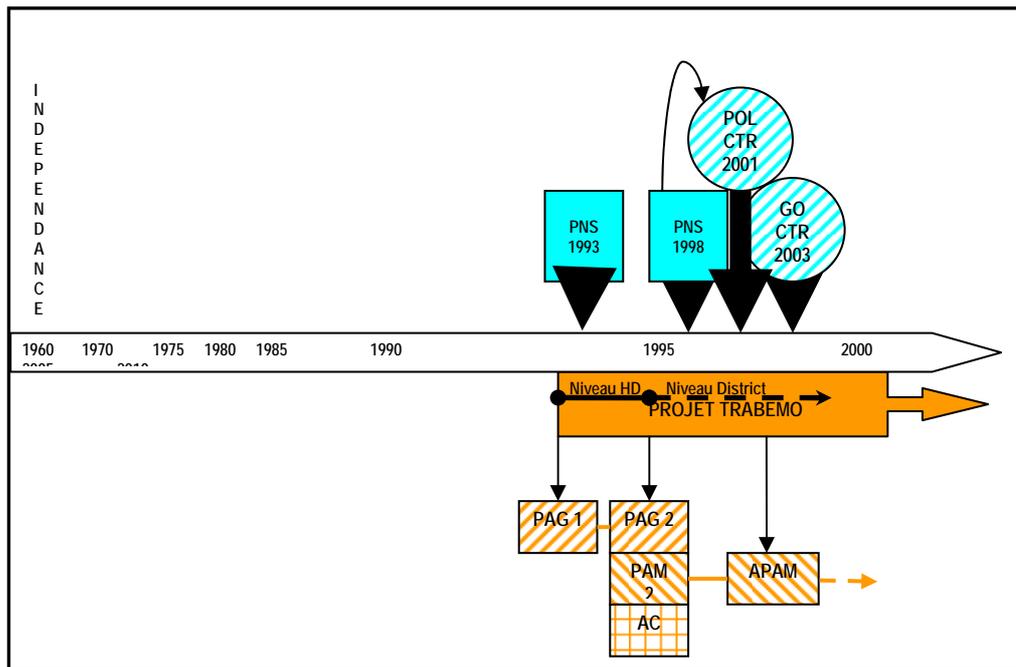
⁸⁹ Union Nationale des Associations Diocésaines.

⁹⁰ Bureau d'Etudes et de Liaison des Actions Caritatives et de Développement.

⁹¹ Il s'agit en fait d'un centre de santé qui, doté d'un médecin, offrait à cette époque les services de santé de référence à la population du district.

⁹² MMN.

Figure 5. Le processus contractuel au Tchad



LEGENDE

- AC Accord de Coopération
- APAM Avenant au Protocole d'Accord avec le Ministère de la Santé Publique (MSP)
- PA Protocole d'Accord
- PAG Protocole d'Accord avec le Gouvernement du Tchad
- PAM Protocole d'Accord avec le MSP
- PNS Politique Nationale de Santé
- POL-CTR (Document de) Politique Contractuelle dans le Secteur de la Santé
- GO-CTR Guide Opérationnel pour la Contractualisation dans le Secteur de la Santé



Niveau 1: Signature avec le Gouvernement Tchadien



Niveau 2: Signature avec le MSP



Niveau 3: Signature avec le bailleur de fonds (MMN)



Documents réglementaires Ministère de la Santé



Documents-cadre contractuels niveau central



Relation contractuelle niveau district

Résultats des interviews et de l'analyse documentaire

NIVEAU CENTRAL

Le processus contractuel Tchadien, comme mouvement concerté de formalisation des relations entre secteur privé à but non lucratif et Etat dans le domaine de la santé, a été précédé au Tchad par une collaboration de nature plus informelle. Son développement est une conséquence directe de la place prise par le secteur confessionnel - notamment dans le sud du pays⁹³ - à l'occasion de la guerre civile et tout au long des conflits qui ont secoué l'histoire post coloniale du pays. Les structures sanitaires nées à cette époque ont été inscrites sur la carte sanitaire nationale dès 1993 avec la mise en place de la politique de district (PNS). Leur identification s'est effectuée sur la base des plans triennaux d'action des BELACD, soumis pour approbation par le Secrétariat Permanent des ONG (SPONG) au niveau du Ministère du Plan (MDP)⁹⁴. L'intégration des structures confessionnelles est le résultat d'une demande active des autorités de l'Eglise et a rencontré un accueil très favorable de l'Etat, celui-ci allant parfois jusqu'à doter les structures concernées en infrastructures et en personnel. La décennie précédant la mise en place de la PC a ainsi vu la légalisation systématique des structures de l'Eglise (UNAD, BELACDs, structures sanitaires) et la signature de premiers contrats (Moïssala).

Le processus de formalisation des relations a été lancé par la révision en 1998 du document de PNS, confiée à une table ronde intersectorielle à laquelle l'Eglise participe activement. Ce document pose le principe du partenariat entre secteurs public et privé. La contractualisation constitue l'une de ses orientations stratégiques. Dans ce cadre interviennent plusieurs éléments favorables:

- Le caractère exsangue du système sanitaire à la sortie de la guerre (manque de ressources humaines, d'infrastructures et le fonds) ;
- La préexistence du dialogue;
- La reconnaissance du rôle complémentaire de l'Eglise dans le secteur et de ses qualités spécifiques (offre et qualité des services, capacités managériales et organisationnelles, transparence) ;
- L'appui actif d'organisations internationales: la Banque Mondiale, qui consacre une partie des fonds du PASS au développement du Partenariat Public Privé (PPP) et l'OMS comme promoteur actif de la contractualisation.

Le processus de développement des instruments contractuels s'est opéré dans la continuité du développement de la PNS, en impliquant l'ensemble des partenaires:

- Le document de Politique Contractuelle, élaboré avec l'aide de l'OMS est validé en 2001 ;
- Une sensibilisation systématique est menée parallèlement par le MSP (cadres du MSP, partenaires) et par l'UNAD (évêques, BELACDs) ;
- Un guide opérationnel est également rédigé afin de faciliter le démarrage des expériences ;
- Une formation des principaux acteurs (Eglise Catholique, MSP) est organisée en 2004 par l'UNAD, Cordaid et le CIDR, sur la base du guide publié par MMI en 2003.

Le Tchad offre un arsenal en principe complet de documents réglementaires opérationnels, fruits d'un vaste consensus sectoriel: des conventions-cadre signées au niveau central entre les partenaires et le MSP régissent les contrats opérationnels établis au niveau périphérique.

⁹³ Les confessionnels assurent 40% de l'offre de soins dans cette zone.

⁹⁴ Cette procédure est respectée dès le milieu des années 80. A cette époque déjà les activités sanitaires planifiées par les BELACD sont soumises pour avis technique au MSP.

Il s'agit pour l'UNAD:

- De la convention signée par la Conférence Episcopale du Tchad (CET) autorisant la création de l'UNAD ;
- Du protocole d'accord (1990) d'autorisation d'importation de produits pharmaceutiques et d'exonération fiscale signé entre l'UNAD et le Ministère du Plan ;
- De l'agrément de la Direction des ONG (DONG) ;
- D'une convention-cadre signée entre UNAD et MSP en 2001 afin de fixer les modalités de la contractualisation.

Ces documents sont le fruit d'une décision consensuelle prise sur la base de propositions d'abord formulées par l'Eglise. Les engagements pris par l'Etat vis-à-vis de l'UNAD comportent:

- Un appui en ressources humaines, en infrastructures et sous forme d'exonérations ;
- L'ouverture des formations du MSP au personnel confessionnel.

L'Eglise s'engage en échange à appliquer la PNS à travers ses structures et dans le cadre des contrats de gestion déléguée qui seraient signés entre l'Etat et les services sociaux de l'Eglise (BELACD).

Le cadre réglementaire Tchadien présente néanmoins quelques faiblesses:

- Le deuxième volet de la politique contractuelle (Secteur du Médicament), originellement prévu, n'a toujours pas vu le jour.
- La prise en compte superficielle des expériences antérieures: la révision des documents préexistants et leur adaptation au cadre adopté n'a pas été prévue dans le cadre de la PC développée en 2001.
- La politique de décentralisation développée au niveau de la primature et qui prévoyait le remplacement des préfectures sanitaires par des départements de taille plus modeste n'est toujours pas opérationnelle en 2008. Il existe donc une distance de fait encore importante entre le centre des districts et l'autorité préfectorale, signataire pour la partie publique des contrats opérationnels mis en place après 2001.

La PNS, la PC et le guide opérationnel sont les instruments de base régissant la relation contractuelle entre l'Etat et le secteur PBNL et l'élaboration de nouveaux contrats. La Direction des Organisations du Secteur Social (DOSS) au MSP valide ces derniers à partir de la grille d'évaluation proposée par le guide opérationnel. Le second niveau est constitué par les conventions-cadres et agréments qui définissent les modalités de la coopération. D'autres outils plus opérationnels ont fonctionné lors la phase d'élaboration de la PC mais ont aujourd'hui disparu: un comité de suivi de la PC d'une part, chargé de traiter des questions d'ordre technique et dirigé par la DOSS ; un comité de pilotage chargé de la validation des documents cadre et de l'orientation de la politique contractuelle. L'association du secteur privé à but non lucratif à l'élaboration de la politique sectorielle et de la Politique Nationale de Santé, bien que non inscrite dans l'arsenal réglementaire contractuel, participe également au développement du partenariat au niveau central. Il en va de même de la participation des cadres de l'Etat à certaines réunions organisées par le secteur privé confessionnel.

Ce système, bien que valorisé par les différents acteurs de la relation, comporte certaines faiblesses:

- Les contrats sont soumis à une double autorité de référence⁹⁵ ce qui complique d'éventuels recours au niveau central.
- Le manque de ressources entre-autres, affecte considérablement les capacités de la DONG et de la DOSS, notamment en termes de suivi et d'évaluation.
- La participation de l'Eglise aux réunions sectorielles, d'abord très active, a cessé avec la suppression du poste de coordinateur médical de l'UNAD. Dans la pratique, l'Eglise n'est

⁹⁵ La DOSS pour le Ministère de la Santé et la DONG pour le Ministère du Plan.

plus représentée au niveau des réunions ministérielles, sauf sur les questions relatives au VIH-SIDA.

La perception mutuelle des acteurs au niveau central est excellente: bonne volonté, engagement, confiance sont les caractéristiques les plus volontiers citées tant par le secteur public que pour le secteur confessionnel. Le secteur public valorise notamment:

- les qualités managériales et organisationnelles de l'Eglise ;
- L'importance relative du secteur confessionnel dans l'offre de soins ;
- La qualité des services dispensés ;

Les confessionnels valorisent quant à eux:

- L'esprit d'ouverture de l'Etat Tchadien et l'excellent accueil réservé aux projets de partenariat soumis par l'Eglise. Ils y voient plus largement une reconnaissance de sa place, de son rôle et de ses compétences ;
- La qualité des principes régissant la relation contractuelle ;
- Les appuis prévus par les conventions et dans le cadre des contrats opérationnels ;
- Les facilités octroyées au niveau central en termes d'exonérations et d'autorisation d'importation des médicaments.

Il est intéressant de noter que le niveau central s'engage très vite, lorsqu'il est invité à s'exprimer sur la réalité du partenariat - sur la question des contrats opérationnels: c'est là le lieu manifeste du développement de la politique contractuelle. C'est également là que le caractère positif du discours se trouve tempéré: la théorie est bonne, les expériences de partenariat se multiplient mais la réalité pratique montre de réelles faiblesses, notamment en termes de respect des engagements pris par l'Etat:

- En termes d'appui financier: problème de remboursement des investissements préfinancés par l'Eglise ; caractère indirect et limité de l'aide fournie (exonérations, prise en charge du personnel public détaché) ;
- En termes de capacités de suivi et d'évaluation (DOSS et DONG): cette faiblesse explique que la revue des expériences existantes n'ait pu être réalisée à ce jour. Il s'agit d'un handicap certain pour pouvoir apprécier la réalité du terrain et la 'réussite' formelle des arrangements mis en place ;
- L'Eglise souligne par ailleurs les difficultés parfois rencontrées avec les représentants de l'Etat⁹⁶ au niveau des districts, avec lesquels les associations diocésaines doivent dans les faits collaborer et qui tendent à considérer l'Eglise 'comme un bailleur de fonds' ;
- Faute d'être correctement sensibilisés, les BELACDs ne tirent pas toujours tout le profit possible de la relation contractuelle: ils présentent un défaut de connaissance ou de conscience des possibilités existantes au niveau central, que l'UNAD n'est actuellement pas en mesure de compenser en l'absence de coordonnateur médical.

Au total le bilan au niveau central est globalement positif et témoigne d'un degré d'ouverture, de conscience et de capacité autocritique tout à fait satisfaisant.

Les résultats de la collaboration et de sa formalisation progressive sont tangibles:

- Un cadre règlementaire complet, fonctionnel et stimulant la mise en place de nouveaux contrats opérationnels au niveau des districts ;
- Une reconnaissance du rôle de l'Eglise dans le secteur de la santé ayant permis son inscription sur la carte sanitaire nationale ;
- Un climat consensuel, de confiance où l'Eglise apparaît comme un partenaire actif et, lorsqu'il s'agit du développement de projets opérationnels, souvent comme demandeuse et initiatrice.

⁹⁶ Autorités administratives surtout.

Certains éléments posent néanmoins problème:

- Le problème de capacité (financière, de coordination) au niveau de l'Etat ;
- Les difficultés à l'œuvre au niveau opérationnel ne sont pas perçues à leur juste valeur par le MSP, faute d'une évaluation régulière et globale des expériences en cours. Des développements sont néanmoins porteurs d'améliorations potentielles: l'atelier d'évaluation prévu fin 2008-début 2009 sur financement FED⁹⁷ est ainsi susceptible d'améliorer le niveau de prise de conscience de la situation.

NIVEAUX INTERMÉDIAIRE ET PÉRIPHÉRIQUE

La base de collaboration qui sous-tend la mise en place du projet TRABEMO est ancienne: le dispensaire Catholique de Béboro, créé en 1974, dispose dès l'origine de l'agrément tacite de l'Etat qui y détache occasionnellement du personnel et autorise progressivement la structure à réaliser de petites interventions chirurgicales. La structure finit, à la faveur de la guerre civile, par récupérer les activités de l'hôpital public de Moïssala, victime de la débandade de l'Etat. La mise en place du système de districts (1993) impose de corriger cette situation en recentrant l'activité hospitalière au niveau de la structure de Moïssala, chef-lieu du district.

Les éléments ayant favorisés la mise en place du projet sont les suivants:

- L'ancienneté de la relation et le consensus de l'Eglise et de l'Etat autour du projet ;
- Le besoin d'une structure hospitalière fonctionnelle à Moïssala ;
- Le faible engagement de l'Etat dans le sud du pays ;
- L'expérience de l'Eglise (Hôpital de Goundi) et l'absence d'autres candidats ;
- Le bon niveau sanitaire du district, preuve des compétences de l'Eglise (Béboro) ;
- L'engagement et l'investissement personnel de personnes-clés⁹⁸ ;
- La relation déjà installée du BELACD avec l'Etat au travers de l'UNAD ;
- La disponibilité à court terme d'un médecin expérimenté pour le poste de Médecin chef
- L'appui des bailleurs: Medicus Mundi Navarra (MMN) et le PASS⁹⁹.

Les obstacles rencontrés apparaissent moins significatifs:

- L'opposition - plus souterraine que déclarée - de la population bénéficiaire de la zone de Béboro ;
- Le risque potentiel pour l'Eglise à reprendre un district non uniformément catholique et de provoquer la suspicion ou l'opposition des autres intervenants (volonté de domination religieuse).

Les arrangements contractuels relatifs au projet TRABEMO se déclinent en deux phases¹⁰⁰ et comprennent 6 contrats différents. Nous nous intéresserons ici aux 4 contrats primaires¹⁰¹ liant le BELACD à l'Etat, dont seuls les deux derniers sont contemporains du cadre contractuel national. Quelques observations d'ordre général s'imposent:

- Les signataires impliqués dans les contrats pour la partie publique varient considérablement: Ministère du Plan, des Finances, MSP (cosignataire de l'ensemble des

⁹⁷ Fonds Européen de Développement. Un restant des fonds du VIIIème FED a été libéré pour permettre l'organisation de cet atelier, selon des termes de référence à développer par la DOSS en collaboration avec les partenaires.

⁹⁸ Le DPS du Moyen Chari et l'Evêque de Sarh.

⁹⁹ Projet d'Appui au Secteur de la Santé, financement Banque Mondiale.

¹⁰⁰ 1) transfert effectif de l'hôpital de Béboro à Moïssala (1992-1996) et 2) développement du district sanitaire de Moïssala (1996-2006).

¹⁰¹ Les deux autres sont des contrats d'accompagnement: 1) un contrat BELACD-MMN exposant les conditions de collaboration du bureau diocésain avec le bailleur dans le cadre de la deuxième phase du projet ; 2) le second signé entre le personnel du MSP affecté au projet et le projet lui-même et relatif au système d'avance de salaire mis en place par le BELACD.

- contrats, comme le SPONG), Ministère du Développement et de la Promotion Economique. Cette situation est porteuse d'un risque de dissolution de l'autorité ;
- Les deux derniers contrats (bien postérieurs à la PC), continuent d'engager le niveau central de l'autorité publique comme partie contractante en lieu et place de la Délégation provinciale, comme le voudrait le cadre réglementaire national.

Contrat 1: Projet TRABEMO

Ce contrat est relatif au Transfert Béboro-Moïssala et en décrit les activités prévues en posant le principe d'une collaboration entre MSP et BELACD en vue de leur réalisation, prévue sur 3 ans¹⁰². Il fournit le détail des engagements respectifs du BELACD et de l'Etat et développe une série de clauses particulières¹⁰³.

Les engagements du BELACD comprennent:

- La mise aux normes hospitalières du site de Moïssala (développement des infrastructures, recrutement de personnel, développement du PMA) ;
- La mise à disposition de moyens: médicaments et consommables, logistique¹⁰⁴ ;
- La communication d'informations (rapports, mise en œuvre des évaluations prévues) ;
- La collaboration avec les autorités publiques (DPS, comité de santé préfectoral) ;
- Le développement d'une politique de recouvrement des coûts sur tout le district ;
- La supervision des personnels de santé de la zone.

Ces deux dernières clauses anticipent de fait sur la deuxième phase du projet.

Les engagements de l'Etat sont essentiellement indirects:

- La mise à disposition des structures sanitaires de district ;
- La prise en charge et le remplacement du personnel public déjà en place ;
- L'appui aux activités déployées dans le cadre de programmes spécifiques (PEV par exemple) ;
- L'exonération des achats et l'autorisation d'importation de médicaments.

Au total, c'est bien sur le BELACD que pèse l'essentiel des responsabilités et de la charge financière (budget fourni) du projet. C'est essentiellement sur fonds propres et grâce à l'appui de ses partenaires (MMN) que le BELACD doit s'acquitter de ses obligations.

Contrat 2: Projet TRABEMO, 2ème phase: développement du district sanitaire de Moïssala

Le contrat de 1997 est calqué sur le précédent. Il atteste de l'atteinte des objectifs de la première phase et en étend la portée au développement des centres de santé (réhabilitation et construction) et à la fourniture de la logistique nécessaire au développement des structures et activités du district.

Aux premiers engagements s'ajoutent:

- La participation aux activités de la délégation sanitaire ;
- La nomination d'un Médecin Chef de Projet (MCP) et d'un Chef de la Division Ressources du District.

Les engagements de l'Etat restent ici inchangés. Aucune participation financière supplémentaire n'est prévue: les partenaires devront collaborer à la recherche de sources externes de financement pour la phase finale du projet.

Ces deux premiers contrats ne précisent pas les conditions de résolution des conflits.

¹⁰² Le projet a été prolongé d'un an dans les faits.

¹⁰³ Durée du contrat, conditions de modification, de dénonciation et de résiliation.

¹⁰⁴ Le contrat fournit la liste du matériel nécessaire au fonctionnement du projet.

Le Contrat n°3 (2001-2005) est d'une facture distincte des deux premiers. Il s'inscrit dans le cadre du financement PASS¹⁰⁵ de la dernière phase du projet (2002-2006). L'objectif est ici d'étendre le nombre de CS en raison du développement du district. Ce document se caractérise par son niveau de détail, en partie lié à la nature du bailleur (clauses spécifiques à l'administration des fonds et à la justification des dépenses, obligations de rapportage, etc.). Le préambule et les dispositions générales du contrat effectuent le bilan des phases précédentes (historique, contenu des engagements et résultats atteints). Les dispositions spécifiques complètent substantiellement les dispositions des contrats antérieurs:

- En introduisant un objectif d'amélioration de la qualité des soins et le principe du renforcement de la participation communautaire ;
- En améliorant le niveau de définition des responsabilités et des mécanismes de coordination et de gestion applicables (organigramme du district, modalités de gestion des deux catégories de personnels, etc.) ;
- En tirant les leçons des phases précédentes (détachement concerté du personnel public, efforts d'information du BELACD).

Mais le principal changement réside dans le mode de financement de cette phase: il passe du BELACD et de ses bailleurs propres à l'Etat Tchadien au travers de l'enveloppe PASS.

Ce contrat¹⁰⁶ constitue un certain progrès sur ses antécédents. Il se situe néanmoins hors du cadre de la PC de 2001 à laquelle il ne se réfère qu'indirectement (périphrase en fin de préambule). Y manquent notamment:

- Un cahier des charges et un échéancier ;
- Des indicateurs de suivi et d'évaluation ;
- L'identification des mécanismes de suivi ;
- Les conditions d'amendement et de reconduction (il s'agit en effet d'un projet transitoire, puisqu'inscrit dans le cadre du financement PASS) ;
- Le détail du mandat spécifique de chacun des signataires.

L'avenant 'n°1', arrivé à échéance fin 2006, n'a été suivi d'aucun nouvel agrément entre le BELACD et l'Etat Tchadien. L'association diocésaine continue néanmoins à ce jour à assumer la gestion du district de Moïssala.

Les outils utilisés dans le cadre de la gestion de district existent et sont appliqués. Aucun d'entre eux ne porte spécifiquement sur le contrat, mais tous contribuent à la vérification de l'atteinte des objectifs, du respect des obligations. Les supervisions sont réalisées par les différents échelons de l'autorité, mais leur fréquence, faute de moyens suffisants est inférieure aux prescriptions et cible principalement les CS rencontrant des difficultés :

- Supervision mensuelles ('supervisions formatives') des CS par le Médecin-Chef de District CD ou le Chef de Zone (CDZ) ;
- Supervisions du BELACD¹⁰⁷.

Des rapports de suivis sont produits:

- Sur base mensuelle par les CS et l'hôpital: ces rapports sont transmis au CDZ et de là au DPS et au BELACD ;

¹⁰⁵ Proramme d'Appui au Secteur de la Santé. Budget initial de 2 milliards, augmenté par avenant de 50.000.000 Francs CFA sur la dernière année.

¹⁰⁶ L'avenant (contrat n° 4) ne fait que reprendre ces termes de référence du contrat principal en adaptant le niveau de l'enveloppe budgétaire.

¹⁰⁷ Supervision administrative effectuée par le Directeur du BELACD ; supervision des CS par le Médecin Coordonnateur du BELACD.

- Les CS réalisent également des rapports semestriels. Ceux-ci sont compilés en un rapport annuel par le CDZ (statistiques sanitaires), communiqué au MSP et à la Délégation¹⁰⁸.

Diverses réunions sont organisées:

- La réunion trimestrielle des intervenants réunit l'ensemble des responsables de CS et discute de l'atteinte des objectifs assignés ;
- La réunion semestrielle du Comité Directeur effectue la synthèse des activités.

Au-delà, le BELACD peut être appelé au besoin. Il reste le premier informé en toutes circonstances. Ces outils sont dans l'ensemble considérés comme efficaces et suffisants.

La relation entre BELACD, autres intervenants et autorités et agents du public fait l'objet à Moïssala d'une appréciation globalement très positive, dont atteste la pérennité du projet :

- L'Etat valorise les efforts déployés par le BELACD ;
- Le personnel du district a le sentiment d'appartenir à une même famille.

Certaines difficultés ont néanmoins été rencontrées avec une part minoritaire du personnel¹⁰⁹ sur des questions de rigueur de gestion des ressources humaines (flexibilité d'obtention de congés ; obtention de 'crédits', etc.). Ces mouvements d'opposition, encadrés par les syndicats, ont provoqué des périodes de sérieuses tensions et la démission 'spontanée' d'un des Médecins chef de projet et du gestionnaire du personnel sous la pression continue de courriers dénigrants, voir de menaces personnelles. Les débuts du projet (Béboro) ont été perturbés par des épisodes de grève générale liés à l'importance des arriérés de salaire dans la fonction publique. Ces problèmes ont pu être résolus à terme par la signature d'une convention accordant l'avance systématique de leur salaire aux agents du public employés par le district. Cet effort du BELACD a contribué à en faire accepter l'autorité.

Les difficultés réelles concernent:

- L'absence de recouvrement des coûts (forfait par épisode) qui grève la balance financière de l'hôpital et indirectement celle des CS ;
- Le problème croissant des ruptures d'approvisionnement en médicaments qui obligent l'hôpital à se fournir auprès des Pharmacie Régionales d'Approvisionnement (PRA) à un coût très élevés ;
- Le manque de personnel qualifié (médecins notamment), lié à l'étroitesse de l'offre sur le marché Tchadien et à la faible attractivité de Moïssala (instabilité du personnel détaché par l'Etat ;
- Le problème de l'équipement de l'hôpital, qui tourne toujours sur le matériel vieilli et dégradé de Béboro ;
- L'éloignement géographique du BELACD (Sarh et Moïssala sont séparés par plus de 100 km de mauvaises routes) qui limite les possibilités de recours pour l'ECD.

Les professionnels considèrent la contractualisation à la fois comme une mesure de protection (garanties) et le moyen d'accéder à des avantages. Les relations avec les cadres techniques (MCD, DPS) sont considérées comme excellentes et se déroulent dans un climat de totale collaboration. Le contact avec les autorités administratives reste plus distant: on se méfie des 'politiques' et de la tendance de certaines personnalités à cultiver leurs intérêts, notamment financiers. La 'culture' du BELACD s'est imposée à tous, jusqu'à brouiller les frontières entre personnel du public et personnel du BELACD, tous également 'dévoués'. On retrouve jusque dans les entretiens une unité de propos caractéristique. Les agents du BELACD sont par ailleurs présents dans 6 centres de santé publics, sans que leur présence ne soit considérée comme un problème.

L'appréciation des CS est globalement positive. Les CS, intégrés au projet en leur qualité de premier échelon du système de santé de district ont bien accepté le projet¹¹⁰, auquel ils ont été

¹⁰⁸ Le rapport annuel est effectivement rédigé mais sa transmission au niveau central ne s'effectue pas toujours.

¹⁰⁹ Certains agents du public.

¹¹⁰ Notamment en raison de la préservation de leur identité. Seules les autorités religieuses (non Catholiques) propriétaires ont parfois opposé une certaine résistance: leur 'conversion' s'est opérée au prix de plus grands efforts.

largement sensibilisés en amont. Ils sont capables de définir le rôle du BELACD¹¹¹ et d'identifier clairement les effets du projet, même si leur connaissance des contrats reste fondamentalement intuitive. Presque tous connaissent le rôle du BELACD. Leur vision est clairement orientée par les activités mises en place par le BELACD et qui mettent en évidence l'application de la PNS au travers notamment du système de district et de la politique de SSP:

- La mise en place des COGES et COSAN ;
- Le système de supervision (district à travers le MCD et le CDZ ; DPS) ;
- L'accès aux formations du Public ;
- La concertation au travers des réunions de district ;
- Le système de référence.

La spécificité de la situation (gestion déléguée) du district apparaît au travers de:

- L'existence d'un système de recouvrement par forfait (paiement à l'épisode) qui contraste avec le système de 'paiement à la molécule' qui prévaut généralement dans le pays ;
- Les supervisions du BELACD ;
- Le mode particulier de gestion du système de référence: les coûts de la prise en charge ambulatoire sont inclus au forfait payé par le patient au niveau du CS. C'est ce dernier qui rembourse les frais engagés par l'hôpital (consultation, traitement).

De façon générale, la gestion du BELACD est valorisée en ce que:

- Le système est hautement favorable à population à laquelle il garantit une bonne accessibilité aux soins et aux traitements (forfait et système de référence)¹¹² ;
- La supervision du BELACD, de caractère strictement technique, préserve l'identité des CS;
- Les occasions multiples d'échange et le climat de bonne entente ont permis de décloisonner les CS ;
- Le système est réellement opérationnel, en vertu des moyens injectés par le BELACD ;
- Le système de COGES/COSAN est une garantie de transparence et une aide considérable pour les responsables de CS.

Certaines réserves sont néanmoins formulées:

- Le système de référence pèse très lourdement sur la caisse des CS et ne peut plus être compensé comme autrefois par les ventes de médicaments ;
- La fourniture de médicaments et de consommables est assurée par le BELACD, mais soumises à des quotas¹¹³ rendus caducs par l'augmentation de la fréquentation des CS. Des achats complémentaires doivent être effectués et facturés à la population. Cette situation est mal acceptée et grève le budget des CS ;
- La charge du personnel repose sur les fonds limités des COGES, ce qui limite les possibilités de recrutement et aggrave la situation générale de pénurie en ressources humaines ;
- Le faible appui de l'Etat en termes notamment d'équipement ;
- Le risque pesant sur la pérennité du système dans le cas où le BELACD viendrait à se retirer et l'Etat à reprendre la responsabilité du district.

L'appui de l'Etat est apprécié et ses engagements globalement tenus: le détachement de personnel augmente progressivement (33 agents du public contre 37 agents du BELACD en 2008), des appuis ponctuels sont fournis (motos), les exonérations fournies et l'importation de médicaments autorisée. Les crédits de subvention de l'Etat restent néanmoins trop limités pour couvrir les besoins et leur recouvrement ne se fait que partiellement en raison de nombreux

¹¹¹ Seul le CS communautaire ignore de quoi il s'agit exactement (médicaments), peut-être en raison de sa récente création.

¹¹² Le district attire de nombreux patients extérieurs à son aire d'autorité, voire au pays.

¹¹³ Quota spécifique pour chaque CS.

prélèvements intermédiaires¹¹⁴. Le manque à gagner doit être compensé par le BELACD sur fonds propres et contribue à augmenter la dépendance du projet vis-à-vis de l'extérieur au fur et à mesure du développement de la zone.

De manière générale, le BELACD est considéré comme assumant pleinement les responsabilités qui lui incombent. Le projet apparaît à l'ensemble des acteurs comme une expérience positive, porteuse de résultats concrets. La viabilité du projet repose néanmoins presque entièrement sur l'appui des bailleurs¹¹⁵ du BELACD en raison du faible engagement financier de l'Etat. Sa pérennité est aujourd'hui menacée par la clôture du contrat Misereor (fin 2008) et a contraint le BELACD à s'engager dans un processus de restructuration de ses activités. On ne s'étonne donc pas de voir l'Eglise (mais également les cadres de district) plaider en faveur d'un plus grand partage de la charge financière du district au travers:

- De la prise en charge de l'équipement de l'hôpital;
- D'une revalorisation réaliste des crédits et de l'amélioration de leur gestion ;
- D'une opérationnalisation de la décentralisation: si les entités administratives et les personnes existent, les moyens restent actuellement absents ;
- De l'intégration systématique des personnels du BELACD dans la fonction publique afin d'alléger pour le poids de la masse salariale sur le projet.

La portée de cette expérience globalement positive doit néanmoins être nuancée: Doba et Donomanga renvoient en effet à une situation très différente, où la relation s'établit non avec le niveau central mais avec les autorités locales, dans le respect de la PC de 2001:

- Le contrat signé par le Diocèse de Lai (2004) pour la gestion du district de Donomanga, arrivé à échéance en 2008, n'a pas été reconduit en raison de la grande insatisfaction du Diocèse ;
- A Doba, la gestion du district est une situation d'ordre informel que ne vient valider aucun contrat. l'Eglise envisage ici aussi de se démettre de ses responsabilités.

Dans ces deux cas sont incriminées les mauvaises relations avec les autorités (administratives) locales:

- Synchrétisme des autorités locales qui 'règlent leurs affaires entre eux' et omettent systématiquement d'associer le BELACD/Diocèse, pourtant 'responsable' de la gestion du district. La délégation de gestion reste donc fondamentalement théorique ;
- Sentiment de l'Eglise de fonctionner comme la 'vache à traire' (utilisation des structures, des véhicules, per diem, etc.) sans bénéficier de retours ;
- Problèmes de gestion, de comptabilité souterraine.

¹¹⁴ En 2007, à peine 6 millions ont pu être touchés sur un crédit total de 22 millions de FCFA.

¹¹⁵ MMN, puis le PASS au travers de l'Etat et actuellement Misereor.

Conclusion

Le Tchad dispose d'un cadre réglementaire complet, fonctionnel et sans équivalent dans les autres pays de l'étude. Mais il reste partiellement appliqué: les agréments contractuels antérieurs à 2001 n'ont pas nécessairement été révisés et des relations informelles (par ex. dans le district de Doba) continuent de se maintenir sur le terrain sur la base des conventions-cadres signées au niveau central.

L'exemple de Moïssala démontre néanmoins que le modèle ambitieux adopté par le Tchad peut fonctionner lorsque les moyens sont disponibles. En ce sens, le contrat de délégation de gestion de district au BELACD a effectivement atteint les objectifs poursuivis. Dans le contexte de grande faiblesse institutionnelle du pays, ce système de délégation à des organisations expérimentées apparaît comme le moyen de réaliser le développement des districts sanitaires et d'améliorer l'accès géographique et financier de la population à une offre de soins de meilleure qualité.

Cette expérience se situe néanmoins hors du cadre développé en 2001: la relation, établie entre le BELACD et les autorités centrales de l'Etat, paraît mieux fonctionner que des expériences plus récentes (Doba, Lai), développées avec le gouvernement local. Dans ce cas de figure, la mauvaise qualité de la collaboration avec les autorités (notamment administratives) est susceptible de miner les relations contractuelles établies et avec elles, les développements réalisés.

L'analyse des expériences contractuelles révèle par ailleurs une certaine forme de désengagement de l'Etat: le poids financier et opérationnel des contrats pèse principalement sur les ONGs contractantes et la pérennité des expériences reste tributaire d'un flux continu d'appuis financiers extérieurs. L'implication de l'Etat dans ces aspects reste extrêmement limitée en dépit d'une bonne volonté indéniable.

En tout état de cause, le cadre politique (contractualisation et politique de décentralisation) ne semble pas offrir de parades suffisantes. De façon générale, si les textes existent, le niveau central semble peu enclin - ou capable - de prendre activement en main la recherche de solutions concrètes aux problèmes soumis par les ONGs contractantes.

Contexte général

PLACE DE L'ÉGLISE DANS L'OFFRE DE SOINS

Le secteur PBNL détient en Ouganda 30% des structures sanitaires: 44 hôpitaux (42,3% du total) et 558 centres de santé, majoritairement situés dans un environnement rural, souvent enclavé. A ces structures s'ajoutent 21 centres de formation en santé (60% de la capacité de formation des agents de la santé: infirmiers et autres). Les Eglises Catholique et Protestantes détiennent l'immense majorité des structures confessionnelles, rassemblées au sein de plateformes sanitaires dénominatives: UCMB et UPMB¹¹⁶ (voir ci-dessous). La présence des Musulmans dans le secteur croît régulièrement mais reste encore marginale.

Figure 6. Composition du secteur sanitaire PBNL en Ouganda.
(Source: d'après UPMB Annual Report 2004/05)

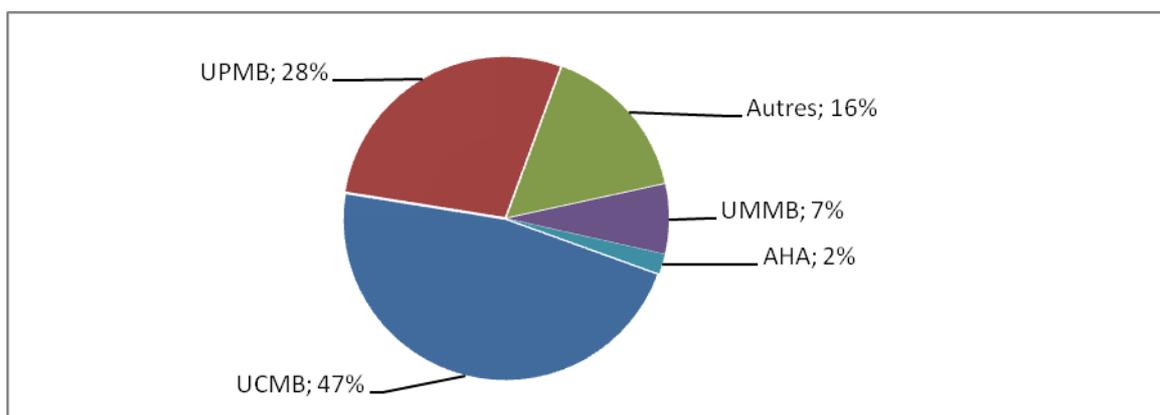
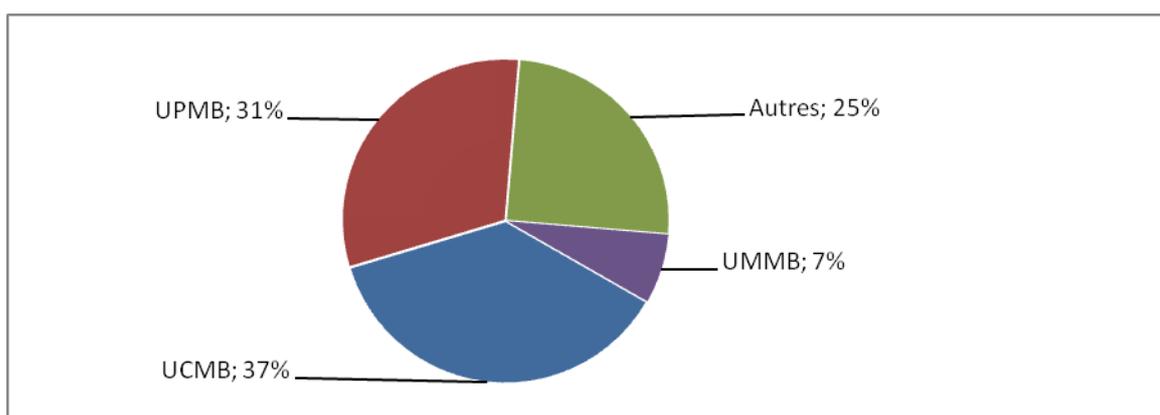


Figure 7. Répartition des Formations sanitaires PBNL par plateforme confessionnelle.
(Source: d'après UPMB Annual report 2004-05)



¹¹⁶ Uganda Catholic Medical Bureau (UCMB); Uganda Protestant Medical Bureau (UPMB).

Les relations des secteurs public et confessionnel

La relation entre secteur confessionnel et MSP remonte en Ouganda à la période précoloniale. Elle est néanmoins restée limitée jusqu'à la fin des années 1990, non formalisée et essentiellement matérialisée par un système de subventions¹¹⁸ d'Etat aux organisations sanitaires de l'Eglise¹¹⁹. Une évolution progressive se dessine néanmoins en faveur d'un partenariat plus structurel¹²⁰. Ce sont les difficultés financières du secteur confessionnel, touché par le recul progressif de ses bailleurs traditionnels et une diminution substantielle de ses revenus, qui amènent UCMB et UPMB à réclamer ouvertement, sous peine de devoir mettre la clé sous la porte, un appui structurel de l'Etat.

En 1997-98 est donc établi un *Memorandum of Understanding* (MoU) au niveau central, qui définit les grandes lignes de la collaboration entre le MSP et le secteur confessionnel et les objectifs de l'aide allouée. Ce document constitue un premier effort de formalisation de la relation entre les Eglises et leur partenaire public. Il permet une augmentation considérable de l'appui financier de l'Etat¹²¹ aux *Voluntary Agencies* et la signature ponctuelle de contrats opérationnels¹²² entre structures sanitaires confessionnelles et MSP. Enfin une ébauche de politique partenariale voit le jour en 2003 à l'initiative d'UCMB et d'UPMB, soucieuses de pérenniser les relations et de poser les bases de leur développement en leur conférant un cadre légal.

Le processus partenarial et contractuel n'a néanmoins pu être poursuivi, en dépit des efforts continus de plaider des organisations confessionnelles auprès de l'Etat: la validation officielle du document de 2003 n'a pu être obtenue, bloquant de fait le développement des expériences contractuelles au niveau périphérique. Cette situation est depuis 3 ans la source d'intenses frustrations dans le secteur confessionnel, touché par ailleurs de plein fouet par le gel simultané des subventions de l'Etat et une grave crise des ressources humaines¹²³. Au jour d'aujourd'hui, la contribution financière de l'Etat aux hôpitaux ne représente plus que 15% en moyenne des revenus totaux de l'Eglise (cf. Figure 8).

UCMB et UPMB ont été créés en 1957¹²⁴, afin d'effectuer la liaison entre le Gouvernement Ougandais, les bailleurs et les hôpitaux membres du réseau, de canaliser les subventions d'Etat et d'assurer le développement de la formation infirmière. Elles remplissent aujourd'hui une fonction d'appui aux structures sanitaires de leurs réseaux respectifs¹²⁵ et la représentation de leurs intérêts auprès des autorités de l'Eglise et de l'Etat.

UPMB et UCMB¹²⁶ collaborent intensivement à relever les défis auquel le secteur confessionnel de la santé se trouve aujourd'hui confronté. La stratégie adoptée à ce titre vise à obtenir une reconnaissance officielle¹²⁷ et formelle du rôle sanitaire des Eglises. Celle-ci permettrait l'intégration véritable des structures de santé de l'Eglise dans le système national de santé et conditionne l'obtention d'une réponse structurelle de l'Etat aux menaces pesant sur leur survie:

¹¹⁷ Cf. Figure 9.

¹¹⁸ 'Grants in Aid' votées par la Commission Frazier dans les années 50. Ce système s'est maintenu durant la période post-coloniale à l'exception de la période de crise économique du milieu des années 70.

¹¹⁹ *Voluntary organizations*.

¹²⁰ Rapport de la *Health Services Review Commission* (milieu des années 80) ; 'White paper' (1991).

¹²¹ Les fonds alloués passent de 800 millions à 17 milliards de shillings entre 1999 et 2004.

¹²² *Service Level Agreements* (SLA).

¹²³ La réévaluation substantielle des salaires de la fonction publique en 2005 a contribué à aggraver ce phénomène.

¹²⁴ *Government Notice* N° 672.

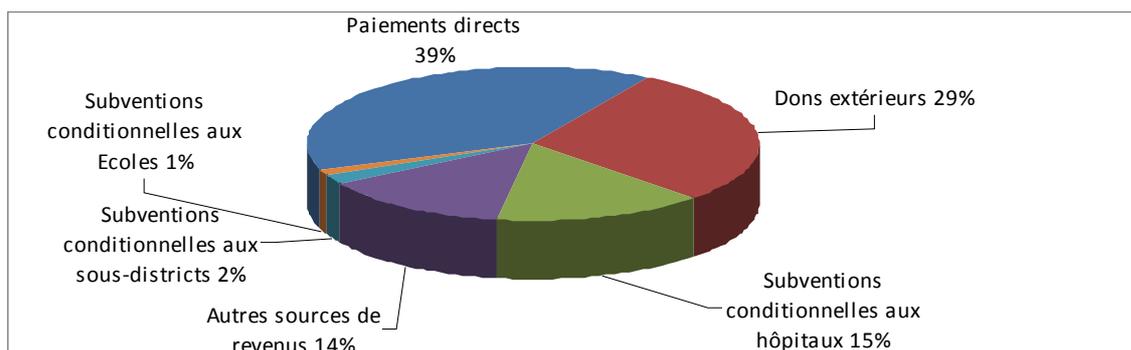
¹²⁵ Le réseau d'UCMB comprend 27 hôpitaux et 234 CS ; celui d'UPMB, 15 hôpitaux et 241 CS appartenant à 7 dénominations différentes, dont l'Anglicane *Church of Uganda* (CoU).

¹²⁶ Et plus récemment, le *Uganda Muslim Medical Bureau* (UMMB).

¹²⁷ Au travers de la validation du *Draft Partnership Policy* de 2003.

- La crise financière résultant du retrait progressif des bailleurs traditionnels du secteur, du gel des subventions de l'Etat¹²⁸, de la diminution du montant des contributions (*user fees*) facturées aux patients¹²⁹ et de l'augmentation des coûts de fonctionnement des structures sanitaires (notamment en termes de ressources humaines¹³⁰);
- La crise des ressources humaines liée notamment à la faible attractivité des salaires du secteur confessionnel et à la politique de recrutements massifs menée par le MSP.

Figure 8. Structure et répartition des sources de revenu du secteur sanitaire confessionnel en Ouganda.
(Source: d'après UCMB, UPMB, UMMB, 2007)

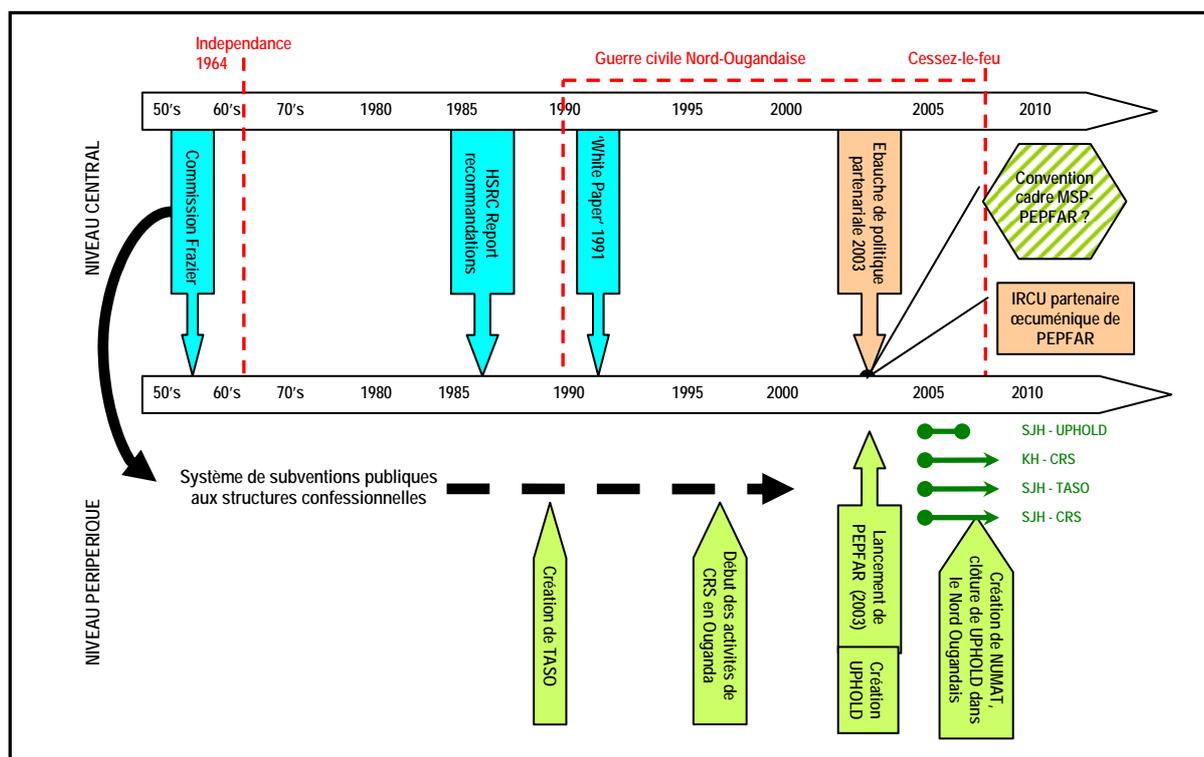


¹²⁸ Leur part dans le financement des activités sanitaires du secteur confessionnel est passée de 36 à 23% entre 2002-2003 et 2005-2006.

¹²⁹ Cette diminution est consécutive à une demande de l'Etat et résulte de l'application par le secteur confessionnel de la Politique Nationale de Santé (PNS).

¹³⁰ Les ressources humaines représentaient 44% du coût total moyen de fonctionnement des structures en 2004-2005. Les contributions de l'Etat ne couvrent pas les salaires, que l'Eglise s'est vue contrainte d'augmenter en réponse à la réévaluation opérée dans le secteur public. Il est intéressant de noter par ailleurs que les plateformes confessionnelles établissent un lien direct entre l'augmentation de la part des ressources humaines dans le coût de fonctionnement des structures sanitaires et la montée en puissance des 'initiatives globales' (dont PEPFAR) réputées peu enclines à financer les coûts du système et notamment celui des salaires.

Figure 9. Le processus contractuel en Ouganda



LEGENDE

- HSRC Health Sector Review Committee
- MOH Ministry of Health
- PEPFAR President Emergency Plan For Aids Relief
- CRS Catholic Relief Services
- UPHOLD Uganda Program for Human and Holistic Development
- TASO The AIDS Support Organization
- IRCU Inter Religious Council of Uganda
- KH Kabarole Hospital
- SJH St Joseph's Hospital

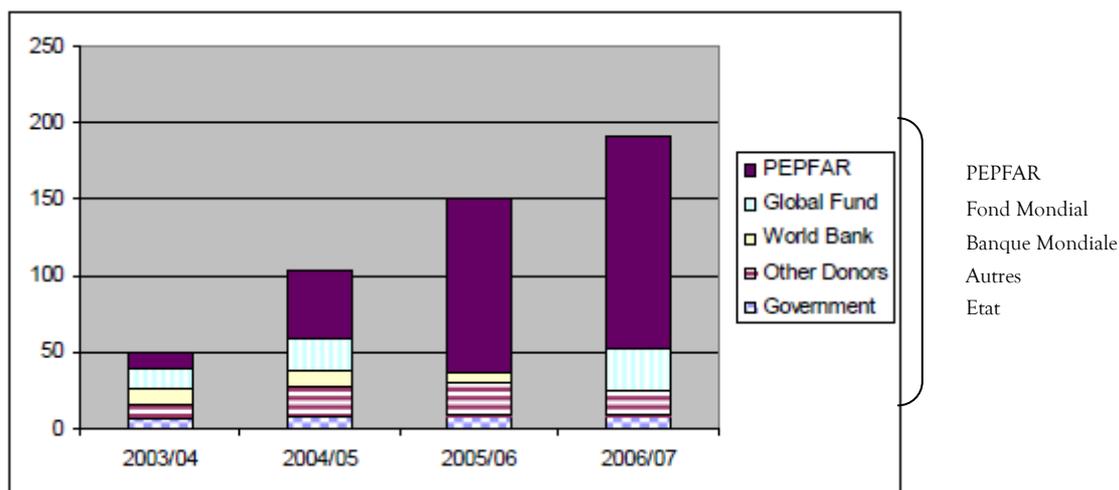
- Secteur public
- Secteur confessionnel
- PEPFAR

- Relation contractuelle clôturée
- Relation contractuelle en cours

PEPFAR et le secteur confessionnel

L'Ouganda est l'un des quinze pays ciblés par la *President's Emergency Plan For AIDS Relief* (PEPFAR). Il bénéficie à ce titre depuis 2004 de l'implantation de nombreux projets de prévention, de soin et de traitement dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA. Le total des fonds déboursés par PEPFAR en Ouganda sont officiellement estimés¹³¹ à 283.6 millions de \$ pour 2008. L'importance de ces sommes place PEPFAR au premier rang¹³² des organisations appuyant l'Ouganda dans le cadre de la pandémie de VIH-SIDA. Au-delà, l'initiative se réclame du 'modèle Ougandais de réponse au VIH-SIDA' et de son influence sur le développement de ses propres stratégies.

Figure 10. Le financement de la santé en Ouganda.
(Source: Oomman N, Bernstein M et Rosenzweig S, 2007)



Les autorités gouvernementales des pays partenaires tendent à être faiblement associées à la conceptualisation, à la planification, à la gestion et à la mise en œuvre des activités qui en découlent. Les règles de répartition des fonds sont en effet propres au programme et gouvernées par les prescriptions du Congrès Américain. Ce sont également des représentants de l'Etat Américain¹³³ qui en assurent la gestion et la supervision. Enfin, les récipiendaires des fonds sont principalement des ONGs, souvent exogènes. L'existence en Ouganda d'un *PEPFAR Board* au sein duquel sont représentés le gouvernement et le secteur privé ne confère pourtant à ces derniers qu'une marge de manœuvre limitée.

La politique de PEPFAR favorise de manière générale une intervention en ligne directe avec le niveau périphérique qui explique partiellement la faible implication du niveau central¹³⁴. Récipiendaires et sous-récipiendaires sont ici principalement sélectionnés sur leur capacité à atteindre les objectifs chiffrés (*targets*) fixés et à dépenser le plus rapidement possible les fonds alloués. Le système qui régit PEPFAR, extrêmement strict¹³⁵, s'avère par ailleurs peu transparent, notamment en termes de données financières: dans ce domaine, seuls les budgets

¹³¹ 2008 *Country profile*: Uganda. Consulté sur: www.pepfar.org.

¹³² En 2006, 73% des fonds disponibles dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA en Ouganda provenaient de PEPFAR. Voir également la figure ci-dessous.

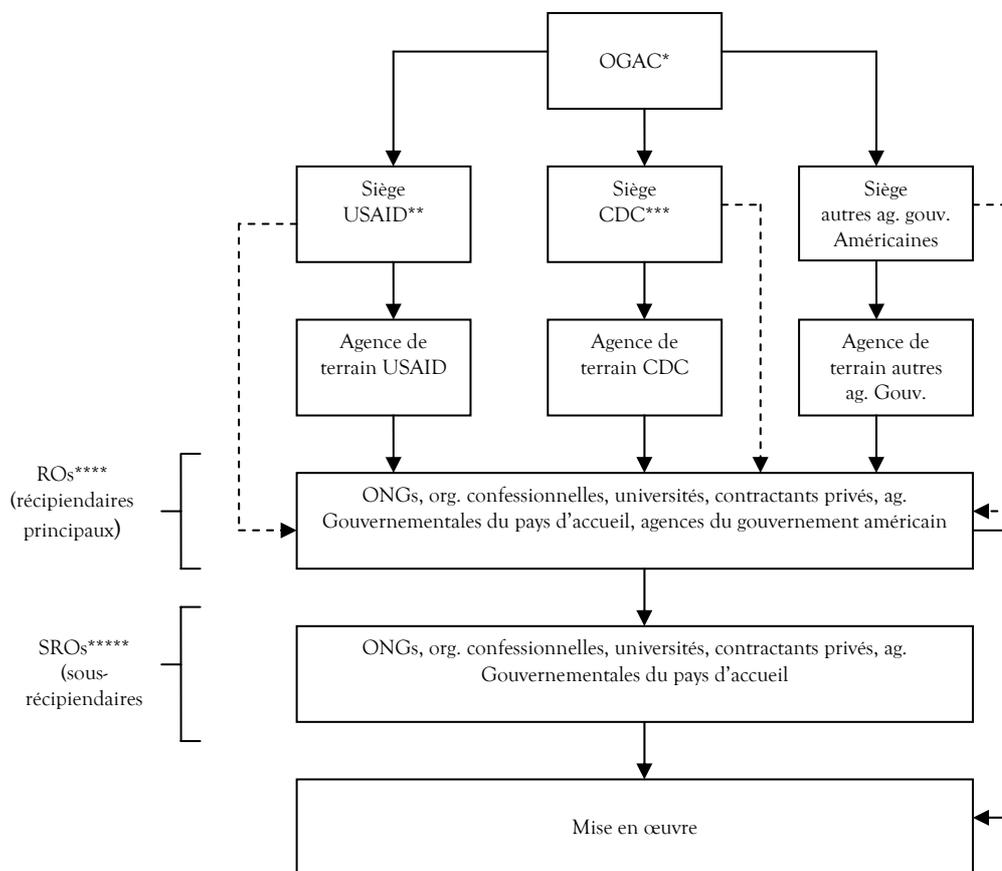
¹³³ Par le biais de l'*Office of the Global AIDS Coordinator* (OGAC) aux Etats-Unis et sur le terrain, au travers des ambassades et d'Agences telles qu'USAID et CDC.

¹³⁴ Renforcement des capacités et appui institutionnel interviennent de manière beaucoup plus secondaire dans les objectifs de PEPFAR qu'au niveau du Fonds Mondial ou de la Banque Mondiale.

¹³⁵ Marquage (*earmarking*) des fonds notamment.

alloués pays par pays aux bénéficiaires sont rendus publics¹³⁶. Les résultats en données chiffrées des programmes implantés sur le terrain restent également d'un accès très difficile.

Figure 11. Système de répartition des fonds PEPFAR
(Source: d'après Oomman N, Bernstein M et Rosenzweig S)



* Office of the Global Aid Coordinator/Bureau du Coordonnateur Général de l'aide.

<http://www.state.gov/s/gac/>

** United State Agency for International Development/Agence des Etats-Unis pour le Développement International. <http://www.usaid.gov/>

*** Centre For Disease control and prevention/Centre pour le contrôle et la prévention des maladies. <http://www.cdc.gov/>

**** Recipient Organisations/Organisations récipiendaires

***** Sub-recipient Organisations /Organisations sous-récipiendaires

¹³⁶ Le montant des versements effectifs ne sont accessibles ni au public, ni aux gouvernements bénéficiaires, ni à certains membres du staff PEPFAR. De même, les données relatives à la répartition des fonds par aire programmatique et la liste des fonds attribués aux sous-récipiendaires sont collectées par PEPFAR mais restent inaccessibles au public.

Il nous semble important de présenter également trois des bénéficiaires principaux de PEPFAR en Ouganda: le *Catholic Relief Services* (CRS)¹³⁷, le *Uganda Program for Human and Holistic Development* (UPHOLD)¹³⁸ et *The Aids Support Organisation* (TASO)¹³⁹. C'est avec ces organisations qu'ont été établis les contrats auxquels nous nous intéresserons plus particulièrement dans le cadre de cette étude.

CRS est l'agence officielle de développement de la conférence des évêques des Etats-Unis, membre de Caritas et active en Ouganda depuis 1965. L'organisation ayant été placée à la tête du consortium AIDSRelief dans le cadre de PEPFAR, c'est sous cette étiquette que se déploient aujourd'hui la plupart de ses activités en Ouganda. CRS y appuie ainsi 18 structures de soins dans 11 districts¹⁴⁰.

Le programme UPHOLD, très largement représenté sur le territoire¹⁴¹, a été lancé en 2003 à l'initiative d'une organisation Américaine, *John Snow Incorporated* (JSI). Il vise le renforcement de la participation communautaire et institutionnelle au développement de services éducatifs et sanitaires de qualité, notamment dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA. Ses activités se sont déployées à partir de 2005 sous l'égide de PEPFAR, devenu sa source majeure de financement. UPHOLD a pour caractéristique de rechercher en principe une collaboration étroite avec les gouvernements locaux au niveau des districts.

TASO (1987) est la plus importante des organisations Ougandaises et une des plus importantes organisations Africaines de soutien aux personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVVIH). Elle travaille en étroite collaboration avec le Gouvernement Ougandais¹⁴² et est évidemment un partenaire incontournable pour PEPFAR dont elle est un des bénéficiaires principaux. Les activités réalisées dans ce cadre au niveau des districts sont 'sous-traitées' auprès d'institutions ou de structures compétentes¹⁴³.

Le contexte partenarial doit ici être envisagé à deux niveaux: entre PEPFAR et ses représentants d'une part, l'Etat et les Eglises d'autre part. Nous ne disposons que de peu d'informations sur les liens unissant l'Etat Ougandais et PEPFAR faute d'avoir pu rencontrer de représentants de PEPFAR au niveau de l'Ambassade des Etats-Unis ou d'USAID et parce les informations font largement défaut au niveau du MSP. Nous n'avons pu accéder au protocole d'accord signé entre PEPFAR (Washington) et l'Etat Ougandais au lancement du programme: sa localisation même pose problème et tout laisse à entendre qu'il soit classé confidentiel.

Aucune convention n'existe par ailleurs au niveau central entre PEPFAR et les plateformes confessionnelles en dépit du fait qu'un grand nombre de structures du réseau soit impliqué dans la mise en œuvre du programme. De fait, les liens entre secteur confessionnel Ougandais et PEPFAR s'effectuent au niveau central au travers d'une structure interconfessionnelle: le *Inter-Religious Council of Uganda* (IRCU). Cet organe chargé par PEPFAR de coordonner une part importante de ses interventions avec le secteur confessionnel avait à l'origine une mission essentiellement spirituelle et dispose d'une très faible légitimité auprès d'UCMB et UPMB, qui n'y sont pas représentés et avec lesquels IRCU ne communique guère.

Des trois bénéficiaires envisagés dans cette étude, CRS est par ailleurs le seul à entretenir des relations (non formalisées) avec UCMB et UPMB. TASO et UPHOLD communiquent uniquement avec IRCU et ignorent largement le rôle fondamental joué par les plateformes sanitaires confessionnelles. UCMB et UPMB ne disposent par conséquent que d'informations parcellaires sur le nombre et le contenu des contrats effectivement signés par 'leurs' hôpitaux

¹³⁷ www.crs.org.

¹³⁸ www.uphold.jsi.com.

¹³⁹ <http://www.tasouganda.org>.

¹⁴⁰ Selon les chiffres donnés par CRS, ces activités touchent plus de 62.400 personnes, dont près de 21.000 patients placés sous ARV.

¹⁴¹ Il couvrait jusqu'à 34 districts au pic de son activité. La création du *Northern Uganda Malaria AIDS & Tuberculosis Program* (NUMAT) a conduit UPHOLD à se retirer du Nord du pays, ramenant le nombre des districts appuyés à 28.

¹⁴² Le MSP et la Commission Nationale de Lutte contre le VIH-SIDA (*National AIDS Commission*, NAC).

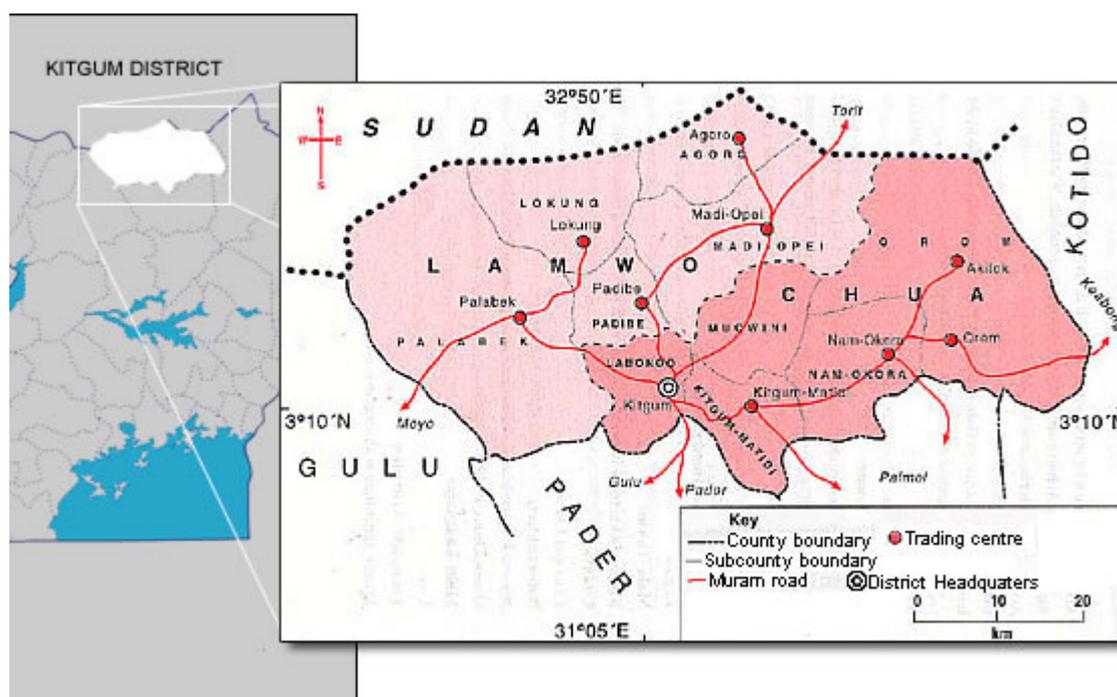
¹⁴³ 'Sous-bénéficiaires', tels par exemple que le District de Kitgum ou l'hôpital de Kabarole.

avec IRCU ou d'autres récipiendaires PEPFAR et ce d'autant plus que les structures elles-mêmes s'avèrent parfois réticentes à communiquer sur le sujet. Les efforts déployés par UCMB et UPMB afin de tenter d'établir un dialogue avec IRCU et d'obtenir des réponses à leurs préoccupations restent à ce jour lettre morte.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS SÉLECTIONNÉS

Figure 12. District de Kitgum.

(Source: www.coreinitiative.org)



Légende: (voir légende en Anglais ci-dessus pour les pictogrammes)
 County boundary: limites de comté - Trading centre: centre commercial -
 Subcounty boundary: limites de sous-comté - Muram Road: Route de latérite -
 District Headquarters: siège du district

St Joseph's Hospital (SJH)

SJH se situe dans la région du Nord-Ouganda, dans le district de Kitgum. D'abord créé comme poste de santé par des sœurs Comboniennes (1942), la structure, devenue hôpital, a été concédée au Diocèse de Gulu au début des années 70. C'est aujourd'hui une structure de 350 lits opérant dans une région déshéritée, durement frappée par 20 années de guerre civile¹⁴⁴. Elle est accréditée par UCMB et jouit d'une excellente réputation.

L'hôpital coexiste avec un l'hôpital public de district (*Kitgum Hospital*, 200 lits), situé à moins de deux kilomètres. Le rôle de structure référente est officieusement assumé par SJH, auquel s'adresse l'essentiel des patients du district et bien au-delà. Cette situation s'explique en partie par la guerre, au cours de laquelle SJH n'a jamais cessé de fonctionner, prenant en charge une population toujours plus nombreuse¹⁴⁵ au détriment d'un hôpital de district (HD) alors

¹⁴⁴ La guerre civile a débuté dans le Nord-Ouganda au début des années 80 Le conflit, opposant la *Lord's Resistance Army* (LRA) les *Allied Democratic Forces* (ADF) au gouvernement Ougandais n'a trouvé de solution (précaire) qu'en octobre 2006 avec la participation d'une partie de la rébellion aux négociations de paix menées au Sud Soudan avec le gouvernement. Le cessez-le-feu se maintient depuis mais la région a été fortement affectée par le conflit, avec près de 400.000 réfugiés dont une grande partie se maintient aujourd'hui encore dans des camps.

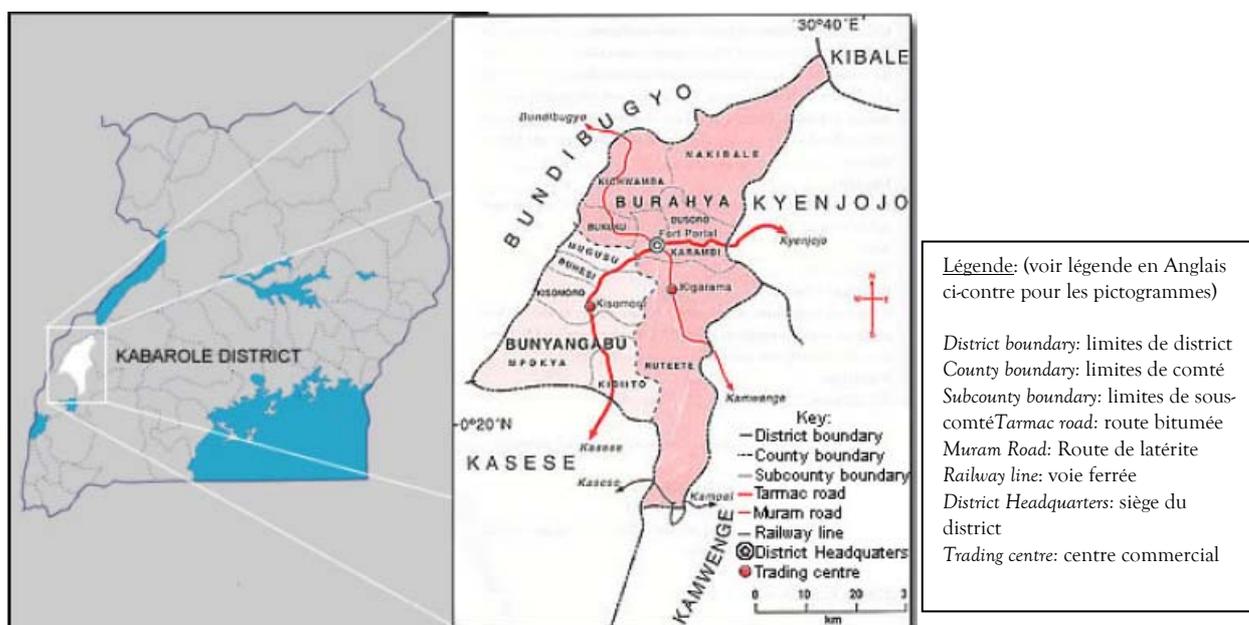
¹⁴⁵ Afflux de réfugiés en zone urbaine.

largement moribond. Ces années de conflit expliquent également la forte concentration d'ONGs internationales dans la région et les nombreux appuis extérieurs dont St Joseph a bénéficié au cours de la période¹⁴⁶. Ces relations sont ou ont souvent été encadrées par des contrats (AVSI¹⁴⁷, UE, WFP). L'hôpital bénéficie également d'un solide appui technique d'UCMB, d'autant plus valorisé que le Diocèse, propriétaire et décideur, présente sur ce plan de grandes faiblesses.

A partir de 2005 ont par ailleurs été signées diverses conventions dans le cadre des financements PEPFAR, dans le but de doter l'hôpital d'un système complet de prise en charge du VIH-SIDA¹⁴⁸: avec TASO, UPHOLD et CRS. La création d'un nouveau fond d'aide spécifique au Nord-Ouganda (NUMAT), responsable de la clôture du projet UPHOLD, devrait à terme déboucher sur la signature de nouveaux contrats.

Ses appuis extérieurs n'empêchent pas SJH de connaître des difficultés croissantes. Les ressources restent insuffisantes pour couvrir les coûts de fonctionnement de l'hôpital¹⁴⁹ et notamment le poids de la charge salariale¹⁵⁰. Il est également frappé par une forte érosion des ressources humaines¹⁵¹ liée à la faible attractivité des salaires. La charge de travail croît régulièrement pour le staff restant et risque de s'aggraver mécaniquement¹⁵².

Figure 13. District de Kabarole
(Source: www.coreinitiative.org)



¹⁴⁶ AVSI, Misereor, AGEH, World Food Program (WFP), Union Européenne (UE) pour citer les principaux d'entre eux.

¹⁴⁷ AVSI (www.avsi.org) est le plus important bailleur de l'hôpital et une ressource technique essentielle. L'organisation a notamment mis en place et prend en charge l'équipe cadre de SJH.

¹⁴⁸ Accompagnement et tests volontaires, Prévention de la transmission mère-enfant (PTME), soins à domicile, traitements antirétroviraux et communication pour le changement des comportements (BCC).

¹⁴⁹ L'hôpital est déficitaire depuis 2006-2007.

¹⁵⁰ Son coût augmente de 20% par an depuis 2001. L'hôpital a dû restructurer son personnel et renoncer à certaines activités dans l'attente de sources complémentaires de revenu.

¹⁵¹ 17% des employés ont quitté l'hôpital au cours de l'année 2006-2007.

¹⁵² Le taux d'utilisation des services demeure haut en dépit du départ progressif des réfugiés de la guerre civile.

Kabarole Hospital

Cet hôpital est localisé dans l'ouest de l'Ouganda, dans la ville de Fort Portal, capitale du district de Kabarole, dans une zone politiquement stable. Il appartient au diocèse Anglican (CoU) de Ruwenzori et relève du réseau UPMB. Sa relation avec les autorités techniques de district sont partiellement formalisées. Le *District Health Officer* (DHO) a en effet restauré la signature annuelle de contrats déterminant l'accès au fonds du *Conditional Grant*¹⁵³ pour toutes les structures sanitaires du district. Créé en 1903, *Kabarole Hospital* (KH) est un des plus anciens hôpitaux du pays. Loué en 1997 à un médecin privé, faute pour le Diocèse de pouvoir en assumer la charge financière, l'hôpital a réintégré le réseau Anglican en 2001 à l'initiative de l'actuel évêque. Alors exsangue, la structure se relève depuis progressivement de ses cendres. C'est une structure de taille modeste (80 lits), le plus petit des trois hôpitaux de Fort Portal: l'hôpital provincial de Buhinga¹⁵⁴ (public) et l'hôpital Catholique de Virika se trouvent à quelques kilomètres à peine du site de Kabarole.

Les moyens structurels de l'hôpital demeurent essentiellement limités au produit des *user fees* et aux subventions de l'Etat¹⁵⁵. Le seul appui extérieur dont il bénéficie provient du contrat signé avec CRS en 2005 dans le cadre du programme *AIDSRelief*. Sa part (50%) dans le budget de l'hôpital est énorme mais l'usage de ces fonds limité aux activités déployées dans le cadre du projet. Cette forte dépendance vis-à-vis d'un unique bailleur n'est évidemment pas dénuée de risques pour une structure déjà fragile. Ses contraintes budgétaires ne permettent pas à KH de faire face aux coûts grandissants des ressources humaines: la charge des salaires pèse lourdement sur le budget de la structure et limite les possibilités de développement.

Résultat des interviews et analyse documentaire

NIVEAU CENTRAL

Nous nous intéresserons ici essentiellement à la question de la perception de la relation (ou de son absence) chez les différents acteurs eu égard à l'absence de processus partenarial - et a fortiori contractuel - identifiable au niveau central, entre PEPFAR (ou ses bénéficiaires) et les secteurs publics et confessionnels de la santé. De manière générale, l'intervention de PEPFAR au travers de ses bénéficiaires se concentre sur le niveau district, qui est par conséquent également le lieu sur lequel se concentrent les expériences contractuelles. Ce choix explique en partie que la visibilité de l'initiative reste limitée au niveau central ; il induit également la perception, ainsi que le niveau de connaissance - très limité - que les acteurs publics et confessionnels de la santé en ont.

Le comité de coordination PEPFAR, dont la mise en place des activités se fait majoritairement en ligne directe avec le niveau district, permet au MSP d'orienter l'initiative en termes de Politique Nationale de Santé mais ne confère cependant aucune visibilité sur la gestion au quotidien des programmes. Différents groupes techniques susceptibles de favoriser un partage des informations existent au sein du *Health Advisory Committee*, auxquels PEPFAR participe comme *Public Private Partnership in Health Group*, *Sector Wide Approach* ou *SWAP Group*, *Policy Advisory Committee*, ainsi que des forums partenariaux (*Annual Technical Review*, *Joint Annual Sector Review*). La réalité apparaît en tout état de cause difficile à établir en raison des discours parfois contradictoires des intervenants du secteur public.

Les intervenants interrogés au niveau du Ministère de la Santé ont une analyse relativement négative vis-à-vis du mode d'intervention de PEPFAR dans le pays. Ceci est vrai tant pour les responsables chargés de la planification que pour ceux en charge du partenariat. Le principal problème est pour le MSP celui de la transparence. En matière de rapportage, les informations

¹⁵³ Cette pratique, prévue par la politique de Soins de Santé primaires (SSP) est tombée en désuétude dans la plupart des districts. Il s'agit plus dans les faits d'une formalité.

¹⁵⁴ Buhinga est le centre référent provincial.

¹⁵⁵ Sur un budget total de 734 millions de USH en 2007, la contribution de l'Etat n'atteignait que 80 millions, dont 63 seulement ont été réellement perçus.

semblent prioritairement remonter au niveau du Directeur Général et du Secrétaire Permanent de la Santé au niveau du MSP, puis de la *National AIDS Commission*, (NAC). Au total, peu de personnes sont au fait de la situation réelle et se concentrent généralement dans les milieux proches de la Présidence, conférant à la présence de PEPFAR un caractère 'politique'.

Les informations disponibles se limitent donc essentiellement aux ressources planifiées et en mentionnent les bénéficiaires, mais sans détails sur leur utilisation, ce qui rend la planification des ressources et des interventions difficile. Il semble néanmoins qu'une amélioration se dessine liée aux efforts déployés par le MSP pour obtenir un complément d'information (sur la disponibilité à moyen terme des ressources notamment) mais également à la présence d'un représentant au niveau de l'ambassade Américaine, plus enclin que ses prédécesseurs à collaborer avec le Ministère. L'identification d'éventuelles niches d'intervention est le fait de PEPFAR: le MSP n'a pas voix au chapitre quant à la définition des priorités et à la répartition des fonds alloués. Certaines interventions sont identifiées a posteriori lors de visites de supervision au niveau des districts, mais se limitent aux initiatives les plus visibles, telles que celle d'UPHOLD ou NUMAT par exemple, qui passent effectivement par les autorités locales.

Au-delà de la question de transparence se pose celle du mode d'intervention de l'initiative: la réglementation Américaine n'autorisant pas le financement direct d'autres gouvernements, les fonds alloués le sont sous la forme de projets mais ne peuvent être inclus au budget du MSP, forme préférée d'appui en Ouganda. Le contrôle du MSP s'arrête donc à une fonction d'orientation de PEPFAR en matière de respect de la politique nationale de santé: la définition des priorités d'intervention, de financement, le niveau opérationnel échappent à sa supervision. PEPFAR fonctionne ici de manière indépendante, du moins vis-à-vis du niveau central et il n'est pas question ici de partenariat.

Le MSP reconnaît l'utilité de l'initiative, comme en principe complémentaire de la sienne. Il en souligne néanmoins les limites potentielles, l'efficacité des interventions restant notamment impossible à vérifier pour le MSP et le sentiment dominant chez certains intervenants que le mode de fonctionnement de l'initiative est plus susceptible de servir les intérêts financiers du bailleur que ceux du pays bénéficiaire¹⁵⁶. Enfin, si l'on reconnaît l'utilité immédiate des interventions, c'est la question de leur pérennité qui inquiète également le MSP: en l'absence de planification conjointe, comment s'assurer qu'une continuité puisse être assurée dans la perspective où PEPFAR se retirerait?

Dans ce constat, le MSP reconnaît néanmoins aussi sa propre part de responsabilité et notamment son incapacité à s'imposer réellement comme 'régisseur' (*steward*) et de coordinateur à part entière du secteur: en exigeant la communication des informations nécessaires, en imposant ses priorités et une formalisation complète de la relation permettant d'asseoir ses exigences, en supervisant les interventions. On souligne également la faiblesse du système local d'information sanitaire et sa probable incompatibilité avec la complexité des données collectées par PEPFAR à travers le projet de suivi et d'évaluation de l'avancée du plan d'urgence (*Monitoring and Evaluation of Emergency Plan Progress*, MEEP). Au-delà, le système de collecte de données n'a pas été prévu pour inclure les informations relatives à des programmes tels que ceux développés par PEPFAR. Les indicateurs utilisés ne permettent donc que très imparfaitement de les capturer.

Comme pour le secteur public, aucun agrément n'a été signé au niveau central entre PEPFAR ou ses bénéficiaires et les plates-formes médicales confessionnelles. Mais s'il ne peut donc être question ici de partenariat formalisé, se pose plus encore que pour le MSP le problème de l'existence même d'une relation. Ni UCMB, ni UPMB ne connaissent en effet de liens avec PEPFAR et ses bénéficiaires, les plus hauts représentants de l'initiative (au niveau de l'Ambassade des Etats-Unis et d'USAID notamment) n'ayant jamais approché les structures, développant comme nous l'avons vu leur relation avec le secteur confessionnel au niveau central au travers d'IRCU, sensé servir de relais auprès des différentes confessions religieuses.

¹⁵⁶ Est fait ici référence au coût du personnel expatrié, au nombre de bénéficiaires étrangers et notamment Américains et au prix des antirétroviraux (recours limité aux génériques).

Le rôle de ces organes de coordination que sont UCMB, UPMB et UMMB pour le secteur médical confessionnel a donc été ici fondamentalement ignoré en faveur d'un organe unique mais créé à l'origine pour d'autres fonctions. Dans la mesure où les différentes églises s'attendaient à ce que d'autres fonds (comme ceux du Fonds Mondial) aient dans le futur à transiter par un organe unique de représentation, IRCU a fini par être désigné officiellement en 2003¹⁵⁷ pour jouer ce rôle de receveur et de gestionnaire des fonds alloués. Il était néanmoins entendu que cet organe ne serait pas responsable de l'implantation des fonds au niveau périphérique, soit des contacts avec les structures sanitaires elles-mêmes.

Dans une phase initiale se sont donc développés des relations entre PEPFAR et les coordinations médicales de certaines des confessions du pays. Un exemple est l'Eglise Anglicane Ougandaise (CoU) qui jusqu'à une date relativement récente disposait de contacts directs avec l'initiative au travers d'USAID, leur fournissant notamment les informations nécessaires à l'identification de structures ou de programmes bénéficiaires et recevant la responsabilité de gérer les fonds impliqués. Le désir au niveau de PEPFAR de limiter le nombre d'intermédiaires a néanmoins conduit en 2007 à la remise en cause de sa relation individuelle avec CoU au bénéfice d'IRCU. CoU continue néanmoins de jouer un rôle d'information et de supervision financière en raison de l'incapacité déclarée d'IRCU à effectuer l'identification des structures. Les fonds sont quant à eux gérés par IRCU et versés directement aux structures bénéficiaires sans plus passer par la CoU. La coordination médicale de la CoU éprouve néanmoins les plus grandes difficultés à exercer son rôle de supervision depuis la mise en place de ce changement, dans la mesure où les informations relatives aux versements ne lui sont plus communiquées. Parce qu'UCMB et la conférence épiscopale Catholique ne souhaitaient pas devenir récipiendaires de fonds, la décision fut prise à l'origine par les autorités catholiques de créer un organe épiscopal auquel échouerait cette tâche, dans la perspective où les fonds de PEPFAR ou d'autres initiatives globales seraient reversés par IRCU pour distribution aux structures sanitaires: GIFMU (*Global Initiatives Funds Managing Unit*) vit ainsi le jour en 2004. Dans les faits néanmoins, l'attribution d'une enveloppe de 18 millions de Dollars au secteur confessionnel a conduit PEPFAR à formaliser sa relation avec IRCU afin d'encadrer le déboursement des fonds. Une des clauses du contrat signé stipulant qu'IRCU ne pourrait passer par aucun tiers pour le déboursement des fonds aux structures sanitaires, le rôle de GIFMU est devenu caduc depuis juillet 2007.

Ce changement implique, pour UCMB comme pour UPMB où les coordinations médicales de ses Eglises membres une perte de contrôle sur les programmes implantés sous financement PEPFAR, renforcée par les difficultés relationnelles ou communicationnelles qu'elles connaissent avec IRCU: l'organisation communique en effet prioritairement avec PEPFAR/USAID qui finance par ailleurs son personnel. Le problème se répète pour d'autres mécanismes d'intervention de PEPFAR et une grande partie des programmes gérés par d'autres récipiendaires principaux: TASO et UPHOLD -pour ne citer que les exemples propres aux cas étudiés dans le cadre de la présente recherche- n'ont aucune relation avec les *Religious Coordinating Bodies*.

La seule exception que nous ayons rencontrée à ce phénomène de contournement des RCB concerne CRS. Fonctionnant d'abord sur le même mode de relation directe avec les acteurs opérationnels au niveau district, CRS a peu à peu amendé sa position et entretient désormais des liens avec UCMB et UPMB: des réunions régulières sont désormais organisées par UCMB avec CRS afin de tenter de consolider la relation et d'accéder peu à peu aux informations nécessaires. Dans ce contexte, UPMB a été approché pour aider CRS à identifier les structures à inclure, des visites de terrain ont ainsi été organisées conjointement. Il importe néanmoins de nuancer le degré actuel du partenariat développé puisque UPMB n'a pas par exemple été informé lorsque des contrats ont effectivement été passés par CRS sur le terrain (c'est le cas de *Kabarole Hospital*).

¹⁵⁷ Par les Eglises, c'est-à-dire pour les Catholiques par la Conférence Episcopale.

Un premier sujet d'inquiétude réside dans l'inexpérience des hôpitaux en matière de partenariat contractuel. Différents cas ont été identifiés dans lesquels les contrats ne respectent pas les bases légales requises: les diocèses, propriétaires légaux des hôpitaux ne sont pas en effet systématiquement signataires des documents, les responsables techniques signant parfois en leur lieu et place sans délégation officielle, ces agréments sont alors invalides au sens légal strict mais engageant malgré tout les diocèses dans un système d'obligations et de contraintes mal maîtrisé. La plupart des contrats 'PEPFAR' sont en effet développés sur la base de modèles standardisés complexes, inscrits dans le droit américain et largement non négociables.

La deuxième inquiétude majeure réside dans les distorsions potentielles qu'impliquent des contrats largement dotés et fortement ciblés pour des structures dont les activités ne se limitent pas au domaine de la prise en charge du VIH-SIDA. Aux yeux d'UCMB notamment, les effets des projets et de leurs exigences sont difficilement compatibles avec le contexte de grave crise de ressources humaines et de limite des infrastructures dans lequel opèrent les hôpitaux. Dans ce cadre, la crainte est que les objectifs fixés ne puissent être atteints sans que cela ne se fasse au détriment d'autres activités.

Enfin, la crainte est exprimée que la prise en charge du VIH-SIDA ne finisse par s'effectuer isolément, contre le principe d'intégration de ces activités dans le système de santé.

NIVEAU PÉRIPHÉRIQUE: ST JOSEPH'S HOSPITAL, KITGUM



St Joseph's Hospital: clinique VIH et centre de dépistage volontaire

Processus contractuel et analyse des contrats

CRS

Trois contrats 'PEPFAR' ont pu être identifiés à SJH: le premier, signé avec UPHOLD en 2005 est arrivé à son terme en 2007 avec le retrait anticipé de l'organisation de la région ; le second, signé avec TASO en 2005 est toujours en vigueur et porte sur l'amélioration et la dispensation de services de soins et de prévention VIH-SIDA ; le troisième enfin, signé en 2005 avec CRS s'attache aux domaines du traitement ART et du dépistage volontaire. Avant PEPFAR, SJH n'a connu aucun lien direct avec les Initiatives Globales, le Fonds Mondial et le *Multi-country HIV-AIDS Program* (MAP) passant essentiellement au travers des institutions publiques, le bénéficiaire est indirect et s'est manifesté sous la forme de dotations en médicaments et en réactifs par le MSP.

A l'occasion de l'arrivée de PEPFAR en 2004 par le biais de CRS, l'équipe de santé du District effectue une mission d'évaluation dans la région, afin d'y sélectionner un certain nombre de structures susceptibles de pouvoir bénéficier de l'appui du consortium *AIDSRelief*. Au terme d'une enquête poussée, on conclut à l'inclusion possible de SJH au programme. Le gouvernement ayant alors fixé la priorité dans la prise en charge des malades accueillis dans les structures publiques et aucune autre organisation ne s'étant proposé avant CRS d'offrir à l'hôpital les moyens d'une prise en charge par ART, celui-ci se saisit de l'opportunité. Il s'agit néanmoins à l'origine d'une initiative du bailleur, véhiculée dans la phase d'identification des sous-récepteurs par les autorités de santé de District. L'équipe de gestion de l'hôpital est envoyée en visite au *Lacore Hospital* de Gulu, déjà bénéficiaire, afin de prendre la mesure des implications du programme et est ensuite invité à rédiger une demande d'appui qui sera validée. Le premier contrat sera signé en 2005, entre CRS et l'hôpital et 'au détriment' du diocèse dont la signature ne figure pas sur le document.

Le premier contrat CRS a été signé en 2005. Il associe comme signataires, d'une part le représentant national de CRS ; d'autre part le médecin chef pour l'hôpital St Joseph. Nous sommes donc ici typiquement dans le type de situation dénoncé au niveau central par les plateformes confessionnelles. Elle est justifiée du côté de CRS par la nécessité d'établir le contrat avec le partenaire opérationnel ; pour SJH, c'est la question de la compétence technique qui est invoquée: le diocèse est une autorité morale, peu versée dans les arcanes de ce type de relations.

Le contrat a été signé pour un an: il est tributaire des fonds alloués à CRS par Washington à l'occasion du vote du budget. Son renouvellement est également dépendant du niveau de performance de la structure (atteinte des objectifs), de son respect des termes de l'agrément, de sa capacité et de la volonté mutuelle des parties à poursuivre leur collaboration. Dans les faits, le contrat a été systématiquement renouvelé, chaque année depuis 2005: le document standard est reproduit à chacune de ces occasions et fait simplement état des changements apportés. Il est applicable à tout contrat signé par CRS dans le cadre du programme *AIDSRelief*. Il souligne par ailleurs le caractère strictement autonome des organisations signataires: nous sommes ici dans le cadre d'un contrat de service et hors de toute intention de partenariat légal.

Les obligations des deux parties sont seulement mentionnées par référence à la description du programme fournie en annexe. Le document fournit un descriptif sommaire des ressources ou services potentiellement alloués par le bailleur et limitées à un appui en nature (médicaments et équipement de laboratoire par exemple). Il prévoit les conditions de versement des fonds ainsi que les conditions de remboursement des fonds par le bénéficiaire. L'article 15 est consacré aux conditions de suivi et d'évaluation, spécifiées pour les objectifs fixés (suivi et évaluation de performance, SEP) et d'autre part pour les données financières (SEF).

L'exercice d'audits annuels indépendants est prévu au-delà d'un montant de fonds cumulé de 500.000 USD ou de 250.000 USD sur base annuelle. De manière plus structurelle, des visites d'évaluation de la capacité et du suivi et une inspection de l'administration financière, doivent être réalisés par le bailleur sur la base d'un calendrier développé par les deux parties. Certaines catégories de dépenses sont soumises à accord préalable du bailleur: elles comprennent notamment les dépenses relatives à l'achat de biens d'équipement de grande valeur, à l'amélioration des infrastructures et aux investissements.

Enfin, une dernière partie comprend la mention des termes et conditions particulières: elle lie notamment le versement de salaires et rémunérations à la fourniture systématique de feuilles de présence/d'activité ; l'obligation pour le bénéficiaire de détacher ou de recruter le meilleur personnel possible pour la mise en place du programme ; la nécessité de signaler tout contact avec les médias qui serait relatif au programme ou à ses activités ; la loi applicable au contrat (Ouganda) et la préséance de la loi Américaine en cas de conflit.

Ce contrat n'a pas fait au niveau de SJH l'objet d'une négociation à proprement parler: le modèle a été soumis pour accord puis signé en l'état.

UPHOLD

Dans le cas d'UPHOLD, la sélection des districts bénéficiaires s'est effectuée en amont, par accord entre le Gouvernement Ougandais et USAID: une liste de 20 districts à l'origine confiée à UPHOLD pour mise en place de mécanismes d'allocation de ressources et identification des organisations de la société civile par ailleurs susceptibles d'être incluses au programme: Kitgum en faisait partie. Dans tous les cas de figure, les termes, critères de sélection, règles applicables aux contrats sont spécifiques à UPHOLD mais très largement contrôlées par PEPFAR via USAID. S'y ajoutent objectifs chiffrés et définition des services à mettre en place, également déterminés en amont par PEPFAR. C'est sur ces bases qu'UPHOLD a effectué la sélection des sous-récepteurs du District de Kitgum s'étant porté candidats.

Le contrat UPHOLD est en grande partie comparable au contrat CRS en ce qui concerne son niveau de formalisation et de standardisation, du moins en ce qui concerne les règles générales applicables au contrat, à savoir notamment la référence à des textes réglementaires propres au bailleur et aux fonds alloués, les conditions générales de versement des fonds, les conditions de suivi et d'évaluation (rapports financiers et techniques), les dépenses autorisées, les conditions applicables à la comptabilité, à l'audit et à l'administration financière, les règles applicables au paiement des avances et aux remboursements, les conditions de terminaison, de suspension et d'amendement du contrat et la résolution des conflits. Il comporte néanmoins un degré de flexibilité beaucoup plus important que le contrat CRS, dans la mesure où le processus contractuel implique la rédaction par le bénéficiaire d'une proposition détaillée, ensuite discutée avec le bailleur. Les priorités sont donc définies ici sur une base commune.

Le contrat de SJH définit deux grands objectifs: la dispensation d'une part de services décentralisés de dépistage volontaire et de conseils à un nombre défini d'adultes de 4 sous-comtés et du comté de Kitgum-ville ; la dispensation d'autre part de soins et d'accompagnement à un nombre défini de personnes vivant avec le VIH dans les mêmes zones. Chacun de ces objectifs est assorti du détail des activités à déployer, elles-mêmes assorties d'objectifs quantitatifs. Il est par ailleurs à noter que, tout comme dans le cas de CRS, le contrat UPHOLD a été signé par le médecin-chef de l'hôpital au détriment du diocèse.

Au total, et de façon avérée pour UPHOLD et TASO, les contrats signés sont porteurs d'obligations détaillées qui impliquent une importante capacité de mobilisation de compétences et de temps de la part du bénéficiaire. Indépendamment des activités déployées, les obligations de rapportage constituent une composante essentielle et précise des documents: si elles offrent la garantie du moins théorique d'excellentes conditions de suivi, le niveau de contrainte qui en découle est particulièrement important pour SJH qui a dû, jusqu'au retrait d'UPHOLD, gérer simultanément trois systèmes distincts de suivi et d'évaluation. Si le détail de ces obligations ne nous est pas connu pour TASO, nous savons à la lumière des entretiens réalisés que leur poids est considéré comme d'autant plus lourd par SJH que les fonds alloués restent modestes comparés notamment à CRS.

TASO

Le processus d'identification des structures par TASO Gulu a été déterminé par un souci de focaliser l'action sur un nombre limité de structures (gouvernementales ou confessionnelles), porteuses d'une mission de service public. Une mission de terrain a été effectuée afin de visiter Districts et hôpitaux de la région et d'identifier les éventuelles lacunes dans les programmes en cours tout en tenant compte - sur base statistique- des besoins: c'est sur cette base que le District de Kitgum a d'abord été retenu, puis en son sein, SJH. Nous sommes ici dans un contexte participatif très éloigné des principes à l'œuvre pour *AIDSRelief*. Le contrat final est le fruit d'un travail de concertation spécifiquement avec l'hôpital, partenaire opérationnel de TASO pour l'implantation de son programme.

Le contrat 'TASO' est de fait un simple protocole d'accord (MoU) et des trois documents étudiés celui qui présente le moindre degré de précision. Sa formulation et ses caractéristiques se rapprochent en ce sens des contrats que nous avons pu aborder dans le cadre des trois autres

études de cas de ce travail de recherche. Il est a contrario celui qui - sur le papier - se montre le plus complet en termes d'implication des différentes catégories d'acteurs de la zone: de fait, le MoU lie officiellement TASO au District de Kitgum mais avec SJH comme principal acteur de l'agrément. Les trois entités sont par conséquent signataires de l'agrément: deux représentants des autorités de district (*Chief Administrative Officer, CAO et Director of Health Services*) et un représentant de l'hôpital (le médecin chef), tous trois regroupés sous l'étiquette de 'Gouvernement local du District de Kitgum); Pour TASO, le Directeur Exécutif (Niveau Central) et le Responsable Régional pour le Nord-Ouganda. Comme dans le cas le CRS, la personnalité juridique du Diocèse est ignorée par l'accord. Si le District est l'entité officiellement désignée par le MoU, le véritable partenaire est ici l'hôpital.

Instruments contractuels/partenariaux (suivi, évaluation)

Les documents contractuels, eu égard à leur niveau de précision constituent le premier instrument de gestion de la relation: il s'agit de véritables documents ressources, complexes et servant de référence à la structure pour le monitoring de ses obligations et des règles afférentes à la relation.

La deuxième composante réside dans le suivi offert par les bailleurs. En la matière, des visites de supervision sont régulièrement déployées par le staff de CRS sur les aspects techniques du contrat. Ces visites sont considérées comme élément essentiel de la relation et permettent à SJH de bénéficier d'un appui direct dans la conduite, le suivi et l'évaluation des activités prévues par le contrat. Une supervision financière approfondie est également réalisée sur base annuelle. Enfin (et surtout au cours de la première période de la relation), d'autres membres du consortium *AIDSRelief* sont venus et viennent encore superviser les activités.

Outre le contact avec les représentations principales des bailleurs, l'hôpital bénéficie d'un contact de proximité par le biais des bureaux régionaux de TASO et d'UPHOLD à Gulu et du bureau de CRS à Kitgum. CRS réunit par ailleurs tous les trois mois un forum partenarial (le *local partners forum*) à Kampala: toutes les structures appuyées par le programme *AIDSRelief* dans le pays s'y retrouvent; ce système permet aux différents hôpitaux d'échanger leurs expériences respectives et participe à ce titre au développement des capacités des responsables.

Enfin, la formation systématique des acteurs du programme a permis à la structure d'acquérir le niveau de compétence requis pour la réalisation des objectifs fixés et le suivi des procédures spécifiques aux bailleurs.

Les obligations de rapportage et de collecte de données qui caractérisent chacun des contrats¹⁵⁸ permettent par ailleurs à la structure de demeurer critique et de pratiquer une auto-évaluation continue de la mise en place des activités.

Au total, la capacité d'identification des données pertinentes, d'analyse et d'anticipation des activités, acquises dans le cadre des contrats PEPFAR a un effet positif sur le niveau de suivi et l'évaluation des activités de base de l'hôpital et les compétences acquises sont exploitées au-delà des activités spécifiques aux arrangements contractuels.

¹⁵⁸ Voir copie des contrats en annexe, Vol II, 5.

Perception de la relation et implication

Secteur public

Le sentiment du secteur public vis-à-vis des contrats signés au niveau de SJH est globalement positif ; il est cependant clair que la connaissance des acteurs publics à leur sujet reste limitée. CRS notamment, passé par le district dans la phase d'identification des structures bénéficiaires, n'a plus eu aucun contact avec le District (point focal SIDA) par la suite. De même pour TASO et en dépit de la convention commune: les contacts se concentrent au niveau de St Joseph, les visites au district sont rares et aucun rapport annuel n'est fourni aux autorités sanitaires de district par le bailleur. Les choses apparaissent plus nuancées pour des programmes tels qu'UPHOLD (et plus récemment NUMAT): ces derniers entretiennent des relations étroites avec le district, qu'ils tiennent informés de leurs activités.

Le District est également bénéficiaire de fonds. Les fonds dont SJH a bénéficié sous UPHOLD lui étaient néanmoins versés directement, sans passage par le District. NUMAT a depuis pris la relève et fait passer l'intégralité de ses financements par le district.

Les possibilités d'échanges sont néanmoins présentes, au travers de divers instruments: SJH (contrairement à d'autres structures confessionnelles) fournit copie régulière de ses rapports au district. Cependant ces informations ne semblent pas toujours être activement exploitées. Une autre occasion d'échanges réside dans la participation respective des acteurs du public et du confessionnel dans les organes représentatifs et décisionnels. De même, l'équipe-cadre de District est en principe chargée de superviser régulièrement l'hôpital et des supervisions trimestrielles conjointes du comité technique et du comité de politique de lutte contre le VIH SIDA sont prévues: leur fréquence réelle semble néanmoins très faible et ne fait l'objet d'aucun retour formel au niveau de SJH.

Le gouvernement local appuie également financièrement et matériellement l'hôpital: bien que ces contributions n'avoisinent que 30% du budget (contre 52% de donations externes), elles permettent néanmoins à l'hôpital d'assurer une partie de ses dépenses.

Enfin, une collaboration plus ou moins informelle existe ponctuellement entre SJH, le District et l'hôpital de district: il est effectué un recours régulier aux compétences de SJH en matière de lutte contre le VIH-SIDA ; la structure est ici invitée à déléguer certains de ces agents spécialisés pour former leurs homologues du secteur public. D'autres échanges interviennent régulièrement dans un cadre non exclusivement spécifique aux activités VIH-SIDA: échanges de spécialistes, de matériel, voire assistance ponctuelle en matière d'approvisionnement pharmaceutique.

De manière générale les patients ont tendance à fréquenter préférentiellement SJH au détriment des CS publics de proximité ou de l'hôpital de District. Qualité des soins, compétences, accueil et qualité de gestion sont ici invoqués comme explications majeures à cette situation, mais aussi faible niveau de ressources du District par rapport à SJH (médicaments, facilités de laboratoire), ce qui entraîne quelques tensions et l'émergence de doubles standards de prise en charge.

Au total, rien ne semble indiquer qu'existe une compétition, même motivée par la question de l'accès aux ressources, seule est déplorée l'absence d'un accord tripartite qui permette au gouvernement local d'exercer pleinement ses fonctions de coordination et de supervision.

Secteur confessionnel

Le sentiment que SJH a de sa relation avec PEPFAR diffère profondément des perceptions du niveau central. Il indique en premier lieu que les hôpitaux ne sont vraisemblablement pas égaux devant ce type de contrats: les difficultés rencontrées par d'autres structures confessionnelles du réseau Catholique ne sont pas forcément expérimentées au même degré par leurs homologues.

La première catégorie de bénéfices identifiée par l'hôpital concerne la mise en place des activités: les ressources et les moyens proposés par les récipiendaires PEPFAR viennent

répondre à des besoins comme la prise en charge thérapeutique des PVVIH, pour laquelle l'offre publique caractérisée comme peu fiable et moins complète ne constituait pas pour SJH une alternative acceptable. L'appui proposé par PEPFAR au travers d'AIDSRelief/CRS comprend médicaments ART et traitement des maladies opportunistes, équipement (dont compteur CD4) et réactifs de laboratoires. Cet appui, proportionné au nombre de malades inclus dans le programme a permis à SJH de proposer un paquet complet de prise en charge, additionnel aux activités communautaires, au dépistage volontaire, au conseil et à l'accompagnement proposés grâce au soutien des autres programmes. Il s'agit ici d'une amélioration cruciale en termes d'accessibilité des soins.

La seconde catégorie de bénéficiaires est sans aucun doute la plus importante: elle est relative au niveau d'appui technique du bailleur. L'hôpital réfère ici au profit tiré des supervisions, des formations initiales et continues, des contacts réguliers mais également des obligations de rapportage. S'y ajoute l'aide technique apportée par exemple pour la gestion des cas médicaux difficiles (CRS), la recherche commune de solutions aux problèmes rencontrés. On valorise ici la qualité de l'encadrement, la disponibilité du bailleur et au total l'existence d'un véritable partenariat au jour le jour. Ce constat est notamment établi pour UPHOLD et CRS.

La qualité des données collectées permet à l'hôpital de bénéficier d'arguments solides dans ses négociations avec d'autres bailleurs. L'utilisation des données du programme est à ce titre encouragée pour combler les lacunes identifiées. Au-delà, les interventions permettent d'alléger partiellement les charges financières de SJH.

Les aspects plus négatifs des contrats sont de fait largement minimisés par le staff. Il est reconnu que la surcharge de travail créée par la mise en place des programmes a pesé lourd dans le premier temps de leur fonctionnement. L'instabilité du personnel et la nécessité dans laquelle SJH s'est trouvé de réduire ses effectifs faute de ressources suffisantes contribuent donc indubitablement à aggraver les conséquences de la mobilisation d'une partie du personnel sur des tâches spécifiques aux contrats.

Se pose par ailleurs la question du personnel en lui-même et des rémunérations. En la matière, les informations fournies s'avèrent contradictoires, avec deux types de discours. Pour une première catégorie, il n'existe aucune différence entre les salaires hors et au sein du programme, SJH étant parvenu à imposer aux bailleurs sa propre grille de rémunération. Une autre thèse veut que certains bailleurs - et notamment CRS - n'acceptent pas de dévier de leurs propres procédures, entraînant des différences de traitement parfois importantes à fonction égale.

Cette question nous ramène à un élément de discussion déjà évoqué dans notre analyse des perceptions du secteur public: celui de la flexibilité des bailleurs. Deux mouvements concurrents sont ici identifiables: d'un côté la phase d'élaboration des contrats dans laquelle SJH semble n'avoir guère eu de part (voir analyse des contrats), d'autre part, celle du suivi des activités.

La question de la flexibilité des programmes est en fait essentiellement invoquée sur une question: celle des *slots* ('créneaux') accordés à l'hôpital par les contrats. Ceux-ci déterminent le nombre de personnes pouvant être incluses au programme (CRS) comme objectif à atteindre sur une période identifiée: ils sont difficilement négociables, car tributaires du budget disponible. Cette capacité de l'hôpital à pouvoir répondre aux besoins de prise en charge de la population dépend en amont du budget accordé à CRS. Si les *slots* de SJH ont régulièrement augmenté depuis 2005, CRS a dû revoir à la baisse ses prévisions initiales de dotation des bénéficiaires de la région pour 2007, en raison de la réduction des fonds alloués par Washington au profit de NUMAT. Cela a résulté pour SJH non pas dans la diminution du nombre de patients pris en charge, mais dans une diminution du nombre de patients supplémentaires initialement prévu.

Cet exemple pose plus généralement la question de la pérennité des programmes. Le mode d'intervention de CRS, par ailleurs fondé sur le principe de l'excellence de la qualité des soins est actuellement incompatible - de part son coût - avec une reprise en main à l'identique par l'Etat, dans l'éventualité d'un retrait du bailleur.

Le personnel surmené dans les infrastructures débordées par le nombre de patients tente de convaincre les patients de se rendre à l'hôpital public ou dans des CS de proximité, qui tendent à être boycottés par la population en raison de leur mauvaise réputation.

NIVEAU PÉRIPHÉRIQUE: KABAROLE HOSPITAL, FORT-PORTAL



Kabarole Hospital: clinique VIH et centre de dépistage.

(Source: www.kabarolehospitalmission.org)

L'identification de Kabarole s'est effectuée à l'initiative de CRS. Une enquête par questionnaire a d'abord été menée en 2004 auprès des structures de soins du réseau Protestant, avec le concours et au travers d'UPMB. C'est sur cette base et à l'issue de visites de terrain que KH s'est trouvé sélectionné. Un premier contrat a été signé en juillet 2005 entre CRS et le Diocèse pour la mise en place d'un programme de traitement ART et l'organisation d'activités communautaires (dépistage volontaire et soins).

Dans ce cas comme dans celui de Kitgum, le contrat répond à un modèle standardisé qui au-delà de quelques détails a été envoyé au Diocèse en l'état: il n'y a pas eu à proprement parler de négociation et le contrat a été signé tel qu'il avait été présenté. Seule l'annexe de description du programme (comprenant le budget) autorise en effet d'éventuels amendements. Le processus contractuel s'est déroulé sur une courte période et les activités ont pu être démarrées rapidement avec les patients déjà appuyés à l'époque par le groupe de soutien du Diocèse.

Le seul contrat de KH a été signé avec CRS dans le cadre du programme *AIDSRelief*. Nous renvoyons ici à l'analyse du contrat CRS de SJH, dans la mesure où les documents sont comme nous l'avons vu globalement similaires. Une différence majeure réside néanmoins dans l'implication de l'évêque, signataire du contrat et désigné par ce dernier comme autorité responsable, dans le respect de la propriété légale de l'hôpital. Le programme *AIDSRelief* ne couvre pas à Kabarole la seule prise en charge thérapeutique des patients: il comporte une composante de prévention communautaire, une composante de soins palliatifs (tous patients) et de dépistage volontaire (patients non tuberculeux uniquement).

Les instruments contractuels ne diffèrent pas pour KH de ceux rencontrés au niveau de SJH. Ils comprennent le document contractuel en lui-même et les différents guides fournis par le bailleur pour l'exécution des activités, les formations dispensées, les supervisions techniques des points focaux de CRS, la supervision financière, la participation tous les trois mois au *Local Partners Forum* à Kampala, où se retrouvent les 18 sites d'implantation du programme, la proximité et l'accessibilité des responsables locaux du bureau régional de CRS à Fort Portal, la communication au jour le jour par voie téléphonique et email et les obligations de rapportage technique et financier (avec la rédaction de rapports spécifiques).

La situation à l'œuvre dans le district de Kabarole est différente de celle du district de Kitgum: son analyse démontre que des différences sont également perceptibles dans le degré

d'implication et la perception que les acteurs du public ont des expériences de partenariat entre récipiendaires PEPFAR et hôpitaux confessionnels. La ville de Fort Portal, centre du District, concentre trois hôpitaux dont deux structures confessionnelles et un hôpital régional (Buhinga). En l'absence d'hôpital de district, le système de référence/contre référence s'effectue autour de l'hôpital régional. Au contraire de ce qui a été vu pour Kitgum, l'hôpital public est ici une structure opérationnelle et jouissant d'une assez bonne réputation: aussi sa fréquentation est-elle bonne, tandis que les hôpitaux confessionnels disposent également de leur côté d'un bon pouvoir d'attraction.

Les structures coexistent dans un climat de bonne entente, cependant le fonctionnement du système de référence/contre-référence laisse à désirer avec une tendance marquée à la sur-référence vers l'hôpital régional. La crise des ressources humaines expérimentée au niveau des deux structures confessionnelles (Catholique et Protestante) - et reconnue par les acteurs du public¹⁵⁹ - expliquerait ce phénomène. L'implantation de PEPFAR dans le district est importante et essentiellement le fait de trois organisations: JCRC¹⁶⁰, EGPAF¹⁶¹ et CRS. De nombreuses structures publiques sont bénéficiaires de certains de ces appuis. En ce sens, le niveau d'information du District apparaît largement meilleur qu'à Kitgum. Enfin, les responsables techniques du District (DMO, Point focal SIDA) témoignent d'une volonté réelle de coordination, se matérialisant notamment dans des efforts d'intégration des structures privées¹⁶² dans le district et de collecte des informations.

En tant que bénéficiaire, le secteur public est également invité à participer aux réunions organisées par les bailleurs eux-mêmes. Les conditions de départ d'une coopération sont donc mieux garanties que dans le contexte de Kitgum même si la capacité du district à stimuler le partenariat reste limitée faute de ressources. Ainsi les bailleurs répondent-ils à Kabarole à l'obligation qui leur est faite de présenter leurs projets au niveau du district avant de pouvoir les mettre en place. Cette étape se matérialise notamment par la communication annuelle d'un plan d'action, validé par les autorités de districts et établissant les priorités d'intervention locale. Elle suit la signature d'une convention (MoU) entre chaque bailleur et le gouvernement local. Les fonds alloués aux structures confessionnelles ne transitent pas par le district.

Au total, les activités développées par PEPFAR s'effectuent aux yeux des autorités sanitaires de district avec leur implication totale, pour ainsi dire en leur nom. Des nuances sont néanmoins établies dans le degré de synergie atteint selon les organisations. Une conférence annuelle de district constitue l'occasion d'une collecte des budgets des différents partenaires. Il existe des occasions plus informelles d'échange mais dans l'esprit du district c'est le niveau central qui constitue le lieu de discussions relatives par exemple au respect de la Politique Nationale de Santé.

La gestion des fonds alloués au secteur public s'effectue selon les procédures fixées par chacun d'entre eux et parfois à l'encontre des prescriptions du Gouvernement central¹⁶³. L'implication active des autorités de district dans la phase d'implémentation des projets laisse par ailleurs à désirer: elles n'exercent pas de rôle dans la supervision des projets et n'avaient jusqu'ici pas les moyens d'exercer cette prérogative. Un autre domaine de réserve concerne l'implication partielle des personnels de santé dans les structures incluses aux programmes ; cette pratique induit une inégalité de traitement des salariés au sein d'une même institution, la démotivation des personnels non intégrés et pose à terme le problème de la pérennité des programmes. Le district de Kabarole semble être parvenu à obtenir des bailleurs leur respect des échelles de salaire de la fonction publique.

¹⁵⁹ Médecin-chef de l'hôpital régional.

¹⁶⁰ *Joint Clinical Research Center.*

¹⁶¹ *Elizabeth Glazer Pediatric Foundation.*

¹⁶² L'actuel DMO a réinstauré la signature systématique de conventions avec les structures sanitaires (hôpitaux, CS) bénéficiant de l'appui du gouvernement.

¹⁶³ Les bailleurs chacun exigent l'ouverture d'un compte spécifique pour y verser les fonds alloués, là où le gouvernement plaide en faveur d'un compte unique.

Dans l'ensemble subsiste le sentiment que les programmes PEPFAR jouent un rôle positif dans le district, de part la mise à la disposition de fonds permettant l'implantation d'activités que le gouvernement ne serait pas en mesure de développer. On n'établit pas ici de distinction entre PEPFAR et d'autres initiatives telles que le Fonds Mondial, preuve que le degré d'intégration des programmes dans le district est suffisant pour ne pas donner au gouvernement local le sentiment d'être court-circuité. Les interventions sont perçues comme complémentaires de celles du secteur public ; elles contribuent par ailleurs à la génération de données sanitaires communiquées au niveau du MSP ; elles permettent partiellement de compenser les pertes en ressources humaines des structures confessionnelles grâce au détachement et à la prise en charge par les bailleurs de certains personnels, utilisés de manière versatile. Les domaines prioritaires mentionnés pour amélioration concernent la pérennité des activités et la mise en place de stratégies de repli, la flexibilité d'utilisation des fonds alloués¹⁶⁴, l'harmonisation des procédures et la complétude des informations fournies.

La perception du secteur confessionnel présente ici aussi des différences intéressantes avec la situation observée à Kitgum. Car si l'analyse des bénéficiaires reste globalement positive, ils tendent néanmoins à se montrer plus critiques que leurs homologues. Reste qu'en tout état de cause, le programme CRS est implanté à Kabarole dans un contexte bien différent de celui de SJH. La structure, récemment reprise en main par le Diocèse se relève encore d'une période difficile, caractérisée notamment par une perte de crédit vis-à-vis des patients¹⁶⁵. Elle doit par ailleurs 'concourir' avec deux autres hôpitaux pleinement opérationnels et situés à courte distance et l'hôpital ne dispose que de moyens limités, essentiellement cantonnés aux contributions des patients et à l'appui dispensé par le gouvernement. Les infrastructures sont en nombre limité et la capacité totale de l'hôpital (70 lits) est très largement inférieure à celle de SJH ; les ressources humaines sont limitées et affectées par un fort taux d'érosion, lié à la faible attractivité des salaires proposés au regard du secteur public.

En dépit de ces conditions défavorables et du niveau d'exigence du programme, KH a su justifier le renouvellement de son contrat avec CRS chaque année depuis 2005, tout en voyant les fonds alloués et les *slots* accordés graduellement augmenter au cours de la même période. Le personnel réservé au programme représente 21% du personnel total de KH. Les avantages identifiés recourent très largement ceux mentionnés par Kitgum: ils concernent en premier lieu la possibilité offerte par le programme de prendre effectivement en charge la population dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA, dans une zone affectée par un taux de prévalence deux fois supérieur à la moyenne nationale¹⁶⁶.

En deuxième lieu intervient la qualité de l'appui offert en termes de suivi: le personnel affecté au programme a été systématiquement formé. De même des formations ont été offertes dans le cadre des départements de l'hôpital appelés à jouer un rôle d'appui important dans le cadre du programme¹⁶⁷. Des supervisions régulières (techniques et financières) sont menées par CRS. Les obligations de rapportage ont permis au staff de développer une capacité d'analyse, d'anticipation et de gestion ainsi que des compétences en matière d'identification et de collecte des données, également exploitables dans le cadre des activités générales de l'hôpital. Cependant le degré limité de flexibilité du bailleur pose à KH les mêmes soucis qu'à SJH, mais est souligné de manière plus évidente. Il confronte ainsi l'hôpital aux limites de sa capacité de négociation.

Ces limites touchent également aux différences d'interprétation vis-à-vis de certains problèmes: CRS n'accepte pas par exemple de prendre en charge les frais hospitaliers des patients, ce que l'hôpital considère comme une aberration au vu des ressources limitées de la

¹⁶⁴ Conflits de priorités entre celles des bailleurs et des bénéficiaires ; restrictions posées aux dépenses d'infrastructure, imposition de sources spécifiques, etc.

¹⁶⁵ La période 'privée' de KH a entaché la réputation de la structure tant en termes de d'accessibilité que de qualité des soins.

¹⁶⁶ 11,6 contre 6,2.

¹⁶⁷ Médecin chef et administrateur, personnel clinique, département financier, laboratoire, pharmacie et entrepôts.

population. De manière générale, les règles applicables au contrat sont regardées par l'hôpital comme largement exogènes et mal adaptées à la réalité du terrain. Une autre question que l'hôpital ne parvient pas à négocier avec le bailleur réside dans la justification obligatoire du temps de travail de chaque employé, qui consacre bien au-delà de 40 heures aux activités qui lui sont assignées, les heures 'supplémentaires' n'étant pas payées par le bailleur, à charge pour l'hôpital de décider ou non d'en effectuer le paiement selon les moyens disponibles.

La question des niveaux de salaire reste quant à elle difficile à résoudre. D'autres intervenants dénoncent en outre une importante différence de traitement entre personnel régulier de l'hôpital et personnel affecté au programme, susceptible de nourrir dans l'esprit des employés la 'ségrégation' de la clinique VIH vis-à-vis de l'hôpital. Une autre question réside dans le développement potentiel de double-standards de qualité entre activités de programme et activités générales. Le staff est à ce titre pleinement conscient des différences majeures qu'induit la disproportion des fonds respectivement disponibles. Le problème tend néanmoins à se résorber au fur et à mesure que de nouveaux recrutements permettent de combler les lacunes initialement créées par le détachement de personnels qualifiés auprès du programme. Ces nouveaux recrutements doivent néanmoins s'effectuer sur les ressources du diocèse, minimisant proportionnellement l'allègement de charges financières que constitue le paiement par CRS d'une partie des salariés du programme.

L'importance des fonds alloués et la dépendance de KH vis-à-vis d'un seul et unique bailleur pose par ailleurs la question de la pérennité du programme. La garantie récemment donnée assure comme à Kitgum la poursuite théorique du programme pour les cinq ans à venir. CRS fait par ailleurs participer l'hôpital à la recherche de solutions de relais¹⁶⁸. Le niveau de l'appui actuellement fourni et les standards appliqués en matière de qualité des soins¹⁶⁹ dans le cadre du programme renforcent ces difficultés et induisent par ailleurs un décalage flagrant avec les normes en vigueur à l'échelle nationale: l'Etat Ougandais ne peut actuellement, faute de ressources, adopter les mêmes principes¹⁷⁰.

Au total, l'introduction et la qualité des services ont contribué à augmenter le crédit et avec lui le taux de fréquentation de la structure. Le nombre d'employés a plus que doublé, accompagnant la tendance observée. Ce phénomène ne peut cependant être attribué avec certitude ou en totalité aux effets du programme CRS: la reprise en main de l'hôpital par le diocèse y contribue sans doute aussi.

Cet effet positif s'accompagne néanmoins de tensions dans la mesure où le niveau d'activité tend à excéder la capacité des infrastructures. L'importante mobilisation de personnel au niveau du programme, l'instabilité du personnel employé aux activités générales et les difficultés de recrutement contribuent par ailleurs à augmenter le niveau de la charge de travail. Cette situation ne peut à terme qu'exercer une influence négative sur la qualité des services. Le strict caractère des *slots* accordés et le refus induit de mise sous traitement de certains patients testés positifs contribue à discréditer l'hôpital: une baisse relative de la fréquentation du centre de dépistage semble effectivement attester d'une telle tendance. Le problème apparaît d'autant plus crucial que le nombre de PVVIH continue régulièrement d'augmenter dans le district, affecté par un taux élevé de prévalence.

Au total, la situation de l'hôpital apparaît relativement fragile à moyen terme, sauf à pouvoir rapidement identifier de nouvelles sources de financement. Il deviendra de plus en plus difficile à KH de continuer à subventionner des contributions patients en l'absence d'une amélioration substantielle de la participation de l'Etat. La crise du recrutement - sans solution actuellement - contribue à aggraver la vulnérabilité de la structure: la recherche de solutions structurelles apparaît donc fondamentale.

¹⁶⁸ Le programme a par ailleurs financé en 2008 une mission de consultance destinée à identifier d'éventuelles alternatives.

¹⁶⁹ Médicaments de marque, financièrement inaccessibles pour l'immense majorité des patients s'ils devaient en assumer eux-mêmes le coût.

¹⁷⁰ Le problème concerne essentiellement les critères de démarrage (charge virale) des traitements pour les PVVIH.

Conclusion

L'analyse des relations contractuelles mises en œuvre dans le cadre des programmes PEPFAR ne permet pas de confirmer entièrement l'a priori négatif qui les entoure: l'importante différence de perception entre niveaux central et périphérique démontre au minimum que l'analyse doit en être effectuée avec nuance. La comparaison des cas de KH et SJH démontre que si les risques entourant ces contrats existent, leur importance est largement tributaire de facteurs n'entretenant pas de lien absolu ni avec la nature des contrats PEPFAR, ni avec l'approche qui les caractérise:

- La 'solidité' et l'importance de la structure bénéficiaire ;
- Son niveau d'expérience préalable ;
- La capacité de négociation des responsables et leur maîtrise du processus contractuel ;
- Le degré et la qualité de l'implication du propriétaire légal ;
- La disponibilité de sources alternatives de financement ;
- L'adaptabilité de la structure, notamment en termes d'infrastructures ;
- La capacité du gouvernement local.

Les différences de perception, de compréhension et de connaissance du système témoignent par ailleurs du dysfonctionnement des mécanismes de communication entre niveau central et périphérique, étroitement lié à la décentralisation du système de santé. Le cloisonnement des différents niveaux d'intervention est révélateur du non achèvement du processus.

Il serait par ailleurs réducteur d'assimiler entre eux l'ensemble des programmes PEPFAR. Le système se caractérise en effet par de multiples mécanismes d'intervention. Le mode de fonctionnement de programmes comme UPHOLD, CRS et TASO présente à ce titre d'importantes différences:

- dans leur degré de coopération avec les autorités locales ;
- dans leur degré de flexibilité ;
- dans leur degré d'association des bénéficiaires à la définition des objectifs ;
- dans leur connaissance et compréhension de la situation locale.

Les arrangements proposés sont par ailleurs porteurs de bénéfices connexes potentiellement importants pour les structures amenés à les implémenter:

- Une acquisition générale de compétences liée au niveau de suivi proposé ;
- Une modification de la culture professionnelle susceptible de contaminer positivement la gestion des activités générales de la structure ;
- La qualité du système d'information sanitaire mis en place fournit une excellente base de crédibilité aux structures et des arguments de poids dans la recherche de nouvelles ressources auprès des bailleurs ;
- La mise en place des activités semble exercer un effet d'appel sur la population, contribuant à améliorer le taux général de fréquentation des structures ;
- Un certain degré de sécurité lié à la prédictibilité des arrangements.

Les risques existent néanmoins: ils sont plus spécifiquement liés à la nature des politiques gouvernant les programmes, à l'importante focalisation des programmes et au 'pouvoir' que confère aux bailleurs l'importance des fonds mis à disposition:

- Le poids de la contribution de PEPFAR dans le domaine de la lutte contre le VIH-SIDA en Ouganda réduit la capacité de résistance des autorités centrales au développement de stratégies autonomes, largement orientées par les priorités du bailleur ; cette situation vaut d'autant plus pour le niveau périphérique ;

- Le cadre réglementaire qui gouverne les relations est largement déterminé hors des pays d'implantation et de caractère non négociable. Il limite considérablement le pouvoir de négociation et d'influence des acteurs du terrain ;
- L'extrême fragmentation du système, sa complexité et l'opacité de ses structures lui confère une faible lisibilité: les acteurs tant confessionnels que publics témoignent à ce titre d'une compréhension et d'une connaissance très parcellaires de la situation ;
- La politique d'excellence prêchée et pratiquée par les programmes induit la création de double-standards tant en termes de normes, de coût, que de qualité ;
- La faible reproductibilité du système pose le problème de sa pérennité, d'autant plus crucial que les programmes s'inscrivent dans le court terme pour des activités de long terme.

Le court-circuitage presque systématique des plates-formes sanitaires confessionnelles constitue dans le contexte de ces arrangements un danger pour la qualité des relations qu'elles entretiennent avec les structures de leurs réseaux respectifs. Il réduit leur capacité à exercer leur rôle de coordination et d'accompagnement auprès des hôpitaux. Celui-ci permettrait pourtant de mieux préparer les bénéficiaires à la signature de tels contrats et d'anticiper les risques inhérents à leur mise en place. La réticence de certains hôpitaux à communiquer à leur plate-forme de rattachement les informations relatives aux contrats signés bilatéralement avec les bailleurs constitue un indice de rupture qu'il importe de ne pas négliger.

Enfin, le succès relatif des arrangements contractuels PEPFAR au niveau périphérique pourrait bien faire peser une menace sur l'avenir - déjà incertain - du partenariat entre MSP et secteur confessionnel en Ouganda. L'aggravation de la crise des ressources humaines et financières et l'absence actuelle de réponse du secteur public sont susceptibles de détacher progressivement les structures confessionnelles du projet partenarial poursuivi au niveau central par UCMB et UPMB. Par comparaison, la multiplication de relations directes avec des bailleurs proposant des solutions immédiates et opérationnelles aux exigences immédiates de survie des structures, pour autant qu'elle soit réalisable, pourrait sembler plus séduisante.

Analyse des résultats

Synthèse des résultats

Les différentes études de cas réalisées ont fait l'objet d'une synthèse, destinée à effectuer le bilan des observations, en préparation de l'analyse transversale. Ce travail se base sur deux outils:

- Les caractéristiques principales de chacun des cas ont été mises en parallèle dans un tableau synoptique (cf. Tableau 2) et réparties en 3 familles principales: i) les résultats propres au niveau central, c'est-à-dire spécifiques au cadre national de la relation contractuelle étudiée ; ii) les résultats propres au niveau périphérique et enfin ; iii) les éléments relatifs à la portée de la relation contractuelle. A l'intérieur de chacune de ces familles, un certain nombre de grandes sous-catégories ont été retenues.
- Une analyse SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) des cas d'étude a par ailleurs été réalisée: ses résultats ont également fait l'objet d'une mise en rapport sous forme de tableau (cf. Tableau 3).

La lecture de ces instruments permet de dégager un certain nombre de constantes:

- En dépit de la grande variété des contextes et des expériences elles-mêmes, les différents cas d'étude témoignent de grandes difficultés de la pratique contractuelle entre secteur public et confessionnel au niveau district. Celles-ci valent pour toutes les dénominations et pour l'ensemble des contrats étudiés.
- Les difficultés sont essentiellement dénoncées par les confessionnels et témoignent d'un malaise 'à sens unique'.
- Les problèmes rencontrés touchent essentiellement à la question des ressources financières et humaines, enjeux fondamentaux dans un contexte de restriction des ressources internes et externes. Les contrats qui 'fonctionnent' sont des contrats 'dotés', comme le montrent les premiers contrats du cas Tchadien ou a fortiori les exemples de PEPFAR en Ouganda.
- La qualité des contrats eux-mêmes est systématiquement en jeu, et notamment leur incomplétude, l'absence de révision ou de renouvellement et les phénomènes de décalage qui peuvent en découler au regard de la politique nationale de santé, voire plus spécifiquement du cadre partenarial et contractuel au niveau central.
- Il n'est pas toujours évident cependant de faire la part entre relation contractuelle et effets connexes du contexte: le substrat de mauvaise gouvernance, de faiblesse institutionnelle et de tension des ressources qui vaut pour l'ensemble des cas étudiés pèse d'un poids également important sur la réussite des contrats.

Tableau 2. Grille synoptique des résultats

	CAMEROUN	TANZANIE	TCHAD	OUGANDA
CONTEXTE GENERAL (national)				
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels tiennent une place importante dans l'offre de soins, avec des structures d'implantation essentiellement rurale. - La politique de décentralisation sanitaire n'a été que partiellement réalisée: dans les faits, le poids du centralisme reste très important. - Au niveau central, la faiblesse du MSP (gouvernance, moyens humains et financiers) fait écho à celle des plateformes confessionnelles. En témoigne la méconnaissance des expériences de terrain, dont aucun recensement centralisé n'existe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le secteur sanitaire est marqué par une forte présence professionnelle, notamment en milieu rural. - Il connaît une situation de grave tension financière au niveau périphérique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une Eglise jeune et minoritaire mais très dynamique et fortement implantée dans le Sud du pays, dont l'Etat s'est désinvesti au cours de la guerre. Les liens de l'Eglise Tchadienne avec les bailleurs restent importants mais ces ressources tendent à diminuer de façon drastique. - Une volonté conjointe de partenariat marquée au centre par un climat de bonne entente et une ouverture de l'Etat à la collaboration avec le secteur confessionnel. - Un processus contractuel précoce mais néanmoins précédé par des expériences ponctuelles sur le terrain (par exemple dans le District de Moïssala). 	<ul style="list-style-type: none"> - Le processus partenarial et contractuel entre MSP et Eglises est gelé depuis 2003. - Le secteur confessionnel connaît une grave crise en termes de moyens financiers et humains. - Difficultés au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP) et le plafonnement du budget de la santé. - Poids énorme et croissant des financements PEPFAR dans le financement des activités liées à la lutte contre le VIH-SIDA depuis 2004 mais avec une très faible visibilité de PEPFAR au niveau central. - Les relations de PEPFAR avec le secteur confessionnel court-circuitent les plateformes sanitaires.
Processus contractuel	<ul style="list-style-type: none"> - Le processus contractuel s'est développé sur une base d'abord bilatérale, entre niveau périphérique (structures PBNL) et central (MSP), suite à la réorientation des soins de santé primaire. - Le cadre de politique partenariale ne s'est développé que postérieurement, dans un climat fortement consensuel, sous l'impulsion des bailleurs (C2D). Les professionnels ont été pleinement intégrés à son développement. Il n'est cependant pas encore opérationnel à l'heure actuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un processus ancien dont les prémices datent des débuts de l'ère postcoloniale. - La collaboration s'est d'abord faite sur un mode informel, puis s'est statutarisée sur la base de contrats opérationnels signés entre structures de soin et niveau central (MSP). 	<ul style="list-style-type: none"> - Le partenariat s'est rapidement développé à la sortie de la guerre civile dans un climat de réelle collaboration. - Les différents instruments produits sont le fruit d'un travail commun, stimulé par les bailleurs. - Les acteurs ont été formés et la stratégie a fait l'objet d'une large diffusion. - La situation actuelle demanderait à être évaluée sur l'ensemble du territoire afin d'être réajustée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sans objet pour PEPFAR: le processus contractuel concerne le niveau périphérique, les relations sont développées en ligne directe avec les acteurs opérationnels au niveau district.
Objectifs/ Motivations	<ul style="list-style-type: none"> - Le secteur public envisage au travers de la reconnaissance du rôle social de l'Eglise, l'intégration de ses structures dans le système de santé, le respect de la politique nationale de santé et l'assurance de la couverture sanitaire. - Chez les professionnels, la contractualisation est largement vue comme l'instrument de la survie de structures confessionnelles touchées par des difficultés financières et un manque de ressources humaines croissantes. Il s'agit bien sûr également de faire reconnaître la contribution essentielle du secteur confessionnel au secteur sanitaire camerounais. 	<ul style="list-style-type: none"> - La naissance des DDH est contemporaine de la reprise en main du territoire par l'Etat. Elle marque une volonté d'intégration des structures sanitaires de l'Eglise par souci de rationalisation et d'amélioration de la couverture sanitaire. Elle signe également la reconnaissance par l'Etat du rôle social de l'Eglise. - Chez les professionnels le but est celui de la reconnaissance mais surtout celui de l'accès à des moyens qui lui font de plus en plus défaut. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit pour les uns et les autres d'assurer la couverture sanitaire de zones reculées dans un contexte de défaillance du système sanitaire, de faiblesse des institutions publiques de santé, en reconnaissant et faisant reconnaître le rôle complémentaire de l'Eglise dans le secteur et ses qualités spécifiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chez les professionnels, le besoin de formalisation de la relation avec le MSP est une stratégie de survie. - Au niveau de PEPFAR, il n'existe pas de partenariat national à proprement parler en dehors d'un agrément de portée générale signée avec les autres instances de l'Etat: le processus partenarial et contractuel se concentre au niveau opérationnel (district).

<p>Cadre national de la relation</p>	<p>- Le cadre comprend une stratégie partenariale, des modèles de convention-cadre et de contrats opérationnels. Ces éléments n'intègrent pas les nombreuses expériences antérieures. Si le cadre partenarial est susceptible de pouvoir les intégrer, les modèles de contrats sont largement déterminés par les objectifs spécifiques des bailleurs (C2D).</p>	<p>- Il n'existe pas de document de politique partenariale ou contractuelle. La relation contractuelle est basée sur une série de modèles opérationnels (contrats <i>District Designated Hospitals</i>, <i>Council Designated Hospitals</i>, <i>Service Agreements</i>) et l'existence d'un forum dynamique au niveau central.</p> <p>- Différentes strates de documents et de relations contractuelles continuent de coexister.</p>	<p>- Le Tchad dispose d'un arsenal réglementaire très complet: Politique contractuelle, guide opérationnel, modèles de convention-cadre.</p> <p>- Ce cadre est postérieur à certaines expériences opérationnelles, qu'il n'intègre pas.</p>	<p>- Le protocole d'accord global entre PEPFAR et les hautes instances publiques est inaccessible et son contenu inconnu des acteurs publics au niveau du MSP.</p> <p>- Aucune convention-cadre n'existe entre le MSP ou les confessionnels et PEPFAR ou ses bénéficiaires.</p>
<p>Outils</p>	<p>- Les outils comportent les modèles de contrats, les conventions cadres signées avec les confessionnels et le comité de pilotage de la stratégie partenariale: Cet ensemble n'est pas pleinement opérationnel faute de libération des moyens financiers du C2D. Les contrats d'exécutions tardent à se mettre en place, le système de réunions, rapports, et revues ne fonctionne pas encore.</p>	<p>- Il existe de nombreux outils et occasions de rencontre au niveau central. Le processus de partenariat y est dynamique et évolutif, ayant notamment abouti à la création de nouveaux types de contrat prenant en compte les difficultés spécifiques de certaines structures de l'Eglise (<i>Voluntary Agencies</i>), jusque là non bénéficiaires de l'aide de l'Etat.</p> <p>- Cette dynamique reste néanmoins encore très centralisée et aurait besoin d'être transmise aux niveaux intermédiaires et périphériques de la pyramide sanitaire. Faute de moyens notamment humains, les structures décentralisées de la plateforme sanitaire ne parviennent encore insuffisamment à remplir ce rôle.</p>	<p>- Les relations de l'Etat et du secteur confessionnel sont régies par une convention cadre.</p> <p>- Les instruments de stimulation et de suivi du processus contractuel ne fonctionnent guère actuellement faute de coordonnateur médical national au niveau de la plateforme confessionnelle.</p>	<p>- Il n'existe pas vraiment d'instruments au niveau national. L'existence du PEPFAR <i>Board</i> ne semble pas participer à l'amélioration du niveau d'information du MSP et des plateformes confessionnelles au sujet des activités déployées.</p>
<p>Perception</p>	<p>- Le MSP reconnaît l'importance de la contribution du secteur confessionnel à l'offre de soins. Il est extrêmement favorable à la généralisation de la contractualisation comme moyen d'intégrer les structures Privées à but non lucratif (PBNL) au tissu sanitaire national. Les confessionnels, satisfaits de leur niveau d'intégration au processus contractuel sont actuellement frustrés par le retard des décaissements du C2D, qui retarde l'opérationnalisation du cadre mis en place et contribue à entacher leur réputation, notamment dans leurs propres rangs (niveau périphérique).</p> <p>- On note cependant que les contrats préexistants à la mise en place du cadre contractuel échappent presque totalement à l'attention des deux parties au niveau central, entièrement focalisées sur les nouvelles procédures et leurs spécificités.</p>	<p>- La perception des acteurs confessionnels et publics au niveau central est bonne et reflète en cela le climat actuel de dialogue, de collaboration. La prise de conscience des problèmes posés au niveau périphérique par l'imperfection des outils en vigueur est insuffisante ; le traitement de ces problèmes doit tout au moins s'effectuer par ordre de priorité, sur la base de moyens humains limités.</p>	<p>- La bonne volonté est mutuelle et l'entente globalement bonne. L'Etat se montre très empressé à établir de nouveaux contrats avec des organisations ou structures sanitaires dont ils reconnaissent volontiers la qualité.</p> <p>- Le secteur confessionnel fait néanmoins état des difficultés du MSP, notamment en termes de capacité de suivi. Une distinction est clairement établie entre la théorie et la réalité opérationnelle de la contractualisation au niveau périphérique.</p>	<p>- Le MSP et les autorités confessionnelles témoignent d'une grande méfiance vis-à-vis du programme PEPFAR, par lequel ils se sentent court-circuités. L'opacité du système et le manque de communication renforcent ce sentiment. Cette situation réduit la capacité de gestion, de planification du MSP.</p> <p>- A l'exception de <i>Catholic Relief Services</i> (CRS), les bénéficiaires PEPFAR approchés ne reconnaissent pas le rôle des plateformes sanitaires confessionnelles et privilégient la communication avec l'<i>Inter Religious Coordination Unit</i> (IRCU). Le rôle d'IRCU (organe œcuménique) dans le cadre du programme PEPFAR est remis en cause par les plateformes confessionnelles. De fait aucune communication ne s'effectue entre IRCU et les plateformes au sujet des activités déployées.</p> <p>- Les confessionnels s'inquiètent des effets des programmes sur les structures, plus particulièrement en termes de distorsion des activités.</p>

CONTEXTE PARTICULIER (étude de cas)

	Hôpital de Tokombéré (HTok)	Nyakahanga Hospital (NH)	District de Moissala (DM)	St Joseph Hospital (SJH)	Kabarole Hospital (KH)
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital de Tokombéré est le seul établissement hospitalier d'une zone enclavée. Il est marqué par le fort leadership du médecin-chef, expatrié, et dispose de ressources extérieures régulières. Sa réputation est en partie liée à son programme de soins de santé primaire, modèle au niveau national. Il draine une population dépassant largement le cadre du district. - Les relations avec les autorités administratives de district ont été difficiles. Dans le domaine strictement sanitaire, le district est un recours non opérationnel dans la mesure où le contrat de Tokombéré a été signé avec le niveau central. La délégation provinciale, soutien important de l'hôpital au lancement de la relation contractuelle, ne joue plus actuellement son rôle de relais. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital de Nyakahanga est situé dans une zone très enclavée, marquée par la présence dominante des confessionnels et l'absence de structures publiques de référence. C'est tout naturellement qu'il s'est vu proposer le statut de DDH dès 1972. - Il opère dans le contexte de la décentralisation du système sanitaire mais n'est de fait pas correctement intégré au district dans la mesure où son contrat le rattache directement au niveau central. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Sud du Tchad dans lequel se situe le district de Moissala est une zone de faible présence publique, héritage de la guerre civile. - Le Bureau d'Etudes et de Liaison des Activités Caritatives et de Développement (BELACD), structure Catholique ayant comblé le vide laissé par l'Etat durant le conflit, y joue un rôle social important, notamment dans le domaine de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - SJH se situe dans une zone marquée par 20 ans de guerre civile. Il cohabite avec un hôpital de district public mais exerce de fait la fonction de structure de référence et draine l'essentiel des malades dans le district et au-delà. - La zone a par ailleurs été marquée par une forte présence des bailleurs, qui tend aujourd'hui à décliner avec l'accalmie politique. - La zone est peu attractive et la quantité et qualité du personnel public s'en ressent. Les difficultés des institutions sanitaires (hôpital de district, équipe cadre de district) en témoignent. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital est très ancien mais a connu de nombreuses vicissitudes et est encore actuellement dans une phase de 'restauration'. Il est la plus modeste de trois structures (publique, Catholique) situées à faible distance l'une de l'autre. - Le district sanitaire est relativement dynamique.
Processus contractuel	<ul style="list-style-type: none"> - Un processus contractuel dont le lancement est très lié à la personnalité du délégué provincial et s'est d'abord déroulé dans un climat d'opposition avec les élites locales, favorables à la mise en place d'une structure publique concurrente. - La méfiance engendrée de ce fait chez les autorités de l'Eglise a ralenti la mise en place d'un contrat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le processus est ancien mais s'est d'abord construit de manière informelle en raison probable de la résistance des autorités confessionnelles à une prise de contrôle qu'on craignait totale. - La formalisation ne s'est opérée qu'au bout de 10 ans, sur la base de l'expérience positive engrangée: il s'est agit de la part de l'Eglise d'une simple ratification du modèle standard de contrat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le lancement du processus est antérieur à la mise en place du cadre national. - Le processus s'est déroulé sur plusieurs années et plusieurs contrats successifs élargissant progressivement la responsabilité du BELACD de la gestion de l'hôpital de District à celle du district lui-même. - Il ressort d'une volonté conjointe des parties et a été accompagné continuellement de l'appui (financier, technique) des bailleurs au BELACD, soit directement, soit via l'Etat. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'identification des structures s'est faite à l'initiative du bailleur. Elle repose dans les deux cas sur l'identification d'une capacité préexistante et testée des structures à assumer les tâches qui leur sont confiées. - L'approche contractuelle, variable selon le type de bénéficiaire PEPFAR impliqué, tend néanmoins à largement court-circuiter les autorités de district, du moins sur le plan opérationnel. Dans le cas de Kabarole néanmoins, le district et l'hôpital public entretiennent eux-mêmes des relations avec certains bénéficiaires. - Les contrats sont largement préformatés et laissent une part très réduite à l'initiative des structures bénéficiaires: la phase de négociation est quasi inexistante. - Les diocèses propriétaires des structures ne sont pas nécessairement impliqués, même dans la signature des documents contractuels. L'interlocuteur ciblé n'est pas l'autorité légale mais l'autorité opérationnellement compétente. 	

Objectifs/ Motivations	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrat entérine les fonctions d'hôpital de district de Tokombéré et comporte certains éléments relatifs à l'organisation du district. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrat DDH vise à l'établissement de la structure comme hôpital de district: sa signature par les autorités confessionnelles est motivée par des objectifs de survie et la nécessité de garantir les acquis obtenus. 	<ul style="list-style-type: none"> - La contractualisation est une réponse à la nécessité de recentrer le district sur Moissala et de corriger la situation née du développement du centre de santé de Béboro et du déclin de l'hôpital de district ; cette nécessité est totalement reconnue par le BELACD. - Elle a en outre pour objet de permettre le développement du de l'hôpital de district et du district dans une perspective de couverture sanitaire de la zone en désignant à cet effet une organisation ayant la capacité d'en assumer le rôle pour l'Etat. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'objectif commun aux différents contrats réside dans la mise en place d'activités ciblées dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA. Les bénéficiaires PEPFAR ciblent ici les structures les mieux à même d'implémenter les programmes dans les meilleurs délais possibles et dans le respect d'objectifs chiffrés préétablis. - L'entrée des structures confessionnelles dans ces contrats répond à un souci de prise en charge des PVVIH, notamment sur le plan thérapeutique. Cette réponse n'étant pas fournie par l'Etat (ou avec des garanties et une qualité insuffisantes), les propositions de PEPFAR et leur ampleur ne connaissent de fait aucune alternative. - Les objectifs des deux parties sont donc bien ici ciblés. 	
Cadre de la relation	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrat de HTok a été signé entre le MSP et le Diocèse. Dans le contexte de décentralisation, il aurait dû être signé avec les autorités de district: sa gestion en est actuellement compliquée. - Le libellé du contrat reste vague et les obligations essentiellement définies en ce qui concerne la partie confessionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrat de Nyakahanga l'établit comme hôpital de district (DDH). Il appartient à la première génération de contrats DDH, signés avec le niveau central. - Le document présente de nombreuses faiblesses de fond et de forme. - Il demanderait à être révisé et adapté au modèle plus récent de contrat DDH (2005) pour s'intégrer dans le cadre de la décentralisation du système sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le cadre de la relation contractuelle est constituée d'une série de contrats successifs et évolutifs signés entre le BELACD de Sarh et les instances centrales de l'Etat ; Il est accompagné de contrats secondaires liant le BELACD à ses bailleurs et au personnel public du district. - Les contrats BELACD-Etat sont d'un niveau de complétude très supérieur à ceux des cas Camerounais et Tanzanien, mais n'ont pas été intégrés au cadre national ni été officiellement renouvelés après 2006. Ils échappent au cadre décentralisé de gestion du système sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - SJH dispose de 3 contrats 'PEPFAR: Deux signés avec des partenaires internationaux (CRS, UPHOLD), un avec une organisation locale (TASO). - Dans ce contexte particulier, le propriétaire (évêque) n'a pas été associé à la signature du document. 	<ul style="list-style-type: none"> - Au niveau de KH, un seul contrat, avec CRS. - L'évêque est signataire du contrat.
		<ul style="list-style-type: none"> - A l'exception du contrat TASO, les contrats signés sont des formats standards dont le niveau de détail est extrême et les seules plages négociables concernent le montant des sommes allouées et la nature du bénéficiaire. Le détail du budget et l'échéancier des activités constituent de fait le 'plan de travail' spécifique de la structure. Ces contrats, de source américaine, ne sont que très partiellement adaptés au cadre spécifique de leur implantation et d'un accès difficile pour des acteurs non habitués. - Une place très importante y est accordée à l'encadrement de la relation et aux moyens d'en assurer le suivi. 			

<p>Outils</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le comité de pilotage mis en place pour le suivi de la relation se réunit trop peu souvent pour être efficace. - La responsabilité des décisions les plus importantes incombe au niveau central en vertu du niveau de signature du contrat, mais le MSP n'est pas directement représenté et le relais de la DP ne fonctionne pas. - Les supervisions de routine du MSP et de la DP sont effectuées mais ne concernent pas la relation contractuelle à proprement parler. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le <i>Board of Governors</i> est désigné par le contrat comme le principal outil de la relation contractuelle. Il souffre néanmoins de réunions erratiques (faute de moyens) et d'une non représentation (directe) du pouvoir central. - Les niveaux district et intermédiaires n'assurent pas de rôle décisionnel dans la relation, faute d'être les signataires du contrat. Ils n'assurent également qu'insuffisamment leur rôle de courroie de transmission. - Une méconnaissance de la situation de terrain amène par ailleurs le niveau central à se défaire sur le niveau district au nom de la décentralisation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les outils utilisés dans le cadre de la relation se partagent entre éléments de routine du système sanitaire et éléments spécifiques liés à la gestion du BELACD. Ces instruments fonctionnent. - Il n'existe pas cependant d'outils structurels destinés à évaluer la relation en elle-même, au sein desquels partie publique et partie professionnelle seraient également participatives. Les évaluations réalisées ont été fondamentalement menées sur la base de requête des bailleurs ou appartiennent au système d'auto-évaluation du BELACD. Il manque ici une tribune de concertation public-privé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les outils résident en un maillage serré de formations préalables et continues, d'audits et supervisions externes ainsi que d'obligations de rapportage imposées au bénéficiaire. - Le niveau de définition des obligations est très poussé et leur suivi scrupuleusement encadré et respecté. Aucune participation du district n'existe dans ce domaine et les informations tirées de l'application des outils ne leur sont pas communiquées.
<p>Perception</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les acteurs sont globalement satisfaits de leur relation, hormis pour les confessionnels, le non respect des engagements de l'Etat, la non formalisation du statut d'hôpital de district. On incrimine ici un certain manque d'écoute du secteur public. - Les problèmes sont plus clairement imputés à la structure sanitaire qu'au contrat lui-même: à l'absence de décentralisation opérationnelle, qui complique et ralentit les prises de décision. - Globalement, une certaine fond de méfiance continue de sous-tendre les relations, notamment des confessionnels vis-à-vis du secteur public (corruption, inefficacité, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le secteur public de district semble se désintéresser en partie de la relation contractuelle, dans laquelle il n'est pas engagé: elle est considérée comme positive mais fait globalement l'objet d'un faible investissement des autorités notamment administratives. - De leur côté, les confessionnels se montrent très négatifs au regard des nombreuses difficultés rencontrées et du manque de réactivité des autorités publiques tant au niveau central que périphérique: problèmes d'information (notamment financière), insuffisance et irrégularité des allocations budgétaires, des dotations en médicaments. Au-delà certaines actions sont considérées comme répondant à un agenda politique et jouant directement en défaveur de l'hôpital (ponctions de personnel notamment). Il existe donc un réel climat de méfiance du secteur confessionnel périphérique vis-à-vis du secteur public et de ses intentions. 	<ul style="list-style-type: none"> - La perception de la relation est globalement bonne. Elle doit néanmoins être tempérée par: <ul style="list-style-type: none"> i) Le très faible engagement de l'Etat, qui fait peser l'essentiel du poids de la relation et des activités développées sur les épaules du BELACD ; ii) Le fait que l'atteinte des objectifs des différents contrats soit largement tributaire de la disponibilité de sources extérieures de financement ; iii) L'existence de menaces (problèmes de ressources humaines, de ressources financières, d'équipement) risquant de faire radicalement basculer le bilan si les bailleurs venaient à se retirer ; iv) Un endormissement très clair de la relation depuis fin 2006 et l'échéance du dernier contrat ; v) L'existence d'autres cas (Doba, Lai) où ce risque s'est déjà largement vérifié et a mené à une rupture de la relation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les structures bénéficiaires ont une approche globalement positive des relations contractuelles développées avec PEPFAR, très éloignée de celle de leurs plateformes confessionnelles de rattachement. Elles ignorent en ce sens largement l'exclusion dont celles-ci font souvent l'objet. - Les effets pervers potentiels ou avérés des contrats liés à leur degré de focalisation et à l'importance des ressources mises en jeu ne sont pas niés mais largement tempérés au regard des bénéfices engrangés. - Les autorités de district ont une approche pragmatique de la situation: elles tendent à valider des initiatives considérées comme bénéfiques pour le district dans la mesure où elles sont censées contribuer à une amélioration de la prise en charge du VIH-SIDA. - Il est cependant clair que les districts ne disposent au mieux que d'une connaissance très parcellaire des programmes mis en place dans des structures non étatiques, et n'ont pas de démarche active vis-à-vis des bailleurs et des bénéficiaires pour corriger cette situation. Ils ignorent également la non-implication du MSP au niveau central.

PORTEE

<p>Effets, qualité</p>	<p>- Pour le secteur public, un bilan globalement positif:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Fonctionnalité de l'hôpital de district ; ii) Réduction des frais imputés par HTok aux patients, conformément à la Politique Nationale de Santé ; iii) Amélioration du système d'information sanitaire ; iv) Le secteur confessionnel respecte globalement ses engagements à l'exception du respect de sa zone d'influence (compensation des activités de SSP non réalisées par les centres de santé publics ; afflux de populations hors zone sur base de la réputation de la structure). <p>- Pour le secteur confessionnel:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Acquisition d'une légitimité ; ii) Accès à des ressources financières et des dotations en matériel, bien qu'insuffisantes ; iii) Une certaine amélioration du niveau de collaboration technique locale et une meilleure visibilité sur les activités de 2^{ème} échelon ; iv) Mais de nombreuses tracasseries liées à la lourdeur des procédures administratives du MSP (notamment sur le plan financier) ; v) Des difficultés liées à la gestion du personnel public affecté à HTok et à l'effet 'démoralisateur' de leur présence sur le personnel confessionnel ; vi) Insuffisante collaboration des centres de santé publics, notamment dans la mise en place des SSP ; vii) Au-delà, la mise en place de l'organisation de district a contribué à l'effondrement des activités de SSP dans les aires de santé publiques qu'HTok n'était plus en principe habilité à desservir. Le fonctionnement insuffisant des structures publiques amène une grande partie de leurs populations de référence à fréquenter 'abusivement' l'hôpital. 	<p>- Le contrat a, à l'origine, clairement contribué à améliorer la collaboration entre secteur confessionnel et public. Cette situation de départ semble en grande partie avoir reposé sur les bonnes relations et la bonne volonté unissant alors les principaux acteurs des deux parties.</p> <p>- Au jour d'aujourd'hui, le suivi ne s'effectue plus vraiment et le sentiment prévaut que le DDH continue d'exercer ses responsabilités dans le cadre de difficultés croissantes: faute de réactivité des pouvoirs publics, la qualité des prestations offertes souffre de plus en plus du manque de ressources humaines et financières.</p> <p>- L'incomplétude du document contractuel, son indéfinition jouent ici un rôle important en privant l'hôpital de recours efficaces.</p> <p>- De nombreux problèmes soulevés par les confessionnels sont néanmoins plus structurels que directement liés au contrat: ils découlent notamment des différences importantes dans les conditions d'exercice professionnel entre les deux secteurs.</p>	<p>- Les objectifs assignés sont largement atteints: fonctionnalité de l'hôpital de District ; développement du district (réseau de centres de santé, système de gestion et de participation communautaire, mise en place du recouvrement des coûts et d'un système de forfait pour les patients) ; amélioration de l'accessibilité des soins.</p> <p>- Cette atteinte est néanmoins essentiellement le fait du BELACD et de son engagement technique et financier: le fonctionnement quasi 'autonome' du district de Moissala laisse le sentiment d'un désengagement de l'Etat et n'encourage pas de fait un changement de situation.</p> <p>- Le poids financier du projet augmente pour le BELACD au fur et à mesure du développement du projet: les ressources étant limitées, cette tendance commence à peser sur la qualité des services offerts.</p>	<p>- Les contrats remplissent les objectifs qui leurs sont assignés en vertu des moyens (suivi, évaluation, accompagnement) déployés à cet effet.</p> <p>- Ils s'accompagnent d'effets connexes importants, liés à l'importance des fonds mis en jeu ; l'intensité des mesures de suivi et d'évaluation ; la focalisation des activités et la rigidité des contrats; l'importante consommation de ressources humaines qualifiées qu'impose la réalisation des objectifs.</p> <p>- Les effets négatifs résident dans:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) le développement de double-standards au sein de la structure et du district, qui posent le problème de l'intégration des hôpitaux concernés au sein du système local de santé mais également des services de prise en charge du VIH SIDA et de leurs personnels au sein des structures ; ii) une dépendance financière très importante vis-à-vis de l'extérieur ; iii) une mobilisation du personnel qualifié de l'hôpital dans un contexte de pénurie chronique de ressources humaines compétentes et qui exerce une pression sur la qualité pour les activités de routine de l'hôpital ; iv) l'augmentation conséquente de la charge de travail administratif imputée par les activités de suivi et d'évaluation ; v) le manque de flexibilité existant dans l'utilisation des fonds. <p>- Les effets positifs résident, outre la mise en place effective d'un système de prise en charge du VIH-SIDA, essentiellement dans l'effet de contamination positive des contrats sur les structures bénéficiaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) en termes de formation de certains membres du personnel ; ii) de développement de capacités d'analyse, d'anticipation et de gestion, transférables aux activités de routine de l'hôpital ; iii) d'effet d'appel sur la population ; iv) d'amélioration du crédit des structures auprès d'autres bailleurs potentiels.
-------------------------------	---	--	---	--

<p>Niveau de connaissance et d'information</p>	<p>- Le niveau de connaissance et d'information reste très insuffisant au niveau périphérique, notamment chez HTok, preuve que les instances publiques décentralisées jouent insuffisamment leur rôle de relais.</p> <p>- L'hôpital est entré sans préparation dans la relation contractuelle, il doit improviser en fonction des données lacunaires dont il dispose. Cela pose d'autant plus problème que la relation, établie avec le niveau central, pose de nombreux problèmes que les outils ne permettent pas de résoudre: l'insuffisante maîtrise des mécanismes du MSP et d'un interlocuteur privilégié joue en défaveur de l'hôpital.</p>	<p>- Les acteurs n'ont bénéficié d'aucune formation préalable et sont très éloignés de la dynamique partenariale à l'œuvre au niveau central. L'hôpital étudié ne dispose que d'une connaissance très parcellaire du cadre partenarial national et maîtrise insuffisamment le contrat lui-même, ses mécanismes et ses implications.</p> <p>- Le district ne joue pas à ce titre le rôle de relais.</p>	<p>- Faute d'évaluation régulière des expériences de terrain, le niveau central (MSP) ne perçoit pas l'importance des difficultés éprouvées au niveau périphérique dans la pratique des expériences contractuelles.</p>	<p>- Le niveau central (MSP et autorités confessionnelles) est excessivement mal informé au sujet de PEPFAR et ignore presque tout des relations contractuelles établies au niveau périphérique.</p> <p>- Trois éléments l'expliquent:</p> <p>i) L'approche spécifique et l'opacité du système PEPFAR ;</p> <p>ii) Un manque de leadership au niveau du MSP ;</p> <p>iii) Le cloisonnement des expériences contractuelles (relations bilatérales) avec une 'rétention' des informations au niveau même des bénéficiaires.</p> <p>- Le niveau périphérique ne dispose lui-même que d'informations parcellaires, essentiellement axées autour de son expérience spécifique. La participation des autorités sanitaires de district dans les relations étudiées est inexistante.</p>
<p>Avenir de la relation contractuelle</p>	<p>- 'La théorie est bonne mais la pratique est à améliorer'.</p>	<p>- Les acteurs confessionnels sont convaincus de l'importance que revêt la poursuite de la relation contractuelle avec l'Etat, mais à la condition d'être considérablement améliorée. De fait, le manque de moyens humains et financiers de l'Eglise ne permet pas d'envisager de rupture des contrats existants sauf à devoir fermer les structures.</p> <p>- Cette amélioration passe par une harmonisation des contrats existants et à venir et leur adaptation en particulier à la décentralisation du système sanitaire.</p>	<p>- Les acteurs locaux, tant confessionnels que publics souhaitent en principe une poursuite de la relation. Celle-ci est néanmoins conditionnée pour le BELACD par la disponibilité de moyens financiers, mise en péril par le retrait prochain de l'actuel bailleur.</p> <p>- L'Etat ne constitue pas une alternative viable. Les 'sujets' de la relation contractuelle (personnel de district, de l'hôpital de district, des centres de santé) s'inquiètent de la possibilité d'un retrait du BELACD.</p> <p>- Dans d'autres situations (Lai, Doba), les autorités confessionnelles, frustrées par le déséquilibre de la relation, le manque d'implication (financière, matérielle) de l'Etat, le caractère 'factice' de la délégation de gestion, minée par l'interventionnisme des autorités administratives, se désengagent.</p>	<p>- Les structures bénéficiaires sont partisans d'une poursuite des relations, notamment dans le cadre des contrats de prise en charge thérapeutique, mais idéalement assortie d'une plus grande flexibilité. Elles sont ici conscientes du risque majeur que ferait peser la rupture des contrats sur la pérennité des activités mises en place. Dans ce cadre, le MSP n'est jamais considéré comme une alternative viable. Pour l'heure, la poursuite des plus gros contrats est assurée à moyen terme.</p>

Tableau 3. Analyse SWOT des cas d'étude

	CAMEROUN	TANZANIE	TCHAD	OUGANDA
FORCES <i>(Strengths)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un cadre théoriquement complet en termes de politique partenariale et d'instruments contractuels au niveau central. - La formalisation du statut d'hôpital de district confère une légitimité à la structure confessionnelle, notamment auprès des bailleurs. - En dépit de sa faiblesse et des difficultés de recouvrement, le soutien financier de l'Etat constitue un 'mieux'. - La signature du contrat a renforcé la collaboration au niveau périphérique: l'hôpital est systématiquement convié aux réunions de district et au niveau de la délégation provinciale, le staff convié aux formations. - Dans la première phase suivant la signature, le suivi de la relation a effectivement été assuré. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe une forte dynamique partenariale au niveau central, animée pour l'Eglise par une plateforme interconfessionnelle dynamique. - L'expérience contractuelle entre secteur public et confessionnel en Tanzanie est très ancienne et a été systématisée à l'échelle nationale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le pays dispose d'un cadre contractuel théoriquement complet. - L'implémentation de la stratégie contractuelle a fait l'objet d'une large campagne de sensibilisation des acteurs. - Les principaux acteurs publics et confessionnels ont bénéficié d'une formation initiale à la contractualisation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Des plateformes confessionnelles dynamiques et professionnelles. - L'importance des moyens financiers PEPFAR. - L'efficacité des programmes implantés au niveau périphérique à remplir leurs objectifs. - D'excellents mécanismes de suivi et d'évaluation. - La capacité des programmes à 'intéresser' leur personnel.
FAIBLESSES <i>(Weaknesses)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les plateformes confessionnelles sont marquées par une grande faiblesse et n'assurent guère leur rôle de relais auprès du niveau central pour les structures périphériques. - Il n'existe aucun recensement centralisé des expériences contractuelles existantes et sauf exception, la connaissance qu'en a le niveau central (MSP et structures confessionnelles) est extrêmement parcellaire. - L'ensemble de la dynamique partenariale et contractuelle est actuellement focalisée sur le projet C2D et ses priorités. - Le contrat de HTok n'est pas intégré au nouveau cadre politique, son niveau de définition est insuffisant et il n'a jamais fait l'objet d'une révision. Il est notamment inadapté au cadre de la décentralisation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse de la cellule partenariale du MSP. - Insuffisante décentralisation des forums partenariaux. - Les expériences contractuelles au niveau district ne s'appuient sur aucun cadre cohérent (ni politique partenariale, ni politique contractuelle). - Plusieurs types et générations de contrats coexistent (DDH, CDH, SA). - Insuffisant niveau de connaissance sur les procédures contractuelles et les mécanismes spécifiques de la relation contractuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de coordination médicale grève la capacité de la plateforme Catholique à alimenter et accompagner le processus. - La multiplication des structures de référence de l'Etat (DOSS- DONG, ministère du plan, ministère des finances, etc.). - La relation contractuelle étudiée n'a pas été intégrée au cadre national: elle ne respecte notamment pas les principes de la décentralisation du système sanitaire. - Le poids financier et opérationnel de la relation contractuelle repose essentiellement sur les organisations confessionnelles contractantes. - Les résultats sont acquis non sur le mode de la collaboration et de la participation, mais sur le mode d'une substitution obligée. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de politique partenariale et contractuelle entre MSP et secteur confessionnel. - Non implication des autorités du MSP au niveau central, et dans une large mesure également des plateformes confessionnelles. - Le choix d'un interlocuteur œcuménique au niveau central non légitimé par les plateformes confessionnelles. - Les informations diffusées par le secteur confessionnel au niveau public, notamment au travers des rapports n'atteignent pas le niveau central et sont symptomatiques du dysfonctionnement de la décentralisation sanitaire. - Le poids des contrats PEPFAR sur les structures en termes de charge de travail et de mobilisation de personnel compétent - Le caractère rigide des contrats et leur caractère largement 'exogène'. - Le développement de double-standards au sein des structures hospitalières et plus largement à l'échelle du système sanitaire de district: moyens, méthodes, qualité des soins.

	<ul style="list-style-type: none"> - L'Etat ne respecte qu'insuffisamment ses engagements, notamment en termes de dotation en moyens financiers, et assume insuffisamment son rôle en matière de suivi/ évaluation. - Prédominance du rôle des relations interpersonnelles dans la réussite ou l'échec des relations. - Les effets positifs résultent de la reconnaissance statutaire plus que du contrat. 			
OPPORTUNITES <i>(Opportunities)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Le cadre réglementaire est en cours de mise en place et les éléments développés sont susceptibles - s'ils sont systématisés aux expériences préexistantes - d'améliorer le niveau de suivi des relations. - Des fonds disponibles et en voie de l'être ; - Consensus des confessionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le développement des contrats de service (SA), porteurs d'un meilleur niveau de définition et mettant en place des indicateurs de performance: ces contrats pourraient s'ils s'avèrent fonctionner inspirer la révision nécessaire des contrats DDH. - Prise de conscience des manquements de la relation au niveau de l'équipe cadre de l'hôpital et des autorités ecclésiastiques, portée par des personnalités dynamiques. - La volonté du niveau central de décentraliser la dynamique partenariale. 	<ul style="list-style-type: none"> - La restauration potentielle du poste de coordonnateur santé au niveau de la plateforme confessionnelle. - La planification d'un atelier d'évaluation des expériences en cours et qui devrait réunir l'ensemble des acteurs de la place: il existe une réelle volonté au niveau central (public et confessionnel) d'effectuer un bilan. Même insuffisante, cette démarche pourrait permettre de porter l'attention sur les difficultés existantes pour envisager les moyens d'y remédier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Effet de contamination positive des contrats sur les activités générales de l'hôpital: changement de culture professionnelle, développement des compétences du personnel, acquisition de moyens (SIS) de se légitimer aux yeux de nouveaux bailleurs potentiels.
MENACES <i>(Threats)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La non-intégration des expériences contractuelles préexistantes dans le cadre politique récemment développé (notamment la révision des contrats conformément à la politique partenariale et aux instruments contractuels) risque de mener les structures concernées vers un isolement croissant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les autorités publiques locales tendent à développer ici et là des structures hospitalières concurrentes à des DDH existants. De manière générale l'Etat tend à prêcher la politique du '1 centre de santé (public) par village', qui alimente ce type de tendances et risque de limiter d'autant les moyens alloués au secteur confessionnel. - Face aux difficultés rencontrées, les Eglises de la Kagera ont déjà commencé à fermer des centres de santé et envisagent de brandir la menace d'une fermeture des DDH pour obtenir une écoute. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certains contrats ont (Lai) ou menacent (Doba) d'être dénoncés. - Le soutien des bailleurs aux structures confessionnelles tend à diminuer drastiquement, tant au niveau central que périphérique. - Le BELACD de Sarh assume ses fonctions de gestionnaire du district de Moissala hors de tout cadre contractuel depuis 2006. - Le désengagement de l'Etat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risques de distorsion des activités de l'hôpital au détriment des activités de routine. - Tendance de certaines structures bénéficiaires à ne pas communiquer avec leurs plateformes de référence au sujet des contrats signés avec PEPFAR ou d'autres bailleurs importants. - L'effet de comparaison au niveau périphérique entre contrats PEPFAR et les difficultés rencontrées dans les relations avec le MSP peut contribuer à détacher les hôpitaux du projet partenarial et contractuel des plateformes confessionnelles.

Analyse transversale

Les expériences contractuelles entre secteur public et institutions confessionnelles témoignent sans exception de grandes difficultés.

L'équipe de recherche s'est trouvée frappée de l'ampleur et de la gravité de la crise affectant aujourd'hui la contractualisation entre Etat et secteur confessionnel de la santé ; aucun des pays intégrés à l'étude ne fait tout à fait exception à cette situation, d'autant plus paradoxale qu'elle s'inscrit dans un contexte de consensus partenarial généralisé. Le caractère incontournable de la collaboration, la valeur ajoutée de sa formalisation ne sont pas seulement admis mais appelés de leurs vœux par les deux secteurs, à tous les niveaux de l'échelle hiérarchique.

La gravité du phénomène tient en partie à son caractère discret, presque silencieux: soit que la prise de conscience en soit mal partagée au niveau central, soit qu'elle se manifeste essentiellement au niveau opérationnel de mise en place des contrats. Dans tous les cas de figure, la prise de conscience reste essentiellement circonscrite au secteur confessionnel, comme l'indice supplémentaire d'un partenariat vacillant.

Le caractère rampant du phénomène donne tout lieu d'être inquiet: sans une intervention rapide c'est déjà à moyen, parfois à court terme qu'il risque de faire échec aux expériences existantes et de remettre en cause les efforts¹⁷¹ indubitablement déployés au niveau central dans la plupart des pays.

La crise du partenariat et des expériences contractuelles s'inscrit d'un contexte général de crise du secteur confessionnel qu'elle contribue à nourrir.

La crise des ressources financières se double partout d'une crise des ressources humaines. Si ces difficultés sont reconnues par l'Etat, les expériences contractuelles actuelles n'y fournissent qu'une réponse au mieux inadéquate. La conscience de cette crise, mieux partagée que celle du partenariat en lui-même n'aboutit cependant nulle part à une réponse suffisante. De fait pour le monde extérieur, le système de santé de l'Eglise semble constituer un élément stable du paysage, un acquis, un système qui fonctionne: ce sentiment est en partie un leurre qui masque de réels problèmes.

L'Etat respecte insuffisamment ses engagements partenariaux.

Quel que soit le degré de développement d'un cadre contractuel au niveau central, les contrats opérationnels révèlent tous ce problème à des degrés divers. Cette question touche notamment au domaine des ressources financières et matérielles, essentiel pour des structures confessionnelles en crise. L'appui de l'Etat reste structurellement insuffisant et connaît de nombreuses difficultés: déperditions, retards, lourdeur procédurière, etc. Si les acteurs et cadres du secteur public témoignent à cet égard d'une honnêteté et d'une lucidité indéniables, la portée de ces manquements n'est sans doute pas appréciée à sa juste valeur. Leur reconnaissance n'est en tout état de fait pas ou très insuffisamment assortie d'actions correctrices.

¹⁷¹ Définition de politiques spécifiques ; mise en place de cadres formalisés de coopération ; développements de forums partenariaux.

Les mécanismes de suivi et leur performance laissent largement à désirer

Si la crise des expériences contractuelles Eglise-Etat en matière de santé reste largement ignorée (et certainement en portée), c'est que les arrangements existants ne sont pas ou mal accompagnés. En la matière, ces derniers sont marqués par l'absence systématique de mécanismes opérationnels de suivi et d'évaluation: le contrat et ses obligations ne font l'objet d'aucune supervision *spécifique* et les outils contractuels éventuellement prévus¹⁷² fonctionnent mal; les difficultés sont dans le meilleur des cas identifiées sans trouver de résolution structurelle. Cette situation renvoie à des problèmes de forme, marquant l'ensemble des contrats opérationnels étudiés pour le niveau périphérique, mais également à des problèmes de capacité et de moyens: suivi et évaluation restent en l'occurrence un domaine dans lequel les structures publiques témoignent d'une grande faiblesse, loin d'être limitée à la question des relations contractuelles avec le secteur privé à but non lucratif.

Les expériences contractuelles se développent dans un contexte marqué par les limites et l'inégale distribution des connaissances.

On est en la matière frappé de constater quel climat d'impréparation entoure le développement de la plupart des arrangements contractuels étudiés. C'est le plus souvent vierges de connaissances et de toute expérience que les acteurs du public et du privé s'attèlent à la formalisation de leurs relations. Les formations spécifiques, lorsqu'elles sont dispensées, suivent plus souvent qu'elles ne précèdent les premières expériences et touchent préférentiellement les cadres au niveau central.

Plus largement, le développement et l'implémentation des politiques et initiatives partenariales et contractuelles exploitent insuffisamment les leçons du passé.

Les expériences antérieures ne sont pas capitalisées: elles restent largement ignorées dans le développement des politiques partenariales, aboutissant dans tous les cas à la coexistence de modèles parfois contradictoires. Le paysage contractuel s'avère de fait hétérogène, constitué de diverses strates historiques dont la synthèse n'est pas effectuée. Au-delà, la circulation même des expériences et du savoir-faire qui les entoure reste extrêmement limitée. Au total, on constate donc l'absence d'une mémoire collective, centralisée et institutionnalisée: la connaissance, la documentation même des expériences¹⁷³, fragmentaires et éclatées, restent le fait d'individus avec lesquels elles risquent à tout moment de disparaître.

La balkanisation du paysage contractuel et le dysfonctionnement des expériences formelles de partenariat au niveau périphérique interviennent comme indicateurs et révélateurs de l'imperfection du processus de décentralisation.

L'ensemble des difficultés rencontrées s'inscrit en effet dans le dysfonctionnement des lignes de communication et d'autorité entre niveau central, intermédiaire et périphérique. La politique de décentralisation amorcée dans l'ensemble des pays au tournant des années 90 et 2000 tend à être minée par une opérationnalisation inachevée que révèlent les contradictions entre niveaux d'autorités, la subsistance de mécanismes relationnels historiques hérités de la centralisation et la mauvaise circulation des informations. Les cadres règlementaires et les discours émanant du

¹⁷² Comités de pilotage notamment, lorsque ceux-ci existent.

¹⁷³ Il n'existe, dans aucun des cas de figure abordés, de banque de données exhaustive autorisant un accès à l'ensemble des réglementations, modèles et documents contractuels passés ou en vigueur.

niveau central font au pire figure de rhétorique, de coquille vide, lorsqu'on en considère le niveau effectif de connaissance, d'assimilation et d'implémentation au niveau périphérique.

Les expériences contractuelles périphériques sont directement affectées par cette situation ; la dichotomie entre niveaux central et périphérique contribue notamment à fragiliser les possibilités de suivi des arrangements et la mise en place de solutions structurelles aux difficultés rencontrées, en créant une confusion autour de l'identification des autorités légalement responsables de la gestion de la relation pour la partie publique.

Ce contexte de faiblesse institutionnelle explique le rôle prédominant joué (positivement ou négativement) à tous les niveaux par des personnalités individuelles. De manière générale, la qualité du partenariat, la résolution ou l'aggravement des difficultés sont tributaire du degré d'implication, du leadership et du réseau des acteurs respectifs des secteurs confessionnel et public, autant que de la qualité des relations qu'ils entretiennent entre eux.

Le cas particulier de l'Ouganda et l'analyse des contrats entre PEPFAR et hôpitaux confessionnels fournit un contrepoint riche d'enseignements.

Il est impossible de ne pas souligner dans un premier temps les aspects négatifs entourant ces contrats bilatéraux: l'opacité du système et des mécanismes qui les gouvernent, leur nature exogène et leur ciblage du niveau périphérique sont autant de caractéristiques faisant obstacle à leur appropriation par les secteurs public et confessionnel au niveau central. Celle-ci est également freinée par le pouvoir, au pire l'impunité que confère potentiellement aux bailleurs l'importance des ressources mises en jeu.

L'importance de ces moyens, combinée au ciblage extrême de ces interventions et à leur niveau de mobilisation des ressources humaines et matérielles des bénéficiaires, est par ailleurs porteuse d'un potentiel indéniable de distorsion. Celui-ci est d'autant plus important que les structures ciblées sont fragiles, vulnérabilisées par la crise globale du secteur sanitaire confessionnel. Ces contrats d'excellence, exigeants, sont par ailleurs générateurs de doubles-standards susceptibles d'influencer négativement le processus d'intégration des structures bénéficiaires dans le système sanitaire national.

Il n'en reste pas moins que ces contrats sont positivement reçus des hôpitaux confessionnels: leur degré de précision et de prédictibilité, la prévision et la qualité des mécanismes et activités de suivi, d'accompagnement et d'évaluation qui les caractérisent, leur efficacité et le respect des engagements du bailleurs sont autant de caractéristiques hautement valorisées par les bénéficiaires. Leur implantation s'accompagne par ailleurs d'un renforcement des capacités locales qui en dépit de la focalisation des arrangements, tend à avoir un effet de contamination positive, généralisable à l'ensemble des activités des structures.

L'analyse des aspects positifs de ces relations d'un nouveau genre fournit une sorte de négatif des relations contractuelles à l'œuvre entre structures confessionnelles et Etat.

Prendre en compte ce qui, aux yeux des structures bénéficiaires, explique le bon fonctionnement des contrats PEPFAR est susceptible de fournir des pistes intéressantes pour une relecture et une amélioration des relations contractuelles entre Eglises et Etat dans le secteur de la santé.

En la matière, les deux types de relation s'opposent notamment dans leur approche du processus contractuel. Dans le cas des expériences contractuelles entre secteur public de la santé et structures confessionnelles, les efforts déployés semblent trop souvent favoriser la phase préparatoire à la mise en place des arrangements. Le processus contractuel est d'une certaine manière rompu là où la relation véritable commence. A contrario, les contrats PEPFAR s'inscrivent dans une logique de continuité du processus contractuel, stimulée tout au long de la relation: la signature de l'arrangement contractuel ne marque pas la fin des efforts de collaboration mais au contraire le moment de leur renforcement, assuré au jour le jour par le

suivi, l'accompagnement et l'évaluation critique de la relation et des objectifs qui lui sont assignés.

Les arrangements existants entérinent une situation de fait plus qu'ils ne créent les conditions d'un développement et d'un renforcement de la relation sur la base d'objectifs innovants.

Les relations ainsi formalisées comportent de fait souvent un caractère statique et se résument essentiellement pour l'Eglise à la reconnaissance - effectivement ambitionnée - du rôle joué par ses institutions dans le système sanitaire national. La relation apparaît déséquilibrée, les arrangements étant porteurs pour l'Etat de bénéfices beaucoup plus évidents (respect de la politique nationale de santé ; inscription des structures confessionnelles sur la carte sanitaire nationale et assurance de couverture des zones concernées). Dans des cas plus extrêmes, la mise en place de véritables projets de développement (Tchad) s'effectue au bénéfice de l'Etat mais sans sa participation.

La situation est un indicateur du risque réel de désintégration pesant sur l'avenir du partenariat entre secteur public et secteur confessionnel dans le secteur sanitaire en Afrique sub-saharienne.

Les difficultés rencontrées ne portent aucune des parties au triomphalisme: l'autorité publique reste consciente de ses manquements, admettant à tout le moins le caractère encore largement perfectible des relations. Du côté des acteurs confessionnels, le constat se révèle parfois plus amer et n'exclut pas un certain degré de méfiance, dans certains cas de résignation désabusée.

Les expériences décevantes des acteurs confessionnels de district conduit certains d'entre eux à opter préférentiellement pour le développement de relations bilatérales - directement porteuses de résultats mais souvent non pérennes - avec des bailleurs externes ; ce mouvement est susceptible de s'accompagner d'une distanciation vis-à-vis des plates-formes de coordination confessionnelles engagées au niveau central dans le développement du partenariat avec l'Etat ; l'échec des relations conduit déjà certaines structures où organisations au niveau périphérique à se désengager des contrats signés, qui faute d'obtenir les moyens d'en assurer la réalisation, aggravent les effets de la crise du secteur . Il amène déjà certaines Eglises à remettre en cause la notion même ou les conditions de leur participation au secteur de la santé: dans le contexte de l'Ouganda, le risque de rupture induit par le gel du processus partenarial est ainsi tout à fait actuel.

Recommandations

Au niveau des acteurs internationaux: bailleurs et ONGs

L'avenir ne peut se construire en ignorant le passé. Le renforcement du partenariat entre secteur public et secteur confessionnel¹⁷⁴ de la santé passe par la **mise en place d'une mémoire collective institutionnelle effectuant la synthèse et garantissant une conservation centralisée de l'historique, des cadres règlementaires, des documents contractuels et des savoir-faire propres à chaque pays**. Une telle démarche doit être envisagée à court terme afin d'enrayer la disparition de documents et de témoignages essentiels à la compréhension et à l'analyse des expériences les plus anciennes¹⁷⁵. Elle devrait aboutir à la constitution de centres de documentation et d'information, assurant une représentation de l'ensemble des acteurs du PPP sur une base pluraliste, non partisane. Il serait souhaitable que de telles structures disposent du plus large mandat possible et associent à la fois acteurs publics et privés à but non lucratif¹⁷⁶ afin de s'assurer la légitimité nécessaire à un accès exhaustif aux données. Elles devraient par ailleurs être dotées d'une mission d'intérêt public et assorties d'une personnalité juridique et de statuts garantissant leur indépendance vis-à-vis d'éventuelles préoccupations partisanes, une totale transparence et l'accès des données collectées à un large public¹⁷⁷. Une collaboration avec les institutions académiques locales¹⁷⁸ pourrait par ailleurs ouvrir d'intéressantes possibilités d'ouverture vers le monde de la recherche.

Dans un avenir plus lointain, les centres-ressources ainsi développés au niveau des pays pourraient former la base de **développement d'un réseau panafricain d'information et d'échanges sur le PPP et la contractualisation**. Il pourrait s'agir par exemple d'un forum électronique sur le modèle de ce que sont E-Drugs et E-Med¹⁷⁹ dans le domaine du médicament et comportant en outre une base de données internationale. Anticiper sur cette possibilité impliquerait en amont d'assurer le développement des bases de données pays sur des modèles et systèmes d'ores et déjà compatibles.

Il reste essentiel dans l'immédiat de **répondre aux besoins spécifiques de formation des acteurs du terrain**. Cette réponse passe notamment par l'organisation régulière d'ateliers de formation à la contractualisation, organisés à la demande et proposant un contenu adapté au contexte local, ainsi qu'au niveau et au rôle des participants dans le processus contractuel. L'organisation de tels ateliers pourrait s'appuyer avec profit sur les plates-formes confessionnelles locales¹⁸⁰. Il est également essentiel qu'elle s'effectue en concertation avec les ministères de la santé et associe systématiquement les acteurs du secteur public et du secteur confessionnel: au-delà d'une occasion de formation, ces événements pourront également constituer une plate-forme d'échanges et participer à la diffusion des expériences et de leur perception.

Au niveau du terrain: acteurs public et confessionnels

L'harmonisation du paysage contractuel doit constituer une priorité dans l'ensemble des pays de l'étude: assurer le suivi, l'évaluation et le succès des expériences contractuelles existantes

¹⁷⁴ Et plus largement, privé à but non lucratif.

¹⁷⁵ Tanzanie, années 70.

¹⁷⁶ Aux différents niveaux de l'échelle hiérarchique.

¹⁷⁷ Décideurs publics et privés, acteurs opérationnels, structures de coordination nationale et appuis extérieurs, chercheurs.

¹⁷⁸ Un relais intéressant pourrait être celui des écoles de Santé Publique des universités publiques et/ou confessionnelles locales. La *Makerere School of Public Health* en Ouganda par exemple.

¹⁷⁹ Cf. www.essentialdrugs.org (p.18).

¹⁸⁰ Des organisations telles qu'AMCES au Bénin, UCMB et UPMB en Ouganda, CSSC en Tanzanie, l'UNAD et les BELACD au Tchad disposent d'une large expérience dans la dispensation de formations aux acteurs des réseaux confessionnels (et souvent aussi du secteur public). Leurs liens avec le terrain en font par ailleurs des relais indispensables à la définition des besoins à pourvoir.

passé en effet par leur adaptation à un cadre cohérent et lisible à tous les niveaux de l'échelle sanitaire. Au-delà de l'intégration de l'ensemble des relations existantes au cadre national développé (politique contractuelle, modèles de conventions-cadre et de contrats opérationnels), cette harmonisation doit également être effectuée en continu, au travers de la révision régulière des documents contractuels. Cette démarche, actuellement ignorée constitue l'un des moyens de surmonter les phénomènes de décalage entre le cadre des relations contractuelles et les développements de la politique sanitaire. L'harmonisation des expériences permettrait dans l'immédiat de redéfinir uniformément les niveaux d'autorité publique compétents dans le cadre des contrats, brouillés par le processus de décentralisation.

Recommandations spécifiques par pays

Au Cameroun

La question prioritaire nous paraît ici être celle de **l'intégration des expériences contractuelles hors C2D dans le cadre partenarial et contractuel nouvellement développé**. Elle passe par une meilleure traçabilité des contrats et leur concentration en un point défini: à l'heure actuelle, les points d'archivage des contrats sont potentiellement aussi variés que leurs autorités publiques de tutelle: divers programmes verticaux, la Direction de la Coopération, le Cabinet du Ministre, etc.

En conséquence, aucune instance, ni au niveau du Ministère (DCOOP), ni même au niveau des plateformes confessionnelles (OCASC, CEPCA pour les hôpitaux de leurs réseaux respectifs) ne semblent capables de fournir avec certitude le décompte des protocoles existants. Intégrer ces contrats - éventuellement par voie de révision - aux schémas récemment développés, permettrait idéalement d'en dresser la carte exacte, la typologie et d'en assurer l'archivage systématique.

Cette étape est d'autant plus nécessaire que l'attention a été 'détournée' de ces expériences par les développements survenus dans le cadre du C2D: hors cadre, les acteurs PBNL des protocoles antérieurs (HTok) risquent fort de rencontrer des difficultés croissantes à trouver des réponses structurelles des problèmes rencontrés. Ils ne disposent en tout état de cause que d'une connaissance extrêmement parcellaire des développements à l'œuvre et de moyens donc très limités d'y défendre leur propre dossier. Il est clair par ailleurs que des contrats comme celui de Tokombéré mériteraient une révision et l'intégration entre autres de mécanismes clairs de suivi et d'évaluation. Les notions de performance introduites par la nouvelle stratégie partenariale et les modèles de conventions constituent en la matière une amélioration dont pourraient bénéficier avec profit les protocoles préexistants.

Un travail de plaidoyer doit sans doute être effectué auprès des plateformes confessionnelles et du Ministère de la Santé en vue de la réintégration de ces expériences dans le processus actuel ou, à défaut, la prévision de leur intégration future. Là où le processus et sa mise en œuvre restent encore très concentrés au niveau national, une décentralisation (forums partenariaux aux niveaux intermédiaire et périphérique) permettrait d'assurer la diffusion uniforme de l'information et aux acteurs des protocoles antérieurs de rechercher avec leur autorité de tutelle les moyens de leur intégration.

Il est par ailleurs essentiel de prendre en considération la question de l'appui effectif de l'Etat aux structures confessionnelles sous contrat. Dans ce cadre, Tokombéré relève d'une situation exceptionnelle qu'il serait dangereux de généraliser à l'ensemble du secteur: peu de structures bénéficient d'apports financiers extérieurs réguliers de l'ordre de ceux observés dans le cadre de notre cas d'étude. Il est évident que la crise financière qui touche le secteur confessionnel et dont témoignent les niveaux d'endettement identifiés dans le cadre du C2D¹⁸¹, a des implications d'autant plus importantes sur la capacité de fonctionnement et de maintien de la plupart des structures périphériques que les engagements de l'Etat ne sont que

¹⁸¹ FINORG, Définition des modalités opérationnelles de contractualisation des relations entre les acteurs du secteur de la santé au Cameroun. Rapport Final Phase IV, 2004.

partiellement respectés: **la simplification des mécanismes d'appui financier, leur transparence et leur connaissance au niveau des structures bénéficiaires** constitueraient un préalable important à une amélioration de la situation. Il est par ailleurs **essentiel que le niveau de l'appui, ses limites et ses modalités soient clairement référencés dans le cadre des contrats**, ce qui n'est qu'insuffisamment le cas dans le cadre des documents contractuels signés hors cadre C2D.

Au même titre, une **clarification des rôles respectifs du niveau central, intermédiaire et périphérique de l'autorité publique de santé** doit impérativement accompagner l'harmonisation du paysage contractuel: elle est une des clés de la fonctionnalité et de l'amélioration des mécanismes d'appui de l'Etat et sans doute tributaire d'une **poursuite du processus de décentralisation** amorcé en 1996.

En Tanzanie

Le **développement de nouveaux contrats DDH et la révision systématique des contrats existants** est prévu par le Groupe Technique PPP mais ne pourra s'effectuer à court terme, faute de moyens. Il faudra donc attendre sans doute pour aboutir à une harmonisation des agréments en vigueur. Il apparaît pourtant urgent que ce projet puisse être rapidement mis en œuvre afin d'adapter l'ensemble des expériences au cadre réglementaire (décentralisation, PPP) et assurer de réels mécanismes de suivi et d'évaluation. Ce préalable est indispensable à la levée des menaces réelles qui pèsent sur la pérennité du partenariat. Ce processus nous paraît devoir intervenir parallèlement à la diffusion des expériences de contractualisation opérationnelle amorcé au travers de la mise en œuvre des SA. Attendre leur aboutissement dans un contexte géographique aussi vaste que la Tanzanie et eu égard à la limite des moyens humains et financiers disponibles reviendrait sans doute à repousser l'échéance à plusieurs années.

Une **reconsidération des conditions d'allocation de ressources publiques aux hôpitaux confessionnels** doit impérativement accompagner l'harmonisation des agréments: les DDH de première génération, mais également les VA, voient actuellement cet appui calculé sur la base de données souvent périmées et ne reflétant plus la réalité du terrain (nombre de lits notamment). La viabilité des structures dépend en partie d'une telle révision et la possibilité de planifier leur budget sur la base de données claires: il est donc impératif que leur soit communiqué le montant et la distribution des appuis effectivement votés au niveau central, ou local.

Le gouvernement a commencé à mettre en œuvre son plan d'amélioration des services de santé au travers du programme de santé primaire (MMAM¹⁸²) dont l'objectif est d'amener les services de santé au plus près des gens: ' Nous avons l'intention d'atteindre la population rurale dans la mesure où environ 80% des résidents y vivent et sont en manque de services de santé ; Nous espérons faire en sorte que d'ici à 2017, chaque village ait accès aux services de santé' (Déclaration du Ministre de la Santé, Pr. David Mwakyusa lors de son discours inaugural à la 71^{ème} assemblée de TCMA). L'accent ainsi mis sur le développement de structures publiques de santé au niveau inférieur de l'échelle administrative sanitaire pourrait à terme peser négativement sur la part de budget réservé aux structures confessionnelles. Tel est du moins la crainte de nombreux acteurs du terrain dans ce secteur.

La capacité de CSSC à intervenir efficacement comme lobbyiste dans la question partenariale est ici essentielle. Son renforcement implique que l'organisation puisse améliorer son niveau d'appréciation des expériences en cours et se saisir de données concrètes pour appuyer son plaidoyer au niveau central. Ceci passe sans aucun doute par **l'analyse systématique des expériences en cours et l'accélération du processus de décentralisation de CSSC au travers des coordinations de zone**: la capacité de ces dernières reste freinée en raison de l'ampleur du territoire à couvrir et de la limite des moyens disponibles en ressources

¹⁸² *Mpango wa Maendeleo ya Afya ya Msingi* (MMAM).

humaines (les coordinateurs ne sont employés qu'à temps partiel, situation qui devrait être corrigée prochainement par l'adjonction d'un secrétaire permanent).

En ce sens, la **décentralisation des forums partenariaux**, projetée par CSSC au travers des délégations de zone pourrait contribuer à une meilleure appréciation de la réalité du terrain et contribuer à diffuser au niveau périphérique le climat de coopération réel existant au niveau central. De tels forums constituent également un instrument potentiel d'amélioration du niveau de connaissance des acteurs: il est frappant de constater par exemple que CSSC est un acronyme inconnu des autorités administratives locales sur le district de Karagwe ! La création du site *Afya Mtandao*¹⁸³, à condition d'être activement exploitée par les acteurs de terrain, pourrait intervenir à terme comme instrument de collecte de données relatives aux expériences contractuelles. Elle constitue à tout le moins un effort intéressant de stimulation des échanges entre acteurs du terrain.

Le renforcement du partenariat et la capacité des autorités confessionnelles à participer activement aux décisions de politique sanitaire prises au niveau local repose également sur leur meilleure représentation au sein des organes décisionnels de district. Elle reste actuellement tributaire du type d'agrément signé avec l'autorité publique, dans la mesure où les contrats de première génération se réfèrent à un découpage administratif et à une définition des organes représentatifs rendus caducs par la politique de décentralisation. La méconnaissance du cadre réglementaire en vigueur entretient une sous-représentation de fait des représentants confessionnels au sein des organes existants.

On peut se demander à terme si l'harmonisation de la situation ne devrait pas passer par la **mise en place d'un cadre réglementaire homogène spécifique au niveau central**: la formulation d'une Politique Contractuelle (ou partenariale) en tant que telle, à la condition d'être régulièrement adaptée aux changements éventuels de contexte réglementaire permettrait sans doute de donner une meilleure visibilité au principe et d'en faciliter l'acceptation par les autorités locales. Dans la situation, la fragmentation des principes au sein d'une multitude de documents et de déclarations contribue à entretenir (artificiellement ou non) la méconnaissance des mécanismes et principes régissant la collaboration de l'Etat avec le secteur privé.

Au Tchad

Il est peu probable à moyen terme que l'Etat ne soit en mesure de pallier seul aux difficultés identifiées dans le cadre des expériences existantes: l'étroitesse des moyens financiers disponibles et au-delà, l'importance à l'échelle nationale de la pénurie en ressources humaines qualifiées rend par conséquent indispensable **une inscription des contrats dans une politique d'appuis extérieurs à long terme.** La capacité des structures et organisations à accomplir leur part des arrangements contractuels est en effet tributaire de la mise à disposition de moyens adéquats, actuellement grandement fragilisée par le désengagement opérationnel de l'Etat et la diminution des appuis traditionnels de l'Eglise. Au-delà, c'est leur survie même et la qualité des prestations des structures sanitaires confessionnelles qui est ici en jeu.

De manière plus spécifique le rôle clé de l'Union Nationale des Associations Diocésaines (UNAD) tant en matière de coordination des BELACD que de représentation des intérêts et de la voix du secteur sanitaire confessionnel auprès de l'Etat et des organisations internationales ne peut être assuré que dans la mesure où l'organisation dispose **d'une coordination médicale nationale fonctionnelle et dynamique.** La restauration de ce poste - suspendu faute de moyens humains et financiers - est d'autant plus urgente que les exemples de Doba et Donomanga témoignent du risque réel de désengagement contractuel des organisations confessionnelles au niveau local. Elle est actuellement tributaire de la mise à disposition de moyens externes.

Il est par ailleurs essentiel de pouvoir réaliser une harmonisation du paysage contractuel en **intégrant systématiquement les expériences antérieures à 2001 au cadre contractuel défini au**

¹⁸³ *Afya Mtandao* signifie littéralement 'réseau santé'. www.afyamtandao.org.

niveau central, par voie de révision ou par la négociation et la signature de nouveaux agréments. Il est également important que contrats primaire et secondaires (objectifs de la relation public - confessionnel d'un côté et accompagnement en ressources techniques ou financières externes de l'autre) - soient clairement distingués afin que la pérennité de la relation contractuelle et la recherche conjointe des moyens de sa continuité puissent être garanties au-delà des aléas des sources externes d'appui.

Une **évaluation globale des expériences en cours au Tchad** serait sans doute nécessaire pour apprécier la représentativité des conclusions issues du présent rapport et les besoins éventuels de réaménagement des mécanismes de suivi et d'évaluation des relations contractuelles ; il importe entre-autres d'interroger les raisons des différences observées entre le cas de Moïssala et ceux de Doba et Donomanga: le cadre de décentralisation contractuelle dont relève le cas de Donomanga est-il par exemple un déterminant de son échec relatif?

En Ouganda

Il semble à l'équipe de recherche qu'une des principales difficultés se posant dans le cadre des contrats passés en Ouganda entre structures sanitaires confessionnelles et récipiendaires PEPFAR réside dans la méconnaissance généralisée dont les acteurs - aux différents niveaux de l'échelle sanitaire et entre pôle public, confessionnel et bailleurs - témoignent les uns des autres. Il est à la fois une conséquence de l'opacité des mécanismes opératoires du bailleur, de sa focalisation sur le niveau opérationnel de district, du degré encore insuffisant de professionnalisation des structures et autorités confessionnelles au niveau district et de l'incomplétude du processus de décentralisation.

Il semble à ce titre essentiel que les plateformes médicales confessionnelles continuent de **rechercher de manière proactive un rapprochement, sinon auprès des instances supérieures de représentation de PEPFAR du moins auprès des récipiendaires principaux effectivement impliqués dans des relations de nature contractuelle avec les structures sanitaires** des différents réseaux de l'Eglise. Il apparaît en effet évident que beaucoup de ces derniers ignorent la portée et l'importance réelle du rôle des différents *bureaus* auprès des structures sanitaires. Le bénéfice d'un tel rapprochement est en effet démontré par le cas spécifique de CRS: la mise en place d'un dialogue avec les plateformes confessionnelles a en effet permis de réorienter en partie l'approche du bailleurs, en tenant compte des préoccupations du secteur. Un tel rapprochement permettrait sans doute également aux plateformes confessionnelles de mieux appréhender les bénéfices réels pouvant être tirés par les structures de leur relation avec PEPFAR et de se mettre en position de pouvoir les accompagner, voir de les exploiter dans le cadre plus large du partenariat entre Ministère de la Santé et Eglises dans le domaine de la santé.

Mais **ces plateformes ont également un rôle 'préventif' à jouer auprès des structures de leurs réseaux**, afin de limiter les risques réels des contrats 'bilatéraux' signés avec PEPFAR: notamment en intégrant - en connaissance de cause - ce type de contrats à l'offre d'appui technique aux hôpitaux. Cet appui pourrait passer par une formation spécifique et régulière au processus contractuel et par des actions plus spécifiquement dirigées vers le développement des capacités de négociation des structures. L'exemple du *Virika Catholic Hospital* de Fort Portal montre en effet que les structures bénéficient d'une certaine marge de négociation dans la mise en place de tels contrats (ici avec CRS), à condition d'être capable d'argumenter solidement auprès du bailleur. Ce développement de compétences spécifiques doit sans aucun doute être intégré à la politique de renforcement des capacités et de professionnalisation du secteur dans laquelle UCMB et UPMB sont d'ores et déjà engagées ; Il doit également intégrer les autorités ecclésiastiques et favoriser le développement de coordinations diocésaines professionnelles et fonctionnelles, capables d'accompagner efficacement la mise en place d'arrangements contractuels éventuels au niveau des structures.

Au-delà du cas particulier des arrangements PEPFAR, il est également fondamental qu'une **reprise effective du dialogue entre MSP et plateformes confessionnelles** puisse être entreprise et aboutir au déblocage du processus contractuel: à cet effet, une prise de conscience rapide des

autorités publiques vis-à-vis de la crise financière et humaine que connaît le secteur confessionnel est indispensable. Le souhait de l'équipe de recherche est que le présent travail puisse apporter sa contribution en ce sens et soutenir le travail de plaidoyer mené depuis plusieurs années par les *Medical bureaux*. L'enjeu est ici celui de la survie d'un secteur et au-delà, du maintien et du développement de la couverture sanitaire du pays.

Conclusion générale: messages-clé

1. La contractualisation entre hôpitaux confessionnels de district et autorités publiques de santé en Afrique est en crise. En dépit de la grande variété des contextes et des expériences elles-mêmes, les différents cas d'étude témoignent des grandes difficultés de la pratique contractuelle. Cette crise est d'autant plus pernicieuse que sa prise de conscience est mal partagée, surtout auprès des acteurs du secteur public. A défaut de mesures correctives, cette crise 'silencieuse' risque de compromettre à moyen terme la contribution importante qu'apportent les structures confessionnelles à l'offre de soins de santé dans les pays Africains.

2. Les dysfonctionnements des expériences contractuelles s'expliquent par une série d'éléments: le manque d'information et de préparation adéquate des acteurs, l'absence quasi systématique de mécanismes d'appui adaptés aux réalités et besoins du terrain, le manque de systèmes de monitoring et d'évaluation des expériences contractuelles, et le faible développement d'une culture de gestion dans laquelle les leçons du passé dans le domaine de la contractualisation seraient intégrées dans les politiques et outils actuels. A cela s'ajoute finalement un respect insuffisant des engagements contractuels de l'Etat.

3. Le cas des contrats établis entre le *Presidential Emergency Plan For Aids Relief* (PEPFAR) et les hôpitaux confessionnels en Ouganda fournit un contrepoint riche d'enseignements. Sans vouloir minimiser les risques d'une approche sélective et verticale dans la contractualisation et sans vouloir occulter le fait que les structures de gouvernance publiques et confessionnelles au niveau central du système de santé sont largement court-circuitées par PEPFAR, ces contrats apportent des pistes intéressantes pour une amélioration des relations contractuelles 'classiques' entre secteurs public et confessionnel. En effet, ces contrats se caractérisent par leur précision et leur prédictibilité, par la qualité et la continuité des mécanismes de suivi et d'évaluation et, surtout, par le respect des engagements du bailleur. Ces aspects positifs sont valorisés par les responsables des hôpitaux confessionnels de district concernés.

4. Un processus de restitution nationale par pays (Cameroun, Tanzanie, Tchad, Ouganda) des résultats de la présente étude s'impose si on veut arriver à des changements pertinents et durables au niveau du terrain. Ces processus doivent être bien préparés et accompagnés, et ils doivent impérativement impliquer les différents teneurs d'enjeu: les autorités de santé publique et confessionnelles aux niveaux central et périphérique, les prestataires de soins, et les représentants de la communauté.

5. De façon générale, et bien au-delà des seuls pays et cas d'études enquêtés, les acteurs de terrain engagés dans des démarches et processus de contractualisation, ont besoin d'un appui personnalisé, de proximité, adapté au contexte local et assuré de façon continue. Dans cette perspective, force est de constater que l'élaboration de guides théoriques, tel que celui développé par Medicus Mundi International (MMI) en 2003, est d'une utilité très limitée.

Le présent rapport est basé sur une analyse complète mais non exhaustive des données collectées. L'envergure de ces dernières a en effet largement dépassé les attentes de l'équipe de recherche: il s'est rapidement révélé impossible de pouvoir en exploiter la totalité dans les délais de l'étude, sauf à limiter le nombre d'hypothèses à tester et la méthodologie appliquée. Au même titre, le recours à un logiciel d'analyse qualitative, initialement envisagé, a dû être ajourné.

Nous avons à faire au total à un corpus de données porteur d'un très grand potentiel et qu'il serait regrettable d'abandonner à ce stade. Aussi est-il envisagé d'en poursuivre l'exploitation au-delà du présent rapport; plusieurs pistes seraient envisageables à ce titre: soit en systématisant la collecte de données sur un des pays de l'étude (monographie); soit en

adjoignant aux cas étudiés d'autres expériences susceptibles de fournir de nouveaux enseignements ; soit encore en modifiant la perspective de traitement des données, etc. Ces pistes de travail et la faisabilité du projet seront explorées au cours de l'année 2009.

Annexe: enquête par questionnaire

Connaissance, distribution et utilisation du Guide d'appui à la contractualisation (MMI)

A la demande de MMI a été conduite - en parallèle à la recherche générale - une enquête visant à informer l'organisation des destinées du guide méthodologique d'appui à la contractualisation publié en 2003¹⁸⁴. Il s'agissait de profiter ici de l'occasion fournie par les missions de terrain pour interroger un échantillon limité d'intervenants clé sur leur connaissance, la diffusion et l'utilité du guide MMI. Le but était d'évaluer ainsi l'impact et le bien fondé des efforts développés par l'organisation - en collaboration avec le CIDR¹⁸⁵ - et d'envisager le cas échéant des actions complémentaires (rediffusion, révision, etc.).

Le sujet étant lié mais non directement rattaché au sujet général de l'étude, il a été décidé de le traiter séparément.

MÉTHODOLOGIE

L'enquête a été menée sous la forme d'un questionnaire dirigé, basé sur une trame standardisée¹⁸⁶ en 16 points. Les questions ont été ordonnées selon quatre axes prioritaires (diffusion, connaissance, utilisation, utilité) et deux volets: i) un premier volet s'adressant aux intervenants connaissant effectivement le guide MMI et susceptibles de l'avoir utilisé ; ii) un second volet s'adressant à la fois aux utilisateurs du guide et aux intervenants 'naïfs'.

La première série de questions est donc exclusivement relative au guide lui-même, tandis que la seconde s'intéresse aux autres formes d'appui dont auraient éventuellement bénéficié les intervenants au cours d'une démarche contractuelle: elle a pour but d'isoler par défaut les lacunes éventuelles du guide MMI et de fournir des pistes pour une adaptation éventuelle de la politique d'appui jusqu'ici dispensée par MMI.

Les intervenants ont été principalement sélectionnés dans deux des quatre pays de l'étude: la charge de travail représentée par la menée des interviews et de la collecte documentaire relatives au sujet principal de la recherche n'a en effet permis de mener l'enquête par questionnaire que là où le chercheur principal a pu disposer de l'appui d'un enquêteur supplémentaire: en Ouganda d'abord où l'aide de l'*Uganda Catholic Medical Bureau* a permis le recrutement d'un enquêteur local¹⁸⁷ et au Cameroun, où l'ensemble du travail de terrain a été réalisé en binôme avec le Dr Basile Keugoung, ancien Médecin Chef de District (MCD) de Méri (province de l'Extrême Nord) et stagiaire pré doctorant à l'Institut de Médecine tropicale (IMT) d'Anvers. Deux intervenants supplémentaires ont par ailleurs pu être interrogés au Tchad.

Les organisations et personnes approchées dans le cadre de cette enquête¹⁸⁸ l'ont été sur la base de leur implication ou expérience en matière de contractualisation Public-Privé dans le secteur de la santé. Le secteur privé est exclusivement représenté par des organismes à but non lucratif, conformément au public-cible du *Guide*. Il a également été tenté d'approcher un membre du staff de la représentation locale de l'OMS dans chacun des pays, pour deux raisons: i) Le lien que MMI entretient avec cette organisation et ii) le rôle de vecteur d'information que les représentations de l'OMS sont supposées jouer au niveau local. Les intervenants se répartissent entre niveau central (plateformes professionnelles, ONGs, staff du Ministère de la

¹⁸⁴ MMI-CIDR. Guide pour la conduite de la contractualisation d'une structure de soins au sein du district sanitaire dans le cadre d'un partenariat entre un Ministère de la Santé et une ONG. 2 tomes. 2003.

¹⁸⁵ Centre International de Développement et de Recherche.

¹⁸⁶ Cf. Tome II, Annexe 1.

¹⁸⁷ Mr. Andrew Adrian Mukiibi.

¹⁸⁸ Cf. détail des intervenants interrogés: Tome II, Annexe 2.

Santé, OMS), niveau intermédiaire (coordinateurs diocésains de la santé, autorités ecclésiastiques) et local (hôpitaux confessionnels, autorités de santé de district). Au total, 25 questionnaires ont ainsi pu être relevés.

En Ouganda

L'ensemble du relevé de questionnaires a été effectué par Monsieur A. Mukiibi après formation préalable par le chercheur principal et en étroite collaboration avec ce dernier. Dans ce cadre, le public ciblé se situe aux niveaux central et périphérique de la pyramide sanitaire. Il comporte pour le niveau central l'ensemble des plateformes médicales confessionnelles, un certain nombre de représentants du Ministère de la Santé, les représentations nationales de différentes ONGs internationales et locales ainsi que la représentation locale de l'OMS. Au niveau périphérique ont été approchés les médecins chef de différents hôpitaux confessionnels Catholiques ou Protestants.

Les résultats issus de l'enquête Ougandaise ont largement orienté le choix des intervenants au Cameroun et notamment conduit à cibler plus clairement le niveau central, milieu théorique de dissémination primaire de l'information.

Au Cameroun

Le relevé des questionnaires a été effectué à part égale par le chercheur principal et le Dr Keugoung. Les niveaux central, intermédiaire et périphérique ont été pris en compte, un accent plus important étant porté sur le niveau central. La spécificité du contexte Camerounais a été respectée avec la sélection d'intervenants auprès des trois grands partenaires (confessionnels) de l'Etat Camerounais: l'OCASC, le CEPCA et la FALC, organisations concernées au premier chef par la politique contractuelle initiée dans le cadre du C2D. Les programmes verticaux étant par ailleurs liés par contrat à un très grand nombre de structures sanitaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA, le choix a été fait d'inclure le CNLS dans l'enquête.

Seul l'hôpital de Tokombéré a été sélectionné - pour des raisons évidentes d'aisance - parmi les structures sanitaires du niveau périphérique. La route parcourue par l'équipe de recherche pour rejoindre Yaoundé depuis Tokombéré a par ailleurs permis de diversifier la représentation du niveau périphérique au travers des coordinateurs de la santé de trois diocèses de l'Extrême Nord Camerounais: Maroua, Garoua et N'gaoundéré.

Les Musulmans n'ont pas été approchés faute de temps et au vu de leur implication encore limitée au niveau opérationnel du secteur sanitaire. Les résultats obtenus au niveau des ONGs (non confessionnelles) en Ouganda ont enfin conduit l'équipe à les laisser de côté dans le contexte Camerounais.

Au Tchad

L'absence d'un enquêteur supplémentaire et la courte durée de la mission de terrain n'ont permis de relever que deux questionnaires, tous deux au niveau intermédiaire, au près de deux Bureaux d'Etude et de Liaison des Activités Caritatives et de développement (BELACD) du Sud du pays. L'organisation par l'UNAD en 2004 d'un atelier de formation à la contractualisation basé sur le guide méthodologique MMI et destiné aux acteurs confessionnels explique le bon niveau de connaissance de l'outil dont témoignent les deux questionnaires relevés. Nous avons donc décidé de les inclure à l'analyse en dépit de non représentativité de l'échantillon, dans la mesure où l'analyse des données collectées permettait - mieux que dans les cas Ougandais et Camerounais - d'analyser les forces et faiblesses inhérentes au guide.

L'analyse des résultats s'est effectuée à partir d'une grille synoptique ordonnant les réponses obtenues - par pays et niveau d'intervention - pour chacun des axes du questionnaire. Elle combine des éléments quantitatifs (fréquence de certains éléments, notamment la connaissance, l'utilisation et l'utilité déclarée du guide méthodologique MMI) et qualitatifs (forces et

faiblesses du guide MMI et des autres formes d'appui à la contractualisation utilisées où souhaitées par les intervenants).

RÉSULTATS

Bien que l'enquête ait été réalisée dans sur un échantillon limité de pays et d'intervenants, le caractère univoque des résultats collectés permet cependant de conclure à leur probable représentativité: 17% seulement des référents interrogés ont en effet connaissance du guide MMI.

L'analyse des questionnaires relevés au Cameroun et en Ouganda montre clairement les limites du travail réalisé en 2003. Aux deux principales questions posées, l'immense majorité des réponses s'avère négative: le Guide n'est généralement pas *connu* ni a fortiori *utilisé*. Ceci est vrai à 100% lorsqu'on s'intéresse aux intervenants du niveau périphérique, pourtant théoriquement ciblés par le Guide. Les rares personnes ayant connaissance du Guide et l'ayant utilisé s'avèrent disposer de liens directs avec MMI. Il est par ailleurs intéressant de constater que l'atelier organisé par AMCES au Bénin¹⁸⁹ en mai 2008 ne s'est pas basé sur le guide MMI bien que celui-ci ait fait l'objet d'une dissémination auprès des participants. Aucun des référents interrogés au niveau des représentations de l'OMS-AFRO n'avait connaissance du document.

Ce bilan aurait pu être modéré par les résultats collectés au Tchad, le document y ayant été utilisé dans le cadre d'un atelier national de formation¹⁹⁰; il s'agit du seul pays de l'étude où l'un des intervenants du niveau intermédiaire/périphérique se soit avéré avoir connaissance de l'outil.

Le cas du Tchad mis à part, il reste en tout état de cause difficile de juger de l'utilité réelle du Guide MMI: elle ne peut en l'occurrence être déduite de l'expérience des personnes interrogées.

Trois conclusions de portée générale peuvent néanmoins être formulées:

- Le guide n'est pas connu et reste donc inutilisé ;
- Connaissance et utilisation se cantonnent généralement au niveau central ;
- Les informateurs du premier degré ne disséminent pas l'information.

Interrogés sur la qualité du guide MMI les intervenants distinguent deux volets principaux: i) Le souci d'exhaustivité et ii) L'illustration fournie par les études de cas abordées dans le Tome II du document. Il est à noter que ces observations sont principalement le fait des informants du niveau central. Aucun informant n'a été en mesure de référer plus spécifiquement au contenu du document.

Les critiques portent quant à elles essentiellement sur des questions de facilité d'usage:

- On note que le document s'adresse à un public averti, maîtrisant un langage technique, notamment juridique: son accès et sa compréhension sont donc questionnés, notamment pour des utilisateurs potentiels du niveau périphérique ;
- Le volume de l'outil est considéré comme un obstacle à son utilisation: contraintes de temps, difficultés de compréhension rendent un usage individuel de cet instrument improbable, notamment au niveau périphérique.

Qu'il s'agisse d'observations fournies par des informants connaissant le guide ou d'hypothèses formulées de façon générale sur l'utilité d'un guide en tant que forme d'appui à la contractualisation: i) On reconnaît que 'le principe est bon' mais ii) on souligne qu'un guide ne peut suffire à lui seul, a fortiori en l'absence d'une introduction structurée (séminaire de formation).

¹⁸⁹ Atelier 'La contractualisation dans le secteur de la santé', AMCES-OMS, Cotonou, Mai 2008.

¹⁹⁰ Atelier sur la contractualisation des associations de l'UNAD avec le Ministère de la Santé Publique au Tchad. UNAD-CIDR, N'Djamena, Novembre 2004.

Encouragées à formuler des suggestions d'amélioration du Guide et à s'exprimer sur l'usage et l'utilité d'autres formes d'appui, les personnes interrogées se rejoignent sur trois points principaux:

- Un Guide tel que celui de MMI ne peut être valorisé qu'à la condition de faire l'objet d'une introduction en bonne et due forme, notamment sous la forme de séminaire de formation;
- La plupart des intervenants ne disposant que d'une expérience et surtout d'une connaissance très limitées en matière de contractualisation, la formation est considérée comme la forme d'appui la plus efficace et la plus utile. On fait référence ici principalement à des formations de fonds destinées à outiller correctement les acteurs du partenariat selon leur niveau d'intervention;
- On souligne également le rôle plus informel des échanges d'expérience, dont les occasions sont rares en dehors du niveau central: rencontres informelles, conférences, etc.

Deux observations complémentaires s'imposent par ailleurs:

i) Le guide, publié en 2003, a vieilli. La contractualisation est un processus dynamique qui connaît une évolution rapide ; un certain nombre d'éléments 'nouveaux' ne sont pas ou insuffisamment pris en compte dans le document actuel:

- La méthode dominante de contractualisation tant à adopter le modèle des contrats de performance¹⁹¹ dont le guide ne traite pas en tant que telle. La contractualisation public/privé confessionnel, encore largement détachée de ces principes est en passe de les adopter dans un certain nombre de pays (Tanzanie, Cameroun) ;
- Les nouvelles formes de partenariat contractuel développées dans le cadre des relations bilatérales entre hôpitaux et systèmes 'globaux' de financement (notamment PEPFAR¹⁹²) posent un grand nombre de questions qui nécessitent une approche spécifique. Ce type d'initiatives, largement postérieures dans leur développement à 2003 ne sont pas incluses au document ;
- Les études de cas traitées sont anciennes: leur contenu même est susceptible d'avoir évolué ; Les expériences développées depuis 2003 sont susceptibles d'enrichir considérablement le propos ;
- Le secteur privé à but lucratif n'est pas inclus dans le document bien qu'il fasse clairement partie des stratégies actuellement développées par le secteur public dans les pays de l'étude.

ii) La validité d'un document de portée générale est par ailleurs clairement remise en cause:

- La situation du secteur confessionnel doit être distinguée de celle d'autres organismes à but non lucratif (ONG), notamment internationaux ;
- De fait, les ONG et autres organismes internationaux tendent à développer leurs propres 'règles du jeu' en matière de contractualisation et plus généralement de Partenariat Public Privé (PPP). Il est improbable dans ce cadre que de tels organismes aient recours ou diffusent le Guide auprès de leurs partenaires locaux ;
- Il est difficile de partir d'une théorie générale applicable sans distinction à toute situation particulière: le terrain n'est pas vierge, les expériences, même non organisées existent et doivent être prises en compte: une approche sur mesure, adaptée à la situation de chaque pays est souhaitable, mais elle implique une connaissance réelle de cette dernière ;
- Un document à caractère exhaustif présente essentiellement un intérêt pour une catégorie particulière d'utilisateurs: celle des décideurs, des *policy makers*.

¹⁹¹ PBF: *Performance Based Contracting* ; P4P: *Pay For Performance*.

¹⁹² *President's Emergency Initiative For AIDS Relief*.

RECOMMANDATIONS À MMI

Il est important pour MMI de reconsidérer le Guide de 2003 en fonction des éléments suivants:

- Cet instrument ne peut devenir fonctionnel que 1) s'il bénéficie d'une introduction et 2) Si cette introduction est répétée à intervalles réguliers: les changements fréquents d'organigramme (alternance ministérielle notamment) portent en eux le risque évident d'une déperdition d'information. Les contraintes de l'alternance et la distribution inégale des compétences rendent la transmission des connaissances improbable lors de changements de postes.
- Le Guide actuel ne peut faire l'objet d'une politique active et utile de diffusion qu'à la condition d'être substantiellement révisé. Une révision régulière doit par ailleurs être envisagée afin de conserver au document toute son actualité (nouveaux types de contrats et problématiques afférentes, remise à jour des cas d'étude, etc.).

La lourdeur et le coût probables d'une telle démarche ne nous paraissent pas justifiés par l'usage attendu. Il semble donc préférable d'opter pour une autre approche:

- Il est possible d'envisager le développement d'une version très largement allégée du Guide à destination des établissements de santé et de leurs propriétaires (dans le 2^{ème} cas en particulier on s'adresse à des non spécialistes). Il s'agirait ici de se focaliser sur les grands principes, les risques, les écueils à éviter.
- Organiser des ateliers de formation annuels et des 'remises à niveau' prenant clairement en compte les situations locales. Cette forme d'appui pourrait être développée en partenariat avec des organisations spécialisées (type CIDR¹⁹³) et en s'appuyant sur les structures locales (plate formes confessionnelles et leurs représentations décentralisées notamment/MSP et gouvernement local).
- L'utilité d'une telle démarche implique sans doute d'approcher les différents niveaux en fonction de leurs compétences et de leurs rôles spécifiques.

¹⁹³ Centre International de Développement et de Recherche, www.cidr.org.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

Méthodologie

- Pawson R & Tilley N (1997) Realistic evaluation. Sage Publications.
- Yin RK (2003) Case study research. Design and methods. 3rd edition. *Applied Social Research Methods Series 5*, Sage Publications.
- Ritchie J & Lewis J (2003) Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers. Sage Publications.
- Patton MQ (2002) Qualitative research & evaluation methods. 3rd edition. Sage Publications.
- Center for Global Development (2006) When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation. Report of the Evaluation Working Group. Washington DC: Center for Global Development.
- Castaño R, Bitran R & Giedion U (2004) Monitoring and Evaluating Hospital. Autonomization and its effects on Priority Health Services. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus project, Abt Associates Inc.
- Hutchinson PL & Lafond AK (2004) Monitoring and evaluation of decentralization reforms in developing country health sectors. Bethesda, MD: Partner for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Liu X, Hotchkiss D, Bose S, Bitran R & Giedion U (2004) Contracting for Primary Health services: Evidence on its effects and framework for evaluation. Bethesda, MD: Partners for health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

Contractualisation, général

- Perrot J (2004) The role of contracting in improving health systems performance, Discussion Paper N° 1, WHO, Geneva, EIP/FER/DP.E.04.1
- Perrot J & de Roodenbeke E (éds), La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée, *Karthala*, Paris, 2005.
- Liu X *et al.* (2006) The impact of contracting-out on health system performance: A conceptual framework. *Health policy* (doi: 10.1016/j.healthpol.2006.09.012).
- ECSA Health Community. Achieving health goals by paying for performance. A brief on Performance Based Financing (PBF). USAID, ECSA, Health Systems 2020.
- Hecht R, Batson A & Brenzel L (2004) Making health care accountable: Why performance-based funding of health services in developing countries is getting more attention. *Finance & Development*, 16-19.
- Perrot J & de Roodenbeke E. Les hôpitaux et la contractualisation (trouvé sur site "la politique hospitalière & le financement de l'hôpital en Afrique" WB, MAE Fr, GDLN, <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/233097/Reform%20Hospitaliere/start.htm>)
- McPake B & Ngalanda Banda EE (1994) Contracting out of health services in developing countries. *Health Policy and Planning* 9(1), 25-30.
- Perrot J (2007) Une politique de contractualisation: guide pour son élaboration et son suivi, OMS, HSF, HSS, Discussion paper 2, pp 64.
- World Health Organization (2003) The role of contractual arrangements in improving health systems' performance, WHA56.25, 28 May .
- Kumaranayake L (1998) Economic Aspects of Health Sector Regulation: Strategic Choices for Low and Middle Income Countries, Ed: Departmental Publication N° 29, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- Green A, Shaw J, Dimmock F & Conn C (2002). A shared mission? Changing relationships between government and church health services in Africa. *International Journal of Health Planning and Management* 17, 333-53.
- Carrin G, Perrot J & Sergent F (1997) The contractual approach: new partnerships for health in developing countries; technical document, World Health Organization (WHO), Division of Intensified Cooperation with Countries in Greatest Need (ICO), Geneva, pp: 63, Macroeconomics Health and Development Series 24; WHO/ICO/MESD-24.
- Palmer N, Strong L, Wali A & Sondorp E (2006) Contracting out health services in fragile states. *British Medical Journal* 332(7543), 718-721.
- Mills A, Hongoro C & Broomberg J (1997) Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? *Tropical Medicine and International Health* 2, 116-126.
- Van Balen H (1999) Un contrat pour la santé. Contracting NGOs for health. Report of the MMI technical meeting, during the 52nd World Health Assembly, Geneva, May 1999. Medicus Mundi International, Brussels, 7-10.
- Perrot J, Mathonnat J & Tangcharoensathien V (2006) Round table: Contracting and health services. *Bulletin of the World Health Organisation* 84(11), 910-13.
- Bennett S, Hanson K, Kadama P & Montagu D (2005) Working with the non-state sector to achieve public health goals, World Health Organisation (WHO), Geneva, pp: 18, Making Health Systems Work. Working Papers 2.
- Broomberg J, Masobe P & Mills A (1997) To purchase or to provide? The relative efficiency of contracting out versus direct public provision of hospital services in South Africa. In: Bennett S, McPake B & Mills A [ed.]. Private health providers in developing countries; serving the public interest? London and New Jersey, Zed Books, 214-36.
- Siddiqi S (2005) Regional Consultative Meeting on the Role of Contracting in Improving Health System Performance. Contracting out publicly financed health services, 18-20/04/2005, Cairo (ppt).
- Preker AS, Liu X & Velenyi EV (2007) Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services, (Dir), *World Bank Publications*, pp 436.
- Contracting and Health Services (2006). Special theme issue. *Bulletin of the World Health Organization* 84(11).
- Heinbuch SE (1996) Achieving effective service-contracting results: the process is the key to success. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 9(3), 32-41.
- Vining AR & Globerman S (1999) Contracting-out health care services: a conceptual framework. *Health Policy* 46(2), 77-96.
- Mills A, Hongoro C & Broomberg J (1997) Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? *Tropical Medicine and International Health* 2(2), 116-26.
- Bodart C & Schmidt-Ehry B (1999) The contractual approach as a tool for the implementation of national public health policy in Africa;GTZ,Eschborn.

Contractualisation, secteur public/secteur confessionnel

- Verhallen M & Criel B (2000) Experiences of Sub-Saharan African Countries with Contracting between Government and Private, Not for Profit, Health Care Providers; Contribution to the CAPUBPRIV Study steered by the School of public Health of the Free University of Brussels (ULB), Belgium, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.
- Gruénais ME (2004) Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne. *Autrepart* 29, 29-46.
- Palmer N (2000) The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries. *Bulletin of the WHO* 78(6).
- CERAO, CEB, AMCES, MMI, Conférence de Cotonou: Le Ministère de la Guérison à l'aube du 3ème millénaire: défis et opportunités, Bénin, 31-05 au 2-06-2005. *Recueil de textes préparatoires* (version provisoire), pp 39, 2005/CERAO, CEB, AMCES, MMI, Pastoral Health Care at the Dawn of the 3rd Millennium. Challenges and Opportunities, Cotonou, Benin, May 31 to June 2, 2005, *Proceedings and Results*, 2005, pp 40.
- Christian Health Association's Conference, Dar es Salaam/Bagamoyo 16th to 18th January 2007: Christian Health Associations at Crossroad towards Achieving Health Millennium Development Goals (MDGs).
- Schulpen TWJ (1976) Integration of church and government services in Tanzania; effects at district levels. *African Medical and Research Foundation*, Nairobi.
- Preker A & Harding AS (2003) Private participation in health services. World Bank, Washington.
- Mills A & Broomberg J (1998) Experiences of contracting: an overview of the literature. World Health Organization (WHO), Division of Intensified Cooperation with Countries and Peoples in Greatest Need (ICO), Geneva.
- Traore LF (2004) Problematic partnership between the public and the private health sectors at district level in Bamako - Mali., Prince Leopold Institute of Tropical Medicine Antwerpen.
- Lönnroth K, Uplekar M & Blanc L (2006) Hard gains through soft contracts: productive engagement of private providers in tuberculosis control. *Bulletin of the World Health Organisation* 84(11), 876-83.
- Bennett S, Hanson K, Kadama P & Montagu D (2005) Working with the non-state sector to achieve public health goals. World Health Organization, Geneva, pp. 18. Making Health Systems Work Working Papers 2.
- Peters DH, Mirchandani GG & Hansen PM (2004) Strategies for engaging the private sector in sexual and reproductive health: how effective are they? *Health Policy and Planning* 19(Suppl.1), i5-i21.
- Mills A, Bennett S & Russell S (2001) Government purchase of private services. The challenge of health sector reform; what must governments do? Palgrave, Basingstoke, 118-142, Palgrave, Basingstoke. The Role of Government in Adjusting Economies.
- Gilson L, Adusei J, Arhin D, Hongoro C, Mujinja P, Sagoe K, Bennett S, McPake B & Mills A (1997) Should African governments contract out clinical health services to church providers? Private health providers in developing countries; serving the public interest? Zed Books, London. pp 276-302.
- Giusti D (2000) Consequences of the new roles of government for the NGO providers from the perspective of a national coordinating body. *MMI Newsletters* 65, 5-14.
- Giusti D, Criel B & de Béthune X (1997) Viewpoint: Public versus private health care delivery: beyond the slogans. *Health Policy and Planning* 12(3), 193-8.
- England R (2004) Experiences of contracting with the private sector: a selective review, Roger England. London: DFID Health Systems Resource Centre.

- Bhushan I, Keller S & Schwartz B (2002) Achieving the twin objectives of efficiency and equity: contracting health services in Cambodia. Medium-term study on the effects of contracting NGOs and private suppliers to provide primary health care services in Cambodia. Asian Development Bank (ADB).
- WHO (2005) Working with the Private Sector to Achieve Public Health Goals at the Country Level. Draft, 31 March 2005.
http://www.hsnet.org/pubs/6MontreuxPrivatesectortemplate_31Mar2005.pdf
- The "Montreux Challenge": Making Health Systems Work. Glion sur Montreux, Switzerland, 4-6, April 2005.
- Green A, Shaw, J, Dimmock F & Cath Conn (2002) A shared mission? Changing relationships between government and church health services in Africa. *The International Journal of Health Planning and Management* 17 (4), 333-53.

Contractualisation, Afrique

- Palmer N & Mills A (2005) Contracts in the real world: Case studies from Southern Africa. *Social Science and Medicine* 60, 2505-14.
- Gilson L, Adusei J, Arhin D, Hongoro C, Mujinja P, Sagoe K, Bennett S, McPake B & Mills A (1997) Should African governments contract out clinical health services to church providers? Private health providers in developing countries; serving the public interest? Zed Books, London. pp 276-302.
- Bodart C & Schmidt Ehry B (1999) L'approche contractuelle comme outil de mise en oeuvre des politiques nationales de santé en Afrique; information de base et analyse préliminaire de l'expérience GTZ., Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Eschborn.
- Sossou Y, Kousse mou AK & Fanou J (2003) Etude sur l'approche contractuelle dans la gestion du système de santé de zone sanitaire; résumé du rapport. *Medicus Mundi International Newsletter* 70, 4-9.

Contractualisation, GHI

- http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/civilsociety/05_AnEvolvingPartnership_fr.pdf
- USAID (2006) Insight for implementers. Improving Health System Performance through Monitoring and Evaluation, pp 12, PHRplus.

PPP

- Public-private partnerships for public health Results of a workshop examining questions of PPPs in international public health. Authors: M.R. Reich. Publisher: Harvard Center for Population and Development Studies, 2002.

Systèmes de santé, Afrique, Général

- André J, Burke J, Vuylsteke J, Van Balen H, Janssens PG & Kivits M (1997) Evolution of health services [ed.]. Health in Central Africa since 1885; past, present and future. King Baudouin Foundation, Brussels 1, 89-158.
- Amonoo Lartson R, Ebrahim GJ, Lovel HJ & Ranken GJ (1984) District health care; challenges for planning, organisation and evaluation in developing countries, Macmillan, London.
- Bennett S & Ngalande Banda E (1997) Public and private roles in health; a review and analysis of experience in sub-Saharan Africa, World Health Organization (WHO), Division of Analysis, Research and Assessment (ARA), Geneva.
- Mills A, Palmer N, Gilson L, McIntyre D, Schneider H, Sinanovic E, & Wadee H (2004) The performance of different models of primary care provision in Southern Africa. *Social Science and Medicine* 59, 931-43.

- Hamel J & Janssen PW (1988) On an average: the rural hospital in sub-Saharan Africa. *Tropical Doctor* 18, 139-42.
- English M, Lanata CF, Ngugi I & Smith PC (2006) The District Hospital. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition), ed. 1.211-1.228. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-65.

Secteur sanitaire confessionnel

- Banda M, Ombaka E, Logez S & Everard M (2006) Multi-country study of medicine supply and distribution activities of faith-based organizations in sub-Saharan African countries. World Health Organization (WHO), Geneva; Ecumenical Pharmaceutical Network, Nairobi.
- Mills A, Brugha R, Hanson K & McPake B (2002) What can be done about the private health sector in low-income countries? *Bulletin of the World Health Organisation* 80, 325-30.
- Hanson K & Berman P (1998) Private Health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. *Health Policy and Planning* 13(3), 195-211.
- Institute for Health Sector Development (2004) Private sector participation in health, Report to KfW, Frankfurt am Main.
http://www.kfwentwicklungsbank.de/DE_Home/Fachthemen/Kooperatio17/Privatsekt98/PSP_im_Bereich_Gesundheit.pdf
- Bennet S, McPake B & Mills A (1997) Private health providers in developing countries. London and New Jersey. Zed Books.

Medicus Mundi International (MMI)

- MMI (2003) 40 years of fighting global poverty by promoting health. On the occasion of the MMI-presentation in Berlin at the Deutsche Parlamentarische Gesellschaft.
- Soeters R (2007) Relationship MMI and Performance Based Financing, Le Cénacle, Genève. (ppt).
- Verhallen M (2000) Report 'Updating health care co-operation', MMI Partner Consultation East Africa, Dar Es Salaam, Tanzania, 11-1999.
- MMI (1999) Contracting NGOs for Health, Report of the MMI Technical Meeting during the 52nd World Health Assembly, Geneva.
- Cornillot Pr, Ngoma A, Galland Dr *et al.* (1999) The contractual approach. Guidelines for contract procedures for a healthcare structure within a health district in partnership with a Ministry of Health and an NGO, 1, Methodological guidelines, MMI, pp 86.
- Cornillot Pr, Ngoma A, Galland Dr *et al.* (1990) The contractual approach. Guidelines for contract procedures for a healthcare structure within a health district in partnership with a Ministry of Health and an NGO, 2, Contracting Issues + Appendices, MMI, pp 90.
- MMI (2004) Anglophone Africa Consultation of Bishops, responsible for Church Health Institutions. Kampala.
- MMI (2007) Health Session of the Tanzania Bishops Conference: "The Role of the Church in providing Social Services for the promotion of Justice, Peace and Reconciliation with special attention to Health.
- MMI (2007) Results of the Conference "Christian Health Associations at Crossroad towards Achieving Health Millennium Development Goals" in Dar es Salaam/Bagamoyo.

CORDAID

- Cordaid Procurement agency, Guide d'application et de vérification de l'approche contractuelle, 2004.

PEPFAR

Thomsen S S (2007) Responding to PEPFAR - How NGOs navigate aid conditionalities

BIBLIOGRAPHIE SPECIFIQUE

Cameroun

- Aurenche C (1987). Sous l'arbre sacré. Prêtre et médecin au Nord Cameroun, Cerf, Paris.
- Aurenche C (1996). Tokombéré au pays des grands prêtres. L'atelier, Paris.
- Inrombe J (1999) L'Eglise et la politique sanitaire au Cameroun: état des lieux, Séminaire des Evêques du Cameroun, Yagoua, 5-12 janvier.
- Medicus Mundi Suisse (2008) La stratégie sectorielle de santé du Cameroun et son application sur le terrain. Quand l'état invite à collaborer. *Bulletin MMS* 107.
- Le Vigouroux A *et al.* (2000) Les structures confessionnelles dans la réorganisation d'un système de santé: le cas du Cameroun. *Afrique contemporaine*, numéro spécial, 3^e trimestre, pp.204-09.
- Fontaine M (2000) Santé et culture en Afrique noire: une expérience dans le grand Nord-Cameroun, Harmattan, Paris.
- Okalla R & Le Vigouroux A (2006) Cameroun: de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire, *Le bulletin de l'APAD* 21, Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun,
- Gruénais ME (Ed.) (2001) Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun. *Bulletin de l'APAD* 21, 146p.
- Gruénais ME (2004) Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne. *Autrepart* 29, 29-46.
- Gruénais ME (2005) La séparation de l'Eglise et de l'Etat et la réforme du système de santé au Cameroun, in Chiffolleau S. (Ed.), *Politique de santé sous influence internationale, Afrique, Moyen Orient*, Paris, Maisonneuve & Larose, 2005: 169-182.
- Gruénais ME, Okalla R & Gauvrit E, Neutralising the local level: Health system decentralisation in Cameroon, in Blundo G.& Le Meur PY (Eds.), *The governance of daily life in Africa. Public and collective services and their users*, Leiden, E.J. Brill.
- Messina JP & Van Salgeren J (2005) Histoire du christianisme au Cameroun des origines à nos jours, Collection: Mémoires d'Eglise, Karthala-Clé, 456 p.
- Ngufor G F (1995) La problématique d'un hôpital missionnaire chargé du rôle d'hôpital de district dans la Province du Sud Cameroun. Mémoire de Master de SP, IMT, Anvers
- Guéhenneux E (2005) 'To contract or not to contract'. Le cas de l'hôpital Catholique de Djamboutou, Diocèse de Garoua, Province du Nord Cameroun. Mémoire de Master de SP, IMT, Anvers.
- Jean-François Médard, «Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun», *Le bulletin de l'APAD*, n° 21, Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun, [En ligne], mis en ligne le: 27 mars 2006. URL: <http://apad.revues.org/document35.html>. Consulté le 4 novembre 2008.

Tanzanie

- Frieder L (1999) *Church and State in Tanzania: Aspects of Changing in Relationships, 1961-1994*, Brill.
- SchulpentWJ (1976) *Integration of church and government services in Tanzania; effects at district levels*, African Medical and Research Foundation (AMREF), Nairobi.
- Nkonyani HAM (1998) *Is contracting out health services a tool of integration of district health systems: the case of Church Designated District Hospitals in Tanzania*, MPH thesis, ITM, Antwerp.

- Flessa S (1998) The costs of hospital services: a case study of Evangelical Lutheran Church hospitals in Tanzania. *Health Policy and Planning* 13(4), 397-407.
- Ahamed AM, Urassa DP, Gherardi E & Game NY (1996) Patients' perception of public, voluntary and private dispensaries in rural areas of Tanzania. *East African Medical Journal*. 73, 370-74.
- Heggenhougen HK (1984) Will primary health care efforts be allowed to succeed? *Social Science and Medicine* 19(3), 217-24.
- Is contracting out health services a tool of integration of district health system? The case of church designated district hospitals in Tanzania, Henock AMN, Prince Leopold Institute of Tropical Medicine Antwerpen, 1998.
- Haule SC (1992) From competitive health units to partnership; rationalization of Ndanda church hospital care in Masasi district, Tanzania. ITM, Antwerpen.
- Kue Young T (1986) Socialist Development and Primary Health Care: The Case of Tanzania. *Human Organization Issue* 45(2), 128-134.
- Manongi RN, Marchant TC & Bygbjerg C (2006) Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health* 4, 6.
- Makundi, a.o., Assessing Trends in the overall Performance of the Health Sector in Tanzania, 2005.
- Sengerema DD (2007) Hospital, Annual Report 2005.
- Makundi, a.o., Assessing Trends in the overall Performance of the Health Sector in Tanzania, 2005.
- Magiri J (2003) Church and government partnership in health care (services), Tanzania experience. Sustainability of Christian health institutions. Nairobi, Kenya: Faith Institute of Counseling; p. 89-92.

Tchad

- Vridaou T (2005) Les déterminants de la mortalité infanto juvénile au Tchad. Mémoire IFORD, Yaoundé.
- Neri M (2001) L'approche contractuelle comme méthode de développement du district sanitaire: l'expérience de Goz Beida (Tchad). IMT, Anvers.
- Moundé D (2007) Contractualisation et performance du système de santé au Tchad - Lyon 3, EDD.
- [Chad \(2006\)](#) Country Report. Edition. [Freedom House](#), Inc.
- Chapelle J (2005) Le peuple Tchadien: ses racines, sa vie quotidienne et ses combats. L'Harmattan.

Ouganda

- Ssengooba F & Alii (2007) Tracking HIV/AIDS Funding in Uganda. Draft Report, Makerere University School of Public Health.
- Verhallen M (2003) The contractual approach: ways forward for Uganda. Review of memoranda of understanding and service level agreements between Public health authorities and private not for profit facilities, UCMB.
- Fenenga C, de Jager A (2007) Cordaid-IICD Health Programme Uganda; Health Management Information Systems as a tool for organizational development, IICD.
- UCMB, UPMB, UMMB, Facts and figures of the PNFs: knowing and understanding the facility-based PNF health sub-sector in Uganda. August 2007.
- http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/289UCMB-UPMB-UMMB_Profile.doc
- Giusti DG (1995) L'hôpital confessionnel: obstacle ou atout à l'intégration dans le système de santé de district? Le cas de l'hôpital de Matany en Ouganda, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold Antwerpen.

- Meessen B, Van Damme W, Kirunga Tashobya C & Tibouti A (2006) Poverty and user fees for public health care in low-income countries; lessons from Uganda and Cambodia [viewpoint]. *Lancet* 368(9554), 2253-57.
- Barr A & Fafchamps M (2006) A client-community assessment of the NGO sector in Uganda. *The Journal of Development Studies, Taylor and Francis Journals* 42(4), 611-39.
- Mutyaba S (2001) Religious Medical Bureaux in Uganda. *Uganda Health Bulletin* 7(3).
- Religion and Politics in East Africa: The Period since Independence, and: Development and the Church of Uganda: Mission, Myths, and Metaphors, and: African Christianity: Its Public Role (review) *Mediterranean Quarterly* 13(1), 117-22.
- Hansen & Holger B (1984) Mission, Church and State in a Colonial Setting: Uganda 1890-1925. London: Heinemann/New York: St. Martin's Press.
- Jeppsson A (2004) Decentralization And National Health Policy Implementation in Uganda - a Problematic Process. Department of Community Medicine, Malmö University Hospital, Lund University, Sweden.
- Following the Funding for HIV/AIDS
- Oomman N, Bernstein M & Rosenzweig S (2007) A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia. *HIV AIDS Monitor - Centre for Global Development*.
- Adupa RL & Mugerwa CG (2005) Review of the Performance and Contribution of Development Assistance and Major Funding Mechanisms of the National AIDS Response. Kampala, Uganda AIDS Commission, Republic of Uganda.
- Magumba, G, Kironde S *et al.* (2006) UPHOLD CSO-CSO Partnerships: What Makes Them Work? August 2006. Kampala, Uganda UPHOLD, USAID.
- Magumba, G, Kironde S *et al.* (2006) UPHOLD CSO Follow-Up Capacity Report, June 2006. Kampala, Uganda UPHOLD, USAID.
- Adupa RL (2006) Review of development assistance and major funding mechanisms of the National AIDS response. Ppt presentation - www.aidsuganda.org/aids/FUNDING%20MECHANISM%20%20JANUARY%2031%20PRESENTATION.ppt
- Ploem R (2006) AIDS controversies in Uganda further analyzed. Report of the mission to Uganda from 5 until 16 December 2005. KIT, Share-Net, Wemos.
- Omaswa F (2004) GHIs and partnerships. Harmonization for the achievement of health related MDGs. Experience from Uganda. Ppt presentation.