



*Organisation mondiale de la Santé*  
*Genève*

EIP//FER/DP.F.04.01



**LE ROLE DE LA  
CONTRACTUALISATION  
DANS L'AMÉLIORATION DE  
LA PERFORMANCE DES  
SYSTÈMES DE SANTÉ**

***DISCUSSION PAPER***

***NUMBER 1 - 2004***

*Département "Financement des systèmes de santé" (HSF)*  
*Groupe "Bases factuelles et information à l'appui des politiques de santé" (EIP)*

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2004

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit, ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que leurs auteurs.

**LE ROLE DE LA CONTRACTUALISATION**  
**DANS L'AMÉLIORATION**  
**DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES**  
**DE SANTÉ**

***JEAN PERROT***



***ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ***  
***GENÈVE***  
***2004***



# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

1. L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT
  - 1.1. La diversification des acteurs
  - 1.2. La séparation des fonctions
  
2. LA LOGIQUE DES RELATIONS CONTRACTUELLES
  - 2.1. Relations contractuelles basées sur une délégation de responsabilité
  - 2.2. Relations contractuelles basées sur un acte d'achat
  - 2.3. Les relations contractuelles basées sur une coopération
  - 2.4. Synthèse
  
3. LA POLITIQUE CONTRACTUELLE COMME OPTION STRATÉGIQUE POUR AMÉLIORER LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ
  
4. LE RÔLE DE L'ÉTAT
  - 4.1. L'État en tant qu'acteur d'une relation contractuelle
  - 4.2. L'État comme régulateur des relations contractuelles
  
5. LEÇONS DES EXPÉRIENCES

## NOTES

## INTRODUCTION

La santé des populations s'est considérablement améliorée au cours du XX<sup>e</sup> siècle. Il en est pour preuve l'allongement spectaculaire de l'espérance de vie; elle ne dépassait pas 48 ans il y a seulement un demi-siècle alors que la moyenne mondiale se situe aujourd'hui aux environs de 66 ans. Certes, de nombreux déterminants y ont contribué; pour de larges tranches de la population, les revenus se sont améliorés, de meilleures conditions de travail ont rendu la vie moins pénible et moins risquée, l'alimentation est devenue plus saine, l'hygiène individuelle et collective s'est améliorée; par ailleurs, le niveau éducatif, notamment des femmes, a permis une prise de conscience accrue des problèmes de santé. En outre, les connaissances et les pratiques médicales ainsi que les moyens de traitement ont connu des progrès considérables dans les dernières décennies. Enfin, l'organisation des systèmes de santé, qui s'est largement mise en place au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, a permis de coordonner les efforts, notamment sous l'égide des États favorables à un universalisme classique, c'est-à-dire à un accès gratuit à tous les types de soins de santé pour tous.

Cependant, malgré tous ces efforts, les systèmes de santé sont encore trop souvent insuffisamment performants. Comme l'indique le Rapport sur la santé dans le monde 2000 "*Pour un système de santé plus performant*"<sup>1</sup>, "ces lacunes sont, dans chaque pays, la cause d'un très grand nombre de maladies et incapacités évitables, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non-respect des droits fondamentaux de l'individu. Leur impact est particulièrement grave chez les pauvres que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce encore plus dans la misère" (résumé, page XV). L'offre de services, publique comme privée, ne donne pas toujours satisfaction aux populations.

Certes, au cours des dernières années, l'organisation des systèmes de santé a considérablement évolué. L'atténuation des rivalités entre le secteur public et le secteur privé dans tous les domaines de la vie économique, sociale et politique a incontestablement contribué à ces changements. Face à l'insuffisante performance de leur système de santé, la plupart des pays ont mis en place des réformes. Plusieurs options s'offrent au décideur politique: la déconcentration permet de donner davantage de responsabilités aux responsables locaux du Ministère de la Santé; la décentralisation administrative permet de transférer à une collectivité territoriale des responsabilités en matière de santé; l'autonomie de prestataires publics vise à donner, au sein du secteur public, à des formations sanitaires une autonomie basée sur un statut juridique; la séparation entre les instances de financement et de prestations de services permet d'instaurer une compétition entre les prestataires de santé, qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé; l'élargissement des options de financement de la santé, au travers des systèmes de partage des risques, permet l'émergence d'un acteur chargé par ses membres de négocier l'accès aux soins; la privatisation, au moins selon son acception classique, entraîne un transfert de propriété du public vers le privé; le développement du secteur privé constitue une stratégie pour le décideur politique qui souhaite se désengager de la prestation ou du financement de la santé.

Pour autant, ces recompositions institutionnelles ne donnent pas toujours tous les résultats escomptés. Les différents acteurs continuent à vivre en isolation et ne cherchent pas les synergies qui seraient propices. De même, les modes d'organisation de l'offre de soins restent largement basés sur le pouvoir hiérarchique, c'est-à-dire sur un commandement vertical, qui ne favorise pas la participation de tous.

Pourtant, une nouvelle voie tente de pallier ces inconvénients. Les acteurs cherchent à rompre leur isolement et à mettre en place des actions concertées afin de mieux répondre aux sollicitations et aux besoins des populations. Les relations qu'ils établissent peuvent reposer sur la concertation; l'échange d'informations et l'élaboration de principes communs d'intervention (déclaration commune, charte, etc.) en sont des modalités. Cet engagement moral présente toutefois des limites. Aussi, de plus

en plus fréquemment, ces relations reposent sur des arrangements contractuels, lesquels formalisent les ententes entre des acteurs qui s'obligent mutuellement.

La première partie de ce document rappelle l'évolution récente de l'organisation des systèmes de santé, notamment dans les pays en développement, et l'apparition progressive de la contractualisation comme l'un des outils au service d'une meilleure organisation des systèmes de santé. La seconde partie du document met l'accent sur la diversité des situations auxquelles la contractualisation peut s'appliquer et sur les opportunités qui s'offrent aux pays sachant que les choix qui peuvent être fait doivent reposer avant tout sur une analyse des contextes nationaux. S'appuyant sur les risques d'un développement incontrôlé d'arrangements contractuels *ad hoc*, la troisième partie examine la nécessité de recourir à des politiques contractuelles qui donnent un cadre de référence à chacun des arrangements contractuels et permettent ainsi une approche en termes de système de santé. La quatrième partie s'interroge sur le rôle de l'État et plus particulièrement du Ministère de la Santé en tant que garant du bien-être des populations; la contractualisation amène en effet l'État à agir et à intervenir d'une manière tout à fait nouvelle. Enfin, la cinquième et dernière partie tente de mettre en exergue certaines leçons qui peuvent être tirées des expériences conduites actuellement par les pays tant développés que en développement.

## **1. L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT**

Jusqu'à la fin des années soixante-dix, l'organisation des systèmes de santé, dans de nombreux pays en développement, met en jeu deux acteurs : d'un côté un système public entièrement organisé par l'État central qui édicte les lois, les normes et règlements, établit la politique de santé, dispose des structures de santé financées par les recettes publiques et l'aide publique, et de l'autre un système privé, soit lucratif, soit organisé par les églises, avec un fonctionnement indépendant et autarcique<sup>2</sup>. Ces deux mondes vivent généralement dans des univers étanches. Dans la logique de l'État-providence qui prévaut alors, la plupart de ces pays ont fait le choix d'une santé gratuite et organisée par l'État. Certes, pendant toute cette période, les différents secteurs privés se sont développés, mais d'une manière cloisonnée et presque à l'insu de l'État.

Ce courant de l'État-providence prendra fin au début des années quatre-vingt. Les gouvernements de ces pays doivent alors faire face à des crises financières profondes qui les conduisent presque tous à adopter des restrictions et/ou des réformes. La situation des structures publiques se dégrade inexorablement. Face à cette dégradation, les États vont pendant longtemps résister. Ils ne veulent pas ou ne peuvent pas reconnaître cet échec. On s'habitue alors progressivement et insidieusement à la pénurie.

Apparaît alors une volonté plus manifeste de "privatisation active" (selon l'expression de J.Muschell<sup>3</sup>) où les gouvernements, dans la mouvance de la privatisation des secteurs publics, encouragent l'émergence des acteurs privés afin d'améliorer l'efficacité des services de santé. Le transfert de propriété, qui constitue le sens strict de la privatisation, est rare. Celle-ci s'observera plutôt par la montée en puissance des formations sanitaires des ONG, notamment laïques, et le développement des cliniques privées et de la médecine libérale.

Ces deux périodes restent cependant marquées par un fort cloisonnement des efforts des acteurs de la santé. Chacun met en place ses activités dans son univers propre. Mais également, chaque secteur voulant accroître son influence, on assiste aussi à des rivalités ou affrontements: installation d'un nouveau centre de santé public à proximité d'un centre de santé privé déjà en fonctionnement, non référence des patients de la part d'un prestataire privé vers l'hôpital public, etc.

Depuis une dizaine d'années environ, on assiste à une évolution assez sensible de l'organisation des systèmes de santé. La disparition de l'affrontement idéologique Public - Privé y est sans doute pour beaucoup. On observe ainsi des recompositions en profondeur qui s'inscrivent dans deux directions. D'un côté, on observe une multiplication et une diversification des acteurs impliqués dans le champ de la santé sous l'effet conjugué du développement du secteur privé, des processus de démocratisation et de décentralisation favorisant l'émergence d'une société civile et d'entités territoriales organisées et responsables. D'un autre côté, cette évolution va de pair avec une plus grande séparation des fonctions; les acteurs se spécialisent de plus en plus dans une fonction particulière du système de santé: la prestation de services, l'achat de service, la gestion de formations sanitaires, le financement de la santé, la régulation du système de santé.

### **1.1. LA DIVERSIFICATION DES ACTEURS**

Le paysage d'un secteur public, réduit au seul Ministère de la Santé, et d'un secteur privé, à but lucratif ou non, s'ignorant ou s'affrontant dans la prestation des services de santé, correspond de moins en moins à la réalité. Des recompositions se sont d'abord opérées au sein du système de santé et au niveau des acteurs de ce secteur. Ainsi, les dernières années ont été marquées par deux changements profonds issus de la diversification des modes de gestion des services publics:

- *La déconcentration*: l'administration fortement centralisée qui a longtemps prévalu laisse progressivement la place à une administration déconcentrée. Cette déconcentration dans le secteur de la santé a été développée essentiellement avec l'organisation d'un système de santé en trois niveaux: niveau central, niveau intermédiaire (région), niveau au niveau local (district sanitaire)<sup>4</sup>.

- *L'autonomie*: prenant conscience qu'une unité de production de services de santé fonctionnant selon la logique de gestion de l'administration traditionnelle constitue un frein à l'efficacité de ce type de structure, mais considérant dans le même temps qu'il n'est souhaitable ni de privatiser cette structure ni de la confier en gestion à une institution privée, le Ministère de la Santé peut alors choisir de lui donner un statut lui conférant une autonomie. Tout en continuant de relever du secteur public, la formation sanitaire est dotée d'une personnalité morale de droit public assumant une mission de service public et disposant de l'autonomie administrative et financière. Un tel statut d'autonomie est actuellement donné à divers types de services de santé: les hôpitaux notamment mais aussi les entités chargées de l'approvisionnement et de la distribution du médicament et des fournitures médicales, les écoles de formation.

Cette diversification s'est également opérée avec l'entrée en scène d'acteurs qui n'appartiennent pas au monde de la santé.

- *Les populations*: pendant toute la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, la médecine moderne a été marquée par l'importance croissante des hôpitaux comme moyens pour améliorer la santé des populations. Par ailleurs, les besoins des populations sont identifiés par les professionnels de santé sur des critères techniques, fondés sur les progrès de la médecine. Dans ce contexte, l'implication des populations est quasi inexistante. Dès le début des années soixante, cette vision est remise en cause, pour des raisons économiques tout d'abord, mais aussi parce que les populations ne réagissent pas toujours comme les professionnels de la santé le souhaiteraient: elles consultent tardivement, ne suivent pas les traitements, délaissent la prévention... La tendance s'inverse progressivement: de passive, l'implication des populations doit devenir active. Cette approche est confirmée par la Déclaration sur les soins de santé primaires à Alma Ata en 1978. On soulignera également l'initiative de la Colombie où il existe un "défenseur de la population" (defensor del pueblo) qui est officiellement nommé par le Ministère de la Santé pour servir de médiateur au nom de la population.

- *Les collectivités territoriales*: la décentralisation administrative marque un nouveau changement en profondeur dans l'évolution des systèmes de santé. La création des collectivités territoriales marque l'apparition d'un acteur qui n'appartient pas au monde de la santé. La santé et/ou les formations sanitaires lui sont dévolues. Certains pays mettent l'accent sur la santé; les collectivités territoriales ont alors pour responsabilité de s'assurer que les services de santé sont mis en œuvre le plus adéquatement possible. Dans d'autres pays, ce sont les formations sanitaires publiques qui sont transférées à ces collectivités; elles doivent en assurer le bon fonctionnement;

- *Les institutions spécialisées dans le partage des risques*: pour sans doute nécessaire qu'il soit, le paiement direct des services de santé présente des limites qui sont maintenant bien connues, notamment en termes d'accès et d'équité. Pendant un temps, on a pu penser que l'on pouvait pallier ces défauts en organisant le partage des risques au sein et par les formations sanitaires. Mais formations sanitaires, notamment dans les pays en développement, se révèlent mal armées pour remplir cette fonction. Voient alors le jour des institutions spécialisées telles les assurances et les systèmes de micro-assurance, qui, du fait de leurs moyens financiers importants, ont la capacité de peser sur l'organisation même du secteur de la santé.

## 1.2. LA SÉPARATION DES FONCTIONS

Alors que, par le passé, un acteur de la santé occupait simultanément tous les rôles, l'organisation actuelle des systèmes de santé va vers une plus grande spécialisation:

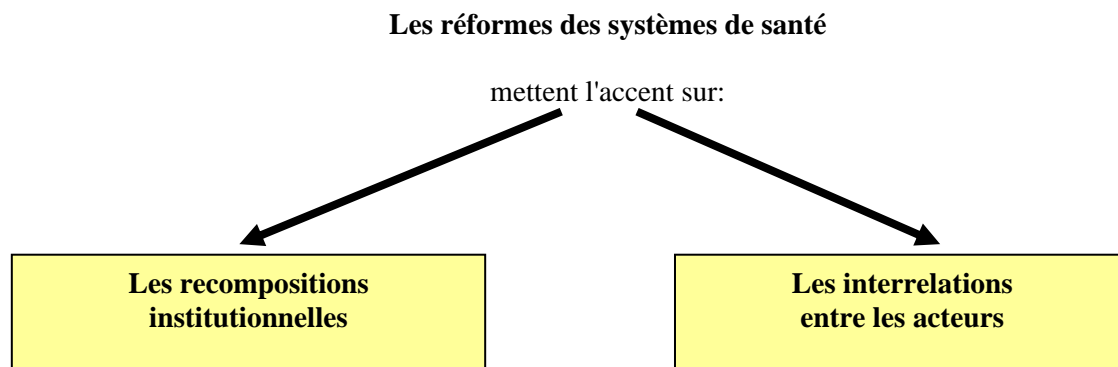
- *La séparation entre la prestation et le financement des services de santé*: ces deux fonctions essentielles ont longtemps été tenues simultanément par les acteurs de la santé: on pense bien sûr à l'État qui au travers de ses formations sanitaires propose des services de santé gratuits à la population. Mais il en est de même des formations sanitaires tenues par les organismes caritatifs. Dans les pays en développement, la pratique du recouvrement des coûts, -en Afrique, l'Initiative de Bamako-, va enclencher le processus de séparation de ces deux fonctions. Mais cette séparation reste encore embryonnaire puisque organisée au sein de la formation sanitaire. Avec l'apparition des systèmes de prépaiement, la séparation est plus nette. Par ailleurs, au sein du secteur public, la séparation de la prestation et du financement se met en place avec l'émergence d'entités spécifiques chargées de gérer les financements publics. En Angleterre, cette séparation "Provider" / "Purchaser" constitue un des éléments clef de la réforme du système national de santé<sup>5</sup> initiée par le premier ministre Mme M.Thatcher; elle a eu pour but la création de quasi-marchés entre ces acteurs. L'esprit de compétition qui en est induit a ensuite été remis en cause depuis l'arrivée du premier ministre Mr T. Blair;

- *La séparation entre la possession du capital et la fonction managériale*: dans les formes les plus habituelles d'organisation, le propriétaire exerce également la fonction de management; il est le directeur de l'établissement puisqu'il en est le propriétaire. Avec l'émergence des statuts conférant la personnalité morale à des établissements relevant du secteur public, apparaît la notion de Conseil d'administration, avec une double implication. Tout d'abord, au sein de l'établissement sanitaire naît une entité qui est chargée de définir les orientations politiques de l'établissement, d'approuver la gestion et de déterminer les actions à mener<sup>6</sup>. D'autre part, cette entité dont les membres qui la composent peuvent venir d'horizons très divers (associations d'usagers, population, municipalités, personnel de l'établissement)<sup>7</sup> n'assure pas la gestion quotidienne de l'établissement sanitaire qui est confiée à une direction exécutive<sup>8</sup>.

- *La mise en évidence du pouvoir de l'État de réglementer les relations entre les autres acteurs du système de santé*; l'État s'est longtemps focalisé sur les fonctions de production et de financement des services de santé. Le désengagement progressif de ces deux fonctions l'amène à repenser son rôle<sup>9</sup>. Comme le dit Musgrove<sup>10</sup>, il ne s'agit d'ailleurs pas d'un désengagement de l'État mais d'un engagement sélectif: les fonctions de prestation et de financement doivent

être utilisées avec parcimonie et sur des cibles spécifiques alors que les instruments de la régulation doivent être développés. Cette régulation peut s'exercer de différentes manières: par exemple, au travers d'un système d'accréditation permettant de reconnaître les acteurs de la santé qui placent leurs actions dans le sens de la politique nationale de santé ou en définissant un cadre juridique à l'intérieur duquel les acteurs de la santé pourront élaborer des contrats en toute légalité et négocier dans un cadre serein.

Cette transformation progressive des rôles et des statuts des acteurs traditionnels et l'émergence d'acteurs nouveaux s'est parfois opérée d'elle-même; par exemple, la montée en puissance des ONG n'a pas été, au moins au départ, le fruit d'une volonté délibérée. Mais elle a aussi été amplifiée par des programmes de réforme des systèmes de santé mis en place par les pays, souvent avec l'appui des partenaires au développement. L'accent était alors mis sur les réformes institutionnelles comme préalables à toute amélioration de la performance des systèmes. Des institutions aux finalités mieux définies, jouissant de davantage d'autonomie et agissant au plus près des populations doivent être le gage d'une meilleure efficacité. Ces réformes des systèmes de santé s'inscrivent dans le courant plus large du New Public Management<sup>11</sup>.



- *La logique des recompositions institutionnelles*

On pense alors que les recompositions institutionnelles constituent un préalable à toute amélioration de la performance des services de santé. Face à un mauvais fonctionnement du système de santé, plusieurs options s'offrent au décideur politique:

- la déconcentration permet de donner davantage de responsabilités aux responsables locaux du Ministère de la Santé; ainsi, dans ce cadre, le médecin-chef de district n'aura plus à obtenir une autorisation préalable du niveau central pour mettre en œuvre certaines activités;
- la décentralisation administrative permet de transférer à une collectivité territoriale des responsabilités en matière de santé; par exemple, l'État peut décider que les centres de santé publics relèveront des communes et non plus du Ministère de la Santé;
- l'autonomie de prestataires publics vise à donner, au sein du secteur public, à certaines formations sanitaires une autonomie basée sur la définition d'un statut juridique;
- la séparation entre les instances de financement et de prestations de services permet d'instaurer une compétition entre les prestataires de santé, qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé;
- l'élargissement des options de financement de la santé, au travers des systèmes de partage des risques, permet l'émergence d'un acteur chargé par ses membres (la population) de négocier l'accès aux soins;
- la privatisation, au moins selon son acception classique, entraîne un transfert de propriété du public vers le privé;
- le développement du secteur privé peut constituer une stratégie du décideur politique qui, de cette façon, souhaite se désengager de la prestation ou du financement de la santé.

Généralement, ces politiques de recompositions institutionnelles sont accompagnées de mesures de régulation; en effet, afin d'atténuer les effets pervers de ces mesures qui, d'une manière ou d'une autre, entraînent une plus grande "privatisation" du système de santé, les décideurs politiques souhaiteront généralement accompagner les recompositions institutionnelles par des mesures d'encadrement et d'accompagnement qui sont basées soit sur un contrôle renforcé soit sur des incitations<sup>12</sup>.

## Le concept de privatisation

La privatisation est un concept qui, à première vue, paraît simple. Selon la définition généralement donnée par les dictionnaires, la privatisation concerne le transfert de la propriété d'une entité du secteur public au secteur privé. Son antonyme est la nationalisation.

Dans le langage habituel, la privatisation est uniquement utilisée selon cette acception. Dans ce cadre, la contractualisation ne peut pas être comprise comme une forme de privatisation. En effet, la privatisation suppose un change de propriété alors que la contractualisation part de la situation observée en terme d'acteurs existants et cherche à établir des relations entre eux.

Cependant, dans la littérature technique sur la réforme de l'État, le concept de privatisation s'est élargi: la privatisation doit aussi être comprise comme l'adoption d'un mode de gestion qui emprunte aux règles du marché. En utilisant la logique développée par D Rondinelli et M Iacono<sup>13</sup>, cette privatisation peut être obtenue selon diverses modalités:

- Transférer la propriété<sup>14</sup>: à l'instar d'une entreprise publique dont la propriété est transférée au secteur privé, il s'agit ici de transférer la propriété de certaines entités publiques (hôpitaux, centres de santé, laboratoire, service de distribution de médicaments, etc) au secteur privé. C'est ce que certains appellent le "désinvestissement" de l'État<sup>15</sup>: l'actif de la structure est cédé, en totalité ou en partie;
- Tout en gardant la propriété au niveau du secteur public, faire en sorte que les entités publiques adoptent des règles de fonctionnement issues du secteur privé: suppression des subventions arbitraires et des positions de monopole public, instauration d'un statut dotant l'entité d'une autonomie, possibilité de recourir à l'externalisation de certaines tâches, recours à des contrats de travail hors fonction publique. L'entité publique recourt à des techniques managériales qui viennent du secteur privé: l'entité publique devient une entreprise indépendante et est de moins en moins une pièce d'un ensemble plus large qu'est une administration ;
- Tout en gardant la propriété au niveau du secteur public, confier la gestion d'entités publiques au secteur privé: gestion déléguée;
- Tout en gardant la maîtrise du financement public, acheter des services auprès de prestataires privés, que ceux-ci opèrent ou non à partir de formations sanitaires;
- Amener le secteur privé à faire à la place du secteur public: dans ce cas, la propriété est et reste privée, mais l'entité privée se substitue à un acteur public qui réalisait l'activité auparavant.

On peut ainsi affirmer que, dans chacun des cinq cas ci-dessus, le système de santé sera davantage privatisé en ce sens qu'il fonctionnera davantage avec des règles issues du marché.

Par contre, certaines stratégies peuvent limiter la privatisation: par exemple, amener le secteur privé à collaborer avec le secteur public: dans ce cas, la propriété est et reste privée, mais l'entité accepte de placer son action dans le sens de la politique nationale de santé. On pourrait alors parler d'une plus grande étatisation.

La privatisation peut donc s'apprécier à partir de trois éléments:

- au niveau de la propriété de la structure: selon le sens commun, il s'agit du transfert de propriété de la structure du secteur public au secteur privé;
- au niveau de la gestion de la structure: celle-ci sera gérée selon des règles issues du marché et du monde de l'entreprise privée. Cela signifie que i) les usagers sont considérés comme des clients, ii) les prestations sont définies en fonction de la demande des clients, iii) le processus de production est défini en fonction de cette demande et les coûts de production doivent être maîtrisés. Un des corollaires en est que l'opérateur doit sortir de la logique de la hiérarchie administrative et gagner une certaine autonomie;
- au niveau de la mission ou des objectifs de la structure: la question consiste à savoir si les prestataires n'ont aucune contrainte sur leurs missions (libéralisme) ou si l'État intervient dans la définition de leurs missions (au moyen de la contractualisation ou de la réglementation), et par conséquent aura un influence sur la définition des produits.

Le tableau suivant prend en compte l'ensemble des éléments ci-dessus:

Critères d'appréciation / Réforme	Au niveau de la propriété	Au niveau de la gestion	Au niveau de la mission
Transférer la propriété	<b>Passage du public au privé</b>	Du fait du transfert de propriété, la gestion devient privé	- <b>Libéralisme</b> soit - <b>Intervention de l'État au moyen de la contractualisation ou de la réglementation</b>
Autonomiser les structures publiques	Statu quo (public)	<b>Davantage de fonctionnement selon les règles du marché</b>	Quasi statu quo (public)
Confier la gestion d'une structure publique	Statu quo (public)	<b>Passage du public au privé</b>	Quasi statu quo (public)
Amener le secteur privé à faire à la place du secteur public	Statu quo (privé)	<b>Substitution d'un acteur public par un acteur privé</b>	Quasi statu quo (public)
Nb: les caractères gras indiquent sur quels éléments portent principalement la privatisation			

- *La logique des interrelations entre les acteurs*

La logique de l'interrelation entre les acteurs, -que par commodité, nous appellerons la *contractualisation*-, prend quant à elle les arrangements institutionnels pour une donnée du système, qu'ils soient le résultat d'un statu quo ou d'une réforme. La stratégie repose alors sur une action concertée des acteurs de la santé pour améliorer la performance du système de santé. Une meilleure coordination et combinaison des efforts de chacun des acteurs dans la mise en œuvre d'une politique nationale de santé doit contribuer à améliorer l'efficacité de chacun. Pourtant, afin que cette efficacité individuelle se transforme en efficacité du système dans son ensemble, il conviendra de mettre en place des mécanismes de régulation de ces interrelations.

Ce document s'inscrit dans la seconde logique. Il ne méconnaît pas la logique des recompositions institutionnelles, mais il les considère comme une donnée. En termes de prise de décision, il se situe au moment où le décideur envisage de recourir à la contractualisation parmi l'ensemble des solutions qui s'offrent à lui pour résoudre un problème particulier. Le document s'attache ainsi à montrer les opportunités de la contractualisation et les manières de l'utiliser efficacement; il s'interroge également sur les prérequis nécessaires pour s'assurer de son succès ainsi que sur les écueils à éviter. Notamment, le document tentera de souligner avec force que la contractualisation peut s'avérer n'être qu'un outil au service d'intérêts particuliers sans considération pour l'intérêt collectif, et par conséquent, sans réelle influence sur l'amélioration de la performance du système de santé. Sera alors développé le recours à une politique contractuelle vue comme un instrument de régulation des pratiques contractuelles des acteurs de la santé.

## 2. LA LOGIQUE DES RELATIONS CONTRACTUELLES

Sous l'effet conjugué de la diversification des acteurs et de la séparation des fonctions, les systèmes de santé se complexifient et le fonctionnement en isolation n'est plus souhaitable pour diverses raisons (efficacité, équité, etc.); progressivement les acteurs prennent conscience de la

nécessité de construire des relations. Il convient d'en envisager les modalités concrètes. Les formes qu'empruntent ces relations ne sont pas sans signification. Une des voies empruntées pour sortir de l'isolement est celle de la coordination. Retenons-en quelques formes:

- *La reconnaissance de l'autre* consiste à reconnaître celui qui est en face comme un interlocuteur valable. Pour simple qu'elle soit, cette démarche n'est pas toujours aussi facile dans la réalité: il est difficile de se débarrasser de son sentiment de supériorité (pour l'administration par exemple) ou de sa spécificité (pour une ONG confessionnelle par exemple). Cette reconnaissance peut aller jusqu'à la formalisation; un système d'accréditation est alors une codification des mécanismes de reconnaissance. Par l'accréditation, on reconnaît la légitimité de son interlocuteur, ses compétences et ses activités.

- *La concertation*: par celle-ci, les acteurs procèdent à des échanges d'information et de points de vue tant sur les valeurs fondamentales que sur la conduite de leurs activités. Cet échange peut rester très informel (réunions de concertation) ou déboucher sur l'élaboration de principes communs d'intervention (déclaration commune, entente, charte,...). Il y a bien un engagement moral, mais ces relations ne créent pas d'obligations au sens juridique du terme.

Ces relations présentent des limites; certains acteurs ont conscience que les rapports qu'ils ont avec d'autres acteurs nécessitent un engagement plus formel. L'arrangement contractuel constitue un outil qui répond à leurs attentes parce qu'il va donner force à leur relation. Les définitions d'un arrangement contractuel sont nombreuses. On proposera la suivante: *un arrangement contractuel est une alliance volontaire sur un objet donné de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.* Cette définition comporte trois éléments importants:

- La notion d'alliance volontaire entre des partenaires indépendants ou autonomes signifie qu'il n'est pas possible de contraindre un acteur à entrer en relation mais que, dans le même temps, un acteur doit être en mesure de le faire, au sens juridique du terme, c'est-à-dire disposer d'un statut juridique lui conférant une personnalité juridique. Cette indépendance des contractants leur confère une égalité de droit; mais la réalité révèle souvent une asymétrie des pouvoirs entre les acteurs d'une relation contractuelle<sup>16</sup>;

- L'engagement à des devoirs et des obligations réciproques: ce point constitue le cœur même d'une relation contractuelle; cependant, le degré d'engagement peut varier. Certes, un contrat est toujours un engagement contraignant au sens où il doit être respecté. Mais la manière dont le contrat sera respecté variera selon qu'il s'agit d'un contrat classique ou "transactionnel" ou d'un contrat "relationnel"<sup>17</sup>.

### **Contrats classiques et contrats relationnels**

Le contrat classique se définit à partir des caractéristiques suivantes: l'objet du contrat est clair, le contrat est de durée limitée, les parties savent exactement, dès le moment de la formation du contrat, à quoi elles s'attendent, l'avenir est prévisible et peut être décrit dans le contrat (complétude des clauses contractuelles).

Mais la réalité est différente; dans de nombreux cas, l'avenir ne peut pas être connu avec certitude, des aléas peuvent survenir (une épidémie par exemple): ces hypothèses résultent de ce que les économistes appellent l'hypothèse de rationalité limitée, qui postule que les agents sont incapables d'appréhender correctement toutes les alternatives qui s'offrent à eux ni toutes les conséquences de leurs choix. Il n'est pas possible de déterminer à l'avance toutes les actions qui devront être mises en place; il devient impossible et/ou trop coûteux de prévoir tous les cas de figure qui peuvent survenir (ce qu'on appelle l'incomplétude des contrats). Il en est notamment ainsi dans les relations complexes.

La volonté d'entrer en relation contractuelle n'en est pas moins réelle: on parlera alors de contrat

relationnel. Le contrat relationnel est basé sur la confiance que se font des acteurs pour agir dans l'intérêt commun. De ce fait, il n'est pas nécessaire que le contrat soit complet et détaillé; il suffira de s'entendre sur les grands objectifs de la relation, sur les méthodes de travail et sur les moyens que l'on mobilisera pour réaliser les actions. La flexibilité et la coopération qui caractérisent ce type de contrat se veulent garantes non seulement de la pérennité mais également de l'efficacité et de la paix contractuelles.

Dans les contrats classiques, cette opposabilité est entière; le contrat contiendra d'ailleurs en son sein les sanctions en cas de non respect des clauses; les garants de leur application sont des tiers extérieurs au contrat, à savoir les instances juridiques (tribunaux). Dans les contrats relationnels, l'opposabilité est absente. Par exemple, lorsqu'une coopération bilatérale signe une convention avec un Ministère de la Santé d'un pays ami pour la construction d'un hôpital, il y a bien engagement de part et d'autre; cependant, il est clair qu'il sera difficile au pays récipiendaire d'obliger cette coopération bilatérale à respecter ses engagements. Ainsi en est-il également des partenariats au niveau mondial tels que notamment l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Le respect des engagements repose alors sur d'autres mécanismes que la sanction: la crédibilité des acteurs, la notoriété ou la réputation, la confiance, la bonne foi<sup>18</sup>. Ces contrats sont "self-enforcing": chaque partie a intérêt à respecter le contrat s'il veut garder sa réputation et sa crédibilité<sup>19, 20</sup>.

- Les bénéfices de la relation: les acteurs sont des organisations qui ne sont pas altruistes. Elles ne s'engageront dans une relation contractuelle que dans la mesure où elles en attendent des bénéfices pour elles-mêmes. Il convient de rappeler qu'un bénéfice ne s'apprécie pas nécessairement en termes directement financiers. Par exemple, une reconnaissance humanitaire pour une firme pharmaceutique peut constituer un bénéfice appréciable. Par ailleurs, il convient de souligner avec force qu'il s'agit du bénéfice net; en effet, toute relation contractuelle entraîne un coût<sup>21</sup>, et des exemples développés ci-après montrent que ces coûts peuvent parfois l'emporter sur les bénéfices obtenus de la relation contractuelle;

Les interactions entre les acteurs sont diverses tant par leur nature que par leur ampleur. Il existe de nombreuses typologies des relations contractuelles: certaines sont basées sur la nature du contrat (public - privé), d'autres sur les acteurs en présence, d'autres encore sur le champ d'application du contrat (contrats au niveau des hôpitaux, contrat pour l'approvisionnement en médicaments...). Il est proposé de les regrouper en trois catégories selon l'objet du contrat, c'est-à-dire selon la finalité principale sur laquelle ces relations contractuelles sont basées: a) une délégation de responsabilité, b) un acte d'achat de services, ou, c) une coopération. Par ailleurs, deux logiques peuvent soutenir les stratégies suivies par les acteurs:

- La logique du "*faire faire*": prenant acte de son insuffisante efficacité, un acteur s'entend avec un autre acteur qui réalisera cette activité à sa place. On est ici dans la logique de ce que les économistes appellent la théorie de l'agence, à savoir que les acteurs ne sont pas placés sur le même pied: l'un -le principal- cherche une solution à ses problèmes auprès d'agents qui vont agir en son nom. Afin d'obtenir le meilleur service, le principal considèrera la meilleure offre et, pour ce faire, mettra les prestataires en compétition;

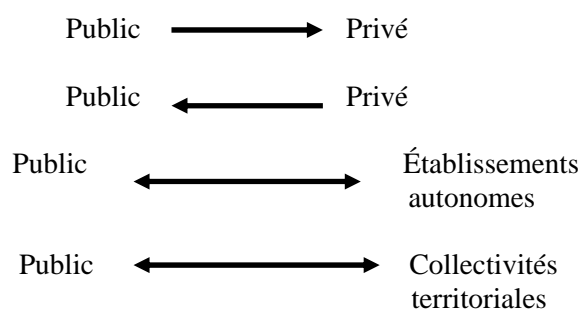
- La logique du "*faire ensemble*": après avoir identifié leurs synergies, les partenaires coopèrent pour la réalisation d'un objectif commun. Les acteurs de cette relation se considèrent comme des partenaires qui, chacun avec leur spécificité, apportent leur part à la solution du problème. La coopération fonde les relations entre ces acteurs.

Selon les caractéristiques de sa situation, un acteur envisagera la solution qui lui paraît la plus appropriée. Lorsque deux acteurs (au moins) aboutissent à la même analyse, la relation contractuelle peut se mettre en place. Les développements qui suivent montrent la diversité des solutions auxquelles les acteurs ont recours.

## 2.1. RELATIONS CONTRACTUELLES BASÉES SUR UNE DÉLÉGATION DE RESPONSABILITÉ

La logique en est la suivante: plutôt que de gérer directement les services de santé qui lui appartiennent ou de poursuivre par lui-même le développement de la couverture sanitaire, l'État va chercher un acteur qui accepte de le faire à sa place. A la différence de la privatisation, l'État conserve la maîtrise de ce développement des services de santé en établissant des relations contractuelles avec les acteurs qui acceptent cette délégation de responsabilité.

Ce principe général de délégation de responsabilité se décline cependant de diverses manières qui peuvent être synthétisées comme suit:



**1. Contrats de délégation à un acteur privé:** l'État, plutôt que de mettre en place et gérer lui-même le service de santé, négocie avec un acteur privé. On distinguera cependant selon que le service existe déjà ou qu'il est à créer:

. **Contrat de dévolution de service public:** une organisation privée (société anonyme, association, fondation, syndicat, société mutualiste) gère un service public de santé pour le compte de l'État qui, ainsi, délègue ou dévolue à une organisation privée. Par une convention d'exploitation, cette organisation devient l'exploitant du service public qui lui a été confié avec un cahier des charges qui précise les modalités de cette exploitation. On retiendra les exemples suivants: contrat avec une association de sages-femmes pour la gestion de la Maternité du Bardot en Côte d'Ivoire<sup>22</sup>, contrats pour la gestion d'hôpitaux publics par une firme privée en Afrique du sud. Le Mali s'est engagé à adopter une démarche plus systématique puisqu'il a inscrit dans sa politique nationale de santé que l'État ne gérerait plus de centres de santé de base et qu'il en confierait la gestion à des associations de santé communautaire (ASACO).

### Les Associations de Santé Communautaire (ASACO) au Mali

En 1990, le MSP, conscient des limites d'un système de santé centralisé, basé sur l'hôpital et une offre de soins gratuite, adoptera une nouvelle politique sectorielle dont l'axe majeur repose sur une responsabilisation accrue des populations qui auront en charge désormais la gestion des Centres de Santé COMMunautaires (CSCOM) par l'intermédiaire d'une ASACO. Les ASACO sont gestionnaires des CSCOM; les deux entités se créent d'ailleurs simultanément dans un processus de treize étapes codifié par le Ministère de la santé dont l'aboutissement est une convention d'assistance mutuelle, signée entre l'ASACO et l'État. Cette approche se fonde sur un partage des responsabilités et des engagements financiers entre population et l'État, formalisé dans la convention d'assistance mutuelle dont la structure type prévoit: une définition des missions de santé et de gestion du CSCOM, le financement de 75% de l'infrastructure et de l'équipement dont le stock initial de médicament, l'ASACO finançant la différence, le fonctionnement du CSCOM avec le fruit de la tarification. Enfin, la convention fixe les modalités par lesquelles le ministère de la santé va exercer son contrôle de tutelle, par l'intermédiaire de

l'équipe-cadre de cercle (district), et des dispositions en cas de non-respect des engagements ou de dénonciation de la convention. Un partenariat basé sur la contractualisation a donc été érigé comme principe de la politique nationale de santé et est applicable à l'ensemble du système malien de soins de santé primaires, ce qui implique une révision en profondeur des rôles de l'État et des populations, l'État quittant son rôle de prestataire direct des services de santé de base. De nombreux problèmes se posent néanmoins: i) celui des zones non ou peu viables, les ASACO s'étant surtout développées dans les zones financièrement favorisées, ii) le problème de la convention d'assistance mutuelle qui s'avère à l'usage devenir un contrat type limitant les négociations au minimum et laisse trop de zones d'ombres (comme des modalités d'évaluation et de contrôle très peu définies ou aucune précision sur les qualifications requises du personnel engagé). Pour perdurer, ce modèle doit évoluer, notamment en intégrant le nouveau partenaire apparu avec la décentralisation administrative: les collectivités locales.

On notera une expérience similaire en Côte d'Ivoire avec les Formations sanitaires à base communautaire (FSU-Com) où l'association gestionnaire signe une convention de "concession de service public" avec le Ministère de la Santé Publique<sup>23</sup>.

La gestion déléguée de formations sanitaires publiques, c'est-à-dire de formations réalisant une mission de service public, peut prendre des formes diverses qui elles-mêmes renvoient aux contextes et aux droits nationaux. On distinguera deux cas en particulier selon le degré d'implication de l'entité privée (le délégataire) dans les infrastructures et les équipements:

- L'entité privée reçoit du Ministère de la Santé les moyens existants - les bâtiments et les équipements- dans l'état où ils se trouvent pour exécuter la mission de service public. En général, les travaux d'entretien, de maintenance et de renouvellement sont partagés entre le délégant et le délégataire selon des modalités qui seront prévues au contrat. En termes techniques, et dans les droits d'obédience française, on parlera d'*affermage*; dans les droits d'obédience anglophone, on parlera de *lease contract*. Ces moyens restent propriété de l'État;
- L'entité privée prend en charge la construction des bâtiments et acquière les équipements. Ceux-ci reviendront à l'État à l'issue de la convention (laquelle est en générale de longue durée). Dans les droits d'obédience française, on parlera de *concession*; dans les droits d'obédience anglophone, on parlera de *Build, Operate, Transfer (B.O.T.)* (Construire, exploiter, transférer)

Dans tous ces cas, l'État demeure le maître d'ouvrage; c'est lui qui négocie directement avec l'exécutant. Ce type de contractualisation n'induit pas nécessairement un désengagement de l'État, mais un changement de son engagement; le contrat devra particulièrement s'attacher à ce que l'exploitant s'engage à respecter la mission de service public qui caractérise l'établissement de soins. Par ailleurs, dans la majorité des cas, l'État reste le propriétaire de l'infrastructure (terrains, bâtiments, gros équipements) lui permettant de reconsidérer plus aisément, le cas échéant, sa délégation de gestion.

### **. Contrats concernant la concession d'une zone géographique**

A l'instar d'une concession pétrolière ou forestière, l'État peut concéder l'exploitation d'une zone géographique qu'il estime insuffisamment couverte et dont il ne veut ou ne peut pas assurer la couverture lui-même. Par exemple, contrats pour la mise en œuvre des services de soins de santé primaires dans certaines zones urbaines au Bangladesh<sup>24</sup>, contrat de concession de l'ensemble d'un district sanitaire à une ONG au Cambodge<sup>25, 26</sup>.

### **La concession de l'ensemble d'un district sanitaire à une ONG au Cambodge**

A partir de 1999, avec l'appui d'un prêt de la Banque asiatique de Développement, le Ministère de la Santé du Cambodge établit des contrats de quatre ans avec des ONG pour la prestation des services de santé de l'ensemble d'un district sanitaire. Le contrat inclut les salaires des personnels de santé, les coûts récurrents, les médicaments et consommables médicaux. En termes d'activités, le contrat prévoit que les services de santé doivent assurer le paquet minimum d'activités pour les centres de santé et le paquet complémentaire d'activités pour les hôpitaux de district.

L'administration locale dépendant du Ministère de la Santé conserve les tâches de supervision des formations sanitaires sous contrat ainsi que la collecte de l'information. Elle doit faire rapport également sur la mise en œuvre du contrat et son bon fonctionnement.

Les premières analyses révèlent que les changements dans les habitudes de fonctionnement sont si profonds que les ONG ayant obtenu le contrat avec le Ministère de la Santé éprouvent des difficultés à prendre la pleine mesure de leurs nouveaux rôles. Les analyses montrent aussi qu'en retenant cette approche géographique le Ministère de la Santé donne au concessionnaire la possibilité d'adopter une approche systémique sur le district dont il a la charge et ainsi lui donne davantage les moyens d'organiser le système local de santé.

C'est dans cette logique que s'inscrivent également certaines actions visant à faciliter l'installation de jeunes médecins dans des zones rurales non dotées de structures sanitaires. Par exemple, au Mali ou à Madagascar, le Ministère de la Santé a facilité l'installation de ces jeunes médecins en signant avec eux un contrat stipulant qu'ils sont les seuls personnels de santé installés sur une zone géographique bien délimitée mais qu'en contrepartie ils doivent assurer les soins de santé primaires tels que définis dans la politique nationale de santé<sup>27</sup>. Les analyses de ces expériences montrent que cette insertion d'une médecine libérale conventionnée, même si elle rencontre des difficultés au départ, est néanmoins possible, y compris dans les zones rurales défavorisées et permet d'apporter une solution là où l'approche classique par des structures sanitaires n'était pas possible en raison des contraintes financières.

**2. Contrat d'association au service public:** une organisation privée, propriétaire de ses structures et disposant de moyens propres, collabore, est associée et remplit une "mission de service public"; par contrat avec l'État, elle devient ainsi concessionnaire de service public. Par exemple, les hôpitaux des églises en Tanzanie<sup>28</sup> et au Ghana<sup>29</sup> sont par contrat les seules structures de référence d'une zone géographique donnée. En Zambie, le Memorandum of Understanding signé en 1996 entre le Ministère de la Santé et la Church Medical Association of Zambia établit que les conseils d'administration des hôpitaux appartenant aux églises ont les mêmes pouvoirs que ceux relevant du secteur public<sup>30</sup>. Dans de nombreux pays, il s'agit en fait de contrats implicites. Ainsi, au Tchad, la carte sanitaire du pays s'articule autour des formations sanitaires existantes que celles-ci soient publiques ou privées; par la carte sanitaire, une formation sanitaire privée se voit donc confiée la responsabilité<sup>31</sup> de la santé des populations de la zone mais cette responsabilité reste implicite. Afin d'éviter de nombreux problèmes, il serait cependant souvent utile de formaliser cette reconnaissance dans des arrangements contractuels.

Il convient de noter que ces institutions privées, propriétaires et gestionnaires de structures de santé, peuvent ne pas remplir de mission de service public. Cela n'empêche pas pour autant le Ministère de la Santé, outre la reconnaissance de leur activité au travers d'un système d'accréditation, de développer des arrangements contractuels avec elles afin de définir les collaborations ou soutiens à leur apporter en contrepartie des activités qu'elles réalisent.

Il convient en outre de souligner que la gestion déléguée ne concerne pas seulement la fonction de prestation de services de santé, mais également la fonction d'administration sanitaire. L'administration sanitaire déconcentrée compte parmi ses fonctions principales d'encadrer les formations sanitaires œuvrant dans sa zone. Cette fonction est relativement simple lorsque le Ministère de la Santé gère directement les formations sanitaires (qui ne sont alors que des services administratifs), cela devient plus difficile lorsque la formation sanitaire est dotée d'un statut d'autonomie. Lorsque la formation sanitaire publique fonctionne en gestion déléguée, les habitudes ne sont encore que très rarement établies. Par contre, le contrat d'association au service public de formations sanitaires privées rend plus facile la tâche de l'administration sanitaire déconcentrée.

La contractualisation de formations sanitaires, qu'il s'agisse de gestion déléguée ou d'association au service public a pour conséquence d'amener certains acteurs, notamment les ONG, à davantage inscrire les actions dans le cadre du service public. Le contrat qu'elles auront signé concernant cette délégation de responsabilité stipulera leur rôle dans cette prestation de services de santé.

Mais ces entités peuvent souhaiter aller plus loin dans leur engagement et participer à l'administration sanitaire déconcentrée. La logique est la suivante: assurant la gestion de formations sanitaires de la zone, elles souhaitent aussi s'impliquer dans la fonction d'administration sanitaire déconcentrée. Ce rôle peut rester sur le mode de la concertation, mais il peut aussi déboucher sur une relation contractuelle spécifique:

- cette relation contractuelle peut définir les modalités de collaboration ou de participation au fonctionnement de l'administration sanitaire déconcentrée. Par exemple, les ONG déjà gestionnaires de formations sanitaires définiront dans ce contrat spécifique les relations avec l'équipe cadre de district, notamment le rôle de chacune de ces entités;

- cette relation contractuelle peut aussi être établie sur le mode de la gestion déléguée: dans ce cas, le gestionnaire de formations sanitaires dans la zone, obtient par contrat de gérer la fonction d'administration sanitaire déconcentrée. On notera que l'on peut procéder de deux manières: soit en établissant des contrats spécifiques pour chacune des deux fonctions (gestion de formations sanitaires et administration sanitaire déconcentrée) soit en établissant un seul contrat qui définit simultanément les deux rôles du gestionnaire. Il convient de souligner alors que, comme tout principe de gestion déléguée, le gestionnaire devient responsable de la gestion de la fonction d'administration sanitaire déconcentrée. Par contrat, le gestionnaire se substitue aux fonctions régaliennes de l'État.

Ce type de contractualisation renvoie à la vision que l'on a du district sanitaire. La contractualisation simultanée des deux fonctions - prestation des services de santé et administration sanitaire- correspond à des modèles intégrés, c'est-à-dire à des systèmes où les deux fonctions, bien que clairement identifiées, restent très liées ou très dépendantes l'une de l'autre. Dans ces systèmes, on considère que ces deux fonctions ne peuvent pas être assumées par des entités différentes. Par exemple, dans le modèle "classique" du district sanitaire, on considère que le Ministère de la Santé doit être l'unique responsable de l'administration et de la gestion des formations sanitaires.

### **3. Contrat liant l'État aux collectivités territoriales**

Dans le cadre plus large des réformes de l'administration étatique, la tendance consiste à rapprocher l'administration au plus près des populations chaque fois que cela est possible (principe de subsidiarité). Ainsi, dans le domaine de la santé, de nombreux pays ont opéré ou sont en train d'opérer un transfert de compétence en direction des collectivités territoriales. Les

formations sanitaires de l'État sont transférées aux collectivités territoriales qui ont la responsabilité de les faire fonctionner. Cette situation se met en place actuellement à Madagascar et au Sénégal.

#### **Le dispositif contractuel dans le district de Mahajanga à Madagascar<sup>32</sup>**

A Madagascar, une loi de 1995 et son décret d'application de 1996 confient la gestion des Centres de santé de base aux communes. Les directives sur l'étendue des transferts de compétences et de moyens restent cependant assez imprécises. Le Projet de la GTZ dans la province de Mahajanga tente de donner une traduction opérationnelle à cette volonté politique de décentralisation. Le projet vise à établir un processus de collaboration entre l'Équipe cadre de district (tutelle technique) et les Communes auxquelles les centres de santé sont transférés. Par ailleurs, le Projet propose des modalités de gestion de ces formations sanitaires: deux modèles de conventions sont proposés: dans un cas la gestion de centre de santé est assurée par une Association d'usagers qui passe un contrat de concession avec la Commune et dans un autre cas la gestion est de type régie autonome de la Commune avec une participation communautaire dans le comité de gestion. Le dispositif contractuel, relativement complexe car il entraîne plusieurs niveaux de relations contractuelles, a donc été posé au départ. Il est ensuite décliné en autant d'arrangements contractuels que nécessaires.

Les évaluations menées par l'équipe de la GTZ chargée de cet appui montrent que la décentralisation entraîne une redéfinition profonde des rôles de acteurs et que la contractualisation peut être un outil qui permet d'appréhender ces nouvelles relations qui naissent entre ces acteurs, mais qu'il n'est pas toujours aisé de maîtriser dans le même temps une réforme institutionnel (la décentralisation) et l'utilisation d'un outil nouveau (la contractualisation).

Parce que les collectivités territoriales n'ont généralement pas les moyens financiers suffisants pour assumer la charge de ces nouvelles responsabilités mais aussi parce que l'État central souhaite conserver une capacité d'harmoniser les pratiques sur le territoire, on débouche sur la nécessité d'établir des liens entre l'État central et les collectivités territoriales chargées des formations sanitaires de base. Ces liens peuvent rester sur le mode administratif classique, mais de plus en plus ils s'établissent autour de relations contractuelles formalisées conçues comme des outils d'accompagnement du transfert de responsabilité aux collectivités territoriales<sup>33</sup>.

#### **4. Contrat liant l'État et ses institutions autonomes**

Une voie alternative s'inscrit dans la démarche visant à doter certaines institutions publiques d'un statut d'autonomie. Prenant acte qu'une des faiblesses de l'organisation des services publics de santé vient de la concentration de toutes les fonctions dans les mains d'une seule entité -l'État central-, il est alors proposé de créer des entités distinctes. Ces entités, parce que plus proches des réalités, sont directement responsables soit dans un domaine particulier (par exemple, l'achat et la distribution des médicaments) soit pour une formation sanitaire (par exemple, un hôpital autonome). Par exemple, au Maroc, le Ministère de la Santé prépare actuellement des contrats-plans avec les hôpitaux autonomes. De même, en Tunisie, il est prévu d'introduire progressivement des contrats d'objectifs (pluri-annuels) entre les Établissements Publics de Santé (établissements autonomes) et la direction de la tutelle au Ministère de la Santé, visant à développer une relation contractuelle basée sur les performances des établissements<sup>34</sup>.

Ces situations débouchent cependant sur des arrangements d'un type particulier puisqu'ils ne mettent en jeu que des acteurs publics. L'autonomie d'un acteur public ne signifie pas son indépendance: une tutelle est toujours prévue. Dans de nombreux cas, cette démarche reste

expérimentale: de nombreux pays s'orientent vers des réformes conférant autonomie à leurs hôpitaux locaux, sans simultanément organiser les relations contractuelles qui naîtront inévitablement de ce nouvel arrangement institutionnel. Lorsque ces relations contractuelles existent, par exemple en Zambie où les hôpitaux autonomes ont signé des conventions avec le Ministère de la Santé<sup>35</sup>, l'État, parce qu'il fait lui-même face à des contraintes budgétaires majeures, a tendance à ne pas respecter ses engagements financiers jetant ainsi un certain discrédit sur la relation contractuelle.

## 5. Contractualisation interne

La délégation de responsabilité peut être interne, c'est-à-dire s'opérer au sein d'une même entité au sens juridique du terme. Le qualificatif de "interne" doit cependant être distingué selon que:

- il n'y a qu'une seule entité au sens juridique, mais la contractualisation s'établit entre des ensembles clairement distincts au sein de cette entité. Ce sera le cas par exemple, lorsque le niveau central souhaite établir une relation contractuelle avec le niveau périphérique (province, région ou district sanitaire). Par exemple au Burkina Faso, le niveau central a établi des contrats de performance avec les districts sanitaires, lesquels ne sont dotés d'aucun statut juridique particulier. Par le contrat, le niveau central délègue sa responsabilité au niveau déconcentré dans l'atteinte des résultats définis.

### **Les budgets-programme au Maroc**

La nouvelle gestion budgétaire axée sur les résultats que le Ministère de la Santé tente de mettre en place peut être définie comme un processus formalisé visant à délimiter chaque année, mais dans le cadre d'un programme triennal glissant, avec une budgétisation annuelle, les responsabilités respectives des directions de l'administration centrale et des services déconcentrés du Ministère de la Santé coordonnés par les régions sanitaires bénéficiant d'une délégation de pouvoir en vue de la réalisation d'objectifs fixés de commun accord. Le processus concerne donc la relation entre le niveau central et les services déconcentrés que sont les régions sanitaires. Afin de davantage responsabiliser chacun des acteurs, il est prévu que cette relation soit formalisée dans un contrat entre ces deux niveaux de l'administration sanitaire.

Au sens juridique du terme, il ne s'agit pas réellement d'un contrat puisque celui-ci n'est pas "opposable". Néanmoins, il s'agit bien d'une relation contractuelle au sens où il y a eu négociation et accord entre les parties en présence.

- il n'y a qu'une seule entité au sens juridique et la relation s'établit entre des composantes de cette entité relevant directement de la même autorité. Par exemple, la contractualisation interne au niveau d'un hôpital. Dans ce cas, chacun des services dépend de la même direction: le contrat est établi entre la direction et les différents services. Ainsi, la France a développé la contractualisation interne au sein des établissements publics à partir de la réforme de 1996. Le contrat lie le Chef d'établissement et les responsables des services médicaux et non médicaux. Par le contrat interne, les centres de responsabilité, que constituent les services, bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur de l'hôpital. Ce contrat définit les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Cette contractualisation interne présente de nombreux avantages mais pose aussi des problèmes spécifiques: quelles sont les incitations (individuelles ou collectives) qui conduiront les acteurs à mettre efficacement en œuvre le contrat? Quels mécanismes de suivi du contrat seront suffisamment efficaces?

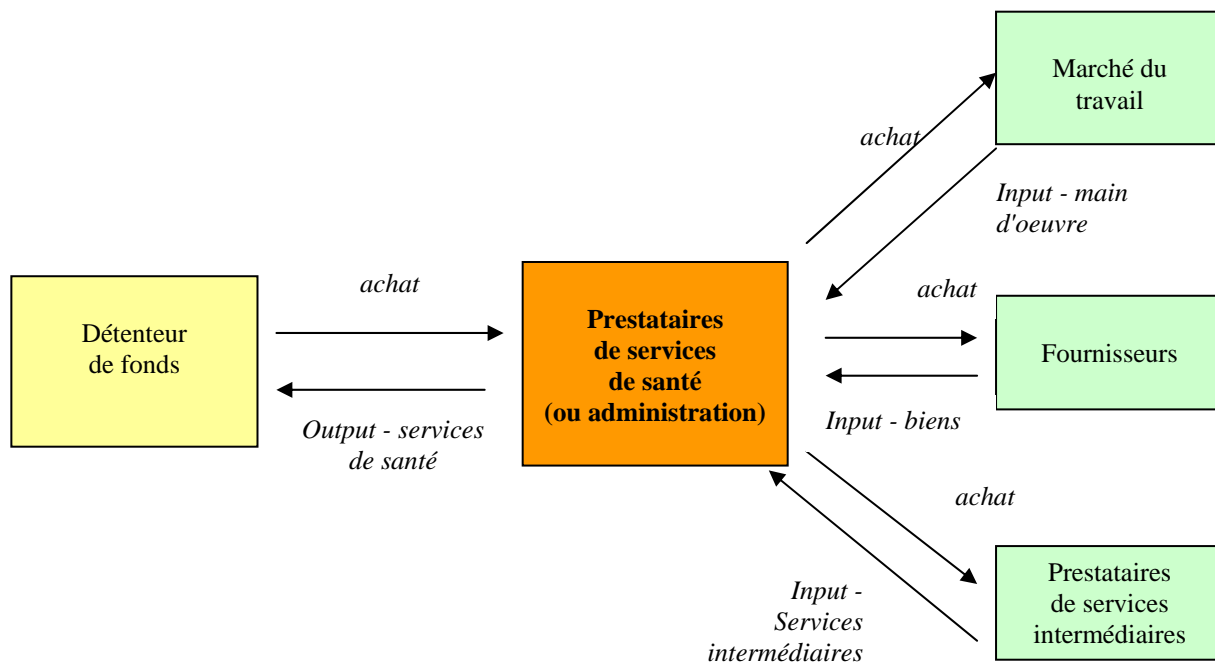
Les deux premières catégories ci-dessus mettent en jeu des relations entre le public et le privé. L'État considère qu'il est investi d'une mission de service public mais il en confie la gestion à des entités privées. La relation contractuelle qui règle cette délégation de responsabilité s'inscrit dans la logique de la concession et prendra des formes juridiques spécifiques selon les contextes nationaux. Au contraire, les deux dernières catégories concernent des relations entre l'État et des entités publiques dotées d'une personnalité juridique (structures autonomes ou collectivités territoriales). Le transfert de responsabilité est opéré par la loi. Cependant, ce transfert de responsabilité n'est pas total; des liens demeurent entre l'État et ces entités. Ces liens ne peuvent qu'être difficilement réglés par une relation hiérarchique classique: la relation contractuelle est alors l'outil qui permet de les aborder et de les opérationnaliser. Mais dans tous les cas, l'État veillera à ce que l'exécutant respecte la mission de service public: le contrat est là pour le garantir.

## **2.2. RELATIONS CONTRACTUELLES BASÉES SUR UN ACTE D'ACHAT**

Cette catégorie correspond aux situations où un détenteur de ressources financières préfère acheter la prestation de services plutôt que de produire lui-même ce service. La logique s'appuie ici sur un principe simple: un acteur de la santé, plutôt que de "*faire*", c'est-à-dire d'assurer lui-même la prestation, va en confier l'exécution à un partenaire contre rémunération. L'objet de la relation contractuelle concerne donc le financement d'activités. Le détenteur de ressources financières cherche à en faire le meilleur usage possible en confiant la réalisation de l'activité au partenaire qui lui offre la meilleure prestation (même service mais à un coût moindre ou service accru avec le même budget). Faire ou acheter telle est l'alternative. Cette stratégie peut se décliner de différentes manières. Il conviendra notamment de distinguer les cas où l'acteur exécutait jusque là l'activité et décide de ne plus l'exécuter lui-même (ce qu'on entend généralement par "*externalisation*"<sup>36</sup>) et les cas où l'activité est nouvelle.

Cette stratégie d'achat s'applique à deux niveaux selon l'objet de l'achat:

- elle s'intéresse à la manière dont les détenteurs de fonds (individus, mais aussi leurs représentants (État, systèmes d'assurance santé)) utilisent leurs fonds pour se procurer des services de santé auprès de prestataires de services de santé; l'achat porte alors sur un produit fini qu'est le service de santé fourni par le prestataire;
- elle s'intéresse aussi aux modalités de production choisies par les prestataires de services de santé; dans ce cas, l'achat porte sur des facteurs de production.



### 2.2.1. Les relations entre les détenteurs de fonds et les prestataires de services de santé

L'individu, détenteur de fonds, peut décider d'acheter lui-même les services de santé dont il a besoin à un prestataire de services de santé. Cet achat ne donne généralement pas lieu à un contrat spécifique; toutefois, dans certains cas (chirurgie esthétique par exemple), le client peut exiger un contrat préalable. Mais l'individu peut aussi confier ses fonds (volontairement dans les systèmes d'assurance non obligatoire ou involontairement dans les systèmes d'assurance obligatoire ou ceux basés sur l'impôt) à une institution qui décidera si elle assure elle-même la prestation des services de santé ou si elle achète ces services de santé à un prestataire. Notamment dans le secteur public, les fonctions de détention de fonds et de prestation de services de santé ont longtemps été intégrées et le sont encore fréquemment. Mais l'évolution récente des systèmes de santé laisse apparaître une plus grande séparation entre ces deux fonctions. Le détenteur de ressources financières va mettre en place une "stratégie d'achat" selon l'expression utilisée dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000<sup>37</sup> qui le conduira soit à considérer qu'il est lui-même le plus apte à fournir le service soit à choisir le prestataire qui peut lui apporter le service maximal. Dans ce dernier cas, l'individu donne délégation de pouvoir au détenteur de fonds pour le représenter dans toutes les relations avec les prestataires de services de santé. Ces relations entre le détenteur de fonds et le prestataire de service de santé dépendent cependant de la qualité du détenteur de fonds:

- Le ministère de la santé:** titulaire de fonds publics au travers de son budget, le Ministère de la Santé peut décider de ne plus assurer lui-même la prestation de certaines activités et d'utiliser les budgets dont il dispose à l'achat de ces services auprès de prestataires. Cette démarche se rencontre fréquemment pour des activités spécifiques et ciblées. Par exemple, la lutte contre la tuberculose, la lèpre, le paludisme, le SIDA<sup>38</sup>, la vaccination, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la lutte contre la malnutrition<sup>39</sup>. En Namibie, le Ministère de la santé passe contrat avec des praticiens privés pour réaliser des activités de chirurgie dans les zones rurales éloignées<sup>40</sup>. Ces achats peuvent être effectués auprès de tous les types d'acteurs. Dans certains cas, il achètera ces services auprès d'ONG. Ainsi, des contrats ont été établis entre le Ministère de la Santé et des ONG pour la prestation d'activités en santé de la reproduction ou de lutte contre le SIDA dans le cadre du projet PDIS financé par la Banque mondiale au Sénégal. En Amérique latine, plusieurs pays (Colombie, Costa Rica, Guatemala, Pérou, République Dominicaine) ont développé des contrats avec des ONG afin d'étendre la

couverture sanitaire ou d'améliorer la qualité des soins<sup>41</sup>. Dans d'autres cas, le Ministère de la Santé s'entendra avec des médecins privés: par exemple, projet d'entente entre des médecins privés installés en zone rurale au Mali et le Ministère de la Santé pour la vaccination dans le cadre du programme PEV. Dans le domaine de la santé génésique, les responsables du Ministère de la Santé passent contrat avec des prestataires privés pour la réalisation de certaines activités (soins prénataux par exemple)<sup>42</sup>.

Qui prend l'initiative de la relation contractuelle est également une question d'importance. Dans certains, ce sera le détenteur de fonds, à savoir ici le Ministère de la Santé; ce dernier, disposant de fonds, souhaite que des activités définies soient réalisées et propose, par appel d'offres ou par voie négociée, à des prestataires de les réaliser. Dans d'autres cas, ce sont les prestataires qui prennent l'initiative de proposer au Ministère de la Santé de réaliser certaines activités et le Ministère de la Santé réagit à cette proposition.

La décentralisation administrative, et le transfert des moyens financiers aux collectivités locales qui s'ensuit, introduit une nouvelle dimension à ce type de contractualisation. Notamment, alors qu'auparavant les prestataires tels que les ONG n'avaient qu'un seul interlocuteur - le Ministère de la Santé -, ils doivent maintenant faire face à une multitude de décideurs qui ont potentiellement chacun leur logique et s'adapter à chacun des contextes locaux<sup>43</sup>.

- **Les agences publiques de financement:** les principes sur lesquels repose cette approche sont: i) au sein même de l'État, c'est-à-dire ici du Ministère de la Santé, la séparation entre la fonction de prestation et la fonction de financement, ii) la création d'agences publiques de financement qui sont des entités autonomes au sein du secteur public et qui reçoivent en dotation des budgets publics dont elles doivent faire le meilleur usage possible en achetant des services pour leur population auprès des prestataires qui assurent le meilleur service. Dans les pays développés, l'exemple anglais est sans doute le plus connu et celui qui a donné lieu au plus grand nombre de publications.

En Angleterre, ce courant s'inscrit dans les nouvelles formes de management du secteur public et de la notion de "compétition gérée" ("managed competition", Endhoven 1993<sup>44</sup>). Ainsi, le secteur public cherche à introduire, en son sein, des mécanismes de fonctionnement issus du marché<sup>45</sup> qui sont susceptibles d'améliorer l'efficacité du système. Selon les auteurs, il s'agit d'introduire dans le secteur public les notions de "marchés planifiés" ("planned" markets, Saltman et von Otter 1992<sup>46</sup>), de "marchés internes" ("internal" markets, Enthoven 1985<sup>47</sup>), ou de "quasi-marchés" ("quasi markets", Le Grand et Bartlett 1993<sup>48</sup>), de "compétition gérée" ("managed competition"), de "compétition menottée" ("manacled competition", L.E.Brown, V.E.Amelung<sup>49</sup>)<sup>50</sup>. Une compétition plus ou moins encadrée doit conduire à rechercher la meilleure efficacité possible et par conséquent à donner aux populations les meilleurs services.

#### **Le British National Health Service (NHS)**

La réforme du système national de santé introduite par le Premier Ministre Thatcher, repose sur la séparation nette entre les prestataires ("providers") et les financeurs ou acheteurs ("purchasers") et sur l'introduction d'une compétition entre ces acteurs au travers de "quasi-marchés". Les acheteurs sont soit les autorités sanitaires du district soit des regroupements de médecins généralistes qui achètent des services hospitaliers pour leurs ressortissants auprès de prestataires qu'ils mettent en concurrence. Des contrats sont alors signés entre ces acteurs. Le cadre général et les principes de cette réforme ont donc été arrêtés par une loi en 1990. Les évaluations des contrats élaborés sont extrêmement nombreuses<sup>51</sup>. Beaucoup ont mis l'accent sur la difficulté à mettre en place une réelle compétition et sur ses éventuels effets pervers (possibilités d'entente entre les prestataires, sélection des patients à faible risque, etc.)

En 1997, le Gouvernement de Tony Blair instaurera le "new NHS" basé sur la recherche d'une troisième voie. Le principe du marché interne est abandonné; la compétition est remplacée par la coopération et la confiance que l'on a dans le partenaire<sup>52</sup>.

Cependant, la dernière réforme à cette date<sup>53</sup> réintroduit des formes de compétition entre les prestataires et étend le "concordat" entre le secteur public et le secteur privé (les collaborations entre les deux secteurs étant encouragées); cette réforme a de fortes ressemblances avec le "marché interne" introduit par Margaret Thatcher en 1990<sup>54</sup>.

Une série d'articles publiés en 2001 par la revue *Social Science and Medicine* montre les difficultés rencontrées par les pays qui ont mis en place ces réformes au cours de la dernière décennie<sup>55</sup>. Notamment, ces réformes ont été introduites avec l'objectif principal de réduire les dépenses de santé; or, les expériences analysées montrent qu'il n'en est rien. Par contre, ces réformes ont entraîné une transformation de la culture institutionnelle non plus basée sur la hiérarchie administrative mais sur la compétition et ont amené à redéfinir le rôle de l'État, notamment au niveau de la prestation de services de santé. La Suède s'est également engagée dans des réformes basées sur la séparation entre les prestataires de soins et les acheteurs de services et l'introduction de mécanismes de marché. Après une période (1989-1993) basée sur la compétition, la Suède, sans remettre en cause la contractualisation, s'oriente vers des formes davantage coopératives dans les relations entre acheteurs et prestataires de soins<sup>56</sup>.

Au niveau des pays en développement, les expériences qui s'inscrivent dans cette logique sont encore peu nombreuses. Ainsi en est-il du Ghana qui a établi le "Ghana Health Service" en 1996, une agence d'exécution du Ministère de la Santé et dont un des rôles devait être d'agir comme une agence achetant des services de santé auprès de prestataires au nom du Ministère de la Santé. La mise en œuvre de cette réforme est encore embryonnaire<sup>57</sup>. En Zambie, les résultats d'un processus similaire sont également mitigés<sup>58</sup>.

- **Systèmes d'assurance:** dans les pays développés qui n'ont pas opté pour un système de santé financé par le budget de l'État, le financement de la santé passe par des systèmes d'assurances semi-étatiques et autonomes ou privés. La population est tenue de contribuer à ces systèmes d'assurance<sup>59</sup>. Les différences apparaissent dans les modalités de prise en charge des dépenses de santé. Trois méthodes principales sont rencontrées<sup>60, 61</sup>:

- Le modèle de remboursement: le patient paie le prestataire de services de santé et est remboursé par le système d'assurance. Ce modèle correspond par exemple au système de sécurité sociale française: il n'y a pas de liens entre le financeur et le prestataire;
- le modèle intégré: la population choisit de s'adresser à une organisation qui assure les deux fonctions de financement et de prestation: l'exemple-type est les Health Maintenance Organizations (HMO) aux États-Unis;
- le modèle contractuel: le système d'assurance achète directement, au nom de ses assurés, des services de santé auprès de prestataires: un des exemples est le modèle allemand<sup>62</sup>.

Dans les pays en développement, les systèmes d'assurance sont simplement émergents et se caractérisent par le fait qu'ils ne sont pas obligatoires et couvrent une part souvent faible de la population. Néanmoins, ces systèmes se développent<sup>63</sup>. Une fois créés, ces systèmes d'assurance s'interrogent sur les modalités de prise en charge des dépenses de santé de leurs membres. Une des voies empruntées actuellement consiste à passer des conventions avec des formations sanitaires publiques ou privées mais

aussi avec des praticiens privés. Elles portent sur les tarifs, les modalités de remboursement, l'accueil des assurés, la qualité des soins... On retiendra ici l'exemple de la convention signée entre les mutuelles du Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes (FAARF) et des centres de santé publics au Burkina Faso<sup>64</sup>. Les premières évaluations de cette expérience soulignent combien le processus contractuel a été un outil important dans l'amélioration de la qualité des soins, car il a obligé les services de santé à se remettre en cause et à s'adapter aux besoins exprimés de la population. Du côté de la mutuelle de santé, la contractualisation a forcé les mutualistes à clarifier leurs besoins et leurs priorités. En Roumanie, à partir de 1994 pour huit districts, puis pour l'ensemble du pays à partir de 1998, les autorités sanitaires, puis les systèmes d'assurance maladie, passent des contrats avec des médecins en pratique libérale pour la prestation des soins de santé primaire<sup>65</sup>. On retiendra également l'exemple du projet PRIMA en Guinée où la mutuelle de santé a établi des contrats de prestation de services avec l'hôpital préfectoral d'une part et le centre de santé d'autre part<sup>66</sup>.

Qu'il s'agisse de l'État lui-même, d'agences étatiques (Regional Health Authorities en Nouvelle-Zélande ou des Health Authorities en Grande-Bretagne) tirant leurs ressources du budget de l'État ou de fonds d'assurance maladie tirant leurs ressources de cotisations, toutes ces entités se transforment progressivement en acheteurs "pro-actifs"<sup>67</sup>. Elles ne se contentent plus de répartir des dotations budgétaires ou de rembourser les dépenses de leurs membres. Au travers de contrats, elles négocient auprès des prestataires (privés ou publics) les conditions d'accès à l'offre de soins pour la population dont elles ont la charge ou pour leurs membres.

Par ailleurs, il convient de revenir un instant sur la notion d'acte d'achat. Il serait sans doute extrêmement réducteur de considérer l'acte d'achat sous le seul angle du prix. Lorsque ces acheteurs institutionnels achètent des services de santé à des prestataires, bien sûr ils s'entendent sur le prix de la transaction en tenant compte de la qualité du service presté. Toutefois, il convient de garder à l'esprit qu'un acte d'achat constitue une action complexe dans laquelle interviennent de nombreux éléments. La théorie économique, notamment le marketing, montre bien que l'acte d'achat, même pour des biens relativement simples, fait intervenir de nombreux éléments; par exemple, l'achat d'une automobile ne repose pas que sur des critères objectifs relatifs à la fonction de transporter mais également sur des caractéristiques subjectives telles que l'image véhiculée par cette automobile (à une automobile sont attachées des caractéristiques d'âge, de classe sociale, de sexe de sa clientèle). Il en va de même pour la santé. Par exemple, lorsqu'une mutuelle de santé passe contrat avec une formation sanitaire, il est probable que la négociation ne portera pas sur les tarifs des actes médicaux (ceux-ci ayant été fixés par ailleurs) mais sur le service « acheté », conditions d'accueil des mutualistes, modalités de paiement par les mutualistes, etc. Ainsi l'achat de soins de santé est un vecteur puissant pour poser la question de la qualité des soins. Au travers de la relation contractuelle, l'acheteur peut placer la qualité des soins au cœur de sa relation avec le prestataire<sup>68</sup>. Ces éléments de qualité peuvent être placés soit en amont de la relation avec le prestataire (dans ce cas, les critères de qualité servent à sélectionner les prestataires) soit en aval de la relation (dans ce cas, une partie de la rémunération du prestataire est conditionnée par les résultats atteints relatifs à la qualité de la prestation).

Enfin, il convient de souligner que ce type de relation contractuelle entre un détenteur de fonds et un prestataire de services de santé est nécessaire dans tous les systèmes de santé qui adoptent la capitation<sup>69</sup>. Le contrat définit les obligations auxquelles le prestataire de services de santé s'engage en contrepartie de la somme forfaitaire qu'il reçoit en avance pour chacune des membres enregistrés dans un système donné; la contractualisation est donc consubstantielle de la capitation. De nombreux pays développés ont adopté la capitation (USA (HMO), Grande-Bretagne); d'autres envisagent de l'introduire, au moins partiellement (Canada, France par exemple); on observe un développement important de cette méthode de paiement dans les pays à revenus intermédiaires: plusieurs pays d'Amérique Latine ont

développé des expériences dans ce sens<sup>70</sup>, mais aussi Argentine, Nicaragua, Thaïlande<sup>71</sup>. Par contre, en raison notamment de la faiblesse de leurs systèmes d'assurance, la capitation est très peu utilisée dans les pays en développement.

### **2.2.2. Les modalités de production des prestataires de services de santé**

Le prestataire de services de santé, mais il en va de même pour l'administration, pour assurer leur fonction essentielle, disposent de fonds qui leur viennent directement des individus ou de détenteurs de fonds qui les ont eux-mêmes reçu des individus. Ce prestataire de services de santé ou l'administration peuvent agir comme un producteur classique qui combine des intrants pour obtenir le produit qu'il souhaite fournir à ses clients. Ces intrants seront achetés soit sur le marché du travail pour ce qui concerne les ressources humaines soit sur le marché des biens et services pour les autres fournitures; pour ce faire, il passera des contrats classiques. Mais il peut aussi, pour certains services intermédiaires, s'adresser à des prestataires spécifiques. Pour cela, il passera un contrat par lequel une partie s'engage à exécuter un ouvrage moyennant un prix que l'autre s'engage à lui payer; c'est la notion classique de **sous-traitance** dans le domaine commercial. Par exemple : contrats d'entretien (expérience en Papouasie- Nouvelle- Guinée), de restauration (expériences à Bombay, Inde), de blanchisserie pour un hôpital avec une entreprise de services (expérience en Thaïlande)<sup>72</sup>. Cette approche a pour objectif une meilleure utilisation des ressources, souvent par ailleurs fort rares, notamment dans les pays en développement. Les évaluations de ces expériences, si elles doivent être encore poursuivies, commencent à fournir des orientations utiles<sup>73</sup>. Ces évaluations montrent que la signature d'un contrat avec une entreprise qui jouit d'une bonne réputation n'est pas une garantie suffisante d'obtenir un bon service; il faut encore que l'entité qui propose le contrat soit en mesure de le superviser à chacune de ses étapes.

#### **Contractualisation de services non médicaux dans les établissements publics de santé tunisiens \***

Les Établissements Publics de Santé (EPS) sont des structures hospitalières universitaires publiques sous tutelle du Ministère de la Santé Publique, créés en vertu de la loi du 29 juillet 1991; ils bénéficient d'une plus grande autonomie de gestion, sont régis par la législation commerciale et sont administrés par des conseils d'administration. Depuis 1993, les EPS ont recours à la contractualisation pour certaines activités non médicales: restauration des malades, nettoyage, gardiennage mais aussi assistance comptable. En 2001, sur les 21 EPS, 16 ont recours à la contractualisation.

Diverses raisons ont amené les EPS à sous traiter certaines activités non médicales: i)la qualité médiocre des services de la restauration et du nettoyage dans les hôpitaux, source d'insatisfaction des patients et de gaspillage de ressources, ii)les besoins non satisfaits en personnel qualifié, en raison des restrictions budgétaires, iii)les obligations décidées dans le cadre du projet d'appui à la réforme hospitalière, iv)l'effet d'entraînement, de mode et d'imitation, qui a joué un rôle non négligeable, basé sur le préjugé que le service privé est de meilleure qualité que le service public.

En coordination avec l'administration centrale du Ministère de la Santé Publique, les EPS ont conçu des cahiers des charges servant de référence à chaque établissement pour élaborer les contrats spécifiques. Ces cahiers des charges mettent l'accent en particulier sur : i)les considérations techniques spécifiques à chacune des activités, ii)les ressources à mettre en œuvre par chacune des parties, iii)la répartition des tâches entre les parties contractantes, et, iv)les moyens de contrôle à mettre en œuvre par la structure hospitalière concernée.

Chaque EPS doit contrôler la bonne exécution des tâches confiées aux entreprises extérieures et développer les capacités de son personnel pour s'acquitter convenablement de ces nouvelles tâches. Les services techniques et gestionnaires sont impliqués dans le suivi journalier de la bonne exécution des dispositions contractuelles. Une commission de contrôle administratif et technique est chargée du suivi et de l'évaluation périodique des activités, de l'amélioration des procédures de gestion interne des activités sous traitées et de la révision des cahiers des charges. De ces expériences, on retiendra les éléments suivants:

- De l'avis général des professionnels, la qualité des prestations sous traitées s'est améliorée, notamment au niveau de la restauration et du nettoyage et la propreté. Cependant, les coûts en sont relativement élevés, entraînant des augmentations successives des coûts unitaires;

- Le personnel libéré par la contractualisation a été affecté à d'autres tâches résolvant ainsi certains problèmes de manque d'effectifs dans d'autres domaines;
- Si, dans la majorité des EPS, la contractualisation fait l'objet d'un suivi efficace et d'un contrôle régulier des activités sur la base des dispositions contractuelles, on constate aussi des négligences dans l'exécution des tâches confiées aux sous-traitants;
- Les relations du personnel des sous-traitants avec le personnel de l'établissement ont été marquées par certaines tensions, dues en particulier à des lacunes de délimitations précises des tâches et des responsabilités;
- Les patients, confondant les catégories de personnel, peuvent réclamer des services au personnel sous-traitant, non qualifié pour ces tâches, créant ainsi des rapports tendus avec l'établissement;
- Le manque d'expérience du personnel des sociétés contractantes dans le domaine hospitalier, son encadrement insuffisant et son instabilité sont les principaux facteurs de risques qui doivent être appréhendés par les responsables des EPS dans leurs rapports contractuels.

En conclusion, l'expérience de la contractualisation des services non médicaux dans les hôpitaux publics tunisiens révèle des avantages certains en matière d'amélioration de la qualité, sous réserve que cette expérience soit accompagnée d'un suivi efficace et rigoureux de la part des responsables de l'hôpital. Cependant les coûts en sont encore relativement élevés car le nombre des fournisseurs potentiels n'est pas encore suffisant pour permettre une réelle concurrence.

\* H. Achouri, A. Jeridi, respectivement directeur et chef de service de la Direction de la Tutelle des Hôpitaux - Ministère de la Santé Publique, Tunisie

Cette externalisation de services auxiliaires ne donnent pas toujours les résultats escomptés: ainsi, en République tchèque, les services de restauration dans les hôpitaux avaient été récemment sous-traités à une entreprise française SODEXHO à vocation internationale; mais, vu les coûts finalement élevés de cette sous-traitance, ces services ont été repris par les hôpitaux publics.

Ces contrats de service peuvent également porter sur d'autres domaines. Par exemple, au Tchad, dans le cadre du projet d'appui au secteur de la santé (PASS) financé par la Banque mondiale, le Ministère de la Santé publique a passé contrat avec des partenaires tels que des ONG internationales, des agences des nations unies (UNICEF), des agences issues de la coopération bilatérale (Allemagne) afin qu'elles apportent leur appui technique aux Directions préfectorales de la santé (niveau régional): supervision, gestion, approvisionnement en médicaments, recouvrement des coûts, etc. Au Cambodge, dans le cadre d'un projet financé par la Banque asiatique de développement, une ONG internationale a, par contrat, l'autorité sur les personnels du Ministère de la Santé notamment en matière d'affectation de primes financières (liées au renoncement à des pratiques privées et à l'amélioration de la qualité des services)<sup>74</sup>. Dans le cadre de la décentralisation, des ONG telles que BEMFAM au Brésil, CEMOPLAF en Équateur, MEXFAM au Mexique, CARE en Bolivie, ont passé des contrats avec les municipalités pour former leurs personnels, notamment dans le domaine de la santé de la reproduction<sup>75</sup>.

Enfin, l'autonomie accordée aux structures publiques permet, avec des différences certes importantes selon les contextes nationaux, de casser la logique de la fonction publique. Ces structures autonomes ont ainsi la possibilité de faire appel, par contrat, à une main d'œuvre spécifique: elles peuvent sélectionner leurs personnels, elles peuvent recourir à des travailleurs occasionnels ou indépendants.

La manière par laquelle s'établiront ces relations contractuelles est importante à considérer. La littérature sur la fonction d'achat s'est beaucoup développée ces dernières années<sup>76</sup>. Le débat sur cette question peut se résumer en deux grands courants: la compétition et le partenariat<sup>77</sup>. La compétition est l'approche classique des relations entre un acheteur et des fournisseurs: la relation est distante, l'acheteur met en compétition les fournisseurs afin d'obtenir le meilleur service au moindre prix lors de

la transaction et il va renouveler le plus souvent possible dans le temps cette compétition: "Arm's length relationships; frequent tendering which is risky and costly; reliance on price; spot contracts or complex contingent claim contracting; multi-sourcing; lack of trust; reluctance to share information; adversarial attitudes ("win-lose" outcomes)".

Au contraire, dans l'approche partenariale ou encore "co-makership", l'acheteur va développer des relations basées sur la confiance avec des fournisseurs spécifiques : "avoiding unnecessary costs of excessive tendering and frequent competitions; fewer, dedicated suppliers; long-term contracts; coordinated strategies between buyers and suppliers; a sharing of risks and rewards; trust relationships; single sourcing; resulting mutual benefit ("win - win" outcomes)". L'évolution du NHS anglais révèle ce passage de relations basées sur la compétition à des relations basées sur la confiance<sup>78</sup>; plutôt que de "purchasing", on parlera de "commissioning" que l'on pourrait traduire par "commissionnement" c'est-à-dire l'acte par lequel une autorité donne la charge et le pouvoir, pour un temps déterminé, à une instance qui agira pour son compte. Le "commissionnement" est ainsi une activité stratégique d'évaluation des besoins, des ressources et des services existant ainsi que de mise en œuvre d'une stratégie pour faire le meilleur usage des ressources disponibles afin de satisfaire les besoins identifiés. Le "commissionnement" implique la définition des priorités, l'achat de services appropriés ainsi que leur évaluation<sup>79</sup>.

On s'accordera pour dire que les relations basées sur la compétition peuvent généralement convenir à la première catégorie ci-dessus concernant l'achat d'intrants bruts. Par contre, les analyses d'expériences dont on dispose concernant la prestation de services intermédiaires révèlent les limites des relations uniquement basées sur la compétition et qu'une dose de partenariat s'avère une condition nécessaire pour obtenir de bons résultats. La forme contractuelle qui en découle sera en relation: dans la première catégorie, on recourra essentiellement à des contrats opposables décrivant pleinement toutes les conditions de la relation; dans la seconde catégorie, on utilisera plutôt des contrats relationnels de type "head of agreement"<sup>80</sup>.

### **2.3. LES RELATIONS CONTRACTUELLES BASÉES SUR UNE COOPÉRATION**

Dans les deux catégories précédentes de relations contractuelles, nous avons autant que faire se peut parlé d' "acteurs en présence" de préférence à "partenaires". Ce dernier terme peut en effet avoir deux sens bien différents. Dans un premier sens, le partenaire définit celui que l'on a en face de soi. Cette acception n'indique rien sur la situation de cet acteur: il peut aussi bien être un ennemi qu'un ami. Le partenaire indique ainsi simplement celui avec qui on a des relations. Ce premier sens correspond aux deux catégories de relations contractuelles ci-dessus. Dans un second sens, le partenaire est celui avec lequel on est associé. Être partenaire signifie alors se donner ensemble les moyens d'agir, en vue d'un but commun, dans le respect de l'identité de chacun. Les relations contractuelles que nous allons aborder maintenant reposent sur le deuxième sens du mot "partenaire".

A la base de cette coopération contractuelle, se situe une volonté d'interpénétration organisationnelle. Celle-ci peut être appréhendée de différentes manières. Tout d'abord, elle se caractérise généralement par des engagements durables de la part des acteurs; les relations qui sont créées demandent du temps pour s'établir mais également pour se développer et produire des effets. Les parties, conscientes de leurs rapports passés, se rencontrent et échangent en prévoyant que leur relation se poursuivra dans le futur. Ensuite, et peut-être surtout, le degré de coopération entre les acteurs est variable. Ainsi, après avoir identifié leurs synergies, les acteurs, ensemble, vont contribuer à la réalisation d'un objectif commun. Pourtant, dans certains cas, chacun, avec ses spécificités, sera actif, mais autonome, dans la production de cet objectif, alors que dans d'autres cas, ces acteurs exécuteront ensemble tout ou partie des tâches nécessaires à la réalisation de l'objectif<sup>81</sup>. Enfin, cette coopération contractuelle sous-entend qu'à chacun des moments de la relation contractuelle, les acteurs participent pleinement aux décisions de mise en œuvre du contrat et aux ajustements rendus nécessaires par les événements survenus lors du contrat; en effet, la complexité qui caractérise ces

contrats rend illusoire toute formalisation complète du contrat et exige flexibilité dans la mise en œuvre du contrat, entraînant des prises de décision permanentes.

Ainsi, la coopération contractuelle peut être définie comme "un accord établi dans une perspective de long terme impliquant une interaction entre membres d'organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs moyens"<sup>82</sup>. Concrètement, cette coopération contractuelle peut s'exprimer de diverses manières: on distinguera deux grandes catégories selon le degré d'interpénétration organisationnelle.

### **2.3.1. Les accords à interpénétration organisationnelle faible**

Ces accords correspondent au cas où des acteurs s'entendent sur un cadre de coopération (objectifs, moyens); par contre, la mise en œuvre des activités laisse une large autonomie à chacun de ces acteurs. Sans prétendre être exhaustif, on peut rentrer dans cette catégorie les accords suivants:

- **Le franchising<sup>83</sup>**: par rapport à une entente contractuelle classique entre deux partenaires, la franchise se distingue par les éléments suivants: i) le franchiseur doit être en mesure d'apporter quelque chose aux franchisés (apports financiers et matériels, apports de savoir-faire), ii) la notion de réseau: à la base du système, il y a l'idée qu'une instance supérieure veut harmoniser un réseau d'entités juridiques ayant un objectif commun. Le franchiseur est ainsi un animateur de réseau dont il s'efforce de garder la cohérence. Les franchisés savent qu'ils appartiennent tous au même réseau: cette identification par rapport au réseau est importante. Ainsi, le Ministère de la Santé peut recourir au franchising pour impliquer le secteur privé. Même s'il n'est pas le prestataire d'un service ou d'une activité de santé, l'État peut souhaiter rester un acteur à part entière de la mise en œuvre.

#### **La mise en œuvre de la stratégie DOTS**

La stratégie "Direct Observed Treatment Short-course, DOTS" (en français, traitement de brève durée sous surveillance directe) est aujourd'hui considérée comme l'une des méthodes les plus efficaces pour lutter contre la tuberculose au moindre coût. Il s'agit d'assurer un bon dépistage de la tuberculose et de veiller à ce que les malades suivent effectivement une antibiothérapie. Dans les pays en développement, on observe que les Programmes Nationaux de lutte contre la Tuberculose ont beaucoup de mal à faire face à la situation et que le secteur privé, lorsqu'il agit seul, est inefficace (mauvais diagnostic, référence tardive ou inexistante, traitement inapproprié...). La collaboration s'avère donc nécessaire. Plusieurs pays, tels que l'Inde, le Bangladesh, le Cambodge, la Chine, le Népal<sup>84</sup>, expérimentent des formes de franchising. Le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT) du pays i) définit un protocole standardisé de traitement et, ii) passe des contrats avec les praticiens privés qui vont suivre le traitement d'un certain nombre de patients en suivant ce protocole de traitement. Le PNLT apporte par conséquent son savoir-faire et encadre le dispositif. Les franchisés constituent un réseau de personnels de santé qui agissent contractuellement sous le label du PNLT.

L'outil contractuel se révèle un instrument efficace pour amener le Ministère de la Santé et les praticiens privés à ensemble analyser les coûts et les bénéfices réciproques de leurs relations.

Quelques pays ont expérimenté des réseaux de franchise au niveau de formations sanitaires privées de premier niveau: par exemple, le réseau PROSALUD en Bolivie et le réseau ZamHealth en Zambie<sup>85</sup>. On notera également des expériences pour des activités de planning familial<sup>86</sup>,<sup>87</sup> ou pour la réalisation d'activités de marketing social pour les adolescents.

- **La collaboration entre établissements de soins et associations de bénévoles**: ainsi, depuis le 4 mars 2002, la loi française autorise les établissements hospitaliers publics ou privés à signer des

conventions avec des associations de bénévoles afin que celles-ci d'intervenir dans l'établissement hospitalier: on notera par exemple l'intervention d'associations de bénévoles dans le champ des soins palliatifs pour l'accompagnement des malades, ou d'associations se chargeant de l'accompagnement périscolaire d'enfants hospitalisés<sup>88</sup>.

- **L'approche en terme de réseaux:** si, par le passé, la continuité des soins était presque exclusivement assurée par le corps médical, actuellement, l'implication de plusieurs catégories de professions sanitaires et sociales est sollicitée. La reconnaissance de la multiplicité des déterminants de la santé invite à des approches multidisciplinaires. La prise en charge globale du patient devient de plus en plus une nécessité; l'objectif qui est alors poursuivi consiste à mieux coordonner la chaîne des soins délivrés aux patients par les acteurs de la santé conjointement ou successivement. La réponse opérationnelle à cette logique prend de plus en plus la forme d'un réseau de soins. La contractualisation qui en résulte a donc pour résultat de formaliser le rôle de chacun des acteurs dans un dispositif cohérent d'approche globale du patient. La France développe actuellement ce type de contractualisation<sup>89</sup>. A l'intérieur du cadre défini, chacun des praticiens conserve une grande autonomie dans ses activités.
- **La planification stratégique au niveau du système local de santé:** l'organisation des systèmes de santé au niveau du district sanitaire actuellement se transforme en profondeur avec l'entrée en scène d'entités qui n'appartiennent pas au monde de la santé, les collectivités locales. La décentralisation administrative entraîne l'émergence d'une instance dont l'expertise en matière de santé est généralement très faible (à part dans les grandes villes).

Les textes en matière de décentralisation administrative définissent généralement avec plus ou moins de précision le rôle des collectivités territoriales au niveau des formations sanitaires. Par contre, les liens avec le district sanitaire, et par conséquent les Équipes cadres qui en assurent la cohérence, ne sont que rarement abordés. Or, du fait de la décentralisation administrative, la santé va se trouver confrontée à deux logiques:

- la logique systémique, adoptée par les acteurs traditionnels de la santé (Ministère de la Santé mais aussi tous les acteurs de la prestation de services de santé), dont les fondements sont techniques;
- la logique politique où la santé n'est qu'un des mandats des élus non-spécialistes des collectivités locales, dont le champ géographique ne correspond d'ailleurs que rarement à celui du district sanitaire.

Comment concilier la cohérence systémique du district sanitaire des acteurs traditionnels de la santé et la logique politique des acteurs de la décentralisation administrative? La solution ne passe à l'évidence plus par les canaux d'une coordination étatique centralisée et directive telle que la proposait souvent l'administration dans les plans de districts sanitaires. L'approche développée au travers du concept de "planification stratégique"<sup>90</sup> prend alors tout son sens. Il s'agit en effet de rassembler tous les acteurs impliqués dans un champ donné (ici un district sanitaire) et, par la négociation, d'aboutir à un plan stratégique qui définit les grandes orientations du district sanitaire. Le plan stratégique, en se basant sur une analyse de la situation et des besoins du district sanitaire considéré, établit les priorités, détermine les stratégies qui permettront d'atteindre les objectifs et indique les implications financières de ce plan. Il est un cadre, un guide pour les actions futures qui seront mises en place. Cette démarche qui sépare la vision stratégique de l'évolution du système local de santé de la planification des opérations permet aux différents acteurs de la santé de s'entendre sur l'essentiel avant d'entrer dans le champ de l'action.

Pour utile qu'elle soit, cette démarche peut pourtant ne demeurer qu'un simple engagement moral de la part de ces acteurs. La contractualisation permet d'aller au-delà en introduisant une formalisation contraignante des relations. L'outil "contrat de plan" s'inscrit dans cette logique. Tout en conservant entièrement la démarche de la planification stratégique, l'entente contractuelle

ou "la coopération contractuelle"<sup>91</sup> oblige les acteurs qui la signent à s'engager juridiquement et à respecter les obligations qu'ils ont ensemble et librement établies. Elle a également pour vertu d'établir un mode de relation stable entre les partenaires ainsi que des normes de comportement mutuel; en ce sens, le contrat est un mode d'organisation.

Dans ce domaine de la décentralisation administrative, certains vont encore plus loin et s'interrogent sur l'opportunité d'adopter une approche sectorielle qui présente l'inconvénient de singulariser les problèmes de la santé. Ils proposent d'adopter une démarche qui parte de l'espace géographique décentralisé et qui aborde simultanément l'ensemble des secteurs. La coopération contractuelle entre les acteurs locaux et le pouvoir central qui en découle permet de dégager des priorités et une meilleure harmonisation intersectorielle<sup>92</sup>. Toutefois, il est également clair que le principal inconvénient de cette approche réside dans la très grande complexité et la longueur du processus.

- **Les mécanismes de type "sector-wide approaches (SWAp)"**: dans les mécanismes traditionnels de concertation entre un gouvernement et ses partenaires au développement tels notamment les Tables rondes du PNUD, la recherche de consensus autour d'une Politique nationale de santé ne débouche sur aucun engagement formel. Une des caractéristiques des SWAPs consiste précisément à dépasser cette situation et à obtenir un réel engagement des deux parties, à savoir le Ministère de la Santé et les partenaires au développement. Selon cette vision, les deux parties s'engagent formellement à respecter la politique nationale de santé qu'ils ont approuvée de concert, notamment, et c'est une des spécificités de l'approche SWAPs, en mettant ensemble leurs financements et en donnant la responsabilité de leur gestion au Ministère de la Santé. L'esprit des SWAPs est par conséquent celui d'une coopération contractuelle puisqu'il s'agit de formaliser les partenariats dans des relations contractuelles. Ces conventions comportent en général essentiellement des obligations de moyens pour les parties et non de résultats.

### Le "SWAp" santé en Tanzanie<sup>93</sup>

La Tanzanie s'est récemment engagée dans une réforme en profondeur de son système de santé; celle-ci a été conduite au travers d'un processus de type SWAPs. A ce jour, ce SWAPs s'est traduit par trois documents contractuels:

- Une *Déclaration d'intention* en juin 1998 signée par le Ministère de la Santé et les partenaires au développement indiquant leur engagement pour un programme de réforme du système de santé basé sur des mécanismes communs de mise en œuvre;
- Un *Memorandum of Understanding*, ou *accord cadre*, en octobre 1999: cette entente préalable définit les procédures pour le "panier commun de financement", les obligations et les engagements des partenaires;
- Un *Side agreement*, ou *accord complémentaire*, entre le Ministère de la Santé et les partenaires qui souhaitent mettre des fonds dans le panier, en mars 2000.

Ces documents s'inscrivent entièrement dans la logique de l'approche contractuelle; ils marquent un engagement sur des responsabilités clairement identifiées qui va plus loin que les mécanismes traditionnels de concertation. Toutefois, les premières analyses dont on dispose montrent que, pour très utiles que soient ces différents documents, ils n'en constituent que des engagements basés sur la bonne volonté des partenaires et non des engagements opposables et contraignants. Or, si effectivement cette volonté se constate au moment de la signature des documents, il n'est pas sûr que la réalité sera conforme aux engagements.

Par ailleurs, la mise en œuvre effective du SWAp au niveau du district sanitaire suit aussi l'esprit de l'approche contractuelle. En effet, l'agrément du plan d'action pour un district sanitaire par la Commission qui a en charge le "panier" des financements tant du budget de l'État que des partenaires au développement constitue une condition pour obtenir les fonds requis pour le fonctionnement de ce district.

### Le "SWAp" au Bangladesh<sup>94</sup>

Au Bangladesh, au cours des vingt dernières années, les partenaires au développement ont tissés un large réseau d'ONG notamment dans le domaine de la santé de la reproduction qu'ils ont souvent financé directement, contournant ainsi le Ministère de la Santé. Le SWAP qui a été introduit vise à changer cette situation. Après avoir en commun défini la stratégie sanitaire, les financements des partenaires au développement sont regroupés et la gestion en est placée sous la responsabilité du Ministère de la Santé. Celui-ci passe des contrats avec les ONG pour la mise en œuvre de cette stratégie. Au départ, il convient cependant de souligner que les résultats ont été mitigés en raison notamment d'une certaine rigidité dans les procédures de certains partenaires au développement.

- **Les accords de partenariats:** certes, cette appellation, très souvent utilisée, renvoie fréquemment à des situations assez différentes et peut par ailleurs englober certains des cas ci-dessus (par exemple les SWAPs peuvent être considérés comme des accords de partenariat). Mais on range en général dans cette catégorie des accords tels que:
  - Les accords de partenariat entre États: ainsi présente-t-on en général les accords entre une coopération d'un pays développé et un Ministère de la Santé d'un pays en développement;
  - Les accords de partenariat entre une entité publique et une entité privée: par exemple, l'Union Européenne signe fréquemment des accords de partenariat avec des ONG; mais on peut aussi ranger ici l'accord entre la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation des Nations Unies;
  - Les accords de partenariat entre entités privées: par exemple, deux laboratoires du groupe Merck KGaA (Théramex, leader dans le traitement de la ménopause, et Monot n°1 chez le pharmacien: ces 2 laboratoires ont signé un accord de partenariat dans le domaine de la santé de la femme pour la co-promotion d'Evestrel (comprimés et crème) auprès des médecins mais aussi en pharmacies et parapharmacies;
  - Les accords de partenariats entre des établissements de santé: par exemple, un hôpital d'un pays développé signe un accord de partenariat avec un hôpital d'un pays en développement pour réaliser des activités de formation des personnels médicaux. Ces accords peuvent déboucher sur des accords de jumelage dans lesquels l'interpénétration est plus grande.

#### 2.3.2. *Les accords à interpénétration organisationnelle forte*

Ces accords correspondent au cas où des acteurs s'entendent sur un cadre de coopération (objectifs, moyens) et réalisent ensemble certaines activités, voire toutes les activités, permettant d'atteindre les objectifs du contrat. Là encore, sans prétendre être exhaustif, on peut rentrer dans cette catégorie les accords suivants:

- **La cogestion:** la cogestion, vue comme un partage d'autorité et de responsabilité, peut être appréhendée à un niveau macro: on parlera ainsi dans le cas français de la cogestion des organismes de sécurité sociale par le patronat et les syndicats. Mais on peut le voir également à un niveau micro: par exemple dans la gestion d'un établissement de soin. Ainsi en est-il d'une certaine approche de la participation communautaire: cette vision s'inscrit dans les formes nouvelles de l'Initiative de Bamako. Concrètement, on retrouve, au niveau de la formation sanitaire, un comité de cogestion ou conseil d'administration de l'établissement qui est composé à la fois de membres du personnel de santé (le chef de poste) et de représentants des institutions représentant la communauté : municipalités, associations. Un équilibre doit s'instaurer entre d'une part l'administration sanitaire qui doit garantir que les formations sanitaires respectent leur mission de service public et la population d'autre part qui, dans la mesure où elle participe de façon significative à leur financement doit pouvoir se prononcer sur, et contrôler l'utilisation faite de sa contribution financière. Cette cogestion s'exprime cependant de diverses façons dans la réalité : (i) dans une gestion quotidienne (par exemple, la

gestion partagée des recettes du recouvrement des coûts entre les membres du comité de gestion et le chef de poste du centre de santé) ou, (ii) concerner les grandes orientations de la politique d'un établissement de soins (par exemple, la participation d'une association d'usagers au conseil d'administration d'un établissement hospitalier). Ainsi, le contrat, au sens large du terme, est constitué par les modalités de cogestion définies par les acteurs concernés.

- **Les alliances:** on est ici au cœur de la notion de "faire ensemble". Les accords qui en découlent reposent sur une participation active des partenaires. Ils reposent sur une complémentarité des ressources, des technologies et du savoir-faire. Ces alliances peuvent prendre deux formes:

- La première réfère à ce que le monde industriel appelle les "alliances stratégiques"<sup>95</sup>: il s'agit d'accords dans lesquels les partenaires définissent leurs modalités de coopération, c'est-à-dire comment ils mettent en commun quotidiennement leurs ressources pour atteindre l'objectif qu'ils se sont fixés;

- La deuxième: deux entités décideront que, pour la réalisation d'une activité donnée, elles vont créer une filiale commune. Cette coopération contractuelle ne se matérialise pas dans un contrat mais dans le statut de leur filiale commune. Par exemple, i) deux hôpitaux peuvent décider de mettre en commun certains de leurs services: examens spécifiques de laboratoires, services spécifiques de comptabilité, etc., ii) des prestataires de soins de santé décident de partager une structure d'approvisionnement en médicament. Pour ce faire, leur alliance peut prendre la forme d'une filiale commune, par exemple un Groupement d'Intérêt économique (GIE)<sup>96</sup>; dans certains pays, les établissements publics ont la possibilité juridique de créer des services communs jouissant eux-mêmes d'une certaine autonomie (direction et budget séparés). L'esprit de la coopération contractuelle se manifeste dans le statut de filiale ou entité commune dans lequel chacune des entités-mères définissent leurs engagements.

Ainsi, la contractualisation s'avère beaucoup plus large et beaucoup plus riche que la notion de contrat au sens juridique du terme. Elle marque tout arrangement entre des acteurs, que celui-ci se matérialise au travers d'un contrat ou en empruntant d'autres voies telles qu'envisagées ci-dessus<sup>97</sup>.

## 2.4. Synthèse

En résumé de cette partie, il convient de souligner que toutes les relations contractuelles qui ont été présentées ci-dessus ont un objectif commun: l'amélioration de la performance des systèmes de santé. L'intérêt individuel des partenaires est transcendé par un intérêt général et collectif et c'est en ce sens que la contractualisation est importante pour les systèmes de santé. Pourtant, les expériences présentées divergent sur la manière d'atteindre cet objectif. Certaines démarches s'appuient sur l'hypothèse que la concurrence et la compétition entre les acteurs est une condition *sine qua non* pour que la contractualisation atteigne ses objectifs; il en est *a priori* induit alors que l'absence de concurrence, qui caractérise souvent la situation des pays en développement, doit être un frein au recours à l'outil contractuel. Au contraire, une démarche alternative pose comme préalable l'existence d'acteurs crédibles et vise à exploiter au mieux leurs synergies. La relation contractuelle peut s'établir sans négociation ou au contraire avec des très longues et très ouvertes négociations. Dans le premier cas, la négociation n'est pas permise; un acteur a préparé un cahier des charges et un contrat-type et les acteurs qui accepteront de rentrer dans cette relation contractuelle n'auront plus qu'à signer la proposition contractuelle. A l'autre extrême, rien n'est prédéterminé et tout doit être négocié; les acteurs, sans *a priori*, déterminent conjointement les termes du contrat.

Cette diversité des moyens pour atteindre l'objectif doit être reconnue et constitue sans doute une des forces de cet outil. Par contre, le recours à l'un ou à l'autre de ces moyens doit faire l'objet d'une étude approfondie afin de déterminer la stratégie la plus appropriée. C'est là où les contextes

nationaux prennent toute leur importance et vouloir prôner une stratégie plutôt qu'une autre serait une erreur.

Par ailleurs, il est important de prendre en compte le degré d'**opposabilité**. Un contrat est généralement un engagement contraignant - opposable disent les juristes- c'est-à-dire que le non-respect de ses clauses par l'une des parties peut entraîner sanction et surtout que les parties peuvent faire valoir ces engagements devant des entités extérieures au contrat (le système judiciaire). En son sein, le contrat prévoira ces sanctions et les modalités de leur application<sup>98</sup>. Certains arrangements contractuels ne peuvent cependant pas s'inscrire dans cette logique; par exemple, il sera difficile de contraindre les parties prenantes d'un SWAp à respecter leurs engagements. Plutôt que de parler de contrat opposable, il est préférable de parler de "contrat relationnel"<sup>99</sup>. Il s'agit d'un accord négocié entre des acteurs, généralement appartenant au secteur public<sup>100</sup>, qui permet de clarifier le rôle de chacun dans une entreprise ou action commune. La force de ces accords n'est pas liée à l'imposition éventuelle de sanctions par un tribunal mais plutôt au fait que les parties doivent travailler ensemble<sup>101</sup>. Les contrats relationnels font une place importante à la relation entre les parties contractantes, renonçant ainsi à un certain degré de précision pour miser davantage sur l'esprit de l'accord conclu, ce qui laisse une certaine latitude en cas d'imprévu (on parlera de l'"incomplétude" du contrat<sup>102, 103</sup>). Les contrats relationnels font donc principalement appel à la confiance, à la souplesse et à l'emploi de formules générales pour parer aux incertitudes de l'environnement (politique et financier) ainsi qu'à la difficulté de fixer des objectifs précis et de mesurer des résultats. Si l'engagement des acteurs ne peut être juridiquement contraint, il n'en est pas moins réel. Simplement, il prend d'autres voies et repose sur d'autres mécanismes: valeur accordée à la parole donnée, crédibilité et réputation de l'acteur reposant sur le respect de ses engagements, mais également contrôle social. Pour qu'un contrat relationnel donne les résultats escomptés, il doit s'inscrire dans le cadre d'un régime de gestion continue des relations, de dialogue et de négociation. Ce sont ces éléments qui poussent les acteurs à respecter leurs engagements, à poursuivre leur coopération<sup>104</sup> et à éviter les comportements opportunistes: la théorie des "signaux relationnels" est basée sur cette logique que les cocontractants doivent s'adresser en permanence des signaux mutuels, dans lesquels chacun cherche à assurer l'autre de ses intentions coopératives<sup>105</sup>. Dans certains cas, un contrat trop détaillé et dans lequel sont évoqués avec force détails les modalités de résolution des litiges peut être un signe que les contractants ne se font pas confiance<sup>106</sup>.

Pourtant l'opposabilité n'est pas synonyme de contrats transactionnels. Ainsi, aux États-unis, les grandes firmes qui achètent des paquets de services de santé pour leurs employés auprès de prestataires de santé recourent de plus en plus à des techniques de "partnering" de préférence à la compétition classique et aux rapports d'agence<sup>107</sup>.

Le tableau suivant permet de synthétiser les informations rassemblées à ce stade:

	<b>Délégation de responsabilité</b>	<b>Achat de prestation</b>	<b>Coopération Contractuelle</b>
Fort ↑ ↓ Faible <b>Degré d'opposabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dévolution de service public</li> <li>. Concession d'une zone géographique</li>   <li>. Association au service public</li>   <li>. Contrats liant État et institutions autonomes ou collectivités locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Contrats de services, Sous-traitance</li>   <li>. Achat d'activités sanitaires par État, agences publiques, ou institutions d'assurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cogestion d'une formation sanitaire</li> <li>. Franchising</li>   <li>. Réseaux de soins</li>   <li>. Contrat de plan</li>   <li>. Convention-cadre</li> <li>. SWAPs</li> </ul>

Il convient de noter qu'à ce stade du document ont été essentiellement développés des exemples où les acteurs d'une relation contractuelle jouent un rôle de responsabilité: dans la gestion déléguée, le gestionnaire est responsable des résultats atteints, il en va de même de l'ONG qui réalise des activités sanitaires pour le compte du Ministère de la Santé, du sous-traitant qui livre des services intermédiaires, ou des partenaires dans un réseau de soins. La contractualisation consiste avant tout à donner corps à ce rôle de responsabilité des acteurs. Pourtant, certains acteurs tels que les partenaires au développement (organisations internationales, multilatérales, ou bilatérales, ONG internationales) peuvent aussi jouer un autre rôle, à savoir celui d'appui technique et /ou financier aux prestataires de services de santé qu'il s'agisse de formations sanitaires ou d'activités réalisées en dehors des formations sanitaires, ou à l'administration sanitaire.

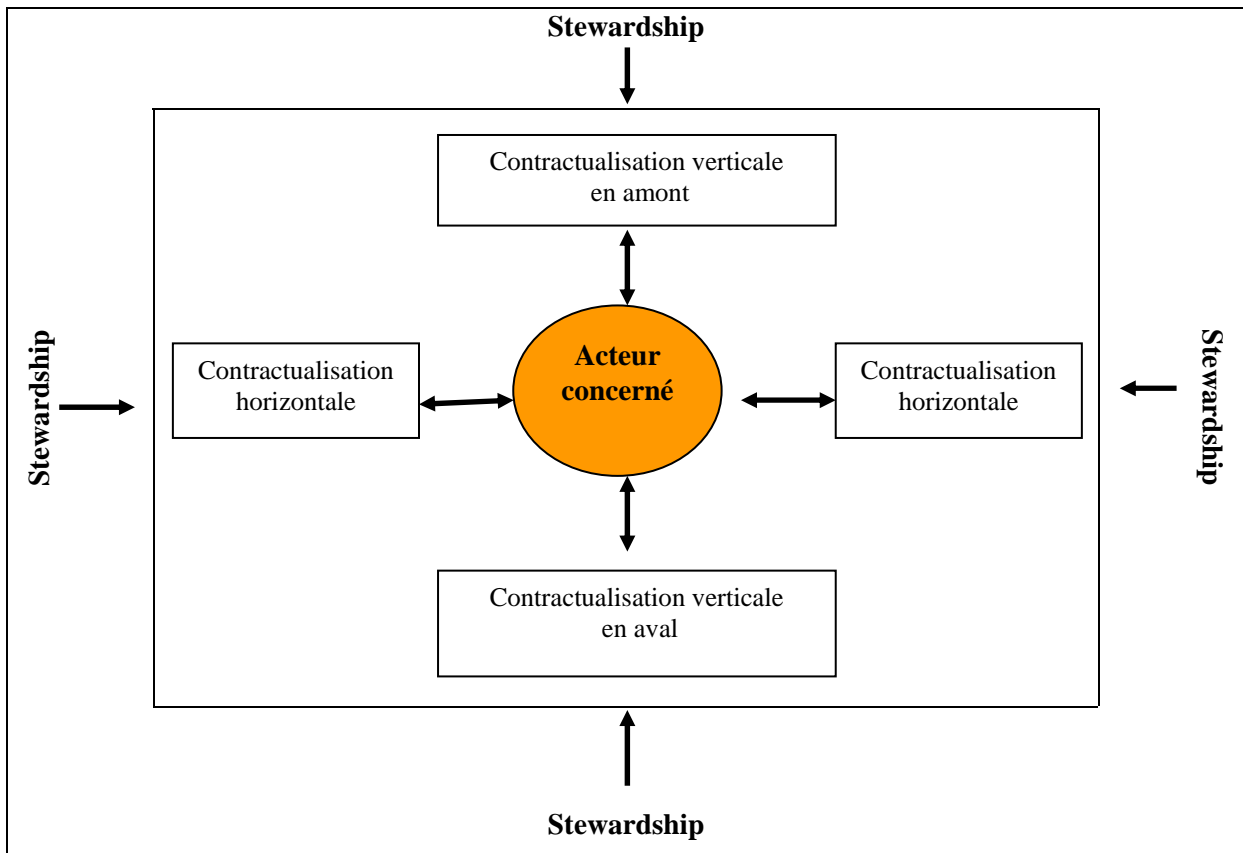
Ces partenaires ne sont pas responsables de la gestion de la formation sanitaire ni de l'entité ayant en charge la réalisation d'activités; ils apportent seulement un appui aux gestionnaires de l'entité qui restent les responsables de la structure et des activités qu'elle réalise.

Le *contrat d'appui* définira les obligations du partenaire en moyens. En contrepartie des moyens apportés, l'entité prestant des activités de santé (à partir d'une formation sanitaire ou en dehors) s'engage à atteindre des objectifs qui auront été clairement définis dans le contrat: ceux-ci conditionnent l'obtention réelle des appuis.

Finalement chaque acteur intervenant dans le domaine de la santé peut être présenté comme une organisation qui est au centre d'un nœud de contrats qui la lie à tous les interlocuteurs avec lesquels elle est susceptible d'entrer en relation. Cette panoplie d'opportunités peut être présentée selon deux axes:

- un axe "vertical": pour clarifier cette dimension, il est utile de recourir à la théorie de l'agence et à ses notions de "principal" et d'"agent". La contractualisation en aval sera celle où l'acteur concerné est en position de principal; on trouvera ici notamment tous les contrats de services ou de sous-traitance. La contractualisation en amont sera celle où l'acteur concerné est en position d'agent, c'est-à-dire qu'il met en oeuvre, sur la base d'un contrat, les objectifs définis par le principal;

- un axe "horizontal": La théorie de l'agence n'est plus ici d'aucun secours puisqu'il n'y a plus de relation de dépendance hiérarchique. Il s'agira alors d'un partenariat avec dépendance mutuelle. Dans la théorie économique, on ferait référence à la théorie des jeux coopératifs.



Chaque acteur, et par conséquent les décideurs qui sont à sa tête, doivent ainsi s'interroger sur les liens formels qu'ils peuvent entretenir avec leur environnement. Afin d'en tirer toutes les potentialités, ils doivent envisager toutes les opportunités qui s'offrent à eux, c'est-à-dire étudier chacune et, selon leurs stratégies et leurs capacités, développer celles qui leur procureront le meilleur avantage. A titre d'illustration, on consultera l'exemple de trois hôpitaux en Colombie<sup>108</sup>.

Évidemment, la relation contractuelle ne s'instaurera que dans la mesure où les interlocuteurs potentiels aboutissent à des résultats similaires. Il y a alors rencontre de deux intérêts individuels, de deux volontés, rendant possible la formalisation de la relation envisagée. L'approche est pragmatique; il est alors fait l'hypothèse implicite que ce qui est bon pour chacun des acteurs l'est également pour le système, c'est-à-dire du point de vue de l'intérêt collectif.

### **3. LA POLITIQUE CONTRACTUELLE COMME OPTION STRATÉGIQUE POUR AMÉLIORER LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

Les paragraphes ci-dessus ont permis de montrer à la fois la très grande diversité des expériences utilisant cet outil qu'est la contractualisation mais également que toutes ces expériences pouvaient être rangées sous trois grandes catégories. Chacune renvoie à un objectif bien spécifique des

relations contractuelles qui s'établissent entre les acteurs de la santé et à des modalités particulières de mise en oeuvre. Cependant, dans chacune des trois catégories, les expériences se situent à des niveaux différents. Certaines font référence à des situations très spécifiques et simples entre deux acteurs, alors que d'autres renvoient à des relations contractuelles plus complexes.

De nombreuses expériences renvoient ainsi à des arrangements contractuels ponctuels, issus d'initiatives ou de besoins locaux, mais qui ne s'inscrivent pas réellement dans une stratégie globale. Prenons l'exemple d'un Ministère de la Santé qui décide, parce ses moyens sont insuffisants, de confier la gestion d'un hôpital de district qu'il vient de rénover avec l'appui financier d'un partenaire au développement. Sans juger du bien fondé de cette décision, il faut cependant lui reconnaître son caractère isolé. Il ne s'agit en l'occurrence pas d'une politique volontariste du Ministère de la Santé mais d'un acte isolé. Pragmatique, le Ministère de la Santé a cherché la meilleure solution à ce problème spécifique mais il n'a pas souhaité placer sa décision dans un cadre plus large. Ainsi, très fréquemment, les arrangements contractuels restent encore des réponses *ad hoc*, au coup par coup et souvent fragmentaires à des liaisons qui s'établissent entre deux (parfois plus) acteurs au gré des événements<sup>109</sup>. Pour intéressante qu'elle soit, cette démarche reste réductrice. Ainsi, la pérennité n'est pas toujours prise en compte (par exemple, certains contrats de services établis à partir de financements extérieurs peuvent avoir de bons résultats à court terme, mais l'incertitude quant à la pérennité de ces financements peut conduire à développer des activités qui ne pourront pas être poursuivies lorsque le financement cessera). Dans d'autres cas, l'intérêt général peut être absent d'un arrangement contractuel (par exemple, une mutuelle de santé peut avoir négocié avec une formation sanitaire que ses adhérents seront traités en priorité; sans doute bon pour les deux parties, cet arrangement ne l'est pas pour le système de santé et donc l'ensemble de la population).

Ces arrangements contractuels spécifiques ne sont bien sûr pas à rejeter, mais leur influence demeurera marginale tant quantitativement qu'en terme de changement dans l'organisation du système de santé. De nombreux pays laissent se développer les relations contractuelles sur la base des intérêts individuels. D'autres au contraire, s'appuyant sur l'analyse que la conciliation de deux intérêts individuels ne garantit pas automatiquement l'intérêt collectif vont tenter de canaliser ce mouvement en donnant un cadre de référence aux décisions individuelles: la politique contractuelle.

Au contraire, en érigeant la contractualisation en principe d'organisation du système de santé et en harmonisant les pratiques contractuelles, ne disposerait-on pas d'un outil stratégique susceptible d'avoir un réel impact sur l'amélioration de la performance du système de santé? Tel est bien là le véritable enjeu de la contractualisation et l'intérêt que peuvent y porter les responsables du système de santé. Ce passage d'une approche pragmatique à une approche systémique entraîne la définition d'un cadre de référence. Ainsi, l'arrangement contractuel ne sera plus un acte isolé répondant à un besoin particulier; il s'inscrira dans un cadre cohérent dont il tirera toute sa force.

En amont, ce cadre demande un rattachement clair à la politique nationale de santé du pays. L'inscription de la contractualisation dans la politique nationale de santé lui conférera légitimité et reconnaissance. D'outil *ad hoc*, voire clandestin, la contractualisation devient ainsi un outil dont on préconise le recours et dont on souligne les potentialités, mais aussi les limites, pour améliorer la performance du système de santé.

Ce cadre s'entend comme la définition de politiques contractuelles au niveau de l'ensemble du système de santé du pays ou de chacune de ses composantes: une intervention de santé prioritaire (par exemple, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant), un problème de santé (lutte contre la tuberculose, la malaria), une population donnée (les victimes du SIDA), une autre fonction du système de santé (système de partage des risques, distribution du médicament), une zone géographique (organisation d'un district sanitaire). Une politique contractuelle a pour but de définir les relations entre des acteurs; elle définit la place du contrat dans les relations entre les acteurs œuvrant dans le domaine, elle pose les principes et les objectifs des relations contractuelles, elle définit les priorités et les actions contractualisables, elle peut proposer des types de contrats préférentiels, elle fixe un certain nombre de règles du jeu (par exemple, les modalités d'enregistrement des contrats).

Les différents arrangements contractuels établis entre les acteurs seront alors la traduction opérationnelle d'une stratégie collective et concertée. Une politique contractuelle permet un encadrement et une harmonisation des pratiques contractuelles. Elle permet d'éviter les incoordinations d'une juxtaposition d'arrangements contractuels spécifiques.

Ces politiques contractuelles peuvent s'exprimer de diverses manières:

- Politiques contractuelles nationales: sous la conduite de l'État, et avec une collaboration plus ou moins grande des autres acteurs de la santé, sont élaborés des documents qui définissent les politiques contractuelles pour le pays. Ainsi, aujourd'hui le Tchad dispose d'un document de politique contractuelle qui définit les principes fondamentaux et les domaines de la politique contractuelle globale et qui définit également la politique contractuelle au niveau du district sanitaire d'une part et dans le domaine du médicament d'autre part. Le statut de ces documents peut aller d'une simple déclaration de politique qui ne s'impose pas aux acteurs de la santé à des textes de lois ou des règlements qui s'imposent aux acteurs concernés. Mais dans tous les cas, l'approche est unilatérale; c'est l'État, qui dans sa fonction régalienne, fixe le cadre dans lequel les acteurs devront se situer.

#### **Un exemple: la contractualisation pour les hôpitaux publics et privés en France**

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, institue les Agences Régionales Hospitalières (ARH) qui sont des groupements d'intérêt public, personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, et constituées entre l'État et les organismes d'assurance maladie. Elles sont placées sous la tutelle directe du Ministère chargé de la Santé. Parmi leurs tâches, elles doivent s'assurer que les hôpitaux publics et privés ont élaboré leur contrat d'objectifs et de moyens<sup>110</sup>. Ce contrat retrace les engagements de chacun: généralement basé sur le *projet d'établissement*, il comprend les orientations stratégiques de l'établissement et conditions de leur mise en œuvre, les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines, les objectifs de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé, les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation, la participation aux réseaux de soins, les communautés d'établissements et les éléments financiers, notamment les engagements de l'État et des collectivités locales. Les ARH adoptent cependant des stratégies différentes: ainsi, certaines d'entre elles privilégient une approche individuelle des contrats, chacun étant élaboré indépendamment des autres, alors que d'autres adoptent une approche collective, chacun des contrats étant replacé dans le contexte d'ensemble. Selon la première stratégie, les contrats se mettent en place au fur et à mesure de leur préparation alors que la seconde stratégie entraîne une préparation concertée et simultanée de l'ensemble des contrats sur la région concernée.

- Conventions-cadre (ou accord-cadre): il s'agit d'un document élaboré par des acteurs; une convention-cadre est le résultat d'une négociation entre des acteurs et elle s'appliquera par conséquent à ceux qui l'ont élaborée. Dans la pratique, les conventions-cadre renvoient à des objectifs différents.
  - Certaines conventions-cadre définissent des modalités contractuelles auxquelles les acteurs ont le choix d'adhérer ou non. Ainsi en est-il en France de la convention entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins généralistes libéraux: par simple lettre, le médecin généraliste indique qu'il adhère à la convention générale qui définit les relations entre les caisses et les médecins généralistes; il n'y a donc pas de contrat spécifique liant un médecin en particulier et une caisse d'assurance maladie.

- Certaines conventions-cadres sont davantage conçues comme des instruments fixant les grandes orientations contractuelles et laissant le soin aux acteurs de définir, dans ce cadre, leurs relations contractuelles spécifiques. Par exemple, les grandes ONG nationales et les instances confessionnelles qui sont propriétaires et gestionnaires de nombreuses formations sanitaires dans les pays en développement se rendent compte que l'isolement dans lequel elles se situent n'est optimal ni pour l'efficacité de leurs actions ni pour le système de santé dans son ensemble<sup>111</sup>. Afin de sortir de cet isolement, certaines de ces organisations se sont engagées dans des arrangements contractuels avec les autorités sanitaires pour la reconnaissance de leurs formations sanitaires. Mais là encore elles se rendent compte de la portée limitée de ces arrangements contractuels ainsi que de leur fragilité institutionnelle. Pour ces raisons, elles souhaitent que ces arrangements contractuels soient placés dans des conventions-cadres qui servent ensuite de référence à la négociation de leurs arrangements contractuels spécifiques.

### **La relation entre l'État et l'Église catholique du Burundi<sup>112</sup>**

Au Burundi, l'église catholique représente 20% des structures sanitaires; État et église collaborent. L'État: i) agrée automatiquement les structures et les supervise, ii) donne accès à des formations, iii) exonère de taxes les médicaments, iv) donne des subventions. Malgré tout, les relations entre les deux partenaires sont conflictuelles: les subventions sont restées sur les bases des années 60, il y a des blocages dans l'administration, et de son côté l'église n'est pas assez transparente dans ses activités. Les deux partenaires souhaitent dépasser ces difficultés en normalisant et formalisant leurs relations par une convention qui est en cours de négociation. Cette convention-cadre, lorsqu'elle sera signée, donnera une référence à chacun des acteurs qui, sur le terrain, voudront établir des arrangements contractuels particuliers. Cette référence commune est importante car elle légitime les arrangements contractuels particuliers.

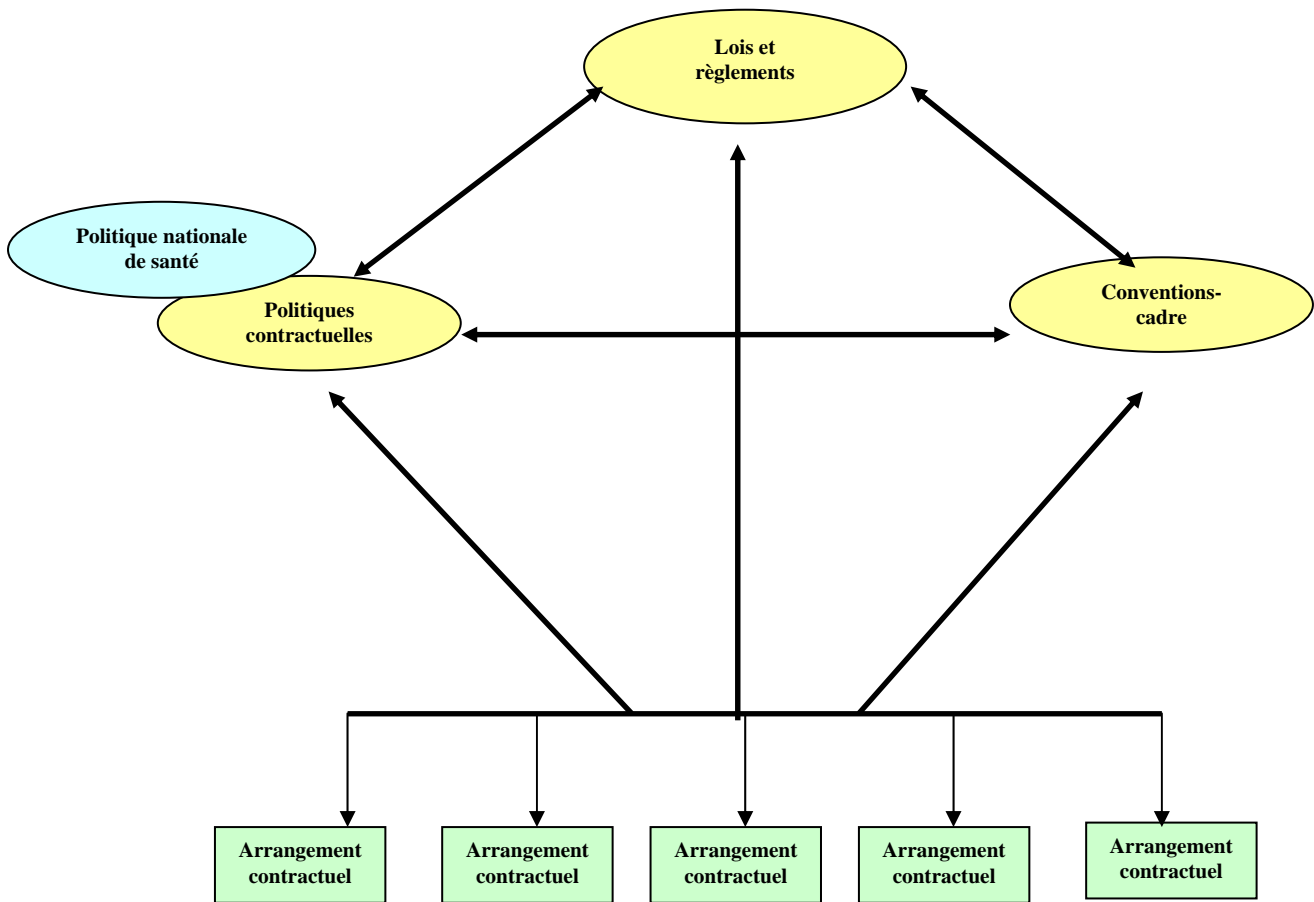
Même si une partie des longs délais s'explique par les problèmes internes au pays, il faut également souligner que les négociations entre des partenaires aussi différents que des églises et le Ministère de la Santé prennent du temps car il faut créer le climat de confiance nécessaire au bon déroulement du dialogue.

Là encore, ces documents s'imposent différemment aux acteurs concernés. Ainsi, même si le médecin généraliste français est libre de ne pas adhérer à la convention, ce choix entraîne des conséquences importantes dans sa pratique. Ces conventions-cadre prennent dans certains cas la forme d'un Memorandum of Understanding (MOU): par exemple, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie DOTS pour le traitement de la tuberculose, le département Stop TB à l'OMS recommande que le Ministère de la Santé signe un MOU avec les praticiens privés fixant les modalités de collaboration entre le secteur public et le secteur privé. Libre ensuite aux praticiens privés de signer ou non des arrangements contractuels pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS.

Le choix de l'une ou l'autre vision repose en réalité sur la notion de *subsidiarité* : quels pouvoirs les mutuelles veulent-elles transférer au niveau d'une union ou d'une fédération? Souhaitent-elles conférer à cette dernière de larges pouvoirs au risque de se dessaisir d'une large part de leurs prérogatives de négociation avec l'offre de soins ou souhaitent-elles simplement transférer un mandat de coordination et d'orientation mais garder les prérogatives de négociation à leur niveau.

- Ces politiques contractuelles comme les conventions-cadre doivent également être articulées avec tout un arsenal législatif et réglementaire qui permettent leur

opérationnalisation. Par exemple, une politique contractuelle va définir les grandes modalités de contractualisation avec les ONG en stipulant que cette contractualisation peut être tant une délégation de gestion qu'une association au service public. Un règlement sera peut-être d'obliger une ONG gestionnaire d'un établissement de soins à établir une ONG filiale consacrée uniquement à la gestion de cet établissement de soins ou d'établir une comptabilité distincte rattachée par un compte de liaison à la comptabilité principale de l'ONG.



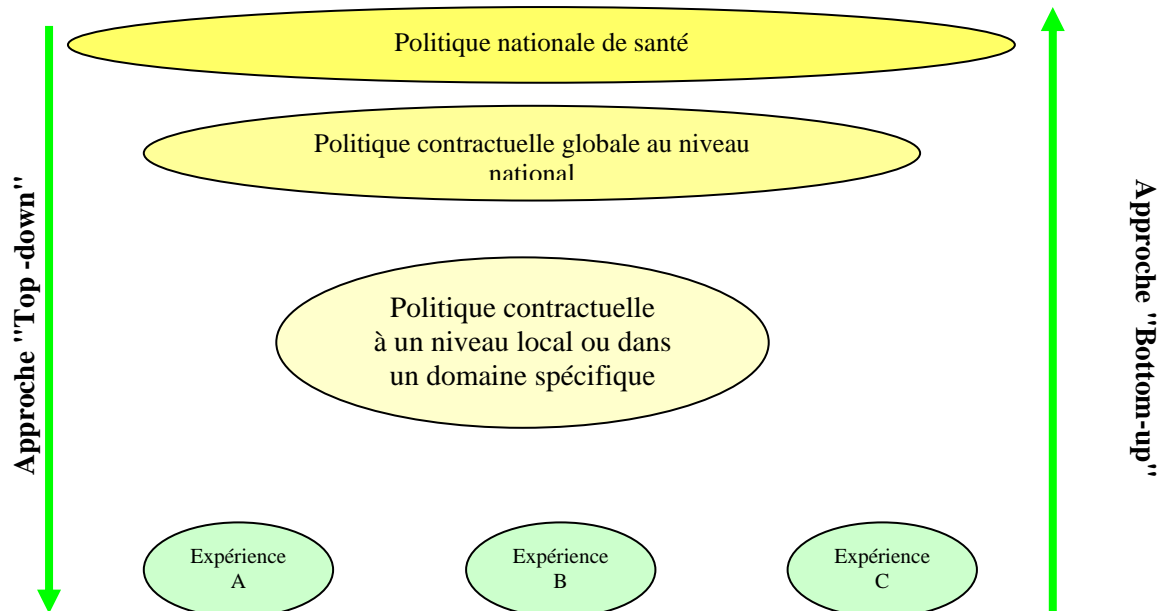
Une fois admise cette nécessaire articulation entre arrangements contractuels spécifiques et politique contractuelle, il faut s'interroger sur la stratégie qui conduit à cette situation. Une approche de type "top-down" consiste à poser d'abord la politique contractuelle et à la décliner ensuite en arrangements contractuels spécifiques. Cette stratégie est sans doute cohérente et cartésienne mais elle n'est pas toujours efficace: la politique risque d'être établie ex nihilo. Une seconde approche de type "bottom-up" consiste plutôt à laisser se développer des expériences spécifiques et, au vu de leurs évaluations successives, à consolider progressivement des politiques contractuelles de plus en plus larges.

L'histoire récente de l'utilisation de ces concepts et instruments révèle des situations complexes. Dans certains cas, c'est parce que les acteurs impliqués dans des arrangements contractuels spécifiques ont pris conscience des limites de leur démarche qu'ils suggèrent une approche plus systémique.

- C'est fréquemment le cas dans l'approche "convention-cadre"; par exemple, au Burundi mais aussi en Ouganda, les églises, considèrent que les arrangements contractuels spécifiques demandent une négociation au cas par cas souvent difficile à mener. Par ailleurs, chaque arrangement contractuel est considéré comme une situation d'exception puisque la stratégie contractuelle n'est pas inscrite dans la politique nationale de santé. Afin de pallier ces inconvénients, les églises demandent l'instauration d'un cadre de référence pour leurs négociations qui donnera force et crédibilité aux arrangements contractuels qu'ensuite elles élaboreront;

- Par contre, certains préfèrent rôder des relations contractuelles au travers d'arrangements contractuels spécifiques, démontrer l'intérêt de cette approche et, ensuite seulement, l'ériger en

principe de fonctionnement du système de santé au travers d'une politique contractuelle officialisée dans une Politique nationale de santé (exemples du projet de la GTZ à Madagascar et de la Coopération suisse au Bénin). Ainsi, les arrangements contractuels spécifiques, vus comme une étape qu'il faudra dépasser, peuvent s'avérer une stratégie utile, préférable à l'élaboration préalable d'une politique contractuelle purement théorique et qui ne sera pas suivie de réalisations concrètes.



La réalité est cependant sans doute intermédiaire. A l'instar de la poule et de l'œuf, peu importe finalement où se situe le commencement. La dynamique sera alors constituée de différents aller-retour. La consolidation progressive des expériences viendra enrichir les politiques contractuelles spécifiques qui à leur tour viendront fertiliser les expériences de terrain. La politique contractuelle globale, basée sur des premières expériences, sera enrichie par la réflexion dans chaque domaine et pourra alors mieux jouer son rôle d'orientation. Il ne faut donc pas voir vouloir opposer ces deux approches mais plutôt les placer dans une dynamique où elles se renforcent.

Il convient enfin de souligner la place de la concertation dans l'élaboration des politiques contractuelles. Contrairement aux modes hiérarchiques qui sous-tendent certaines relations, les politiques contractuelles supposent concertation, négociation et recherche de consensus. Plus cette concertation aura été développée lors de l'élaboration d'une politique contractuelle, plus il y a de chance que les pratiques contractuelles la respectent.

#### 4. LE RÔLE DE L'ÉTAT

Face au développement de la contractualisation, l'État peut adopter une stratégie de "laisser faire". Il fait alors confiance aux lois du marché pour que les relations contractuelles qui se nouent entre les acteurs soient profitables au système de santé.

Mais l'État peut aussi considérer que l'optimum ne sera pas atteint sans son intervention. La contractualisation lui donne cependant l'opportunité de développer un interventionnisme qui suit d'autres chemins que ceux de la prestation directe de services de santé. Selon cette logique, l'État est au centre des relations contractuelles qui se nouent entre tous les acteurs du système. La

contractualisation n'est alors "ni privatisation, ni désengagement de l'État". Elle est un outil au service de l'organisation des systèmes de santé; il revient à l'État de s'assurer que cet outil est utilisé de manière efficace et appropriée. Le rôle de l'État se situe à deux niveaux.

#### 4.1. L'ÉTAT EN TANT QU'ACTEUR D'UNE RELATION CONTRACTUELLE

Pour les raisons maintes fois évoquées précédemment, l'État ne souhaite plus être l'acteur exclusif mais, dans le même temps, ne souhaite pas se désengager de la prestation des services de santé et de leur financement. La contractualisation est un moyen qui lui permet de concilier ces positions. Dans ce cas, l'État devient signataire du contrat qu'il établit avec d'autres acteurs:

- *Prestation de services de santé*: l'État souhaite conserver la maîtrise de la couverture sanitaire du pays sans pour autant supporter tout le poids du financement et de la gestion des formations sanitaires. Dans ce cadre, tout en conservant la propriété de ses formations sanitaires, l'État délègue la responsabilité de leur gestion. De la même manière, l'État peut amener des prestataires privés, propriétaires de services de santé, à s'associer au service public. Dans les deux cas, l'État ne sera pas l'exploitant du service de santé, mais, au travers de l'outil contractuel, il demeure le maître d'ouvrage de la couverture sanitaire.
- *Achat de services de santé à l'extérieur*: plutôt que de réaliser lui-même certaines activités, l'État décide alors d'acheter leur production à un acteur, généralement issu du secteur privé. Les contrats qui en découlent sont de type "contrats de services" dans lesquels l'État paie un acteur pour la réalisation d'un produit donné. Cette stratégie d'achat s'applique à deux niveaux selon l'objet de l'achat:
  - l'achat porte sur un produit fini c'est-à-dire sur un service de santé lequel est fourni par un prestataire qui opère ou non à partir d'une formation sanitaire;
  - l'achat porte sur des facteurs de production: blanchisserie, restauration des malades, maintenance, gardiennage, etc.

Au travers de ces achats de services, même s'il n'est plus le producteur direct, l'État demeure également maître d'œuvre.

- *Achat de services de santé en son sein*: afin d'éviter les inconvénients d'une concentration de toutes les fonctions au sein d'une même entité, l'État peut procéder à la séparation des fonctions de prestation et de financement en créant des entités spécifiques. Cette séparation, même si elle est pour partie artificielle, aura pour vertu d'amener chacun des protagonistes -prestataires et financeurs- à négocier avec l'autre partie prenante. Cette négociation, basée sur la compétition ou sur la confiance<sup>113</sup>, doit déboucher sur un arrangement contractuel qui assurera une meilleure efficacité du système de santé. En créant des agences spécialisées disposant de budgets publics, l'État se donne les moyens de mettre en compétition les prestataires publics ou privés de services de santé<sup>114</sup>.
- *La coopération contractuelle*: dans cette logique, l'État demeure actif. Cette coopération contractuelle peut prendre des formes diverses allant de systèmes de cogestion de structures sanitaires, en passant par des relations contractuelles de type "franchising" et jusqu'à des systèmes plus complexes de type "contrats de plan", "convention-cadre", de "réseaux de soins". Dans tous les cas cependant, l'État est un acteur directement et activement impliqué. Il s'agit de combiner les efforts de chacun des partenaires en vue d'assurer ensemble un produit même si la contribution de chacun est spécifique.

Cette stratégie de l'État acteur devenant un État co-acteur présente de nombreux mérites en matière d'amélioration de l'efficacité de gestion, notamment en réduisant la distance entre le pouvoir de décision et la production de services de santé. Néanmoins, de nombreux analystes soulignent également les limites et les contraintes<sup>115</sup>. Par exemple, l'autonomie des hôpitaux, qui conduit sans

doute à une meilleure gestion au sein de chaque structure, peut à un niveau supérieur conduire à une fragmentation de la politique sanitaire et à de hauts coûts de transaction si l'État veut être en mesure de jouer son rôle de tutelle.

Par ailleurs, sans être directement partie prenante d'une relation contractuelle, l'État peut s'en porter caution. Prenons l'exemple d'une mutuelle de santé qui signe un contrat avec un centre de santé appartenant à une ONG. Cette relation contractuelle n'implique pas directement l'État et pourtant ce dernier peut ne pas être indifférent. En effet, afin de montrer aux populations que cet arrangement contractuel s'inscrit dans la logique de sa politique nationale de santé et que cet arrangement contractuel joue en leur faveur, l'État peut se porter caution, labelliser<sup>116</sup> cette relation contractuelle. Concrètement, l'État sera co-signataire de la relation contractuelle mais pas au même titre que les protagonistes; notamment, l'État ne s'immiscera pas dans la relation contractuelle entre les protagonistes. Il ne pourra être tenu responsable de la non atteinte des objectifs, mais il pourra intervenir à tout moment, notamment en retirant sa caution.

#### **4.2. L'ÉTAT COMME RÉGULATEUR DES RELATIONS CONTRACTUELLES**

Le rôle de l'État face à la contractualisation ne s'arrête pas à son implication directe dans une relation contractuelle spécifique. Certes, cette implication peut contribuer à améliorer la performance des systèmes de santé. Mais les États sont aussi conscients des limites de leur implication directe et ils mesurent l'importance de l'action de tous les autres acteurs, qu'ils relèvent du secteur public, comme les collectivités territoriales décentralisées, ou des différents secteurs privés ainsi que des populations elles-mêmes.

De plus en plus fréquemment ces différents acteurs interagissent en y associant parfois l'État mais de plus en plus souvent sans lui. Cette diversification des acteurs et la séparation des rôles qui l'accompagne débouchent nécessairement sur l'émergence d'interactions multiples entre les acteurs que ceux-ci vont chercher à formaliser au travers d'arrangements contractuels afin de se prémunir face à leurs engagements. L'État peut-il, doit-il, laisser faire? Parce que la santé est un bien qui engage l'intérêt général, il ne le peut pas et ne le doit pas. Plusieurs raisons justifient l'interventionnisme de l'État dans ce domaine:

- le laisser faire peut conduire à une utilisation de la contractualisation par les acteurs qui soit sous-optimale: habitués depuis longtemps à fonctionner en vase clos, les acteurs de la santé s'arrangent aisément de cette situation. Ainsi, certaines ONG, de peur de perdre leur indépendance, préfèrent ne pas entrer en relation avec d'autres acteurs de la santé<sup>117</sup>.
- le laisser faire peut conduire à des relations contractuelles néfastes pour les populations: des acteurs de la santé peu scrupuleux peuvent s'entendre au détriment de la population; par exemple, des acteurs en situation de force dans une aire géographique donnée peuvent s'entendre sur les prix de vente des médicaments, sur la prescription d'exams de laboratoire ou de radiologie, sur la durée de séjour à l'hôpital, etc. Certes, les ententes flagrantes et qui heurtent particulièrement la déontologie médicale pourront être assez facilement combattues. Mais ces ententes sont souvent insidieuses.

Cette régulation des relations contractuelles s'inscrit dans la logique des réformes de l'État qui se déroulent dans de nombreux pays. Le rôle de l'État est reconsidéré et, notamment dans les secteurs sociaux, la ligne directrice, après de nombreuses années axées sur la privatisation souvent prônée par certaines institutions internationales, est aujourd'hui tournée vers un État fort mais dont les fonctions sont davantage celles d'un pilotage de l'intérêt général plutôt que d'un prestataire et un financier de services. Le secteur de la santé, comme celui de l'éducation, n'échappe pas à cette orientation générale; l'État, au travers de son Ministère de la Santé, doit particulièrement s'attacher à mettre en œuvre cette fonction d'administration générale (stewardship). Comme l'indique le rapport sur la santé dans le monde 2000 "pour un système de santé plus performant" (OMS), l'État doit davantage s'attacher "à tenir la barre qu'à ramer". Cette réflexion actuelle sur ce rôle d'administration générale de l'État n'est

pourtant pas nouvelle. Comme l'indique R.B.Saltman et O. Ferroussier-Davis (2000)<sup>118</sup>, cette question est déjà abordée par J.J. Rousseau au XVIIIème siècle, puis par M.Weber au début du XXème siècle et, plus récemment par l'école du choix public aux États-Unis dans les années soixante-dix. Nous en retiendrons la définition qu'ils proposent: l'administration générale est "une fonction d'un gouvernement responsable du bien-être de sa population et soucieux du bien-fondé et de la légitimité de ses activités aux yeux des citoyens"<sup>119</sup>.

Dans cette logique, l'État se doit de réguler les relations contractuelles de sorte à ce qu'elles contribuent à l'intérêt général et à l'amélioration des performances du système de santé. Avant d'examiner les modalités par lesquelles l'État va exercer cette régulation, il est utile de s'entendre sur ce concept de régulation. Nous retiendrons ici la définition donnée par L.Kumaranayake (1998), "*Regulation occurs when government controls or deliberatively tries to influence the activities of individuals or actors through manipulation of target variables such as price, quantity and quality*"<sup>120</sup>. Nous adoptons ici cette vision large de la régulation qui englobe aussi bien les outils du contrôle et de la surveillance que ceux des incitations<sup>121</sup>. Il convient de garder l'esprit de la régulation; elle doit toujours garder ses objectifs qui sont de s'assurer de la performance d'un système de santé, à savoir permettre une offre de soins efficace, équitable et respectant les attentes des populations. La régulation ne doit donc pas être un handicap; certains diront qu'elle doit être à la fois la carotte et le bâton, d'autres diront une main ferme dans un gant de velours.

Si cet objectif ultime semble largement partagé, les modalités par lesquelles peut s'exercer cette régulation sont assez variables. Pour certains, elles s'inscrivent dans la logique de la théorie de l'agence, à savoir que l'État, -le principal- cherche par quels moyens il peut influencer les agents, -les institutions autonomes, les collectivités décentralisées, voire les prestataires privés-, afin de les amener à atteindre les objectifs qu'il a fixé dans la politique de santé<sup>122</sup>. D'autres inscrivent davantage cette régulation dans la logique d'une coopération où les acteurs cherchent à unir leurs efforts pour atteindre des objectifs qu'ils auront définis conjointement.

Concrètement, les modalités par lesquelles l'État peut réguler les relations contractuelles sont les suivantes:

#### **A- L'accompagnement des relations contractuelles**

- *Un cadre légal*: l'État doit s'assurer que les textes juridiques du pays permettent la contractualisation. Mais au-delà, il doit aussi prendre toutes les mesures qui faciliteront ces relations contractuelles. Par exemple, il n'est pas rare de constater que des acteurs de la santé renoncent à établir des relations contractuelles en raison des difficultés rencontrées auprès d'une administration tatillonne; les relations resteront informelles alors qu'il aurait été bénéfique qu'elles fût formalisées. Ce cadre légal définira "l'espace de décision"<sup>123, 124</sup> qui est accordé à chacun des acteurs. Les variations de ce cadre seront sans doute importantes entre les pays, selon les réformes institutionnelles qu'ils ont engagées. Par exemple, en Colombie la loi autorise les hôpitaux nouvellement autonomes à contracter avec des systèmes privés d'assurance santé, alors qu'une loi comparable ne le permet pas au Chili.
- *La concurrence*: certes, la concurrence n'est pas toujours la voie la plus appropriée pour conduire une relation contractuelle. Cependant, lorsqu'il s'agit par exemple de contrats de services par lesquels un acteur achète des services de santé à un prestataire, il s'agit pour l'État de s'assurer que les ententes préalables ne sont pas la règle et que le jeu reste ouvert. Auparavant, les économistes parlaient de concurrence pure et parfaite garante d'une bonne compétition. Aujourd'hui on y préfère la notion de contestabilité<sup>125</sup>; une pression concurrentielle peut s'exercer aussi bien par la menace de l'entrée sur le marché d'un nouvel acteur ou du fait des acteurs qui y sont déjà présents. Ces acteurs peuvent n'être qu'un petit nombre. Il est alors du rôle de l'État de s'assurer de cette contestabilité tant d'un

point de vue théorique (ces acteurs concurrents existent réellement) que pratique (il n'y a pas d'entente préalable entre ces acteurs).

- *Le contrôle*: l'État peut exercer un contrôle des relations contractuelles établies entre des acteurs. Sans s'immiscer dans la mise en œuvre des contrats, l'État peut néanmoins s'assurer que cette mise en œuvre se déroule comme prévu et au bénéfice de l'ensemble des parties, y compris les populations concernées. Cette surveillance du contrat peut s'exercer à la demande d'une des parties concernées ou par choix direct de l'État.
- *L'accréditation*: en amont des relations contractuelles, l'État peut aider à mettre en place un système d'accréditation qui pourra, entre autres choses, faciliter les relations contractuelles.

### **L'accréditation**

L'accréditation n'est pas:

- Une procédure de planification: celle-ci consiste à déterminer, en fonction des besoins de santé et des installations existantes, le niveau des services à implanter dans un espace géographique donné et pour une période de temps définie. La carte sanitaire est l'outil de cette planification;
- Une procédure d'autorisation (*licensing* en anglais<sup>126</sup>): celle-ci permet à une formation sanitaire d'exercer une activité. Elle est délivrée par une autorité gouvernementale; elle définit les standards minimum qui doivent être respectés par ceux qui reçoivent cette autorisation. Elle peut être de différentes natures:
  - administrative: l'État garantit que les activités menées par l'entité considérée ne nuiront pas aux populations; généralement, cette autorisation est accordée par l'instance étatique en charge de l'"intérieur"; fort de cette autorisation - certains parleront d'"habilitation" ou d'"homologation"-, un établissement sanitaire peut ouvrir ses portes au public. L'autorité délivre un droit à exercer;
  - technique et/ou financière: par exemple, l'acquisition d'équipements lourds peut faire l'objet d'une autorisation préalable de l'administration ayant en charge la santé;
  - déontologique: certaines activités sont interdites: par exemple, avortement après un certain nombre de semaines de grossesse, clonage humain, etc.
- Une procédure de certification: celle-ci sert à faire valider la conformité d'un système qualité aux normes ISO9000 par un organisme compétent et indépendant et permettant de donner une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées<sup>a</sup>.

L'accréditation, parfois appelée aussi "agrément", a débuté aux États-Unis et s'est étendue à des pays comme le Canada, le Royaume-Uni l'Australie ou la France (depuis 1996). Malgré certaines différences selon les pays, l'accréditation vise à:

- obtenir une reconnaissance de la qualité d'un établissement; elle est une reconnaissance formelle de la compétence d'un établissement de santé à effectuer une activité de qualité; fonction normative. En ce sens, l'accréditation est proche de la certification;
- assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins; fonction incitative. En ce sens, l'accréditation se veut être un outil pour le changement.

Par ailleurs, afin de garantir l'indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics (tutelle), des organismes financeurs de la santé et bien sûr de l'établissement de santé, l'accréditation est généralement confiée à une entité spécifique: Joint Commission on Accreditation of Health Organisation (JCAHO) aux États-Unis, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en France, Australian Council on Health Care Standard (ACHS) en Australie, King's fund organisational audit en Angleterre, Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (CCASS) au Canada, Japan Council for Quality Health Care (JCQHC, 1995).

L'accréditation est une démarche externe à un établissement de santé, concernant l'ensemble de

son fonctionnement et de ses pratiques. En se basant sur des normes qu'il définit au niveau de chaque pays, en général en concertation avec les acteurs du système de santé, l'organisme accréditeur évalue:

- les moyens de la structure sanitaire: adéquation de la structure (locaux, équipement, etc.), maîtrise des processus de production et des processus transversaux (médicaments, sang, etc.);
- les procédures: pratiques professionnelles (démarches diagnostiques et thérapeutiques, organisation du travail, etc.);
- les résultats: résultats en terme de l'amélioration de l'état de santé, satisfaction des patients, etc.

Mais ce qui la distingue réellement de la certification, c'est que l'accréditation se veut un agent moteur du développement continu de la qualité à l'intérieur de l'établissement de soins et non seulement un mécanisme d'évaluation externe ponctuel. Les recommandations émises par l'organisme accréditeur sont ainsi des orientations pour des changements qui conduiront à une amélioration de la qualité.

Quel est l'enjeu de l'accréditation pour la structure de soins ? On peut distinguer les situations suivantes:

- La première est celle dans laquelle l'accréditation est, pour l'établissement de soins, à la fois un enjeu de management interne et de crédibilité externe, sans pour autant que le résultat de l'accréditation ait une influence formelle avec les organismes de tutelles ou de financement.
- La seconde est celle dans lequel l'accréditation est explicitement liée à l'obtention d'un contrat ou d'un financement, lesquels sont indispensables à son existence. Aux États-Unis, pour être acceptés comme prestataires habilités à donner des soins aux patients relevant de Medicare (personnes âgées), les hôpitaux doivent satisfaire aux normes de qualité définies par le système d'accréditation. Globalement, on observe une tendance claire à instaurer un lien explicite entre l'accréditation et les procédures de financement des établissements. Ainsi, l'accréditation devient une conditionnalité pour le développement de relations contractuelles; avant d'entrer en négociation, les acteurs concernés doivent avoir été accrédités. Il est ainsi possible que, dans l'avenir, la capacité à développer des relations contractuelles en général ou dans certains domaines spécifiques figure parmi les indicateurs sur lesquels se base l'accréditation;
- La troisième est celle où l'accréditation ne sert pas formellement à planifier ou à décider du financement mais fait partie des éléments de la négociation. Par exemple, en France, le rapport d'accréditation d'un établissement est remis officiellement à l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) qui, par ailleurs, négocie les contrats d'objectifs et de moyens entre elle et les établissements de soins; le rapport d'accréditation n'est pas une pièce officielle de la négociation contractuelle mais est un élément de dialogue sur lequel se base cette négociation. Ainsi, l'accréditation peut jouer un rôle primordial dans les relations contractuelles. Comme l'indique C.Mathy<sup>127</sup>, " l'accréditation constitue un signal *ex ante* qui révèle la qualité du produit ou de la structure contractante. De ce fait, elle diminue les risques de l'autre partie, déjà assurée de la "qualification", de la compétence, voire des efforts de son futur partenaire. Elle permet de réduire les contrôles post-contractuels et, de ce fait, abaisse le coût de la coopération.

<sup>a</sup> Définitions:

- Norme: un ensemble de règles de conformité qui sont édictées par un organisme de normalisation
- Standard: un ensemble de recommandations développées et préconisées par un groupe représentatif d'utilisateurs

- *Un système d'information*: il est de la responsabilité de l'État de mettre en place un système performant d'information sur les relations contractuelles. Ce système

d'information peut comprendre plusieurs éléments: i) enregistrement des contrats: puisque les contrats concernent ce bien particulier qu'est la santé, l'État doit au minimum avoir copie de tous les contrats passés entre les acteurs de la santé; ii) analyse des contrats: à l'instar de toute source d'information, l'État doit procéder à une analyse statistique des contrats (nombre de contrats passés dans le pays, acteurs impliqués, volume financier concerné, type de contrats, etc.); cette analyse doit idéalement être introduite dans le système national d'information, ce qui n'est que très rarement le cas aujourd'hui.

- *L'évaluation*: l'évaluation à chacune des étapes constitue un trait spécifique de la contractualisation. Mais l'évaluation interne, c'est-à-dire celle menée par les acteurs engagés dans la relation contractuelle, n'est pas suffisante. Il convient également de procéder à des évaluations externes par lesquelles on obtiendra un bilan tant du processus contractuel que de ses résultats et impacts. Seul ce type d'évaluation peut permettre de dégager des bases solides sur lesquelles baser les actions futures et amener les nouveaux acteurs à s'engager sur des bases saines<sup>128</sup>. Là encore, l'État doit s'assurer de cette évaluation externe et neutre.
- *La formation* : comme pour tout nouvel outil, les utilisateurs ont besoin d'acquérir des compétences. L'analyse de certaines expériences, notamment l'examen de certains contrats, révèle un manque de professionnalisme évident, avec pour conséquence que l'expérience risque d'aboutir à un échec non en raison de la contractualisation intrinsèquement mais en raison de sa mauvaise utilisation. La contractualisation fait appel à de nombreuses notions, issues de disciplines différentes (droit, économie, santé publique, science politique et administrative, etc.). Une bonne maîtrise des outils constitue sans doute un prérequis au succès d'une expérience. L'État doit par conséquent s'assurer que chacun des acteurs, y compris lui-même, possède cette maîtrise. La formation, sous toutes ses formes, en est le moyen<sup>129</sup>;
- *La médiation dans les conflits*: le conflit est inhérent aux relations contractuelles. Les acteurs doivent, à leur niveau, mettre tout en œuvre pour résoudre ces conflits. A l'extrême, ils peuvent faire appel aux recours judiciaires. Mais entre ces deux situations, ils peuvent aussi passer par la médiation de l'État. Ce dernier doit être en mesure de jouer ce rôle qui bien souvent s'avère délicat. Ce rôle sera facilité chaque fois que l'État jouit d'une certaine confiance auprès des acteurs concernés.

## **B- Les incitations**

L'État peut agir sur les relations contractuelles au moyen d'incitations. En s'appuyant sur la définition donnée précédemment d'un arrangement contractuel, par des incitations appropriées, l'État peut agir sur la prise de décision des acteurs en les amenant à reconsidérer leurs intérêts à entrer en relations contractuelles. Le Ministère de la Santé peut ainsi décider de lier l'attribution d'une prime, d'une subvention ou d'une exonération fiscale, à la signature d'arrangements contractuels. Par exemple, le Ministère de la Santé n'attribuera la gratuité des vaccins qu'à des médecins qui ont passé un contrat avec lui pour leur installation en zone rurale.

Mais cette incitation peut être encore plus forte: en France, par exemple, le Ministère de la Santé n'accordera certaines subventions à un hôpital (public ou privé) que dans la mesure où il a signé un contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale Hospitalière dont il relève. L'hôpital est donc obligé, de par la loi, de contractualiser. Cet exemple est intéressant; en effet, d'un strict point de vue juridique, "obligation" et "contrat" sont des notions antinomiques; l'obligation entre en contradiction avec la notion même de contrat vu comme une alliance volontaire de partenaires indépendants.

Les incitations ne sont donc pas contradictoires avec la contractualisation pour autant qu'elles ne déséquilibrent pas trop fortement les relations entre les acteurs. Il est ainsi vrai que dans certains cas, ces rapports sont si déséquilibrés que l'on peut se demander s'il s'agit encore réellement d'arrangements contractuels librement consentis.

Les incitations seront notamment pertinentes dans toutes les politiques contractuelles qui ont pour objectif d'amener le secteur privé à travailler de concert avec le secteur public. Cette stratégie est adoptée, par exemple, par certains pays asiatiques pour la mise en place de la stratégie DOTS: afin de les inciter à passer des contrats avec lui, le Ministère de la Santé propose des avantages à ceux qui le feront.

Les incitations qu'un Ministère de la Santé peut utiliser sont essentiellement d'ordre financier<sup>130</sup>. Cependant, le Ministère de la Santé peut aussi mobiliser d'autres instruments: par exemple, la labellisation qui consiste, pour le Ministère de la Santé, à donner sa reconnaissance à un contrat entre des acteurs.

### **C- Les politiques contractuelles**

L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques contractuelles relèvent de la responsabilité de l'État et plus particulièrement du Ministère de la Santé. Ce dernier doit être l'instigateur principal de la politique contractuelle. Ce rôle renvoie à une des fonctions essentielles du système de santé: l'administration générale. Cette fonction, dont l'importance a été soulignée par le Rapport sur la santé dans le monde 2000 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), confère à l'État la légitimité de l'orientation de la Politique nationale de santé, même si l'exercice de cette fonction entraîne la participation de tous les acteurs. Ainsi, le gouvernement commandeur agissant par la règle de droit, générale, impersonnelle et coercitive, serait de moins en moins adapté au contexte des sociétés modernes caractérisées par leur complexité grandissante. L'État moderne serait un État ne commandant plus du haut mais acceptant de négocier avec son environnement sociétal. Le droit moderne doit accorder une place de plus en plus importante au "droit-régulation" (flexible, réflexif, responsif...) et ne plus prétendre tout réglementer mais seulement créer des cadres (assez ouverts) de négociation dans lesquels la démocratie directe peut s'exprimer. Concrètement, la difficulté n'est pas mince. L'État doit en même temps être le garant de la cohérence de la Politique nationale de santé et permettre aux singularités de s'exprimer. Dans ce sens, il lui est difficile d'être un vrai partenaire c'est-à-dire un acteur comme les autres. Même s'il accepte le jeu de la contractualisation, il se situe presque toujours comme un partenaire à part, au delà ou au dessus des parties, qui se réserve le droit d'intervenir. Seule la pratique, dans un respect mutuel, permet de trouver un équilibre.

L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques contractuelles constituent donc un levier puissant de la régulation des pratiques contractuelles, car elle donne au Ministère de la Santé les moyens d'encadrer, d'orienter et d'harmoniser les relations contractuelles qui seront établies entre les acteurs. Ce faisant, le Ministère de la Santé réduit ses coûts de surveillance des pratiques contractuelles et limite les déviations.

Cette régulation constitue une évolution profonde du rôle de l'État; celui-ci doit davantage s'attacher "à tenir la barre qu'à ramer". Ces différents types de régulation demandent des moyens importants qui, bien souvent, ne sont pas disponibles dans les Ministères de la Santé des pays en développement. Moyens financiers bien sûr, mais moyens humains surtout. La contractualisation constitue une approche particulièrement exigeante en termes de compétences. Ainsi, les pays en développement - et particulièrement leur État- n'ont bien souvent pas les moyens de faire face à ces nouvelles exigences<sup>131</sup>; les ressources humaines qualifiées dans ce domaine leur font généralement défaut, les expériences sur lesquelles baser leurs apprentissages sont souvent inexistantes ou très

insuffisantes, les matériels pour guider l'action sur le terrain n'existent pas<sup>132</sup>, les lieux de formation sont encore à l'état de projets.

Par ailleurs, les Ministères de la santé, dans la mesure où ils envisagent de favoriser une nouvelle répartition des rôles des acteurs de la santé, doivent remettre en question leur propre organisation fonctionnelle, administrative et financière afin d'être en adéquation avec la nouvelle politique mise en place. Cette révision de l'organigramme, qui peut se faire de manière progressive, surtout dans le cas d'un processus de décentralisation, est souvent source de conflits internes.

L'enjeu est d'importance; si l'État n'est pas en mesure de jouer son rôle d'administration générale qui s'apprécie par sa capacité à réguler les relations contractuelles, il y a tout lieu de penser que la contractualisation se révélera rapidement un outil inefficace, voire nocif, à l'organisation des services de santé. Ce discrédit jeté sur la contractualisation se marquera des manières suivantes:

- augmentation des coûts de transaction: pour se prémunir contre les malveillances et les comportements opportunistes, les acteurs seront poussés à développer tous les aspects de leurs relations contractuelles et de prévoir tous les cas de figure, entraînant un alourdissement des procédures de négociation, de rédaction et de suivi de la mise en œuvre des contrats. La conséquence en sera une augmentation des coûts de transaction pouvant contrebalancer les bénéfices attendus de la relation contractuelle;

- corruption: la faiblesse de l'État, mais aussi des autres acteurs, est la porte ouverte à toutes les corruptions. S'ils savent que leurs arrangements contractuels ne sont pas "encadrés", les acteurs peuvent être tentés par toutes sortes de corruptions. Corruptions lors de la phase de négociation, corruptions lors de l'écriture du contrat (un expert habile peut assez facilement trouver des formulations ambiguës), corruptions lors de la signature (celui qui détient le pouvoir de signer est corruptible), corruptions lors de la mise en œuvre (rétention d'informations, évaluations fallacieuses, etc.);

- nouveau marché de la distribution de ressources financières: si l'État n'y prête pas garde, la contractualisation peut rapidement devenir un nouveau marché de la distribution des ressources. Ainsi on observe déjà dans certains pays que des acteurs ont pris conscience que l'accès aux ressources passaient par ce nouveau canal. Précédemment, l'accès aux ressources suivait les voies administratives. Si aujourd'hui l'accès aux ressources passe par la contractualisation, des acteurs habiles seront rapidement opérationnels pour proposer leurs services sous forme contractuelle et abuser des interlocuteurs naïfs.

Le rôle de l'État est donc particulièrement important et conditionne l'avenir de cette approche. Face à cette dynamique, les pays en développement sont sans aucun doute beaucoup moins bien armés que les pays développés. Aussi est-il urgent de développer, pour ces pays, les compétences dans ce domaine. La communauté internationale doit jouer son rôle et donner à ces pays les moyens de faire face à ces nouveaux défis. Pour ce faire, il convient de partager les ressources et les expériences. En effet, comme le rapporte C.Ham (2000)<sup>133</sup> en conclusion de son ouvrage: "Most countries are dealing with health-care reform as if each was on Mars. Few have tried to learn from others... This indifference to the international face of doctoring is a huge mistake... there are lessons to be learnt from looking at different ways of paying for and delivering the goods. Instead of each country trying out its own experiments, they should be studying each other's for ideas and pitfalls". Ces propos, qui s'adressent à la problématique générale de la réforme des systèmes de santé, sont particulièrement adaptés au domaine de la contractualisation.

## 5. LEÇONS DES EXPÉRIENCES

Le développement de la contractualisation, notamment dans les pays en développement, est encore récent. Certes, des expériences sont en cours. Mais, il s'agit souvent d'expériences qui ont été mises en place en marge du système de santé et de la politique nationale de santé; on comprendra alors aisément que leurs promoteurs n'ont pas cherché à en faire connaître les résultats. Par ailleurs, certaines de ces expériences, et souvent parmi les plus novatrices, sont si récentes que l'on manque de recul pour en apprécier la portée. Aussi, on doit s'attendre que, dans les prochaines années, au fur et à mesure que les expériences se développeront, on disposera de plus en plus d'informations et d'évaluations qui permettront d'apprécier la pertinence de cet outil pour l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Chacun des acteurs engagés dans ces expériences doit avoir à l'esprit que l'expérience qu'il a acquise au cours de ce processus doit être portée à la connaissance de la communauté internationale de sorte à enrichir la capacité collective.

Cependant, malgré le faible recul dont on dispose actuellement, il est néanmoins aujourd'hui possible de tirer certaines leçons des expériences de contractualisation. Ces leçons donnent de bonnes indications sur les domaines pour lesquels des actions doivent être entreprises si l'on souhaite que cet outil qu'est la contractualisation serve à améliorer efficacement la performance des systèmes de santé.

Dix points sont mis ici en exergue. Il ne s'agit pas d'une approche exhaustive mais plutôt de faire émerger les éléments auxquels les décideurs politiques doivent être sensibles lorsqu'ils envisagent d'utiliser cet outil qu'est la contractualisation dans le cadre de la mise en œuvre de leur politique nationale de santé. Nombre d'entre eux reprennent des éléments déjà abordés précédemment dans le texte.

### 1. L'engagement de l'État

La contractualisation est une démarche nouvelle qui induit un changement profond dans les relations entre les acteurs de la santé à tous les niveaux du système de santé. Si l'État - c'est-à-dire les autorités décisionnelles du Ministère de la Santé mais aussi le gouvernement et toutes les composantes de l'État - ne soutient pas cette nouvelle vision, les actions entreprises sur le terrain risquent à tout moment d'être remises en cause ou, tout du moins, on restera sur le terrain de l'expérimentation, c'est-à-dire de l'exception. Au minimum, l'État doit permettre aux expériences de se dérouler dans un climat serein, c'est-à-dire sans suspicion préalable. Évidemment, il sera préférable que l'État indique son soutien le plus fort à cette approche de sorte à envoyer à tous les acteurs un message clair, de sorte à les inciter à s'inscrire dans cette logique.

Mais il est également important que, simultanément, l'État indique que la contractualisation n'induit ni privatisation ni désengagement de sa part. En effet, si la contractualisation est perçue comme un cheval de Troie de la privatisation, il faut alors s'attendre à ce que certains partenaires acceptent avec difficultés un rôle de régulation de la part de l'État. Si aujourd'hui le Tchad peut engager un dialogue basé sur la confiance avec ses partenaires, c'est sans aucun doute parce qu'il a marqué clairement son engagement pour la contractualisation en en faisant une des douze orientations stratégiques de sa politique nationale de santé<sup>134</sup> et en indiquant, sous forme de slogan, que la contractualisation ne signifiait "ni privatisation ni désengagement".

### 2. La diversité des arrangements contractuels

Il convient de souligner que toutes les relations contractuelles qui ont été présentées ici ont un objectif commun: l'amélioration de la performance des systèmes de santé. L'intérêt individuel des partenaires doit être transcendé par un intérêt général et collectif et c'est en ce sens que la contractualisation est importante pour les systèmes de santé. Pourtant les expériences présentées divergent sur la manière d'atteindre cet objectif. Certaines démarches s'appuient sur l'hypothèse que la

concurrence et la compétition entre les acteurs est une condition *sine qua non* pour que la contractualisation atteigne ses objectifs; il en est *a priori* induit alors que l'absence de concurrence, qui caractérise souvent la situation des pays en développement, doit être un frein au recours à l'outil contractuel. Or, plusieurs évaluations ont montré que la concurrence n'est pas automatiquement garante de bons résultats pour la contractualisation. Au contraire, une démarche alternative pose comme préalable l'existence d'acteurs crédibles et vise à exploiter au mieux leurs synergies. La contractualisation part alors de l'hypothèse qu'une meilleure organisation des services de santé, basée sur une meilleure coordination des efforts de chacun, doit aussi permettre d'atteindre l'objectif.

Cette diversité des moyens pour atteindre l'objectif doit être reconnue et constitue sans doute une des forces de cet outil. Il est important que les décideurs politiques aient conscience de cette diversité afin d'en saisir toutes les opportunités. On a remarqué ainsi que le Cambodge développe la contractualisation au niveau des districts sanitaires dans leur ensemble, alors que le Mali met en place la contractualisation au niveau des seuls centres de santé, que la France développe principalement une contractualisation basée sur la coopération alors que la Nouvelle-Zélande fonde sa contractualisation sur la compétition. Dans certains cas, il s'agit d'une stratégie délibérée qui repose sur des considérations culturelles profondes du pays. Mais dans d'autres cas, il s'avère que la situation est davantage le résultat d'un hasard et que l'ensemble des opportunités offertes par la contractualisation n'a pas été exploité par méconnaissance. Cependant, le recours à l'un ou à l'autre de ces moyens doit toujours faire l'objet d'une étude approfondie afin de déterminer la stratégie la plus appropriée. C'est là où les contextes nationaux prennent toute leur importance et vouloir prôner une stratégie plutôt qu'une autre serait une erreur.

### **3. La diversité dans l'élaboration des relations contractuelles**

L'idée originelle de l'utilisation de la contractualisation dans le secteur de la santé, au moins telle qu'elle est apparue dans les pays développés, reposait sur le principe du marché, c'est-à-dire sur la compétition comme moyen de faire émerger la solution optimale pour les acteurs entrés en relations. Cette compétition s'exprime au travers des outils classiques du marché tels que les appels d'offres. Pourtant, dans les pays développés, certains soulèveront très vite les limites de cette relation basée sur la compétition pure et prôneront un changement radical de stratégie basé sur la confiance; de nombreuses analyses du British National Health Service ont souligné les effets négatifs d'une pure compétition; le NHS est maintenant davantage basé sur la coopération et la confiance<sup>135</sup>. Dans les pays en développement, la plupart des analyses s'accordent pour montrer que, dans le secteur de la santé, l'existence de marchés compétitifs et transparents est très fréquemment absente. En conséquence, les pays en développement, tout en assurant une bonne transparence, doivent sans doute davantage s'orienter vers des relations contractuelles basées sur la négociation entre partenaires ayant déjà une reconnaissance dans le secteur de la santé. Cette reconnaissance sera d'ailleurs d'autant plus solide qu'elle repose sur un système d'accréditation technique recevant le soutien de tous les acteurs du secteur de la santé.

Par ailleurs, il convient de rappeler la question de l'**opposabilité** pour opérer certaines distinctions entre des arrangements contractuels. Là encore, il convient que les décideurs politiques aient conscience de la diversité des relations contractuelles et envisagent, sans *a priori*, les modalités les plus appropriées dans chacune des situations. Les fondements culturels de la société y seront sans doute pour beaucoup; certains pays mettront l'accent sur la compétition et le marché alors que d'autres seront plus sensibles à des relations basées sur le dialogue et la négociation.

### **4. Le risque de sous-estimation des difficultés**

Une fois adoptée dans ses principes, la contractualisation apparaît à des nombreux acteurs comme un outil dont la maîtrise est particulièrement simple. Deux illustrations à cette considération: i)deux acteurs qui s'entendent bien diront qu'il n'est pas nécessaire d'élaborer un document contractuel compliqué, la bonne entente à l'instant étant une garantie suffisante d'une bonne entente dans le futur, et, ii)pourquoi ne pas utiliser un contrat-type valable dans toutes les situations<sup>136</sup>. Ainsi S.Bennett et

al.<sup>137</sup>, à propos des évaluations qui ont été menées pour des expériences de contractualisation portant pourtant sur des situations relativement simples, soulignent que les acteurs ont bien souvent sous-estimé les difficultés de ces relations contractuelles.

- un processus contractuel demande du temps. Il y a un risque pour les acteurs intéressés d'aller trop vite et à vouloir appliquer des recettes miracles. Poussés par la nécessité de montrer des résultats, les acteurs sont souvent tentés de griller les étapes avec pour conséquence des incompréhensions et des problèmes à chacune des étapes. Il est donc important que chacun des acteurs ait internalisé une étape avant de passer à la suivante. Par exemple, au Bénin, les responsables du Programme d'Appui au Développement de la Santé (Coopération suisse) soulignent que douze mois de discussions ont été nécessaires entre les différents partenaires mais que ce temps a permis une clarification en profondeur du rôle de chacun dans l'accord signé<sup>138</sup>.

Ce besoin de temps pour conduire chacune des phases du processus sera d'ailleurs vraisemblablement d'autant plus important que la contractualisation est un phénomène nouveau et que les acteurs ne peuvent pas s'appuyer sur des recommandations et des guides bien établis. Il leur faut alors inventer à chacune des étapes. Si l'on peut penser que les enseignements des expériences actuelles permettront de raccourcir certaines étapes, il faut toujours avoir à l'esprit que l'élaboration d'un projet de contractualisation prend du temps, qu'il convient d'estimer ce temps au départ du processus et qu'il sera toujours préjudiciable de griller les étapes ;

- un processus contractuel ne s'arrête pas à la signature d'un contrat: il n'est pas rare de constater que les efforts des partenaires ont été importants lors de la phase préparatoire du contrat mais que la signature marque l'arrêt de ces efforts. Ainsi, au Burkina Faso, l'accord signé entre le Ministère de la Santé et la Délégation des Pères Camilliens concernant la création de nouvelles structures sanitaires et les modalités de leur fonctionnement est resté quasiment inconnu; les engagements pris par les deux parties ne servent pas de base à l'évaluation des relations entre eux. Cet accord remplit finalement davantage un rôle d'accréditation que d'accord contractuel.

## **5. Les coûts de transaction**

La contractualisation n'est jamais un acte gratuit. Elle entraîne toujours des coûts pour les acteurs impliqués, et ce, à toutes les étapes du processus contractuel. Ainsi, lors de la phase de préparation du contrat, les futurs co-contractants doivent passer beaucoup de temps en réunions, rechercher de l'information pour analyser leur situation mais aussi sur leurs partenaires, constituer des dossiers, etc. qui entraînent des dépenses directes mais aussi des coûts indirects. Une fois le contrat signé, la phase de mise en œuvre entraîne également des coûts; il faut surveiller les engagements des autres contractants, résoudre les conflits lorsqu'ils surviennent, élaborer des rapports, etc.

*Ex ante*, les acteurs ne s'engageront dans une relation contractuelle que dans la mesure où, pour chacun, les bénéfices escomptés de cette relation contractuelle l'emportent sur les coûts induits par elle. *Ex post*, les résultats montrent que bien souvent ces coûts, lorsqu'ils ont été envisagés, ont été sous-estimés et se révèlent plus élevés que prévu. Dans certaines expériences, ces coûts l'emportent sur les bénéfices obtenus. Par exemple, les analyses menées sur la contractualisation du service de restauration des malades pour certains hôpitaux à Bombay (Inde)<sup>139</sup> indiquent que la baisse du coût des services après l'introduction de la contractualisation s'est accompagnée d'une baisse sensible de la qualité du service.

Toutefois, s'il n'est jamais possible d'annihiler les coûts de transaction d'une relation contractuelle, il convient de s'interroger sur les méthodes qui permettent de les réduire. De ce point de vue, les modalités sur lesquelles seront basées les relations contractuelles sont importantes. L'évolution récente du système britannique de santé vers davantage de coopération en remplacement de la

compétition s'inscrit dans cette voie<sup>140</sup>. Il a en effet été constaté que le principe de la relation contractuelle basée sur la compétition des prestataires de services induisait des coûts de transaction très élevés et des comportements opportunistes. Le système actuel vise à baisser ces coûts de transaction en basant davantage la relation contractuelle sur la coopération et la confiance entre les partenaires. En outre, on s'est également aperçu que les coûts de transaction diminuaient lorsque les parties prenantes au contrat apprenaient à travailler ensemble et établissaient de bonnes relations<sup>141</sup>

De même, il est possible de réduire les coûts de transaction en travaillant non pas uniquement avec chacun des prestataires privés mais également avec leurs regroupements (lorsqu'ils existent)<sup>142</sup>. Par exemple, un groupement ou un réseau d'ONG permet de situer les négociations d'abord à ce niveau afin de définir les grands principes des relations contractuelles; chacun des arrangements contractuels avec des ONG de ce réseau se situera ensuite dans ce cadre. De même, ce réseau d'ONG peut assurer une certaine surveillance des membres du réseau, allégeant ainsi d'autant la tâche de surveillance de l'acteur principal.

## **6. La nécessité de construire des politiques contractuelles**

Des arrangements contractuels spécifiques et ponctuels peuvent permettre d'améliorer les relations entre des acteurs et contribuer à une amélioration de l'efficacité du système de santé. Mais il y a cependant un risque important que ces arrangements contractuels spécifiques conduisent à des résultats modestes, voire néfastes dans certaines circonstances. Une politique contractuelle au contraire donnera un cadre à des arrangements contractuels spécifiques et leur garantira la cohérence nécessaire à leur efficacité.

Certains pays ont fait le choix de définir une politique contractuelle avant de mettre en œuvre une expérimentation à large échelle (c'est le choix de la France et de la Grande Bretagne par exemple, mais aussi du Tchad et du Mali); d'autres, plus nombreux, préfèrent développer des expériences avant d'ériger une politique contractuelle. Les deux stratégies présentent des avantages et des inconvénients; aussi convient-il de mettre en place une dynamique plutôt que de chercher à imposer l'une plutôt que l'autre. Mais l'on s'accorde en général pour reconnaître qu'un développement incontrôlé des arrangements contractuels spécifiques conduit à une désorganisation des services de santé. Ainsi, le Bureau International du Travail (BIT), qui a pour mandat la protection sociale des travailleurs (incluant leur santé) et qui pour ce faire aide à la création de systèmes de micro-assurance dans les pays en développement, se rend compte de l'importance pour ces systèmes de micro-assurance d'entrer en relations contractuelles avec l'offre de soins mais surtout de la nécessité de placer ces relations contractuelles non pas au niveau de chaque micro-système mais dans un cadre défini nationalement.

## **7. Le rôle de l'État**

La contractualisation est un outil au service de l'organisation des services de santé dont l'État est le responsable au sens premier et plein du terme. Il convient de toujours placer la contractualisation comme une option stratégique au service de l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Seule une vision systémique peut garantir cet objectif. En tant qu'acteur, l'État peut utiliser à bon escient cet outil qu'est la contractualisation; par effets de démonstration et d'entraînement, il aura une influence marquante sur la manière d'utiliser cet outil. Mais l'État doit aussi agir en tant que régulateur des pratiques contractuelles au travers un accompagnement des relations contractuelles (définition d'un cadre légal, système d'information, contrôle, évaluation, formation, médiation), d'incitations notamment financières, de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques contractuelles.

Tant que la contractualisation reste une pratique exceptionnelle, d'un côté les effets sur le système de santé seront modestes, mais de l'autre côté les risques sont moindres. Par contre, dès que les pratiques contractuelles se développent, les risques liés à l'incoordination augmentent et peuvent aboutir à une déstabilisation de l'organisation des services de santé. En même temps qu'il pousse au développement des pratiques contractuelles, l'État doit s'assurer de leur coordination. Le renforcement de la fonction d'administration générale (stewardship), prôné dans le Rapport sur la santé dans le

monde 2000 de l'OMS, prend ici tout son sens. Pour que la contractualisation soit un outil au service de l'amélioration de l'organisation des services de santé, l'État doit être en mesure d'exercer son rôle de gardien de l'intérêt général qui n'est pas nécessairement au centre des préoccupations de partenaires qui cherchent à développer leurs relations.

## **8. Les objectifs de l'évaluation**

L'évaluation constitue un des éléments essentiels de la démarche contractuelle car il est nécessaire d'apprécier si l'objet du contrat a été respecté et ses objectifs atteints. Cependant, on peut souvent constater que des contrats ne font pas état de cette nécessité de l'évaluation. Tout se passe alors comme si les parties prenantes au contrat ne voulaient pas se donner les moyens de vérifier que les engagements qu'elles ont pris sont tenus. L'évaluation demeure un acte externe au contrat alors qu'elle devrait en être partie intégrante. Par exemple, un examen de la "convention d'association au service public sanitaire et social" entre le Ministère de la Santé publique de la Côte d'Ivoire et l'Association pour la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire montre que les deux parties engagées doivent échanger des informations mais ne prévoient pas explicitement d'évaluation des résultats, c'est-à-dire une comparaison entre les résultats escomptés et les résultats obtenus. Comme dit précédemment, les termes du contrat doivent clairement définir les objectifs à atteindre et les moyens qui seront mis en œuvre pour se faire. Consubstantiellement, le contrat devra définir les indicateurs ou critères de performance qui permettent d'apprécier l'atteinte de ces objectifs. D'une certaine manière, on peut dire que sans modalités d'évaluation, il n'y a pas de contrat puisqu'il n'y a pas de possibilités de vérifier l'engagement réel de chacune des parties prenantes. Le contrat se transforme alors en déclaration d'intention dont le respect repose uniquement sur la bonne volonté des acteurs. Il convient certes de souligner que, dans de nombreux cas, les résultats sont difficiles à mesurer et qu'il sera par conséquent difficile de s'entendre sur des critères de performance englobant les multiples aspects de ces résultats<sup>143</sup>

Par ailleurs, on commence, depuis tout récemment, à voir des publications dans des revues scientifiques sur des expériences mettant en jeu la contractualisation. Cette littérature permet de porter à la connaissance de la communauté internationale des pratiques novatrices et de divulguer une information jusqu'alors inexistante. Cette littérature met en outre l'accent sur le processus contractuel qui a été mis en place et sur les difficultés qui ont été rencontrées. Cette évaluation est importante et donne aux décideurs des pistes pour éviter les erreurs commises par d'autres. Mais ces évaluations, à de très rares exceptions près, ne permettent pas d'apprécier l'impact de la contractualisation sur la performance des systèmes de santé. Certes, ces expériences sont souvent si récentes que le recul nécessaire pour mener ces évaluations ne peut pas être là. Plus le temps passera, plus on devrait voir l'arrivée de publications qui envisagent cette dimension. Il convient cependant dès à présent d'engager des actions qui visent à combler ce manque.

### **L'expérience d'Haïti en matière de contrats avec des ONG basés sur la performance<sup>144</sup>**

Avec l'aide d'un financement de l'USAID, MSH, à partir de 1995, passe des contrats avec des ONG locales afin qu'elles exécutent des activités notamment dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la santé de la reproduction et du planning familial. Très rapidement, MSH s'aperçoit de l'inefficacité de paiements de ces ONG sur la base de la seule justification des dépenses; elle introduit alors le remboursement des sommes engagées par les ONG sur la base des performances atteintes par celles-ci.

Pour se faire, des indicateurs de couverture de la population et de qualité des services délivrés sont établis. Les remboursements sont alors établis sur la base des résultats atteints.

Les premiers résultats montrent une amélioration de la performance des ONG mais également un changement dans leur attitude vis-à-vis de MSH, avec une attitude davantage basée sur la collaboration alors qu'auparavant les rapports étaient davantage basés sur une relation du type "principal-agent".

Enfin, au fur et à mesure que se mettent en place des politiques contractuelles, le champ de l'évaluation doit se déplacer du terrain des arrangements contractuels spécifiques vers l'analyse des politiques contractuelles. Dans les pays en développement, ce champ d'analyse est actuellement pratiquement vierge. Des efforts devront être entrepris dans les prochaines années. C'est en effet essentiellement à ce niveau que l'on peut être en mesure d'apprécier si la contractualisation a eu un effet sur l'organisation des services de santé et par conséquent sur la performance du système de santé d'un pays.

## **9. Les capacités techniques**

La conduite d'un processus contractuel ainsi que l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'une politique contractuelle demandent des capacités techniques qui sont encore insuffisantes chez les partenaires impliqués. Cette insuffisance des capacités techniques, dans les domaines juridiques, économiques, santé publique, science politique, peut être gravement préjudiciable à une utilisation efficace de la contractualisation et conduire à une remise en cause de l'opportunité de relation contractuelle alors qu'il s'agit d'un problème technique. Par exemple, en Afrique du Sud où les autorités sanitaires des provinces ont passé des contrats avec des chirurgiens privés pour exercer à temps partiel dans des structures publiques<sup>145</sup>, les évaluations montrent un manque important de capacités des autorités sanitaires pour élaborer d'abord et superviser ensuite les contrats établis. A partir d'une analyse menée dans cinq pays (Ghana, Zimbabwe, Inde, Sri Lanka, et Thaïlande), Mills et al. mettent clairement en évidence cette nécessité de tenir compte des capacités des personnes impliquées à tous les niveaux si l'on souhaite que le processus de contractualisation porte ses fruits<sup>146</sup>.

Le renforcement des capacités techniques est donc nécessaire tant chez les acteurs de la santé que pour l'État, notamment au niveau de sa fonction de régulation des pratiques contractuelles. Pour ce faire, différents manuels ou guides commencent à voir le jour ou sont actuellement en préparation. Ils sont encore trop peu nombreux. De nombreux acteurs ne passent pas à l'action par manque de guidance et d'accompagnement; ayant perçu l'intérêt de recourir à la contractualisation, ils mesurent aussi leurs insuffisantes qualifications techniques et préfèrent renoncer ou reporter à plus tard.

## **10. Les dangers de la contractualisation**

Le passage d'une logique de séparation du rôle des acteurs à une logique d'interrelations entre des acteurs toujours plus nombreux et plus divers induit un changement profond dans le comportement des acteurs. Si la contractualisation doit être vue comme un outil permettant de mieux articuler les relations entre ces acteurs, elle peut aussi engendrer des effets pervers qui peuvent en anéantir ses bénéfices. On a ainsi souligné combien l'excès d'une compétition basée sur des comportements opportunistes pouvait alourdir inutilement les coûts de transaction. De même, la corruption peut à tout moment s'insinuer dans un processus contractuel. Enfin, la contractualisation peut n'être vue que comme une nouvelle règle du jeu de l'accès aux ressources remplaçant les voies administratives traditionnelles.

La contractualisation ne doit par conséquent pas être considérée comme la solution miracle qui, par un coup de baguette magique, va solutionner tous les problèmes de l'organisation et de la performance des systèmes de santé. Le chemin sera sans doute long avant que cet outil qui entraîne un changement profond du mode de fonctionnement des acteurs de la santé, puisse produire tous ses effets. L'apprentissage collectif et progressif constitue un gage de réussite. L'évaluation des expériences actuelles permettra progressivement de construire des bases solides sur lesquelles construire les expériences de demain.



CINQUANTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

WHA56.25

Point 14.13 de l'ordre du jour

28 mai 2003

## **Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé**

La Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé ;<sup>1</sup>

Prenant acte du fait que la performance des systèmes de santé doit être renforcée afin d'améliorer davantage la santé des populations, d'assurer un financement équitable de la santé et de répondre aux attentes légitimes des populations ;

Considérant que les réformes des systèmes de santé ont généralement entraîné des recompositions institutionnelles qui se sont traduites par une diversification des acteurs dans le domaine de la santé, tant au sein du secteur public que des secteurs privé et associatif ;

Prenant acte du fait que des changements culturels au sein des systèmes de santé, tels qu'une plus grande attention aux besoins des patients, une approche plus globale de la santé de la population et le souci de réduire les inégalités sanitaires, sont souvent nécessaires pour améliorer la performance, et que les changements structurels peuvent être sans effet sur la culture du système de santé ;

Reconnaissant le rôle important de l'administration générale dans la régulation de la contractualisation dans le secteur de la santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à s'assurer que la contractualisation dans le secteur de la santé suit des règles et des principes qui soient en harmonie avec la politique nationale de santé ;
- 2) à élaborer des politiques contractuelles qui maximisent l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmonisent les pratiques de chaque acteur de manière transparente pour éviter les effets négatifs ;

---

<sup>1</sup> Document A56/22.

3) à échanger leurs expériences sur les arrangements contractuels impliquant les secteurs public et privé et les organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de créer une base de données factuelles afin de permettre l'évaluation de l'impact de différents types d'arrangements contractuels sur la performance des systèmes de santé et de déterminer les meilleures pratiques, et ceci en prenant en considération les différences socioculturelles ;

2) d'apporter, à leur demande, un appui technique aux Etats Membres en vue de renforcer leurs capacités et leurs compétences dans le développement des arrangements contractuels ;

3) de mettre au point, à la demande des Etats Membres, des méthodes et des outils adaptés aux caractéristiques des pays pour les aider à mettre en place un système de surveillance afin de fournir des services de santé de grande qualité, par exemple par l'accréditation, l'homologation et l'octroi de licences pour les secteurs public et privé et les organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé ;

4) de faciliter l'échange de données d'expérience entre les Etats Membres ;

5) de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent dix-septième session et à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur le rôle positif de la contractualisation et d'autres stratégies visant à renforcer les systèmes de santé dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé des Etats Membres.

Dixième séance plénière, 28 mai 2003  
A56/VR/10

= = =

## NOTES

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS) Rapport sur la santé dans le monde 2000: Pour un système de santé plus performant.

<sup>2</sup> Pour une présentation détaillée de cette intégration des fonctions d'un système de santé, voir Murray C.J.L., Frenck J. (2000) "Un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé", Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles N°3, pp. 162 et suivantes.

<sup>3</sup> Muschell J. (1995): "Privatization in health", WHO/THE/TBN/95.1

<sup>4</sup> WHO- OMS (1984) "Glossary of Terms used in the "Health for All" series N° 1-8", p.13.

<sup>5</sup> La réforme du NHS en 1991 a donné lieu à une multitude d'articles dans les revues tant spécialisées que grand public. Par Internet, et en utilisant un moteur de recherche (en indiquant simplement "NHS"), il est possible d'obtenir plusieurs centaines de documents d'information. On soulignera simplement un document sur la réorientation de la réforme introduite avec l'arrivée au pouvoir du nouveau gouvernement travailliste: Department of Health, *The New NHS* (London: HMSO, 1997)

<sup>6</sup> Selon la forme juridique adoptée, cette équipe managériale dépendra plus ou moins de l'autorité de tutelle (État) ou du conseil d'administration

<sup>7</sup> S.Affane, A.Allaoui (1998) "L'expérience de la République fédérale islamique des Comores", communication présentée à la réunion technique *Vers de nouveaux partenariats pour le développement de la santé dans les pays en développement: l'approche contractuelle comme outil politique*, OMS/ICO, Genève, 4-6 février 1998

<sup>8</sup> Dans les nouvelles théories de la firme, ces aspects sont abordés dans ce que l'on appelle la théorie des droits de propriété. Notons deux articles fondateurs de ce courant: Alchian A.A: (1969) "Corporate Management, and Property Rights", in H.Manne (ed.) *Economic Policy and the Regulation of Corporate Securities*, American Economic Institute, Washington; Demetz H. (1967) "Toward a Theory of Property Rights", *American Economic Review*, Mai 1967

<sup>9</sup> Rapport sur le développement dans le monde 1999-2000 *Le développement au seuil du XXI siècle*, chapitre 5, intitulé "La décentralisation: Repenser l'État"

<sup>10</sup> Musgrove P. (1996) "Public and private roles in health: theory and financing patterns", *The World Bank discussion paper n°339*, Washington

<sup>11</sup> Mills A, Bennett S, Russell S (2001) "The challenge of health sector reform. What must Government Do?" Palgrave. Voir notamment chapitre 1.

<sup>12</sup> N. Hafez Afifi (2001) "Harnessing private participation in the health sector through active regulation. In "Private participation in health handbook", module 4, The World Bank, (à paraître)

<sup>13</sup> Rondinelli M, Iacono M (1996) "Strategic management of privatization: a framework for planning and implementation", *Public Administration and Development*, Vol. 16, 247 - 263

<sup>14</sup> Il convient de bien distinguer la propriété d'une structure de celle d'une infrastructure. La propriété de l'infrastructure concerne le bâti (bâtiments), le non-bâti (terrains mais aussi les principaux investissements). La propriété de la structure concerne une unité économique, juridiquement autonome, organisée pour produire des biens ou des services. Prenons l'exemple d'un hôpital: la structure peut être celle d'une ONG qui est reconnue comme la propriétaire qui fait fonctionner l'entreprise hospitalière. Mais cette entreprise peut être ou non propriétaire des bâtiments de l'hôpital lesquels peuvent être la propriété de quelqu'un d'autre, par exemple une autre ONG. Ici, ce qui est important, c'est la propriété de la structure et non celle des infrastructures.

---

<sup>15</sup> E.S. Savas (1990) "A taxonomy of Privatization Strategies", vol.18, n°2, 343-355

<sup>16</sup> Ce déséquilibre des pouvoirs s'observe intrinsèquement dans les contrats tels que le contrat de franchise dans lesquels le franchiseur dispose de réels pouvoirs sur les franchisés, mais aussi il en est de même dans le contrat de travail où le pouvoir de l'employeur l'emporte sur celui de l'employé ainsi que dans certains contrats d'approvisionnements où une entreprise est en situation de monopole par rapport à ses fournisseurs qui dépendent entièrement de ses commandes.

<sup>17</sup> Cette distinction est due à I.Macneil (1978) "Contracts: adjustments of long-term economic relationships under classical, neoclassical and relational contract law", *Northwestern University Law Review*, 72: 854-905

<sup>18</sup> Pour une discussion détaillée de la notion de bonne foi dans les contrats, consulter le document internet: [www2.univ-lille2.fr/droit/documentation/pdf/jamet.pdf](http://www2.univ-lille2.fr/droit/documentation/pdf/jamet.pdf)

<sup>19</sup> Pour une application intéressante, voir C.K.Lail "Contracting without courts: reviewing the past to deal with the present in China", document internet.

<sup>20</sup> Du fait de cette non-opposabilité auprès d'instances juridiques, les contrats relationnels ne sont pas reconnus comme des contrats par certains juristes. Toutefois, cette tendance évolue et la littérature concernant les contrats relationnels s'est considérablement développée au cours des dernières années. Pour une analyse détaillée de ce point de vue, voir L. Rolland (1999) "Les figures contemporaines du contrat et le Code civil du Québec", *Revue de droit de McGill*, Montréal, Canada

<sup>21</sup> Les économistes parlent de "coûts de transaction" dans le sens où la relation contractuelle - ici la transaction- entraîne des coûts des dépenses directement monétaires mais aussi en temps.

<sup>22</sup> La maternité du Bardot (Côte d'Ivoire), expérience présentée par la Communauté européenne lors de la réunion technique *Vers de nouveaux partenariats pour le développement de la santé dans les pays en développement*, OMS, Genève, février 1998

<sup>23</sup> "Les formations sanitaires urbaines à base communautaire (FSU-Com)", document du Projet Santé Abidjan (PSA), Côte d'Ivoire

<sup>24</sup> A.M. Zakir Hussain (1998) "A New Direction Towards Management of Health Care Delivery System", Ministry of Health and Family Welfare, PHC Series - 31

<sup>25</sup> N.Fronczak (1999) "Description and Assessment of Contracting Health Services Pilot Project", Basic Health Services Project, MOH, Cambodia

<sup>26</sup> Soeters R, Griffiths F (2000) "Can government health workers be motivated? Experimenting with contract management: the case of Cambodia", Communication présentée au Colloque international Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie, France, Clermont-Ferrand 30 novembre - 1 décembre 2000

<sup>27</sup> ONG "Santé sud" avec l'appui de la Coopération française et de l'Union européenne. L'aide à l'installation prévoit un équipement médical de base. Le candidat peut aussi solliciter un prêt pour l'achat d'une moto et une avance de trésorerie. Le médecin de campagne s'engage sur un « cahier de charges » à répondre aux problèmes de santé de sa zone de référence (soins et prévention). Il doit effectuer des consultations itinérantes à jours fixes dans les principaux villages et visites à domicile.

<sup>28</sup> M. Bura (1998) "Church-related Hospitals contracted as Designated District Hospitals: Tanzanian Experiences", communication présentée à la réunion technique *Vers de nouveaux partenariats pour le développement de la santé dans les pays en développement*, OMS, Genève, février 1998

<sup>29</sup> Y.Yeboah (1999) "Contracting: the case of Ghana from the perspective of the Christian Health Association of Ghana (CHAG)", communication à la réunion organisée par Medicus Mundi International *Updating health care development cooperation*, 5-7 novembre 1999, Dar Es Salam, Tanzania

---

<sup>30</sup> K.Hanson, L.Atuyambe, J.Kamwanga, B.McPake, O.Mungule, F.Ssengooba (2002) "Towards improving hospital performance in Uganda and Zambia: reflections and opportunities for autonomy", *Health Policy*, 61: 73-94

<sup>31</sup> La définition de la notion de service public ou ce que d'autres encore nomment, bien qu'il y ait des nuances, l'intérêt général n'est pas simple et renvoie à des contextes nationaux différents. Toutefois, on peut retenir que l'idée de service public repose sur le fait que certaines activités sociales doivent échapper, en fonction de la nature des objectifs et intérêts qu'elles mettent en jeu, à l'application de la logique marchande et à la recherche du profit, pour être gérées selon des critères spécifiques permettant un accès de tous à certains biens et services et concourant ainsi à l'équilibre et à la cohésion économiques, sociales et culturelle de la société (solidarité et péréquation).

<sup>32</sup> C.Bodart, B.Schmidt-Ehry (1999) "L'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre des Politiques nationales de santé en Afrique", GTZ, Division 43

Ph. Senant, T. Kirsch-Woik (1998) "Aspects juridiques de l'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre d'une politique nationale de santé ", communication présentée à la réunion "*L'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre des politiques nationales de santé dans les pays africains*", Dakar, Sénégal, 19-21 octobre 1998

Senant Ph, Kirsch-Woik Th (2000), "Evolution de l'approche contractuelle dans la province de Mahajanga (Madagascar)", Communication présentée au Colloque international "Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie, France, Clermont-Ferrand, 30 novembre - 1 décembre 2000.

<sup>33</sup> Andrews M, Schroeder L (2003) "Sectoral decentralisation and intergovernmental arrangements in Africa", *Public Administration and Development*, Vol. 23, pp. 29-40

<sup>34</sup> H.Achouri (2001) "Le projet d'appui à la réforme hospitalière: objectifs, impémentation, résultats et enseignements", *La Tunisie médicale*, vol. 79, n°5

<sup>35</sup> McPake B, Hanson K, (2000) "A model of the equity implications of reforms in Zambia", *Communication présentée au Colloque international "Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie, France, Clermont-Ferrand, 30 novembre - 1 décembre 2000.*

<sup>36</sup> Externalisation: recours à un opérateur extérieur pour une activité qu'un acteur décide de ne plus assurer lui-même (*outsourcing* en anglais).

<sup>37</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS) Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant, p. 120 et suivantes.

<sup>38</sup> Plusieurs exemples d'accords entre des associations de jeunes et le Programme National de Lutte contre le SIDA du Ministère de la santé du Tchad ont été présentés au Séminaire de sensibilisation sur l'Approche contractuelle dans le secteur santé au Tchad, N'Djamena - 4 et 5 novembre 1998

<sup>39</sup> Marek T, Diallo I, Ndiaye B, Rakotosalama J (1999), "Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar", *Health Policy and Planning*. 14(4)

<sup>40</sup> Expérience relatée par P.R. Shaw (1999) "New trends in Public Sector Management in health - Applications in Developed and Developing Countries", World Bank Institute, April

<sup>41</sup> Abramson W B (1999) "Partnerships between the public sector and non-governmental organizations: contracting for primary health care services", étude réalisée par Abt Associates Inc. dans le cadre de LAC Health Sector Reform Initiative.

<sup>42</sup> Lubben M, Mayhew S H, Collins C, Green A (2002) "Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue", *Bulletin of the World Health Organization*, vol.80, n°8, p. 667-674

<sup>43</sup> Kolehmainen-Aitken R-L (2000) "State of the practice: Public-NGO partnerships in response to decentralization", LAC Health Sector Reform Initiative, N° 22.

- 
- <sup>44</sup> Enthoven A C (1993) "The History and Principles of Managed Competition", *Health Affairs*, Supplement
- <sup>45</sup> Pour une présentation détaillée, voir Sara Bennett, Barbara McPake, Anne Mills (1997), op. Cit.
- <sup>46</sup> Saltman R B, and von Otter C (1992) *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Health Care*. Milton Keynes: Open University Press
- <sup>47</sup> Enthoven A C (1985) *Reflections on the Management of the NHS*. London: Nuffield Provincial Hospital Thrust
- <sup>48</sup> Le Grand J and Bartlett W (1993) *Quasi-markets and social policy*. The Macmillan Press, London
- <sup>49</sup> L.E. Brown and V.E. Amelung (1999) "'Manacled Competition': Market reform in German Health Care", *Health Affairs*, Vol. 18, n°3, May/June
- <sup>50</sup> Ces termes ne sont pas strictement équivalents. Ainsi dans les systèmes de marchés internes (Grande Bretagne, Nouvelle-Zélande) on considère que la séparation entre acheteur et prestataire est entière et que l'acheteur doit obligatoirement contracter avec un prestataire; au contraire, dans les systèmes à compétition gérée (Pays-Bas, Etats -Unis), il peut y avoir intégration verticale des fonctions d'achat et de prestation (comme dans le cas des Health Maintenance Organizations (HMO). Sur ces points, voir C.M. Flood (2000) "International Health Care Reform: a legal, economic and political analysis", *Routledge Studies in the Modern World Economy*, Routledge, London and New York
- <sup>51</sup> Pour une évaluation récente, voir Le Grand J (1999) "Competition, Cooperation, Or Control? Tales From The British National Health Service", *Health Affairs*, Vol. 18, N°3, mai-juin 1999
- <sup>52</sup> Il est possible de consulter le White paper du new NHS sur Internet: consultation du site Web du Département de la Santé d'Angleterre à la date du 2 octobre 2000: <http://www.official-documents/doh/newnhs/wpaper.htm>
- <sup>53</sup> Department of Health. (2002) "Delivering the NHS Plan: Next Steps on Investment, Next Steps on Reform" Cm 55 03. Stationery Office, Norwich
- <sup>54</sup> Lewis R. Gillam S. (2003) "Back to the market: yet more reform of the national health service", *International Journal of Health Services*, Vol.33, Number 1, pages 77-84
- <sup>55</sup> Light D. W. (2001) "Comparative institutional response to economic policy managed competition and governmentality", *Social Science and Medicine*, 52: 1151-1166  
Light D.W. (2001) "Managed competition, governmentality and institutional response in the United Kingdom", *Social Science and Medicine*, 52: 1167-1181  
Lieverdink H. (2001) "The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands", *Social Science and Medicine*, 52: 1183-1194  
Andersen R., Smedby B., Vagero D. (2001) "Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas", *Social Science and Medicine*, 52: 1195-1204  
Cabiedes L., Guillén A. (2001) "Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe", *Social Science and Medicine*, 52: 1205-1217  
Gross R., Harrison M. (2001) "Implementing managed competition in Israel", *Social Science and Medicine*, 52: 1219-1231  
Fougere G. (2001) "Transforming health sectors: new logics of organizing in the New Zealand health system", *Social Science and Medicine*, 52: 1233-1242  
Iriart C., Merhy E. E., Waitzkin H. (2001) "Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform", *Social Science and Medicine*, 52: 1243-1253
- <sup>56</sup> Harrison M.I., Calltorp J (2000) "The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care", *Health Policy*, 50: 219 - 240
- <sup>57</sup> Larbi G.A. (1998) "Institutional constraints and capacity issues in decentralizing management in public services: the case of health in Ghana", *Journal of International Development*, Vol.10, pp.377-386

- 
- <sup>58</sup> Cassels A. (1995) "Health sector reform: key issues in less developed countries", *Journal of International Development*, Vol.7, N°3, pp. 329-347
- <sup>59</sup> Dans certains pays, ces systèmes sont en situation de quasi-monopoles, comme en France par exemple, alors que dans d'autres pays, le nombre de systèmes d'assurance est très élevé, comme en Allemagne par exemple.
- <sup>60</sup> Hurst J.W. (1991) "Reforming health care in seven European nations", *Health Affairs*, Fall, 7
- <sup>61</sup> van de Ven W.P.M.M, Schut F.T., Rutten F.F.H. (1994) "Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care", *Social Sciences and Medicine*, Vol.39, N°10, pp. 1405-1412
- <sup>62</sup> Von der Schulenburg J.-M. G. (1994) "Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a German perspective", *Social Science and Medicine*, Vol.39, N°10, pp. 1473-1481
- <sup>63</sup> Il est par exemple utile de consulter le site Internet mis en place par le BIT pour l'Afrique: <http://www.concertation.org>
- <sup>64</sup> A.Thiombiano (2000) "L'approche contractuelle et les services de santé décentralisés: l'expérience des mutuelles de santé du Projet FAARF et les formations sanitaires au Burkina Faso", communication présentée à la réunion "L'approche contractuelle dans les services de santé décentralisés en Afrique, Dakar, 19-22 juin 2000"
- <sup>65</sup> C. Vladescu, S. Radulescu (2001) "Improving primary health care: output-based contracting in Romania", Ch.6 in "Contracting for public services: output-based aid and its applications", Edited by P.J. Brook and S.M. Smith, World Bank and International Finance Corporation
- <sup>66</sup> Criel B., Barry A.N., von Roenne F. (2002) "Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale"
- <sup>67</sup> C.M. Flood (2000) Op.cit.
- <sup>68</sup> En 1988, A. Donabedian suggère d'appréhender la qualité sur trois plans: les inputs mis en place par le prestataire, le processus de production des soins, les résultats obtenus.
- <sup>69</sup> La capitation est une méthode de rémunération d'un prestataire de services de santé par un détenteur de fonds: ce dernier verse au prestataire une somme définie *a priori*, établie per capita et payée pour une période future. Avec ce montant forfaitaire qu'il a reçu en avance, le prestataire s'engage à fournir tous les soins nécessaires aux personnes pour lesquels ce montant a été versé.
- <sup>70</sup> Telyukov A. (2001) "Guide to prospective capitation with illustrations from Latin America", LAC- Health Sector Reform Initiative, N°5, <http://www.americas.health-sector-reform.org>
- <sup>71</sup> R. Bitran (2001) "Paying Health Providers through Capitation in Argentina, Nicaragua, and Thailand: Output, Spending, Organizational Impact, and Market Structure", Partnerships for Health Reform (PHR), Major Applied Research 2, Technical Paper N° 1
- <sup>72</sup> Pour une revue de ces expériences, A.Mills (1997) "Contractual relationships between government and the commercial private sector in developing countries", ch. 12, in S.Bennett, B.McPake, A.Mills *Private health providers in developing countries*, Zed Books, London
- <sup>73</sup> Bennett S., McPake B., Mills A. ((1997) "Private health providers in developing countries", Zed Books, London and New Jersey. Voir notamment Chapitre 12, pp. 189- 213.
- <sup>74</sup> Soeters R, Griffiths F (2000) "Can government health workers be motivated? Experimenting with contract management: the case of Cambodia", communication présentée au colloque international "Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenus d'Afrique et d'Asie", CERDI, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France. Soeters R, Griffiths F (2002) "Improving government health services through contract management: a case from Cambodia", A paraître

- 
- <sup>75</sup> Kolehmainen-Aitken R-L (2000) "State of the practice: Public-NGO partnerships in response to decentralization", LAC Health Sector Reform Initiative
- <sup>76</sup> Notamment, la revue *"European Journal of Purchasing & Supply Management"* produit depuis plusieurs années des articles de référence. Si le champ d'application n'en est que très rarement la santé, les concepts et outils développés peuvent être considérés avec intérêt par le secteur de la santé.
- <sup>77</sup> D.Parker, K.Hartley (1997) "The economics of partnership sourcing versus adversarial competition: a critique", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol.3, N° 2, pp. 115-125
- <sup>78</sup> Gilson L (2003) "Trust and the development of health care as a social institution", *Social science & Medicine*, 56, pp.1453-1468
- <sup>79</sup> Peacock S (1997) "Experiences with the UK National Health Service Reforms: A case of the infernal market?", Centre for Health Program Evaluation, Australia  
James C, Dixon M, Sobanja M (2002) "Re-focusing Commissioning for Primary Care Trusts" An NHS alliance discussion paper, <http://www.nhsallaince.org/docs>
- <sup>80</sup> Sur ces notions, voir A.Cox (1996) "Relational competence and strategic procurement management: towards an entrepreneurial and contractual theory of the firm", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol.2, N°1, pp. 57-70, et I.Thompson, A.Cox, L.Anderson (1998) (1998) "Contracting strategies for the project environment", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, Vol.4, N°1, pp.31-41
- <sup>81</sup> Dans le domaine de l'économie de l'entreprise, on trouve cette question à propos de la "sous-traitance partenariale", correspondant au cas où le sous-traitant produisant un bien pour le compte d'un donneur d'ordre participe à la conception de ce bien.
- <sup>82</sup> M.Ingham (1994) "L'apprentissage organisationnel dans les coopérations", *Revue Française de Gestion*, N°97, pp. 105-121
- <sup>83</sup> selon le Code européen de déontologie, la franchise est définie comme *"un système de commercialisation de produits et/ou de services et/ou de technologies, basé sur une collaboration étroite et continue entre des entreprises juridiquement et financièrement distinctes et indépendantes, le franchiseur et ses franchisés dans lequel le franchiseur accorde à ses franchisés le droit et impose l'obligation d'exploiter une entreprise en conformité avec le concept du franchiseur"*
- <sup>84</sup> J.N. Newll, S.B. Pande, S.C. Baral, D.S. Bam, P. Malla (2004) "Control of tuberculosis in an urban setting in Nepal: public - private partnership", *Bulletin of WHO*, Vol. 82, N°2, p. 92 - 98
- <sup>85</sup> M.Makinen, Ch.Leighton (1997) "Summary of Market Analysis for a Franchise Network of Primary Health Care in Lusaka, Zambia", Abt Associates and PHR, Technical Report 15, Washington
- <sup>86</sup> D.Montagu (2002) "Franchising of health services in low-income countries", *Health Policy and Planning*, 17(2), 121-130
- <sup>87</sup> A. Ruster, C. Yamamoto, K. Rogo (2003) "Franchising in Health", The World Bank, Public Policy for the Private Sector, Note Number 263
- <sup>88</sup> Ph. Jean (2002) "Les associations de bénévoles", *Revue Hospitalière de France*, n° 487, p. 18-23
- <sup>89</sup> A titre d'exemple, on peut consulter sur le site internet de l'Agence régionale hospitalière de la région Rhône-Alpes les réseaux dans le domaine de la périnatalité: <http://www.satelnet.fr/arhra>
- <sup>90</sup> A.Green (1992) "An introduction to health planning in developing countries", Oxford University Press, Reprinted 1995, 1996, 1997, 1998, 1999
- <sup>91</sup> G. Marcou, F.Rangeon, J.L. Thiébault (eds.) (1997) "La coopération contractuelle et le gouvernement des villes", L'Harmattan, Paris, France

---

<sup>92</sup> Selon cette approche, il s'agit d'éviter des erreurs commises dans le passé. Par exemple, l'introduction du recouvrement des coûts dans le secteur de la santé sans coordination avec le Ministère des Finances et les autres secteurs a souvent créé beaucoup de problèmes car cette mesure n'était pas coordonnée.

<sup>93</sup> A.Brown (2000) "Current Issues in Sector-Wide Approaches for Health Development: Tanzania Case study", OMS, WHO/GPE/00.6

<sup>94</sup> DFID (2000) "Making the most of the private sector" Report to DFID (Department for International Development), Séminaire du 11 et 12 mai 2000

<sup>95</sup> Dans le monde industriel, cette stratégie est de plus en plus utilisée et présente une alternative à la stratégie de fusion/acquisition.

<sup>96</sup> Le Groupement d'Intérêt Économique (GIE) est un statut juridique dans le droit d'obédience française. Le groupement d'intérêt économique (GIE) est une entité dont le but est la mise en œuvre pour une durée déterminée, de tous les moyens propres à faciliter ou à développer une activité de ses membres

<sup>97</sup> A.Telyukov, K.Novak, C.Bross (2001) "Provider payment alternatives for Latin America: concepts and stakeholder strategies", N° 50, LAC-HSR, Health Sector Reform Initiative, <http://www.americas.health-sector-reform.org>

<sup>98</sup> Cette notion est assez proche de celle utilisée par Walsh qui distingue les contrats basés sur la sanction et les contrats qui impliquent une coopération de la part des acteurs. Walsh K. (19985) "Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management", Basingstoke: Macmillan

<sup>99</sup> Il existe une littérature abondante sur les contrats relationnels. Deux articles font référence en la matière: I.Macneil (1978) "Contracts: adjustments of long-term economic relationships under classical, neoclassical and relational contract law", *Northwestern University Law Review*, 72: 854-905, et, O.Williamson (1979) "Transaction cost economics: the governance of contractual relations", *Journal of Law and Economics*, 22: 233-261. On pourra consulter également: N.Palmer (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 World Health Organization*, 78, (6)

<sup>100</sup> On trouvera cependant une analyse intéressante de contrats relationnels entre l'administration sanitaire et des médecins généralistes en Afrique du Sud: N.Palmer, A.Mills (2003) "Classical versus relational approaches to understanding controls on a contract with independent GPs in South Africa", *Health Economics*, forthcoming

<sup>101</sup> Pour une analyse détaillée, voir J.McHale, D.Hughes, L.Griffiths (1997) "Conceptualizing contractual disputes in the National Health Service internal market", chapitre 8 in "contracts, co-operation, and competition", S.Deakin, J.Michie, (1997), Oxford University Press

<sup>102</sup> Pour une utilisation de ces concepts dans l'analyse du système anglais de santé, voir P.Allen, B.Croson, J.A. Roberts, K.Archibald, S.Crawshaw, L. Taylor (2002) "The use of contracts in the management of infectious disease related risk in the NHS internal market", *Health Policy*, 59 pp. 257-281

<sup>103</sup> N.Palmer, A.Mills (2003) "Classical versus relational approaches to understanding controls on a contract with independent GPs in South Africa", *Health Economics*, vol.12 pp.1005-1020

<sup>104</sup> Dans le cadre de la théorie des jeux, et en s'appuyant plus particulièrement sur le dilemme du prisonnier, les économistes ont montré que la réputation des acteurs constituait un élément favorisant la coopération. En ne coopérant pas à la relation contractuelle, un acteur perd sa réputation et sa crédibilité et la confiance que l'autre acteur lui avait accordée, et, par conséquent, il s'exclut pour le futur du jeu contractuel et perd les bénéfices futurs de cette relation contractuelle. Voir, par exemple, O.Williamson (1993) "Calculativeness, trust and economic organization", *Journal of Law and Economics*, Vol.36, pp. 453-486 et D.Kreps (1990) "Game theory and economic modelling", New-York Oxford University Press.

<sup>105</sup> C. Chaserant (2002) "La coopération se réduit-elle à un contrat? Une approche procédurale des relations contractuelles", *Recherches économiques de Louvain*, n°68 (4)

---

<sup>106</sup> B.Lyons, J.Metha (1997) "Private sector business contracts: the text between the lines", chapitre 2 in "contracts, co-operation, and competition", S.Deakin, J.Michie, (1997), Oxford University Press

<sup>107</sup> P. Temin, J. Maxwell (2003) "Corporate contracting for health care", *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol.52, pp 403-420

<sup>108</sup> L.Saenz (2001) "Managing the transition from public hospital to "social enterprise": a case study of three Colombian hospitals", LAC-HSR, Health Sector Reform Initiative, N° 46, <http://www.americas.health-sector-reform.org>

<sup>109</sup> Ce point est particulièrement souligné dans l'article B.McPake, A.Mills (2000) "What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?", *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6)

<sup>110</sup> Cette ordonnance de 1996 pose néanmoins un problème; en effet, elle oblige les établissements hospitaliers à établir un contrat avec les ARH. Cette obligation de contracter imposée par la loi s'inscrit en contradiction avec la notion même de contrat qui stipule la libre volonté des parties. On peut alors parler d'une "contractualisation encadrée" puisque le législateur intervient dans la sphère des relations contractuelles en obligeant les parties à contracter, voire en stipulant certaines clauses de ces contrats.

<sup>111</sup> Medicus Mundi International "Un contrat pour la santé: passer des contrats État - ONG: une stratégie proposée par MMI pour améliorer les soins de santé"

<sup>112</sup> F.Bigirimana (2000) "Collaboration entre l'État et l'église catholique du Burundi dans le domaine de la santé", communication présentée à la réunion "L'approche contractuelle dans les services de santé décentralisés en Afrique", Dakar, 19-22 juin 2000

<sup>113</sup> Voir à ce sujet l'évolution du système national de santé anglais.

<sup>114</sup> A.Cassels (1995) "Health sector reform: key issues in less developed countries", *Journal of International Development*, vol 7, N°3, pp. 329-347

<sup>115</sup> R. Bartley (1999) "The new public management in developing countries: implications for policy and organizational reform", *Journal of International Development*, Vol 11, pp 761 - 765

Ch. Polidano (1998) "Introduction: new public management, old hat?", *Journal of International Development*, vol 10, pp 373-375

<sup>116</sup> Définition d'un label: c'est la reconnaissance de la qualité de la prestation offerte par un acteur ou de la qualité d'un contrat entre deux acteurs, mais l'État s'engage à ne pas se substituer en cas de défaillance de l'un des acteurs.

<sup>117</sup> S.A. Zaidi (1999) "NGO failure and the need to bring back the State", *Journal of International Development* 11, pp. 259-271.

<sup>118</sup> R.B.Salman, O. Ferroussier-Davis (2000) "The concept of stewardship in health policy", *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6)

<sup>119</sup> OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant, p135.

<sup>120</sup> L.Kumaranayake (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.

<sup>121</sup> Certains ont tendance à distinguer d'un côté la régulation comprise comme le contrôle de la part de l'État et d'un autre côté les incitations.

---

<sup>122</sup> Th. Bossert (1999) "Decentralization of health systems: decision space, innovation and performance", LAC Health Sector Reform Initiative, n°17.

<sup>123</sup> Th. Bossert (1999) op. cit.

<sup>124</sup> Th. Bossert, J.C. Beauvais (2002) "Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space", *Health Policy and Planning*, 17(1), pp. 14-31

<sup>125</sup> W.J. Baumol (1982) "Contestable Markets: an Uprising in the theory of Industry Structure", *American Economic Review*, vol.72, n°1. Voir aussi J.P. Foirry (1997) "Économie publique" Les fondamentaux, Hachette, Paris- France.

<sup>126</sup> A L Rooney, P R van Ostenberg (1999) "Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to health Services Quality", USAID, Quality Assurance Methodology Refinement Series

<sup>127</sup> C Mathy (2000) "La régulation hospitalière" Médica Éditions, Paris, France

<sup>128</sup> Ce n'est bien sûr que par facilité que les items retenus ici sont présentés séparément. Cela ne signifie nullement qu'ils ne sont pas reliés. Par exemple, il est évident que le plaidoyer est d'autant plus facile à conduire que l'on dispose de bases factuelles solides et que l'on peut indiquer quelles sont les pratiques les plus efficaces.

<sup>129</sup> Si l'État a pour devoir de s'assurer de cette formation des acteurs, cela ne signifie aucunement qu'il réalise lui-même cette formation. Là encore, il peut utiliser la contractualisation pour s'assurer de cette tâche.

<sup>130</sup> Si les Ministères de la Santé utilisent encore peu ces outils, les partenaires au développement commencent à en faire usage. Ainsi, en Haïti, l'USAID, qui financent des activités sanitaires au travers d'ONG ayant passé contrat avec elle, a introduit des mécanismes incitatifs sous forme de primes pour les ONG qui atteignent les critères de performance définis dans le contrat. Eichler R, Auxila P, Pollack J (2000) "Performance based reimbursement to improve impact: evidence from Haïti", LAC Health Sector Reform Initiative, 44.

<sup>131</sup> Saltman R.B (2002) "Regulating incentives: the past and present role of the state health care systems", *Social Science and Medicine*, 54, 1677-1684. Une des conclusions principales de l'article souligne que la contractualisation n'est pas à la portée d'un État pauvre.

<sup>132</sup> On observe cependant des initiatives très récentes; J.E. Rosen (2000) "Contracting for reproductive Health Care: a guide", Health, Nutrition, and Population, The World Bank, December 2000.

<sup>133</sup> Ch. Ham (ed.) (2000) "Health care reform: learning from international experience", State of health series, Open University Press, Buckingham, Philadelphia

<sup>134</sup> Tchad: La politique nationale de santé. Ministère de la Santé publique, 1998.

<sup>135</sup> Voir notamment, M.Goddard, R.Mannion (1998) "From competition to co-operation: new economic relationships in the National Health Service", *Health Economics*, vol. 7

<sup>136</sup> L'OMS a été de nombreuses fois sollicitée par des acteurs sur le terrain qui lui demandait de mettre à leur disposition des contrats-type qui, dans l'esprit de ces personnes, ne manquaient pas d'exister.

<sup>137</sup> Bennett S, McPake B, Mills A (1997) "Private health providers in developing countries", London and New Jersey, Zed Books.

<sup>138</sup> Programme d'Appui au développement de la Santé (PADS). Les centres de santé communautaires (CSCOM): concepts, hypothèses, viabilité et évaluation. Coopération suisse au Bénin, Institut Universitaire d'études du développement, Genève.

<sup>139</sup> Mills A (1997) "Contractual relationships between government and the commercial private sector in developing countries", Ch. 12, in "private health providers in developing countries", Bennet S, McPake B, Mills A. Zed Books, London and New Jersey

---

<sup>140</sup> Goddard M, Mannion R (1998) "From competition to cooperation: new economic relationships in the national health service", *Health Economics*, 7: 105-119

<sup>141</sup> T.Ashton, J.Cumming, J.McLean (2004) "Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience", *Health Policy*, vol.69, p21-31

<sup>142</sup> Dans la série "Notes à l'intention des décideurs" de Partnerships for Health Reform (PHR), voir le dossier intitulé "Collaboration avec les prestataires privés en vue d'améliorer la prestation des services prioritaires"

<sup>143</sup> K.Slack, W.D. Savedoff (2001) "Public Purchaser - Private Provider contracting for health services. Exemples from Latin America and the Caribbean", Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department, Technical Papers Series

<sup>144</sup> Eichler R, Auxila P, Pollock J (2000) "Performance Based Reimbursement to improve Impact: Evidence from Haïti", LAC, Health Sector Reform Initiative, n°44.

<sup>145</sup> Palmer N, Mills A (2000) "Serious contractual difficulties? A case study of contracting for PHC in South Africa", *Communication présentée au Colloque international "Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie, France, Clermont-Ferrand, 30 novembre - 1 décembre 2000.*

<sup>146</sup> Mills A, Bennett S, Russell S (2001) "The challenge of health sector reform. What must Government Do?" Palgrave.