

# **L'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre des politiques nationales de santé en Afrique :**

**Information de base et analyse préliminaire de  
l'expérience GTZ**

**GTZ / OE 4320**

Dr. Claude Bodart et Dr. Bergis Schmidt-Ehry

Eschborn, Juillet 99

## Sommaire

|                                                                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Remerciements .....                                                                                                                                                                | 2  |
| Introduction.....                                                                                                                                                                  | 3  |
| L'approche contractuelle est-elle une nouvelle « mode » ou répond-elle à un besoin en Afrique ?.....                                                                               | 3  |
| Qu'est ce qui différencie l'approche contractuelle de la contractualisation ?.....                                                                                                 | 5  |
| S'agit-il d'une approche qui vise la privatisation des systèmes de santé en Afrique ?.....                                                                                         | 6  |
| Quelle expérience a-t-on jusqu'à aujourd'hui avec l'approche contractuelle ?.....                                                                                                  | 7  |
| Les systèmes judiciaires défaillants dans beaucoup de pays africains permettent-ils l'approche contractuelle ?.....                                                                | 8  |
| L'approche contractuelle vient-elle remplacer l'approche sectorielle prônée par les grands bailleurs de fonds comme la Banque Mondiale ?.....                                      | 9  |
| Quelle stratégie suivre pour introduire l'approche contractuelle au niveau des pays ? Les capacités nationales sont-elles disponibles pour appuyer l'approche contractuelle ?..... | 9  |
| Quel est le cycle contractuel et quel sont les clauses importantes d'un contrat ?.....                                                                                             | 10 |
| Quels sont les coûts d'un contrat ? .....                                                                                                                                          | 13 |
| Quels sont les types de contrats possibles ?.....                                                                                                                                  | 14 |
| Quels sont les modes d'attribution des contrats ?.....                                                                                                                             | 16 |
| A quels niveaux la GTZ est-elle concernée par l'approche contractuelle ?.....                                                                                                      | 16 |
| Où puis-je trouver de la documentation supplémentaire ?.....                                                                                                                       | 17 |
| Quelles sont les personnes ressources intéressantes à contacter ? .....                                                                                                            | 18 |
| Annexe 1 : Inventaire préliminaire des expériences GTZ avec l'approche contractuelle .....                                                                                         | 19 |
| Exemple 1 : Contrat dans le cadre de la décentralisation des services de santé.....                                                                                                | 19 |
| Exemple 2 : Contrat pour développer le partenariat avec une entreprise privée.....                                                                                                 | 21 |
| Exemple 3 : Contrat avec une association à but non lucratif .....                                                                                                                  | 23 |
| Exemple 4 : Convention entre un projet appuyé par la GTZ et des districts de santé.....                                                                                            | 25 |
| Exemple 5 : Convention d'association au service public sanitaire entre le MSP et le CDSS.....                                                                                      | 27 |
| Annexe 2 : Cadre d'analyse des contrats développé par le projet GTZ de Mahajanga .....                                                                                             | 29 |
| Annexe 3: Typologie des contrats (en langue allemande).....                                                                                                                        | 30 |

## Remerciements

Les auteurs voudraient remercier, tout particulièrement, Thomas Kirsch-Woick et Philippe Senant pour leurs précieuses contributions dans la rédaction de ce document. De même, les commentaires de Tonia Marek de la Banque Mondiale ainsi que ceux de Jean Perrot de l'OMS ont beaucoup contribué à son amélioration. Nos remerciements vont aussi aux projets santé appuyés par la GTZ au Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et à Madagascar pour avoir pris la peine de participer à l'enquête sur les expériences GTZ en cours. Enfin, nous remercions Lutz Steinhaus pour la traduction en langue allemande de la typologie des contrats reprises en annexe.



## Introduction

Devant une certaine prolifération incontrôlée du secteur privé et la remise en cause de l'efficacité de l'Etat-Providence en matière de santé, il est urgent de redéfinir le rôle de l'Etat pour qu'il puisse ensemble avec ses partenaires à la santé assurer le développement d'un système accessible à tous les citoyens, fournissant des soins de qualité satisfaisante à un niveau d'efficience suffisant.

Dans ce cadre, l'Etat devra se concentrer sur son rôle régulateur et s'assurer la coopération d'autres partenaires (du secteur public comme privé), à travers des arrangements contractuels, pour le financement et la prestation de soins ainsi que la fourniture de biens publics qui concourent à la santé (l'air, l'eau, la sécurité, etc.).

L'idée de la contractualisation en Afrique n'est pas nouvelle (spécialement en Afrique anglophone), néanmoins, il apparaît opportun pour la GTZ d'approfondir la réflexion et de se positionner par rapport aux récentes réflexions stratégiques engagées par l'OMS et la Banque Mondiale sur l'approche contractuelle <sup>1</sup>.

La division santé de la GTZ (OE 4320) est d'avis général que l'approche contractuelle est un outil au service d'autres stratégies déjà mises en œuvre à l'heure actuelle (approche sectorielle, décentralisation, assurance de qualité, etc.) et qu'il s'agit d'un moyen de redéfinir le rôle de l'Etat/Ministère dans le moyen et le long terme. La division reste consciente des difficultés de mise en œuvre d'une telle approche au niveau d'un pays. Elle recommande une évaluation systématique des expériences en cours afin d'analyser les effets de l'approche contractuelle sur l'accessibilité, l'efficience des services et la qualité des soins.

Le reste du document constitue une analyse de l'approche contractuelle (qui s'appuie fortement sur des documents déjà disponibles en particulier ceux de l'OMS) et fournit une information de base à travers une série de questions. L'annexe 1 reprend quelques expériences en cours dans des projets appuyés par la GTZ à Madagascar, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire.

## L'approche contractuelle est-elle une nouvelle « mode » ou répond-elle à un besoin en Afrique ?

Les systèmes de santé en Afrique ont subi de profondes mutations ces trente dernières années. Les systèmes deviennent de plus en plus complexes avec l'arrivée de nouveaux acteurs (ONG, associations, assurances, prestataires privés, etc.) et une séparation plus nette des fonctions de régulation, financement et prestation des soins (voir figure 1). Chacun de ces acteurs peut avoir plusieurs fonctions à la fois. La fonction législative et réglementaire est réservée à l'autorité publique mais celle-ci peut relever de niveaux de décisions différents dans le cas de pays décentralisés.

Les relations entre ces différents acteurs méritent d'être codifiées afin d'assurer un développement coordonné du système de santé dans le sens d'une plus grande équité,

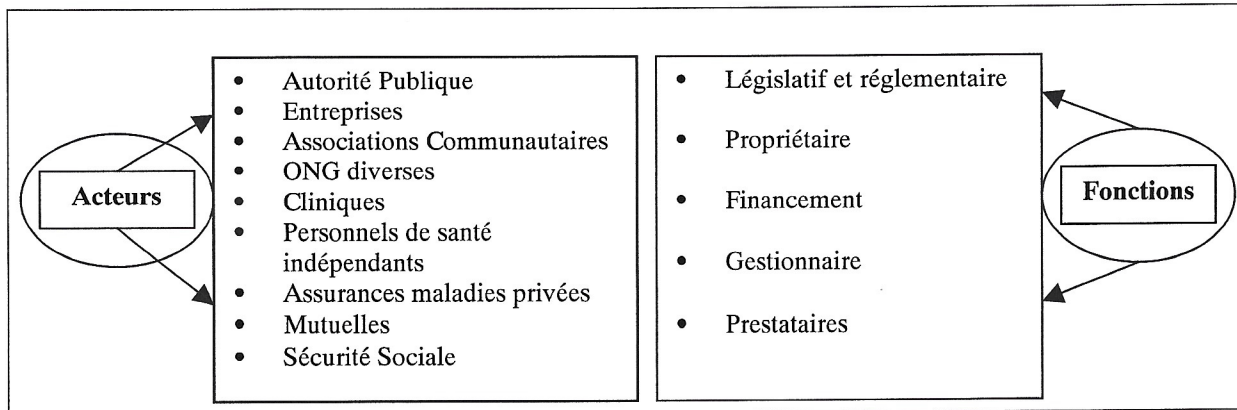
---

<sup>1</sup> Deux réunions internationales ont eu lieu sur le sujet auxquelles la GTZ étaient représentées :

- « Towards new partnerships for health development in developing countries : the contractual approach as a policy tool », Geneva, February 4-6, 1998
- « The contractual approach as a policy tool for implementation of National health policies in African countries, Dakar, October 19-21, 1998

efficience et une qualité meilleure des soins. C'est là que l'approche contractuelle, se basant sur le contrat comme acte social, se justifie pleinement.

**Figure 1 : Diversités des acteurs et des fonctions dans les systèmes de santé actuels**



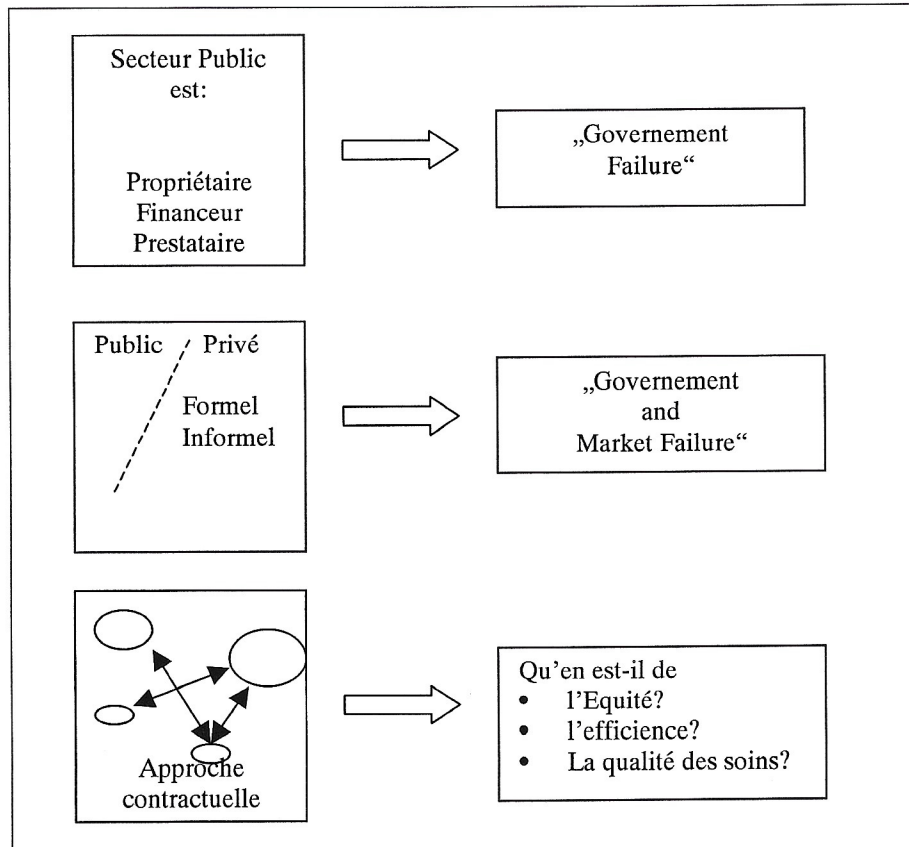
Schématiquement, on peut distinguer trois périodes dans l'évolution des systèmes de santé africains (voir figure 2 ci-dessous) :

- (i) Après les indépendances, la plupart des Gouvernements africains étaient quasi les seuls responsables de la production, du financement, de la gestion et de la prestation à tous les niveaux de la pyramide des soins. Les problèmes économiques de la fin des années 70 et les politiques d'ajustement structurel menées dans les pays ont fortement grevé les budgets de la santé conduisant à des performances douteuses des services de santé spécialement en matière d'efficience et de qualité des soins. Cette situation est qualifiée par les économistes anglo-saxons de « Government failure ».
- (ii) Les politiques de participation communautaire et de recouvrement des coûts menées depuis le début des années 80 ont eu peu d'impact car les actions de santé n'atteignent pas la majorité des femmes et des enfants, et la qualité des services rendus est souvent trop faibles pour faire une différence.<sup>2</sup> L'accessibilité financière et la qualité des prestations offertes sont restées des freins à l'utilisation des services de santé dans le secteur public dans de nombreux pays. Cette situation a conduit à un développement des prestations privées formelles mais surtout informelles y compris au sein des structures publiques. Ces prestations sont bien souvent exécutées sans un cadre réglementaire bien établi, ou s'il existe, il présente des faiblesses dans son application. Cette situation, laissant le « marché » agir comme moteur du développement du financement et de la prestation de soins débouche sur des soins de qualité médiocre avec une barrière financière importante. Cette fois, il s'agit du « Market failure » des économistes anglo-saxons.
- (iii) La situation à la fin des années 90 est telle qu'une multitude d'acteurs agissent dans le secteur de la santé des pays africains conduisant à une complexification des systèmes de santé (l'autorité publique, les prestataires publics et privés, les entreprises, les associations communautaires, les ONG, les organismes de financement des soins de santé comme les mutuelles et assurances privées, les associations professionnelles,

<sup>2</sup> International Center for Childhood and the Family-Paris. Eight year of Bamako Initiative implementation. Children in the Tropics. 1997; No. 229/230.

etc.). La décentralisation entamée dans beaucoup de pays vient ajouter de nouveaux acteurs : les pouvoirs déconcentrés et les collectivités territoriales sont responsabilisés en matière de santé. Chacun de ces acteurs peut tenir plusieurs rôles à la fois : régulation, financement, prestation, gestion, rendant le tableau très complexe. L'interaction à l'heure actuelle se limite trop souvent à l'élaboration de plans d'action communs sans réel succès et motivation durant la phase d'exécution.

**Figure 2 : Mutation des systèmes de santé en Afrique**



Dans ce cadre, un arrangement contractuel entre deux ou plusieurs partenaires pourrait clarifier les responsabilités et les attentes de chacun des partenaires par rapport aux autres. Ce contrat serait donc un instrument qui formalise les différentes interactions. Les effets de cette approche sur l'équité, la qualité des soins et l'efficience restent néanmoins à démontrer et ainsi, l'approche contractuelle n'est pas à prendre comme une panacée.

### Qu'est ce qui différencie l'approche contractuelle de la contractualisation ?

En droit Français, l'article 1101 du code civil stipule : « Le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire, ou à ne pas faire quelque chose ». On retiendra qu'un contrat doit être défini comme :

- une alliance *volontaire*,
- entre des *partenaires indépendants* (ayant leur propre personnalité juridique),
- qui *s'obligent mutuellement*, et



- qui attendent *chacun des bénéfices* de leur association

L'approche contractuelle se différencie de la simple contractualisation par essentiellement trois aspects:

L'approche contractuelle est un *instrument stratégique au service du développement du système de santé* et donc de la politique nationale de santé pour élargir le partage des responsabilités à tous les acteurs . L'approche contractuelle engendre une dynamique sociale qui doit faire découvrir les points de vue, les capacités et les rôles de chaque entité et débouche sur des obligations sociales des partenaires. Cela implique la participation des pouvoirs publics (Etats, Ministère, collectivités administratives ou territoriales, entreprise ou établissement public) Par exemple : un hôpital qui passerait un contrat de sous-traitance avec une société de gardiennage ne rentre pas dans le cadre de l'approche contractuelle s'il s'agit simplement d'une mesure visant à réduire le coût de ce service. Par contre, il s'agit bien de l'approche contractuelle si cette mesure fait partie d'une réflexion globale sur le redéploiement des ressources de l'hôpital.

- L'approche contractuelle est la recherche du développement *d'un partenariat véritable et durable* plutôt que le développement d'une relation de contractant à contracté. Dans le cadre de la démocratisation de nos sociétés, le concept contractuel évolue depuis un droit imposé à un *droit plus négocié*. Pour preuve, les gouvernements invitent les partenaires sociaux à définir les rapports contractuels. Par exemple : le financement du système de santé en Allemagne illustre assez bien cet aspect. Dans ce pays, les caisses d'assurance-maladies obligatoires négocient les budgets avec leurs partenaires que sont les associations de médecins et les hôpitaux.
- L'approche contractuelle est au service de la redéfinition du rôle de l'Etat dans les systèmes de santé en Afrique. Elle permettra à terme à l'Etat de jouer son rôle de régulateur et de garant d'un système de santé équitable sans intervenir de manière directe dans la prestation des soins.

### **S'agit-il d'une approche qui vise la privatisation des systèmes de santé en Afrique ?**

Non, l'approche contractuelle ne vise pas la privatisation pure et simple des systèmes de santé en Afrique. Mais, les gouvernements africains et les agences de développement devraient tirer les leçons des expériences passées. Les performances du secteur public qui ont conduit à une faible accessibilité, efficience et qualité des soins doivent être mis en doute. La privatisation (formelle et informelle) si elle peut mener à plus de satisfaction des patients s'est souvent révélée fortement inéquitable et d'une qualité technique insatisfaisante spécialement dans un contexte juridique et réglementaire laxiste à l'égard des prestataires ou des assureurs privés.

**L'approche contractuelle ne vise pas la privatisation du système de santé.**

**Certains outils de gestion du secteur privé pourraient en améliorer les performances**

L'approche contractuelle cherche à tirer le meilleur parti des approches publique et privée afin d'éviter les écueils des deux approches. Elle vise à faire jouer à l'Etat son rôle de régulation des interactions entre prestataires et financeurs de tous secteurs ( public et privé à but lucratif ou non lucratif) afin de garantir une accessibilité à des soins de qualité acceptable. Cette vision se rapproche du concept de « compétition gérée » (managed competition)<sup>3</sup> à la base de beaucoup de réformes actuelles dans les pays de l'OCDE<sup>4</sup>.

Les éléments qui pourraient être envisagés pour le développement d'un système de santé plus performant et mieux régulé par l'Etat sont entre autres :

- Une flexibilité dans la gestion des ressources humaines
- Une plus grande responsabilisation des prestataires de soins vis à vis des performances des formations sanitaires dont ils sont en charge
- Un financement des formations sanitaires publiques à partir de la demande et non plus un financement public direct à travers des lignes budgétaires prédéfinies
- Une séparation progressive des rôles de financement et de prestation des soins
- Le développement de mécanismes appropriés pour le paiement des prestataires
- Une plus grande autonomie des hôpitaux et des districts
- Un rôle plus important dévolu à la société civile dans la définition des politiques de santé

### **Quelle expérience a-t-on jusqu'à aujourd'hui avec l'approche contractuelle ?**

L'expérience documentée, suivie et évaluée est très limitée dans les pays en développement en matière d'approche contractuelle. La plupart des expériences documentées portent sur la prestations des soins curatifs.

La Zambie a commencé une décentralisation importante en matière de gestion avec un rôle d'acheteur de soins dévolu aux responsables des districts de santé<sup>5</sup>. Dans plusieurs pays africains (Tanzanie, Ghana, Malawi, Zimbabwe, Rwanda Swaziland, Afrique du Sud) le secteur public contracte implicitement avec des prestataires privés (Eglises, ONG) qui sont subventionnés par l'Etat.

L'Afrique du sud qui est un des rares pays à avoir une expérience en matière d'approche contractuelle dans le secteur. Dans ce pays, des hôpitaux publics sont donnés en gérance à des sociétés privées. Une évaluation de cette expérience révèle l'existence de contrats souvent passés sans réelle concurrence, une rédaction ambiguë des termes du contrat et l'absence de monitoring des performances du contractant.

On peut citer Madagascar, où le projet GTZ de Mahajanga appuie plusieurs expériences en matière d'approche contractuelle. Une de ces expériences concerne l'établissement d'une convention d'agrément entre une direction interrégionale de la santé et une commune, portant sur la gestion de formations sanitaires de base, en concession par une association d'usagers ou à travers une gestion de type régie autonome avec une participation communautaire dans le

<sup>3</sup> Broomberg, J. 1994. Health Care Markets for Exports ? Lessons for developing countries from European and American Experience. London School of Hygiene and Tropical Medicine. PHP Departmental Publication No.12

<sup>4</sup> OECD. 1994. The Reform of Health Care Systems : A review of seventeen OECD countries. Health Policy Studies No.5

<sup>5</sup> Bennett S, Russel S, and Mills A. 1996. Institutional and economic perspectives on government capacity to assume new roles in the health sector : A review of experience. PHP Departmental Publication No. 22. London : Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and tropical Medecine.



comité de gestion. Cette expérience a le mérite de se pencher sur l'application des textes de loi portant sur la décentralisation et donc de contribuer fortement à l'évolution de la politique de santé à Madagascar <sup>6</sup>. L'expérience est récente et n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. Elle ne permet pas de répondre à la question de savoir si les nouveaux arrangements institutionnels ont permis de fournir des soins de meilleure qualité avec une plus grande efficience et une accessibilité accrue.

Le Mali est souvent cité en exemple pour avoir établi une convention cadre entre l'Etat et les communautés représentées par les Associations de santé communautaires selon un principe de partage raisonné des responsabilités et des engagements financiers. Les bénéfices sont perceptibles en ce qui concerne l'extension des services de premier niveau et la disponibilité de médicaments essentiels génériques.

En ce qui concerne les expériences dans le domaine de la prévention et de la promotion, on peut citer en exemple certaines interventions exécutées par PSI et the Futures Group dans le domaine du marketing social en Afrique, ainsi que dans le domaine de la nutrition communautaire (projet SECALINE) au Sénégal.

Plusieurs pays à revenus moyens d'Amérique Latine (Colombie, Chili, Mexico, etc.) s'engagent dans de profondes réformes de leur système de santé sur la base de contrats entre acheteurs et prestataires de soins et en favorisant la concurrence au niveau primaire en contractant des prestataires privés financés sur fonds publics. Plusieurs pays d'Asie, les nouveaux Etats indépendants et d'Europe de l'Est, y compris la Fédération Russe, s'engage dans des voies similaires.

Dans les pays développés, c'est l'expérience aux E.U. dans le cadre des HMO (Health Maintenance Organization) <sup>7</sup> et la réforme du NHS (National Health Service) <sup>8</sup> en Angleterre qui ont fait l'objet d'évaluations systématiques de contrats passés entre acheteurs et prestataires de soins. Aucune de ces expériences ne montre une amélioration nette de la qualité des soins alors que la réduction des coûts est démontrée. L'absence d'effet sur la qualité des soins peut s'expliquer par le mécanisme utilisé pour le paiement des prestataires qui est celui de la capitation : système qui ne pousse pas à l'amélioration de la qualité des soins mais plafonne les dépenses de santé.

La leçon à tirer pour nos projets GTZ est l'importance de documenter, de suivre et de prévoir l'évaluation d'expériences en matière d'approche contractuelle. Un inventaire préliminaire de quelques-unes des expériences GTZ avec l'approche contractuelle figure à l'annexe 1.

### **Les systèmes judiciaires défaillants dans beaucoup de pays africains permettent-ils l'approche contractuelle ?**

Il est clair que l'environnement juridique va influencer le cadre d'utilisation de l'approche contractuelle. Cet outil devra s'adapter en fonction du développement du droit de la Santé, de la performance des tribunaux, du degré de corruption et des pouvoirs réellement décentralisés.

---

<sup>6</sup> Senant, P. et Kirsch-Woik, 1998. T. Aspects juridiques de l'approche contractuelle comme outil de mise en oeuvre d'une politique nationale de santé. Projet GTZ de Renforcement du Service de Santé dans la Province de Mahajanga.

<sup>7</sup> Newhouse, JP. 1993. Free for all ? Lessons from the Rand Health Insurance experiment. A Rand Study. Cambridge/Mass. London.

<sup>8</sup> Robinson, R and Le Grand, J. Evaluating the NHS. Kings Fund Institute, London. 1995

Par exemple : face à des tribunaux déficients, l'approche contractuelle orientera son action sur la phase de préparation du contrat pour rapprocher les partenaires et ainsi prévenir le maximum d'écueils pouvant survenir durant la phase d'exécution du contrat. Aussi, sera-t-il judicieux de proposer une tierce personne au contrat jouant un rôle d'arbitrage par la médiation et la supervision.

L'approche contractuelle requiert un minimum de conditions juridiques comme : le droit d'association, l'existence de personnalités juridiques pour les partenaires potentiels, le droit de recours devant des instances neutres, et la possibilité pour la société civile de s'organiser au sens large. Ces conditions sont nécessaires pour donner une réalité aux accords de partenariat.

**L'approche contractuelle vient-elle remplacer l'approche sectorielle prônée par les grands bailleurs de fonds comme la Banque Mondiale ?**

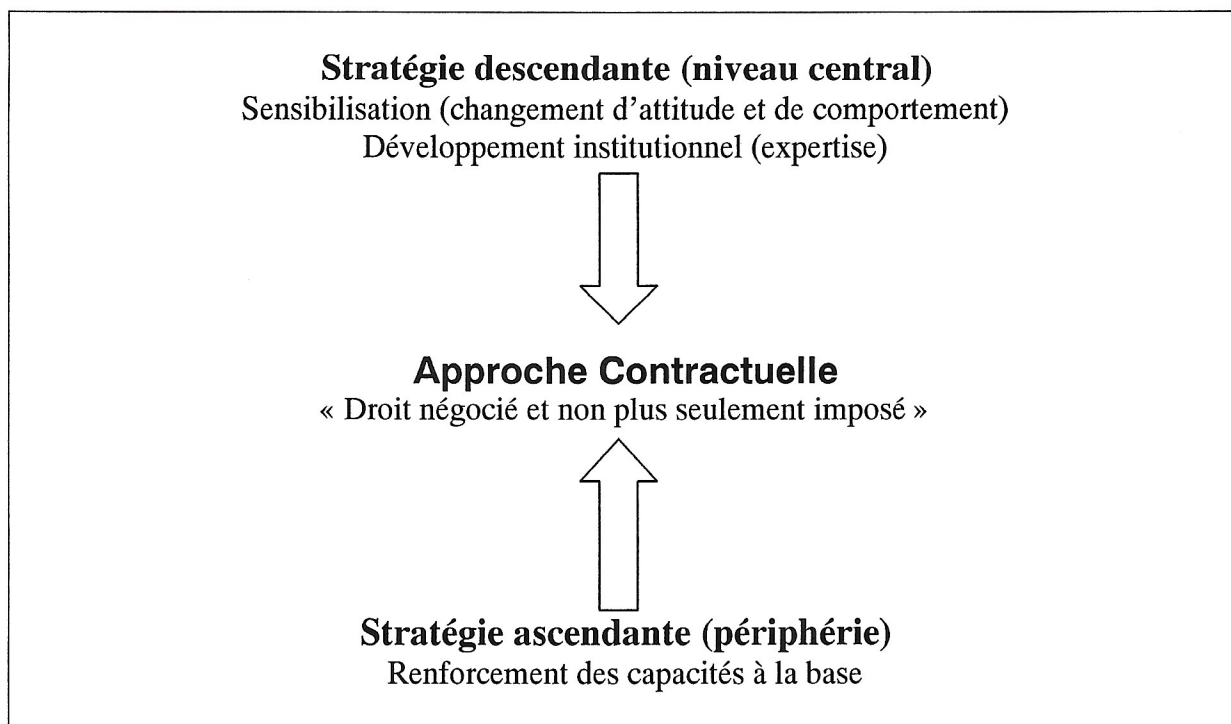
Non, l'approche contractuelle n'est pas une solution de rechange pour les difficultés rencontrées dans l'application de l'approche sectorielle. Il s'agit plutôt d'approches complémentaires où l'approche sectorielle sert de cadre de référence aux interventions de l'état et des partenaires, et où l'approche contractuelle permettra d'engager formellement tous les acteurs à la réalisation du programme sectoriel.

**Quelle stratégie suivre pour introduire l'approche contractuelle au niveau des pays ?  
Les capacités nationales sont-elles disponibles pour appuyer l'approche contractuelle ?**

A l'heure actuelle, les capacités des Ministères de la santé à appuyer l'approche contractuelle sont très limitées, il en va de même, si pas davantage, des collectivités décentralisées. L'expérience est minime et la volonté de l'Etat à engager un dialogue franc avec d'autres partenaires est souvent douteuse. Les expériences déjà en cours reposent bien souvent sur la volontés d'individus mais pas encore sur une volonté institutionnelle et ce davantage en Afrique francophone qu'anglophone.

Il faudra envisager une double stratégie de développement de l'approche contractuelle (voir Figure 3) : (i) l'une, qui concerne la sensibilisation et le développement de l'expertise technique au niveau central et (ii) l'autre, qui renforce les compétences à la base et qui par effet ascendant puisse faire émerger un droit négocié et non plus seulement un droit imposé.

**Figure 3 : Stratégies de développement de l'Approche Contractuelle**



Avant tout, cette approche demande un *changement d'attitude et de comportement des décideurs*. Il s'agira d'identifier les incitations qui pourraient amener ces responsables à décentraliser le pouvoir de décision et les ressources tout en garantissant au travers de leur rôle régulateur la solidarité entre les citoyens, la qualité des soins et l'efficacité du système.

Le renforcement institutionnel de l'Etat mais aussi des collectivités décentralisées ainsi que de la société civile est nécessaire. Les capacités de négociation, juridiques, de marketing, de suivi et évaluation sont quelques unes des compétences qui devront être développées ou renforcées.

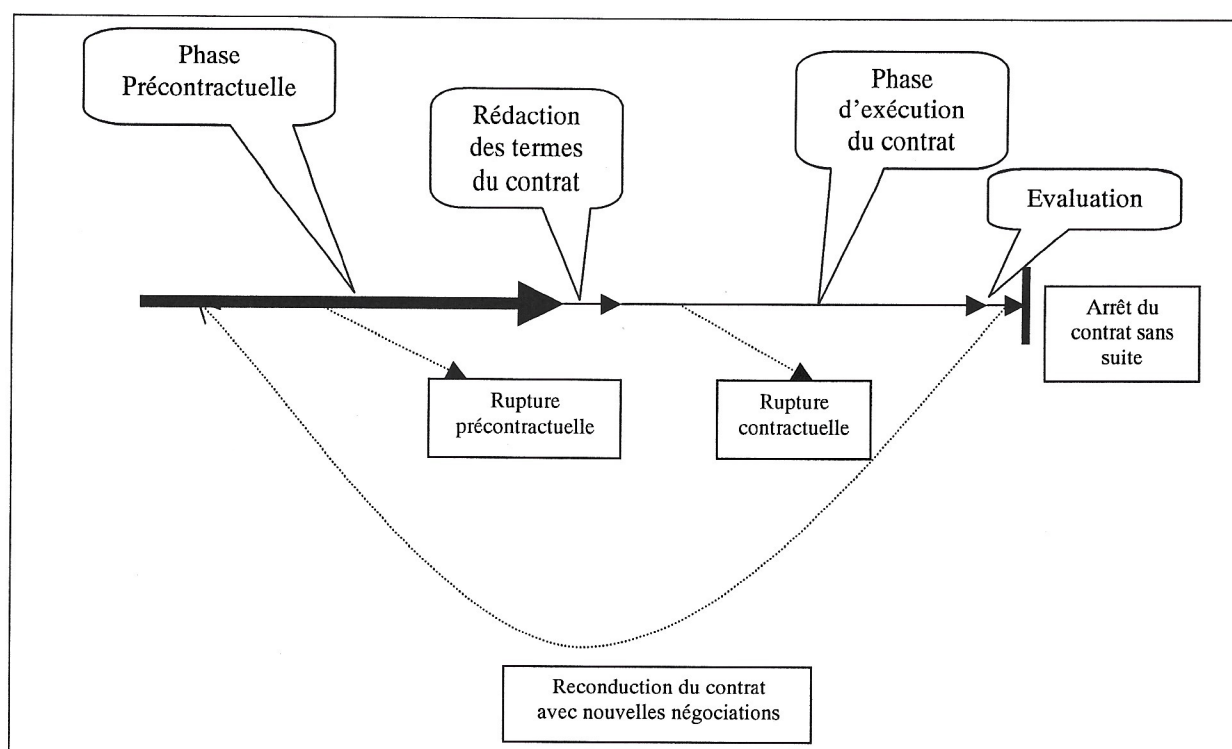
L'existence d'une politique contractuelle ne devrait pas constituer un préalable nécessaire. Cette politique devra émerger progressivement de l'intégration des acquis des expériences menées aux différents niveaux du système de santé.

### **Quel est le cycle contractuel et quel sont les clauses importantes d'un contrat ?**

On distingue 4 phases de la vie d'un contrat : (i) une phase précontractuelle de préparation du contrat, (ii) la phase de rédaction des termes du contrat, (iii) la phase d'exécution du contrat et (iv) l'évaluation du contrat. La figure 4 ci-dessous illustre le caractère cyclique du contrat.



Figure 4 : Le Cycle Contractuel



- *La phase précontractuelle*

la phase précontractuelle relève de la plus grande importance. Une analyse en profondeur de la situation initiale s'impose afin d'identifier le problème à résoudre et de connaître le contexte juridique, institutionnel, économique et social dans lequel est préparé le contrat. Les enjeux, les volontés et les agendas cachés des partenaires doivent être dévoilés si possible et discutés afin que l'on réalise les intentions et les préoccupations de chacun des partenaires. La communication entre les partenaires et leur comportement coopératif permettra de limiter les risques de conflits pendant la phase d'exécution du contrat<sup>9</sup> et de déboucher sur un gain mutuel des partenaires (« win-win situation » des Anglo-saxons).

Par exemple, c'est durant cette phase que l'initiateur de l'approche contractuelle (la Direction Interrégionale de la santé à Mahajanga à Madagascar) identifie les appuis nécessaires aux partenaires et notamment l'intervention d'une tierce personne qui serait chargée par l'initiateur d'accompagner les futures parties avec leur accord (à Mahajanga les partenaires ont pu bénéficier du concours de la GTZ, d'une équipe d'animateurs avec des sociologues et des gestionnaires et de la Fondation Friedrich Ebert notamment).

Il semble important de souligner le besoin de se mettre d'accord sur les critères de suivi et d'évaluation de l'exécution du contrat à ce stade. L'analyse des expériences en matière de contractualisation montre que cet aspect est généralement reconnu comme faible. Il faut se rendre compte qu'il n'est pas toujours de l'intérêt de tous les partenaires de suivre ou d'évaluer le contrat (par exemple : si le contrat prévoit l'atteinte d'une couverture vaccinale minimale, il faut se mettre d'accord sur le dénominateur et sur le mode de collecte des données afin de déterminer cette couverture). Les responsabilités en matière de suivi et

<sup>9</sup> Les Anglo-saxons distinguent les « hard and soft contracts ». Dans les contrats « hard » le contractant et le contracté sont vus comme des adversaires avec des recours en justice fréquents en cas de problèmes

d'évaluation doivent être clairement énoncées et les moyens nécessaires à la réalisation doivent être disponibles.

- *La phase de rédaction des termes du contrat*

Sur le plan juridique, il semble nécessaire de faire des contrats facilement compréhensibles aux futures parties. Un contrat sera d'autant plus précis que les partenaires n'auront pu faire montre d'un esprit de coopération durant la phase précontractuelle. Les clauses classiques d'un contrat selon Brousseau<sup>10</sup> sont résumées très brièvement dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 1 : Clauses classiques d'un contrat**

| Clauses                                                | Signification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Définition des produits                                | Il s'agit de l'objectif poursuivi par les partenaires. Par exemple : augmenter le taux de prévalence contraceptive .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Identification et organisation des moyens mis en œuvre | Les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs devront être précisés. Il s'agit de les identifier et de préciser comment ils seront utilisés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Coordination dans le temps et dans l'espace            | Il faut arriver à préciser qui fait quoi et à quel moment. Le degré de détail dépendra de la complexité des produits mais aussi de l'esprit de confiance ou de méfiance qui règne entre partenaires.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Système de garanties                                   | La garantie est un moyen de pression que les partenaires peuvent avoir l'un sur l'autre en cas de non-respect des clauses du contrat. Dans l'approche contractuelle, les partenaires sont liés et perdront tout en cas de non exécution du contrat. La meilleure solution est de résoudre les problèmes ensemble.                                                                                                                                                                                           |
| Mécanismes de surveillance                             | Il s'agit comme dans le système de garantie d'un mécanisme dissuasif pour s'assurer que les partenaires se comportent conformément aux dispositions du contrat. La surveillance peut être assurée par la justice, ou un superviseur désigné de commun accord (auditeur, ...).                                                                                                                                                                                                                               |
| Rémunération des contractants                          | Dans les contrats où une rémunération doit être fixée, cela s'avère souvent un exercice difficile, spécialement en l'absence d'expérience antérieure. La rémunération des prestataires doit être définie avec précision afin d'éviter des dérapages classiques (qualité insuffisante en cas de capitation ou de contrat global ; coût prohibitif dans le cas d'un paiement à l'acte ;etc.). Il faut éviter que trop de risque financier ne repose sur un des partenaires car cela va le pousser à des abus. |
| La durée                                               | Il est important de déterminer cette durée car elle peut influencer le comportement des partenaires et facilite la réalisation d'une évaluation du contrat.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

- *La phase d'exécution du contrat*

C'est la phase d'exécution du contrat, période durant laquelle les parties s'acquittent de leurs obligations. Cette phase est généralement déterminée dans le temps. Elle nécessite le suivi du

<sup>10</sup> Brousseau E. 1993. L'Economie des contrats : technologies de l'information et coordination interentreprises. PUF, Economie en liberté.

contrat par les partenaires qui vérifient l'exécution du contrat conformément aux dispositions prises durant la phase de préparation du contrat.

Le contrat peut être dénoncé par une des parties et courir à une rupture. A partir de cet instant le contrat peut être renégocié ou il est arrêté.

#### • *La phase d'évaluation du contrat*

L'évaluation dans les secteurs sociaux est une activité difficile en général. C'est sans doute ce qui explique que beaucoup de contrats ne font pas l'objet d'une évaluation systématique. A l'avenir, les contrats devraient dès la phase précontractuelle se pencher sur la question. Il faudra dans tous les cas définir un certain nombre de critères d'évaluation simples et mesurables à moindre frais. L'objet de l'évaluation, les méthodes de collecte de données ainsi que le coût approximatif de cette évaluation devront être déterminés en regard des bénéfices de cette évaluation.

L'évaluation pourra porter sur les coûts totaux du contrat (pour répondre à la question de savoir si les coûts sont inférieurs à une prestation de service directe par l'Etat par exemple) ; elle pourrait également porter en priorité sur l'accessibilité aux soins et sur le degré de satisfaction des utilisateurs. Le degré de répliquabilité et de soutenabilité du contrat devraient être discutés afin de s'assurer que la stratégie poursuivie est viable dans le long terme.

Le cadre d'analyse des contrats développé par le projet GTZ de Mahajanga à Madagascar (descriptif du contrat, phase précontractuelle et phase contractuelle) qui se trouve à l'annexe 2 peut constituer un outil intéressant pour d'autres projets.

### **Quels sont les coûts d'un contrat ?**

On possède très peu d'informations sur les coûts de l'approche contractuelle. La notion de coûts d'un contrat devrait être considérée en terme d'action de développement et ne devrait pas se limiter à l'économie de contrat classique.

Classiquement on distingue plusieurs types de coûts financiers :

- les *coûts de préparation* du contrat (identifier les partenaires, financer le plan de préparation du contrat, etc.),
- les *coûts du contrat* (comme déterminé dans les termes du contrat), et
- les *coûts du monitoring* de l'exécution du contrat (recueillir l'information, assurer les audits, etc.).

Les coûts de préparation et de monitoring du contrat sont appelés coûts de transaction (« Transaction cost » des Anglo-saxons). Ces coûts de transaction sont importants à suivre car ils peuvent être très élevés et absorber une bonne part des gains en efficience dû à la contractualisation (les coûts de gestion du contrat peuvent représenter plus de 20% de la valeur totale du contrat aux E.U ; au Royaume Uni, les seuls coûts de préparation des appels d'offre représentent jusqu'à 7,7% des coûts annuels des contrats). Il faudra donc trouver un juste milieu entre la perfection d'un contrat (qui risque de faire flamber les coûts de transaction) et un contrat moins précis mais moins coûteux également. Le monitoring et l'évaluation devront suivre les coûts des contrats autant que possible.



## Quels sont les types de contrats possibles ?

Un partenaire peut s'engager dans un contrat à condition qu'il ait une personnalité juridique (personne physique ou morale) qui l'engage directement par rapport au contrat qu'il signe. La personnalité juridique peut relever du droit public ou privé.

Sur base de ces deux types de personnalité juridique (de droit public ou privé), on peut établir une typologie des arrangements contractuels pouvant exister entre acteurs du secteur de la santé. Quatre situations sont décrites ci après et illustrées dans le tableau 2 ci-dessous. L'annexe 3 à la fin du document reprend une typologie commentée des contrats en langue allemande.

### (a) L'autorité publique est seule concernée.

La plupart des formations sanitaires du secteur public en Afrique fonctionnent dans ce cadre (en *gestion directe ou déléguée* à un médecin chef de district par exemple). C'est l'administration qui est seule responsable juridiquement.

Dans le cadre de la *déconcentration* (où le pouvoir central remet certains pouvoirs au subordonné qui reste soumis hiérarchiquement), les services peuvent bénéficier d'une certaine autonomie de financement qui peut aller jusqu'à la régie indirecte avec autonomie de budget.

Dans le cas où l'autorité publique est seule concernée on ne peut pas parler d'un arrangement contractuel puisqu'il n'y a qu'une seule entité juridique.

### (b) L'autorité publique entre en partenariat avec une autre entité juridique de droit public

C'est le cas des grands hôpitaux dans plusieurs pays africains qui jouissent du statut d'Etablissement Public Administratif (EPA) ou de certains Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial (EPIC), dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Dans ce cas on ne peut pas vraiment parler d'approche contractuelle puisqu'il s'agit d'une situation où un des partenaires est soumis à un « contrat obligatoire » auquel il ne peut se soustraire. L'expérience de plusieurs pays (Burkina Faso, Mali, Côte d'Ivoire, etc.) a montré que ces types d'Etablissements n'étaient pas sensiblement plus performant que des structures sanitaires gérées en gestion directe ou déléguée.

A côté de ces liens statutaires, l'autorité publique peut passer des arrangements contractuels spécifiques, par exemple la *Régie intéressée* (la gestion d'un service public est confiée à une personne publique rémunérée par la collectivité publique), la *Concession* de service public (l'autorité publique confie l'exécution d'un service public à une personne publique qui se rémunère sur les redevances perçues sur les usagers du service), un *contrat de plan* qui spécifie les performances à atteindre par l'entité indépendante durant les prochaines années (en exemple citons le contrat de plan de la Pharmacie Populaire du Mali spécifiant les performances financières et les restructurations à réaliser sur un certain nombre d'années)

Tableau 2 : Typologie des « contrats »

| L'autorité publique est seule concernée                                                     |                                                                                          | L'autorité publique entre en partenariat avec une autre entité juridique de droit public                                          | L'autorité publique entre en partenariat avec une entité de droit privé                                                    |                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                             |                                                                                          |                                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                                          |
| Délégation                                                                                  | Déconcentration                                                                          | « contrat obligatoire »                                                                                                           | Sous-traitance                                                                                                             | Coopération                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion directe</li> <li>Gestion déléguée</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Régie directe</li> <li>Régie indirecte</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Régie intéressée</li> <li>Concession de service public</li> <li>Contrat de plan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Régie intéressée</li> <li>Concession de service public</li> <li>Agrément</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Filiales, sociétés d'économie mixte</li> <li>Franchise</li> </ul> |
| Formations sanitaires de base                                                               |                                                                                          | Hôpitaux (EPA et EPIC)                                                                                                            | Hôpitaux publics confiés aux Eglises                                                                                       |                                                                                                          |

Source : d'après OMS, l'approche contractuelle. Série macro-économique. Numéro 24. Modifié

### (c) L'autorité publique entre en partenariat avec une entité de droit privé

Dans ce cas d'arrangement contractuel, il y a deux cas de figure, soit (i) il s'agit de la sous-traitance pure (cas où l'autorité publique devient passive une fois le contrat négocié), soit (ii) il s'agit plutôt d'un modèle d'arrangement contractuel de type coopératif où l'autorité publique continue à jouer un rôle actif même après signature du contrat. A chacun de ces cas de figure correspond des formes de contrats spécifiques.

Dans le cadre de la sous-traitance, il peut s'agir d'un *contrat de concession* (l'autorité publique confie l'exécution d'un service public à une personne privée qui se rémunère sur les redevances perçues sur les usagers du service), la *régie intéressée* (la gestion d'un service public est confiée à une personne privée rémunérée par la collectivité publique), ou de contrats de type particuliers (*agrément ou habilitation*). Les hôpitaux confiés à des Eglises relèvent de ces situations.

Dans les cas où l'autorité publique continue à avoir un rôle actif dans l'exécution du contrat, il peut s'agir de la création de filiales ou de sociétés communes (société d'économie mixte ou un groupement d'intérêt public) ou d'une contractualisation de type réseau (contrat de type franchise).

Le contrat de type réseau (franchise) est attractif dans la mesure où ce type de contrat permet à l'autorité publique de déléguer un certain nombre de responsabilités aux franchisés tout en suivant les performances des franchisés, de leur apporter son savoir-faire et de continuer à animer le réseau (la société McDonald's est un exemple connu de tous !)

Signalons aussi l'expérience de certains pays africains où l'état passe contrat avec une agence de maîtrise d'ouvrage déléguée comme par exemple Faso Bara au Burkina Faso. Cette agence de droit privé, gère les contrats pour le compte de l'état. Elle a elle-même recours au secteur



privé pour l'exécution des services (par exemple les programmes de nutrition et d'alphabétisation au Sénégal).

(d) L'autorité publique ne fait pas partie de l'arrangement contractuel

Ce cas de figure ne nous intéresse pas directement comme il s'agit de deux partenaires du secteur privé. L'autorité publique agira au travers des lois et règlements en vigueur dans le pays.

### **Quels sont les modes d'attribution des contrats ?**

L'attribution d'un contrat est chose délicate particulièrement dans les pays où les attributions de marchés publics sont empreintes d'indélicatesses. Afin de prévenir autant que possible ce genre de développement, il est important que le processus soit transparent et exécuté dans les règles de l'art. Globalement, on peut distinguer les contrats soumis à concurrence et les contrats négociés. Il s'agit là de deux stratégies très différentes conduisant à des comportements totalement différents des acteurs.

La détermination du mode d'attribution des contrats dépendra fortement des circonstances locales. Idéalement, tous les contractants potentiels devraient avoir la possibilité d'entrer dans la compétition au travers d'un appel d'offre ouvert. Cette technique est impossible en l'absence de concurrence dans la région (ce qui est souvent le cas en Afrique), et ne garantit pas toujours la sélection d'un candidat qui offrira un niveau de qualité satisfaisant. Bien souvent, les expériences passées avec les partenaires sont le meilleur moyen de juger de la qualité du travail qui sera fourni à l'avenir. Les coûts de préparation et d'exécution d'un appel d'offre ouvert sont souvent importants.

La compétition sur liste restreinte permet de présélectionner des candidats potentiellement valables mieux à même de produire les services attendus. Elle débouche souvent sur des contrats plus chers que dans le cas d'un appel d'offre ouvert mais les garanties quant à l'exécution du contrat sont plus grandes. Les risques de compromission sont importants notamment dans la sélection de candidats devant figurer sur la liste restreinte.

L'attribution des contrats de gré à gré est souvent la seule possibilité vu l'absence de concurrence. Il s'agit de négocier les termes du contrat avec le partenaire identifié. Les meilleurs résultats sont atteints lorsque les partenaires engagent les négociations sur base d'une confiance et d'un respect mutuel. Ceci est rarement le cas, comme l'Etat constitue bien souvent un partenaire qui n'inspire pas confiance. Dans ce cas, les résultats des négociations ne seront probablement pas optimaux.

### **A quels niveaux la GTZ est-elle concernée par l'approche contractuelle ?**

Dans un premier temps, il est important que la GTZ prenne position par rapport à l'approche contractuelle. C'est ce qu'elle fait dans ce document. Celui-ci servira à sensibiliser les acteurs de la GTZ sur le terrain (AMAs) mais aussi les personnes concernées à la centrale à Eschborn. Ce document donne un mandat clair aux agents GTZ sur le terrain à participer aux rencontres internationales et nationales sur le sujet, de tenter des expériences réfléchies et décidées d'un commun accord avec nos partenaires dans les pays, et aussi de documenter les expériences pour qu'elles puissent servir à d'autres et influencer les futures discussions internationales sur l'approche contractuelle.



L'approche contractuelle, thème transversal, révèle encore une fois l'importance de construire des ponts entre différentes unités organisationnelles de la GTZ afin d'utiliser les expertises de collègues en dehors de l'unité santé : aspect juridique, commerciaux, marketing, coopération non remboursable, décentralisation, réforme de l'Etat, etc. L'analyse des expériences GTZ dans d'autres continents (Asie, Amérique Latine, Europe) devraient servir à la réflexion sur l'introduction de l'approche contractuelle en Afrique.

La GTZ, de par sa nature d'agence d'exécution dans le cadre de la coopération bilatérale allemande, s'est toujours vue obligée de considérer les pouvoirs publics comme l'interlocuteur privilégié. Il est aussi important que dans le cadre de l'approche contractuelle, l'appui sectoriel de la GTZ dans le futur se concentre sur d'autres acteurs notamment les pouvoirs décentralisés (communes) et des partenaires potentiels de la société civile (associations, ONG). C'est par le renforcement des capacités de ces acteurs alternatifs qu'ils seront en mesure de jouer le rôle de partenaires des pouvoirs publics et qu'ils seront éventuellement capables de négocier des réformes avec l'Etat.

La GTZ doit se préparer, en fonction de la demande des pays, à fournir les expertises requises (juridique, techniques de négociation, développement institutionnel, suivi-évaluation, etc.) pour renforcer les capacités des ministères et d'autres partenaires à contribuer au développement de l'approche contractuelle.

## Où puis-je trouver de la documentation supplémentaire ?

- Articles

Carrin, G. Jancloes, M. Perrot, J. 1998. Towards new partnerships for health development in developing countries : the contractual approach as a policy tool. Tropical Medicine and International Health. Volume 3 No. 6 pp 512-514

- Autres documents

OMS. 1997. L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement. Série macro-économique. Numéro 24 (disponible en Anglais)

Brousseau E. 1993. L'Economie des contrats : technologies de l'information et coordination interentreprises. PUF, Economie en liberté.

OECD. 1994. The Reform of Health Care Systems : A review of seventeen OECD countries. Health Policy Studies No.5

Bennett S, Russel S, and Mills A. 1996. Institutional and economic perspectives on government capacity to assume new roles in the health sector : A review of experience. PHP Departmental Publication No. 22. London : Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and tropical Medecine.

Senant, P. et Kirsch-Woik, 1998. T. Aspects juridiques de l'approche contractuelle comme outil de mise en oeuvre d'une politique nationale de santé. Projet GTZ de Renforcement du Service de Santé dans la Province de Mahajanga.

Broomberg, J. 1994. Health Care Markets for Exports ? Lessons for developing countries from European and American Experience. London School of Hygiene and Tropical Medicinc. PHP Departmental Publication No.12

Broomberg, J. 1998. Experiences of Contracting : an overview of the literature. Presented at the WHO/Geneva meeting 4-6 February on « Towards new partneships for health development in developing countries : the contractual approach as a policy tool »

Perrot, J. 1998. L'approche contractuelle comme outil de mise en oeuvre de la politique nationale de santé. OMS Division ICO.

Etudes de cas présentées lors des réunions de Genève (4-6 février 1998) et Dakar (19-21 octobre 1998) disponibles à l'OMS, division ICO sur : Mali, Papouasie Nouvelle Guinée, Tanzanie, Madagascar, Zambie, Comores, Bolivie, Liban, Sénégal, Gabon, Inde, Haïti, Népal, Bangladesh, Côte d'Ivoire, Cambodge.

### Quelles sont les personnes ressources intéressantes à contacter ?

| Organisation/personnes                               | Adresse Email                      |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>GTZ</b>                                           |                                    |
| Bergis Schmidt-Ehry (Conseiller Sénior.)             | Bergis.Schmidt-Ehry@gtz.de         |
|                                                      |                                    |
| <b>OMS</b>                                           |                                    |
| Jean Perrot (Economiste)                             | perrotj@who.ch                     |
| Carole Landon (Fonctionnaire technique)              | landonc@who.ch                     |
|                                                      |                                    |
| <b>Banque Mondiale</b>                               |                                    |
| Tonia Marek (Spécialiste Santé Publique Sr.)         | tmarek@worldbank.org               |
| Ok Pannenberg (Directeur SNP région Afro)            | opannenberg@worldbank.org          |
|                                                      |                                    |
| <b>London School of Hyg. &amp; tropical Medecine</b> |                                    |
| Anne Mills                                           | a.mills@lshtm.ac.uk                |
| Jonathan Broomberg                                   | Jbroom@praxiscapital.co.za at inet |