

**POLITIQUE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTEME
DE SANTE AU BURKINA FASO N°00001. JO N° 37 DU 10 SEPTEMBRE 2009**



SIGLES ET ABREVIATIONS

AIDSETI	AIDS - Empowerment and treatment international
AWARE-RH	Action for west Africa region-reproductive health
BIT	Bureau international du travail
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
COGES	Comité de gestion
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DCCS	Document cadre portant conditions d'intervention dans le secteur de la Santé
DPC	Document de politique contractuelle
DRS	Direction régionale de la santé / Directeur régional de la santé
DS	District sanitaire
ECD	Equipe cadre de district
EPA	Etablissement public à caractère administratif
EPS	Etablissement public de santé
IST	Infection sexuellement transmissible
MCD	Médecin chef de district
MEG	Médicament essentiel générique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation/Organisme non gouvernemental(e)
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PSN	Politique sanitaire nationale
RAMS	Réseau d'appui aux mutuelles de santé
SPONG	Secrétariat permanent des organisations non gouvernementales
SIDA	Syndrome de l'immuno déficience acquis
STEP	Stratégies et techniques de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté
USAID	Agence internationale pour le développement des Etats-Unis
VIH	Virus de l'immuno déficience humaine
WHA	Assemblée mondiale de la santé

AVANT PROPOS

Le Gouvernement du Burkina Faso, conscient de la nécessité d'améliorer la santé de la population comme pré requis à tout développement et à toute stratégie efficace de lutte contre la pauvreté, est sensible aux approches pouvant contribuer à une réelle amélioration de l'état de santé des populations. Mu par cette philosophie, il a élaboré un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), une Politique sanitaire nationale (PSN) et un Plan national de développement sanitaire (PNDS). C'est dans la même logique qu'il a inscrit la promotion de l'approche contractuelle et des mécanismes de partage des risques parmi les priorités du PNDS.

La contractualisation n'est pas chose nouvelle au Burkina Faso. Dans tous les secteurs d'activités, y compris celui de la santé, des expériences de contractualisation existent : contrats avec certaines ONG, contrats de sous-traitance au niveau des hôpitaux publics, contrats de performances entre le niveau central et les districts sanitaires, contrats entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires publiques et privées, etc. Cependant, on doit reconnaître que l'outil contractuel pourrait être mieux exploité si les arrangements contractuels étaient mieux organisés et si ceux-ci disposaient d'un cadre de référence qui les inscrive dans une stratégie globale et cohérente.

C'est pour combler cette lacune que le Gouvernement, à travers le Ministère de la santé, a décidé d'élaborer ce document de politique de contractualisation. Il a pour objectifs principaux d'une part, d'inciter la pratique de la contractualisation dans le système de santé et d'autre part, d'harmoniser les arrangements contractuels avec la politique sanitaire nationale du Burkina Faso.

Il convient de souligner que le Ministère de la santé, en faisant adopter un tel document, agit en tant que représentant de l'intérêt général. C'est pourquoi, la politique de contractualisation est valable pour tous les acteurs œuvrant dans le système de santé.

Dès le départ et comme à l'accoutumée, le Ministère de la santé a souhaité que le processus d'élaboration de la politique de contractualisation soit le plus participatif possible. Pour cela, il a été fait appel à l'implication de tous les intervenants dans le domaine de la santé, depuis les phases préparatoires jusqu'à l'adoption du document. C'est donc le lieu et le moment de les remercier tous pour leur engagement sans faille dans la réalisation de cet ambitieux projet, dont chacun de nous devrait tirer une fierté légitime.

Qu'il me soit toutefois permis d'adresser plus particulièrement l'expression de toute notre reconnaissance à l'Organisation mondiale de la santé pour son assistance technique et financière grâce à laquelle ce document a pu voir le jour.

Novembre 2008

Le Ministre de la Santé

Seydou BOUDA./.

Commandeur de l'ordre national

Processus d'élaboration de la politique nationale de contractualisation

Depuis de nombreuses années, plusieurs expériences de contractualisation ont été développées au Burkina Faso. Mais, les acteurs entraient en relations contractuelles sans repères. Les autorités nationales ont progressivement senti le besoin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques. Des ateliers de sensibilisation ont été tenus et des formations à la contractualisation ont été organisées.

Toutefois, il manquait jusqu'alors un cadre cohérent et une vision de long terme. Par arrêté ministériel en date du 25 mai 2005, le Ministère de la santé a installé le comité de rédaction de la politique de contractualisation composé de représentants du Ministère de la santé, mais également d'autres ministères. Le processus d'élaboration du document de Politique nationale de contractualisation a bénéficié de l'appui technique de l'OMS.

Les travaux de rédaction du document de politique nationale de contractualisation ont réellement commencé en juin 2005.

Le comité a consacré une semaine de travail pour la remise à niveau de l'ensemble de ses membres sur les bien-fondés d'une politique de contractualisation et la manière de conduire le processus d'élaboration de la politique. Ensuite, le comité s'est employé à produire un plan détaillé du document de politique y compris les orientations stratégiques et un calendrier de réalisation. Une note technique rassemblant tous ces points a été transmise au Ministre de la santé.

Le comité a ensuite tenu des réunions afin de rassembler l'information nécessaire, de rencontrer les acteurs sur le terrain, de discuter des orientations de la Politique nationale de contractualisation et de rédiger la version préliminaire du document.

Les 6 et 7 novembre 2006, a été tenu un atelier de validation technique sur cette version préliminaire du document. Cet atelier a rassemblé largement les acteurs concernés par la contractualisation dans le système de santé.

Le document de politique a ensuite été révisé pour tenir compte des nombreuses remarques faites lors de l'atelier de validation technique et a donné lieu à une version qui a été à nouveau transmise aux participants de l'atelier de validation technique.

La version finale a alors été transmise au Cabinet du Ministre de la santé pour adoption. Ce document a enfin été adopté par le Conseil des ministres du 26 novembre 2008.

I. LE CONTEXTE DE LA CONTRACTUALISATION

1.1. *Le contexte général*

La politique de contractualisation n'est pas un acte isolé, ni un outil spécifique au système de santé ; elle s'inscrit dans une démarche globale de la politique nationale de développement, laquelle est traduite dans un corpus de référentiels, dont le Document de politique de contractualisation (DPC) constitue un maillon, à savoir

- le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) qui, rappelant que le développement participatif a constitué depuis fort longtemps un des fers de lance des efforts de développement du pays, fait appel à la responsabilité des communautés de base dans le choix et la réalisation des actions de développement à la base. Il reconnaît en outre la contribution des ONG et associations dans l'enracinement du concept de participation et les y encourage.
- la Politique sanitaire nationale (PSN), qui affirme la nécessité de renforcer la collaboration intersectorielle, compte tenu du caractère multisectoriel des problèmes de santé. Plus spécifiquement, en vue de l'atteinte de l'objectif « réduire la propagation du VIH/SIDA », elle a fait une option pour la promotion du partenariat national et international à travers les participations multisectorielle et communautaire et la recherche au niveau international des ressources complémentaires.
- le Plan national de développement sanitaire (PNDS), qui est la traduction opérationnelle de la PSN. Il a inscrit quant à lui de façon très explicite la promotion de l'approche contractuelle parmi les axes d'intervention devant permettre de réaliser ses objectifs. A cet effet, il affirme la nécessité d'élaborer une stratégie nationale en la matière.
- la Résolution WHA 56.25 de la cinquante sixième Assemblée mondiale de la santé du 28 mai 2003, qui, reconnaissant le rôle important de l'administration générale dans la régulation de la contractualisation dans le système de santé, invite les Etats membres « 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. »

La politique de contractualisation vient donc compléter ce dispositif, en mettant à la disposition du Gouvernement, de ses partenaires techniques et financiers et de l'ensemble des acteurs du système de santé, un référentiel de mise en œuvre de cette option stratégique.

1.2. *Le contexte institutionnel*

1.3.

La contractualisation s'inscrit dans un contexte institutionnel sanitaire caractérisé par une organisation administrative et une organisation des soins qui peuvent être résumées ainsi:

1.2.1. *Le sous secteur public*

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois niveaux :

- le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire qui comprend treize (13) Directions régionales de la santé (DRS), lesquelles ont pour mission de mettre en œuvre la politique du Gouvernement dans les régions sanitaires ;
- le niveau périphérique, représenté par 63 Districts sanitaires (DS); ces districts sanitaires constituent les entités opérationnelles les plus déconcentrées du système de santé.

Parmi tous ces acteurs publics, seul le Ministre de la santé détient la capacité juridique ; la Direction régionale et le District

sanitaire sont des structures déconcentrées de l'Etat.

Les structures publiques de soins sont organisées en trois (3) niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- **Le premier niveau** constitué par le district sanitaire comprend deux (2) échelons. Le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS), structure de base du système de santé. Les populations siègent dans les organes de gestion de ces formations sanitaires de base appelés Comités de gestion (COGES), lesquels ne sont pas dotés d'une personnalité juridique propre. Le deuxième échelon de soins du district est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district ; certains districts sanitaires sont centrés sur des CHR.

- **Le deuxième niveau** est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA.

- **Le troisième niveau** est constitué par le Centre hospitalier universitaire (CHU), qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

Si les CMA et les CSPS sont sans personnalité juridique, les CHU et les CHR sont dotés du statut d'Etablissements publics de santé (EPS) qui, tout en leur conférant la personnalité juridique et l'autonomie de gestion, leur réservent aussi des avantages et obligations spécifiques.

Jusqu'à présent, la quasi-totalité des formations sanitaires publiques ont été gérées par l'Etat. Toutefois, la décentralisation administrative et la communalisation intégrale en cours au Burkina Faso annoncent une montée en puissance du rôle des collectivités territoriales. En effet, la loi confère aux régions et communes de larges compétences en matière de santé et d'hygiène, notamment la construction et la gestion des formations sanitaires intermédiaires ou de base et l'organisation de l'approvisionnement pharmaceutique. Les réflexions concernant l'opérationnalisation de cette loi sont encore en cours ; elles auront des incidences sur les modalités de recours à la contractualisation.

L'organisation de la pharmacie et du médicament repose sur une politique des médicaments génériques avec la création d'une Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et de consommables médicaux (CAMEG), qui a pour mission d'approvisionner en médicaments essentiels génériques (MEG) les formations sanitaires publiques et les formations sanitaires privées à but non lucratif, par le biais de dépôts. Juridiquement, la CAMEG a une personnalité de droit associatif. Le réseau pharmaceutique public est constitué de dépôts pharmaceutiques dans les formations sanitaires aux niveaux central et intermédiaire du système de soins.

1.2.2. Le sous secteur privé à but non lucratif

Les organisations confessionnelles ou caritatives sont propriétaires de formations sanitaires - hôpitaux et centres de santé - dont elles assurent directement la gestion. Ces formations sanitaires sont implantées sur tout le territoire national ; toutefois, en ce qui concerne les formations de base, elles sont largement représentées au niveau rural. Généralement, ces formations sanitaires complètent la couverture en infrastructures publiques de même type, appliquent un paquet d'activités comparable à celui des formations sanitaires publiques, bénéficient de la supervision de l'équipe cadre du district sanitaire et même de certains équipements standards nécessaires pour la mise en œuvre de programmes tels que le Programme élargi de vaccination. Dans certains cas, l'Etat prend en charge les salaires des personnels de santé qui travaillent dans ces structures. Il convient de souligner que la personnalité juridique de ces formations sanitaires est parfois difficile à établir, celle-ci ne se situant pas au niveau de l'établissement de soins mais au niveau de la congrégation religieuse ou de l'Eglise.

Par ailleurs, au Burkina Faso, l'action des ONG et associations constitue un enjeu important pour la santé des populations au regard de leur nombre, de l'envergure de leur contribution et de leur expertise. Les ONG s'intéressent majoritairement aux zones rurales et déshéritées où elles interviennent aussi bien dans le financement de la santé, la gestion des services de santé, l'assistance technique et la mobilisation sociale. Ne sont autorisées à exercer au Burkina Faso que les associations détentrices d'un récépissé de déclaration dûment signé de l'autorité administrative compétente. Toute association dûment constituée et régulièrement déclarée est dotée de la capacité juridique. Les ONG nationales doivent, en plus d'être reconnues comme associations, avoir au moins deux ans d'exercice et surtout, signer une convention cadre d'établissement avec l'État. Quant aux ONG internationales, elles doivent être munies d'une autorisation d'exercer dûment signée par l'autorité compétente. Les demandes de récépissés de déclaration des associations désirant intervenir dans le domaine de la santé sont systématiquement acheminées par le Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation pour avis préalable du Ministère de la santé.

1.2.3. Le sous secteur privé à but lucratif

Le sous secteur privé à but lucratif est particulièrement développé au niveau urbain essentiellement dans la ville de Ouagadougou. Il est extrêmement divers et comprend : les cabinets médicaux de soins infirmiers et dentaires, les cliniques et polycliniques, les laboratoires, mais aussi les tradi-praticiens et les officines pharmaceutiques qui sont souvent des prescripteurs de fait. Ces prestataires participent à l'offre de soins. Certains sont tournés vers des clientèles favorisées alors que d'autres s'adressent aussi à des clientèles moins favorisées. Ce sous secteur a connu une forte expansion depuis quelques années. Entre 1970 et 2006, le nombre de ces établissements est passé de 10 à 500. En 2006, les grossistes pharmaceutiques étaient au nombre de 5 et les officines pharmaceutiques au nombre de 121.

Le Burkina Faso affiche aussi une volonté manifeste de valorisation de la pharmacopée traditionnelle, laquelle est reconnue par la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique. A la faveur de cette reconnaissance, des cellules de pharmacopée traditionnelle, comprenant les représentants des tradi-praticiens et des professionnels de santé, sont mises en place au niveau de certaines provinces et formations sanitaires publiques. De même, les tradi-praticiens répertoriés bénéficient d'autorisations d'exercer délivrées par les autorités compétentes.

1.2.4. Les institutions spécialisées dans le partage des risques

Pour sans doute nécessaire qu'il soit, le paiement direct des services de santé a montré ses limites, notamment en termes d'accès et d'équité. Or, les formations sanitaires, au Burkina Faso comme dans les autres pays en développement, se révèlent moins armées pour remplir cette fonction. Voient alors le jour des institutions spécialisées comme l'assurance commerciale, l'assurance sociale, les systèmes de micro assurance et les mutuelles de santé, qui apparaissent comme des alternatives crédibles, du fait de leurs moyens financiers parfois importants et/ou leur capacité de peser sur l'organisation même du système de santé.

Les mutuelles de santé sont des associations en l'absence d'un code de la mutualité. Certaines mutuelles ont pris le parti de prendre en charge les soins hospitaliers alors que d'autres retiennent plutôt les soins de base. Le mouvement mutualiste a connu une forte expansion à la fin des années 90 et au début des années 2000. Aujourd'hui, l'expansion est moins forte et le pourcentage de la population qui bénéficie de ce type de couverture demeure assez faible. La viabilité des mutuelles reste problématique, rendant difficile la confiance de la part des prestataires de services de santé. Certaines de ces mutuelles sont appuyées par des structures d'appui dont la plupart sont regroupées dans un Réseau d'appui aux mutuelles de santé au Burkina Faso, qui lui-même bénéficie d'un appui de la part de partenaires techniques et financiers.

II. LA SITUATION DE LA CONTRACTUALISATION

2.1. L'évolution de la contractualisation au Burkina Faso

Dès le lendemain des indépendances, des expériences de contractualisation ont pu être observées, qui avec le temps, ont pris de l'ampleur aussi bien dans la diversité des acteurs que dans celle des modalités de la contractualisation.

LES EXPÉRIENCES DE CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ, QUI N'ÉTAIENT PAS TOUJOURS DES CONVENTIONS ÉCRITES, ONT ESSENTIELLEMENT EU POUR OBJETS LES MODALITÉS DE CRÉATION ET DE GESTION DE STRUCTURES DE SOINS PRIVÉES CONFESIONNELLES PAR LES CONGRÉGATIONS RELIGIEUSES ET LA MISE À LEUR DISPOSITION DE PERSONNEL QUALIFIÉ DE L'ÉTAT. EN EFFET, CES ORGANISATIONS RELIGIEUSES, QUI GÉRAIENT DÉJÀ SUR LE TERRAIN DES ACTIVITÉS DANS DES SECTEURS COMME L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ, ONT ÉPROUVÉ LE BESOIN D'ENTRER EN CONTRACTUALISATION AVEC L'ÉTAT, À LA FOIS POUR UNE CERTAINE RECONNAISSANCE OFFICIELLE DE LEUR UTILITÉ PUBLIQUE QUE POUR SE CONFORMER À LA RÉGLEMENTATION NATIONALE. IL S'AGISSAIT ALORS DE CONTRATS D'ASSOCIATION AU SERVICE PUBLIC.

Les accords de coopération technique et financière entre l'État burkinabé et les partenaires bilatéraux et multilatéraux ont constitué le ciment de la contractualisation dans ce domaine. Dans ce cadre, des accords de jumelage ont permis à certaines collectivités territoriales (délégations spéciales) de recevoir des financements d'homologues du Nord pour des réalisations sanitaires, éducatives et sociales de diverses natures.

Avec la vague de sécheresse des années 70, des ONG et associations ont investi de nombreux secteurs socioéconomiques du pays. Des accords d'établissement sont alors signés entre l'État burkinabé et les ONG étrangères et internationales pour un meilleur suivi de leurs activités. De même, la nécessité d'une synergie de leurs actions a conduit les ONG à établir des conventions cadres comme celui régissant les ONG membres du SPONG. Enfin, ces dix dernières années ont connu une expansion sans précédent du monde associatif, principalement dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de l'agriculture, créant ainsi un besoin pressant de coordination, d'harmonisation des pratiques et d'optimisation des ressources. A cet effet, sous l'instigation des partenaires techniques et financiers et de l'État, ont vu le jour et se développent des réseaux d'associations régis par des formes particulières de contrats, appelées conventions cadres. A leur tour, les relations de ces réseaux avec l'État ou les partenaires techniques et financiers sont régies dans le cadre d'accords de partenariat.

A la faveur des réformes leur octroyant l'autonomie administrative et de gestion, la plupart des établissements publics ont très vite senti la nécessité d'établir des relations contractuelles d'achat de services, afin de mieux se consacrer à leur mission principale. Avec l'expansion socioéconomique, cette forme de contractualisation se pratique également de plus en plus dans le cadre de l'assurance sociale, l'assurance commerciale et par les institutions spécialisées dans le partage du risque comme les mutuelles de santé.

2.2. L'état de la contractualisation dans le système de santé

Le système de santé connaît actuellement de nombreuses expériences de contractualisation.

• Contrats entre le Ministère de la santé et les confessions religieuses

L'un des domaines de prédilection de l'action des confessions religieuses est celui de la santé. Aussi, très tôt, les autorités publiques et confessionnelles ont perçu l'outil contractuel comme le moyen d'établir des relations de partenariat négociées.

Les contrats d'association au service public ont permis à l'Etat d'amener les formations sanitaires confessionnelles existantes à davantage inscrire leurs actions dans le cadre du service public: les formations sanitaires confessionnelles s'engagent à mettre en œuvre le paquet minimum d'activités ou le paquet complémentaire d'activités et sont inscrites dans la carte sanitaire comme centres de santé d'une zone de responsabilité donnée. En retour, elles bénéficient d'une certaine reconnaissance de l'utilité publique de leur action.

Certaines confessions religieuses signent des contrats de délégation de responsabilité par lesquels, elles deviennent

responsables de l'administration sanitaire d'une zone et participent ainsi à l'administration sanitaire du pays. C'est le cas du district sanitaire Paul VI à Ouagadougou.

Grâce à des contrats de concession, de nombreuses confessions religieuses construisent et gèrent des formations sanitaires à travers tout le pays.

Dans la majorité des cas, ces contrats s'apparentent davantage à des systèmes d'autorisation qu'à de véritables contrats de partenariat. Les engagements réciproques ne sont pas clairement établis. Les contrats ne sont généralement connus que des hauts responsables, mais ne le sont pas par ceux qui mènent les activités au quotidien. On notera cependant certains cas où des accords spécifiques ont été conclus entre le Ministère de la santé et ces formations sanitaires confessionnelles.

- **Contrats des ONG et associations**

La collaboration entre ONG internationales et ONG locales est multiforme et s'articule autour d'activités très diversifiées. Deux types d'intervention sont courants: les interventions d'ordre technique (transfert de compétences et formation, développement des outils de suivi et d'évaluation, etc.) et les interventions d'ordre financier. Dans bien des cas cependant, les partenariats entre les ONG internationales et les ONG nationales demeurent essentiellement axés sur le financement des projets locaux. Aujourd'hui, plusieurs ONG internationales sont présentes au Burkina Faso et travaillent aux côtés des structures communautaires sur la base de protocoles d'accord de financement et d'exécution de projets.

A titre d'exemple, les actions de l'Initiative privée communautaire sont soutenues par l'Alliance internationale basée à Londres au Royaume-Uni, le partenariat entre Family health international et le Centre d'information, de conseil et de documentation sur le SIDA et la tuberculose, qui a notamment permis de former plus de 200 conseillers pour le dépistage entre septembre 2002 et février 2003 ; le « Projet intervention ciblée au profit des professionnelles du sexe et leurs clients » initié à Ouagadougou par l'ONG américaine Population council s'est réalisé avec le concours des associations Vie positive et Association african solidarité. Les ONG internationales nouent généralement des partenariats avec des membres de réseaux associatifs nationaux ou internationaux.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et du Programme d'appui au développement sanitaire, des partenariats sont conclus entre structures étatiques et des réseaux et collectifs d'associations locales. C'est l'exemple des protocoles d'accord entre le Programme d'appui au monde associatif et communautaire et plusieurs structures locales, du protocole d'accord de financement entre le Secrétariat permanent du comité national de lutte contre le SIDA et les IST et le Secrétariat permanent des ONG au profit de ses membres, du partenariat entre le Programme d'appui au développement sanitaire et l'AIDSETI.

Depuis 2003, il est fait obligation à toute ONG ou association désirant intervenir dans le système de santé de négocier et signer un contrat de collaboration avec le Ministère de la santé. Ces contrats, qui s'apparentent davantage à des conventions cadres, fixent les engagements et obligations réciproques de l'État et de l'ONG/Association ainsi que les principes devant guider leur partenariat ; toutefois, des arrangements contractuels spécifiques sont négociés en fonction de leurs objets et de l'envergure des moyens à mettre en œuvre.

Des efforts de coordination de partenariats sont actuellement développés à travers le Projet de renforcement de l'interface État - secteur privé - Organisation de la société civile dont les ONG et Associations de développement constituent l'une des composantes.

- **Contractualisation entre l'Administration centrale et l'Administration déconcentrée**

Dans le cadre du Programme d'appui au développement sanitaire, des accords de financement sont signés entre ledit programme et les Directions régionales de la santé et les Districts sanitaires pour l'exécution de leurs programmes d'activités. Ces accords ne concernent pas l'intégralité des plans d'actions, mais uniquement, la partie financée par le programme. Ce sont des ententes portant sur les conditions de mise en place des financements et les résultats à atteindre vus sous l'angle des moyens mis à disposition. Les évaluations sur les résultats atteints en matière d'utilisation des crédits conditionnent les négociations sur les contrats suivants. Ce type d'accords portant sur la mise en œuvre des plans d'action annuels est aussi étendu aux directions centrales depuis 2007. Cette contractualisation interne est instituée d'une part entre la direction centrale ou la Direction régionale de la santé et le District sanitaire concerné, et d'autre part le Comité directeur du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS).

- **Contractualisation au niveau des hôpitaux**

Cette contractualisation revêt plusieurs formes dont on retient :

- la sous-traitance : cette forme remonte à une dizaine d'années. Elle est pratiquée essentiellement par les CHU et les CHR avec des partenaires privés; leur statut d'Établissement public de santé a grandement facilité le développement de ce type de contractualisation. Par contre, du fait de l'absence de personnalité juridique, les CMA ont moins développé la contractualisation. Au moyen du jeu de la concurrence, institué par la réglementation des achats publics, ces structures sélectionnent leurs cocontractants à même de contribuer à l'amélioration de la qualité des services, objets de la contractualisation. Cette contractualisation porte généralement sur les domaines suivants: nettoyage et entretien des locaux, gardiennage, restauration, maintenance;
- le jumelage : il est aujourd'hui considéré comme l'apanage des CHU et CHR et se pratique avec ceux du Nord, notamment français pour ce qui est du Burkina Faso. Toutefois, on note de plus en plus des expériences de jumelage entre hôpitaux du Burkina Faso avec ceux du Sud, africains notamment. Le jumelage porte sur divers domaines de la santé : formation, échanges de personnel et d'information, renforcement des capacités des structures, appui aux activités de vaccination, participation aux activités de contrôle, fourniture de matériels médico-techniques, achats de pièces de rechange, construction et organisation des services, formation aux activités de supervision, promotion de l'hygiène et de l'assainissement, sensibilisation sur l'éducation à la santé, etc. ;
- l'entente : il s'agit d'un type d'arrangement entre l'Administration centrale et les établissements publics de santé hospitaliers. Le plan d'action est établi au niveau de l'hôpital et fait l'objet d'une entente interne entre l'Administration de l'hôpital et le Conseil d'administration. Ensuite, ce plan d'action fait l'objet d'une approbation par l'Administration centrale signifiant qu'elle agréé le contenu sans pour autant s'engager à quoi que ce soit ;
- toutefois, certains partenaires techniques et financiers au travers de projets tels que le Programme d'appui au développement sanitaire et celui couvrant les régions du Centre Est et du Nord, signent de véritables contrats relatifs à des activités jugées prioritaires à l'intérieur du plan d'action; les parties signataires du document s'engagent effectivement sur la réalisation des activités dans la période indiquée par l'accord. Ainsi, l'évaluation qui en sera faite déterminera le financement du plan de l'année suivante.

- **Contractualisation au niveau des organismes d'assurance et de partage des risques**

Les mutuelles de santé constituent une forme de plus en plus répandue d'assurance santé volontaire à laquelle ont recours les populations surtout à faibles revenus. Ces structures leur permettent, par une organisation propre, de garantir leur propre prise en charge des soins de santé. Les mutuelles de santé sont ainsi de plus en plus envisagées comme un outil d'extension de la protection sociale. Ces organisations se créent et fonctionnent sur la base d'un mécanisme de partenariat impliquant plusieurs acteurs dont les communautés, les structures de soins, l'État à travers l'administration locale, les ONG, les programmes et organisations d'appui extérieur et les partenaires techniques et financiers.

Au Burkina Faso, des systèmes innovateurs et complémentaires de protection regroupés sous les termes de mutuelles de santé, caisses de solidarité, systèmes de prépaiement, couplage assurance santé crédit, qui s'appuient sur les principes de solidarité, de partage de risques et de prévoyance, se sont développés depuis les années 1960. Elles se sont surtout développées en se diversifiant, avec l'appui d'ONG et de bailleurs de fonds tels que les agences de coopération française, allemande, belge, hollandaise et le BIT/STEP. Certaines mutuelles sont liées aux organismes de micro crédit.

Deux structures principales d'appui œuvrent à la mise en place des mutuelles de santé :

- le RAMS/Burkina Faso, ONG nationale financée par l'OMS, le Fonds belge de suivi à travers l'ONG Solidarité mondiale (WSM), la Coopération française, le projet AWARE-RH sur financement de l'USAID et OXFAM/NOVIB Pays-Bas ;
- le BIT par l'intermédiaire de son programme stratégies et techniques de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté.

Les mutuelles de santé signent des conventions avec les prestataires de services de santé, notamment publics, mais aussi privés. Selon le type de soins pris en charge (gros risques ou petits risques), ces mutuelles de santé signent des contrats avec les CMA ou les CSPS. Ces contrats portent essentiellement sur les modalités de remboursement, les risques couverts, les tarifs, les modalités d'accueil, etc. Certaines mutuelles de santé ont mis en place des mécanismes de capitation: c'est le cas dans le district sanitaire de Nouna.

Cet état de la situation, qui n'est sans doute pas exhaustif, fait indéniablement ressortir la place importante qu'occupe la contractualisation aujourd'hui au Burkina Faso dans le système de santé. Elle s'est développée progressivement au cours des dernières années et ce développement est aussi le fruit des réformes administratives et de la place donnée à la société civile. L'émergence de nouveaux acteurs a induit presque inévitablement la contractualisation comme outil pour permettre l'établissement de relations entre eux et avec le Ministère de la santé. Cette volonté des acteurs à recourir à la contractualisation est un atout.

Toutefois, la contractualisation souffre encore d'un certain nombre de problèmes:

- le recours à la contractualisation reste encore très souvent une décision au cas par cas ;
- la contractualisation n'est pas suffisamment connue et documentée : la réalisation de cet état de la situation n'a pas été aisée à établir ;
- il n'existe pas à ce jour d'études sur le recours à la contractualisation ;
- le système d'information n'apporte aucune donnée et il n'existe aucun système d'enregistrement;
- il n'existe pas de réelles évaluations des pratiques qui permettraient de faire émerger les bonnes pratiques.

En conséquence, l'Administration a beaucoup de difficultés à jouer ses différents rôles de contrôle, d'accompagnement et de supervision. Elle est souvent placée en situation d'observateur, alors qu'elle devrait être au premier rang pour permettre à ce que cet outil améliore la performance du système de santé.

Malgré les insuffisances relevées, le Burkina Faso dispose de plusieurs atouts: une prise de conscience des autorités de la nécessité d'harmoniser les pratiques, de renforcer les capacités des cadres locaux par leur participation à un certain nombre d'ateliers ; la volonté d'aider les acteurs par la réalisation d'un guide sur la contractualisation et, tout récemment, la volonté d'élaborer une politique nationale de contractualisation.

Il convient enfin de souligner l'intérêt de nombreux partenaires techniques et financiers pour la contractualisation. Il faut

d'ailleurs reconnaître que de nombreuses expériences n'auraient pas vu le jour sans leur impulsion matérialisée souvent par les moyens financiers qu'ils ont accordés à ces expériences.

La politique nationale de contractualisation pose les jalons pour canaliser la contribution des acteurs du système de santé et, par la même occasion, résoudre définitivement le problème récurrent de la non intégration des données du sous secteur privé dans le système d'information sanitaire.

III. POURQUOI UNE POLITIQUE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION ?

Depuis plusieurs années, le Ministère de la santé a fait de la contractualisation un de ces outils pour améliorer la performance du système de santé et a inscrit le recours à la contractualisation dans plusieurs documents : la PSN y fait référence et le PNDS accorde une place importante à cette stratégie.

L'état de la situation a montré que, depuis de nombreuses années, le Burkina Faso a expérimenté plusieurs formes de contractualisation. Des résultats encourageants ont été obtenus. Mais, il existe des imperfections et des insuffisances qui ont pour conséquence que la contractualisation ne produit pas tous les effets escomptés. Maintenant, l'État souhaiterait s'assurer que cet outil qu'est la contractualisation soit mieux utilisé et pour cela, a souhaité qu'un cadre de référence soit établi.

En faisant sienne la résolution de la 56^{ème} Assemblée mondiale de la santé qui recommande aux États membres l'élaboration d'une politique de contractualisation, le Burkina Faso indique sa volonté de s'assurer que cet outil conduira bien à une amélioration de la performance du système de santé et ne nuira pas à l'intérêt général des populations dont le Ministère de la santé est le garant.

L'analyse de la situation a également mis en exergue que les capacités techniques pour un recours efficace à la contractualisation sont encore insuffisantes, quels que soient les acteurs concernés.

Ce sont ces raisons qui ont conduit le Ministère de la santé à élaborer une Politique nationale de contractualisation. Celle-ci a pour objectifs :

- de s'assurer que le recours à la contractualisation par les différents acteurs s'effectue dans le respect de la Politique sanitaire nationale ;
- de s'assurer que les arrangements contractuels établis entre les acteurs de la santé contribuent à améliorer la performance du système de santé ;
- de proposer un cadre de référence pour l'établissement des contrats et, par conséquent, d'envisager sa contribution à l'amélioration de la performance. Il ne s'agit pas de remettre en cause la liberté contractuelle mais de faire en sorte que cette liberté s'inscrive dans un cadre cohérent ;
- d'inciter les acteurs du secteur à recourir à la contractualisation à chaque fois qu'une analyse détaillée a montré qu'elle pouvait être un outil pertinent ;
- de mieux associer le sous secteur privé dans la mise en œuvre de la politique nationale de développement de la santé en créant une dynamique de complémentarité des acteurs, en recherchant leur synergie et en exploitant leurs différentes expériences ;
- d'amener les acteurs à placer leurs relations contractuelles dans une perspective de long terme et privilégier la pérennité des relations dans l'intérêt des populations ; la contractualisation n'est plus alors vue comme un outil permettant de régler les problèmes au quotidien rencontrés par des acteurs soucieux de préserver leurs intérêts individuels réciproques.
- d'harmoniser les pratiques contractuelles afin d'éviter les effets négatifs d'expériences aux objectifs et aux

modalités de mise en œuvre contradictoires et pouvant entraîner des inégalités entre les populations;

- d'améliorer la qualité des relations contractuelles. En mettant l'accent sur la nécessité de renforcer les capacités techniques de tous les acteurs, la politique de contractualisation souligne l'importance d'une maîtrise de cet outil si l'on veut s'assurer de bons résultats;
- d'identifier les domaines dans lesquels des aménagements réglementaires devront être apportés afin de rendre plus aisé le recours à la contractualisation;
- de favoriser la mise en œuvre de la décentralisation en permettant aux collectivités territoriales dans l'exercice des compétences qui leur ont été transférées, d'avoir recours à la contractualisation pour formaliser leur lien d'une part avec le Ministère de la santé, et d'autre part avec les organisations de la société civile ;
- d'aider les acteurs dans la démarche contractuelle ;
- de permettre, par la clarification des interventions des différents acteurs, de renforcer la capacité d'évaluation et de suivi des mécanismes contractuels, toute chose qui constitue un facteur d'amélioration du système sanitaire ;
- d'inscrire d'une part les mécanismes d'appui budgétaire dans une démarche de négociation entre les partenaires techniques et financiers et le Ministère en charge des finances, et d'autre part entre ce dernier et le Ministère de la santé ;
- d'encourager l'intervention des acteurs dans les zones défavorisées grâce à des mesures incitatives.

IV. LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA POLITIQUE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION

Après avoir défini les raisons qui ont conduit à l'élaboration de la politique de contractualisation dans le système de santé au Burkina Faso, il convient de rappeler les principes fondamentaux qui sous tendent cette politique. Aussi convient-il de rappeler que l'État est le garant de l'intérêt général. A ce titre, le Ministère de la santé, soucieux de garantir l'accès de l'ensemble de la population à des services sanitaires de qualité, doit être en mesure de s'assurer que tous les arrangements contractuels respectent les objectifs de la Politique sanitaire nationale. Ceux-ci reposent sur les valeurs d'équité, de justice, de solidarité, l'implication et la participation de la population, des collectivités territoriales, des organisations de la société civile tout en respectant les droits de l'homme.

La politique nationale de contractualisation affirme que :

- la contractualisation est un outil de la Politique sanitaire nationale qui doit contribuer à l'amélioration des performances du système de santé;
- le recours à la contractualisation par l'État ne signifie en aucun cas son désengagement, de même qu'il ne vise pas une quelconque volonté de privatisation du système de santé ;
- l'État doit toujours s'efforcer à ce que ses partenaires techniques et financiers apportent la meilleure prestation possible pour la population. La contractualisation doit toujours mettre l'accent sur la qualité des prestations au bénéfice des populations ;
- l'État doit veiller à ce que cette liberté contractuelle ne puisse pas s'exprimer au détriment des collectivités territoriales ;
- les intérêts des populations et leur implication dans le fonctionnement des services sanitaires doivent être sauvegardés. Ainsi, les mécanismes de participation des populations qui ont été progressivement mis en place ne doivent pas être remis en cause par la contractualisation;
- le recours à la contractualisation concerne tous les acteurs œuvrant dans le système de santé : l'État et ses démembrés, les populations, les collectivités territoriales, les institutions de financement, les organisations de la société civile, le sous secteur privé lucratif et non lucratif, les partenaires techniques et financiers. Il est du devoir de l'État de veiller au respect de ce principe. Ainsi, tous les acteurs doivent se sentir concernés par cette politique et l'État doit les y aider;
- l'État reconnaît les relations contractuelles déjà existantes. Il encourage les expériences en cours à s'intégrer, dans l'avenir, dans la politique actuelle;

- le respect de la mission de service public demeure un élément fondamental de la contractualisation;
- la contractualisation doit se faire dans le respect mutuel entre les acteurs quels qu'ils soient;
- il est important que les acteurs évitent autant que possible les situations conflictuelles et privilégient les solutions de négociations;
- les relations contractuelles doivent s'établir entre des acteurs qui disposent de la capacité juridique à signer des contrats. Néanmoins, des formes de contractualisation interne peuvent être développées pour autant que leur spécificité soit clairement établie;
- la contractualisation est un outil qui doit permettre d'établir des relations durables et solides entre les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé par la possibilité de continuation desdites relations en cas de satisfaction au besoin des parties contractantes;
- les arrangements contractuels ne sauraient contribuer à des formes quelconques de discrimination au sein des acteurs du développement sanitaire et de la population. Notamment, les critères de race, de sexe, d'âge et de situation sociale ne doivent pas entrer en ligne de compte. Ce principe commande, de la part des prestataires, l'équité et une parfaite neutralité dans l'exercice de leur fonction, duquel doit être absent toute opinion ou tout jugement de valeur sur les bénéficiaires des prestations.

Par ailleurs, la Politique nationale de contractualisation rappelle les principes suivants relatifs aux contrats :

- **la liberté contractuelle** : l'homme naît libre et n'est assujéti qu'aux obligations auxquelles il a librement consenti. La liberté contractuelle ne peut cependant déroger à l'ordre public représenté par l'ensemble des textes (lois, décrets, règlements communautaires, etc.);
- **l'existence d'un accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes** : le contrat est un accord de volonté en vue de produire des effets de droits. Une fois formé, le contrat ne peut plus être modifié que par un nouvel accord de volonté;
- **la force obligatoire des contrats** : les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à l'égard des parties et s'imposent au juge et au législateur. A l'exception de certains contrats de portée collective (conventions cadres ou collectives), qui peuvent s'appliquer à des personnes qui n'ont pas participé à la négociation, ni à la signature du contrat, les conventions n'ont d'effet qu'entre les parties contractantes; elles ne nuisent pas aux tiers;
- **la présence de clauses exorbitantes du droit commun** : ces clauses créent des inégalités entre deux parties au contrat en conférant à la personne publique un pouvoir de direction et de contrôle sur les modalités d'exécution du contrat, ainsi qu'un pouvoir de sanctions le cas échéant;
- **l'égalité de traitement des candidats et la transparence dans les procédures de passation de marchés et d'exécution des contrats**. Cependant, des différences de traitement sont légales du moment qu'elles sont justifiées, soit par des considérations d'intérêt général, soit par une différence de situation de fait ou de droit.

V. LES AXES STRATEGIQUES DE LA CONTRACTUALISATION

L'état de la situation a montré que la contractualisation était depuis longtemps et assez largement utilisée au Burkina Faso. Les expériences sont multiples; certaines sont anciennes et, au fil du temps, les champs d'application se sont diversifiés. Toutefois, certaines opportunités sont sans doute encore insuffisamment exploitées.

En se basant sur l'état de la situation, la présente politique de contractualisation vise à définir les évolutions souhaitables et les orientations stratégiques du recours à la contractualisation dans le système de santé.

Bien que l'objectif général de la contractualisation soit l'amélioration de la performance du système de santé, il n'en reste pas moins nécessaire d'explicitier des orientations stratégiques pour chaque type de contractualisation. Ainsi, seront présentées les orientations stratégiques pour chacune des grandes catégories de contractualisation et les résultats que celle-ci devrait permettre d'atteindre.

Il ne s'agit pas de définir des domaines prioritaires, ni d'interdire le recours à la contractualisation dans d'autres domaines que ceux développés ci-après. Il s'agit simplement, en se basant sur la situation actuelle et les principes fondamentaux définis ci-dessus, d'explicitier les domaines pour lesquels on peut s'attendre à un développement du recours à la contractualisation et les orientations stratégiques que celui-ci doit prendre. En outre, les domaines de la contractualisation dans le système de santé au Burkina Faso doivent rester évolutifs; ils pourront être revus à l'issue des évaluations périodiques et à la lumière des résultats enregistrés.

5.1. Assurer le meilleur exercice possible de la mission de service public par les prestataires de services de santé

La prestation de services de santé est réalisée par des établissements relevant du sous secteur public et du sous secteur privé avec ou sans but lucratif.

5.1.1. Le sous secteur privé à but non lucratif

A ce jour, la collaboration entre les structures sanitaires confessionnelles et les autorités du Ministère de la santé est, soit laissée aux initiatives ponctuelles, soit régie par des conventions ou protocoles d'accord qui s'apparentent davantage à un système de reconnaissance qu'à une véritable contractualisation. A l'avenir, le Ministère de la santé entend clarifier les rapports avec ces structures confessionnelles au travers de "contrats d'association à la mission de service public" définissant les engagements de chacun, notamment en mettant l'accent sur l'exercice de la mission de service public et sur l'accès de toutes les catégories et couches de la population. Cette association à la mission de service public peut porter sur l'ensemble d'une structure de santé ou sur certaines de ses activités (couverture en services de santé essentiels comme la vaccination, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la consultation prénatale).

5.1.2. Le sous secteur privé à but lucratif

Le Ministère de la santé ne peut ignorer ces prestataires de soins. Certes, il dispose de moyens pour les encadrer (autorisation d'installation et de fonctionnement, accréditation), les contrôler et les superviser; il peut aussi élaborer des normes et standards. Il peut aussi mettre en place des instances de concertation telles que la Commission technique permanente de concertation entre le sous secteur public et le sous secteur privé. Par ailleurs, les Ordres professionnels complètent les missions de l'Administration en veillant au respect des principes de moralité, de probité et à l'observance par tous les membres des devoirs professionnels et des règles édictées par les codes déontologiques respectifs. Toutefois, les relations avec le Ministère de la santé restent encore embryonnaires.

En développant des arrangements contractuels appropriés avec des prestataires privés qui rempliront les conditions exigées, le Ministère de la santé peut amener ceux-ci à mieux inscrire leurs activités dans le sens de la politique nationale de santé. Par des incitations diverses, il peut s'assurer que les prestataires privés réalisent des activités de prévention telles que la vaccination, la consultation prénatale, l'accouchement. Par des incitations financières spécifiques, il peut s'assurer que pour ces services jugés prioritaires, les prix appliqués par le privé mais aussi la qualité des services, servent les populations, y compris les moins favorisées. Pour garantir l'accessibilité de ces services jugés prioritaires à la population et les rendre compétitifs qualitativement et par rapport aux prix, des facilités concernant l'incitation ou la fourniture de médicaments ou de vaccins sont à envisager par l'État. Pour cela, le Ministère de la santé pourrait mettre en place avec

certaines groupes d'acteurs, des conventions cadres définissant les grandes orientations de partenariat et un certain nombre d'intérêts communs. La démarche adoptée par l'État sera toutefois progressive; à partir d'expérimentations d'abord limitées à quelques structures, la démarche pourra être développée si les résultats s'avèrent positifs.

5.1.3. *Le sous secteur public*

La gestion a longtemps été assurée directement par les services déconcentrés du Ministère de la santé. Mais depuis la fin des années 1990, le Gouvernement a initié une série de réformes autour de la décentralisation et la mise en autonomie de gestion des structures sanitaires qui impliquent d'autres modalités de gestion:

- pour ce qui est des hôpitaux érigés en Établissements publics de santé, l'autorité du Ministère de la santé demeure et s'exerce pour certains actes importants de la vie de ces établissements. Par ailleurs, le budget de ces établissements est toujours largement apporté par une dotation du Ministère de la santé. En s'appuyant sur le plan d'action et sur le projet d'établissement, la dotation, pour tout ou partie devra faire l'objet d'une entente contractuelle entre le Ministère de la santé et l'hôpital;
- à ce jour, la gestion déléguée n'existe pas dans le système de santé, du moins dans le sens de confier la gestion et le fonctionnement d'une structure publique de santé à une entité privée, y compris à une entité sans but lucratif. Le Ministère de la santé n'envisage pas, à brève échéance, de développer ce type de contractualisation. Par contre, pour certaines zones géographiques encore insuffisamment couvertes en formations sanitaires, le Ministère de la santé procède à l'autorisation d'installation et de fonctionnement de certaines entités privées sans but lucratif. A ce jour, ces autorisations s'appuient sur des critères administratifs et techniques, mais, il n'y a pas réellement d'engagement réciproque. A l'avenir, le Ministère de la santé envisage de transformer ces autorisations en concession de services publics. L'entité privée prendrait à sa charge la construction des bâtiments et l'acquisition des équipements; elle ferait fonctionner cette formation sanitaire avec un contrat de longue durée et la formation sanitaire reviendrait au Ministère de la santé à cette échéance. Pour inciter au développement de ce type de concession, le Ministère de la santé négocierait diverses incitations: affectation de personnels de la fonction publique, subvention d'installation, dotation en certains matériels ou médicaments, accès aux formations dispensées dans le cadre du secteur public, etc.;
- dans le cadre de la décentralisation, le décret N°2006-209/PRES du 15 mai 2006, relatif au transfert de compétences et de ressources, confie aux communes urbaines la construction et la gestion des formations sanitaires de base. Les collectivités territoriales sont devenues par conséquent des acteurs clés du secteur. Il reste cependant que tout n'a pas été transféré aux collectivités territoriales comme c'est le cas pour les personnels de santé dont la gestion et l'administration n'ont pas été modifiées par ce texte. Cette réforme institutionnelle peut être complétée par des relations contractuelles entre le Ministère de la santé d'une part et les communes d'autre part, tant que le transfert de compétences reste partiel. La contractualisation s'avère être un des meilleurs instruments d'opérationnalisation de la décentralisation. Aussi, elle permet aux collectivités territoriales de nouer des relations contractuelles avec les prestataires de santé dans le cadre de leur accompagnement.

5.2. *Impliquer tous les acteurs dans la réalisation des activités de santé*

Il s'agit des **contrats de services** que le Ministère de la santé, mais aussi d'autres ministères réalisant des activités ayant un lien avec la santé des populations, peuvent passer avec des acteurs du développement sanitaire (ONG, associations, groupements...) pour les aider dans la réalisation de certaines activités de santé ou ayant un lien manifeste avec la santé (centres sociaux, centres pour handicapés, centres de réhabilitation nutritionnelle, assainissement...).

A ce jour, le Ministère de la santé, à travers la Direction des études et de la planification, prépare des conventions de collaboration avec les ONG qui fixent le cadre de leur partenariat. Ces conventions cadres viennent en réalité compléter l'agrément administratif accordé à ces mêmes ONG par le Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation. Elles s'apparentent par conséquent davantage à une accréditation technique qu'à des contrats marquant des engagements réciproques.

Afin de dépasser cette situation, le Ministère de la santé, dans la mesure de ses moyens, devra développer des relations avec les acteurs du développement réalisant des activités ayant un lien avec la santé, en ayant recours à la contractualisation et plus spécifiquement à des contrats de services. Ces partenaires sont notamment impliqués dans la

mise en œuvre des activités préventives et des volets communautaires des programmes de lutte contre les IST/VIH/SIDA, la filariose lymphatique, le paludisme et la tuberculose, ainsi que des programmes de nutrition, de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la santé bucco-dentaire, la planification familiale, la lutte contre la bilharziose.

Dans leurs relations avec ces acteurs du développement sanitaire, le Ministère de la santé et les autres ministères concernés seront vigilants sur deux points essentiels:

- l'acteur du système de santé devra disposer de capacités juridiques, techniques et financières pour exécuter l'objet du contrat. Ainsi, dans la mesure du possible, le Ministère de la santé viendra, par ses appuis, compléter les efforts initiaux de ces acteurs du développement sanitaire;
- ce type de relation est généralement placé sous l'appellation de "partenariat public privé". Dans la réalité, la nature des arrangements contractuels ne dépasse généralement pas l'achat de services où la notion de collaboration reste marginale. Le Ministère de la santé et les autres ministères développeront des relations de partenariat (faire ensemble) avec les acteurs et non pas simplement l'achat de services (faire faire). Cette attitude de partenariat constructif demande un engagement des deux parties prenantes à toutes les étapes de la relation contractuelle.

Par ailleurs, certains partenaires techniques et financiers comme les coopérations bilatérales ou multilatérales et les ONG internationales mettent en place de tels contrats de services avec des ONG/Associations locales. Là encore, les relations établies ne s'inscrivent pas toujours dans la logique d'un véritable partenariat, c'est-à-dire d'une réelle collaboration entre les institutions. Aussi, le Ministère de la santé veillera à ce que ces relations contractuelles mettent en place de réels partenariats. Au travers de son administration sanitaire déconcentrée, il s'assurera que les contrats définissent clairement les engagements et les apports de chacun dans cette collaboration.

5.3. Améliorer l'efficacité des acteurs

Afin d'apporter le meilleur service aux populations, il est nécessaire que chaque acteur du système de santé soit le plus efficace possible. La contractualisation est un outil qui peut être mobilisé pour atteindre ce résultat. Différents types de contrats peuvent être conclus à cet effet :

5.3.1. La sous-traitance de services intermédiaires

Pour assurer la production de ses services de santé, un prestataire combine différents facteurs. Il peut assurer lui-même cette combinaison ou s'assurer que celle-ci le sera par d'autres: c'est ce qui est appelé la sous-traitance ou externalisation.

A ce jour, la plupart des hôpitaux recourent à la sous-traitance pour le gardiennage, l'hygiène et l'assainissement, la buanderie, la cuisine pour les malades et la restauration pour le personnel. Cette sous-traitance commence aussi à se développer dans des domaines tels que la maintenance. On voit également des expériences dans le domaine du diagnostic: laboratoire, imagerie médicale.

Ces contrats paraissent simples; pourtant, ils sont potentiellement source de problèmes, voire de conflits. Aussi, le Ministère de la santé élaborera un guide en matière de sous-traitance. Ce guide soulignera les points suivants : la qualification des contractants, les domaines sous traitables, les raisons de l'externalisation, le rôle des syndicats, l'environnement du marché et la compétition, le suivi des contrats, le non désengagement du prestataire, la nécessité d'établir un échelonnement de la sous-traitance, etc.

5.3.2. La contractualisation au niveau des ressources humaines

La loi 13-98/AN du 28 avril 1998 portant régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la Fonction publique, donne un espace juridique propice à l'application de l'approche contractuelle en matière de gestion des ressources humaines, entre les structures publiques et leurs agents. En effet, aux termes de l'article 78, alinéa 2 de cette loi, l'évaluation des agents publics de l'Etat se fait sur la base d'un contrat d'objectifs établi annuellement entre chaque agent et

l'Administration. Cette évaluation se fait par le supérieur hiérarchique immédiat de l'agent et comporte des modalités précises qui permettent de rendre compte de la compétence et du rendement de chaque fonctionnaire à son poste de travail. Actuellement, cette évaluation est encore peu effective, mais elle devrait l'être davantage dans les années à venir.

Toutefois, en raison de la difficulté à mettre en place des sanctions pour ceux qui ne respectent pas leurs engagements, ces contrats d'objectifs ont un impact insuffisant. Aussi, le Ministère de la santé procèdera prochainement, notamment dans le cadre de la commission "Ressources humaines" du comité de suivi de la mise en œuvre du PNDS, à une réflexion conduisant à introduire des modalités d'incitation à la performance dans ces contrats d'objectifs.

5.3.3. Les contrats de performance

Les organisations et les administrations font actuellement l'objet de profondes évolutions: l'introduction de la planification a permis de poser la question des objectifs à atteindre sur le moyen terme, l'introduction plus récente encore de la notion de gestion axée sur les résultats permet de dépasser la notion de moyens et de responsabiliser les acteurs sur les résultats à atteindre. Pourtant, la performance de ces institutions reste encore en dessous des espérances. Les institutions ne sont pas toujours incitées à mettre tout en œuvre pour atteindre les meilleurs résultats possibles et le recours à la sanction s'avère toujours difficile à mettre en œuvre tant pour des raisons techniques que politiques. De plus en plus, une autre voie se dessine; elle s'appuie sur la notion d'incitation à la performance. Le contrat aura alors pour objet d'inciter à la performance et non plus de permettre la sanction. Le Burkina Faso s'est également orienté dans cette voie; toutefois, les expériences du Burkina Faso méritent d'être encore améliorées dans les domaines suivants :

- les établissements hospitaliers, érigés en établissements publics de santé, disposent pour leur fonctionnement d'une subvention régulière prévue sur le budget de l'État. En outre, ils peuvent aussi bénéficier de crédits accordés pour la mise en œuvre de certains éléments de leurs plans d'action : par exemple, le Programme d'appui au développement sanitaire, sur contrat, finance la réalisation de certaines de ces activités. Toutefois, l'efficacité des hôpitaux n'est pas toujours au niveau souhaité. L'implication et la responsabilisation des différents acteurs concourant à la production des soins hospitaliers comptent parmi les raisons. De même, les responsables de ces hôpitaux ne bénéficient pas de mesures incitatives dans l'organisation des activités pour atteindre les meilleurs résultats. Aussi, le Ministère de la santé va engager une réflexion sur une stratégie qui consiste à développer une formule de contractualisation pour récompenser l'amélioration de la performance. Il s'agit ainsi d'agir sur un certain nombre de comportements et de pratiques dont on pense qu'ils auront une incidence positive sur l'organisation des activités et par conséquent sur l'efficacité de l'hôpital. La stratégie ne consiste donc pas à agir directement sur la production des services de santé ou sur les résultats, mais à inciter les prestataires à changer leurs comportements. Pour cela, il s'inspirera des expériences dans d'autres pays, qui ont mis en place un dispositif de contractualisation pour l'amélioration de la performance des hôpitaux. Il convient par ailleurs de souligner que ce type de contractualisation de la performance entre le niveau central et les établissements publics de santé devrait être un élément incitatif à la discussion interne au sein de l'hôpital et par conséquent favorable à la mise en place d'une contractualisation interne autour du projet d'établissement;
- les relations entre les différentes composantes de l'administration sanitaire, notamment entre le niveau central et les services déconcentrés, sont encore largement organisées autour de la notion de commandement hiérarchique, à savoir que le niveau central définit les actions des niveaux déconcentrés. Au Burkina Faso, la planification a introduit une entente entre ces différents niveaux, formalisée par un contrat. Cependant, les ententes contractuelles de ce type portent sur le plan d'activités et non sur des mesures visant à changer les comportements des acteurs. Le Ministère de la santé mettra également en place une réflexion sur l'introduction de modalités d'incitation à la performance dans ces ententes contractuelles. Toutefois, il faut tenir compte de la spécificité de ce type de contractualisation, à savoir qu'il s'agit d'une contractualisation interne en ce sens qu'il n'y a qu'une seule personnalité juridique. Notamment, ce type de contractualisation dans lequel l'opposabilité, au sens strict du terme, n'est pas possible rend plus difficile le respect des engagements de la part des parties présentes au contrat. Aussi, il s'agira plus particulièrement de développer des formes d'incitation pour garantir l'implication de tous.

Ce type de contractualisation est plus difficile à mettre en œuvre qu'il n'y paraît au premier abord. Le Ministère de la santé devra ainsi travailler en concertation avec les instances chargées de piloter ces réformes particulières de l'Administration. Il est en outre utile que la contractualisation interne soit mise en place progressivement et soit régulièrement évaluée de sorte à retenir les meilleures expériences et à éviter les erreurs.

5.4. Améliorer les relations entre les institutions de financement et les prestataires de services

Les arrangements contractuels spécifiques entre les institutions de financement publiques ou privées, telles que les mutuelles de santé (mutuelle de santé urbaine laafi baoré, mutuelle de santé de Lèna, etc.) ou les assurances maladies privées telles que l'Union des assurances du Burkina, la Société nationale d'assurances et des réassurances, la Générale des assurances et les prestataires de services de santé peuvent être conclus et signés. La contractualisation est un outil adéquat pour formaliser les relations entre les assurances maladie et les mutuelles de santé d'une part et les fournisseurs de soins d'autre part (sous secteur privé et sous secteur public). Il est important que non seulement un climat de confiance soit établi entre les organismes d'assurance maladie et/ou les mutuelles de santé et les prestataires, mais aussi qu'il y ait satisfaction des bénéficiaires sur la qualité des soins faisant l'objet des arrangements contractuels. Il est souhaitable que ces contrats ne se limitent pas aux seuls soins curatifs, mais envisagent également les activités préventives et promotionnelles, en y associant, autant que possible, d'autres acteurs (écoles, action sociale, acteurs de l'hygiène et de l'assainissement).

Au fur et à mesure que le mouvement mutualiste se développera, il faudra veiller à ce que le nombre et la diversité des arrangements contractuels spécifiques ne deviennent pas un handicap. Il sera alors important que ces mutuelles se regroupent dans des entités plus ou moins formelles (réseaux, fédérations, unions telles que le Réseau d'appui aux mutuelles de santé de sorte à pouvoir, avec les prestataires de services de santé, développer des conventions cadres qui s'appliqueront à chacun. Si le Ministère de la santé souhaite le moins possible s'immiscer dans ces relations contractuelles, il entend cependant jouer son rôle d'arbitre et de garant du respect des dispositions des contrats qui lient les différentes parties. De même, il veillera au regroupement des acteurs de sorte à favoriser les conventions cadres qui permettent une approche globale et une harmonisation des pratiques.

Le mouvement mutualiste se développant, des réflexions sont actuellement en cours sous l'égide du Ministère en charge du travail, et en collaboration avec le Ministère de la santé et d'autres acteurs, pour la mise en place d'un cadre général de contractualisation avec les mutuelles de santé.

5.5. *Faciliter la coopération interinstitutionnelle*

Il est fait référence à tous les contrats dont l'objet explicite est la coopération entre des acteurs institutionnels.

5.5.1. *Les contrats de jumelage*

Les jumelages sont surtout l'apanage des hôpitaux. Pour le moment, il s'agit essentiellement des jumelages entre des hôpitaux burkinabè et des hôpitaux de pays développés. Le mouvement sera encouragé par un plaidoyer plus fort de l'État pour un élargissement de ce type de partenariat. Il est nécessaire également de mieux formaliser les jumelages pour en assurer correctement le suivi. Les échanges, qui pour le moment concernent essentiellement les domaines d'assistance technique, des médicaments et d'équipements, peuvent aussi être étendus aux questions liées à la surveillance de la qualité et à la recherche. La coopération décentralisée, c'est-à-dire la coopération directe entre un établissement public de santé et un établissement d'un autre pays, sera favorisée. Les textes devront toutefois préciser le rôle de la tutelle étatique.

L'État encouragera également le jumelage entre les institutions de formation médicale et paramédicale du pays avec les autres institutions similaires aussi bien du Nord que du Sud.

5.5.2. *L'approche en terme de réseau*

La notion de réseau est tout juste naissante au Burkina Faso. Le contrat peut être utilisé à deux niveaux:

- le contrat peut être utilisé pour organiser le réseau; ainsi, l'apport de chaque membre au réseau, mais aussi ses engagements, seront formalisés dans le contrat;
- le contrat peut être utilisé pour organiser la relation entre le réseau et ses interlocuteurs. Ainsi, les réseaux des

associations de lutte contre le SIDA peuvent également contribuer, à travers des relations contractuelles avec le Ministère de la santé, à la lutte contre la pandémie notamment dans l'amélioration de la prise en charge.

A titre illustratif, on notera l'expérience du dispositif mis en place dans le cadre du Programme d'appui au développement sanitaire avec le réseau de lutte contre le SIDA, à travers l'ONG AIDSETI qui coordonne l'action de plusieurs ONG. Ce système fonctionne comme un réseau de franchise. Le Ministère de la santé, mais aussi certaines grandes ONG internationales tenteront, dans les prochaines années, de développer ces approches en termes de franchise et de franchise sociale.

5.5.3. La coopération entre établissements de soins

Les différents textes de référence ne prévoient pas explicitement aujourd'hui la possibilité d'organiser et de formaliser des coopérations entre établissements de soins. Toutefois, l'introduction de l'autonomie des établissements publics hospitaliers permet juridiquement d'organiser de telles relations. La contractualisation permettrait de compléter l'approche systémique de l'organisation du système de santé basé sur les mécanismes de référence et contre référence. Par exemple, la référence entre les structures sanitaires des premier, deuxième et troisième niveaux de la pyramide sanitaire s'effectue dans le cadre conceptuel de la référence évacuation mais sans établissement d'un réel contrat entre les différentes parties concernées. Le Ministère de la santé réfléchira aux modalités d'incitation à ce type de recours. Par ailleurs, ce type de contractualisation devrait permettre la coopération entre établissements publics et établissements privés afin d'organiser les synergies et de tenir compte des avantages de chacun des établissements.

5.5.4. Les contrats avec les institutions de formation

La disponibilité en ressources humaines formées et suffisantes pour la santé, constitue une priorité absolue pour l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement en rapport avec la santé. Afin de pourvoir des formations théoriques et professionnelles adéquates pour satisfaire la demande en personnel, dont la situation est déjà actuellement déficitaire sur le plan quantitatif et qualitatif, l'État doit fournir les efforts pour mettre à contribution l'ensemble des acteurs potentiels qui œuvrent dans le renforcement des compétences en matière de santé, tout en s'assurant de la cohérence du système de formation. La contractualisation est un outil qui permet de concilier ces objectifs. Ainsi, au-delà de leur agrément, les écoles privées de formation professionnelle en santé développeront, avec le Ministère de la santé, la signature de conventions pour la formation de paramédicaux qui préciseront le rôle et les efforts de chacun. Les CHU seront également encouragés à renforcer la formation des spécialistes d'une part et des médecins généralistes à compétences chirurgico-obstétricales d'urgence d'autre part, mais aussi à participer à la supervision sur le terrain.

En ce qui concerne la formation initiale, il existe plusieurs écoles professionnelles privées. Le Ministère de la santé cherchera à développer des arrangements contractuels avec ces institutions de sorte à augmenter le volume de formation ainsi qu'à harmoniser les modalités de ces formations.

S'agissant de la formation continue, le Ministère de la santé cherchera à renforcer les capacités des personnels en poste en s'appuyant sur des institutions de formation. Pour cela, il développera des relations contractuelles avec ces institutions.

De même, le Ministère de la santé développera des conventions cadres avec les prestataires de services de santé et les institutions de formation pour l'accueil des stagiaires. Ces conventions cadres définiront les engagements ainsi que les obligations des différents acteurs. Par ailleurs, elles seront complétées par des arrangements spécifiques entre chaque institution de formation et chaque prestataire de services accueillant des stagiaires.

1.6. Permettre le recours à une haute technicité

1.7.

Pour certaines tâches, le Ministère de la santé a besoin de recourir à une haute technicité.

5.6.1. Maîtrise d'ouvrage déléguée pour les infrastructures

La fonction de maîtrise d'ouvrage pour des opérations d'envergure en matière d'infrastructures n'est pas de la compétence technique du Ministère de la santé. Il est obligé de la confier, par un contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée, à une institution qui jouera ce rôle à sa place; il profite ainsi de la technicité de cette institution. Ce rôle est notamment tenu au Burkina Faso par Faso Baara. Afin d'éviter les situations de position dominante, le Ministère de la santé demeurera vigilant dans l'attribution et le suivi de ces contrats de maîtrise d'ouvrage déléguée.

5.6.2. Médicament

Compte tenu de l'importance et de la spécificité du médicament dans la santé publique, la gestion d'une centrale d'achat des médicaments requiert une forme de délégation de responsabilité. Aussi, l'Etat a-t-il doté la CAMEG d'un statut lui conférant une réelle autonomie. Le Ministère de la santé signera un contrat de performance avec la CAMEG, définissant les résultats qu'il attend de cette institution et déterminera ses engagements. L'aspect de la technicité est ici complété par le souci d'indépendance compte tenu des aspects financiers importants. Le contrat de performance devra prendre en compte les éléments suivants:

- la stabilisation des prix des médicaments et consommables médicaux afin de les rendre financièrement accessibles à la population;
- la traçabilité des médicaments en amont et en aval;
- la disponibilité des médicaments et consommables médicaux aux niveaux intermédiaire et périphérique;
- le système d'assurance qualité des médicaments.

5.7. Mieux définir le rôle des institutions en appui technique ou financier

La relation entre le Ministère de la santé et un partenaire au développement donne toujours lieu à un contrat; mais celui-ci est traditionnellement plutôt une entente entre ces deux acteurs sur l'appui qui est apporté par le partenaire au développement. Cette entente évolue ensuite vers un contrat marquant les engagements des deux acteurs ainsi que les indicateurs de résultats de la relation contractuelle. Par ailleurs, on observe de plus en plus que la mise en œuvre des contrats est la condition de l'entente initiale.

La décentralisation et la déconcentration devraient être renforcées dans le domaine de l'appui technique et financier apporté par des partenaires au développement. Afin de responsabiliser les acteurs locaux, il faudra s'assurer de leur possibilité de contractualiser directement avec un partenaire qui compte apporter un appui financier ou technique. Ce type d'arrangement n'est dévolu jusqu'à présent qu'à l'administration centrale ; ce qui pose souvent des problèmes d'appropriation au niveau opérationnel. Il est pourtant évident que les risques de dérive existent. Les restrictions devront porter sur le type de partenaire, la source de financement, les montants plafonds des accords et les activités susceptibles de faire l'objet d'une assistance technique.

Par ailleurs, la nouvelle stratégie du Burkina Faso dans ses relations avec certains de ces partenaires techniques et financiers recourt à l'appui budgétaire. Dans son essence même, l'appui budgétaire est une forme de contractualisation en ce sens que l'Etat et ses partenaires techniques et financiers s'entendent sur un certain nombre d'indicateurs, liés aux Objectifs du millénaire pour le développement. L'atteinte de ces résultats conditionne les appuis budgétaires accordés par ces partenaires techniques et financiers. Il y a donc une contractualisation entre lesdits partenaires et l'Etat burkinabé. Ainsi, le rôle des partenaires techniques et financiers s'en trouve profondément changé puisqu'ils ne sont plus fournisseurs de moyens ciblés; ils accordent leur appui en fonction des résultats atteints. L'Etat burkinabé, au travers du ministère en charge des Finances doit s'entendre avec les ministères techniques pour l'utilisation de l'appui budgétaire. Cette entente n'est pas toujours aisée d'autant que le Ministère de la santé n'est pas toujours suffisamment préparé à ces nouveaux mécanismes. Là encore, elle s'inscrit dans l'esprit de la contractualisation, marque une évolution sensible du rôle de l'Etat qui se voit davantage responsabilisé dans ses actions.

VI. LES MODALITES D'ETABLISSEMENT DES RELATIONS CONTRACTUELLES

La façon dont s'établissent les relations contractuelles est importante. Les manières d'entrer en relation contractuelle sont très diverses et doivent être appréciées en fonction du contexte. La gamme de possibilités s'étend des contrats classiques, basés sur les notions de compétition et d'opposabilité, en passant par les contrats de gré à gré, basés sur la confiance mutuelle et la négociation, jusqu'aux contrats relationnels qui indiquent plus simplement une volonté de travailler ensemble. Face à cette diversité, il faut prendre en compte les éléments suivants :

- *le degré de compétition*: il faut distinguer selon que la relation contractuelle est basée sur une compétition ouverte ou sur une identification préalable des acteurs. Dans le premier cas, on estime que la concurrence et la compétition sont les garants d'une contractualisation honnête et efficace. Les techniques d'appel d'offres, telles que définies dans la réglementation des achats publics, en sont l'expression pratique. Dans le deuxième cas, les acteurs se connaissent et s'apprécient mutuellement. Cette relation de gré à gré s'établit progressivement par des discussions et des négociations dans lesquelles la confiance mutuelle occupe une place importante;

- *le degré d'opposabilité*: certains contrats sont, par nature, opposables notamment les contrats de sous-traitance et les contrats de gestion déléguée. Le non-respect des engagements entraînera des sanctions de la part du système judiciaire. Mais, il est aussi des contrats où l'opposabilité est, dans les faits, beaucoup plus difficile à mettre en œuvre. Il en est ainsi des contrats de performance ou des contrats de jumelage par exemple. La force de ces contrats n'est pas liée à l'imposition éventuelle de sanctions par un tribunal, mais repose sur d'autres mécanismes tels que la valeur accordée à la parole donnée ou la réputation de l'acteur reposant sur le respect de ses engagements ;

- *le degré de coopération* : pour bon nombre de contrats, notamment ceux qui reposent sur l'achat d'un service, il s'agit d'un échange dans lequel il n'y a aucune coopération entre les acteurs. A l'autre extrémité, les contrats dits de partenariat reposent sur la volonté des acteurs de collaborer à la réalisation d'un objectif partagé. Entre ces deux extrêmes, il existe une multitude de cas de figure dans lesquels le partenariat est plus ou moins explicite.

Le Burkina Faso n'entend pas imposer l'une ou l'autre manière de procéder ; c'est aux acteurs concernés de choisir, dans le respect de la réglementation en vigueur et après examen de la situation, la voie la plus appropriée. Toutefois, la politique de contractualisation donne les orientations suivantes :

- les contrats basés sur un acte d'achat sont des contrats qui se prêtent généralement à la compétition, soit par la procédure de l'appel d'offres, du gré à gré ou par toute autre forme de mise en concurrence des agents ;
- dans les contrats de délégation de responsabilité, les deux logiques de compétition et de négociation peuvent utilement être combinées : la logique de la compétition pendant la phase de sélection du ou des partenaire(s), la logique de la négociation pour la formulation et la mise en œuvre du contrat.
- les contrats basés sur la coopération sont par définition des contrats relationnels.

Tout contrat doit être signé par toutes les parties prenantes au contrat ; les règles et recommandations suivantes sont à retenir :

1) Dans le secteur public, la signature d'un contrat est régie par les règles suivantes :

- pour toutes les entités non pourvues d'une personnalité morale spécifique, le Ministre de la santé a le pouvoir de signer et d'engager le Ministère. Il peut néanmoins déléguer son pouvoir de signature aux responsables à différents niveaux sous réserve d'approbation ;
- pour toutes les entités pourvues d'une personnalité morale spécifique, notamment les hôpitaux à statut d'établissement public de santé, le contrat sera signé par le Directeur général de l'hôpital sur avis favorable du Conseil d'administration.

2) Dans le sous secteur privé à but non lucratif, la signature relève du représentant légal de cette institution. Pour les contrats qui impliquent des formations sanitaires, publiques ou privées, mais non dotées d'une personnalité morale spécifique, il est demandé que le responsable de cet établissement puisse aussi apposer sa signature afin qu'il soit responsabilisé dans la mise en œuvre du contrat. Il en est de même pour le comité de gestion.

La Politique de contractualisation souligne que, quelle que soit la forme contractuelle retenue, les procédures de base ci-après s'imposent aux différents arrangements contractuels :

- **l'accréditation administrative** : elle doit se faire auprès du Ministère chargé de l'Administration du territoire, pour toutes les associations, et du Ministère de l'économie et des finances en ce qui concerne les ONG. A cet effet, la politique de contractualisation encourage les autorités concernées à mettre en place des procédures administratives pouvant faciliter les relations contractuelles. Les associations et acteurs de niveau périphérique pourront se faire accréditer auprès des régions dans lesquelles, ils ont leur siège social et/ou leurs activités ;

- **l'accréditation technique** : elle se fait auprès du Ministère de la santé, en fonction des indications de la politique de contractualisation ;

- **les délégations d'autorité, de compétences et de signature** : elles sont accordées aux directeurs régionaux de la santé par le Ministre de la santé, sur proposition du Directeur des études et de la planification. Ces délégations doivent prendre en compte les compétences disponibles dans les DRS en matière de contractualisation et de gestion des services publics ;

- **l'enregistrement des contrats** : les contrats signés doivent être transmis immédiatement par voie hiérarchique à la Direction des études et de la planification pour archivage et alimentation du système d'information sur le partenariat ;

- **le contrôle de conformité** : le contrôle de conformité à la politique de contractualisation est assuré par la Direction des études et de la planification qui dispose de trois mois pour faire connaître ses amendements avant la signature du contrat ;

- **le contrôle de légalité des contrats** : il doit se faire auprès des services du ministère compétent, préalablement à la transmission du contrat signé par les parties au Ministère de la santé, au Ministère chargé de l'Administration territoriale et à la Direction générale du suivi des ONG ;

- les modalités de suivi et d'évaluation de l'exécution du contrat : les modalités de suivi et d'évaluation doivent figurer dans les contrats. Le suivi est exécuté par les signataires du contrat, qui doivent en informer la Direction des études et de la planification. Des évaluations périodiques des arrangements contractuels se feront sur initiative de cette direction.

VII. LE ROLE DU MINISTERE DE LA SANTE

Pendant longtemps, le Ministère de la santé a joué presque seul les rôles d'administration, de financement et de prestation des services de santé. Mais, avec les réformes administratives et la décentralisation amorcée, le Ministère de la santé ne prétend plus être l'acteur exclusif de la prestation de service de santé; il partage la fonction d'administration avec les collectivités territoriales; les populations, directement ou au travers des organismes d'assurance, sont devenues des acteurs importants. Le Ministère de la santé est donc concerné à double titre par la contractualisation en tant qu'acteur et en tant que régulateur.

7.1. Le Ministère de la santé en tant qu'acteur d'une relation contractuelle

La contractualisation apparaît comme un moyen qui permet au Ministère de la santé de ne plus être le seul acteur dans le système de santé, tout en se dotant des capacités de donner aux actions multiples de tous les acteurs, l'orientation souhaitée. L'Etat en tant qu'acteur sera signataire des contrats qu'il établit avec d'autres acteurs. Cette implication du Ministère de la santé dans le contrat est de plusieurs natures :

- acteur à part entière, le Ministère de la santé est pleinement et directement engagé dans les contrats. Cela concerne tous les contrats dans lesquels l'Administration centrale mais aussi les services déconcentrés du Ministère de la santé est partie prenante au contrat. Le Ministère de la santé agit directement dans les relations contractuelles en ayant en son nom des engagements à respecter vis-à-vis de ses cocontractants. Il intervient comme un partenaire ordinaire dans la relation contractuelle, même si son statut de puissance publique en fait un acteur spécifique;
- le Ministère de la santé, sans être directement partie prenante au contrat, devrait être informé en tant qu'autorité garante de l'intérêt général. Aussi, pour certains contrats, le Ministère de la santé devrait-il être en mesure d'apposer sa signature sur des contrats dans lesquels sa responsabilité n'est pas directement engagée; cette signature "de visa" atteste du bien-fondé de la relation contractuelle, notamment aux yeux des populations; cela permet également à l'administration d'être informée et par conséquent de pouvoir jouer son rôle. Des textes réglementaires viendront préciser ces différents aspects, notamment en précisant le niveau d'administration sanitaire auquel ces signatures de visa doivent être établies et en s'assurant que cette signature de visa ne soit pas un frein à l'action et aux initiatives.

Pour le Ministère de la santé, la contractualisation est un outil stratégique. En signant des contrats, le Ministère de la santé indique qu'il ne souhaite pas la privatisation, ni son désengagement du système de santé. Mais, prenant conscience qu'il ne peut pas tout faire seul, la contractualisation lui permet de s'associer à d'autres acteurs pour améliorer la santé des populations. En choisissant stratégiquement les domaines dans lesquels, il va signer des contrats, il indique ses priorités. En choisissant stratégiquement ses partenaires, il indique ceux avec lesquels, il souhaite plus activement collaborer. En choisissant les modalités par lesquels, il établira ses relations contractuelles, il indique ses préférences sur la manière de conduire un processus contractuel. Ainsi, par ses choix, le Ministère de la santé imprimera sa vision de la contractualisation et contribuera à la mise en œuvre de cette vision.

7.2. Le Ministère de la santé comme régulateur des relations contractuelles

La décision de recourir ou non à la contractualisation appartient à chacun des acteurs, y compris à l'État lui-même en tant que partie prenante au contrat. Mais, l'État a un rôle supplémentaire. Il doit s'assurer que le recours à la contractualisation s'effectue dans les meilleures conditions, que l'on n'observe pas de dérives majeures et que l'on a une connaissance suffisante de l'usage de la contractualisation dans le pays. Le Ministère de la santé doit favoriser une offre de soins efficace, équitable et respectant les attentes des populations. Ainsi, le Ministère de la santé doit accompagner le mouvement de contractualisation dans le système de santé. Pour cela, les actions suivantes sont de son ressort:

- **faire un plaidoyer pour la contractualisation** : en faisant le plaidoyer auprès des acteurs et des autres ministères concernés, et en poursuivant les discussions avec les partenaires extérieurs. L'organisation et la réalisation de ce plaidoyer sont sous la responsabilité des hautes instances du Ministère de la santé ;

- **assurer un cadre légal** : le Ministère de la santé s'assurera que les textes juridiques du pays permettent la contractualisation. Mais, au-delà, il prendra aussi toutes les mesures qui faciliteront ces relations contractuelles. Ce cadre légal définira "l'espace de décision" qui est accordé à chacun des acteurs ;

- **définir les modalités de choix des partenaires** : il est retenu comme principe la procédure d'appel d'offres pour le choix des partenaires par les représentants du Ministère de la santé impliqués dans la future relation de partenariat. Cependant, le "gré à gré" pourra être adopté en cas de nécessité avérée ;

- **mettre en place un système d'information**: les expériences actuelles ne sont pas suffisamment documentées. Il est important que tout recours à la contractualisation soit porté à la connaissance des acteurs du secteur socio sanitaire. Pour cela, le Ministère de la santé prendra les mesures suivantes :

- établir des règles en matière d'enregistrement, de conservation et d'accès aux documents de contrat. Cette fonction n'est actuellement aucunement présente; il est important que le Ministère de la santé mette en place rapidement un dispositif cohérent lui permettant un contrôle de la situation;
- inclure dans le système d'information sanitaire un repérage du recours à la contractualisation. A cet effet, le Ministère de la santé insérera dans le Système national d'information sanitaire des questions qui permettront le recueil d'une information de base: nombre de contrats passés dans le pays, acteurs impliqués, volume financier concerné, type de contrat, etc. dont les résultats pourraient être dans l'annuaire statistique ou faire l'objet d'un annuaire périodique;
- procéder, avec l'appui et la participation de tous les acteurs, à l'évaluation des pratiques contractuelles afin de tirer les leçons et de promouvoir les bonnes pratiques;

- **assurer le contrôle** : l'Etat exerce un contrôle des relations contractuelles : un contrôle de conformité des arrangements contractuels avec la politique de contractualisation d'une part, une surveillance de la mise en œuvre de la relation contractuelle, sans s'y immiscer, d'autre part, afin que celle-ci se déroule comme prévu et au bénéfice de l'ensemble des parties, y compris les populations concernées. Cette surveillance peut s'exercer à la demande d'une des parties concernées ou sur initiative directe de l'Etat, à travers le Ministère de la santé ;

- **assurer l'évaluation de la politique de contractualisation**: 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. Ce type d'évaluation peut permettre de dégager des bases solides sur lesquelles fonder les actions futures et amener les nouveaux acteurs à s'engager sur des bases saines. Le Ministère de la santé s'assurera de cette évaluation externe et neutre ;

- **assurer la formation** : comme pour tout nouvel outil, les utilisateurs ont besoin d'acquérir des compétences. La contractualisation, pour sa réussite, nécessite une bonne maîtrise des outils. A cet effet, le Ministère de la santé élaborera un plan de formation dont il supervisera l'exécution ;

- **assurer 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 par la médiation. Dans ce cas, le Ministère de la santé doit être en mesure de jouer le rôle de médiateur entre les parties aux contrats.

Afin d'assurer ces tâches, le Ministère de la santé a retenu de responsabiliser une entité d'appui technique à la contractualisation, relevant de la Direction des études et de la planification. Cette entité aura pour missions de :

- s'assurer de la préparation des textes réglementaires nécessaires à l'utilisation de la contractualisation dans tous les domaines retenus dans la politique nationale de contractualisation;
- coordonner l'élaboration de guides sur le recours à la contractualisation dans les principaux domaines définis dans cette politique nationale de contractualisation;
- préparer, si besoin est, et dans des domaines spécifiques, des contrats-types qui devront ensuite être utilisés par les acteurs concernés;
- coordonner la formation à la contractualisation de tous les acteurs, et, notamment, au niveau périphérique;
- fournir un appui-conseil à toutes les étapes du processus contractuel à tous les acteurs, publics et privés, qui en expriment le besoin;
- donner un avis préalable aux instances signataires d'un contrat;
- donner un avis, à leur demande, aux autorités décisionnelles du Ministère de la santé ;
- procéder à l'évaluation des différentes relations contractuelles et de leurs impacts et disséminer les résultats de ces évaluations.

Cette structure ne prend pas la place des acteurs responsables de leur contrat; elle est plutôt à leur service. Structure permanente, elle devra être dotée des moyens en personnels disposant des capacités techniques pour jouer pleinement ce rôle et des moyens en fonctionnement lui permettant de réaliser ses missions. Il serait utile que cette entité puisse disposer d'un appui technique et financier de la part des partenaires au développement, notamment pour renforcer les capacités techniques des cadres de cette entité.

VIII. L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE DE LA CONTRACTUALISATION

L'environnement juridique au Burkina Faso est globalement favorable à la contractualisation. En effet, l'exercice de la contractualisation est un acte légal, voire un droit, reconnu par la loi et les règlements à toute personne physique ou morale jouissant de la capacité juridique.

En effet, la liberté d'association est garantie par la Constitution du Burkina Faso : toute personne a le droit de constituer des associations et de participer librement aux activités des associations créées.

Le Burkina Faso a tenu à adopter officiellement, par décrets, la Politique sanitaire nationale et le Plan national de développement sanitaire, textes qui comportent explicitement le recours à la contractualisation.

La loi N°055-2004/AN du 21 décembre 2004 portant Code général des collectivités territoriales au Burkina Faso, affirme que l'Etat et les collectivités territoriales peuvent déterminer par contrats leurs interventions communes dans tous les domaines d'intérêt public national ou local. De même, les collectivités territoriales peuvent passer des contrats entre elles ou avec des personnes physiques ou morales, qu'elles soient privées ou publiques, pour l'exécution de tâches relevant de leurs compétences.

En plus, qu'il s'agisse des établissements publics autonomes, des collectivités territoriales, des associations ou des ONG, les textes dotent ces acteurs d'une personnalité juridique qui leur confère d'office la capacité à contracter:

- la loi hospitalière fait des établissements hospitaliers des structures autonomes capables d'entreprendre librement certaines actions, notamment des relations formelles avec d'autres entités. Elle favorise de fait le recours à la contractualisation dans le système de santé. Ainsi donc, les hôpitaux ont la pleine capacité pour entrer en relation contractuelle avec des partenaires de leur choix, la loi n'imposant aucune restriction dans ce domaine;
- il en est de même pour les structures associatives (mutuelles, sociétés coopératives, associations et ONG...) qui sont toutes dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Les textes qui régissent le fonctionnement de ces différentes structures leur confèrent de ce fait une capacité juridique, leur accordant ainsi une possibilité d'établir des relations contractuelles avec des acteurs de leur choix.

Au plan opérationnel, des dispositions existent également pour organiser et réglementer de façon pratique la contractualisation en tant qu'outil au service du développement : c'est le cas des principes généraux régissant les modes de gestion des services publics, qui donnent la typologie des contrats et déterminent leurs modalités d'établissement et leurs effets.

Toutefois, s'agissant du domaine particulier de la santé, l'environnement juridique en matière de contractualisation comporte quelques limites, qui ne peuvent être énumérées de façon exhaustive. Ainsi, si la politique de contractualisation met certes l'accent sur le système sanitaire déconcentré, il est à craindre que sa mise en œuvre ne se heurte au fait que la région et le district sanitaire sont dépourvus de personnalité juridique et donc de capacité à contracter.

Par ailleurs, certains types de contrats envisagés dans le document de politique de contractualisation ne sont pas réalisables dans l'état actuel des choses, soit parce que les textes ne les prévoient pas, soit parce que les principes qui les sous-tendent ne sont pas en adéquation avec les textes en vigueur. Les principes généraux régissant les modes de gestion des services publics tels que la concession de service public, la gestion déléguée, l'affermage sont actuellement existants. Cependant, le recours à ces formes dans le système de santé demanderait une analyse de la faisabilité technique c'est-à-dire l'adaptation à la spécificité du milieu ainsi qu'une analyse politique.

Quoi qu'il en soit, la complexification, la diversité et la particularité des questions de santé requièrent des aménagements juridiques et l'adoption d'une réglementation spécifique pour régir l'approche contractuelle dans le système de santé. Les modalités de cette revue de l'environnement juridique de la contractualisation ainsi que son délai de réalisation, seront précisés dans le plan de mise en œuvre de la Politique nationale de contractualisation.

IX. LESUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION

Le Ministère de la santé a conscience qu'un développement rapide et incontrôlé d'arrangements contractuels ad hoc et spécifiques qui ne visent pas explicitement à améliorer la performance du système de santé peut entraîner des conséquences négatives. Il est ainsi indispensable d'articuler chacun des arrangements contractuels avec la politique sanitaire nationale, afin de leur permettre d'améliorer la qualité des soins en préservant les principes d'équité et d'éthique de l'offre de soins. L'utilisation de ces arrangements contractuels nécessite la définition d'un cadre opérationnel, sachant que la mise en œuvre de la contractualisation est d'abord l'affaire des parties prenantes qui sont ainsi responsables de l'établissement du suivi de leurs relations contractuelles.

Ce cadre propose des objectifs de coordination et d'harmonisation du développement des pratiques contractuelles, mais aussi, il définit le cadre technique que doivent respecter les arrangements contractuels, ainsi que le rôle des différents acteurs de la santé qui souhaitent s'impliquer dans des relations contractuelles.

De ce fait, il lui revient de s'assurer que cette politique est mise en œuvre et est respectée par tous les acteurs du système de santé. Pour cela, le Ministère de la santé doit mettre en place une instance de suivi de la mise en œuvre de la Politique nationale de contractualisation.

Cette instance aura pour principales attributions de :

- développer un plaidoyer à l'intention des autorités politiques, administratives ainsi qu'auprès des instances de la société civile sur le document de politique nationale de contractualisation;
- informer et sensibiliser, de façon continue, les différents acteurs intervenant dans le système de santé sur les orientations et principes de la politique nationale de contractualisation ainsi que sur les domaines y relatifs au Burkina Faso;
- s'assurer que le Ministère de la santé met en place toutes les dispositions qui lui permettent de jouer son rôle de régulateur ;
- émettre des avis sur les orientations et priorités en matière de contractualisation. Les avis peuvent concerner les nouveaux champs d'application de la contractualisation, l'implication spécifique des partenaires, la stratégie de mise en œuvre dans un domaine donné ;
- organiser des échanges avec des pays qui possèdent des expériences en matière de politique de contractualisation ;
- initier et appuyer la tenue d'évaluations périodiques de la politique de contractualisation et proposer les révisions du document de politique au besoin.

Cette instance sera placée dans le cadre du Comité de suivi de la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire. En raison du caractère transversal de la politique nationale de contractualisation ne s'accommodant avec l'approche adoptée pour le choix des différentes commissions, sera créée une nouvelle commission chargée du suivi de la mise en œuvre de la Politique nationale de contractualisation. Cette commission sera constituée selon les mêmes modalités que les autres commissions: elle sera ainsi composée de responsables du Ministère de la santé ainsi que de représentants des différents acteurs intervenant dans le système de santé : autres ministères impliqués, collectivités territoriales, ONG et associations, confessions religieuses, comités de gestion, représentants des syndicats, de sorte à recueillir les avis les plus larges possibles sur la mise en œuvre de la politique nationale de contractualisation.

La coordination avec l'entité d'appui technique à la contractualisation devra être envisagée avec attention de sorte à éviter les possibles doubles emplois et chevauchements de compétences. Ces deux entités - "*Entité d'appui technique à la contractualisation*" et "*Commission de suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de contractualisation*" - sont de nature différente et leurs mandats ne sauraient être confondus; en conséquence, elles ne doivent avoir aucun lien organique.

CONCLUSION

Au Burkina Faso, la contractualisation est une réalité dans le système de santé depuis plusieurs années. Son recours s'est développé progressivement au point, aujourd'hui, de toucher des domaines très variés. Les autorités du Ministère de la santé l'ont incluse dans tous les documents officiels comme une des stratégies capables de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé et plus généralement pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement.

Pour autant, un usage inapproprié de la contractualisation peut conduire à des effets négatifs sur la performance du système de santé et, par conséquent, sur la santé des populations. Aussi, la présente politique de contractualisation vise-t-elle à harmoniser les pratiques contractuelles dans le système de santé en proposant un cadre approprié et qui convienne à tous les acteurs. En posant ce cadre qui s'appuie largement sur le respect de la mission de service public et sur l'approche systémique, la contractualisation ne doit pas être vue comme une forme de privatisation ou de désengagement de l'État. Au contraire, la politique de contractualisation donne à l'État les moyens de jouer son rôle de régulateur qui constitue une de ses missions essentielles.

Comme l'a montré l'analyse de la situation et malgré les efforts de ces dernières années, le recours à la contractualisation souffre encore trop souvent d'une insuffisante maîtrise de l'outil et du processus contractuels par l'ensemble des acteurs œuvrant dans le système de santé. Le Burkina Faso fait sienne la résolution de l'OMS sur la contractualisation qui souligne le besoin impérieux de développer le professionnalisme de tous les acteurs qui en sont concernés. Le Ministère de la santé mettra en place les moyens qui sont à son niveau pour contribuer à améliorer les capacités de ces acteurs, y compris les siennes.

Il a été souligné que les textes juridiques étaient assez largement suffisants pour permettre le développement de la contractualisation. Néanmoins, le dispositif réglementaire a besoin d'être adapté sur certains points spécifiques pour en faciliter le recours et le développement. Le présent document de politique de contractualisation a identifié certains éléments. Aussi sera-t-il important que le Ministère de la santé complète les dispositifs réglementaires au fur et à mesure de sa mise en œuvre.

Par ailleurs, le Ministère de la santé mettra en place les différentes instances d'appui technique et de suivi prévues dans ce document, de sorte à faciliter le recours à la contractualisation par tous les acteurs du système de santé qui le souhaitent. Ces instances ne sauraient remplacer la responsabilité des acteurs dans l'établissement des relations contractuelles.

La présente politique nationale de contractualisation met l'accent sur l'évaluation des expériences de contractualisation de sorte à en tirer les leçons. Le Burkina Faso ne manquera pas également d'observer les expériences déjà capitalisées dans les autres pays de la région. Fort de ces éléments, il procèdera si nécessaire à des révisions périodiques de la présente politique nationale de contractualisation.

ANNEXES

ANNEXE 1 : DOCUMENTS DE REFERENCE

- Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), Ministère de l'économie et du développement, septembre 2002 ;
- Document de politique sanitaire nationale (PSN), Ministère de la santé, septembre 2000 ;
- Plan national de développement sanitaire (PNDS), Ministère de la santé, 2001 ;
- Loi n°10/92/ADP du 15 décembre 1992 portant liberté d'association au Burkina Faso ;

- Loi n° 15/94/ADP du 15 mai 1994 portant organisation de la concurrence au Burkina Faso ;
- Loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de la santé publique ;
- Loi n° 010/98/AN, du 21 avril 1998 portant modalités d'intervention de l'Etat et répartition de compétences entre l'Etat et les autres acteurs du développement ;
- Loi n°013/98/AN, du 28 avril 1998 portant régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la fonction publique ;
- Loi n°034/98/AN du 18 mai 1998 portant loi hospitalière ;
- Loi n°035/2002/AN du 26 novembre 2002 portant création de la catégorie d'Établissement Public de Santé ;
- Loi n°055-2004/AN du 21 décembre 2004 portant code général des collectivités territoriales au Burkina Faso
- Décret n°2004-191/PRES/PM/MFB du portant statut général des Établissements publics de santé ;
- Décret n°2003-269/PRES/PM/MFB du 27 mai 2003 portant réglementation générale des achats publics ;
- Décret N°2006-209/PRES/PM/MATD/MFB/MEBA/MS/MASSN/MJE/MCAT/MSL du 15 mai 2006 portant transfert de compétences et des ressources aux communes urbaines.

ANNEXE II : GLOSSAIRE

Agrément : En droit administratif, l'agrément est un acte unilatéral et correspond à deux cas de figure. Soit, il s'agit d'une autorisation donnée par les pouvoirs publics pour exister ou pour exercer. Par exemple, pour ouvrir une pharmacie privée, il faut un agrément. Soit, il s'agit d'une reconnaissance par les pouvoirs publics de quelque chose qui existe déjà mais qui, par l'agrément, jouira d'une reconnaissance spéciale. Par exemple, un Centre de santé agréé est un centre de santé privé que les pouvoirs publics reconnaissent comme valable.

En droit privé, il s'agira, par exemple, d'un fabricant qui reconnaît un distributeur de ses produits. Le distributeur agréé par le fabricant a reçu la possibilité de distribuer ses produits.

Accord : Selon l'Encyclopédie Bordas, *"terme générique désignant la rencontre de deux volontés. L'accord permet d'atteindre un arrangement, de conclure une convention, un traité ou tout autre contrat et, plus généralement, de nouer une relation juridique nouvelle à deux ou plusieurs partenaires"*.

Protocole d'accord : procès verbal relatant les résolutions d'une assemblée, d'une conférence et faisant état de consentement des parties contractantes.

Convention : « accord passé entre les personnes, les groupes des sujets de droit international, destiné à produire des effets juridiques et qui revêt en principe un caractère obligatoire pour ceux qui y adhèrent. Trois éléments peuvent le différencier du contrat: 1) le terme "contrat" est moins utilisé que convention dans les accords internationaux, 2) la convention peut être vue comme éventuellement moins contraignante que le contrat, 3) la convention met en jeu souvent beaucoup plus de parties prenantes que le contrat.

Accord-cadre : accord dont les termes sont assez généraux pour servir de cadre ou de modèle à des accords ultérieurs plus détaillés.

Charte : écrit solennel, destiné à consigner des droits ou à régler des intérêts.

Contrat type : est un contrat pré-rédigé qui sert de modèle à l'établissement du contrat. Il se différencie clairement **d'une structure type de contrat** qui consiste à définir une liste de différents éléments qui doivent être présents dans un contrat sans évoquer le contenu de ces éléments.

Arbitrage: procédure facultative de règlement des conflits qui consiste à confier à un tiers choisi par les parties, la solution du conflit.

Cahier des charges: le cahier des charges est le document qui fait partie intégrante du contrat et qui définit avec précision les activités qui devront être réalisées dans le cadre du contrat par les parties prenantes au contrat.

Selon la nature du contrat, mais aussi selon les modalités d'établissement de la relation contractuelle, contrat opposable ou contrat relationnel, le cahier des charges sera défini avec plus ou moins de précision. Aux deux extrêmes, on trouve:

- soit un cahier des charges succinct, laissant aux acteurs une assez large possibilité d'adaptation par rapport à la réalité;
- soit un cahier des charges essayant de prévoir tous les cas de figure, c'est-à-dire en laissant le moins possible de liberté d'adaptation. Il y a alors un risque que le cahier des charges soit très difficile à établir et devienne extrêmement lourd.

Le cahier des charges devra cependant aborder les points suivants:

- nature des activités à mener dans le cadre du contrat: il s'agit d'identifier avec précision les activités qui seront réalisées;
- modalités de leur mise en œuvre: par exemple, il ne s'agit pas uniquement d'indiquer qu'une des activités est la vaccination des enfants de moins de 5 ans, mais d'indiquer la stratégie: stratégie avancée, campagne de vaccination, etc.
- objectifs à atteindre;
- échéancier des réalisations pour chacune des activités;
- rôle de chacune des parties prenantes;
- collaboration avec d'autres acteurs.

Il s'agit toutefois de prendre conscience qu'un cahier des charges n'est jamais parfaitement complet. Cette incomplétude peut être plus ou moins grande mais elle existe toujours. Il est alors recommandé d'indiquer dans le cahier des charges les responsables qui auront, le cas échéant, pouvoir d'interpréter cette incomplétude et selon quelle procédure.

Collectivités territoriales : ensemble des collectivités territoriales (communes et régions).

Contrat de coopération: relation contractuelle basée sur la confiance mutuelle entre les acteurs qui collaborent et négocient. Accord établi dans une perspective de long terme impliquant une interaction entre membres d'organisations indépendantes qui combinent leurs moyens en vue d'atteindre des résultats.

Contrat de performance: contrat basé sur la fourniture de moyens et l'atteinte de résultats précis.

Contrôle: vérification, inspection attentive de la régularité d'un acte ou de la validité d'une pièce. Vérification de l'exécution des décisions, des tâches et du suivi correct et conforme des procédures de gestion.

Convention cadre ou Accord cadre: accord qui concerne plusieurs acteurs ou entités partageant une problématique commune. La Convention cadre ou l'Accord cadre est un instrument de cadrage des arrangements contractuels spécifiques. Il peut être assimilé à un contrat d'adhésion dans la mesure où les signataires ne peuvent pas modifier les clauses. Par exemple l'Accord cadre conclu entre le ministère chargé de l'Administration territoriale et une ONG pour l'autoriser à exercer ses activités.

Décentralisation: responsabilisation des populations à la prise en charge de leurs problèmes de développement socio économique et culturel par le transfert de compétences et de moyens de l'Etat. Processus de transfert de compétences et de moyens de l'Etat aux collectivités territoriales pour la prise en charge des missions d'intérêt local ou régional. Système d'organisation des structures administratives de l'Etat qui accorde des pouvoirs de gestion et de décision à des organes autonomes régionaux et locaux (collectivités territoriale, établissements publics).

Déconcentration: processus de transfert d'une partie du pouvoir de décision et des moyens du niveau central vers les niveaux régional et local de l'Administration avec une précision des rôles aux différents niveaux. Systèmes d'organisation des structures de l'Etat dans lequel certains pouvoirs de décision sont donnés aux agents du pouvoir central reparti sur le territoire.

Délégation de service public: action par laquelle une personne morale de droit public confie la gestion d'un service dont elle a la responsabilité à un délégataire public ou privé. Par principe, la rémunération du délégataire est substantiellement liée au résultat de l'exploitation du service.

Concession de service public: la concession est le fait qu'un acteur public confie à un opérateur privé, outre la gestion du service, la charge de construire et de financer les infrastructures qui en seront le support. Le concessionnaire assure les prestations "à ses risques et périls" et se rémunère, en principe, par voie de redevance sur les usagers du service.

Évaluation: appréciation des objectifs, des moyens et des résultats. Elle consiste entre autres à apprécier si les objectifs sont totalement, partiellement ou non atteints. Elle s'attache à identifier les raisons de l'écart entre les résultats atteints et les prévisions.

Enregistrement: acte par lequel le contrat est inscrit dans un registre au niveau du ministère de tutelle et conservé et archivé pendant un certain nombre d'années au delà de sa fin. Il ne faut pas confondre cet enregistrement avec celui qui consiste à inscrire le contrat dans un registre officiel moyennant le paiement de droits correspondants.

Maître d'œuvre: celui qui réalise les travaux.

Maître d'ouvrage: celui qui commande les travaux.

Maître d'ouvrage délégué: celui qui commande les travaux à la place du maître d'ouvrage principal. Ce cas arrive lorsque le maître d'ouvrage n'a pas les compétences pour négocier avec le maître d'œuvre, ou qu'il ne veut pas assurer lui-même la maîtrise d'ouvrage. Dans ce cas, il délègue la maîtrise d'ouvrage.

Négociation: ensemble de techniques et de moyens devant aboutir à l'entente en vue de la signature du contrat.

Opposabilité: qualité d'un contrat dont on peut se prévaloir vis-à-vis d'un tiers. Cela donne la possibilité pour l'une ou l'autre partie de s'adresser à la juridiction compétente en cas de violation des termes du contrat.

Principes fondamentaux: ensemble de valeurs et normes que les parties s'engagent à respecter.

Privé à but lucratif: secteur privé dont les activités visent la recherche de profits.

Privé à but non lucratif: secteur privé pour lequel la recherche de profit n'est pas le but visé.

Projet d'établissement: plan de développement d'un établissement hospitalier (infrastructures, équipements, activités, budget) avec une vision stratégique de moyen terme.

Publication: action de rendre public le contrat en le diffusant à travers les médias.

Secteur public: Etat et collectivités territoriales.

Sous-traitance: contrat de service de courte durée par lequel le donneur d'ordre confie à un contracteur certaines tâches. L'implication du sous-traitant dans l'activité du donneur d'ordre est très faible: le sous-traitant a pour tâche de livrer le produit ou le service qu'on lui demande;

Externalisation: transfert stable et durable, décidé dans un cadre stratégique, de processus interne à un prestataire externe. Contrairement à la sous-traitance, elle se donne des obligations de résultats, recherche la responsabilisation du contracteur et le partage de la valeur. Elle concerne des activités qui contribuent substantiellement à la création d'une partie de la valeur ajoutée par l'organisation. Cependant, les activités ne doivent pas tout à fait appartenir au cœur du métier de l'organisation. On peut distinguer deux catégories d'activités externalisées: i) l'externalisation de sous-ensembles du produit final, et, ii) l'externalisation de services généraux.

Dans le langage courant, les deux termes ci-dessus sont pris comme des synonymes.

Service public: toute activité destinée à satisfaire un besoin d'intérêt général et qui doit être assurée ou contrôlée par l'Administration parce que la satisfaction continue de ce besoin ne peut être garantie que par elle.

ANNEXE III: LA STRUCTURE TYPE D'UN CONTRAT

Une structure-type de contrat consiste à définir une liste des différents éléments qui doivent être présents dans un contrat. Elle se différencie clairement d'un contrat-type qui est un contrat pré-rédigé qui sert de modèle à l'établissement du contrat: dans certains cas, le modèle correspond à un contrat d'adhésion pour lequel il n'y plus qu'à compléter les informations manquantes. La structure-type d'un contrat au contraire laisse une grande liberté aux parties prenantes dans l'établissement de leur contrat : elle rappelle les éléments indispensables qui doivent figurer au contrat mais n'a aucune définition du contenu de ces éléments. La politique de contractualisation dans le système de santé au Burkina Faso a retenu comme principe que toutes les parties prenantes à un contrat, qu'il s'agisse de partenaires publics ou privés, doivent se conformer à la structure-type dont les éléments sont ci-après développés.

1. Une référence claire à la Politique sanitaire nationale et au PNDS. De même, seront indiqués les lois, les décrets et les règlements qui favorisent la contractualisation dont il est fait mention ci-après, ainsi que des informations concernant les acteurs au contrat: historique des institutions en présence.

Ces différents points sont généralement rappelés dans un "**préambule**" au contrat : il s'agit donc d'éléments concernant l'environnement et le contexte dans lequel se situe le contrat.

2. Un contrat est établi entre des **parties prenantes au contrat** : il s'agit des institutions qui devront mettre en œuvre le contrat et en respecter les termes. Ces parties prenantes sont au nombre minimal de deux, mais peuvent être plus nombreuses. Il s'agit des institutions impliquées et non pas du nom de la personne qui signera le contrat au nom de chaque institution. Le statut juridique de ces parties prenantes au contrat doit être indiqué.

En outre, il peut être utile d'indiquer les institutions qui se portent garantes du contrat. Il ne s'agit pas d'acteurs directement impliqués dans le contrat, mais d'institutions qui attestent de la validité et du bien-fondé du contrat.

3. **L'objet du contrat** doit être défini avec précision. On se référera au chapitre consacré aux axes stratégiques du présent document de politique de contractualisation dans le secteur de la santé au Burkina Faso.

4. Notamment lorsque le contrat porte sur des missions de service public, il doit rappeler certains **principes fondamentaux** et/ou qui ne sont pas négociables, tels que :

- l'obligation de satisfaire la demande des usagers de façon non discriminatoire ;
- l'obligation de ne pas se rendre coupable de pratiques anticoncurrentielles : obligation d'un appel d'offres public pour sélectionner un sous-traitant par exemple;
- l'obligation de fournir des informations suffisantes à l'administration sanitaire ;
- l'obligation de respecter certains codes de bonne conduite: par exemple le respect de la confidentialité pour les patients.

5. Les **objectifs à atteindre** devront être définis avec précision et liés au type d'objet. Ces objectifs sont généralement définis dans un cahier des charges (voir annexe II) qui est annexé au contrat et de ce fait en est partie intégrante. Les objectifs doivent être définis avec le maximum de clarté et de précision. Ils doivent également être réalistes: rien ne sert de définir des objectifs dont on sait qu'ils ne pourront pas être atteints.

6. **La durée du contrat** : La durée du contrat est un élément très important qui détermine le comportement des partenaires. S'il n'y a pas de règle précise dans ce domaine, on peut néanmoins retenir que les contrats classiques sont en général de courte durée alors que les contrats relationnels s'inscrivent dans le long terme puisqu'il s'agit de s'entendre sur une perspective d'évolution et non sur une transaction précise. Il faut donc analyser avec attention les avantages et inconvénients de différentes durées et ce, pour chacune des parties au contrat. Par ailleurs, il convient de fixer la date de mise en vigueur du contrat, laquelle peut être différente de la date de signature : cette technique est utile lorsque des conditions doivent être remplies entre la date de signature et la mise en vigueur d'un projet. Le contrat doit alors définir avec précision les conditionnalités qui doivent être remplies entre ces deux dates.

7. **Les moyens** qui seront mobilisés du fait du contrat doivent être définis tant en termes de montant pour tous les intrants (ressources humaines, ressources matérielles), et d'en identifier les sources de financement, qu'en termes de temps (en lien avec la durée du contrat).

8. **Le rôle** de chacun des acteurs doit être défini. Il conviendra de bien distinguer les rôles spécifiques de chaque partie dans le contrat et pour chaque élément du contrat (signature, exécution, suivi, évaluation, résolution de problèmes et de conflits) et de baser le choix sur des critères valables, comme les avantages comparatifs de chacun.

9. **L'inventaire** des biens meubles et immeubles, ainsi que des autres apports. Cet élément peut figurer en annexe du contrat, mais, il fait partie intégrante du contrat. Il est conseillé de préciser, éventuellement sous forme de tableau, l'ancienneté des biens, leur état et leur valeur résiduelle au moment de l'entrée en vigueur du contrat, et surtout qui en est le propriétaire et qui doit en assurer la maintenance ou le remplacement en cas de vétusté ou d'usure.

10. Le contrat devra comporter des **indicateurs de performance** ; ces indicateurs devront porter tant sur les obligations de moyens que sur les résultats à atteindre. Ils doivent être réalistes et évaluables. Leur évaluation devrait permettre de juger le niveau de réalisation des activités et de dégager les difficultés rencontrées.

Il faut poser la question de savoir quels sont les éléments qui vont inciter à les mettre en œuvre ou à les respecter. On entre dans le champ des incitations. Celles-ci peuvent être de nature différente. Il y a d'abord la distinction entre incitations positives (récompenses) et incitations négatives (sanctions). Il y a ensuite la distinction entre incitations collectives (l'incitation s'adresse à une institution) et incitations individuelles (la récompense va à l'individu).

11. Les **mécanismes de suivi** du contrat doivent être explicités dans le contrat. Il est recommandé d'établir un *"comité de suivi"*, composé de représentants de toutes les parties prenantes au contrat. Ce comité aura pour tâches d'apprécier la mise en œuvre du contrat à partir des informations qui lui auront été transmises par les différentes parties au contrat mais également de procéder aux investigations nécessaires de sorte à pouvoir rendre compte aux signataires du contrat. Il aura également pour tâche de proposer des recommandations pour résoudre tout problème survenant dans la mise en œuvre du contrat. Par ailleurs, ce comité de suivi peut également permettre d'explicitier, lors de la mise en œuvre du contrat, certains aspects qui n'auraient pas été prévus lors de sa signature ; toutefois, là encore, le comité de suivi n'aura pas pouvoir de décision mais devoir de proposition, la décision restant la prérogative des seuls signataires. Le contrat doit prévoir les moyens de fonctionnement qui seront mis à la disposition de ce comité afin d'assurer sa viabilité. Ce comité de suivi doit se

poser la question de la place de la population: doit-on intégrer des représentants de la population dans le comité de suivi (avec quels rôles et pouvoirs?), ou doit-on mettre en place des mécanismes permettant de prendre leur avis ?

Par ailleurs, il peut être opportun de faire appel à une agence extérieure pour évaluer la mise en œuvre du contrat et le respect de ses critères de performance: par exemple, une institution d'audit peut être commanditée pour mener une enquête de satisfaction auprès de la population.

12. Les **mécanismes d'évaluation** devront être définis. Il conviendra d'indiquer les étapes de cette évaluation (évaluations en cours de contrat, évaluation finale), ainsi que les acteurs de ces évaluations. Il y a lieu de bien distinguer l'évaluation *interne* conduite par les acteurs de la relation contractuelle, qui s'intègre dans le système de suivi-évaluation de routine du système de santé, et l'évaluation *externe* conduite par des instances extérieures qui devront être désignées dans le contrat. Pour les évaluations externes, il faut souligner que leur financement doit être prévu dans les clauses du contrat/projet.

13. Le contrat devra indiquer les mécanismes de prévention et de **résolution des problèmes et des conflits**. Il est suggéré de recourir à des modalités progressives en fonction de la gravité du conflit (conciliation à l'amiable, arbitrage, tribunaux, etc.)

- les problèmes inter relationnels ou de collaboration et les problèmes mineurs de gestion doivent trouver leur solution à l'amiable au niveau local ou, à défaut, au niveau intermédiaire ou central. Dans la mesure où un comité de suivi du contrat aura été mis en place, il veillera à éviter l'apparition des tensions et conflits mais également à proposer des solutions pour les résoudre ;

- pour les problèmes de mauvaise gestion ou de détournement de biens ou de fonds, la première étape doit faire appel à des médiateurs externes: il est conseillé de désigner, dès le départ, des tiers qui ne sont pas directement concernés dans la mise en œuvre du contrat. Ce n'est que dans la mesure où ces médiateurs n'ont pas pu obtenir un résultat, qu'il convient de référer aux tribunaux compétents.

Il est toutefois conseillé que les problèmes soient réglés le plus en amont possible ; les tribunaux devraient réellement servir de dernier recours.

14. Par ailleurs, il convient de rappeler que le contrat signé doit être connu par tous les acteurs et personnels qui sur le terrain seront chargés de sa mise en œuvre. Il est la référence de toutes les actions, il devient un outil de travail. Outre les modalités de son enregistrement (cf. ci-après), le **contrat doit indiquer les modalités de publication du contrat**.

15. **Les clauses de ruptures du contrat** avant son échéance. Il convient de déterminer avec précision les modalités et procédures par lesquelles les parties au contrat peuvent y mettre fin avant la date de son échéance. Le contrat prévoira autant qu'il est possible les conséquences induites par cette rupture de contrat.

16. **Les avenants au contrat** : d'un commun accord, les parties au contrat doivent être en mesure de changer certains termes du contrat durant sa phase de mise en œuvre. Le contrat prévoira autant que possible les éléments du contrat qui peuvent être révisables et ceux qui ne le sont pas, ainsi que les modalités de cette révision du contrat. Les procédures pour ces révisions seront indiquées avec précision.

17. **Les modalités de fin du contrat et de son renouvellement**: lorsque le contrat arrive à échéance, il convient que soit indiqué comment il pourra être renouvelé (tacite reconduction, renouvellement après rapport d'évaluation et avis d'une

commission) ou comment il faudra procéder à cette fin (par exemple, envoi d'un courrier). De même, le document contractuel doit indiquer comment on peut procéder à une résiliation anticipée : modalités et procédures, préavis, etc. Dans tous les cas où il y a arrêt du contrat, il convient d'indiquer le sort des actifs du contrat à la fin de celui-ci. Le *contrat doit préciser les cas de force majeure*: cette clause recouvre les événements imprévisibles et indépendants de la volonté des parties qui rendent impossible la poursuite de l'exécution du contrat ; par exemple, guerre, coup d'Etat, catastrophe naturelle, arrêt de financement.

18. L'identification des **représentants des institutions signataires du contrat**: les mandats donnés aux signataires devront être attestés. La qualité des signataires devra être clairement indiquée.

Principes concernant les signatures d'un contrat

1. Le terme "signataire" d'un contrat est souvent utilisé dans un double sens. Ainsi, on doit distinguer d'une part le signataire qui est l'institution qui signe le contrat et d'autre par la personne physique qui représente l'institution et qui appose, au nom de cette dernière, la signature sur le contrat.
2. Toute institution signataire d'un contrat doit avoir la capacité juridique de signer.
3. Il convient de distinguer entre les signatures "pleines", c'est-à-dire celles qui engagent pleinement la responsabilité du signataire (de son institution) et les visas qui correspondent à des signatures d'institutions qui, par leur signature, indiquent qu'elles sont informées du contrat et qu'elles le reconnaissent comme valable.
4. Toute personne signataire d'un contrat doit avoir reçu mandat pour signer et elle signe "*es qualité*".
5. En ce qui concerne l'administration sanitaire, les personnes signataires, par délégation du Ministre de la santé, doivent être prévues dans les textes en vigueur.

19. **L'enregistrement du contrat** : le contrat doit indiquer les modalités de son enregistrement ainsi que les modalités d'accès à cet enregistrement. Tout contrat qui implique la chose publique est un outil qui doit être enregistré par l'Administration socio sanitaire. Cette implication de la chose publique peut tenir au fait qu'elle est partie prenante au contrat ou qu'elle est garante du contrat. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'Administration sanitaire doit enregistrer le contrat. Dans le contrat, il sera donc important d'indiquer à quels endroits celui-ci devra être enregistré. Par ailleurs, le contrat doit également indiquer quels sont les acteurs qui peuvent en prendre connaissance ainsi que les modalités d'accès à cette information.

ANNEXE IV : LES CONTRATS DE PERFORMANCE : CONCEPTS

Un prestataire de services de santé (hôpital, centre de santé) se définit d'abord par son mandat. Pour le sous secteur public, celui-ci lui est confié par l'administration sanitaire. Pour le secteur privé, il le définit lui-même ou il le négocie avec l'administration sanitaire dans le cadre d'une mission de service public. Pour exécuter ce mandat, il met en place des services et des activités pour lesquels il a besoin de moyens.

Ces moyens peuvent lui être apportés, pour tout ou partie, par les paiements des usagers pour les services qu'ils utilisent ou par leurs représentants que sont les assurances santé. Mais certains pays, par choix politique, n'ont pas de paiement direct par les usagers et, pour ceux qui ont ce type de paiement, il y a certaines activités, de prévention et de promotion notamment, qui ne peuvent faire l'objet d'un paiement par l'usager. Les moyens qui seront alloués aux prestataires de services de santé proviennent alors d'instances détentrices de financement public: administration sanitaire, agence parastatale, voire partenaires techniques et financiers pour les pays en développement.

Dans l'approche traditionnelle, cette allocation de moyens prend la forme d'une dotation budgétaire qui est généralement déterminée par l'administration centrale (santé et finances) selon des critères qui se répètent d'une année sur l'autre. Le prestataire attend que ces moyens lui soient notifiés et il les utilise dans le respect de la comptabilité publique largement basée sur la nature de la dépense.

La première évolution par rapport à ce schéma a été l'introduction de la planification qui a pris en compte les notions d'objectifs à atteindre et d'activités à réaliser ainsi que le développement d'une vision à moyen terme. Mais, la réalité budgétaire n'a pas toujours suivi, notamment en raison du principe de l'annualité budgétaire et du respect des règles de la comptabilité publique. Pendant les années 90 notamment, la dichotomie a été forte d'une part, entre une recherche de cohérence avec le recours à la planification et d'autre part le maintien d'un outil budgétaire annuel privilégiant une approche par les moyens.

La deuxième évolution, beaucoup plus récente, est celle de l'introduction de la notion de "gestion axée sur les résultats". Pour l'administration des finances et son outil qu'est la comptabilité publique, il s'agit d'une véritable révolution. La gestion axée sur les résultats est une stratégie de gestion qui oriente les efforts des acteurs vers l'atteinte de résultats précis, à effets directs et dont il faudra rendre compte, plutôt que vers la réalisation d'activités déterminées. Cette approche signifie que les acteurs se sont entendus sur les finalités de l'action, sur l'identification des résultats à atteindre et sur la mesure des résultats atteints au travers d'indicateurs pertinents. Dans cette approche, les gestionnaires sont responsables des résultats de leurs actions: ils disposent en contrepartie d'une plus grande liberté dans leurs décisions (fongibilité des crédits). Le degré de performance dépend du degré d'atteinte des résultats.

Question 1: *qu'est-ce qui amènent les acteurs à atteindre les résultats qui auront été conjointement adoptés?* Le contrat est alors l'outil qui permet de formaliser l'entente et la responsabilité des acteurs en définissant leurs engagements réciproques. La contractualisation permet par conséquent le passage d'une entente non contraignante, telle que l'est la planification classique, à une obligation qui s'impose aux acteurs. Il ne saurait donc y avoir gestion axée sur les résultats sans contractualisation matérialisant la responsabilité des acteurs.

Question 2: *l'existence d'un contrat est-elle en soi une condition suffisante pour que les acteurs soient pleinement responsabilisés?* Tout dépendra de la position des acteurs les uns par rapport aux autres et du degré réel d'opposabilité du contrat:

- dans les cas où le contrat est réellement opposable, il n'y a en principe pas de problème. Par exemple, si un Ministère de la santé publique signe un contrat de services avec une ONG, que les activités ne sont pas réalisées comme prévu, il a les moyens de faire respecter le contrat. Mais, il faut aussi considérer qu'une ONG n'est pas une entreprise commerciale et qu'elle représente un pouvoir auquel on peut souhaiter ne pas vouloir s'opposer;
- dans certains cas, le contrat n'est opposable qu'en théorie. Prenons l'exemple, d'un hôpital public doté d'un statut d'établissement public lui conférant la personnalité juridique et qui a un contrat avec l'Administration sanitaire portant sur l'allocation d'une subvention permettant le fonctionnement de l'hôpital. Juridiquement, ce contrat est opposable: pourtant, il sera difficile à l'Administration d'intenter un procès si l'hôpital n'a pas atteint les résultats prévus. De même, politiquement, il sera difficile au Ministre de la santé de soutenir une telle opposabilité. Dans la réalité, les sanctions ne sont pas réellement applicables. On est ici proche de la notion de "contrat relationnel"^[1]. Le recours au contrat n'aura pas augmenté la possibilité de sanctionner celui qui ne fait pas d'effort. La contrainte introduite du fait du contrat ne s'avère pas plus puissante que le recours au contrôle et à la sanction prévu dans le cadre d'une administration fondée sur le pouvoir

hiérarchique;

- il y a également des contrats qui ne sont, par définition, pas opposables. Prenons le cas des contrats internes entre le niveau central du Ministère de la santé et un niveau déconcentré. Il n'y a qu'une seule personnalité juridique et par conséquent aucune possibilité juridique d'opposabilité.

Ainsi, lorsqu'un contrat n'est pas opposable (en théorie ou dans la réalité), le recours à la sanction n'est plus possible et son existence risque d'être insuffisante pour garantir l'implication des acteurs. On peut alors recourir à d'autres instruments:

- le respect des engagements repose alors sur la crédibilité des acteurs, la notoriété ou la réputation, la confiance, la bonne foi. Ces contrats sont "self-enforcing": chaque partie a intérêt à respecter le contrat s'il veut garder sa réputation et sa crédibilité. Par exemple, si des contrats similaires sont signés par tous les hôpitaux du pays, il est vraisemblable qu'une certaine émulation se créera et qu'il sera mal venu pour l'un d'entre eux de ne pas respecter ses engagements; de même du côté de l'administration sanitaire, il en va de sa crédibilité de ne pas tenir ses engagements. Cette forme de contrat est particulièrement appréciable lorsque les résultats du contrat ne sont que très difficilement vérifiables;

- une autre voie emprunte le recours aux incitations positives. Le contrat aura alors pour objet d'inciter à la performance et non plus de permettre la sanction. Techniquement, il s'agit d'accorder une prime, un bonus, une récompense ou, en termes administratifs, une subvention exceptionnelle ou un intéressement, en fonction des résultats qui auront été atteints. Dans la réalité, il y a plusieurs façons de procéder: ce bonus peut être inclus dans un contrat initial ou faire l'objet d'un contrat spécifique. En outre, notamment lorsque cette subvention vient du budget de l'État, il est nécessaire de l'inscrire au budget de l'État avant de connaître l'enveloppe financière qui sera nécessaire puisque les résultats ne seront connus qu'en fin d'exercice.

A ce jour, les contrats incitant à la performance reposent sur deux philosophies assez différentes:

- dans un premier cas, on veut agir sur la production de certains services de santé. Par exemple, on prévoit qu'un centre de santé donné doit vacciner 1.000 enfants et que, pour cela, il recevra 2.000 dollars. 1.800 dollars seront versés au début du contrat afin de lui permettre de réaliser les activités. Les 200 dollars restants ne lui seront versés que s'il a atteint le résultat prévu et l'on peut aussi décider que 200 autres dollars lui seront attribués s'il a dépassé le résultat. L'incitation à la performance est ainsi inscrite dans le contrat initial;

- dans un deuxième cas, il ne s'agit pas d'agir directement sur la production des services de santé, mais d'inciter les prestataires à changer leurs comportements; ainsi, on pourra retenir comme indicateurs, le nombre de jours de rupture de stock en médicaments, le taux de satisfaction des usagers, le taux de conformité de la gestion des déchets hospitaliers, etc. On observera généralement d'un côté des mécanismes, y compris contractuels, pour l'allocation des moyens de fonctionnement courant et de l'autre côté un contrat spécifique portant sur les changements de comportement des prestataires que l'on pense être importants pour améliorer la prestation des services fournis par la formation sanitaire.

Le choix des indicateurs permettant de mesurer la performance et leur agrégation s'avèrera crucial. Pour les prestataires, ces indicateurs sont des signaux marquant les domaines où il est important de faire des efforts; toutefois, il ne faut pas que ces indicateurs amènent les prestataires à s'écarter du mandat qui a été défini pour la formation sanitaire.

Le recours aux contrats incitant à la performance est un outil précieux qui peut conduire à améliorer la performance du système de santé. Toutefois, son usage exige une bonne maîtrise technique et un consensus de la part des acteurs concernés afin d'éviter les comportements déviants.

[1] Un contrat relationnel est basé sur la confiance que se font des acteurs pour agir dans l'intérêt commun et non plus, comme dans le contrat classique sur son opposabilité.

