


**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: Tanzanie**

  
**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](mailto:office@medicusmundi.org) · [www.medicusmundi.org](http://www.medicusmundi.org)

*Sharing knowhow and joining forces towards Health for All*

## Table des matières

Table des matières .....	3
Liste des acronymes .....	4
Remerciements des auteurs .....	5
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION AU RAPPORT PAYS .....</b>	<b>8</b>
<b>ETUDE DE CAS: TANZANIE.....</b>	<b>9</b>
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 .....	12
Résultat des interviews et de l'analyse documentaire .....	18
Niveau central.....	18
Niveaux intermédiaire et périphérique.....	20
Conclusion .....	24
<b>ANALYSE DES RÉSULTATS.....</b>	<b>24</b>
Synthèse des résultats.....	25
Eléments croisés.....	25
Résultats spécifiques : Tanzanie.....	26
Analyse transversale des 5 études de cas .....	30
Recommandations pour les 5 études de cas .....	34
Recommandations spécifiques : Tanzanie .....	35
Conclusion générale: messages-clé.....	37
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>39</b>

## *Index des figures et tableaux*

Figure 2. Répartition des hôpitaux par type de propriétaire - .....	10
Figure 3. Organisation du système sanitaire Tanzanien.....	11
Figure 4. Le processus contractuel en Tanzanie .....	16
Tableau 1. Distribution des hôpitaux et CS par région et par propriétaire (2004-05)...	14
Tableau 2. Grille synoptique des résultats .....	26
Tableau 3. Analyse SWOT des cas d'étude .....	29

## Liste des acronymes

BAKWATA	<i>National Muslim Council of Tanzania/Conseil National Musulman de Tanzanie</i>
BOG	<i>Board of Governors/Conseil d'Établissement</i>
CCHP	<i>Comprehensive Council Health Plan/Plan Sanitaire de District</i>
CDH	<i>Council Designated Hospital/Hôpital Dit de Comté</i>
CHMT	<i>Council Health Management Team/Equipe Cadre de Santé de Comté</i>
CIDR	<i>Centre International de Développement et de Recherche</i>
CS	<i>Centre de Santé</i>
CSSC	<i>Christian Social Services Committee/Comité Chrétien des Services Sociaux</i>
CSSC/Z	<i>Christian Social Services Committee/Zonal Coordination Office/Bureau de coordination de zone</i>
DDH	<i>District Designated Hospital/Hôpital Dit de District</i>
DED	<i>District Executive Director/Directeur Exécutif de District</i>
DMO	<i>District Medical officer/Médecin Chef de District</i>
ELCT	<i>Evangelical Lutheran Church of Tanzania/Eglise Evangélique Luthérienne de Tanzanie</i>
HD	<i>Hôpital de district</i>
HSSP	<i>Health Sector Strategic Plan/Plan Stratégique du Secteur Sanitaire</i>
LGO	<i>Local Government/Gouvernement local</i>
MC	<i>Médecin Chef</i>
MCD	<i>Médecin Chef de District</i>
MCH	<i>Médecin chef de l'hôpital</i>
MSD	<i>Medical Stores Department/Centrale d'achats pharmaceutiques</i>
MSP	<i>Ministère de la Santé Publique</i>
NDDH	<i>Nyakahanga District Designated Hospital/Hôpital dit de district de Nyakahanga</i>
NHP	<i>National Health Policy/Politique Nationale de Santé</i>
NSSF	<i>National Social Security Fund/Fond National de Sécurité Sociale</i>
OMS	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
P4P/ PFP	<i>Pay For Performanc/Paiement à la performance</i>
PBF	<i>Performance Based Financing/Financement à la performance</i>
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief/ Plan Présidentiel d'Urgence d'Aide à la lutte contre le SIDA</i>
PMORALG	<i>Prime Minister's Office for Regional Administration and Local Government/Bureau de la Primature pour l'Administration Régionale et le Gouvernement Local</i>
PBL	<i>Privé à but lucratif</i>
PBNL	<i>Privé à but non lucratif</i>
PPP	<i>Partenariat Public Privé</i>
RMO	<i>Regional medical officer/Médecin Chef de Région</i>
SWAP	<i>Sector Wide Approach/Approche sectorielle</i>
TCMA	<i>Tanzania Christian Medical Association/Association Médicale Chrétienne de Tanzanie</i>
TEC	<i>Tanzania Episcopal Conference/Conférence Episcopale de Tanzanie</i>
TGPSH	<i>Tanzania Germany Program to Support Health/Programme Germano-Tanzanien d'Appui au secteur de la Santé</i>
VA	<i>Voluntary Agency/Litt: 'Agence Volontaire' (structure sanitaire confessionnelle)</i>

## Remerciements des auteurs

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

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

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

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

Pour la mise en page:

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

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

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

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

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

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

## Contact

Adresse: IMT  
Nationalestraat 155  
B-2000 Anvers, Belgique

Email: Delphine Boulenger, [contractingstudy@gmail.com](mailto:contractingstudy@gmail.com)  
Dr Basile Keugoung, [keugoung@gmail.com](mailto:keugoung@gmail.com)  
Pr. Bart Criel, [bcriel@itg.be](mailto: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)<sup>1</sup>. 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?

---

<sup>1</sup> [www.medicusmundi.org](http://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](http://www.medicusmundi.org/contracting)) ou peut être commandée auprès du Secrétariat Général de MMI à Bâle<sup>2</sup>. 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.

---

<sup>2</sup> See contacts on page 2 of the present document

# Etude de cas: Tanzanie

Hôpital de Nyakahanga

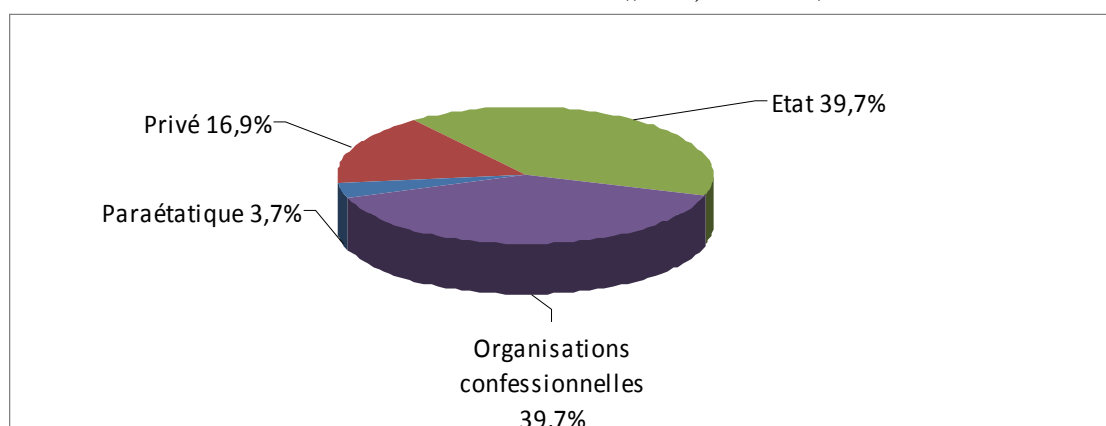


## Contexte général

### PLACE DE L'EGLISE DANS L'OFFRE DE SOINS

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

Figure 1. Répartition des hôpitaux par type de propriétaire -  
Tanzanie continentale 2004-05 ((MoH, ASA 2006)



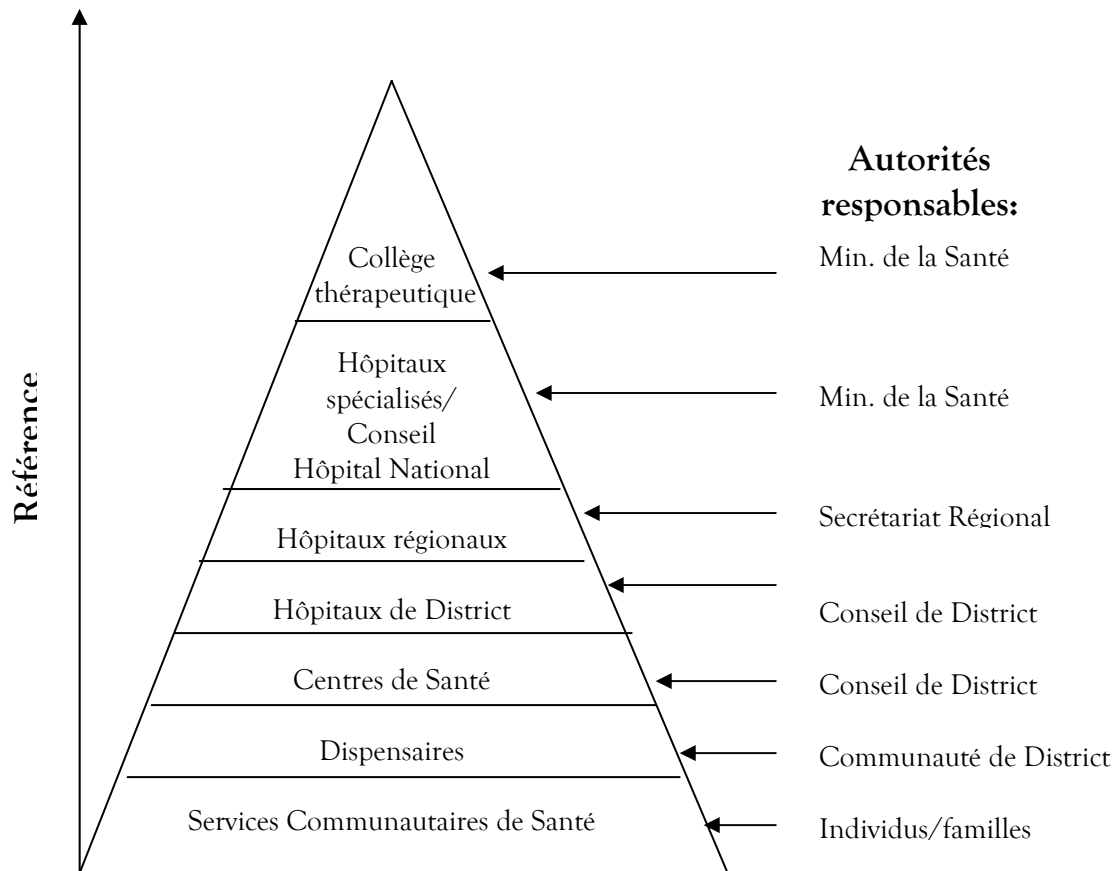
### CONTEXTE PARTENARIAL ET CONTRACTUEL AU NIVEAU CENTRAL<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> Cf figure 4.

Figure 2. Organisation du système sanitaire Tanzanien.  
(Source :MOSW, Tanzanie. [www.moh.go.tz](http://www.moh.go.tz))



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

Les Eglises<sup>4</sup> négocient en 1992 un agrément (*Memorandum of Understanding*, MoU) avec le nouveau Gouvernement Tanzanien. Ce document reconnaît officiellement le rôle joué par les Eglises dans le domaine de la santé, institue le principe d'un appui financier supplémentaire par le partage des sources de financement extérieures et garantit les organisations contre de futures entreprises de nationalisation<sup>5</sup>. Le MoU valide également la création de la nouvelle plateforme sociale chrétienne sous le nom de *Catholic Social Services Commission* (CSSC). A la même époque, le concept de partenariat public privé fait son entrée officielle dans le secteur de la santé: la première Politique Nationale de Santé (PNS, 1990) institue le principe d'une coopération avec le secteur privé, renforcé au travers de la PNS de 2003 et de la stratégie du sectorielle (2003-2008) et de la création progressive d'organes de spécifiques (forum partenarial national, groupe technique PPP et cellule partenariale au niveau du MSP).

<sup>4</sup> Protestants du *Christian Council of Tanzania*, CCT et Catholiques de la *Tanzania Episcopal Conference*, TEC).

<sup>5</sup> De nombreuses nationalisations de structures privées confessionnelles ont eu lieu entre 1967 et 1970: structures éducatives essentiellement, mais également quelques hôpitaux, dont le *Kilimanjaro Christian Health Center* (KCHC).

Ces dernières années ont finalement vu le développement de nouveaux modèles de contrats, en partenariat avec les partenaires privés<sup>6</sup>:

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

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

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

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

Toute structure sanitaire privée à but non lucratif dûment enregistrée auprès du Ministère de la Santé Publique<sup>7</sup> est en principe inscrite sur la carte sanitaire nationale. Au sein de ce groupe, les hôpitaux peuvent en outre prétendre à un appui direct de l'Etat.

On distingue en la matière trois cas de figure:

- Les VAs dont relève a priori tout hôpital confessionnel assermenté. Ces VAs ne sont potentiellement concernées par la contractualisation que depuis 2007 et la création des contrats opérationnels (SA), définissant une série de critères de fonctionnement assortis de bénéfices étatiques tributaires de l'atteinte des objectifs fixés (indicateurs de performance). En l'absence de SA, les VAs ne peuvent prétendre qu'à un appui étatique limité, au travers d'une part du Basket Fund géré par le gouvernement local ;
- Les DDH, c'est-à-dire des VAs officiellement désignées (contrat) par le Ministère de la Santé Publique comme structures de référence de District. Les DDH bénéficient à la fois 1) d'un Block Grant du Ministère de la Santé et 2) d'une part du Basket Fund local ;
- Le réseau confessionnel comporte également deux hôpitaux de référence nationale<sup>8</sup>.

#### CARACTÉRISTIQUES DU CAS SÉLECTIONNÉ

L'étude de cas Tanzanienne est essentiellement construite sur l'exemple de Nyakahanga District Designated Hospital (NDDH). NDDH est un Hôpital du réseau évangélique Luthérien (*Evangelical Lutheran Church of Tanzania*, ELCT) situé au Nord Ouest de la Tanzanie (lac Victoria) dans la Région de Kagera, District de Karagwe, à proximité de la petite ville de Kajanga. La région de la Kagera est un cas à part en Tanzanie puisque les structures sanitaires confessionnelles y sont majoritaires: 10 des 13 hôpitaux (2005) appartiennent à l'Eglise, chiffre qui recouvre par ailleurs la totalité des centres de référence de district<sup>9</sup>. Seule la région de Kilimandjaro présente une répartition comparable, quoique la 'domination' de l'Eglise y soit moins affirmée.

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

<sup>6</sup> CSSC pour le secteur confessionnel.

<sup>7</sup> *Registry of Private Hospitals*, MSP.

<sup>8</sup> KCMC pour le Nord du pays et *Bugando Medical Centre* (BMC) pour l'Ouest. Ces deux structures sont des émanations de l'Eglise catholique.

<sup>9</sup> Voir tableau ci-dessous (Distribution des hôpitaux et CS par région et par propriété): on notera la répartition des hôpitaux entre Gouvernement et VAs sur les régions de Kagera et Kilimanjaro.

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

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

Deux autres DDHs - Sengerema et Tosamaganga - ont par ailleurs été pris en considération, dans le souci de tester la représentativité du cas de NDDH et d'élargir le cadre de l'étude. Il nous semble important d'en présenter également les caractéristiques principales, bien que les contrats de ces hôpitaux n'aient été abordés qu'au travers d'une interview unique<sup>10</sup>.

L'hôpital Catholique de Sengerema est situé dans le district du même nom et la Région de Mwanza, dans la zone du Lac Victoria. Il est la propriété du Diocèse de Geita. Cet hôpital a été fondé en 1959 par deux congrégations Néerlandaises<sup>11</sup>. Il est élevé au rang d'hôpital de district (DDH) en 1976, lors de la création même du district de Sengerema. C'est probablement de cette même année que date le contrat de l'hôpital, quoi qu'il ne nous ait pas été possible d'en obtenir la copie (l'original se trouve au Diocèse, l'hôpital n'en dispose pas). La base sur laquelle s'est fondée l'agrément est celle des excellentes relations que l'hôpital semble toujours avoir entretenu avec l'autorité publique, tant au niveau central que local.

Le rôle des congrégations reste important dans l'hôpital, avec un Médecin-Chef membre de la Congrégation de femmes fondatrice de l'hôpital. Le médecin-chef étant une expatriée, l'hôpital bénéficie encore à l'heure actuelle de contacts étroits avec des organisations et des particuliers en Europe et bénéficie ainsi de multiples sources d'appui<sup>12</sup>. L'hôpital dispose officiellement de 244 lits, ce nombre ayant en réalité été porté à 281 avec l'ouverture d'une nouvelle maternité en 2007.

---

<sup>10</sup> Avec leurs Médecins-Chefs respectifs.

<sup>11</sup> 1) *Brothers of Mercy of St. Joannes de Deo* et 2) *Sisters of Charity of St. Charles Borromeo*.

<sup>12</sup> Parmi les plus importantes: Cordaid (Pays-Bas), Danida (Danemark), Fondation Blankendaal, AMREF et plus récemment CRS dans le cadre du programme *AIDS Relief* (PEPFAR).

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

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

Légende:

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

L'hôpital Catholique de Tosamaganga<sup>13</sup> se situe dans le district d'Iringa et la région du même nom. Il s'agit d'une structure de 164 lits, gérée par deux congrégations missionnaires féminines sous l'autorité du Diocèse d'Iringa. Cette structure a fonctionné jusqu'à une date très récente comme simple *voluntary agency*. L'absence d'hôpital dans le district a néanmoins conduit l'Etat à accorder à l'hôpital Catholique le statut de *Council Designated Hospital*<sup>14</sup> (CDH) en juillet 2007, sur la base du nouveau modèle de contrat développé en 2005. Ce contrat a été signé avec le gouvernement local ce qui en rend la comparaison avec la situation à l'œuvre à Nyakahanga d'autant plus intéressante.

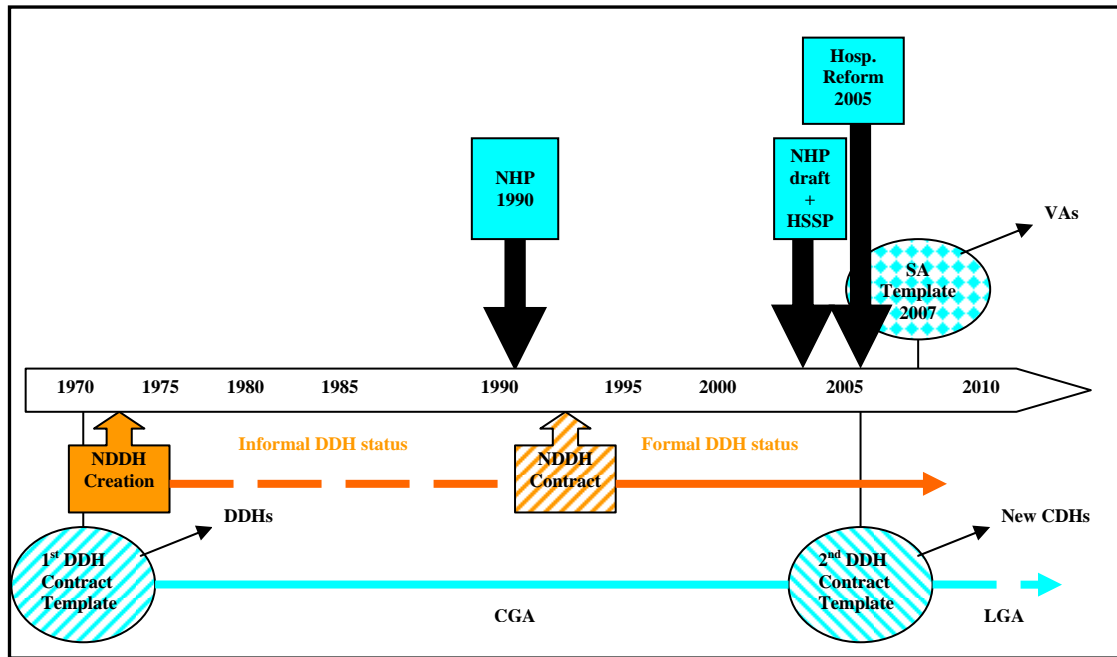
Les exemples de Tosamaganga et Sengerema montrent en l'occurrence que le contexte peut exercer une influence importante sur la destinée des relations contractuelles. A Sengerema, la qualité des relations établies au niveau du district permet de lever une partie des difficultés que rencontre NDDH. Aussi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

<sup>13</sup> La date de fondation nous est inconnue, mais Tosamaganga est un ancien poste de mission dont la création est bien antérieure à l'Indépendance.

<sup>14</sup> Nouvelle dénomination remplaçant celle de *District Designated Hospital* dans le cadre du modèle de contrat révisé (2005).

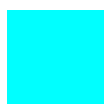
relation: l'accès au statut de DDH constitue un mieux très appréciable pour cette structure qui, auparavant simple *voluntary agency*, ne bénéficiait que d'un appui extrêmement limité de l'Etat. Plus de recul serait nécessaire pour pouvoir effectivement juger de la qualité de la relation contractuelle.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

Figure 3. Le processus contractuel en Tanzanie



LEGENDE

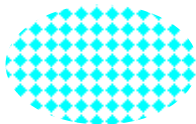
- CDH Council Designated Hospital
- CGA Central Government Authority
- DDH District Designated Hospital
- HSS Health Sector Strategy
- LGA Local Government Authority
- NDDH Nyakahanga District Designated Hospital
- NHP National Health Policy
- SA Service Agreement
- VA Voluntary Agency



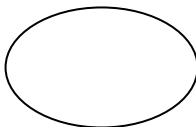
Documents ou intervention MSP



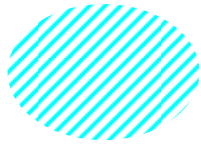
Document niveau hôpital



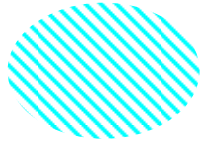
Relation contractuelle entre  
Gouvernement local et structure confessionnelle



Modèles de contrats



Relation contractuelle entre Ministère de la Santé et DDH



Relation contractuelle entre gouvernement local et DDH



Relation en cours



Relation formelle



Relation informelle

## Résultat des interviews et de l'analyse documentaire

### NIVEAU CENTRAL

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

#### *Le Modèle de contrat DDH (1972?)*

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

#### *Le modèle de contrat CDH (2005)*

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

Certaines améliorations significatives sont apportées:

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

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

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

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

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

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

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

Le cadre réglementaire Tanzanien s'est progressivement renforcé au cours de ces dernières années: en témoignent la mise en place des nouveaux modèles de contrat CDH et la mise en place des SA. Ces modèles de contrat sont les principaux instruments de la relation et nous avons vu quelles limites devaient leur être imputées. Il n'existe cependant aucun document cadre spécifique, ni en matière de politique partenariale, ni en matière de politique contractuelle: les principes du partenariat sont distillés dans les documents de politique nationale et la stratégie sectorielle ; aucune convention-cadre ne gouverne la relation entre Etat et professionnels: l'ensemble des efforts déployés au niveau central s'est concentré sur le développement de modèles de contrat opérationnels (DDH, CDH et SA). Les outils de la dynamique partenariale résident donc dans les forums réunissant partenaires publics et professionnels: principalement le *Joint Annual Health Sector Review* (JAHSR) et le groupe technique PPP. C'est dans ce cadre que se matérialise la participation du secteur professionnel à l'élaboration de la politique de santé, que sont partagées les informations et que sont développés certains documents-clé<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Le document '*Strengthening PPP in Tanzania*' (2007) en est un des exemples récents: il a été publié sous l'égide commune du MSP, de CSSC, de TGPSH et de l'APHFTA (*Association For Private Health Facilities in Tanzania*) au sein du Groupe Technique PPP.

La part de l'Eglise dans les prises de décisions au niveau central est active, principalement au travers du travail de communication et de plaidoyer mené par CSSC auprès des autorités de l'Etat. Cette action a notamment permis la prise en compte de la problématique des VAs<sup>16</sup> au travers de la création du modèle de contrat de service (SA). De manière générale, CSSC est invité à participer à toute réunion importante relative au secteur sanitaire. Inversement, la participation de l'Etat aux réunions annuelles de la *Tanzania Christian Medical Association* (TCMA) constitue pour les VAs, DDHs et CDHs une occasion de porter l'attention du MSP sur leurs difficultés.

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

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

Au total, les difficultés exprimées concernent essentiellement les réponses apportées à la situation prévalant au niveau périphérique et plus particulière aux difficultés financières et opérationnelles grandissantes dans le cadre desquelles doivent opérer les structures confessionnelles: problèmes rencontrés dans la prise en charge du personnel<sup>17</sup> et mouvements de 'fuite' du personnel confessionnel vers les structures publiques<sup>18</sup> notamment.

#### NIVEAUX INTERMÉDIAIRE ET PÉRIPHÉRIQUE

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

Le document contractuel de Nyakahanga, qui date de 1992<sup>19</sup>, n'a jamais fait l'objet d'une révision. Il pose trois types de problèmes, dont i) le premier consiste en des défauts de forme et de contenu. Le document présente en effet de nombreuses redondances et se caractérise de façon générale par l'absence d'organisation logique (succession d'articles). En termes de contenu, le modèle se caractérise par de nombreuses lacunes:

- Les concepts utilisés dans le corps du document ne sont pas définis ;
- Il n'est pas fait de référence précise au cadre politique applicable ;
- La question de la résolution des conflits n'est pas abordée, la loi applicable n'est pas mentionnée ;
- Les responsabilités (personnes, mécanismes) sont mal définies ;

---

<sup>16</sup> Ces structures, qui dépendent entièrement de leurs fonds propres et d'appuis externes pour leur fonctionnement connaissent des difficultés de trésorerie grandissantes.

<sup>17</sup> Les augmentations de salaire votées au niveau central tendent par exemple à être répercutées tardivement au personnel confessionnel employé dans les DDH. La charge salariale repose entièrement sur les structures dans le cas des VAs, sauf pour celles - encore très rares - ayant pu signer un contrat de service (SA) avec l'Etat.

<sup>18</sup> Motivés notamment par le grand décalage existant en matière d'assurance retraite (*terminal benefits*) entre les deux secteurs.

<sup>19</sup> Voir Tome II, annexe 5.

- Il n'est pas prévu de système de suivi-évaluation (instruments et mécanismes); les obligations de rapportage et d'information ne sont pas mentionnées ;
- La durée du contrat est indéterminée et ses conditions de révision insuffisamment précisées ;
- Le coût des services et la question de leur prise en charge (mécanismes, formules, etc.) sont insuffisamment détaillées ;
- La question des ressources humaines (prise en charge) n'est que superficiellement abordée.

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

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

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

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

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

- Le BOG ne se réunit qu'une fois par an, faute de moyens<sup>20</sup> ce qui limite considérablement sa capacité de suivi<sup>21</sup> ;

---

<sup>20</sup> La prise en charge des participants repose intégralement sur le budget de l'hôpital.

<sup>21</sup> Le dernier *Council Comprehensive Health Plan* (CCHP) prévoit néanmoins de consacrer à l'avenir une part du *Basket Fund* au financement de ces réunions.

- La représentation du niveau central est systématiquement déléguée au niveau intermédiaire. Le contrat étant soumis à l'autorité directe du MSP avec lequel il a été signé, il s'avère très difficile de résoudre les difficultés relevant de sa décision. Les niveaux intermédiaire (RMO) et périphérique refusent en effet de se substituer au MSP et jouent imparfaitement leur rôle de courroie de transmission vers le niveau central<sup>22</sup> ;
- Les problèmes relevant directement des niveaux local et intermédiaire (questions n'impliquant pas d'autres ressources financières que celles gérées par le niveau district dans le cadre du *Basket Fund*) semblent quant à elles être traités sans encombre.

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

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

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

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

Les confessionnels déplorent par ailleurs l'absence de feed-back donné par les différents niveaux de l'autorité publique - notamment centrale - aux rapports fournis. Le problème se pose plus particulièrement à propos du budget prévisionnel fourni annuellement par l'hôpital. Il est renforcé en ce que le montant des allocations finalement attribuées n'est pas communiqué. Celles-ci étant en pratique largement inférieures aux besoins exprimés et versées de manière très irrégulière, l'hôpital se voit dans l'impossibilité d'appliquer le budget initialement prévu. La situation de tension financière qui en résulte est renforcée par le grand nombre d'exemptions<sup>23</sup> prévues par la législation sanitaire et pour lesquelles n'existe aucun système de compensation financière<sup>24</sup>. Ces exemptions concernent à NDDH près de 75% des patients pris en charge.

<sup>22</sup> La communication entre niveau intermédiaire et central s'effectue en outre indirectement, par le canal du PMORALG (*Prime Minister's Office for Regional Administration and Local Government*).

<sup>23</sup> VIH-Sida, Tuberculose, paludisme, maladies chroniques, etc. Les patients traités pour ces affections doivent être pris en charge gratuitement.

<sup>24</sup> Seuls les médicaments sont théoriquement pris en charge.

Les approvisionnements en médicaments dont NDDH devrait bénéficier de la part du MSP. sont de leur côté limités par les fréquentes ruptures de stock de la Pharmacie Centrale (MSD<sup>25</sup>). En pratique NDDH se voit donc contraint d'effectuer des achats locaux extrêmement coûteux qui absorbent les ressources fournies dans le cadre du *Basket Fund* et engagent une part non négligeable des fonds propres de l'hôpital. Ces médicaments doivent être vendus aux patients, tandis que les produits pharmaceutiques de MSD leurs sont dispensés à titre gratuit. La situation bute sur l'incompréhension des bénéficiaires et contribue à entacher la réputation de la structure.

Ces divers éléments ne sont pas sans conséquences:

- L'hôpital connaît une situation de tension financière grandissante (déficit en 2007 et 2008) ;
- Les ressources financières disponibles sont mobilisées pour assurer la prise en charge au détriment d'une politique régulière d'investissements. Cette contrainte pèse à terme sur la qualité des soins dispensés (manque d'espace, de lits, matériel vieillissant, etc.) ;
- Les différences de condition d'emploi entre secteur public et secteur confessionnel amènent un nombre croissant. Les problèmes de ressources humaines tendent à s'aggraver depuis 2006-2007 avec un accroissement des démissions de personnels, recherchant notamment de meilleures conditions auprès du secteur public (politique de retraites, possibilités de formation et d'avancement). Le manque de ressources financières de l'hôpital ne permet pas à sa direction d'assurer au personnel de perspectives d'avenir (avancement notamment) suffisamment attractives pour pouvoir le maintenir avec certitude, au risque de voir la tendance engagée se renforcer à court terme ;
- L'équipe cadre, consciente des limites du contrat actuel n'est pas en position d'y remédier faute d'être correctement informée<sup>26</sup> ;
- Le dysfonctionnement du BOG et les difficultés éprouvées à lever les problèmes identifiés contribuent à saper la base de confiance de l'autorité religieuse propriétaire dans l'avenir de la relation contractuelle. Presque en désespoir de cause, l'évêque envisage ainsi de brandir la menace d'une fermeture de l'hôpital, dans une dernière tentative d'obtenir gain de cause de la part de l'autorité publique. Il est à noter que près de 16 dispensaires confessionnels ont - pour des raisons similaires - récemment fermé leurs portes dans la région de Kagera sans (aux dires de l'autorité confessionnelle) susciter de réaction de l'autorité publique. La manœuvre n'est donc pas dénuée de risques.

---

<sup>25</sup> *Medical Stores Department.*

<sup>26</sup> L'existence du nouveau modèle de contrat était par exemple inconnu jusqu'à la visite de l'équipe de recherche (sic !).

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

La dynamique partenariale reste encore majoritairement cantonnée au niveau central :

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

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

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

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

*Conclusion*

## 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 : TANZANIE

Tableau 2. Grille synoptique des résultats

CONTEXTE GENERAL (national)	
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le secteur sanitaire est marqué par une forte présence confessionnelle, notamment en milieu rural.</li> <li>- Il connaît une situation de grave tension financière au niveau périphérique.</li> </ul>
Processus contractuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un processus ancien dont les prémices datent des débuts de l'ère postcoloniale.</li> <li>- La collaboration s'est d'abord faite sur un mode informel, puis s'est statutarisée sur la base de contrats opérationnels signés entre structures de soin et niveau central (MSP).</li> </ul>
Objectifs/ Motivations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La naissance des DDH est contemporaine de la reprise en main du territoire par l'Etat. Elle marque une volonté d'intégration des structures sanitaires de l'Eglise par souci de rationalisation et d'amélioration de la couverture sanitaire. Elle signe également la reconnaissance par l'Etat du rôle social de l'Eglise.</li> <li>- Chez les confessionnels le but est celui de la reconnaissance mais surtout celui de l'accès à des moyens qui lui font de plus en plus défaut.</li> </ul>
Cadre national de la relation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'existe pas de document de politique partenariale ou contractuelle. La relation contractuelle est basée sur une série de modèles opérationnels (contrats <i>District Designated Hospitals</i>, <i>Council Designated Hospitals</i>, <i>Service Agreements</i>) et l'existence d'un forum dynamique au niveau central.</li> <li>- Différentes strates de documents et de relations contractuelles continuent de coexister.</li> </ul>
Outils	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe de nombreux outils et occasions de rencontre au niveau central. Le processus de partenariat y est dynamique et évolutif, ayant notamment abouti à la création de nouveaux types de contrat prenant en compte les difficultés spécifiques de certaines structures de l'Eglise (<i>Voluntary Agencies</i>), jusque là non bénéficiaires de l'aide de l'Etat.</li> <li>- Cette dynamique reste néanmoins encore très centralisée et aurait besoin d'être transmise aux niveaux intermédiaires et périphériques de la pyramide sanitaire. Faute de moyens notamment humains, les structures décentralisées de la plateforme sanitaire ne parviennent encore insuffisamment à remplir ce rôle.</li> </ul>
Perception	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La perception des acteurs confessionnels et publics au niveau central est bonne et reflète en cela le climat actuel de dialogue, de collaboration. La prise de conscience des problèmes posés au niveau périphérique par l'imperfection des outils en vigueur est insuffisante ; le traitement de ces problèmes doit tout au moins s'effectuer par ordre de priorité, sur la base de moyens humains limités.</li> </ul>
CONTEXTE PARTICULIER (Nyakahanga Hospital (NH))	
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'hôpital de Nyakahanga est situé dans une zone très enclavée, marquée par la présence dominante des confessionnels et l'absence de structures publiques de référence. C'est tout naturellement qu'il s'est vu proposer le statut de DDH dès 1972.</li> <li>- Il opère dans le contexte de la décentralisation du système sanitaire mais n'est de fait pas correctement intégré au district dans la mesure où son contrat le rattache directement au niveau central.</li> </ul>

<b>Processus contractuel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus est ancien mais s'est d'abord construit de manière informelle en raison probable de la résistance des autorités confessionnelles à une prise de contrôle qu'on craignait totale.</li> <li>- La formalisation ne s'est opérée qu'au bout de 10 ans, sur la base de l'expérience positive engrangée: il s'est agit de la part de l'Eglise d'une simple ratification du modèle standard de contrat.</li> </ul>
<b>Objectifs/ Motivations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le contrat DDH vise à l'établissement de la structure comme hôpital de district: sa signature par les autorités confessionnelles est motivée par des objectifs de survie et la nécessité de garantir les acquis obtenus.</li> </ul>
<b>Cadre de la relation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le contrat de Nyakahanga l'établit comme hôpital de district (DDH). Il appartient à la première génération de contrats DDH, signés avec le niveau central.</li> <li>- Le document présente de nombreuses faiblesses de fond et de forme.</li> <li>- Il demanderait à être révisé et adapté au modèle plus récent de contrat DDH (2005) pour s'intégrer dans le cadre de la décentralisation du système sanitaire.</li> </ul>
<b>Outils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <i>Board of Governors</i> est désigné par le contrat comme le principal outil de la relation contractuelle. Il souffre néanmoins de réunions erratiques (faute de moyens) et d'une non représentation (directe) du pouvoir central.</li> <li>- Les niveaux district et intermédiaires n'assurent pas de rôle décisionnel dans la relation, faute d'être les signataires du contrat. Ils n'assurent également qu'insuffisamment leur rôle de courroie de transmission.</li> <li>- Une méconnaissance de la situation de terrain amène par ailleurs le niveau central à se défausser sur le niveau district au nom de la décentralisation.</li> </ul>
<b>Perception</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le secteur public de district semble se désintéresser en partie de la relation contractuelle, dans laquelle il n'est pas engagé: elle est considérée comme positive mais fait globalement l'objet d'un faible investissement des autorités notamment administratives.</li> <li>- De leur côté, les confessionnels se montrent très négatifs au regard des nombreuses difficultés rencontrées et du manque de réactivité des autorités publiques tant au niveau central que périphérique: problèmes d'information (notamment financière), insuffisance et irrégularité des allocations budgétaires, des dotations en médicaments. Au-delà certaines actions sont considérées comme répondant à un agenda politique et jouant directement en défaveur de l'hôpital (ponctions de personnel notamment). Il existe donc un réel climat de méfiance du secteur confessionnel périphérique vis-à-vis du secteur public et de ses intentions.</li> </ul>
<b>PORTEE</b>	
<b>Effets, qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le contrat a, à l'origine, clairement contribué à améliorer la collaboration entre secteur confessionnel et public. Cette situation de départ semble en grande partie avoir reposé sur les bonnes relations et la bonne volonté unissant alors les principaux acteurs des deux parties.</li> <li>- Au jour d'aujourd'hui, le suivi ne s'effectue plus vraiment et le sentiment prévaut que le DDH continue d'exercer ses responsabilités dans le cadre de difficultés croissantes: faute de réactivité des pouvoirs publics, la qualité des prestations offertes souffre de plus en plus du manque de ressources humaines et financières.</li> <li>- L'incomplétude du document contractuel, son indéfinition jouent ici un rôle important en privant l'hôpital de recours efficaces.</li> <li>- De nombreux problèmes soulevés par les confessionnels sont néanmoins plus structurels que directement liés au contrat: ils découlent notamment des différences importantes dans les conditions d'exercice professionnel entre les deux secteurs.</li> </ul>
<b>Niveau de connaissance et d'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs n'ont bénéficié d'aucune formation préalable et sont très éloignés de la dynamique partenariale à l'œuvre au niveau central. L'hôpital étudié ne dispose que d'une connaissance très parcellaire du cadre partenarial national et maîtrise insuffisamment le contrat lui-même, ses mécanismes et ses implications.</li> <li>- Le district ne joue pas à ce titre le rôle de relais.</li> </ul>

<b>Avenir de la relation contractuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les acteurs confessionnels sont convaincus de l'importance que revêt la poursuite de la relation contractuelle avec l'Etat, mais à la condition d'être considérablement améliorée. De fait, le manque de moyens humains et financiers de l'Eglise ne permet pas d'envisager de rupture des contrats existants sauf à devoir fermer les structures.</li><li>- Cette amélioration passe par une harmonisation des contrats existants et à venir et leur adaptation en particulier à la décentralisation du système sanitaire.</li></ul>
--	---

Tableau 3. Analyse SWOT des cas d'étude

<p><b>FORCES</b> (<i>Strengths</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe une forte dynamique partenariale au niveau central, animée pour l'Eglise par une plateforme interconfessionnelle dynamique.</li> <li>- L'expérience contractuelle entre secteur public et confessionnel en Tanzanie est très ancienne et a été systématisée à l'échelle nationale.</li> </ul>
<p><b>FAIBLESSES</b> (<i>Weaknesses</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faiblesse de la cellule partenariale du MSP.</li> <li>- Insuffisante décentralisation des forums partenariaux.</li> <li>- Les expériences contractuelles au niveau district ne s'appuient sur aucun cadre cohérent (ni politique partenariale, ni politique contractuelle).</li> <li>- Plusieurs types et générations de contrats coexistent (DDH, CDH, SA).</li> <li>- Insuffisant niveau de connaissance sur les procédures contractuelles et les mécanismes spécifiques de la relation contractuelle.</li> </ul>
<p><b>OPPORTUNITES</b> (<i>Opportunities</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement des contrats de service (SA), porteurs d'un meilleur niveau de définition et mettant en place des indicateurs de performance: ces contrats pourraient s'ils s'avèrent fonctionner inspirer la révision nécessaire des contrats DDH.</li> <li>- Prise de conscience des manquements de la relation au niveau de l'équipe cadre de l'hôpital et des autorités ecclésiastiques, portée par des personnalités dynamiques.</li> <li>- La volonté du niveau central de décentraliser la dynamique partenariale.</li> </ul>
<p><b>MENACES</b> (<i>Threats</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les autorités publiques locales tendent à développer ici et là des structures hospitalières concurrentes à des DDH existants. De manière générale l'Etat tend à prêcher la politique du '1 centre de santé (public) par village', qui alimente ce type de tendances et risque de limiter d'autant les moyens alloués au secteur confessionnel.</li> <li>- Face aux difficultés rencontrées, les Eglises de la Kagera ont déjà commencé à fermer des centres de santé et envisagent de brandir la menace d'une fermeture des DDH pour obtenir une écoute.</li> </ul>

## *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 efforts<sup>27</sup> 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.

---

<sup>27</sup> 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 prévus<sup>28</sup> 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 expériences<sup>29</sup>, 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

---

<sup>28</sup> Comités de pilotage notamment, lorsque ceux-ci existent.

<sup>29</sup> 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 confessionnel<sup>30</sup> de la santé passe par la **mise en place d'une mémoire collective institutionnelle effectuant la synthèse et garantissant une conservation centralisée de l'historique, des cadres règlementaires, des documents contractuels et des savoir-faire propres à chaque pays**. Une telle démarche doit être envisagée à court terme afin d'enrayer la disparition de documents et de témoignages essentiels à la compréhension et à l'analyse des expériences les plus anciennes<sup>31</sup>. 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 lucratif<sup>32</sup> 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 public<sup>33</sup>. Une collaboration avec les institutions académiques locales<sup>34</sup> 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-Med<sup>35</sup> 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 locales<sup>36</sup>. 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.

---

<sup>30</sup> Et plus largement, privé à but non lucratif.

<sup>31</sup> Tanzanie, années 70.

<sup>32</sup> Aux différents niveaux de l'échelle hiérarchique.

<sup>33</sup> Décideurs publics et privés, acteurs opérationnels, structures de coordination nationale et appuis extérieurs, chercheurs.

<sup>34</sup> 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.

<sup>35</sup> Cf. [www.essentialdrugs.org](http://www.essentialdrugs.org) (p.18).

<sup>36</sup> 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 : Tanzanie*

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

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

Le gouvernement a commencé à mettre en œuvre son plan d'amélioration des services de santé au travers du programme de santé primaire (MMAM<sup>37</sup>) dont l'objectif est d'amener les services de santé au plus près des gens: ' Nous avons l'intention d'atteindre la population rurale dans la mesure où environ 80% des résidents y vivent et sont en manque de services de santé ; Nous espérons faire en sorte que d'ici à 2017, chaque village ait accès aux services de santé' (Déclaration du Ministre de la Santé, Pr. David Mwakyusa lors de son discours inaugural à la 71<sup>ème</sup> assemblée de TCMA). L'accent ainsi mis sur le développement de structures publiques de santé au niveau inférieur de l'échelle administrative sanitaire pourrait à terme peser négativement sur la part de budget réservé aux structures confessionnelles. Tel est du moins la crainte de nombreux acteurs du terrain dans ce secteur.

La capacité de CSSC à intervenir efficacement comme lobbyiste dans la question partenariale est ici essentielle. Son renforcement implique que l'organisation puisse améliorer son niveau d'appréciation des expériences en cours et se saisir de données concrètes pour

---

<sup>37</sup> *Mpango wa Maendeleo ya Afya ya Msingi* (MMAM).

appuyer son plaidoyer au niveau central. Ceci passe sans aucun doute par **l'analyse systématique des expériences en cours et l'accélération du processus de décentralisation de CSSC au travers des coordinations de zone**: la capacité de ces dernières reste freinée en raison de l'ampleur du territoire à couvrir et de la limite des moyens disponibles en ressources humaines (les coordinateurs ne sont employés qu'à temps partiel, situation qui devrait être corrigée prochainement par l'adjonction d'un secrétaire permanent).

En ce sens, la **décentralisation des forums partenariaux**, projetée par CSSC au travers des délégations de zone pourrait contribuer à une meilleure appréciation de la réalité du terrain et contribuer à diffuser au niveau périphérique le climat de coopération réel existant au niveau central. De tels forums constituent également un instrument potentiel d'amélioration du niveau de connaissance des acteurs: il est frappant de constater par exemple que CSSC est un acronyme inconnu des autorités administratives locales sur le district de Karagwe ! La création du site *Afya Mtandao*<sup>38</sup>, à condition d'être activement exploitée par les acteurs de terrain, pourrait intervenir à terme comme instrument de collecte de données relatives aux expériences contractuelles. Elle constitue à tout le moins un effort intéressant de stimulation des échanges entre acteurs du terrain.

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

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

---

<sup>38</sup> *Afya Mtandao* signifie littéralement 'réseau santé'. [www.afyamtandao.org](http://www.afyamtandao.org).

## 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. 3<sup>rd</sup> 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. 3<sup>rd</sup> 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](http://www.hsnet.org/pubs/6MontreuxPrivatesectortemplate_31Mar2005.pdf)
- The "Montreux Challenge": Making Health Systems Work. Glion sur Montreux, Switzerland, 4-6, April 2005.
- Green A, Shaw, J, Dimmock F & Cath Conn (2002) A shared mission? Changing relationships between government and church health services in Africa. *The International Journal of Health Planning and Management* 17 (4), 333-53.

#### **Contractualisation, Afrique**

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

#### **PPP**

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

#### **Systèmes de santé, Afrique, Général**

- André J, Burke J, Vuylsteke J, Van Balen H, Janssens PG & Kivits M (1997) Evolution of health services [ed.]. Health in Central Africa since 1885; past, present and future. King Baudouin Foundation, Brussels 1, 89-158.
- Amonoo Lartson R, Ebrahim GJ, Lovel HJ & Ranken GJ (1984) District health care; challenges for planning, organisation and evaluation in developing countries, Macmillan, London.
- Bennett S & Ngalande Banda E (1997) Public and private roles in health; a review and analysis of experience in sub-Saharan Africa, World Health Organization (WHO), Division of Analysis, Research and Assessment (ARA), Geneva.
- Mills A, Palmer N, Gilson L, McIntyre D, Schneider H, Sinanovic E, & Wadee H (2004) The performance of different models of primary care provision in Southern Africa. *Social Science and Medicine* 59, 931-43.
- Hamel J & Janssen PW (1988) On an average: the rural hospital in sub-Saharan Africa. *Tropical Doctor* 18, 139-42.
- English M, Lanata CF, Ngugi I & Smith PC (2006) The District Hospital. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition), ed. 1.211-1.228. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-65.

### Secteur sanitaire confessionnel

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

### BIBLIOGRAPHIE SPECIFIQUE

#### Tanzanie

- Frieder L (1999) Church and State in Tanzania: Aspects of Changing in Relationships, 1961-1994, Brill.
- Schulpen TWJ (1976) Integration of church and government services in Tanzania; effects at district levels, African Medical and Research Foundation (AMREF), Nairobi.
- Nkonyani HAM (1998) Is contracting out health services a tool of integration of district health systems: the case of Church Designated District Hospitals in Tanzania, MPH thesis, ITM, Antwerp.
- Flessa S (1998) The costs of hospital services: a case study of Evangelical Lutheran Church hospitals in Tanzania. *Health Policy and Planning* **13**(4), 397-407.
- Ahamed AM, Urassa DP, Gherardi E & Game NY (1996) Patients' perception of public, voluntary and private dispensaries in rural areas of Tanzania. *East African Medical Journal*. **73**, 370-74.
- Heggenhougen HK (1984) Will primary health care efforts be allowed to succeed? *Social Science and Medicine* **19**(3), 217-24.
- Is contracting out health services a tool of integration of district health system? The case of church designated district hospitals in Tanzania, Henock AMN, Prince Leopold Institute of Tropical Medicine Antwerpen, 1998.
- Haule SC (1992) From competitive health units to partnership; rationalization of Ndanda church hospital care in Masasi district, Tanzania. ITM, Antwerpen.
- Kue Young T (1986) Socialist Development and Primary Health Care: The Case of Tanzania. *Human Organization Issue* **45**(2), 128-134.
- Manongi RN, Marchant TC & Bygbjerg C (2006) Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health* **4**, 6.
- Makundi, a.o., Assessing Trends in the overall Performance of the Health Sector in Tanzania, 2005.
- Sengerema DD (2007) Hospital, Annual Report 2005.
- Makundi, a.o., Assessing Trends in the overall Performance of the Health Sector in Tanzania, 2005.

- Magiri J (2003) Church and government partnership in health care (services), Tanzania experience. Sustainability of Christian health institutions. Nairobi, Kenya: Faith Institute of Counseling; p. 89-92.