


**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: Tchad


medicusmundi
international network





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

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

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

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

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

office@medicusmundi.org · www.medicusmundi.org

Sharing knowhow and joining forces towards Health for All

Table des matières

Index des tableaux et figures	3
Liste des acronymes	4
Remerciements des auteurs	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	6
INTRODUCTION AU RAPPORT PAYS.....	8
ETUDE DE CAS: TCHAD.....	9
Contexte général	10
Place de l'Eglise dans l'offre de soins	10
Contexte partenarial et contractuel au niveau central	10
Caractéristiques du cas sélectionné.....	11
Résultats des interviews et de l'analyse documentaire	13
Niveau central	13
Niveaux intermédiaire et périphérique	16
Conclusion	22
ANALYSE DES RÉSULTATS.....	23
Synthèse des résultats	24
Elements croises.....	24
Resultats spécifiques : Tchad.....	25
Analyse transversale des 5 études de cas	28
Recommandations pour les 5 études de cas.....	32
Recommandations spécifiques : Tchad.....	33
Conclusion générale: messages-clé	34
BIBLIOGRAPHIE	36

Index des figures et tableaux

Figure 1. Le processus contractuel au Tchad	12
Tableau 1. Grille synoptique des résultats	25
Tableau 2. Analyse SWOT des cas d'étude	27

Liste des acronymes

BELACD	Bureau d'Etudes, de Liaison des Actions Caritatives et de Développement
CS	Centre de Santé
CDZ	Chef de Zone
CE	Conseil exécutif
CET	Conférence Episcopale du Tchad
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
COGES	Comité de Gestion (de centre de santé)
COSAN	Comité de Santé
DM	District de Moïssala
DH	District Hospital
DONG	Direction des ONG (anciennement SPONG)
DOSS	Direction des Organisations du Secteur Social
DPS	Délégation (délégué) provincial(e) de la Santé
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
EEMET	Eglises et Missions Evangéliques au Tchad
FBO	Faith Based Organisation
FBH	Faith Based Hospital
FED	Fonds Européen de Développement
GOC	Guide Opérationnel à la Contractualisation
HD	Hôpital de district
HR	Human resources
LGO	Local Government
MCD	Médecin-Chef de District
MCH	Médecin-Chef de l'hôpital
MCP	Médecin-Chef de Projet
MDP	Ministère du Plan
MSF	Médecins Sans frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
MMN	Medicus Mundi Navarra
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PASS	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
PBL	Privé à but lucratif
PBNL	Privé à but non lucratif
PC	Politique Contractuelle
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNS	Politique nationale de Santé
PPP	Partenariat Public Privé
PRA	Pharmacie Régional d'Approvisionnement
TRABEMO	Transfert Béboro-Moïssala
UNAD	Union Nationale des Associations Diocésaines

Remerciements des auteurs

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

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

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

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

Pour la mise en page:
Rita Verlinden et Isa Bogaert, secrétaires, Département de Santé Publique, IMT Anvers.

Pour leur assistance précieuse et la facilitation du travail de terrain:
Le Dr. Robert Basaza (MSP), Fr. Dr. Daniele Giusti (UCMB) et Mme L Muhirwe (UPMB) en Ouganda ;
Mmes Grace Mwangonda et Mecklina Isasi-Gambaliko (CSSC) en Tanzanie ; L'UNAD au Tchad.

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

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

Contact

Adresse: IMT
Nationalestraat 155
B-2000 Anvers, Belgique

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



Introduction générale

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

Le repositionnement des structures de santé confessionnelles dans les systèmes de santé constitue l'une des priorités stratégiques du plan d'action 2007-2010 de *Medicus Mundi International* (MMI)¹. Au-delà, l'organisation a toujours porté un grand intérêt au développement de relations contractuelles entre les structures de santé de l'Eglise et les autorités publique de santé en Afrique sub-saharienne, investissant d'importantes ressources et une énergie considérable à mobiliser acteurs internationaux et locaux en faveur de la contractualisation. C'est à ce titre que l'organisation a réalisé en 2003 la publication d'un guide technique destiné à soutenir les structures privées à but non lucratif dans le développement et la mise en œuvre d'arrangements contractuels avec les Ministères de la santé. La contractualisation a donc été et continue d'être un domaine prioritaire d'action pour MMI.

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

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

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

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

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

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

¹ www.medicusmundi.org.

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

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

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

Introduction au rapport pays

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

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

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

² See contacts on page 2 of the present document

Etude de cas: Tchad



Moissala

Contexte général

PLACE DE L'EGLISE DANS L'OFFRE DE SOINS

Le Tchad constitue un cas particulier dans le contexte de cette étude dans la mesure où les Eglises Chrétiennes y sont d'implantation récente: l'Eglise Catholique du Tchad n'a été fondée qu'après la seconde guerre mondiale³. Elle compte aujourd'hui 7 diocèses⁴, tous localisés dans le sud du pays. Cette église jeune est encore largement dépendante de l'extérieur, notamment au niveau de ses organes directionnels: la majorité des prélats est à ce titre d'origine Européenne⁵. L'offre de soin confessionnelle représente environ 20% de la couverture sanitaire nationale, 10% étant assuré par les structures du réseau Catholique (Vridaou 2005): 80 centres de santé et 3 hôpitaux de district⁶. Chez les Protestants, l'Entente des Eglises et Missions Evangéliques au Tchad (EEMET) est le prestataire le plus important, avec un réseau de 84 centres de santé et 1 hôpital. L'ensemble de ces structures a été porté à la carte sanitaire depuis la mise en place du découpage administratif (politique de district, 1990-91).

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

CONTEXTE PARTENARIAL ET CONTRACTUEL AU NIVEAU CENTRAL⁷

C'est précocement que le Tchad s'est engagé sur la voie de la contractualisation dans le secteur de la santé. Un document de politique contractuelle (PC)⁸ a été élaboré dès 2001 dans la ligne de la Politique Nationale de Santé (PNS) de 1999⁹. Le cadre réglementaire Tchadien est sans doute le plus abouti¹⁰ par comparaison aux autres pays de l'étude. Il constitue par ailleurs le seul exemple de stratégie réellement opérationnelle et offre un recul suffisamment important pour autoriser une évaluation. Enfin le type de contractualisation envisagé ici se révèle particulièrement ambitieux: il prévoit la délégation de mission de service public¹¹ non seulement aux structures sanitaires (hôpitaux) mais potentiellement aux districts eux-mêmes (cas de Moïssala, Donomanga et Doba). Le modèle contractuel est applicable à l'ensemble du secteur à but non lucratif: ONGs nationales ou internationales (qu'elles soient ou non confessionnelles), coopération bilatérale et agences de coopération multilatérale. Dans les faits, les contrats existants concernent essentiellement le secteur confessionnel (émanations de l'UNAD et de l'EEMET) ainsi qu'un certain nombre d'ONGs internationales (MSF). Plus récemment des expériences pilotes ont été lancées dans le secteur du médicament, confiant la gestion de pharmacies régionales (PRA) à des organismes privés¹².

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

³ Décret de Rome, Mars 1946.

⁴ Auxquels s'ajoute l'Archidiocèse de N'Djamena.

⁵ 5 évêques sur 8.

⁶ Chiffres de 2005.

⁷ Cf. Figure 5.

⁸ Tome 1: la contractualisation avec le secteur privé à but non lucratif, MSP, N'Djaména, 2001.

⁹ La contractualisation est une des orientations stratégiques de la PNS de 1999.

¹⁰ Le document de politique contractuelle est assorti d'un guide de mise en œuvre et d'un modèle de convention cadre signé au niveau central par les différentes organisations partenaires. Le contenu des contrats opérationnels est quant à lui fonction des spécificités de la situation locale.

¹¹ Prestation de services de santé et/ou fonctions d'administration.

¹² Pilote Pharmaciens Sans Frontière à la Pharmacie Régionale d'approvisionnement (PRA) d'Abéché, lancé en 2007-2008.

responsables de la mise en place des contrats opérationnels à leur niveau. Le processus de décentralisation n'est néanmoins pas totalement abouti à l'heure actuelle¹³.

L'Eglise Catholique est elle-même organisée sur un mode décentralisé: la structure faîtière pour le secteur social (UNAD¹⁴, créé en 1986) est responsable de la coordination des différents BELACDs¹⁵, installés au niveau diocésain. Ce sont ces structures techniques qui sont chargées de la gestion des districts au nom des diocèses lorsque l'Etat en confie la charge à une structure de l'Eglise.

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

CARACTÉRISTIQUES DU CAS SÉLECTIONNÉ

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

La gestion en a été confiée par contrat au BELACD de Sarh, situé à 200 km du chef-lieu de District, Moïssala. Cette situation est le résultat d'un processus démarré en 1992 par le transfert contractuel des activités de l'hôpital Catholique¹⁶ de Béboro à Moïssala (projet TRABEMO). Il s'agissait à l'origine de revitaliser le centre médical public de Moïssala, moribond, pour l'établir en hôpital de district. Cette étape fondatrice a conduit à confier au travers de contrats successifs, la gestion et au développement de l'hôpital de District puis du district lui-même au BELACD de Sarh.

Ce processus a été accompagné et rendu possible tout au long de son histoire par l'appui financier et technique de partenaires extérieurs (Medicus Mundi Navarra¹⁷ puis Misereor).

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

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

¹³ Le remplacement théorique - au niveau intermédiaire de la pyramide administrative- des 14 préfectures sanitaires existant par 28 départements n'est pas opérationnel.

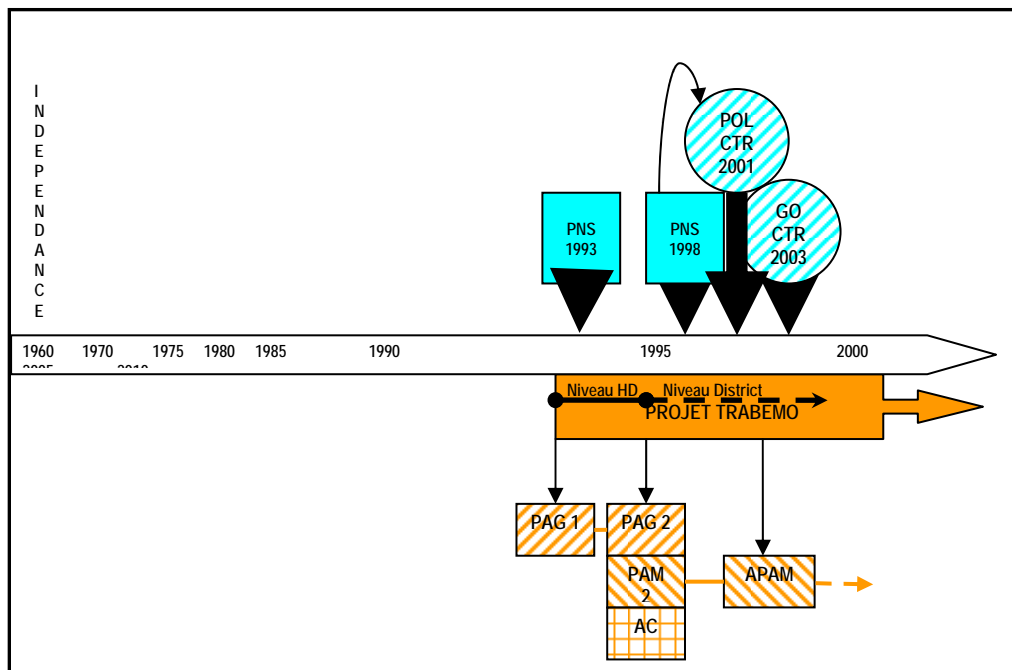
¹⁴ Union Nationale des Associations Diocésaines.

¹⁵ Bureau d'Etudes et de Liaison des Actions Caritatives et de Développement.

¹⁶ Il s'agit en fait d'un centre de santé qui, doté d'un médecin, offrait à cette époque les services de santé de référence à la population du district.

¹⁷ MMN.

Figure 1. Le processus contractuel au Tchad



LEGENDE

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



Niveau 1: Signature avec le Gouvernement Tchadien



Niveau 2: Signature avec le MSP



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



Documents réglementaires Ministère de la Santé



Documents-cadre contractuels niveau central



Relation contractuelle niveau district

Résultats des interviews et de l'analyse documentaire

NIVEAU CENTRAL

Le processus contractuel Tchadien, comme mouvement concerté de formalisation des relations entre secteur privé à but non lucratif et Etat dans le domaine de la santé, a été précédé au Tchad par une collaboration de nature plus informelle. Son développement est une conséquence directe de la place prise par le secteur confessionnel - notamment dans le sud du pays¹⁸ - à l'occasion de la guerre civile et tout au long des conflits qui ont secoué l'histoire post coloniale du pays. Les structures sanitaires nées à cette époque ont été inscrites sur la carte sanitaire nationale dès 1993 avec la mise en place de la politique de district (PNS). Leur identification s'est effectuée sur la base des plans triennaux d'action des BELACD, soumis pour approbation par le Secrétariat Permanent des ONG (SPONG) au niveau du Ministère du Plan (MDP)¹⁹. L'intégration des structures confessionnelles est le résultat d'une demande active des autorités de l'Eglise et a rencontré un accueil très favorable de l'Etat, celui-ci allant parfois jusqu'à doter les structures concernées en infrastructures et en personnel. La décennie précédant la mise en place de la PC a ainsi vu la légalisation systématique des structures de l'Eglise (UNAD, BELACDs, structures sanitaires) et la signature de premiers contrats (Moïssala).

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

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

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

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

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

¹⁸ Les confessionnels assurent 40% de l'offre de soins dans cette zone.

¹⁹ Cette procédure est respectée dès le milieu des années 80. A cette époque déjà les activités sanitaires planifiées par les BELACD sont soumises pour avis technique au MSP.

Il s'agit pour l'UNAD:

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

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

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

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

Le cadre réglementaire Tchadien présente néanmoins quelques faiblesses:

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

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

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

- Les contrats sont soumis à une double autorité de référence²⁰ ce qui complique d'éventuels recours au niveau central.
- Le manque de ressources entre-autres, affecte considérablement les capacités de la DONG et de la DOSS, notamment en termes de suivi et d'évaluation.
- La participation de l'Eglise aux réunions sectorielles, d'abord très active, a cessé avec la suppression du poste de coordinateur médical de l'UNAD. Dans la pratique, l'Eglise n'est

²⁰ La DOSS pour le Ministère de la Santé et la DONG pour le Ministère du Plan.

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

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

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

Les confessionnels valorisent quant à eux:

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

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

- En termes d'appui financier: problème de remboursement des investissements préfinancés par l'Eglise ; caractère indirect et limité de l'aide fournie (exonérations, prise en charge du personnel public détaché) ;
- En termes de capacités de suivi et d'évaluation (DOSS et DONG): cette faiblesse explique que la revue des expériences existantes n'ait pu être réalisée à ce jour. Il s'agit d'un handicap certain pour pouvoir apprécier la réalité du terrain et la 'réussite' formelle des arrangements mis en place ;
- L'Eglise souligne par ailleurs les difficultés parfois rencontrées avec les représentants de l'Etat²¹ au niveau des districts, avec lesquels les associations diocésaines doivent dans les faits collaborer et qui tendent à considérer l'Eglise 'comme un bailleur de fonds' ;
- Faute d'être correctement sensibilisés, les BELACDs ne tirent pas toujours tout le profit possible de la relation contractuelle: ils présentent un défaut de connaissance ou de conscience des possibilités existantes au niveau central, que l'UNAD n'est actuellement pas en mesure de compenser en l'absence de coordonnateur médical.

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

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

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

²¹ Autorités administratives surtout.

Certains éléments posent néanmoins problème:

- Le problème de capacité (financière, de coordination) au niveau de l'Etat ;
- Les difficultés à l'œuvre au niveau opérationnel ne sont pas perçues à leur juste valeur par le MSP, faute d'une évaluation régulière et globale des expériences en cours. Des développements sont néanmoins porteurs d'améliorations potentielles: l'atelier d'évaluation prévu fin 2008-début 2009 sur financement FED²² est ainsi susceptible d'améliorer le niveau de prise de conscience de la situation.

NIVEAUX INTERMÉDIAIRE ET PÉRIPHÉRIQUE

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

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

- L'ancienneté de la relation et le consensus de l'Eglise et de l'Etat autour du projet ;
- Le besoin d'une structure hospitalière fonctionnelle à Moïssala ;
- Le faible engagement de l'Etat dans le sud du pays ;
- L'expérience de l'Eglise (Hôpital de Goundi) et l'absence d'autres candidats ;
- Le bon niveau sanitaire du district, preuve des compétences de l'Eglise (Béboro) ;
- L'engagement et l'investissement personnel de personnes-clés²³ ;
- La relation déjà installée du BELACD avec l'Etat au travers de l'UNAD ;
- La disponibilité à court terme d'un médecin expérimenté pour le poste de Médecin chef
- L'appui des bailleurs: Medicus Mundi Navarra (MMN) et le PASS²⁴.

Les obstacles rencontrés apparaissent moins significatifs:

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

Les arrangements contractuels relatifs au projet TRABEMO se déclinent en deux phases²⁵ et comprennent 6 contrats différents. Nous nous intéresserons ici aux 4 contrats primaires²⁶ liant le BELACD à l'Etat, dont seuls les deux derniers sont contemporains du cadre contractuel national. Quelques observations d'ordre général s'imposent:

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

²² Fonds Européen de Développement. Un restant des fonds du VIIIème FED a été libéré pour permettre l'organisation de cet atelier, selon des termes de référence à développer par la DOSS en collaboration avec les partenaires.

²³ Le DPS du Moyen Chari et l'Evêque de Sarh.

²⁴ Projet d'Appui au Secteur de la Santé, financement Banque Mondiale.

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

²⁶ Les deux autres sont des contrats d'accompagnement: 1) un contrat BELACD-MMN exposant les conditions de collaboration du bureau diocésain avec le bailleur dans le cadre de la deuxième phase du projet ; 2) le second signé entre le personnel du MSP affecté au projet et le projet lui-même et relatif au système d'avance de salaire mis en place par le BELACD.

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

Contrat 1: Projet TRABEMO

Ce contrat est relatif au Transfert Béboro-Moïssala et en décrit les activités prévues en posant le principe d'une collaboration entre MSP et BELACD en vue de leur réalisation, prévue sur 3 ans²⁷. Il fournit le détail des engagements respectifs du BELACD et de l'Etat et développe une série de clauses particulières²⁸.

Les engagements du BELACD comprennent:

- La mise aux normes hospitalières du site de Moïssala (développement des infrastructures, recrutement de personnel, développement du PMA) ;
- La mise à disposition de moyens: médicaments et consommables, logistique²⁹ ;
- La communication d'informations (rapports, mise en œuvre des évaluations prévues) ;
- La collaboration avec les autorités publiques (DPS, comité de santé préfectoral) ;
- Le développement d'une politique de recouvrement des coûts sur tout le district ;
- La supervision des personnels de santé de la zone.

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

Les engagements de l'Etat sont essentiellement indirects:

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

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

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

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

Aux premiers engagements s'ajoutent:

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

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

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

²⁷ Le projet a été prolongé d'un an dans les faits.

²⁸ Durée du contrat, conditions de modification, de dénonciation et de résiliation.

²⁹ Le contrat fournit la liste du matériel nécessaire au fonctionnement du projet.

Le Contrat n°3 (2001-2005) est d'une facture distincte des deux premiers. Il s'inscrit dans le cadre du financement PASS³⁰ de la dernière phase du projet (2002-2006). L'objectif est ici d'étendre le nombre de CS en raison du développement du district. Ce document se caractérise par son niveau de détail, en partie lié à la nature du bailleur (clauses spécifiques à l'administration des fonds et à la justification des dépenses, obligations de rapportage, etc.). Le préambule et les dispositions générales du contrat effectuent le bilan des phases précédentes (historique, contenu des engagements et résultats atteints). Les dispositions spécifiques complètent substantiellement les dispositions des contrats antérieurs:

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

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

Ce contrat³¹ constitue un certain progrès sur ses antécédents. Il se situe néanmoins hors du cadre de la PC de 2001 à laquelle il ne se réfère qu'indirectement (périphrase en fin de préambule). Y manquent notamment:

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

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

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

- Supervision mensuelles ('supervisions formatives') des CS par le Médecin-Chef de District CD ou le Chef de Zone (CDZ) ;
- Supervisions du BELACD³².

Des rapports de suivis sont produits:

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

³⁰ Proramme d'Appui au Secteur de la Santé. Budget initial de 2 milliards, augmenté par avenant de 50.000.000 Francs CFA sur la dernière année.

³¹ L'avenant (contrat n° 4) ne fait que reprendre ces termes de référence du contrat principal en adaptant le niveau de l'enveloppe budgétaire.

³² Supervision administrative effectuée par le Directeur du BELACD ; supervision des CS par le Médecin Coordonnateur du BELACD.

- Les CS réalisent également des rapports semestriels. Ceux-ci sont compilés en un rapport annuel par le CDZ (statistiques sanitaires), communiqué au MSP et à la Délégation³³.

Diverses réunions sont organisées:

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

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

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

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

Certaines difficultés ont néanmoins été rencontrées avec une part minoritaire du personnel³⁴ sur des questions de rigueur de gestion des ressources humaines (flexibilité d'obtention de congés ; obtention de 'crédits', etc.). Ces mouvements d'opposition, encadrés par les syndicats, ont provoqué des périodes de sérieuses tensions et la démission 'spontanée' d'un des Médecins chef de projet et du gestionnaire du personnel sous la pression continue de courriers dénigrants, voir de menaces personnelles. Les débuts du projet (Béboro) ont été perturbés par des épisodes de grève générale liés à l'importance des arriérés de salaire dans la fonction publique. Ces problèmes ont pu être résolus à terme par la signature d'une convention accordant l'avance systématique de leur salaire aux agents du public employés par le district. Cet effort du BELACD a contribué à en faire accepter l'autorité.

Les difficultés réelles concernent:

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

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

L'appréciation des CS est globalement positive. Les CS, intégrés au projet en leur qualité de premier échelon du système de santé de district ont bien accepté le projet³⁵, auquel ils ont été

³³ Le rapport annuel est effectivement rédigé mais sa transmission au niveau central ne s'effectue pas toujours.

³⁴ Certains agents du public.

³⁵ Notamment en raison de la préservation de leur identité. Seules les autorités religieuses (non Catholiques) propriétaires ont parfois opposé une certaine résistance: leur 'conversion' s'est opérée au prix de plus grands efforts.

largement sensibilisés en amont. Ils sont capables de définir le rôle du BELACD³⁶ et d'identifier clairement les effets du projet, même si leur connaissance des contrats reste fondamentalement intuitive. Presque tous connaissent le rôle du BELACD. Leur vision est clairement orientée par les activités mises en place par le BELACD et qui mettent en évidence l'application de la PNS au travers notamment du système de district et de la politique de SSP:

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

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

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

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

- Le système est hautement favorable à population à laquelle il garantit une bonne accessibilité aux soins et aux traitements (forfait et système de référence)³⁷ ;
- La supervision du BELACD, de caractère strictement technique, préserve l'identité des CS;
- Les occasions multiples d'échange et le climat de bonne entente ont permis de décloisonner les CS ;
- Le système est réellement opérationnel, en vertu des moyens injectés par le BELACD ;
- Le système de COGES/COSAN est une garantie de transparence et une aide considérable pour les responsables de CS.

Certaines réserves sont néanmoins formulées:

- Le système de référence pèse très lourdement sur la caisse des CS et ne peut plus être compensé comme autrefois par les ventes de médicaments ;
- La fourniture de médicaments et de consommables est assurée par le BELACD, mais soumises à des quotas³⁸ rendus caducs par l'augmentation de la fréquentation des CS. Des achats complémentaires doivent être effectués et facturés à la population. Cette situation est mal acceptée et grève le budget des CS ;
- La charge du personnel repose sur les fonds limités des COGES, ce qui limite les possibilités de recrutement et aggrave la situation générale de pénurie en ressources humaines ;
- Le faible appui de l'Etat en termes notamment d'équipement ;
- Le risque pesant sur la pérennité du système dans le cas où le BELACD viendrait à se retirer et l'Etat à reprendre la responsabilité du district.

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

³⁶ Seul le CS communautaire ignore de quoi il s'agit exactement (médicaments), peut-être en raison de sa récente création.

³⁷ Le district attire de nombreux patients extérieurs à son aire d'autorité, voire au pays.

³⁸ Quota spécifique pour chaque CS.

prélèvements intermédiaires³⁹. Le manque à gagner doit être compensé par le BELACD sur fonds propres et contribue à augmenter la dépendance du projet vis-à-vis de l'extérieur au fur et à mesure du développement de la zone.

De manière générale, le BELACD est considéré comme assumant pleinement les responsabilités qui lui incombent. Le projet apparaît à l'ensemble des acteurs comme une expérience positive, porteuse de résultats concrets. La viabilité du projet repose néanmoins presque entièrement sur l'appui des bailleurs⁴⁰ du BELACD en raison du faible engagement financier de l'Etat. Sa pérennité est aujourd'hui menacée par la clôture du contrat Misereor (fin 2008) et a contraint le BELACD à s'engager dans un processus de restructuration de ses activités. On ne s'étonne donc pas de voir l'Eglise (mais également les cadres de district) plaider en faveur d'un plus grand partage de la charge financière du district au travers:

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

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

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

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

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

³⁹ En 2007, à peine 6 millions ont pu être touchés sur un crédit total de 22 millions de FCFA.

⁴⁰ MMN, puis le PASS au travers de l'Etat et actuellement Misereor.

Conclusion

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

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

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

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

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

Analyse des résultats

Synthèse des résultats

ELEMENTS CROISES

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.

RESULTATS SPECIFIQUES : TCHAD

Tableau 1. Grille synoptique des résultats

CONTEXTE GENERAL (national)	
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Une Eglise jeune et minoritaire mais très dynamique et fortement implantée dans le Sud du pays, dont l'Etat s'est désinvesti au cours de la guerre. Les liens de l'Eglise Tchadienne avec les bailleurs restent importants mais ces ressources tendent à diminuer de façon drastique. - Une volonté conjointe de partenariat marquée au centre par un climat de bonne entente et une ouverture de l'Etat à la collaboration avec le secteur confessionnel. - Un processus contractuel précoce mais néanmoins précédé par des expériences ponctuelles sur le terrain (par exemple dans le District de Moissala).
Processus contractuel	<ul style="list-style-type: none"> - Le partenariat s'est rapidement développé à la sortie de la guerre civile dans un climat de réelle collaboration. - Les différents instruments produits sont le fruit d'un travail commun, stimulé par les bailleurs. - Les acteurs ont été formés et la stratégie a fait l'objet d'une large diffusion. - La situation actuelle demanderait à être évaluée sur l'ensemble du territoire afin d'être réajustée.
Objectifs/ Motivations	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit pour les uns et les autres d'assurer la couverture sanitaire de zones reculées dans un contexte de défaillance du système sanitaire, de faiblesse des institutions publiques de santé, en reconnaissant et faisant reconnaître le rôle complémentaire de l'Eglise dans le secteur et ses qualités spécifiques. -
Cadre national de la relation	<ul style="list-style-type: none"> - Le Tchad dispose d'un arsenal réglementaire très complet: Politique contractuelle, guide opérationnel, modèles de convention-cadre. - Ce cadre est postérieur à certaines expériences opérationnelles, qu'il n'intègre pas.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> - Les relations de l'Etat et du secteur confessionnel sont régies par une convention cadre. - Les instruments de stimulation et de suivi du processus contractuel ne fonctionnent guère actuellement faute de coordonnateur médical national au niveau de la plateforme confessionnelle.
Perception	<ul style="list-style-type: none"> - La bonne volonté est mutuelle et l'entente globalement bonne. L'Etat se montre très empressé à établir de nouveaux contrats avec des organisations ou structures sanitaires dont ils reconnaissent volontiers la qualité. - Le secteur confessionnel fait néanmoins état des difficultés du MSP, notamment en termes de capacité de suivi. Une distinction est clairement établie entre la théorie et la réalité opérationnelle de la contractualisation au niveau périphérique.
CONTEXTE PARTICULIER (District de Moissala (DM))	
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Le Sud du Tchad dans lequel se situe le district de Moissala est une zone de faible présence publique, héritage de la guerre civile. - Le Bureau d'Etudes et de Liaison des Activités Caritatives et de Développement (BELACD), structure Catholique ayant comblé le vide laissé par l'Etat durant le conflit, y joue un rôle social important, notamment dans le domaine de la santé.
Processus contractuel	<ul style="list-style-type: none"> - Le lancement du processus est antérieur à la mise en place du cadre national. - Le processus s'est déroulé sur plusieurs années et plusieurs contrats successifs élargissant progressivement la responsabilité du BELACD de la gestion de l'hôpital de District à celle du district lui-même.

	- Il ressort d'une volonté conjointe des parties et a été accompagné continuellement de l'appui (financier, technique) des bailleurs au BELACD, soit directement, soit via l'Etat.
Objectifs Motivations	- La contractualisation est une réponse à la nécessité de recentrer le district sur Moissala et de corriger la situation née du développement du centre de santé de Béboro et du déclin de l'hôpital de district ; cette nécessité est totalement reconnue par le BELACD. - Elle a en outre pour objet de permettre le développement du de l'hôpital de district et du district dans une perspective de couverture sanitaire de la zone en désignant à cet effet une organisation ayant la capacité d'en assumer le rôle pour l'Etat.
Cadre de la relation	- Le cadre de la relation contractuelle est constituée d'une série de contrats successifs et évolutifs signés entre le BELACD de Sarh et les instances centrales de l'Etat ; Il est accompagné de contrats secondaires liant le BELACD à ses bailleurs et au personnel public du district. - Les contrats BELACD-Etat sont d'un niveau de complétude très supérieur à ceux des cas Camerounais et Tanzanien, mais n'ont pas été intégrés au cadre national ni été officiellement renouvelés après 2006. Ils échappent au cadre décentralisé de gestion du système sanitaire.
Outils	- Les outils utilisés dans le cadre de la relation se partagent entre éléments de routine du système sanitaire et éléments spécifiques liés à la gestion du BELACD. Ces instruments fonctionnent. - Il n'existe pas cependant d'outils structurels destinés à évaluer la relation en elle-même, au sein desquels partie publique et partie professionnelle seraient également participatives. Les évaluations réalisées ont été fondamentalement menées sur la base de requête des bailleurs ou appartiennent au système d'auto-évaluation du BELACD. Il manque ici une tribune de concertation public-privé.
Perception	- La perception de la relation est globalement bonne. Elle doit néanmoins être tempérée par: i) Le très faible engagement de l'Etat, qui fait peser l'essentiel du poids de la relation et des activités développées sur les épaules du BELACD ; ii) Le fait que l'atteinte des objectifs des différents contrats soit largement tributaire de la disponibilité de sources extérieures de financement ; iii) L'existence de menaces (problèmes de ressources humaines, de ressources financières, d'équipement) risquant de faire radicalement basculer le bilan si les bailleurs venaient à se retirer ; iv) Un endormissement très clair de la relation depuis fin 2006 et l'échéance du dernier contrat ; v) L'existence d'autres cas (Doba, Lai) où ce risque s'est déjà largement vérifié et a mené à une rupture de la relation.
PORTEE	
Effets, qualité	- Les objectifs assignés sont largement atteints: fonctionnalité de l'hôpital de District ; développement du district (réseau de centres de santé, système de gestion et de participation communautaire, mise en place du recouvrement des coûts et d'un système de forfait pour les patients) ; amélioration de l'accessibilité des soins. - Cette atteinte est néanmoins essentiellement le fait du BELACD et de son engagement technique et financier: le fonctionnement quasi 'autonome' du district de Moissala laisse le sentiment d'un désengagement de l'Etat et n'encourage pas de fait un changement de situation. - Le poids financier du projet augmente pour le BELACD au fur et à mesure du développement du projet: les ressources étant limitées, cette tendance commence à peser sur la qualité des services offerts.
Niveau de connaissance et d'information	- Faute d'évaluation régulière des expériences de terrain, le niveau central (MSP) ne perçoit pas l'importance des difficultés éprouvées au niveau périphérique dans la pratique des expériences contractuelles.
Avenir de la relation contractuelle	- Les acteurs locaux, tant professionnels que publics souhaitent en principe une poursuite de la relation. Celle-ci est néanmoins conditionnée pour le BELACD par la disponibilité de moyens financiers, mise en péril par le retrait prochain de l'actuel bailleur. - L'Etat ne constitue pas une alternative viable. Les 'sujets' de la relation contractuelle (personnel de district, de l'hôpital de district, des centres de santé) s'inquiètent de la possibilité d'un retrait du BELACD.

	- Dans d'autres situations (Lai, Doba), les autorités confessionnelles, frustrées par le déséquilibre de la relation, le manque d'implication (financière, matérielle) de l'Etat, le caractère 'factice' de la délégation de gestion, minée par l'interventionnisme des autorités administratives, se désengagent.
--	--

Tableau 2. Analyse SWOT des cas d'étude

FORCES <i>(Strengths)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Le pays dispose d'un cadre contractuel théoriquement complet. - L'implémentation de la stratégie contractuelle a fait l'objet d'une large campagne de sensibilisation des acteurs. - Les principaux acteurs publics et confessionnels ont bénéficié d'une formation initiale à la contractualisation.
FAIBLESSES <i>(Weaknesses)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de coordination médicale grève la capacité de la plateforme Catholique à alimenter et accompagner le processus. - La multiplication des structures de référence de l'Etat (DOSS- DONG, ministère du plan, ministère des finances, etc.). - La relation contractuelle étudiée n'a pas été intégrée au cadre national: elle ne respecte notamment pas les principes de la décentralisation du système sanitaire. - Le poids financier et opérationnel de la relation contractuelle repose essentiellement sur les organisations confessionnelles contractantes. - Les résultats sont acquis non sur le mode de la collaboration et de la participation, mais sur le mode d'une substitution obligée.
OPPORTUNITES <i>(Opportunities)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La restauration potentielle du poste de coordonnateur santé au niveau de la plateforme confessionnelle. - La planification d'un atelier d'évaluation des expériences en cours et qui devrait réunir l'ensemble des acteurs de la place: il existe une réelle volonté au niveau central (public et confessionnel) d'effectuer un bilan. Même insuffisante, cette démarche pourrait permettre de porter l'attention sur les difficultés existantes pour envisager les moyens d'y remédier.
MENACES <i>(Threats)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Certains contrats ont (Lai) ou menacent (Doba) d'être dénoncés. - Le soutien des bailleurs aux structures confessionnelles tend à diminuer drastiquement, tant au niveau central que périphérique. - Le BELACD de Sarh assume ses fonctions de gestionnaire du district de Moissala hors de tout cadre contractuel depuis 2006. - Le désengagement de l'Etat.

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 efforts⁴¹ 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.

⁴¹ 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 prévus⁴² 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 expériences⁴³, 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

⁴² Comités de pilotage notamment, lorsque ceux-ci existent.

⁴³ 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 confessionnel⁴⁴ de la santé passe par la **mise en place d'une mémoire collective institutionnelle effectuant la synthèse et garantissant une conservation centralisée de l'historique, des cadres réglementaires, des documents contractuels et des savoir-faire propres à chaque pays**. Une telle démarche doit être envisagée à court terme afin d'enrayer la disparition de documents et de témoignages essentiels à la compréhension et à l'analyse des expériences les plus anciennes⁴⁵. 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 lucratif⁴⁶ 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 partisans, une totale transparence et l'accès des données collectées à un large public⁴⁷. Une collaboration avec les institutions académiques locales⁴⁸ 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-Med⁴⁹ 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 locales⁵⁰. 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.

⁴⁴ Et plus largement, privé à but non lucratif.

⁴⁵ Tanzanie, années 70.

⁴⁶ Aux différents niveaux de l'échelle hiérarchique.

⁴⁷ Décideurs publics et privés, acteurs opérationnels, structures de coordination nationale et appuis extérieurs, chercheurs.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ Cf. www.essentialdrugs.org (p.18).

⁵⁰ 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 : Tchad

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

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

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

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

Conclusion générale: messages-clé

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

Méthodologie

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

Contractualisation, général

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

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

Contractualisation, secteur public/secteur confessionnel

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

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

Contractualisation, Afrique

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

PPP

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

Systèmes de santé, Afrique, Général

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

Secteur sanitaire confessionnel

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

Medicus Mundi International (MMI)

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

BIBLIOGRAPHIE SPECIFIQUE

Tchad

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