

**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: Ouganda


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 Mundi 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

Table des matières.....	3
Liste des acronymes.....	4
Remerciements des auteurs	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	6
INTRODUCTION AU RAPPORT PAYS.....	8
ETUDE DE CAS: OUGANDA.....	9
Contexte général	10
Place de l'église dans l'offre de soins	10
Contexte partenarial et contractuel au niveau central	11
<i>Les relations des secteurs public et confessionnel.....</i>	<i>11</i>
<i>PEPFAR et le secteur confessionnel</i>	<i>14</i>
Caractéristiques des cas sélectionnés	17
Résultat des interviews et analyse documentaire	19
Niveau central.....	19
Niveau périphérique: St Joseph's hospital, Kitgum.....	22
Niveau périphérique: Kabarole Hospital, Fort-Portal.....	28
Conclusion	33
ANALYSE DES RÉSULTATS.....	35
Synthèse des résultats.....	36
Eléments croisés.....	36
Résultats spécifiques : Cameroun.....	37
Analyse transversale des 5 études de cas	41
Recommandations pour les 5 études de cas	45
Recommandations spécifiques : Tanzanie	46
Conclusion générale: messages-clé.....	48
BIBLIOGRAPHIE	50

Index des figures et tableaux

Figure 1. Composition du secteur sanitaire PBNL en Ouganda.	10
Figure 2. Répartition des Formations sanitaires PBNL par plateforme confessionnelle	10
Figure 3. Structure et répartition des sources de revenu du	12
Figure 4. Le processus contractuel en Ouganda.....	13
Figure 5. Le financement de la santé en Ouganda.	14
Figure 6. Système de répartition des fonds PEPFAR	15
Figure 7. District de Kitgum.	17
Figure 8. District de Kabarole	18
Tableau 2. Grille synoptique des résultats	37
Tableau 3. Analyse SWOT des cas d'étude	40

Liste des acronymes

ART	Thérapie antirétrovirale
BDD	Base de données
BOG	<i>Board of Governors/Conseil d'Établissement</i>
CCHP	<i>Comprehensive Council Health Plan/Plan Sanitaire de District</i>
CE	Conseil Exécutif
CHMT	<i>Council Health Management Team/Equipe Cadre de Santé de Comté</i>
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CoU	<i>Church of Uganda/Eglise d'Ouganda (Anglicane)</i>
CRS	<i>Catholic Relief Services</i>
CS	Centre de Santé
DED	<i>District Executive Director/Directeur Exécutif de District</i>
DMO	<i>District Medical officer/Médecin Chef de District</i>
DP(S)	Délégué Provincial (de la Santé)
DS	District Sanitaire
GFATM	<i>Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria/Fond Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme</i>
GHI	<i>Global Health Initiative/Initiative globale</i>
HD	Hôpital de district
HSSP	<i>Health Sector Strategic Plan/Plan Stratégique du Secteur Sanitaire</i>
JAHSR	<i>Joint Annual Health Sector Review/Revue Annuelle Conjointe du Secteur de la Santé (Ouganda)</i>
KH	<i>Kabarole Hospital/Hôpital de Kabarole</i>
LGO	<i>Local Government/Gouvernement local</i>
MC	Médecin Chef
MCD	Médecin Chef de District
MCH	Médecin chef de l'hôpital
MSP	Ministère de la Santé Publique
NHP/ PNS	<i>National Health Policy/Politique Nationale de Santé</i>
NUMAT	<i>Northern Uganda Malaria Aids and Tuberculosis/(Programme) Nord-Ougandais pour le paludisme, le SIDA et la tuberculose</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P4P/ PFP	<i>Pay For Performanc/Paiement à la performance</i>
PBF	<i>Performance Based Financing/Financement à la performance</i>
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief/ Plan Présidentiel d'Urgence d'Aide à la lutte contre le SIDA</i>
PBL	Privé à but lucratif
PBNL	Privé à but non lucratif
PPP	Partenariat Public Privé
RMO	<i>Regional medical officer/Médecin Chef de Région</i>
SJH	<i>Saint Joseph's Hospital/Hôpital Saint Joseph</i>
SWAP	<i>Sector Wide Approach/Approche sectorielle</i>
TASO	<i>The AIDS Support Organization</i>
UCMB	<i>Uganda catholic medical Bureau/Bureau Médical Catholique d'Ouganda</i>
UPHOLD	<i>Uganda Program for Human and Holistic Development/Programme Ougandais Pour un développement Humain et Holistique</i>
UPMB	<i>Uganda protestant Medical Bureau/Bureau Médical protestant d'Ouganda</i>
UMMB	<i>Uganda Muslim Medical Bureau/Bureau Médical Musulman d'Ouganda</i>

Remerciements des auteurs

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

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

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

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

Pour la mise en page:

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

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

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

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

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

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

Contact

Adresse: IMT
Nationalestraat 155
B-2000 Anvers, Belgique

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



Introduction générale

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

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

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

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

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

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

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

- La contractualisation fonctionne telle?
- Qu'est-ce que cela signifie aux yeux des différents acteurs du terrain?

¹ www.medicusmundi.org.

- Que les politiques de contractualisation fonctionnent ou non dans la pratique, quels sont les éléments qui y ont contribué?
- 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: Ouganda



Contexte général

PLACE DE L'ÉGLISE DANS L'OFFRE DE SOINS

Le secteur PBNL détient en Ouganda 30% des structures sanitaires: 44 hôpitaux (42,3% du total) et 558 centres de santé, majoritairement situés dans un environnement rural, souvent enclavé. A ces structures s'ajoutent 21 centres de formation en santé (60% de la capacité de formation des agents de la santé: infirmiers et autres). Les Eglises Catholique et Protestantes détiennent l'immense majorité des structures confessionnelles, rassemblées au sein de plateformes sanitaires dénomminatives: UCMB et UPMB³ (voir ci-dessous). La présence des Musulmans dans le secteur croit régulièrement mais reste encore marginale.

Figure 1. Composition du secteur sanitaire PBNL en Ouganda.
(Source: d'après UPMB Annual Report 2004/05)

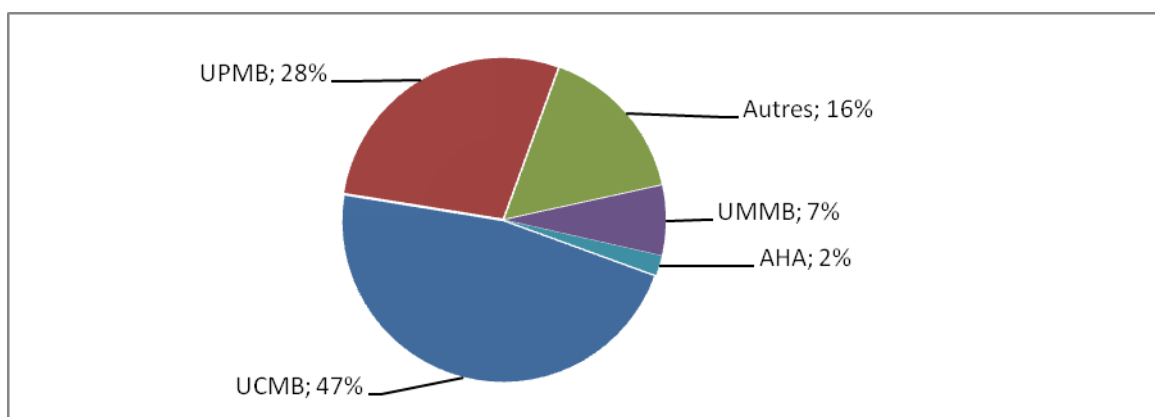
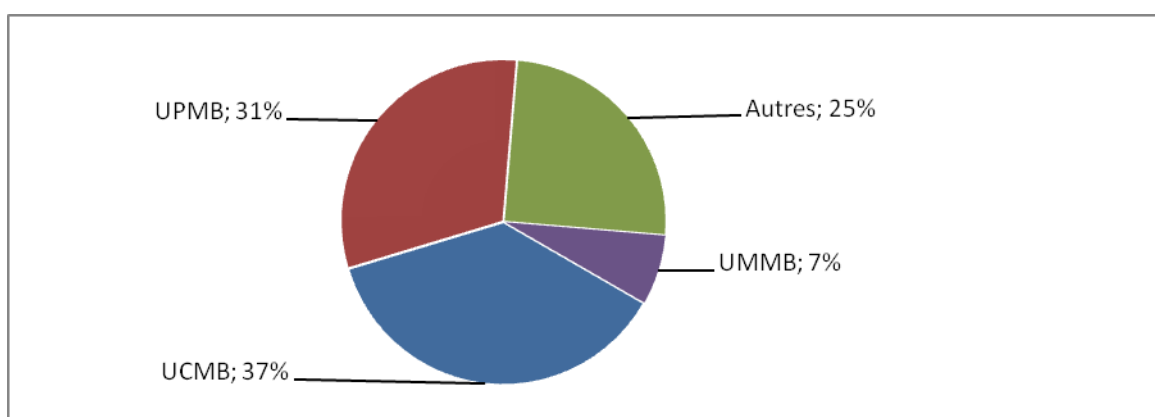


Figure 2. Répartition des Formations sanitaires PBNL par plateforme confessionnelle.
(Source: d'après UPMB Annual report 2004-05)



³ Uganda Catholic Medical Bureau (UCMB); Uganda Protestant Medical Bureau (UPMB).

Les relations des secteurs public et confessionnel

La relation entre secteur confessionnel et MSP remonte en Ouganda à la période précoloniale. Elle est néanmoins restée limitée jusqu'à la fin des années 1990, non formalisée et essentiellement matérialisée par un système de subventions⁵ d'Etat aux organisations sanitaires de l'Eglise⁶. Une évolution progressive se dessine néanmoins en faveur d'un partenariat plus structurel⁷. Ce sont les difficultés financières du secteur confessionnel, touché par le recul progressif de ses bailleurs traditionnels et une diminution substantielle de ses revenus, qui amènent UCMB et UPMB à réclamer ouvertement, sous peine de devoir mettre la clé sous la porte, un appui structurel de l'Etat.

En 1997-98 est donc établi un *Memorandum of Understanding* (MoU) au niveau central, qui définit les grandes lignes de la collaboration entre le MSP et le secteur confessionnel et les objectifs de l'aide allouée. Ce document constitue un premier effort de formalisation de la relation entre les Eglises et leur partenaire public. Il permet une augmentation considérable de l'appui financier de l'Etat⁸ aux *Voluntary Agencies* et la signature ponctuelle de contrats opérationnels⁹ entre structures sanitaires confessionnelles et MSP. Enfin une ébauche de politique partenariale voit le jour en 2003 à l'initiative d'UCMB et d'UPMB, soucieuses de pérenniser les relations et de poser les bases de leur développement en leur conférant un cadre légal.

Le processus partenarial et contractuel n'a néanmoins pu être poursuivi, en dépit des efforts continus de plaider des organisations confessionnelles auprès de l'Etat: la validation officielle du document de 2003 n'a pu être obtenue, bloquant de fait le développement des expériences contractuelles au niveau périphérique. Cette situation est depuis 3 ans la source d'intenses frustrations dans le secteur confessionnel, touché par ailleurs de plein fouet par le gel simultané des subventions de l'Etat et une grave crise des ressources humaines¹⁰. Au jour d'aujourd'hui, la contribution financière de l'Etat aux hôpitaux ne représente plus que 15% en moyenne des revenus totaux de l'Eglise (cf. Figure 8).

UCMB et UPMB ont été créés en 1957¹¹, afin d'effectuer la liaison entre le Gouvernement Ougandais, les bailleurs et les hôpitaux membres du réseau, de canaliser les subventions d'Etat et d'assurer le développement de la formation infirmière. Elles remplissent aujourd'hui une fonction d'appui aux structures sanitaires de leurs réseaux respectifs¹² et la représentation de leurs intérêts auprès des autorités de l'Eglise et de l'Etat.

UPMB et UCMB¹³ collaborent intensivement à relever les défis auquel le secteur confessionnel de la santé se trouve aujourd'hui confronté. La stratégie adoptée à ce titre vise à obtenir une reconnaissance officielle¹⁴ et formelle du rôle sanitaire des Eglises. Celle-ci permettrait l'intégration véritable des structures de santé de l'Eglise dans le système national de santé et conditionne l'obtention d'une réponse structurelle de l'Etat aux menaces pesant sur leur survie:

⁴ Cf. Figure 9.

⁵ 'Grants in Aid' votées par la Commission Frazier dans les années 50. Ce système s'est maintenu durant la période post-coloniale à l'exception de la période de crise économique du milieu des années 70.

⁶ *Voluntary organizations*.

⁷ Rapport de la *Health Services Review Commission* (milieu des années 80) ; 'White paper' (1991).

⁸ Les fonds alloués passent de 800 millions à 17 milliards de shillings entre 1999 et 2004.

⁹ *Service Level Agreements* (SLA).

¹⁰ La réévaluation substantielle des salaires de la fonction publique en 2005 a contribué à aggraver ce phénomène.

¹¹ *Government Notice* N° 672.

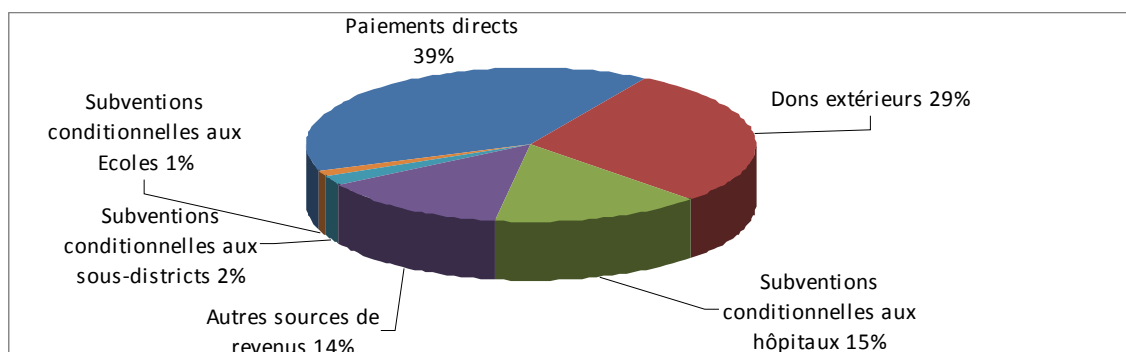
¹² Le réseau d'UCMB comprend 27 hôpitaux et 234 CS ; celui d'UPMB, 15 hôpitaux et 241 CS appartenant à 7 dénominations différentes, dont l'Anglicane Church of Uganda (CoU).

¹³ Et plus récemment, le *Uganda Muslim Medical Bureau* (UMMB).

¹⁴ Au travers de la validation du *Draft Partnership Policy* de 2003.

- La crise financière résultant du retrait progressif des bailleurs traditionnels du secteur, du gel des subventions de l'Etat¹⁵, de la diminution du montant des contributions (*user fees*) facturées aux patients¹⁶ et de l'augmentation des coûts de fonctionnement des structures sanitaires (notamment en termes de ressources humaines¹⁷);
- La crise des ressources humaines liée notamment à la faible attractivité des salaires du secteur confessionnel et à la politique de recrutements massifs menée par le MSP.

Figure 3. Structure et répartition des sources de revenu du secteur sanitaire confessionnel en Ouganda.
(Source: d'après UCMB, UPMB, UMMB, 2007)

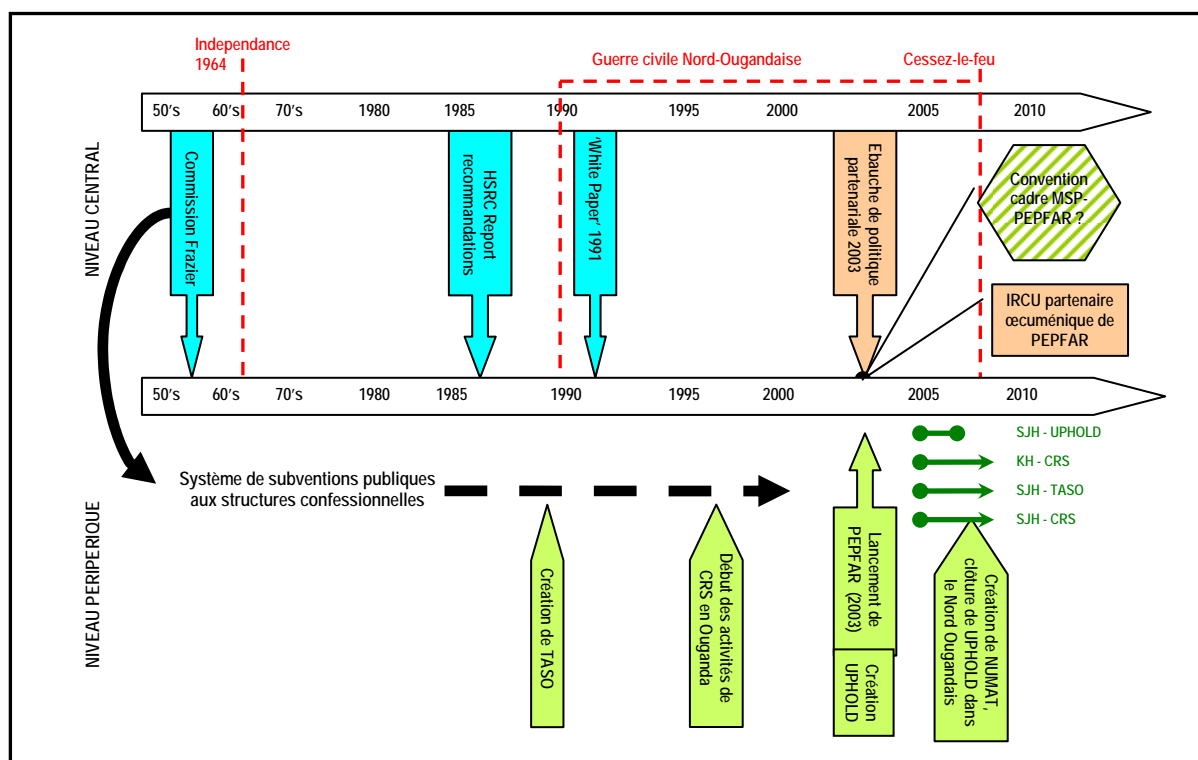


¹⁵ Leur part dans le financement des activités sanitaires du secteur confessionnel est passée de 36 à 23% entre 2002-2003 et 2005-2006.

¹⁶ Cette diminution est consécutive à une demande de l'Etat et résulte de l'application par le secteur confessionnel de la Politique Nationale de Santé (PNS).

¹⁷ Les ressources humaines représentaient 44% du coût total moyen de fonctionnement des structures en 2004-2005. Les contributions de l'Etat ne couvrent pas les salaires, que l'Eglise s'est vue contrainte d'augmenter en réponse à la réévaluation opérée dans le secteur public. Il est intéressant de noter par ailleurs que les plateformes confessionnelles établissent un lien direct entre l'augmentation de la part des ressources humaines dans le coût de fonctionnement des structures sanitaires et la montée en puissance des 'initiatives globales' (dont PEPFAR) réputées peu enclines à financer les coûts du système et notamment celui des salaires.

Figure 4. Le processus contractuel en Ouganda



LEGENDE

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

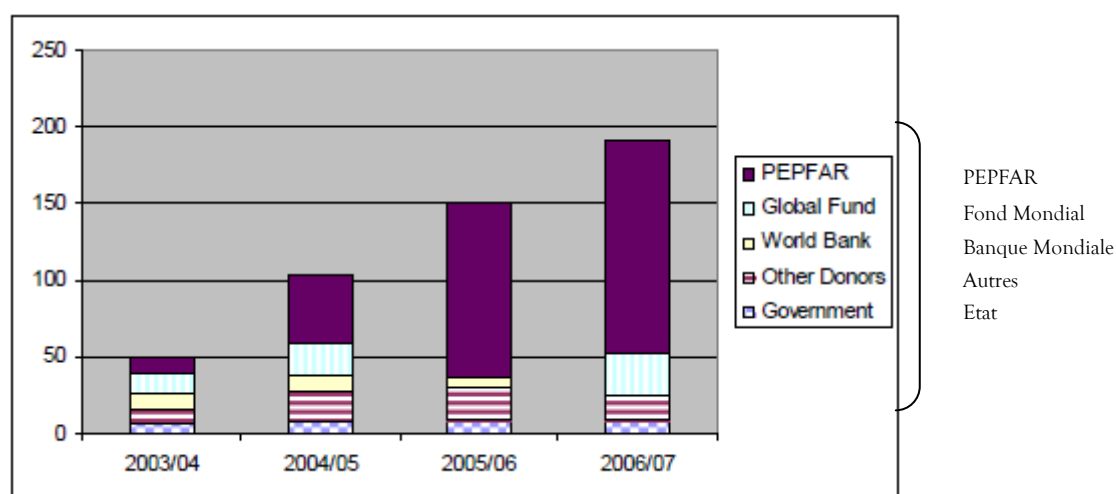
- Secteur public
- Secteur confessionnel
- PEPFAR

- Relation contractuelle clôturée
- Relation contractuelle en cours

PEPFAR et le secteur confessionnel

L'Ouganda est l'un des quinze pays ciblés par la *President's Emergency Plan For AIDS Relief* (PEPFAR). Il bénéficie à ce titre depuis 2004 de l'implantation de nombreux projets de prévention, de soin et de traitement dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA. Le total des fonds déboursés par PEPFAR en Ouganda sont officiellement estimés¹⁸ à 283.6 millions de \$ pour 2008. L'importance de ces sommes place PEPFAR au premier rang¹⁹ des organisations appuyant l'Ouganda dans le cadre de la pandémie de VIH-SIDA. Au-delà, l'initiative se réclame du 'modèle Ougandais de réponse au VIH-SIDA' et de son influence sur le développement de ses propres stratégies.

Figure 1. Le financement de la santé en Ouganda.
(Source: Oomman N, Bernstein M et Rosenzweig S, 2007)



Les autorités gouvernementales des pays partenaires tendent à être faiblement associées à la conceptualisation, à la planification, à la gestion et à la mise en œuvre des activités qui en découlent. Les règles de répartition des fonds sont en effet propres au programme et gouvernées par les prescriptions du Congrès Américain. Ce sont également des représentants de l'Etat Américain²⁰ qui en assurent la gestion et la supervision. Enfin, les récipiendaires des fonds sont principalement des ONGs, souvent exogènes. L'existence en Ouganda d'un *PEPFAR Board* au sein duquel sont représentés le gouvernement et le secteur privé ne confère pourtant à ces derniers qu'une marge de manœuvre limitée.

La politique de PEPFAR favorise de manière générale une intervention en ligne directe avec le niveau périphérique qui explique partiellement la faible implication du niveau central²¹. Récipiendaires et sous-récipiendaires sont ici principalement sélectionnés sur leur capacité à atteindre les objectifs chiffrés (*targets*) fixés et à dépenser le plus rapidement possible les fonds alloués. Le système qui régit PEPFAR, extrêmement strict²², s'avère par ailleurs peu transparent, notamment en termes de données financières: dans ce domaine, seuls les budgets alloués pays

¹⁸ 2008 Country profile: Uganda. Consulté sur: www.pepfar.org.

¹⁹ En 2006, 73% des fonds disponibles dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA en Ouganda provenaient de PEPFAR. Voir également la figure ci-dessous.

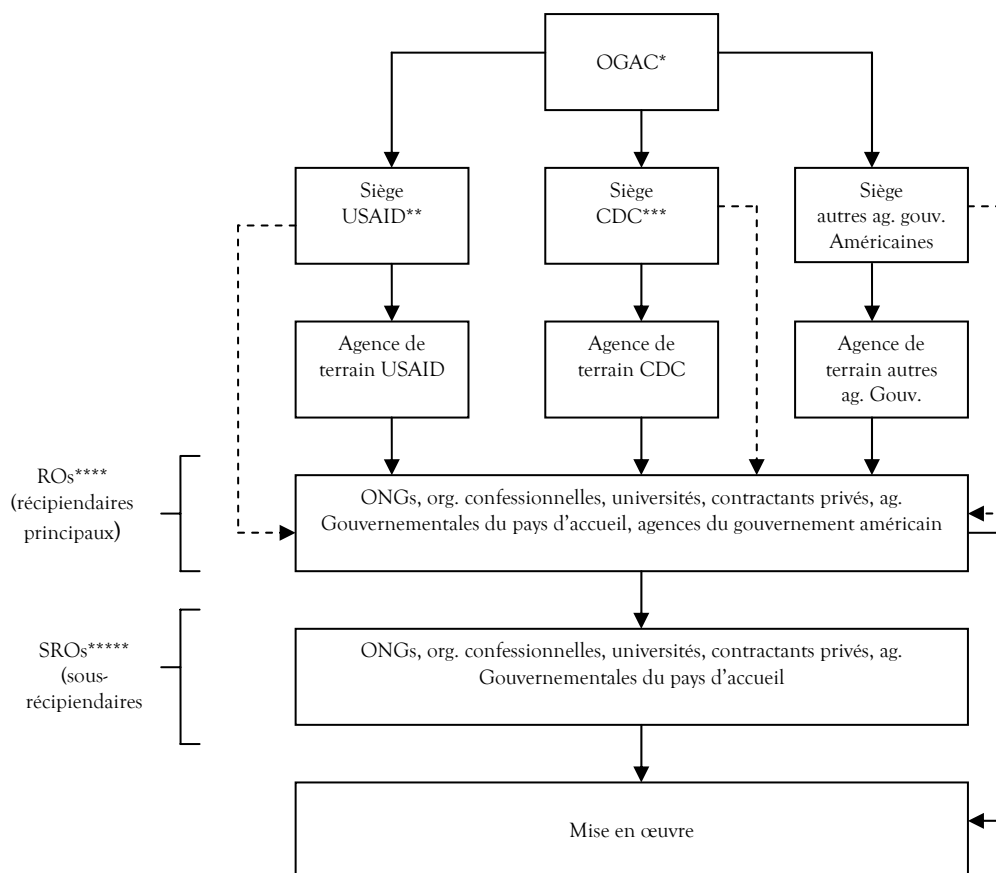
²⁰ Par le biais de l'*Office of the Global AIDS Coordinator* (OGAC) aux Etats-Unis et sur le terrain, au travers des ambassades et d'Agences telles qu'USAID et CDC.

²¹ Renforcement des capacités et appui institutionnel interviennent de manière beaucoup plus secondaire dans les objectifs de PEPFAR qu'au niveau du Fonds Mondial ou de la Banque Mondiale.

²² Marquage (*earmarking*) des fonds notamment.

par pays aux récipiendaires sont rendus publics²³. Les résultats en données chiffrées des programmes implantés sur le terrain restent également d'un accès très difficile.

Figure 6. Système de répartition des fonds PEPFAR
(Source: d'après Oomman N, Bernstein M et Rosenzweig S)



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

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

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

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

**** Recipient Organisations/Organisations récipiendaires

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

²³ Le montant des versements effectifs ne sont accessibles ni au public, ni aux gouvernements bénéficiaires, ni à certains membres du staff PEPFAR. De même, les données relatives à la répartition des fonds par aire programmatique et la liste des fonds attribués aux sous-récipiendaires sont collectées par PEPFAR mais restent inaccessibles au public.

Il nous semble important de présenter également trois des récipiendaires principaux de PEPFAR en Ouganda: le *Catholic Relief Services* (CRS) ²⁴, le *Uganda Program for Human and Holistic Development* (UPHOLD) ²⁵ et *The Aids Support Organisation* (TASO) ²⁶. C'est avec ces organisations qu'ont été établis les contrats auxquels nous nous intéresserons plus particulièrement dans le cadre de cette étude.

CRS est l'agence officielle de développement de la conférence des évêques des Etats-Unis, membre de Caritas et active en Ouganda depuis 1965. L'organisation ayant été placée à la tête du consortium AIDSRelief dans le cadre de PEPFAR, c'est sous cette étiquette que se déploient aujourd'hui la plupart de ses activités en Ouganda. CRS y appuie ainsi 18 structures de soins dans 11 districts²⁷.

Le programme UPHOLD, très largement représenté sur le territoire²⁸, a été lancé en 2003 à l'initiative d'une organisation Américaine, *John Snow Incorporated* (JSI). Il vise le renforcement de la participation communautaire et institutionnelle au développement de services éducatifs et sanitaires de qualité, notamment dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA. Ses activités se sont déployées à partir de 2005 sous l'égide de PEPFAR, devenu sa source majeure de financement. UPHOLD a pour caractéristique de rechercher en principe une collaboration étroite avec les gouvernements locaux au niveau des districts.

TASO (1987) est la plus importante des organisations Ougandaises et une des plus importantes organisations Africaines de soutien aux personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVVIH). Elle travaille en étroite collaboration avec le Gouvernement Ougandais²⁹ et est évidemment un partenaire incontournable pour PEPFAR dont elle est un des récipiendaires principaux. Les activités réalisées dans ce cadre au niveau des districts sont 'sous-traitées' auprès d'institutions ou de structures compétentes³⁰.

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

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

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

²⁴ www.crs.org.

²⁵ www.uphold.jsi.com.

²⁶ <http://www.tasouganda.org>.

²⁷ Selon les chiffres donnés par CRS, ces activités touchent plus de 62.400 personnes, dont près de 21.000 patients placés sous ARV.

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

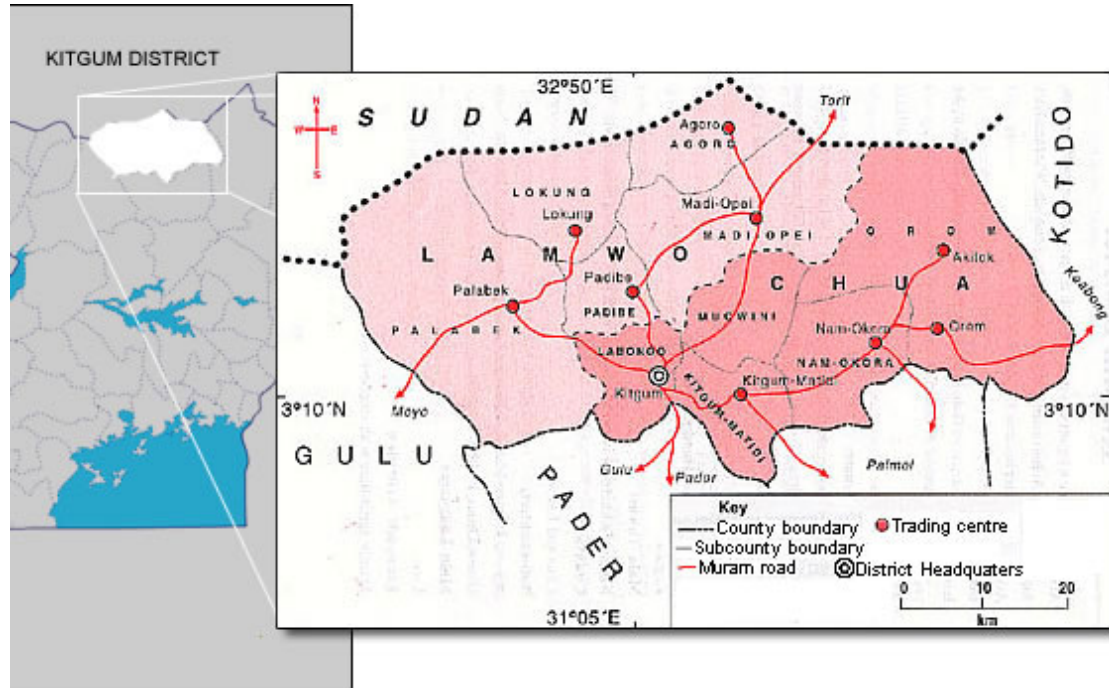
²⁹ Le MSP et la Commission Nationale de Lutte contre le VIH-SIDA (*National AIDS Commission*, NAC).

³⁰ 'Sous-réceptaires', tels par exemple que le District de Kitgum ou l'hôpital de Kabarole.

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

CARACTÉRISTIQUES DES CAS SÉLECTIONNÉS

Figure 7. District de Kitgum.
(Source: www.coreinitiative.org)



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

St Joseph's Hospital (SJH)

SJH se situe dans la région du Nord-Ouganda, dans le district de Kitgum. D'abord créé comme poste de santé par des sœurs Comboniennes (1942), la structure, devenue hôpital, a été concédée au Diocèse de Gulu au début des années 70. C'est aujourd'hui une structure de 350 lits opérant dans une région déshéritée, durement frappée par 20 années de guerre civile³¹. Elle est accréditée par UCMB et jouit d'une excellente réputation.

L'hôpital coexiste avec un l'hôpital public de district (*Kitgum Hospital*, 200 lits), situé à moins de deux kilomètres. Le rôle de structure référente est officieusement assumé par SJH, auquel s'adresse l'essentiel des patients du district et bien au-delà. Cette situation s'explique en partie par la guerre, au cours de laquelle SJH n'a jamais cessé de fonctionner, prenant en charge une population toujours plus nombreuse³² au détriment d'un hôpital de district (HD) alors

³¹ La guerre civile a débuté dans le Nord-Ouganda au début des années 80 Le conflit, opposant la *Lord's Resistance Army* (LRA) les *Allied Democratic Forces* (ADF) au gouvernement Ougandais n'a trouvé de solution (précaire) qu'en octobre 2006 avec la participation d'une partie de la rébellion aux négociations de paix menées au Sud Soudan avec le gouvernement. Le cessez-le-feu se maintient depuis mais la région a été fortement affectée par le conflit, avec près de 400.000 réfugiés dont une grande partie se maintient aujourd'hui encore dans des camps.

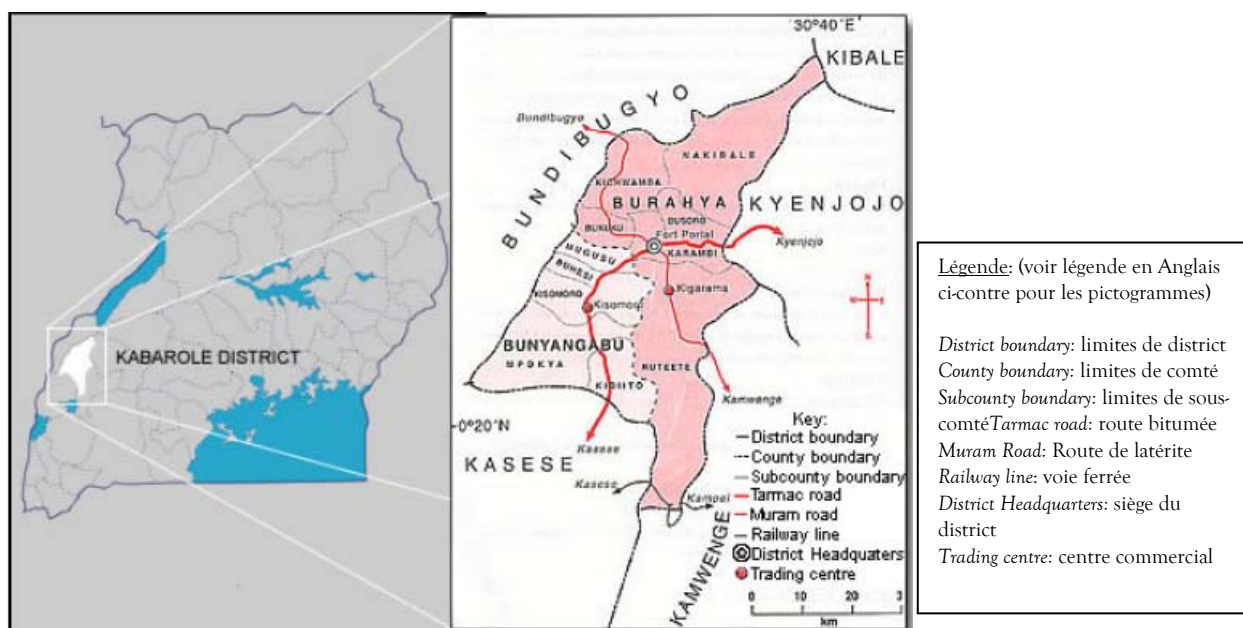
³² Afflux de réfugiés en zone urbaine.

largement moribond. Ces années de conflit expliquent également la forte concentration d'ONGs internationales dans la région et les nombreux appuis extérieurs dont St Joseph a bénéficié au cours de la période³³. Ces relations sont ou ont souvent été encadrées par des contrats (AVSI³⁴, UE, WFP). L'hôpital bénéficie également d'un solide appui technique d'UCMB, d'autant plus valorisé que le Diocèse, propriétaire et décideur, présente sur ce plan de grandes faiblesses.

A partir de 2005 ont par ailleurs été signées diverses conventions dans le cadre des financements PEPFAR, dans le but de doter l'hôpital d'un système complet de prise en charge du VIH-SIDA³⁵: avec TASO, UPHOLD et CRS. La création d'un nouveau fond d'aide spécifique au Nord-Ouganda (NUMAT), responsable de la clôture du projet UPHOLD, devrait à terme déboucher sur la signature de nouveaux contrats.

Ses appuis extérieurs n'empêchent pas SJH de connaître des difficultés croissantes. Les ressources restent insuffisantes pour couvrir les coûts de fonctionnement de l'hôpital³⁶ et notamment le poids de la charge salariale³⁷. Il est également frappé par une forte érosion des ressources humaines³⁸ liée à la faible attractivité des salaires. La charge de travail croît régulièrement pour le staff restant et risque de s'aggraver mécaniquement³⁹.

Figure 8. District de Kabarole
(Source: www.coreinitiative.org)



³³ AVSI, Misereor, AGEH, World Food Program (WFP), Union Européenne (UE) pour citer les principaux d'entre eux.

³⁴ AVSI (www.avsi.org) est le plus important bailleur de l'hôpital et une ressource technique essentielle. L'organisation a notamment mis en place et prend en charge l'équipe cadre de SJH.

³⁵ Accompagnement et tests volontaires, Prévention de la transmission mère-enfant (PTME), soins à domicile, traitements antirétroviraux et communication pour le changement des comportements (BCC).

³⁶ L'hôpital est déficitaire depuis 2006-2007.

³⁷ Son coût augmente de 20% par an depuis 2001. L'hôpital a dû restructurer son personnel et renoncer à certaines activités dans l'attente de sources complémentaires de revenu.

³⁸ 17% des employés ont quitté l'hôpital au cours de l'année 2006-2007.

³⁹ Le taux d'utilisation des services demeure haut en dépit du départ progressif des réfugiés de la guerre civile.

Kabarole Hospital

Cet hôpital est localisé dans l'ouest de l'Ouganda, dans la ville de Fort Portal, capitale du district de Kabarole, dans une zone politiquement stable. Il appartient au diocèse Anglican (CoU) de Ruwenzori et relève du réseau UPMB. Sa relation avec les autorités techniques de district sont partiellement formalisées. Le *District Health Officer* (DHO) a en effet restauré la signature annuelle de contrats déterminant l'accès au fonds du *Conditional Grant*⁴⁰ pour toutes les structures sanitaires du district. Créé en 1903, *Kabarole Hospital* (KH) est un des plus anciens hôpitaux du pays. Loué en 1997 à un médecin privé, faute pour le Diocèse de pouvoir en assumer la charge financière, l'hôpital a réintégré le réseau Anglican en 2001 à l'initiative de l'actuel évêque. Alors exsangue, la structure se relève depuis progressivement de ses cendres. C'est une structure de taille modeste (80 lits), le plus petit des trois hôpitaux de Fort Portal: l'hôpital provincial de Buhinga⁴¹ (public) et l'hôpital Catholique de Virika se trouvent à quelques kilomètres à peine du site de Kabarole.

Les moyens structurels de l'hôpital demeurent essentiellement limités au produit des *user fees* et aux subventions de l'Etat⁴². Le seul appui extérieur dont il bénéficie provient du contrat signé avec CRS en 2005 dans le cadre du programme *AIDSRelief*. Sa part (50%) dans le budget de l'hôpital est énorme mais l'usage de ces fonds limité aux activités déployées dans le cadre du projet. Cette forte dépendance vis-à-vis d'un unique bailleur n'est évidemment pas dénuée de risques pour une structure déjà fragile. Ses contraintes budgétaires ne permettent pas à KH de faire face aux coûts grandissants des ressources humaines: la charge des salaires pèse lourdement sur le budget de la structure et limite les possibilités de développement.

Résultat des interviews et analyse documentaire

NIVEAU CENTRAL

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

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

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

⁴⁰ Cette pratique, prévue par la politique de Soins de Santé primaires (SSP) est tombée en désuétude dans la plupart des districts. Il s'agit plus dans les faits d'une formalité.

⁴¹ Buhinga est le centre référent provincial.

⁴² Sur un budget total de 734 millions de USH en 2007, la contribution de l'Etat n'atteignait que 80 millions, dont 63 seulement ont été réellement perçus.

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

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

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

Le MSP reconnaît l'utilité de l'initiative, comme en principe complémentaire de la sienne. Il en souligne néanmoins les limites potentielles, l'efficacité des interventions restant notamment impossible à vérifier pour le MSP et le sentiment dominant chez certains intervenants que le mode de fonctionnement de l'initiative est plus susceptible de servir les intérêts financiers du bailleur que ceux du pays bénéficiaire⁴³. Enfin, si l'on reconnaît l'utilité immédiate des interventions, c'est la question de leur pérennité qui inquiète également le MSP: en l'absence de planification conjointe, comment s'assurer qu'une continuité puisse être assurée dans la perspective où PEPFAR se retirerait?

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

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

⁴³ Est fait ici référence au coût du personnel expatrié, au nombre de bénéficiaires étrangers et notamment Américains et au prix des antirétroviraux (recours limité aux génériques).

central au travers d'IRCU, sensé servir de relais auprès des différentes confessions religieuses. Le rôle de ces organes de coordination que sont UCMB, UPMB et UMMB pour le secteur médical confessionnel a donc été ici fondamentalement ignoré en faveur d'un organe unique mais créé à l'origine pour d'autres fonctions. Dans la mesure où les différentes églises s'attendaient à ce que d'autres fonds (comme ceux du Fonds Mondial) aient dans le futur à transiter par un organe unique de représentation, IRCU a fini par être désigné officiellement en 2003⁴⁴ pour jouer ce rôle de receveur et de gestionnaire des fonds alloués. Il était néanmoins entendu que cet organe ne serait pas responsable de l'implantation des fonds au niveau périphérique, soit des contacts avec les structures sanitaires elles-mêmes.

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

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

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

⁴⁴ Par les Eglises, c'est-à-dire pour les Catholiques par la Conférence Episcopale.

informé lorsque des contrats ont effectivement été passés par CRS sur le terrain (c'est le cas de *Kabarole Hospital*).

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

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

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

NIVEAU PÉRIPHÉRIQUE: ST JOSEPH'S HOSPITAL, KITGUM



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

Processus contractuel et analyse des contrats

CRS

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

est indirect et s'est manifesté sous la forme de dotations en médicaments et en réactifs par le MSP.

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

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

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

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

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

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

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

UPHOLD

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

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

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

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

TASO

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

Le contrat 'TASO' est de fait un simple protocole d'accord (MoU) et des trois documents étudiés celui qui présente le moindre degré de précision. Sa formulation et ses caractéristiques

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

Instruments contractuels/partenariaux (suivi, évaluation)

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

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

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

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

Les obligations de rapportage et de collecte de données qui caractérisent chacun des contrats⁴⁵ permettent par ailleurs à la structure de demeurer critique et de pratiquer une auto-évaluation continue de la mise en place des activités.

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

⁴⁵ Voir copie des contrats en annexe, Vol II, 5.

Perception de la relation et implication

Secteur public

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

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

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

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

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

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

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

Secteur confessionnel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NIVEAU PÉRIPHÉRIQUE: KABAROLE HOSPITAL, FORT-PORTAL



Kabarole Hospital: clinique VIH et centre de dépistage.

(Source: www.kabarolehospitalmission.org)

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

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

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

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

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

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

Les structures coexistent dans un climat de bonne entente, cependant le fonctionnement du système de référence/contre-référence laisse à désirer avec une tendance marquée à la sur-référence vers l'hôpital régional. La crise des ressources humaines expérimentée au niveau des deux structures confessionnelles (Catholique et Protestante) - et reconnue par les acteurs du public⁴⁶ - expliquerait ce phénomène. L'implantation de PEPFAR dans le district est importante et essentiellement le fait de trois organisations: JCRC⁴⁷, EGPAF⁴⁸ et CRS. De nombreuses structures publiques sont bénéficiaires de certains de ces appuis. En ce sens, le niveau d'information du District apparaît largement meilleur qu'à Kitgum. Enfin, les responsables techniques du District (DMO, Point focal SIDA) témoignent d'une volonté réelle de coordination, se matérialisant notamment dans des efforts d'intégration des structures privées⁴⁹ dans le district et de collecte des informations.

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

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

La gestion des fonds alloués au secteur public s'effectue selon les procédures fixées par chacun d'entre eux et parfois à l'encontre des prescriptions du Gouvernement central⁵⁰. L'implication active des autorités de district dans la phase d'implémentation des projets laisse par ailleurs à désirer: elles n'exercent pas de rôle dans la supervision des projets et n'avaient jusqu'ici pas les moyens d'exercer cette prérogative. Un autre domaine de réserve concerne l'implication partielle des personnels de santé dans les structures incluses aux programmes ; cette pratique induit une inégalité de traitement des salariés au sein d'une même institution, la démotivation des personnels non intégrés et pose à terme le problème de la pérennité des programmes. Le district de Kabarole semble être parvenu à obtenir des bailleurs leur respect des échelles de salaire de la fonction publique.

⁴⁶ Médecin-chef de l'hôpital régional.

⁴⁷ *Joint Clinical Research Center.*

⁴⁸ *Elizabeth Glazer Pediatric Foundation.*

⁴⁹ L'actuel DMO a réinstauré la signature systématique de conventions avec les structures sanitaires (hôpitaux, CS) bénéficiant de l'appui du gouvernement.

⁵⁰ Les bailleurs chacun exigent l'ouverture d'un compte spécifique pour y verser les fonds alloués, là où le gouvernement plaide en faveur d'un compte unique.

Dans l'ensemble subsiste le sentiment que les programmes PEPFAR jouent un rôle positif dans le district, de part la mise à la disposition de fonds permettant l'implantation d'activités que le gouvernement ne serait pas en mesure de développer. On n'établit pas ici de distinction entre PEPFAR et d'autres initiatives telles que le Fonds Mondial, preuve que le degré d'intégration des programmes dans le district est suffisant pour ne pas donner au gouvernement local le sentiment d'être court-circuité. Les interventions sont perçues comme complémentaires de celles du secteur public ; elles contribuent par ailleurs à la génération de données sanitaires communiquées au niveau du MSP ; elles permettent partiellement de compenser les pertes en ressources humaines des structures confessionnelles grâce au détachement et à la prise en charge par les bailleurs de certains personnels, utilisés de manière versatile. Les domaines prioritaires mentionnés pour amélioration concernent la pérennité des activités et la mise en place de stratégies de repli, la flexibilité d'utilisation des fonds alloués⁵¹, l'harmonisation des procédures et la complétude des informations fournies.

La perception du secteur confessionnel présente ici aussi des différences intéressantes avec la situation observée à Kitgum. Car si l'analyse des bénéficiaires reste globalement positive, ils tendent néanmoins à se montrer plus critiques que leurs homologues. Reste qu'en tout état de cause, le programme CRS est implanté à Kabarole dans un contexte bien différent de celui de SJH. La structure, récemment reprise en main par le Diocèse se relève encore d'une période difficile, caractérisée notamment par une perte de crédit vis-à-vis des patients⁵². Elle doit par ailleurs 'concourir' avec deux autres hôpitaux pleinement opérationnels et situés à courte distance et l'hôpital ne dispose que de moyens limités, essentiellement cantonnés aux contributions des patients et à l'appui dispensé par le gouvernement. Les infrastructures sont en nombre limité et la capacité totale de l'hôpital (70 lits) est très largement inférieure à celle de SJH ; les ressources humaines sont limitées et affectées par un fort taux d'érosion, lié à la faible attractivité des salaires proposés au regard du secteur public.

En dépit de ces conditions défavorables et du niveau d'exigence du programme, KH a su justifier le renouvellement de son contrat avec CRS chaque année depuis 2005, tout en voyant les fonds alloués et les *slots* accordés graduellement augmenter au cours de la même période. Le personnel réservé au programme représente 21% du personnel total de KH. Les avantages identifiés recourent très largement ceux mentionnés par Kitgum: ils concernent en premier lieu la possibilité offerte par le programme de prendre effectivement en charge la population dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA, dans une zone affectée par un taux de prévalence deux fois supérieur à la moyenne nationale⁵³.

En deuxième lieu intervient la qualité de l'appui offert en termes de suivi: le personnel affecté au programme a été systématiquement formé. De même des formations ont été offertes dans le cadre des départements de l'hôpital appelés à jouer un rôle d'appui important dans le cadre du programme⁵⁴. Des supervisions régulières (techniques et financières) sont menées par CRS. Les obligations de rapportage ont permis au staff de développer une capacité d'analyse, d'anticipation et de gestion ainsi que des compétences en matière d'identification et de collecte des données, également exploitables dans le cadre des activités générales de l'hôpital. Cependant le degré limité de flexibilité du bailleur pose à KH les mêmes soucis qu'à SJH, mais est souligné de manière plus évidente. Il confronte ainsi l'hôpital aux limites de sa capacité de négociation.

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

⁵¹ Conflits de priorités entre celles des bailleurs et des bénéficiaires ; restrictions posées aux dépenses d'infrastructure, imposition de sources spécifiques, etc.

⁵² La période 'privée' de KH a entaché la réputation de la structure tant en termes de d'accessibilité que de qualité des soins.

⁵³ 11,6 contre 6,2.

⁵⁴ Médecin chef et administrateur, personnel clinique, département financier, laboratoire, pharmacie et entrepôts.

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

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

L'importance des fonds alloués et la dépendance de KH vis-à-vis d'un seul et unique bailleur pose par ailleurs la question de la pérennité du programme. La garantie récemment donnée assure comme à Kitgum la poursuite théorique du programme pour les cinq ans à venir. CRS fait par ailleurs participer l'hôpital à la recherche de solutions de relais⁵⁵. Le niveau de l'appui actuellement fourni et les standards appliqués en matière de qualité des soins⁵⁶ dans le cadre du programme renforcent ces difficultés et induisent par ailleurs un décalage flagrant avec les normes en vigueur à l'échelle nationale: l'Etat Ougandais ne peut actuellement, faute de ressources, adopter les mêmes principes⁵⁷.

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

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

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

⁵⁵ Le programme a par ailleurs financé en 2008 une mission de consultance destinée à identifier d'éventuelles alternatives.

⁵⁶ Médicaments de marque, financièrement inaccessibles pour l'immense majorité des patients s'ils devaient en assumer eux-mêmes le coût.

⁵⁷ Le problème concerne essentiellement les critères de démarrage (charge virale) des traitements pour les PVVIH.

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Analyse des résultats

ELÉMENTS CROISÉS

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

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

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

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

RÉSULTATS SPÉCIFIQUES : CAMEROUN

Tableau 1. Grille synoptique des résultats

CONTEXTE Général (national)	
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Le processus partenarial et contractuel entre MSP et Eglises est gelé depuis 2003. - Le secteur confessionnel connaît une grave crise en termes de moyens financiers et humains. - Difficultés au sein du Ministère de la santé Publique (MSP) et le plafonnement du budget de la santé. - Poids énorme et croissant des financements PEPFAR dans le financement des activités liées à la lutte contre le VIH-SIDA depuis 2004 mais avec une très faible visibilité de PEPFAR au niveau central. - Les relations de PEPFAR avec le secteur confessionnel court-circuitent les plateformes sanitaires.
Processus contractuel	<ul style="list-style-type: none"> - Sans objet pour PEPFAR: le processus contractuel concerne le niveau périphérique, les relations sont développées en ligne directe avec les acteurs opérationnels au niveau district.
Objectifs/ Motivations	<ul style="list-style-type: none"> - Chez les confessionnels, le besoin de formalisation de la relation avec le MSP est une stratégie de survie. - Au niveau de PEPFAR, il n'existe pas de partenariat national à proprement parler en dehors d'un agrément de portée générale signée avec les autres instances de l'Etat: le processus partenarial et contractuel se concentre au niveau opérationnel (district).
Cadre national de la relation	<ul style="list-style-type: none"> - Le protocole d'accord global entre PEPFAR et les hautes instances publiques est inaccessible et son contenu inconnu des acteurs publics au niveau du MSP. - Aucune convention-cadre n'existe entre le MSP ou les confessionnels et PEPFAR ou ses bénéficiaires.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'existe pas vraiment d'instruments au niveau national. L'existence du PEPFAR <i>Board</i> ne semble pas participer à l'amélioration du niveau d'information du MSP et des plateformes confessionnelles au sujet des activités déployées.
Perception	<ul style="list-style-type: none"> - Le MSP et les autorités confessionnelles témoignent d'une grande méfiance vis-à-vis du programme PEPFAR, par lequel ils se sentent court-circuité. L'opacité du système et le manque de communication renforcent ce sentiment. Cette situation réduit la capacité de gestion, de planification du MSP. - A l'exception de <i>Catholic Relief Services</i> (CRS), les bénéficiaires PEPFAR approchés ne reconnaissent pas le rôle des plateformes sanitaires confessionnelles et privilégient la communication avec l'<i>Inter Religious Coordination Unit</i> (IRCU). Le rôle d'IRCU (organe œcuménique) dans le cadre du programme PEPFAR est remis en cause par les plateformes confessionnelles. De fait aucune communication ne s'effectue entre IRCU et les plateformes au sujet des activités déployées. - Les confessionnels s'inquiètent des effets des programmes sur les structures, plus particulièrement en termes de distorsion des activités.

CONTEXTE Particulier (études de cas)		
	St Joseph Hospital (SJH)	Kabarole Hospital (KH)
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - SJH se situe dans une zone marquée par 20 ans de guerre civile. Il cohabite avec un hôpital de district public mais exerce de fait la fonction de structure de référence et draine l'essentiel des malades dans le district et au-delà. - La zone a par ailleurs été marquée par une forte présence des bailleurs, qui tend aujourd'hui à décliner avec l'accalmie politique. - La zone est peu attractive et la quantité et qualité du personnel public s'en ressent. Les difficultés des institutions sanitaires (hôpital de district, équipe cadre de district) en témoignent. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital est très ancien mais a connu de nombreuses vicissitudes et est encore actuellement dans une phase de 'restauration'. Il est la plus modeste de trois structures (publique, Catholique) situées à faible distance l'une de l'autre. - Le district sanitaire est relativement dynamique.
Processus contractuel	<ul style="list-style-type: none"> - L'identification des structures s'est faite à l'initiative du bailleur. Elle repose dans les deux cas sur l'identification d'une capacité préexistante et testée des structures à assumer les tâches qui leur sont confiées. - L'approche contractuelle, variable selon le type de récipiendaire PEPFAR impliqué, tend néanmoins à largement court-circuiter les autorités de district, du moins sur le plan opérationnel. Dans le cas de Kabarole néanmoins, le district et l'hôpital public entretiennent eux-mêmes des relations avec certains récipiendaires. - Les contrats sont largement préformatés et laissent une part très réduite à l'initiative des structures bénéficiaires: la phase de négociation est quasi inexistante. - Les diocèses propriétaires des structures ne sont pas nécessairement impliqués, même dans la signature des documents contractuels. L'interlocuteur ciblé n'est pas l'autorité légale mais l'autorité opérationnellement compétente. 	
Objectifs Motivations	<ul style="list-style-type: none"> - L'objectif commun aux différents contrats réside dans la mise en place d'activités ciblées dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA. Les récipiendaires PEPFAR ciblent ici les structures les mieux à même d'implémenter les programmes dans les meilleurs délais possibles et dans le respect d'objectifs chiffrés préétablis. - L'entrée des structures confessionnelles dans ces contrats répond à un souci de prise en charge des PVVIH, notamment sur le plan thérapeutique. Cette réponse n'étant pas fournie par l'Etat (ou avec des garanties et une qualité insuffisantes), les propositions de PEPFAR et leur ampleur ne connaissent de fait aucune alternative. - Les objectifs des deux parties sont donc bien ici ciblés. 	
Cadre de la relation	<ul style="list-style-type: none"> - SJH dispose de 3 contrats PEPFAR: Deux signés avec des partenaires internationaux (CRS, UPHOLD), un avec une organisation locale (TASO). - Dans ce contexte particulier, le propriétaire (évêque) n'a pas été associé à la signature du document. 	<ul style="list-style-type: none"> - Au niveau de KH, un seul contrat, avec CRS. - L'évêque est signataire du contrat.
	<ul style="list-style-type: none"> - A l'exception du contrat TASO, les contrats signés sont des formats standards dont le niveau de détail est extrême et les seules plages négociables concernent le montant des sommes allouées et la nature du bénéficiaire. Le détail du budget et l'échéancier des activités constituent de fait le 'plan de travail' spécifique de la structure. Ces contrats, de source américaine, ne sont que très partiellement adaptés au cadre spécifique de leur implantation et d'un accès difficile pour des acteurs non habitués. - Une place très importante y est accordée à l'encadrement de la relation et aux moyens d'en assurer le suivi. 	
Outils	<ul style="list-style-type: none"> - Les outils résident en un maillage serré de formations préalables et continues, d'audits et supervisions externes ainsi que d'obligations de rapportage imposées au bénéficiaire. - Le niveau de définition des obligations est très poussé et leur suivi scrupuleusement encadré et respecté. Aucune participation du district n'existe dans ce domaine et les informations tirées de 	

	l'application des outils ne leur sont pas communiquées.
Perception	<ul style="list-style-type: none"> - Les structures bénéficiaires ont une approche globalement positive des relations contractuelles développées avec PEPFAR, très éloignée de celle de leurs plateformes confessionnelles de rattachement. Elles ignorent en ce sens largement l'exclusion dont celles-ci font souvent l'objet. - Les effets pervers potentiels ou avérés des contrats liés à leur degré de focalisation et à l'importance des ressources mises en jeu ne sont pas niés mais largement tempérés au regard des bénéfices engrangés. - Les autorités de district ont une approche pragmatique de la situation: elles tendent à valider des initiatives considérées comme bénéfiques pour le district dans la mesure où elles sont censées contribuer à une amélioration de la prise en charge du VIH-SIDA. - Il est cependant clair que les districts ne disposent au mieux que d'une connaissance très parcellaire des programmes mis en place dans des structures non étatiques, et n'ont pas de démarche active vis-à-vis des bailleurs et des bénéficiaires pour corriger cette situation. Ils ignorent également la non-implication du MSP au niveau central.
PORTEE	
Effets, qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Les contrats remplissent les objectifs qui leurs sont assignés en vertu des moyens (suivi, évaluation, accompagnement) déployés à cet effet. - Ils s'accompagnent d'effets connexes importants, liés à l'importance des fonds mis en jeu ; l'intensité des mesures de suivi et d'évaluation ; la focalisation des activités et la rigidité des contrats ; l'importante consommation de ressources humaines qualifiées qu'impose la réalisation des objectifs. - Les effets négatifs résident dans: <ul style="list-style-type: none"> i) le développement de double-standards au sein de la structure et du district, qui posent le problème de l'intégration des hôpitaux concernés au sein du système local de santé mais également des services de prise en charge du VIH SIDA et de leurs personnels au sein des structures ; ii) une dépendance financière très importante vis-à-vis de l'extérieur ; iii) une mobilisation du personnel qualifié de l'hôpital dans un contexte de pénurie chronique de ressources humaines compétentes et qui exerce une pression sur la qualité pour les activités de routine de l'hôpital ; iv) l'augmentation conséquente de la charge de travail administratif imputée par les activités de suivi et d'évaluation ; v) le manque de flexibilité existant dans l'utilisation des fonds. - Les effets positifs résident, outre la mise en place effective d'un système de prise en charge du VIH-SIDA, essentiellement dans l'effet de contamination positive des contrats sur les structures bénéficiaires: <ul style="list-style-type: none"> i) en termes de formation de certains membres du personnel ; ii) de développement de capacités d'analyse, d'anticipation et de gestion, transférables aux activités de routine de l'hôpital ; iii) d'effet d'appel sur la population ; iv) d'amélioration du crédit des structures auprès d'autres bailleurs potentiels.
Niveau de connaissance et d'information	<ul style="list-style-type: none"> - Le niveau central (MSP et autorités confessionnelles) est excessivement mal informé au sujet de PEPFAR et ignore presque tout des relations contractuelles établies au niveau périphérique. - Trois éléments l'expliquent: <ul style="list-style-type: none"> i) L'approche spécifique et l'opacité du système PEPFAR ; ii) Un manque de leadership au niveau du MSP ; iii) Le cloisonnement des expériences contractuelles (relations bilatérales) avec une 'rétention' des informations au niveau même des bénéficiaires. - Le niveau périphérique ne dispose lui-même que d'informations parcellaires, essentiellement axées autour de son expérience spécifique. La participation des autorités sanitaires de district dans les relations étudiées est inexistante.
Avenir de la relation contractuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Les structures bénéficiaires sont partisans d'une poursuite des relations, notamment dans le cadre des contrats de prise en charge thérapeutique, mais idéalement assortie d'une plus grande flexibilité. Elles sont ici conscientes du risque majeur que ferait peser la rupture des contrats sur la pérennité des activités mises en place. Dans ce cadre, le MSP n'est jamais considéré comme une alternative viable. Pour l'heure, la poursuite des plus gros contrats est assurée à moyen terme.

Tableau 2. Analyse SWOT des cas d'étude

<p>FORCES (<i>Strengths</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des plateformes confessionnelles dynamiques et professionnelles. - L'importance des moyens financiers PEPFAR. - L'efficacité des programmes implantés au niveau périphérique à remplir leurs objectifs. - D'excellents mécanismes de suivi et d'évaluation. - La capacité des programmes à 'intéresser' leur personnel.
<p>FAIBLESSES (<i>Weaknesses</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de politique partenariale et contractuelle entre MSP et secteur confessionnel. - Non implication des autorités du MSP au niveau central, et dans une large mesure également des plateformes confessionnelles. - Le choix d'un interlocuteur œcuménique au niveau central non légitimé par les plateformes confessionnelles. - Les informations diffusées par le secteur confessionnel au niveau public, notamment au travers des rapports n'atteignent pas le niveau central et sont symptomatiques du dysfonctionnement de la décentralisation sanitaire. - Le poids des contrats PEPFAR sur les structures en termes de charge de travail et de mobilisation de personnel compétent - Le caractère rigide des contrats et leur caractère largement 'exogène'. - Le développement de double-standards au sein des structures hospitalières et plus largement à l'échelle du système sanitaire de district: moyens, méthodes, qualité des soins.
<p>OPPORTUNITES (<i>Opportunities</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Effet de contamination positive des contrats sur les activités générales de l'hôpital: changement de culture professionnelle, développement des compétences du personnel, acquisition de moyens (SIS) de se légitimer aux yeux de nouveaux bailleurs potentiels.
<p>MENACES (<i>Threats</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risques de distorsion des activités de l'hôpital au détriment des activités de routine. - Tendance de certaines structures bénéficiaires à ne pas communiquer avec leurs plateformes de référence au sujet des contrats signés avec PEPFAR ou d'autres bailleurs importants. - L'effet de comparaison au niveau périphérique entre contrats PEPFAR et les difficultés rencontrées dans les relations avec le MSP peut contribuer à détacher les hôpitaux du projet partenarial et contractuel des plateformes confessionnelles.

Analyse transversale 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 efforts⁵⁸ 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.

⁵⁸ 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 prévus⁵⁹ 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 expériences⁶⁰, 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

⁵⁹ Comités de pilotage notamment, lorsque ceux-ci existent.

⁶⁰ 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 confessionnel⁶¹ de la santé passe par la **mise en place d'une mémoire collective institutionnelle effectuant la synthèse et garantissant une conservation centralisée de l'historique, des cadres règlementaires, des documents contractuels et des savoir-faire propres à chaque pays**. Une telle démarche doit être envisagée à court terme afin d'enrayer la disparition de documents et de témoignages essentiels à la compréhension et à l'analyse des expériences les plus anciennes⁶². 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 lucratif⁶³ 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 public⁶⁴. Une collaboration avec les institutions académiques locales⁶⁵ 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-Med⁶⁶ 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 locales⁶⁷. 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.

⁶¹ Et plus largement, privé à but non lucratif.

⁶² Tanzanie, années 70.

⁶³ Aux différents niveaux de l'échelle hiérarchique.

⁶⁴ Décideurs publics et privés, acteurs opérationnels, structures de coordination nationale et appuis extérieurs, chercheurs.

⁶⁵ 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.

⁶⁶ Cf. www.essentialdrugs.org (p.18).

⁶⁷ Des organisations telles qu'AMCES au Bénin, UCMB et UPMB en Ouganda, CSSC en Tanzanie, l'UNAD et les BELACD au Tchad disposent d'une large expérience dans la dispensation de formations aux acteurs des réseaux confessionnels (et souvent aussi du secteur public). Leurs liens avec le terrain en font par ailleurs des relais indispensables à la définition des besoins à pourvoir.

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

Recommandations spécifiques : Tanzanie

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

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

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

fonctionnelles, capables d'accompagner efficacement la mise en place d'arrangements contractuels éventuels au niveau des structures.

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

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 & Ngalandanda Banda EE (1994) Contracting out of health services in developing countries. *Health Policy and Planning* 9(1), 25-30.
- Perrot J (2007) Une politique de contractualisation: guide pour son élaboration et son suivi, OMS, HSF, HSS, Discussion paper 2, pp 64.
- World Health Organization (2003) The role of contractual arrangements in improving health systems' performance, WHA56.25, 28 May .

- Kumaranayake L (1998) Economic Aspects of Health Sector Regulation: Strategic Choices for Low and Middle Income Countries, Ed: Departmental Publication N° 29, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Green A, Shaw J, Dimmock F & Conn C (2002). A shared mission? Changing relationships between government and church health services in Africa. *International Journal of Health Planning and Management* 17, 333-53.
- Carrin G, Perrot J & Sergent F (1997) The contractual approach: new partnerships for health in developing countries; technical document, World Health Organization (WHO), Division of Intensified Cooperation with Countries in Greatest Need (ICO), Geneva, pp: 63, Macroeconomics Health and Development Series 24; WHO/ICO/MESD-24.
- Palmer N, Strong L, Wali A & Sondorp E (2006) Contracting out health services in fragile states. *British Medical Journal* 332(7543), 718-721.
- Mills A, Hongoro C & Broomberg J (1997) Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? *Tropical Medicine and International Health* 2, 116-126.
- Van Balen H (1999) Un contrat pour la santé. Contracting NGOs for health. Report of the MMI technical meeting, during the 52nd World Health Assembly, Geneva, May 1999. Medicus Mundi International, Brussels, 7-10.
- Perrot J, Mathonnat J & Tangcharoensathien V (2006) Round table: Contracting and health services. *Bulletin of the World Health Organisation* 84(11), 910-13.
- Bennett S, Hanson K, Kadama P & Montagu D (2005) Working with the non-state sector to achieve public health goals, World Health Organisation (WHO), Geneva, pp: 18, Making Health Systems Work. Working Papers 2.
- Broomberg J, Masobe P & Mills A (1997) To purchase or to provide? The relative efficiency of contracting out versus direct public provision of hospital services in South Africa. In: Bennett S, McPake B & Mills A [ed.]. Private health providers in developing countries; serving the public interest? London and New Jersey, Zed Books, 214-36.
- Siddiqi S (2005) Regional Consultative Meeting on the Role of Contracting in Improving Health System Performance. Contracting out publicly financed health services, 18-20/04/2005, Cairo (ppt).
- Preker AS, Liu X & Velenyi EV (2007) Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services, (Dir), *World Bank Publications*, pp 436.
- Contracting and Health Services (2006). Special theme issue. *Bulletin of the World Health Organization* 84(11).
- Heinbuch SE (1996) Achieving effective service-contracting results: the process is the key to success. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 9(3), 32-41.
- Vining AR & Globerman S (1999) Contracting-out health care services: a conceptual framework. *Health Policy* 46(2), 77-96.
- Mills A, Hongoro C & Broomberg J (1997) Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? *Tropical Medicine and International Health* 2(2), 116-26.
- Bodart C & Schmidt-Ehry B (1999) The contractual approach as a tool for the implementation of national public health policy in Africa;GTZ,Eschborn.

Contractualisation, secteur public/secteur confessionnel

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

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

Contractualisation, Afrique

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

Contractualisation, GHI

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

PPP

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

Systèmes de santé, Afrique, Général

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

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

Secteur sanitaire confessionnel

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

Medicus Mundi International (MMI)

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

CORDAID

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

PEPFAR

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

BIBLIOGRAPHIE SPECIFIQUE

Ouganda

- Ssenooba F & Alii (2007) Tracking HIV/AIDS Funding in Uganda. Draft Report, Makerere University School of Public Health.
- Verhallen M (2003) The contractual approach: ways forward for Uganda. Review of memoranda of understanding and service level agreements between Public health authorities and private not for profit facilities, UCMB.
- Fenenga C, de Jager A (2007) Cordaid-IICD Health Programme Uganda; Health Management Information Systems as a tool for organizational development, IICD.
- UCMB, UPMB, UMMB, Facts and figures of the PNFs: knowing and understanding the facility-based PNFP health sub-sector in Uganda. August 2007.
- http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/289UCMB-UPMB-UMMB_Profile.doc
- Giusti DG (1995) L'hôpital confessionnel: obstacle ou atout à l'intégration dans le système de santé de district? Le cas de l'hôpital de Matany en Ouganda, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold Antwerpen.
- Meessen B, Van Damme W, Kirunga Tashobya C & Tibouti A (2006) Poverty and user fees for public health care in low-income countries; lessons from Uganda and Cambodia [viewpoint]. *Lancet* 368(9554), 2253-57.
- Barr A & Fafchamps M (2006) A client-community assessment of the NGO sector in Uganda. *The Journal of Development Studies, Taylor and Francis Journals* 42(4), 611-39.
- Mutyaba S (2001) Religious Medical Bureaux in Uganda. *Uganda Health Bulletin* 7(3).
- Religion and Politics in East Africa: The Period since Independence, and: Development and the Church of Uganda: Mission, Myths, and Metaphors, and: African Christianity: Its Public Role (review) *Mediterranean Quarterly* 13(1), 117-22.
- Hansen & Holger B (1984) Mission, Church and State in a Colonial Setting: Uganda 1890-1925. London: Heinemann/New York: St. Martin's Press.
- Jeppsson A (2004) Decentralization And National Health Policy Implementation in Uganda - a Problematic Process. Department of Community Medicine, Malmö University Hospital, Lund University, Sweden.
- Following the Funding for HIV/AIDS
- Oomman N, Bernstein M & Rosenzweig S (2007) A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia. HIV AIDS Monitor - Centre for Global Development.
- Adupa RL & Mugerwa CG (2005) Review of the Performance and Contribution of Development Assistance and Major Funding Mechanisms of the National AIDS Response. Kampala, Uganda AIDS Commission, Republic of Uganda.
- Magumba, G, Kironde S *et al.* (2006) UPHOLD CSO-CSO Partnerships: What Makes Them Work? August 2006. Kampala, Uganda UPHOLD, USAID.
- Magumba, G, Kironde S *et al.* (2006) UPHOLD CSO Follow-Up Capacity Report, June 2006. Kampala, Uganda UPHOLD, USAID.
- Adupa RL (2006) Review of development assistance and major funding mechanisms of the National AIDS response. Ppt presentation -
- Ploem R (2006) AIDS controversies in Uganda further analyzed. Report of the mission to Uganda from 5 until 16 December 2005. KIT, Share-Net, Wemos.

- Omaswa F (2004) GHIs and partnerships. Harmonization for the achievement of health related MDGs. Experience from Uganda. Ppt presentation.