

**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

Introduction et résumé


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	4
Remerciements des auteurs	8
Résumé de l'étude.....	9

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.

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 Mbaitoloum, 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 Moissala 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 méthodologie 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 négativement 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 Moissala 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 paradés 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 subsaharienne.** 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 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 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.

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.

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 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 Mwakysya 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

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

³ www.afyamtandao.org

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 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 primaires 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 bénéficiaires 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 opérationnels 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 bénéficiaires 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.