


**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

Etude de cas: Cameroun


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

Index des figures et tableaux.....	3
Liste des acronymes	4
Remerciements des auteurs	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
INTRODUCTION AU RAPPORT PAYS	8
ETUDE DE CAS: CAMEROUN	9
Contexte général.....	10
Place de l’Eglise dans l’offre de soins.....	10
Contexte partenarial et contractuel au niveau central	10
Caractéristiques du cas sélectionné	11
Résultats des interviews et de l’analyse documentaire.....	13
Niveau central.....	13
Niveaux intermédiaire et périphérique.....	15
Conclusion	20
ANALYSE DES RÉSULTATS.....	22
Synthèse des résultats	23
Eléments croisés.....	23
Résultats spécifiques : Cameroun.....	24
Analyse transversale des 5 études de cas.....	28
Recommandations pour les 5 études de cas.....	32
Recommandations spécifiques : Cameroun.....	33
Conclusion générale: messages-clé.....	35
BIBLIOGRAPHIE.....	37

Index des figures et tableaux

Figure 1. Le processus contractuel au Cameroun	12
Tableau 2. Grille synoptique des résultats	24
Tableau 3. Analyse SWOT des cas d'étude	27

Liste des acronymes

ACERAC	Association des Conférences Episcopales de la Région de l'Afrique Centrale
AFD	Agence Française de Développement
C2D	Contrat de Désendettement et de Développement
CE	Conseil Exécutif
CENC	Conférence Episcopale Nationale du Cameroun
CEPCA	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CS	Centre de Santé
CVS	Comité Villageois de Santé
DCOOP	Direction de la Coopération
DOSS	Direction des Organisations du Secteur Social
DP(S)	Délégué Provincial (de la Santé)
DS	District Sanitaire
FALC	Fondation Ad Lucem au Cameroun
HD	Hôpital de district
HTok	Hôpital de Tokombéré
MC	Médecin Chef
MCD	Médecin Chef de District
MCH	Médecin chef de l'hôpital
MSP	Ministère de la Santé Publique
OCASC	Organisation Catholique de la Santé au Cameroun
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P4P	<i>Pay For Performance</i> / Paiement à la performance
PASS	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
PBF	<i>Performance Based Financing</i> / Financement à la performance
PBL	Privé à but lucratif
PBNL	Privé à but non lucratif
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan For AIDS Relief</i>
PNS	Politique Nationale de Santé
PPP	Partenariat Public Privé
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
SSS	Stratégie Sectorielle de la Santé
SSP	Soins de Santé Primaire
SWAP	<i>Sector Wide Approach</i> /Approche sectorielle

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



Introduction générale

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)¹. 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?

¹ 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 rapport complet est constituée par 5 cas d'étude, conduits dans 4 pays différents: le Cameroun, la Tanzanie, le Tchad et l'Ouganda. Ce travail expose 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 sont 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 est consacrée à l'analyse des résultats de l'étude: nous en avons d'abord effectué 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 aux 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.

Introduction au rapport pays

Le présent recueil est un extrait construit à partir du rapport complet et destiné à vous conférer un accès rapide et aisé aux données spécifiques d'un pays. Il présente les résultats complets de l'étude de cas, leur résumé et une analyse SWOT sous forme de tableaux. La section d'analyse transversale (traitant des résultats des 5 études de cas) a été maintenue mais les recommandations allégées des données spécifiques aux autres pays.

Nous vous invitons par conséquent à vous reporter au rapport complet pour accéder (1) au résumé de l'étude, (2) aux détails relatifs à la méthodologie de recherche et d'étude des cas, ainsi (3) qu'aux recommandations et à la bibliographie applicables aux autres pays de l'étude.

Cette version intégrale est accessible en téléchargement libre sur le site Internet de MMI (www.medicusmundi.org/contracting) ou peut être commandée auprès du Secrétariat Général de MMI à Bâle². Le site MMI permet par ailleurs d'accéder à un fichier indépendant, comprenant l'avant-propos de MMI ainsi que le résumé de l'étude. Les annexes au rapport sont également disponibles par ce canal.

² See contacts on page 2 of the present document

Etude de cas: Cameroun



Hôpital de district de Tokombéré

Contexte général

PLACE DE L'ÉGLISE 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'importance³: l'Organisation Catholique de la Santé au Cameroun (OCASC), le Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun (CEPCA) et la Fondation Ad Lucem (FALC)⁴. 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 CENTRAL⁵

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 ancienne⁶.

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 territoire⁷, 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 mal⁸, sans que ce recul n'affecte pourtant substantiellement les structures confessionnelles⁹.

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'Église, 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 concernés¹⁰, 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

³ 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.

⁴ Organisation d'inspiration chrétienne, mais non dénominate.

⁵ Cf. Figure 1.

⁶ 2002 par exemple dans le cas de Tokombéré qui est l'hôpital qui a été retenu au Cameroun dans cette étude.

⁷ Le développement des structures publiques est d'abord fondamentalement urbain.

⁸ Faibles montants et irrégularité, notamment à partir de la crise économique des années 80.

⁹ Appui des Eglises mères et contributions des patients.

¹⁰ 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 SSP¹¹, 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 expatrié¹², doté d'un fort leadership, explique en outre l'importance des appuis extérieurs¹³ dont bénéficie la structure. L'ensemble de ces facteurs participent à une forte implication du staff.

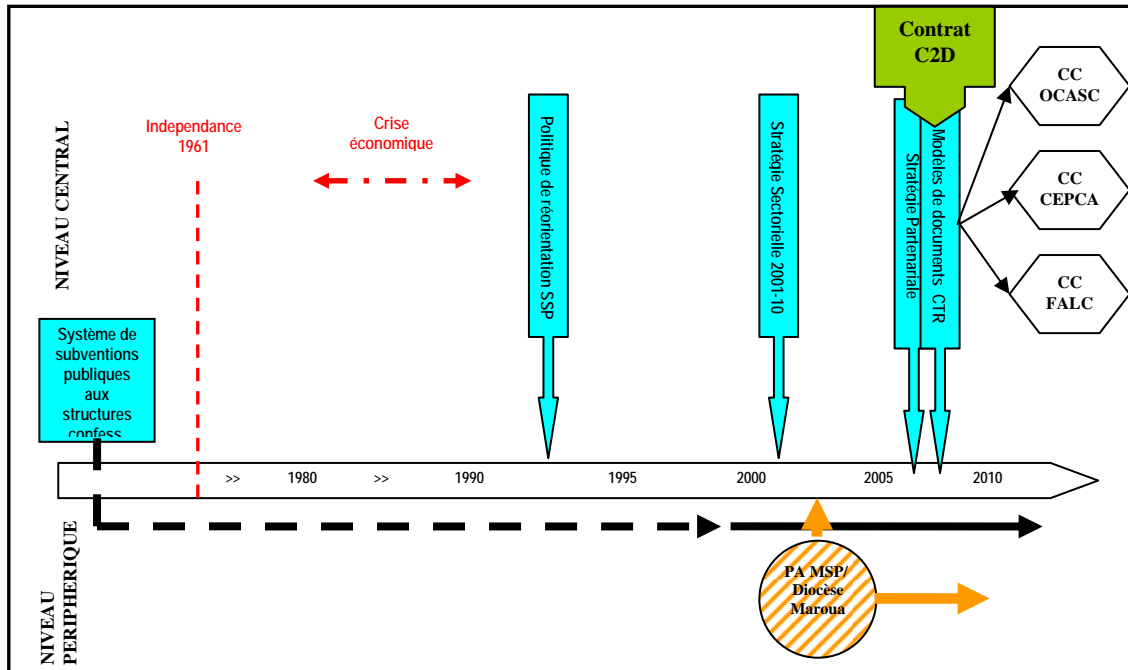
HTok jouit en conséquence d'une excellente réputation que révèle l'adhésion de la population locale (impliquée dans le projet SSP au travers des Comités Villageois de la Santé) et une population cible dépassant largement le cadre de la province (Tchad, Nigeria). Cette réputation doit également beaucoup 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.

¹¹ Projet de Promotion Humaine de Tokombéré.

¹² Le Père Christian Aurenche.

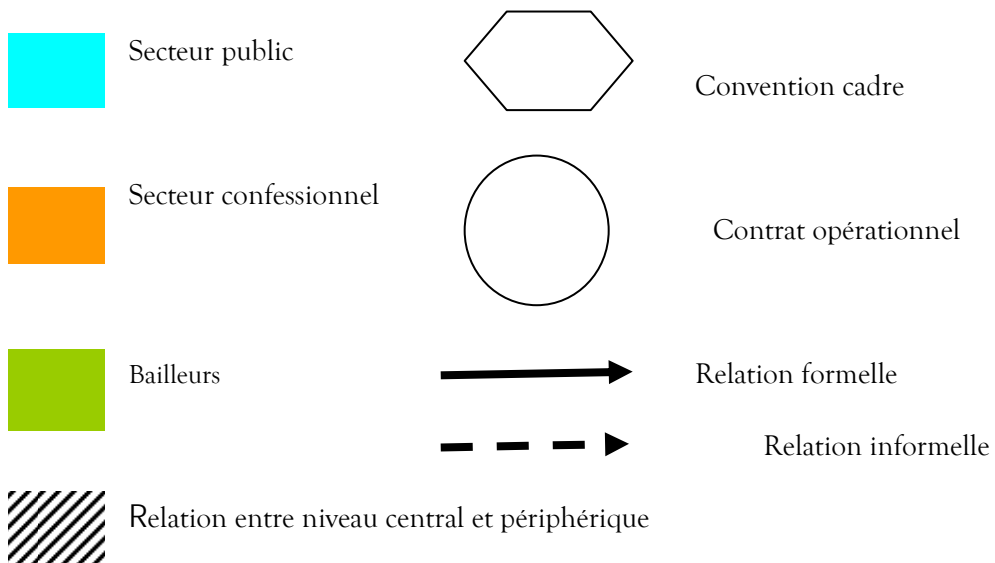
¹³ La Fondation Christian Aurenche et la Paroisse de St Germain-des-Prés à Paris appuient l'hôpital en financement, équipement, personnel expatrié, médicaments, etc.

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, CEPCA 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 entres structures sanitaires et MSP depuis 2002 et dont certaines¹⁴ 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, CEPCA, 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

¹⁴ 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 promis¹⁵) 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 décentralisation¹⁶ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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 réalité¹⁷ ;
- 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.

¹⁷ 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 publiques¹⁸ 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 HTok¹⁹ 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 bailleurs²⁰ 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.

¹⁸ Décision du MCD, voir plus haut.

¹⁹ 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.

²⁰ 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 relation²¹.

La perception de la relation est tributaire de l'atteinte 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 secondaire²². 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'Etat²³.

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 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 d'Etat: les procédures sont complexes (notamment en matière de recouvrement des appuis financiers) et mal connues de l'hôpital.

²¹ Dans la pratique, les mêmes difficultés sont reformulées d'année en année, sans trouver de solutions concrètes.

²² Les acteurs du public tendent à penser au contraire que ces avantages constitueraient la première motivation des confessionnels.

²³ 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 légitimité²⁴ qui favorise le dialogue avec d'éventuels bailleurs ;
- L'allocation de ressources financières²⁵, 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.

²⁴ 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.

²⁵ 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 professionnelle - 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.

Analyse des résultats

Synthèse des résultats

ELÉMENTS CROISÉS

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.

RÉSULTATS SPÉCIFIQUES : CAMEROUN

Tableau 1. Grille synoptique des résultats

CONTEXTE GENERAL (national)	
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Les confessionnels 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.
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 confessionnels ont été pleinement intégrés à son développement. Il n'est cependant pas encore opérationnel à l'heure actuelle.
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 confessionnels, 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 croissants. Il s'agit bien sûr également de faire reconnaître la contribution essentielle du secteur confessionnel au secteur sanitaire camerounais.
Cadre national de la relation	<ul style="list-style-type: none"> - 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).
Outils	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Perception	<ul style="list-style-type: none"> - 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). - 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.

CONTEXTE PARTICULIER (Hôpital de Tokombéré (HTok))	
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.
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.
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.
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.
Outils	<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.
Perception	<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.)

PORTEE	
Effets, qualité	<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.
Niveau de connaissance et d'information	<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>
Avenir de la relation contractuelle	<p>- 'La théorie est bonne mais la pratique est à améliorer'.</p>

Tableau 2. Analyse SWOT des cas d'étude

<p>FORCES <i>(Strengths)</i></p>	<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.
<p>FAIBLESSES <i>(Weaknesses)</i></p>	<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. - 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.
<p>OPPORTUNITES <i>(Opportunities)</i></p>	<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.
<p>MENACES <i>(Threats)</i></p>	<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.

Analyse transversale des 5 études de cas

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 efforts²⁶ 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.

²⁶ 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 prévus²⁷ 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 expériences²⁸, 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

²⁷ Comités de pilotage notamment, lorsque ceux-ci existent.

²⁸ 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 pour les 5 études de cas

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 confessionnel²⁹ 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 anciennes³⁰. 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 lucratif³¹ 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 public³². Une collaboration avec les institutions académiques locales³³ 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-Med³⁴ 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 locales³⁵. 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.

²⁹ Et plus largement, privé à but non lucratif.

³⁰ Tanzanie, années 70.

³¹ Aux différents niveaux de l'échelle hiérarchique.

³² Décideurs publics et privés, acteurs opérationnels, structures de coordination nationale et appuis extérieurs, chercheurs.

³³ 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.

³⁴ Cf. www.essentialdrugs.org (p.18).

³⁵ 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.

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 : 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 C2D³⁶, 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.

³⁶ FINORG, Définition des modalités opérationnelles de contractualisation des relations entre les acteurs du secteur de la santé au Cameroun. Rapport Final Phase IV, 2004.

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, 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.

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.

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, Kousseimou 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.

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/Privatekt98/PSP_im_Bereich_Gesundheit.pdf
- Bennet S, McPake B & Mills A (1997) Private health providers in developing countries. London and New Jersey. Zed Books.

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.