



L'Initiative pour la Performance

Ministère de la Santé et HealthNet International

Province de Butare, Rwanda

Bruno Meessen, Laurent Musango et Jean-Pierre Kashala

L'Initiative pour la Performance

Ministère de la Santé et HealthNet International

Province de Butare, Rwanda

Bruno Meessen¹, Laurent Musango² et Jean-Pierre Kashala³

¹ Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique ; ² Ministère de la Santé, Butare, Rwanda ;
³ HealthNet International, Amsterdam, Pays-Bas.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	5
AVERTISSEMENT	7
ABREVIATIONS ET TAUX DE CHANGE	9
RESUME	11
CHAPITRE 1 : SITUATION INITIALE	13
Informations générales	13
Le Rwanda et son système de santé.....	13
Les districts sanitaires de Kabutare et Gakoma avant l'Initiative pour la Performance.....	15
CHAPITRE 2 : LE MODELE INSTITUTIONNEL DE L'INITIATIVE POUR LA PERFORMANCE	19
Cadre théorique	19
Fondements généraux.....	19
Les incitations dans un système de santé.....	21
L'Initiative pour la Performance	24
Définition et objectifs.....	24
Modèle d'incitations de l'Initiative pour la Performance.....	25
La structuration par les contrats.....	32
CHAPITRE 3 : MISE EN OEUVRE DE L'INITIATIVE POUR LA PERFORMANCE	35
Lancement	35
Etapas préparatoires.....	35
Démarrage.....	35
Le suivi et le monitoring	36
Rôles et fonctions du Comité de Pilotage.....	36
Le contrôle des activités rémunérées.....	38
CHAPITRE 4 : RESULTATS OBTENUS	41
Les activités	41
Le district de Gakoma.....	41
Le district de Kabutare.....	41
Analyse.....	43

Eléments économiques	47
Etude de coûts.....	47
Rémunération du personnel.....	47
Les stratégies pour accroître les activités.....	50
Recomposition du PMA	50
Amélioration de la qualité des services	51
Mobilisation de ressources supplémentaires.....	51
Meilleure gestion des ressources existantes	52
En résumé : émergence d'entrepreneurs des soins de santé primaire ?.....	52
CHAPITRE 5 : LEÇONS ET PERSPECTIVES	53
Premières leçons.....	53
Liens de causalité et impact	53
Les principales leçons opérationnelles.....	54
Les limites du modèle.....	55
Perspectives et nouveaux défis.....	56
Aller au-delà du modèle actuel.....	56
Aller au-delà de Butare	57

REMERCIEMENTS

L'Initiative pour la Performance a été et reste un projet collectif. Nous espérons que tous ceux qui ont collaboré de près ou de loin à la réussite de l'expérience se retrouveront un peu dans ce document.

Les plus grands mérites reviennent certainement aux hommes et femmes qui travaillent quotidiennement dans les formations sanitaires de Gakoma et Kabutare. Le terme 'performance' est bien maladroit pour traduire leur abnégation au quotidien.

Les équipes-cadres de district ont été exemplaires dans leur dynamisme tant à l'heure de la mise en œuvre qu'à celle du suivi. Nos remerciements aux médecins-chefs de district, les Docteurs Joseph Mugoboka, François-Xavier Hakizimana, Jean-Pierre Kabarega et Cédric Ndizeye pour leur soutien permanent. Sans l'enthousiasme des superviseurs et administrateurs Athanase Karemera, Charles Kabano, Germain Ruzindana, Emmanuel Bagiruwigize, et Médiatrice Mujawamaliya, les résultats n'auraient pas été ce qu'ils sont.

Nous remercions celles et ceux qui ont accepté de nous rejoindre lors des Comités de Pilotage. Leurs idées ont été précieuses. Un merci particulier au Dr Claude Sekabaraga du Ministère de la Santé, aux Docteurs Joseph Ntaganira et Aline Umubieyi de l'Ecole de Santé Publique, aux Docteurs André Rusanganwa et Andreas Kalk de la GTZ et à toute l'équipe de Cyangugu.

Notre gratitude à Sandra Diesel de l'Agence Suédoise de Coopération Internationale au Développement et à Jackie Lemlin de HealthNet International Amsterdam. Leur soutien permanent a rendu toute l'aventure possible.

Enfin, nous tenons à remercier nos collaborateurs directs. Isabelle Uwizeye et Charles Rutagengwa de HealthNet International – Butare ont offert leur aide au quotidien. Mathieu Noirhomme et le Dr Guy Kegels de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers ont relu et commenté les premières versions de cette monographie.

Butare, juin 2004

AVERTISSEMENT

Dans de nombreux pays du monde, des réformes du secteur de la santé sont en cours. Certaines revoient de façon considérable les institutions établissant le système de santé. Nous pensons que l'Initiative pour la Performance pourrait être une de ces réformes créant un « avant » et un « après ».

Conscients des remises en question sous-jacentes à l'Initiative pour la Performance, nous avons dès le départ inscrit la documentation et le partage de l'expérience parmi nos objectifs. Ce document, avec ses imperfections et peut-être longueurs, ambitionne de s'intégrer dans ce processus d'apprentissage par l'action.

Plusieurs choix rédactionnels ont déterminé ce document. Un premier souci a été d'inscrire cette expérience dans son contexte. L'achat des résultats est une stratégie à utiliser avec une grande prudence. Ce n'est pas une solution miracle, et la méthode peut induire des effets pervers. L'environnement qui l'a rendue possible doit être connu par le lecteur.

Un autre facteur déterminant pour la réussite d'une intervention est le modèle adopté. Pour favoriser une bonne compréhension des enjeux et options possibles, nous avons jugé utile de développer les fondements théoriques du modèle contractuel de l'Initiative pour la Performance. Nous espérons que notre long chapitre 2 aidera les différents lecteurs soucieux d'en savoir plus sur ce qu'on appelle, improprement peut-être, les approches contractuelles.

Trop d'interventions ou de réformes échouent suite à des mises en place naïves, hâtives ou approximatives. Nous avons aussi décidé de présenter l'expérience dans sa dynamique de développement : passé, présent et à venir. Sans prétendre à l'universalité, nous pensons que la connaissance de ces détails opérationnels pourrait aider certains de nos lecteurs dans leurs propres projets.

Ce document boucle deux ans d'expérience. A certains égards, cette période est trop courte. Mais pour l'essentiel, nous avons l'impression qu'il était plus que temps de faire un bilan. A l'aube des réformes ambitieuses auxquelles se destine le Rwanda, l'Initiative pour la Performance est porteuse de leçons. Nous sommes conscients que ces premières leçons n'ont rien de définitif ; les communautés opérationnelles et scientifiques ont encore beaucoup à apprendre sur les stratégies les plus pertinentes pour des contextes comme le Rwanda. Nous espérons juste que ce document contribuera à initier une réflexion plus large.

Bonne lecture.

Bruno Meessen, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, (bmeessen@itg.be).

Dr Laurent Musango, Directeur Provincial de la Santé (musangol@yahoo.fr),

Dr Jean-Pierre Kashala, Coordinateur de Projet, HealthNet International (hnibuta@yahoo.fr),

ABREVIATIONS ET TAUX DE CHANGE

BCG: Bacille de Calmette-Guérin

CPN: Consultation Prénatale

CS: Centre de Santé

DTC: Diphtérie-Tétanos-Coqueluche

GTZ : *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*

FRW: franc rwandais

HNI: HealthNet International

IMT: Institut de Médecine Tropicale

MSF: Médecins Sans Frontières

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

PCA: Paquet Complémentaire d'Activités

PIB : Produit Intérieur Brut

PMA: Paquet Minimum d'Activités

PNUD: Programme des Nations Unies pour le Développement

SWAp: Sector Wide Approach

VAR: Vaccin AntiRougeole

Il y a eu de considérables variations des taux de change entre la couronne suédoise (devise du budget du projet), le dollar américain et le franc rwandais ces dernières années. En janvier 2001, le taux de change comptable pratiqué par l'Union Européenne (InforEuro) était de 460 francs rwandais (frw) pour 1 dollar américain (US\$). En décembre 2003, le taux de change était de 565 frw pour 1 US\$. Pour nos calculs, nous avons utilisé le taux de change de 500 frw pour 1 US\$, soit le taux moyen sur les 24 mois de 2002 et 2003.

RESUME

Ce document présente l'Initiative pour la Performance, une approche contractuelle mise en place par le Ministère de la Santé et HealthNet International dans le cadre d'un projet de support aux districts sanitaires ruraux de Kabutare et Gakoma (Projet « Santé d'Abord II », financement de SIDA, l'Agence Suédoise de Coopération Internationale au Développement).

Cette expérience a démarré au début de l'année 2002. Dans le chef des partenaires, elle était la réponse au constat que les deux districts régressaient dans leurs performances. La diminution de l'utilisation était d'autant plus inquiétante que les besoins, eux, ne faisaient que croître : croissance démographique, épidémie du VIH/SIDA, résurgence de la malaria...

L'Initiative pour la Performance vise à améliorer l'état général de la santé des populations via une plus grande performance des services de santé. Dans un premier temps, elle ne s'est adressée qu'aux seuls centres de santé. C'est une démarche d'amélioration complémentaire aux stratégies d'intervention plus classiques. Son axe principal consiste en une révision des mécanismes d'incitations régissant le fonctionnement des services. Les innovations principales consistent en: (1) la rémunération des différentes activités du centre de santé, y compris celles délivrées gratuitement à la population; (2) la prise en compte de la quantité de services produits dans le calcul de cette rémunération; (3) la liaison des revenus individuels à une certaine mesure de l'application personnelle; (4) une plus grande autonomie des centres de santé quant aux choix de leurs stratégies d'action.

La performance d'un centre de santé est multidimensionnelle : la couverture des besoins, la qualité technique des soins, l'efficience dans l'usage des ressources, l'équité dans le financement et l'utilisation, la satisfaction des usagers et la pérennité des solutions mises en place en sont des composantes essentielles. L'Initiative pour la Performance vise avant tout à améliorer la santé de la population par un accroissement quantitatif des activités. Trop de besoins restent non couverts dans les deux districts ou, s'ils sont déjà couverts, ils pourraient l'être de façon plus efficiente et plus satisfaisante pour les usagers. La qualité technique des prestations, elle, n'est traitée qu'indirectement. Il est attendu que la plus grande motivation du personnel facilite les différentes interventions en faveur de la qualité des services, notamment celles prévues dans le projet « Santé d'Abord II ».

L'Initiative pour la Performance s'est traduite dans la mise en place d'un système d'incitations à deux « étages ». Les centres de santé sont rémunérés, y compris pour les activités préventives, en fonction de la quantité d'activités qu'ils ont produites mensuellement. Ces incitations font l'objet d'un premier contrat, le contrat global d'achat. Ce contrat est passé entre le centre de santé et le Comité de Pilotage, un organe rassemblant les différents partenaires. La principale fonction de ce Comité de Pilotage est d'apprécier la bonne réalisation des contrats et de prendre des mesures correctives le cas échéant.

Le centre de santé est représenté par un comité de gestion, dans lequel siègent des représentants du personnel et de la population. Ce comité de gestion a pour mandat de développer le futur économique de la formation sanitaire. Une latitude entrepreneuriale lui est laissée. A lui d'identifier les stratégies susceptibles de conduire à un accroissement de ses revenus.

Parmi ces stratégies, il y a la motivation du personnel par un système de primes à la performance. Ces primes individuelles sont financées par les recettes que le centre de santé a dégagées par l'entremise du contrat d'achat. Ces primes varient en fonction de la production mensuelle du centre et des prestations individuelles. Ces primes sont, elles aussi, l'objet d'un contrat. Ce second contrat, passé entre le comité de gestion et chaque agent de santé, s'appuie sur le règlement d'ordre intérieur de la formation sanitaire et un profil de poste individuel.

La mise en place de l'approche (simulations financières, rédaction des contrats, création des comités de gestion et comité de pilotage...) a pris moins de six mois. En mars 2002, la rémunération à la performance entrait en vigueur dans les quatre formations sanitaires de Gakoma. En juin 2002, les quinze centres de santé ruraux de Kabutare basculaient d'un système de primes fixes à la nouvelle rémunération à la performance.

Les deux années d'expérience dont nous disposons aujourd'hui nous permettent de tirer d'utiles conclusions. Les chiffres d'activités et de couverture sont là pour prouver que l'expérience a été bénéfique

pour les populations. A Gakoma, la couverture vaccinale des enfants est aujourd'hui complète. 30% des accouchements ont lieu dans une structure de santé, soit une progression de près de 100% par rapport à la situation antérieure. A Kabutare, l'Initiative pour la Performance a ramené la population dans les centres de santé. Le nombre de contacts est désormais de 0,66 par an par habitant. Il était à 0,39 en 2001. Les progrès en termes d'activités préventives sont également exemplaires.

Cette amélioration de la performance a été observée dans les 19 formations sanitaires. Elle est le résultat direct d'un changement radical de fonctionnement des équipes des centres de santé. Le nouveau jeu d'incitations a motivé les agents de santé à revoir leur stratégie d'action. Les activités naguère négligées sont devenues prioritaires. Les dysfonctionnements et blocages ont été analysés et solutionnés. De nouvelles stratégies ont été lancées. La satisfaction des usagers est devenue une vraie priorité. Dans l'ensemble, il en est sorti une meilleure qualité des services. La principale leçon de l'expérience est sans doute que depuis trop longtemps une ressource dormait dans ces centres de santé : le sens de l'initiative des agents de santé. C'est la combinaison « rémunérations à l'*output* + plus grande autonomie dans la décision pour les centres de santé » qui a libéré les énergies. De véritables entrepreneurs des soins de santé primaires ont émergé.

Tout en reconnaissant les éléments contextuels qui ont contribué à la réussite de l'expérience, la stratégie est porteuse d'espoirs pour l'ensemble du système de santé rwandais. C'est du reste une stratégie d'action réaliste. Si la mise en œuvre exige au démarrage une certaine technicité, le coût de cette dernière peut être réparti sur la durée et sur un grand nombre de formations sanitaires. La rémunération unitaire à l'*output* est du reste un mode de paiement facile à généraliser sur un grand nombre de formations sanitaires identiques. Les coûts de transaction en sont grandement réduits. En vitesse de croisière, l'achat de résultats nécessite juste un financement stable des performances, des mécanismes de contrôle et de suivi. L'expérience de Gakoma et Kabutare montre qu'avec 0,25 US\$ par habitant, on peut déjà obtenir beaucoup au Rwanda.

La stratégie d'achat de résultats semble bénéficier d'une large acceptation parmi les différents *stakeholders* nationaux et internationaux. Elle paraît être une piste intéressante pour la mise en œuvre de la politique du Ministère de la Santé. Elle s'inscrit particulièrement bien dans la logique ambitieuse des *Millennium Development Goals*. Pour l'état comme pour les bailleurs de fonds, la rémunération à l'*output* semble être une piste prometteuse qui pourrait se substituer partiellement aux actuels soutiens sous formes d'*input* ou de processus. Avant une généralisation, des recherches complémentaires restent à mener. Des variations peuvent encore être testées dans le cadre de projets pilotes.

En fait, les leçons de l'Initiative pour la Performance dépassent probablement le seul Rwanda. Il serait intéressant de tester la stratégie dans d'autres contextes. Si les résultats se confirment ailleurs, l'expérience pourrait appeler à une révision majeure du financement et de la coordination des systèmes de santé pyramidaux présents dans la majorité des pays pauvres.

CHAPITRE 1 : SITUATION INITIALE

Informations générales

Le Rwanda et son système de santé ont certaines caractéristiques qu'il est bon de garder à l'esprit quand on évoque les résultats obtenus par une intervention particulière. Dans ce premier chapitre, nous rappelons certains éléments contextuels qui nous semblent importants. Nous détaillons également quelle était, en 2001, la situation de départ dans les districts de Gakoma et Kabutare.

Le Rwanda et son système de santé

Population et économie

Le Rwanda est un des pays les plus pauvres du monde. Selon le classement du PNUD, le pays arrive en 158^{ième} position en termes de développement humain.¹ Ce classement s'explique principalement par un score médiocre en termes d'espérance de vie à la naissance (38,2 ans). Le PIB par capita était de 1.210 dollars internationaux en 2002.²

Si le climat est favorable à la culture du thé, du café et de la banane, le développement économique est contraint par l'absence de ressources minières et l'enclavement du pays. En août 2002, 8.128.553 résidents ont été recensés au Rwanda. Le haut taux d'alphabétisation de la population est sans doute le principal atout économique du pays.

Organisation générale du système de santé

Comme les différents pans de la société, le secteur de santé a été fortement ébranlé par le génocide de 1994. Le Ministère de la Santé et ses partenaires se sont attelés ces dix dernières années à rattraper le retard accumulé, notamment face au nouveau défi posé par le VIH/SIDA.

La mise en œuvre de la politique de santé passe par l'activation d'une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central compte les directions du Ministère de la Santé et les trois hôpitaux de référence nationale. Le niveau intermédiaire se résume à la Direction Régionale de la Santé et ne dispose pas d'unité de soins. Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui comprend une base administrative, un hôpital de première référence et des centres de santé qui assurent les soins de santé primaires.

Le pays est découpé en 39 districts de santé. Le découpage a été essentiellement dicté par des critères d'accessibilité aux soins, de disponibilité de structures et de rationalisation des ressources. Ceci explique que le réseau de santé actuel présente une structure pyramidale dont les niveaux ne correspondent pas nécessairement au découpage administratif. Ce décalage, qui était jusqu'à ce jour sans conséquence, pose davantage de problèmes depuis la mise en route de la décentralisation administrative, qui ne propose pas dans son organigramme de niveau équivalent au district de santé.

Au total, le pays est couvert par 365 établissements de santé de premier échelon. Les centres de santé sont chargés de fournir le paquet minimum d'activités (PMA).³ Il est estimé que 33 districts sanitaires disposent d'un hôpital fournissant le paquet complémentaire d'activités (PCA).⁴ Les 39 districts sont

¹ Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003, PNUD.

² En Parité de Pouvoir d'Achat (World Development Report 2004, World Bank).

³ Le PMA couvre les activités promotionnelles (nutrition, participation communautaire, visite à domicile, information, éducation et communication) les activités de prévention (consultations prénuptiales, soins prénatals, soins post-partum pour la mère et l'enfant, conseil et services de la planification familiale, activités de santé scolaire et surveillance épidémiologique) et les activités curatives (consultation curative, prise en charge des maladies chroniques, réhabilitation nutritionnelle, soins curatifs, observation avant l'hospitalisation, accouchements eutociques, interventions chirurgicales mineures et analyses de laboratoire).

⁴ Le PCA pour les hôpitaux de districts inclut les activités promotionnelles et les activités curatives du PMA avec un accent sur le traitement des référés. Les activités supplémentaires suivantes sont incluses dans le PCA : la prévention, y compris les consultations préventives pour des cas référés et les consultations prénatales pour les grossesses à risque ; la planification familiale avec la disponibilité de toutes les méthodes pour les cas référés, y compris la ligature des trompes et la vasectomie ; les soins curatifs référés y compris la prise en charge des accouchements dystociques, les urgences médicales et chirurgicales, les

coordonnés par autant de bases administratives (équipes-cadres) considérées aujourd'hui comme fonctionnelles.

Les services sont fournis par le secteur public, les établissements de santé dit « agréés », le secteur privé à but lucratif et les guérisseurs traditionnels. Le secteur de santé agréé à but non lucratif est composé d'établissements de santé tenus par divers groupes confessionnels. Ce secteur représente 40 % des établissements de santé primaire et secondaire. Cette mixité des prestataires de soins s'inscrivant dans une mission de finalité publique est reconnue comme une force.

Le secteur médical privé lucratif (cabinets privés, établissement commerciaux...) s'est considérablement développé ces dernières années. Le nombre de pharmacies est estimé à 500. Plus de 50 % des établissements privés lucratifs sont situés dans la ville de Kigali.

La médecine traditionnelle est, en partie, sous coordination du Ministère de la Santé. Ce dernier a ainsi soutenu le développement d'un réseau d'accoucheuses traditionnelles dont il a essayé d'améliorer la formation. Les guérisseurs traditionnels sont rassemblés en associations, mais seulement un petit nombre d'entre elles sont officiellement constituées, tel que le Ministère de la Santé le recommande.

Le système d'information sanitaire

Afin de mieux suivre les performances des services de santé périphériques (publics et agréés), le Ministère de la Santé a mis sur pied un système d'information sanitaire informatisé (GESIS). Il est prévu que les informations puissent être collectées, consolidées et analysées à différents niveaux (hôpitaux de district, bases administratives des districts, directions régionales et niveau central).

Pour ce qui concerne les activités des centres de santé, le GESIS est en vitesse de croisière depuis plusieurs années. La qualité de l'enregistrement varie en fonction des districts. Le module hospitalier a été mis en place plus récemment. Reste à intégrer les informations sanitaires spécifiques aux directions régionales et aux bases administratives de district, ainsi que les informations relatives au niveau de référence nationale. Un autre défi réside dans une exploitation plus active des données collectées.

Financement du système de santé au Rwanda

En dépit d'une aide extérieure relativement généreuse et d'une politique étendue de recouvrement des coûts, trop peu d'argent est aujourd'hui dépensé dans la santé au Rwanda. Il est estimé qu'en 1997, environ 4,3% du PIB seulement a été consacré à la santé.⁵

Le gouvernement s'est engagé à revoir son propre engagement. Pour 2004, le budget voté s'élève à 15,7 milliards de francs rwandais, près du double de celui voté en 2003. Il est espéré qu'une plus grande fraction de ce budget parviendra aux formations sanitaires périphériques.

Le poids du financement des soins de santé repose aujourd'hui excessivement sur les épaules de l'usager. De gros problèmes d'accessibilité financière ont été rapportés. Pour réduire la part des paiements directs, le Ministère de la santé promeut la mise en place de mécanismes de mise en commun des risques au niveau communautaire. C'est dans ce cadre qu'une expérience pilote de mutuelles a été initiée en 1999 dans trois districts pilotes (Byumba, Kabgayi, et Kabutare). Les résultats ont été perçus comme suffisamment encourageants pour étendre la stratégie à d'autres districts.

interventions chirurgicales mineures et majeurs, les soins hospitaliers, les analyses de laboratoire et l'imagerie médicale ; et la gestion incluant la formation du personnel paramédical et les activités de supervision.

⁵ Rapport Mondial de la Santé 2000, OMS.

Les districts sanitaires de Kabutare et Gakoma avant l'Initiative pour la Performance

Situation générale

Le district sanitaire de Kabutare compte un hôpital de référence et 19 formations de première ligne⁶ pour une population qui était estimée en 2002 à 304.372 habitants. Celui de Gakoma se compose d'un hôpital de référence et 4 centres de santé⁷ pour une population estimée à 79.744 habitants.⁸

De la sortie de la guerre jusqu'à mi-1999, le district de Kabutare a bénéficié d'un appui de l'ONG Médecins Sans Frontières Belgique (MSF). Lors du retrait de MSF, HealthNet International fut approché par MSF et la Coopération suédoise pour poursuivre l'appui au district de Kabutare. Le projet d'appui au district de Kabutare a débuté effectivement en février 2000. Depuis août 2001, le projet « Santé d'Abord II » a été étendu au district de Gakoma.

Des succès certains

Il est indéniable, tant à l'observation directe qu'à la lecture des indicateurs, que les districts sanitaires de Kabutare et Gakoma présentaient à l'orée de l'Initiative pour la Performance un tableau avec de nombreux points positifs. A nos yeux, les principaux étaient les suivants.

(1) Dans les deux districts sanitaires, la population est utilisatrice des services offerts. Certains centres de santé jouissent depuis longtemps d'une bonne réputation. A l'exception du planning familial, on ne peut pas dire qu'il y ait un indice de non-acceptation de la part de la population. La crédibilité de l'offre n'est pas à construire. Par endroit, la population marque son adhésion également par son implication dans les comités de santé ou encore dans les systèmes de mutuelle.⁹

(2) Dans les deux districts, le plan de couverture est achevé depuis plusieurs années : la haute densité de population garantit en outre une relativement bonne accessibilité géographique au premier échelon. Les infrastructures sont récentes et de qualité, plutôt trop vastes que trop étroites. La grande majorité des centres disposent de l'équipement standard pour mener à bien leur PMA. La haute densité de la population fait que certains centres de santé sont assez proches les uns des autres. Une relative concurrence prévaut ainsi pour les activités curatives.

(3) Du côté des ressources humaines, la situation à Kabutare était en 2001 relativement satisfaisante : ni déficit majeur, ni pléthore ; les qualifications étaient et restent parfois sommaires, mais offrent déjà une qualité minimale ; en 2001 déjà, le personnel était au poste et appliqué. Le paiement de primes fixes par MSF puis par HealthNet International (HNI) n'était pas indifférent à cette application. Le district de Gakoma, situé en dehors des axes routiers, rencontre depuis toujours plus de difficultés à attirer et conserver un personnel qualifié. Appuyé seulement depuis peu par le Projet « Santé d'Abord II », le personnel n'était pas encore repris dans le système de primes fixes. En 2001, les carences en termes de personnel qualifié étaient perçues comme le principal obstacle au bon fonctionnement du district.

(4) Autant la fin des années 90 avait été marquée par une relative instabilité du personnel d'encadrement, autant on pouvait considérer en 2001 que les équipes-cadres des deux districts étaient fonctionnelles et appliquées dans l'exécution de leur mission. Le programme de supervision était effectué et les ressources fournies aux formations sanitaires. Seul le district de Kabutare disposait de l'outil informatique, mais les deux bureaux de districts disposaient de l'essentiel : des locaux, des moyens de transport et un financement par l'ONG de leurs frais de fonctionnement.

⁶ Soient quinze centres de santé ruraux dont 7 publics (Ministère de la Santé) et 8 'agrées' (1 protestant, 5 appartenant à différentes congrégations religieuses catholiques, 2 relevant des paroisses catholiques) et quatre formations à Butare ville : un centre de santé universitaire, un centre de santé 'santé mentale' et deux dispensaires de prison.

⁷ L'hôpital de référence (et le centre de santé adjacent) appartiennent à la paroisse, un centre de santé appartient à une congrégation, les deux autres centres de santé sont publics.

⁸ Populations estimées en 2002. Sauf notification autre, toutes les données chiffrées de ce rapport proviennent du système d'information sanitaire rwandais, le *GESIS*.

⁹ Les taux d'adhésion sont faibles dans le district de Kabutare et élevés dans deux centres de santé de Gakoma.

Plafonnement, régressions et nouveaux besoins négligés

Malgré ces nombreux atouts, les trois dernières années ont été marquées par un plafonnement, voire une régression des activités délivrées par les formations sanitaires des premier et second échelons. En dépit d'une forte croissance démographique et d'un retour de l'aide avec HealthNet International, la fréquentation des centres de santé continuait ainsi à baisser en termes absolus. A Kabutare, le district avec les meilleurs résultats, le nombre de consultations nouveaux cas en 2001 avait été de 20 % inférieure à celui de 1998. En 2001 la fréquentation des 19 formations de première ligne n'était plus que 0,40 contact par an par habitant (0,64 contact / an / habitant en 1998). La chute d'utilisation était encore plus dramatique au niveau de l'hôpital de référence.

La première cause était flagrante : alors que l'immédiat après-guerre avait été caractérisé par une grande injection de moyens par l'aide extérieure (médicaments inclus), les formations sanitaires devaient depuis 1999 se reposer sur la seule participation financière de la population pour assurer leurs activités.¹⁰

En 1997, un utilisateur de centre de santé du district de Kabutare payait, en moyenne, 175 francs rwandais par épisode de maladie. En 2001, l'utilisateur devait désormais s'acquitter en moyenne d'une somme de 437 francs rwandais. Une somme trop élevée pour de nombreux ménages. La politique de recouvrement des coûts a été encore plus néfaste au niveau des hôpitaux.

Une observation attentive des données semblait toutefois indiquer que la réduction de l'accessibilité financière n'expliquait pas tout. A tarif constant, entre 2000 et 2001, le nombre d'accouchements avait ainsi baissé de 22 % parmi la population rurale du district de Kabutare. Les activités préventives quant à elles plafonnaient, parfois à des niveaux déjà élevés (la vaccination en général), parfois à des niveaux ridiculement bas (le planning familial). Dans le district de Gakoma, la baisse d'activités était encore plus importante. Toutes les causes de ces tendances n'étaient pas comprises par les équipes-cadres.

En matière d'activités, les équipes-cadres s'inquiétaient enfin de la non-prise en charge des nouveaux besoins. L'épidémie VIH/SIDA a créé de nouvelles obligations du côté des services de santé. Le plafonnement atteint face à des problèmes de santé relativement simples et peu coûteux à traiter était de mauvais augure.

En bref, le constat en 2001 était que l'activité curative n'était plus la locomotive qu'elle avait été jadis dans les centres de santé de la Province de Butare. Le passé récent indiquait qu'il était possible de faire mieux. Le présent, notamment l'épidémie du VIH/SIDA et la santé maternelle, enjoignait les équipes à être beaucoup plus réactifs. Enfin, sur les activités qui fonctionnaient déjà de façon satisfaisante, des améliorations demeuraient possibles.

Stratégies possibles pour améliorer l'accès à des soins de qualité

Face aux résultats insatisfaisants, plusieurs actions étaient possibles. Certaines pistes « systémiques » étaient perçues comme relativement peu vulnérables à court terme à l'action de l'équipe-cadre et du projet « Santé d'Abord ». ¹¹ Il était clairement exclu de solliciter encore plus les usagers en matière de ressources. La création de mutuelles était certainement une piste intéressante, mais à nouveau cette stratégie n'était pas perçue comme une option pour sortir rapidement la stagnation dans laquelle les deux districts s'enfonçaient. Du côté du financement public, les perspectives étaient sombres. Le premier objectif des districts était de voir l'important personnel en attente d'intégration être pris en charge par le budget du Ministère de la Santé. ¹²

Les ressources étant données et les besoins augmentant, la seule option était d'améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources existantes. Si l'utilisation agrégée des services de santé avait effectivement reculé les trois dernières années, les situations particulières étaient très variables. A Kabutare, le centre de santé le moins performant se situait en 2001 à un nombre de contacts / an / habitant de 0,18, le plus performant à 1,54 ! La visite des formations sanitaires confirmait que certaines fonctionnaient (très) bien, que d'autres étaient peu performantes.

¹⁰ Hormis les salaires du personnel « intégré » pris en charge par l'Etat et l'éventuel support de l'aide extérieure (équipement, formation...).

¹¹ Par exemple, un autre découpage sanitaire du trop grand district sanitaire de Kabutare, la mise en place d'une coordination avec l'hôpital universitaire...

¹² En janvier 2002, seulement 37 % du personnel du district sanitaire de Kabutare étaient salariés de l'état.

La structure de propriété semblait expliquer une partie de cette variabilité dans les performances : les centres de santé agréés avaient dans l'ensemble une performance supérieure aux centres de santé publics.¹³ Il est vrai que certaines communautés religieuses injectent des ressources supplémentaires dans leurs centres de santé. Mais on pouvait aussi émettre l'hypothèse qu'une partie des performances plus faibles des centres de santé publics provenait de mécanismes d'incitation et de redevabilité moins efficaces. Au Rwanda comme dans beaucoup de pays, le personnel travaillant dans les structures publiques semble avoir moins d'obligations de résultats et une motivation plus faible.

Mais la nature du propriétaire n'expliquait pas tout. Ainsi, une certaine variabilité dans les performances des différentes structures agréées était également manifeste. Au vu du nombre de leur personnel, certaines semblaient moins efficaces. Plusieurs étaient également décevantes en matière d'activités préventives. Que le désintérêt pour le planning familial découle des options philosophiques de la congrégation propriétaire n'est pas un secret. Les faibles réalisations en termes de vaccination ou de consultation prénatale dans plusieurs centres étaient par contre plus surprenantes. La relation de gouvernance ne semblait pouvoir être incriminée. La principale cause semblait du côté des financements. Une hypothèse pouvait être avancée : pour des structures de santé se basant sur l'autofinancement, toute activité non lucrative est une source de coûts. Si la vaccination n'est pas source de revenus, le bon gestionnaire va y allouer peu de temps de son personnel. Sa priorité sera la bonne exécution des activités rémunératrices.

A l'observation de cette diversité dans les résultats et l'usage des ressources, il était clair que les mécanismes de rémunération en place incitaient trop peu à la performance.

Revoir le système d'incitations

Lors de la reprise du district de Kabutare, HNI avait décidé de remettre en place le système de primes fixes instaurés par MSF (avril 2000). Le principe était relativement simple : un barème avait été établi en fonction des qualifications. Toute personne active dans le district recevait une prime chaque mois en fonction de sa propre qualification.¹⁴ Le paiement était fait par l'ONG.

Si ce système avait rendu service par le passé, ces limites étaient claires. La prime était de plus en plus perçue comme un complément de salaire garanti. Le comportement ou la pratique professionnelle de l'agent de santé ne rentrait pas en ligne de compte. Un autre inconvénient était que le montant total qui était injecté dans un centre de santé était lié non à la performance de ce centre en termes d'*output*, mais simplement au nombre de personnes qui y travaillaient. Le résultat direct était que les centres avec plus de personnel recevaient plus que d'autres formations sanitaires pas nécessairement moins productives. Le système était donc à la fois injuste et peu motivant. Aucun incitant n'était en place pour pousser ceux avec un haut potentiel à développer leurs activités.

Mi-2001, les partenaires se sont accordés sur la nécessité de changer le système d'incitation. Du côté du Ministère de la Santé, une certaine pression existait pour une plus grande équité sur l'ensemble du pays. Il était perçu comme injuste qu'en fonction des districts et formations sanitaires dans lesquels ils travaillaient, les agents de santé percevaient des primes ou non. Sans vouloir interdire les primes payées par l'aide extérieure, le Ministère de la Santé souhaitait qu'elles rétribuent un véritable effort supplémentaire (en comparaison avec les structures non appuyées). Transformer les primes fixes en primes variables allait dans le bon sens. Du côté du personnel du district de Kabutare, il y avait une conscience que le privilège des primes fixes ne pouvait pas durer. La transition était perçue comme inévitable. L'acceptabilité de la réforme n'était donc pas un problème.

Le Ministère de la Santé et l'ONG considéraient le passage à un système de rémunération à la performance comme une stratégie innovante qui valait la peine d'être testée. L'ONG avait eu des résultats plus que probants avec la même approche au Cambodge.

¹³ Dans le district de Kabutare, en 2001, le nombre de contacts / an / habitant était ainsi de 0,34 pour les centres de santé publics et de 0,42 pour les centres de santé agréés. Les quatre centres de santé avec la plus haute utilisation curative appartenaient à des congrégations religieuses. Par contre, les différences étaient beaucoup moins fortes en matière d'activités préventives. La couverture DTC3 était ainsi de 66% dans les centres de santé publics et de 70% dans les centres agréés.

¹⁴ Un médecin ou licencié touchait 19.700 frw, un infirmier A1 16.500 frw, un infirmier A2 ou A3 13.000 frw.

Parmi les autres facteurs favorables à l'introduction d'une rémunération en fonction de la performance, on peut noter (1) l'existence d'un système d'information sanitaire à jour et informatisé ; (2) le dynamisme des équipe-cadres ; (3) une ONG ayant déjà accumulé une certaine expertise dans l'approche contractuelle et prête à allouer des fonds dans des primes. La mixité des structures de propriété des centres de santé était également perçue comme un atout. Le fait que les centres de santé étaient déjà opérationnels, suffisamment dotés en équipement et personnel et approvisionnés en médicaments laissait penser qu'il n'y avait pas d'intervention alternative avec un bénéfice supérieur.

Aucun facteur défavorable n'avait été identifié lors de la phase de diagnostic. Un seul doute avait été exprimé : à la différence des expériences contractuelles au Cambodge, le district de Kabutare partait d'un niveau d'activité relativement haut. L'Initiative pour la Performance allait-elle vraiment apporter quelque chose en plus ?

CHAPITRE 2 : LE MODELE INSTITUTIONNEL DE L'INITIATIVE POUR LA PERFORMANCE

Cadre théorique

En matière de modèle, l'Initiative pour la Performance s'inspire d'expériences menées actuellement dans d'autres pays, notamment au Cambodge.¹⁵ Le point de départ de ces différentes expériences est semblable : il s'agit de constater que les mécanismes d'incitation existants dans les services ou systèmes de santé concernés sont mauvais ou pervers. La recommandation politique découle alors d'elle-même : il s'agit de revoir les incitations, d'en proposer de nouvelles, en veillant à ce qu'elles soient plus conformes aux contextes et besoins locaux.

Avant de décrire plus en détails l'approche adoptée à Kabutare et Gakoma, il nous paraît important de développer quelque peu le cadre théorique plus général. Dans un premier temps, nous préciserons certains concepts utiles pour bien comprendre les changements apportés au système de santé par l'Initiative pour la Performance. Dans un second temps, nous appliquerons ces concepts à un système de santé et identifierons les réformes possibles.

Fondements généraux

Qu'entendons-nous par mécanismes d'incitation ?

Tout système humain, toute collectivité doivent être coordonnés. Cela est vrai des petits groupes poursuivant une finalité commune (ex : la famille prenant son dîner, les rameurs d'une pirogue ou une équipe de football), comme des groupes les plus grands où les finalités sont multiples et contradictoires (par exemple : un hôpital de district, une communauté villageoise, un pays, la communauté mondiale).

Les économistes appréhendent ces problèmes de coordination des hommes et femmes par l'entremise des mécanismes d'incitation. Ces mécanismes sont très divers. Mais si nous sommes attentifs, dans chaque situation d'interactions sociales, nous pouvons identifier des incitations faisant en sorte qu'un individu se comportera plutôt d'une façon que d'une autre. La récompense du rameur qui se coordonne avec le reste de son équipage sera l'économie d'énergie, l'arrivée à bon port et l'appréciation des autres rameurs. Les incitations du joueur de football à se coordonner avec ses coéquipiers, notamment en respectant les consignes de l'entraîneur, sont : la victoire, la prime de victoire, la position dans le classement en fin de championnat, la reconnaissance de la part des supporters et la continuation de sa carrière de footballeur, éventuellement dans un club plus prestigieux et plus rémunérateur. Comme on le voit certaines incitations sont relativement simples et immédiates (la prime de victoire), d'autres sont plus sophistiquées et reposent notamment sur une répétition des interactions à plus long terme (la reconnaissance sociale, les perspectives de carrière).

Coordination centralisée ou non

Selon les économistes, les groupes humains disposent de deux modes majeurs de coordination : le marché et la hiérarchie.

Le principe du marché est de laisser les individus décider par eux-mêmes, à tout moment et sans interférences. Les économistes ont montré que dans de nombreuses situations, ce mode de coordination décentralisé est particulièrement efficace non seulement pour les deux parties en transaction, mais aussi pour la société dans son ensemble. Les parties en transaction sont les mieux placées pour savoir ce qui est bon pour elles et les conditions d'échange qu'elles sont prêtes à accepter. La ménagère sait la taille et la

¹⁵ Les expériences les plus intéressantes et abouties jusqu'à présent sont celles du *New Deal* et du *Contracting* (*Sotnikum new deal, the first year - Better income for health staff; better service to the population*, Van Damme et al, 2001, MSF, Phnom Penh ; *The new deal in Cambodia: the second year - Confirmed results, confirmed challenges* Meessen et al 2002, , MSF, Phnom Penh ; "Improving government health services through contract management: a case from Cambodia", Soeters R. & Griffiths, *Health Policy and Planning*, vol. 18, no. 1, 2003, pp. 74-83).

qualité du poisson qu'elle cherche pour le repas familial. Elle connaît son budget. Le pêcheur sait combien il lui en a coûté de pêcher le poisson, il sait le prix qu'il doit exiger.

Le principe de la hiérarchie repose sur le constat que dans certaines situations, le marché décentralisé n'est pas le meilleur mode de coordination. Les individus ne vont pas s'entendre ou l'accord, pour tenir, va nécessiter des coûts très importants (négociation, contrôle...). Mettre en place une organisation avec un pouvoir de décision centralisé peut alors être nécessaire. Les parties s'entendent sur le fait que tout ne doit pas être continuellement négociable et qu'une autorité assigne aux autres parties des comportements précis. Tel est le cas par exemple pour le salariat : contre compensation (le salaire), certains individus acceptent d'abandonner une partie de leur liberté (ex : accepter un horaire et un règlement de travail) et de se conformer aux décisions des supérieurs hiérarchiques. Pourrait-on imaginer un général obligé de négocier en permanence avec chaque homme de troupe la mission à faire et la récompense qui en découlera ? Ce serait bien sûr totalement inefficace et une telle armée serait rapidement défaite. Face à certaines nécessités, la hiérarchie est un mode de coordination supérieur au marché décentralisé.

Entre les deux extrêmes du marché instantané et de l'autorité qui décide de tout, il y a une gamme de combinaisons possibles. Par l'entremise du *contrat*, les deux parties s'accordent sur une restriction de leurs marges de manœuvre pour une certaine durée afin de se garantir un avantage mutuel (ex : contrat d'exclusivité). Vérifier que le contrat a bien été rempli par l'autre partie peut être coûteux. Il est intéressant alors pour la collectivité de diffuser des valeurs et normes de comportements telles que les individus, de leur propre chef, s'appliquent à tenir leurs engagements. Ces valeurs sont le respect de la parole donnée, l'altruisme, la conscience professionnelle, la protection du plus faible, l'éthique...

Pour tout groupe humain souhaitant régler un problème particulier se pose alors la même question cruciale : quelle est la dose de libertés et de contraintes à mettre en place ? Jusqu'où peut-on se reposer sur les valeurs et normes morales qui animent les individus ? Dans quelle mesure doit-on introduire des mécanismes d'incitation ? Quels aspects doivent rester du ressort de la relation d'autorité ?

C'est à ce questionnement que nous avons soumis le système de santé rwandais. Quelle est la place exacte à donner à la centralisation exercée par le Ministère de la Santé ? Quelle autonomie de décision devons-nous laisser aux formations sanitaires et à leurs gestionnaires ? Plutôt que de tout faire reposer sur la hiérarchie, ses ordres, interdictions et planifications, ne devrions-nous pas créer plus d'espace pour les décisions décentralisées des acteurs eux-mêmes (formations sanitaires et utilisateurs) ? Dans quelle mesure, l'approche contractuelle permettrait d'offrir aux gestionnaires une marge de manœuvre favorable *in fine* aux usagers ?

La relation *principal-agent*

Dans une situation de coordination entre deux individus (exemple : quand on utilise les services d'un coiffeur), on peut catégoriser les agents en interaction en deux catégories. Il y a celui qui veut coordonner, qui « veut faire faire » et celui qui est coordonné, qui « fait pour l'autre ». Les économistes appellent le premier agent *le mandant* (en anglais : « *principal* ») et le second *le mandataire* (en anglais : « *agent* »). Quand vous utilisez le service d'un coiffeur, vous êtes le *principal* et le coiffeur l'*agent*. Vous lui dites la longueur et la coupe que vous souhaitez, il s'exécute.

Si vous êtes le *principal*, l'astuce est de mettre en place le système d'incitations qui va pousser votre *agent* à s'exécuter au mieux de vos intérêts. Dans le jargon des économistes, on dit que les incitations de l'*agent* doivent être en ligne avec les intérêts du *principal*. Dans le cas du coiffeur, cette incitation est le prix de la coupe, plus tous les gains futurs que le client peut lui procurer (s'il est content aujourd'hui, il reviendra dans trois mois et il recommandera ce coiffeur à ses proches).

Concrètement, il s'agit donc de créer une liaison entre la rémunération obtenue par l'*agent* et l'atteinte des objectifs que lui a assignés le *principal*. Cette règle vaut aussi bien dans le cadre d'une relation hiérarchique (ex : la médaille remise au soldat pour geste de bravoure, le salaire perçu à la fin du mois par l'employé) que dans celui d'une relation de marché (ex : le prix payé par le client pour le poisson). Comme mentionné plus haut, le jeu d'incitations peut être basique ou relativement sophistiqué, par exemple parce qu'il est construit sur une répétition de transactions (ex : le pêcheur sait que la ménagère reviendra à son étal si elle est contente de son poisson).

Dans un système de santé, il existe aussi des *principals* et des *agents*. Le premier *principal* est certainement l'utilisateur : il veut qu'on s'occupe de son problème de santé. Son *agent* est la formation sanitaire qu'il consulte : il attend d'elle qu'elle prévienne et soigne ses maladies.

Mais l'utilisateur est aussi citoyen. Comme électeur, il assigne à son gouvernement de s'occuper de ses problèmes les plus divers. Par l'entremise de l'appareil public, le gouvernement va assigner une mission au Ministère de la Santé qui va lui-même assigner des missions à ses cadres qui vont eux-mêmes confier des tâches à leur personnel subordonné. Il y a là en fait toute une chaîne de relations *principal – agent*. Le péril est réel que cette chaîne dysfonctionne. Au final, le citoyen (le 1^o *principal*) pourrait obtenir quelque chose de bien décevant de la part du dernier *agent* (l'employé du centre de santé).

Les incitations dans un système de santé

De mauvaises incitations

Pour un économiste, l'explication des éventuels résultats décevants d'un système de santé (faible couverture vaccinale, mauvaise qualité des services...) peut se trouver au niveau des incitations. Si les *principals* (les usagers, le Ministère de la Santé et les bailleurs de fonds) sont déçus par la performance de l'*agent*, c'est à eux de faire en sorte que les incitations de l'*agent* soient mieux alignées sur leurs propres objectifs. Dans les configurations aujourd'hui en place dans les pays en voie de développement, on retrouve souvent trois problèmes.

- (1) De nombreux systèmes de santé sont organisés comme des administrations sanitaires hiérarchiques. Très peu d'espace de décision est laissé aux niveaux locaux. Souvent, le Ministère de la Santé veut décider de tout. Attention, nous ne contestons pas l'effort de coordination : les soins de santé sont un marché particulier et faire une confiance aveugle au marché conduirait à la catastrophe. Ce que nous contestons c'est la centralisation abusive. A vouloir tout centraliser, surtout dans sa propre pyramide sanitaire, un Ministère de la Santé peut tuer le sens de l'initiative de ses équipes. Les découpages sanitaires, paquets d'activités et planifications annuelles fixent un cadre utile. Mais peut-être le cadre devient parfois trop pesant. Le plan central, conçu parfois loin de la réalité du terrain et manquant de la bonne information, peut de plus se tromper dans ses recommandations aux formations sanitaires.
- (2) Pour qu'une hiérarchie soit un mode de coordination efficace, non seulement faut-il que ceux qui décident au sommet ne se trompent pas mais il est également nécessaire que (1) les niveaux inférieurs leur obéissent ; (2) que la hiérarchie soit à même d'apprécier la mesure dans laquelle ses consignes ont été respectées; (3) qu'elle soit capable, le cas échéant, de prendre des sanctions. Dans de nombreux pays à faible revenu, les années 80 et 90 ont été marquées par de sévères restrictions budgétaires. Une des conséquences a souvent été une dégradation des avantages offerts au personnel de la fonction publique. Dans certains pays, l'état s'est même parfois trouvé en situation d'incapacité de paiement des salaires. La conséquence directe en a été un affaiblissement du pouvoir de l'état. Obligé de survivre, le personnel public a développé des stratégies contraires à la mission qui lui était assignée (ex : absentéisme, détournement de ressources, demande ou acceptation de dessous-de-table). Affaibli et ne remplissant pas sa propre part du contrat (le paiement des salaires), l'état central s'est retrouvé dans l'incapacité d'exiger de la part de sa fonction publique l'exécution correcte de ses missions. Heureusement, le Rwanda n'a pas connu une érosion de l'autorité et de la redevabilité (« *accountability* » en anglais) comme on a pu l'observer dans d'autres pays d'Afrique ou d'Asie. Mais on ne peut nier que l'état central n'est pas aujourd'hui en position de tout exiger de la part des formations sanitaires. Faiblement soutenues, ces dernières ont progressivement pris leur autonomie. Cette plus grande autonomie n'est pas un mal, mais elle doit être orientée avec les bonnes incitations.
- (3) Un troisième problème que l'on retrouve dans de nombreux systèmes de santé, qu'ils soient au Nord ou au Sud de la Planète, réside au niveau du financement des formations sanitaires. Très souvent, les injections de ressources se font sur des critères d'*input* ou de *processus*. Le financement public perçu par une formation sanitaire sera par exemple fonction de son statut (un hôpital recevra plus qu'un centre de santé), de son nombre de lits (le budget de fonctionnement) et du nombre de personnel (le budget des salaires). Dans les pays bénéficiant d'une aide extérieure, les

opérateurs étrangers (agences multilatérales, bilatérales et ONG) ont opté pour une même approche. Ils accordent des ressources aux équipes sanitaires en fonction de leur statut (impliquées ou non dans un programme vertical), de leur équipement (le budget carburant pour les véhicules) ou des activités auxquelles elles participent (les *per diem* pour les séminaires, supervisions...). Si ce type de soutien a pu avoir un sens par le passé ou dans certains contextes, aujourd'hui il montre aussi ses limites.¹⁶ Ces critères d'allocation de ressources ne poussent aucunement les formations sanitaires et les équipes qui les composent à être performantes. Oui, les *per diem* incitent le personnel à assister aux séminaires, mais cela ne garantit en rien que les programmes seront mis en œuvre.

Revoir les incitations : la rémunération à l'output, l'intéressement aux gains et l'élargissement des droits de décisions des gestionnaires

Il est important de noter combien les options institutionnelles sont liées. Soutenir une formation sanitaire sur base de critères d'*input* et de processus n'est pas une erreur en soi. Cela peut fonctionner si les gestionnaires de formations sanitaires sont régulièrement évalués, si les individus performants sont récompensés (ex : promotion) et si les défaillants sont punis (ex : exclusion de la fonction publique). Mais si l'évaluation n'est pas faite, si aucune récompense ne peut être offerte aux meilleurs et si aucune punition ne tombe sur les fautifs, un financement lié à l'*input* et aux processus devient peu efficace. Il permet aux paresseux de justifier leur faible performance par une cause exogène et n'incite pas nécessairement les plus talentueux à développer leurs formations sanitaires.

Dans de nombreux pays pauvres, il est difficile pour le Ministère de la Santé d'être suffisamment exigeant par le canal hiérarchique. Nous avons mentionné les propres défaillances de nombreux états dans le paiement des salaires. Plus fondamentalement, l'état est coincé. D'une part, se pose le problème de l'attribution des responsabilités finales derrière une mauvaise performance. La faible couverture vaccinale du centre de santé est-elle due à l'ignorance de la population (comme le prétend l'infirmier-titulaire) ou à une mauvaise organisation du programme vaccinal ? Bien sûr le superviseur du bureau de district peut y jeter un œil, mais aura-t-il suffisamment d'éléments pour faire un diagnostic ? D'autre part, le personnel qualifié est rare. En cas de faute grave, le licenciement est une option peu envisageable, puisqu'il n'y pas de solution de remplacement.

Dans une telle situation, des rémunérations liées à l'*input* et aux processus ne sont pas une bonne stratégie pour le *principal* (ici, le Ministère de la Santé) : il n'obtient guère ce qu'il souhaite obtenir de ses *agents* (les formations sanitaires). L'alternative est de rémunérer les formations sanitaires à l'*output* (ex : nombre d'accouchements au centre de santé) ou à l'*outcome* (ex : guérison du malade, satisfaction de l'utilisateur). Cela correspond à un meilleur alignement des incitations des formations sanitaires sur les objectifs du Ministère de la Santé : améliorer la santé de la population.

En fait, la rémunération à l'*output* est le choix le plus naturel pour coordonner les interactions économiques. Ainsi c'est le nombre de poissons que le pêcheur attrape, son *output*, qui détermine sa rémunération. Ses clients ne s'occupent pas de lui donner de l'essence pour son moteur ou de payer les réparations de son filet ! Ça, c'est son problème. Pourquoi ne pas en faire de même pour les formations sanitaires ?

Une rémunération à l'*output* sera un incitant d'autant plus puissant qu'elle est également bénéfique aux individus qui gèrent la formation sanitaire. C'est parce qu'il est le premier bénéficiaire du fruit de son ardeur au travail que le pêcheur se lève tôt, entretient son moteur et apprend à connaître les comportements des poissons. Il doit en être de même avec les formations sanitaires. Il est évident que si le revenu supplémentaire est capté par le propriétaire (ex : le Trésor Public), les gestionnaires du centre de santé n'auront aucun intérêt à changer leurs pratiques. Pour avoir un vrai impact, la rémunération à l'*output* doit donc être couplée à un intéressement des gestionnaires.

Une seconde concession de la part des propriétaires est nécessaire. Pour que la population soit bénéficiaire, il faut non seulement que les agents sanitaires soient financièrement motivés à développer de

¹⁶ Un financement lié aux *inputs* ou au processus a l'avantage d'être très simple dans sa budgétisation et son suivi. Pour l'ONG, il suffit par exemple de connaître le nombre de centres de santé pour calculer un budget « médicament ». Pour vérifier la bonne dépense de l'argent pour la formation, il suffit de multiplier la liste des participants par le *per diem*.

nouvelles stratégies, mais il faut aussi leur laisser la marge de manœuvre nécessaire. Pour reprendre la célèbre métaphore de l'âne qu'on fait avancer avec la carotte et le bâton, nous pouvons dire que si l'on veut voir l'âne avancer, faut-il encore qu'on lui ouvre la barrière ! De même, il doit être permis aux équipes des centres de santé de prendre les initiatives qui leur semblent opportunes pour répondre à la demande potentielle des populations. Comme la ménagère laisse le pêcheur choisir où et quand jeter ses filets, réduisons la centralisation et créons plus d'espace d'initiative pour les formations sanitaires.

En couplant rémunération à l'output, captation de surplus et plus larges droits décisionnels pour les gestionnaires, c'est un tout autre jeu d'incitations que nous mettons en place. Nous cassons la logique des régimes identiques. Le pêcheur plein d'ardeur et consciencieux gagne plus que le pêcheur paresseux et négligent. Il en sera de même pour les équipes des formations sanitaires. Les plus performantes auront une gratification. Les moins performantes auront une incitation forte à se remettre en question.

Cette réforme des droits de propriété ne signifie pas que tout cadre de régulation doit disparaître.¹⁷ Que du contraire ! Plus que jamais la responsabilité du Ministère de la Santé sera de veiller aux intérêts de la population. Mais de cette coordination qui combine marché et hiérarchie nous escomptons de meilleurs résultats que ceux obtenus aujourd'hui.

Les changements institutionnels qui vont de pair

Nous devons être bien conscients des réformes institutionnelles accompagnant un tel régime incitatif. Trois enjeux institutionnels connexes peuvent être identifiés.

La fonction d'achat

La première nécessité est de clarifier qui est habilité à acheter des *outputs* aux formations sanitaires. Les premiers acheteurs possibles sont évidemment les usagers eux-mêmes. Quand un patient paie sa consultation et ses médicaments, c'est bien d'une rémunération à l'*output* dont il s'agit. Pour des raisons d'équité et d'efficacité, il est toutefois souhaitable que cette fonction d'achat soit également assumée par des agences spécialisées gérant des ressources collectives.

Dans les pays riches, cette fonction d'achat est assumée le plus souvent par la sécurité sociale ou les assurances privées. Au Rwanda, les mutuelles sont en train de se profiler dans ce type de rôle. Mais ce dont nous discutons ici, ce n'est pas d'appliquer la règle de la rémunération à l'*output* aux seules activités curatives. En Europe, quand un prestataire du premier échelon vaccine un enfant, la sécurité sociale le rémunère. Il pourrait en être de même au Rwanda. Peut-être un jour les mutuelles rwandaises seront à même de jouer ce rôle, mais il y a plusieurs arguments qui font qu'aujourd'hui ce rôle doit être assumé par d'autres entités.

A quelle entité confier ce rôle ? Différentes formules sont possibles. A court terme, une grande variété de solutions existe. On pourrait imaginer que la fonction soit assumée par une agence multilatérale, un programme vertical, une ONG internationale, une association locale, les districts administratifs ou une agence publique. Quelle que soit l'entité retenue, il sera bon de tendre vers une règle formulée par les économistes : celle de *la séparation des fonctions*. L'idée est simple. Pour éviter les conflits d'intérêts, la fourniture de soins, leur achat et leur régulation doivent être trois fonctions assumées par des entités différentes aux missions propres clairement formulées. Plus loin dans ce document, nous préciserons les options qui ont été retenues par l'Initiative pour la Performance.

Le contrat

Pour supporter la relation d'achat, un deuxième changement institutionnel majeur est nécessaire : l'introduction d'un contrat. Dans ce contrat, le *principal* (l'acheteur) et l'*agent* (la formation sanitaire) s'accordent sur des engagements mutuels. L'obligation de la formation sanitaire sera d'exécuter le contrat en délivrant les services promis. Celle de l'entité d'achat sera de s'acquitter de la rémunération conformément aux règles et barèmes entendus.

Le contrôle

Avant d'exécuter le paiement conformément aux barèmes agréés, le *principal* veillera à s'assurer qu'il a effectivement obtenu ce qu'il souhaitait obtenir. Sans surprise, un troisième enjeu institutionnel majeur se

¹⁷ Les économistes définissent la propriété comme le cumul des droits résiduels de profit et de décision.

trouve au niveau de l'information et de son contrôle. Etablir une rémunération à l'output nécessite un système d'information mesurant ces outputs. Les chiffres sur base desquels les rémunérations sont calculées doivent être réels. Il ne s'agit pas d'acheter de l'activité fictive ! Un système de monitoring de qualité (c'est-à-dire juste dans ses mesures et peu corruptible) doit être mis en place. Pour les *principals*, cette réforme est majeure. Ainsi, l'organisation qui soutient le district doit revoir tout son suivi. Elle ne doit plus se concentrer sur une redevabilité de processus (exemple : contrôler la comptabilité de l'hôpital), mais une redevabilité en termes d'*output* (exemple : contrôler le nombre d'hospitalisés). Alors qu'avant il suffisait de rassembler les factures de l'hôpital soutenu, l'ONG ou l'organisation d'achat devra désormais s'assurer que les patients rémunérés ont bien séjourné à l'hôpital. Un nouveau type de contrôle est à mettre en place. Plus loin dans cette monographie, nous présentons l'approche qui a été retenue dans le cadre de l'Initiative pour la Performance.

L'Initiative pour la Performance

Le cadre théorique étant désormais posé, il nous est possible de préciser le modèle particulier de l'Initiative pour la Performance. Nous allons dans un premier temps définir l'Initiative pour la Performance et préciser ses objectifs. Dans un second temps, nous détaillerons les options institutionnelles qui ont été retenues.

Définition et objectifs

L'Initiative pour la Performance est un des volets du Projet « Santé d'Abord II » opéré par le Ministère de la Santé et HealthNet International dans la Province de Butare. Elle vise à contribuer à l'amélioration de la performance des services de santé dans les districts sanitaires de Gakoma et Kabutare. Son objectif est celui du Projet : l'amélioration de l'état général de la santé des populations.

L'Initiative pour la Performance peut être définie comme une démarche d'amélioration de la performance des formations sanitaires reposant sur une révision des mécanismes d'incitation qui régissent ces dernières, à savoir le mode de rémunération de la formation sanitaire, les droits décisionnels des gestionnaires et les rémunérations des agents de santé.

Les innovations principales consistent en : (1) la rémunération des activités du centre de santé identifiées comme prioritaires; (2) la prise en compte de la seule quantité de services produits dans le calcul de cette rémunération ; (3) la liaison des revenus individuels à une certaine mesure de l'application personnelle; (4) un léger remodelage des structures de propriété dans les centres de santé.

Il est important de noter que l'Initiative pour la Performance vient en complément de mécanismes institutionnels déjà existants. Elle ne fait pas une table rase des mécanismes capitaux que sont par exemple, les normes professionnelles, les cadres réglementaires ou certains financements à l'input comme les salaires. Tous ces éléments sont essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé. Le postulat derrière l'Initiative pour la Performance est juste qu'une dose plus grande d'incitation de type 'marché' peut être bénéfique aux populations à desservir.

La performance d'une formation sanitaire est une problématique pluridimensionnelle. Elle inclut notamment : la couverture des besoins, la qualité technique des activités et soins, la satisfaction des usagers, l'efficacité dans l'utilisation des ressources, l'équité et un accès pour tous, une pérennité de la solution mise en place¹⁸ et une bonne coordination avec les autres acteurs du secteur de la santé (principalement l'hôpital et les autres centres de santé).

L'Initiative pour la Performance a été conçue comme une solution partielle face à cette problématique. Elle vise avant tout à améliorer la santé de la population par un accroissement quantitatif de l'offre de services. Trop de besoins restent pour l'instant non couverts dans les deux districts ou, s'ils sont déjà couverts, ils pourraient l'être de façon plus efficace et plus satisfaisante pour les usagers.

Les concepteurs de l'Initiative pour la Performance ont perçu les aspects plus qualitatifs des soins comme moins vulnérables au système d'incitations. Il était par contre attendu que l'Initiative pour la Performance contribue à l'instauration d'un cadre de travail propice aux différentes interventions de

¹⁸ Pérennité technique, managériale, financière et politique.

renforcement de la qualité (formations, supervisions, introduction de nouveaux protocoles et traitements...).

L'Initiative pour la Performance s'inscrit donc dans la dynamique générale d'un projet visant une population précise. Dès le départ, l'ambition des partenaires a cependant été d'avoir un impact au-delà de la seule population de la Province de Butare. L'Initiative a été conçue comme un projet pilote. Par pilote, il était entendu deux choses. L'Initiative devait d'une part produire des enseignements utiles à l'ensemble du pays et d'autre part être opérée de façon telle qu'elle puisse entraîner d'autres acteurs à sa suite.

Modèle d'incitations de l'Initiative pour la Performance

Révision du système de rémunération : mise en place d'un système d'incitations à deux niveaux

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, l'activité dans les districts sanitaires de Kabutare et Gakoma connaissait une inquiétante régression depuis 1998. Depuis avril 2000, HealthNet International avait restauré le paiement de primes au personnel travaillant dans le district de Kabutare. L'expérience accumulée par l'ONG sur d'autres contextes l'avait toutefois convaincue qu'il existait des systèmes de primes plus efficaces que celui dont elle avait hérité au Rwanda.

Un système de primes fixes n'est effectivement pas favorable à une vraie performance. L'enveloppe que reçoit un centre n'est pas fonction de sa « production », mais avant tout du nombre de personnes pour lesquels il a sollicité une prime. Le système est donc non favorable au plus méritants et entreprenants, puisqu'il ne tient pas compte de l'*output* produit.

Toutefois il est important de formuler le diagnostic à sa juste mesure. Il serait ainsi faux de dire qu'il n'existait avant l'Initiative, aucune incitation à la performance des structures de santé et des agents de santé. Pour les formations sanitaires, des rémunérations à l'*output* existaient déjà. C'était – et ça reste – bien entendu le cas de tous les soins payés par les usagers eux-mêmes (consultation, médicaments...). Les centres de santé avaient déjà un intérêt à attirer les usagers, mais uniquement pour les activités curatives individuelles. Certains centres de santé, les agréés en particulier, marquaient d'ailleurs une nette préférence pour ces seules activités.

Pour atteindre le nécessaire équilibre financier, les gestionnaires veillaient déjà à ce que le personnel s'applique à la tâche. Si les mécanismes de récompenses positives étaient alors peu développés dans la Province de Kabutare, il y avait bien des mécanismes de redevabilité et de sanction.¹⁹ En 2000 déjà, le personnel était fidèle au poste. Le Rwanda s'écarte de ces pays pauvres où les formations sanitaires de l'état sont désertées par leur personnel.

L'Initiative pour la Performance a revu le système des primes payées par HealthNet International en le réorganisant sur deux niveaux : l'ONG verse désormais une somme aux centres de santé en fonction de leur performance, les centres de santé versent une prime aux individus en fonction de leur propre application au travail. L'ONG n'a donc plus d'engagement vis-à-vis des individus. Elle traite uniquement avec les structures de santé. C'est à ces dernières de rétribuer leurs employés, dans la mesure où elles sont satisfaites de leurs prestations. Dans un premier temps, nous allons présenter le nouveau mécanisme d'incitations pour les centres de santé. Ensuite, nous présenterons les incitations (primes) mises en place pour les individus.

Le premier niveau d'incitations : inciter les structures de santé à produire plus

Le nouveau système de rémunération des formations sanitaires repose sur deux lignes de forces : (1) les montants que les centres de santé reçoivent de HealthNet International doivent être fonction de leur propre performance ; (2) il faut qu'il y ait des incitations pour toutes les activités que l'on veut voir produites par le centre de santé. Précédemment seules les activités curatives étaient, par le truchement de la tarification des soins, intéressantes pour les centres de santé. Si on souhaite voir les activités préventives réellement développées, il faut qu'elles soient également rémunératrices pour les centres de santé.

¹⁹ Citons l'exemple de l'infirmier titulaire du CS de Ruhashya qui a été déplacé sur l'hôpital de Kabutare après avoir détourné une partie des fonds de la mutuelle locale.

Dans un système d'incitations traditionnel, quelles raisons a le personnel d'un centre de santé de « produire » des activités préventives ? Oui, il y a la conscience professionnelle et la volonté de bien faire son travail, mais elles sont variables en fonction des individus. Oui, il y a une certaine redevabilité vis-à-vis de la population et des supérieurs hiérarchiques, mais là aussi, c'est variable. C'est un fait que les structures de santé reçoivent une partie des ressources nécessaires pour ces activités (vaccins, contraceptifs...), mais pour le reste ces activités coûtent aux centres de santé (transport, ressources humaines, développement de nouvelles stratégies...). On peut donc prédire que le personnel réalisera une partie de ces activités, mais il n'a aucune incitation à trouver des solutions aux blocages qu'il rencontre ou à réellement tenter d'atteindre des couvertures complètes.

Pour renverser cette situation de centres de santé trop vite satisfaits, il a été décidé de mettre en place un système d'incitations qui mettrait l'accent sur le développement des activités préventives. Concrètement, il s'agit de faire en sorte que les centres de santé qui augmentent leurs activités préventives, voient les moyens financiers à leur disposition s'accroître.

Puisque ni l'Etat, ni l'ONG d'appui n'accordait de financement pour le fonctionnement des centres de santé, le seul financement disponible pour la mise en place de cette incitation était celui des primes pour le personnel actuellement à la charge de HNI. Ce poste convenait parfaitement à un tel objectif : la part la plus importante des coûts liés aux activités préventives provient en effet des ressources humaines. Faire du planning familial, de l'éducation à la santé, de la vaccination et des consultations prénatales, c'est avant tout y consacrer du temps !²⁰

Comment acheter de l'activité préventive ?

Le principe qui a été retenu est le même que celui qui existait déjà avec les activités curatives. Chaque fois qu'un malade consulte au centre de santé, qu'un patient se voit prescrire un examen de laboratoire ou qu'une femme accouche au centre de santé, le centre de santé perçoit un paiement de la part de l'utilisateur. Les recettes sont directement déterminées par le nombre d'actes effectués. Les initiateurs de l'Initiative pour la Performance ont jugé qu'il devait en être de même pour les activités préventives. Chaque fois qu'un usager utilise un service, le centre de santé devrait recevoir un montant fixe.²¹

Outre qu'il ne fait que généraliser un système de tarification déjà existant pour les activités curatives, les avantages de ce mécanisme de paiement sont les suivants :

- Chaque utilisateur supplémentaire est rémunérateur pour le service de santé. Il n'y a donc pas d'effet de seuil obligeant le centre de santé à produire x nouveaux utilisateurs avant de voir ces rémunérations augmenter à nouveau ;
- C'est l'activité absolue qui est prise en compte pour le calcul, et non les améliorations marginales par rapport à ce qui est déjà produit aujourd'hui. De la sorte, on ne défavorise pas ceux qui sont déjà performants à l'heure actuelle. Un système de rémunération qui aurait été fonction des améliorations par rapport au résultat déjà atteint aurait favorisé en effet les centres de santé particulièrement décevants jusqu'alors (pour qui il aurait été facile de faire beaucoup mieux, puisqu'ils partaient d'un niveau bas) au détriment de ceux qui pouvaient difficilement faire mieux.
- Ce système ne défavorise pas les centres de santé qui ont une importante population à leur charge. Utiliser les taux de couverture pour rémunérer les activités préventives aurait favorisé les petites aires de responsabilité au détriment des plus grandes.²² Ce que les primes financent ce sont les coûts de ressources humaines. Ces derniers augmentent en fonction de la charge de travail. La charge de travail n'est pas déterminée par les taux de couverture, mais par le nombre absolu d'utilisateurs.
- Ce système de rémunération des centres de santé a l'avantage d'être facilement généralisable sur l'ensemble d'une province ou même d'un pays. Aucune négociation spécifique n'est nécessaire

²⁰ Les activités en stratégie avancée nécessitent en fait un véhicule et du carburant. Actuellement, ces postes de dépenses ne sont pas perçus comme constituant un goulot d'étranglement.

²¹ Cela revient à une situation où c'est l'ONG qui paie à la place de chaque utilisateur individuel.

²² Cela aurait en outre posé le problème du décompte des populations à couvrir.

entre l'agent acheteur et le gestionnaire de la formation sanitaire. Le barème est le même pour toutes les structures de santé d'un même niveau.

Si le préventif était la priorité, certaines activités curatives devaient également être soutenues, soit parce qu'elles étaient encore trop développées, soit pour faciliter la transition avec le système de primes antérieur. Les activités retenues par les partenaires du projet « Santé d'Abord » furent les suivantes : consultation curative 'nouveaux cas', accouchement au centre de santé, accouchement référé, consultation prénatale, planning familial (nouvelle inscrite), vaccination DTC (3^o dose) et vaccination rougeole. Les arguments en faveur des différentes activités étaient variables.

Les consultations curatives

Pourquoi retenir cette activité curative alors que l'on souhaitait contrebalancer le biais curatif existant actuellement dans les centres de santé ? Une première raison était que les partenaires ne souhaitaient pas, avec les nouvelles incitations, complètement déstabiliser les centres dans leur profil d'activités existants. D'autre part, les consultations constituaient une importante charge de travail pour les équipes dans les centres de santé. Il était donc normal que ce coût soit en partie rémunéré par l'Initiative pour la Performance. Enfin, comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, les activités curatives avaient régressé ces dernières années. Il y avait donc lieu de renforcer l'incitation.

Comme indicateur, c'est le nombre de nouveaux cas qui a été retenu. Le nombre d'anciens cas aurait été un meilleur reflet de la charge de travail. Mais cet indicateur a été rejeté par les partenaires car il a été perçu comme trop vulnérable aux falsifications ou aux retours de complaisance. Le nombre d'anciens cas peut en outre traduire une certaine inefficacité des traitements. Chaque nouveau cas est au contraire le reflet de la force d'attraction du centre de santé.

Les accouchements

Le constat en 2001 était que le nombre d'accouchements effectués dans les structures de santé restait beaucoup trop faible. Si on veut voir la mortalité maternelle régresser au Rwanda, la meilleure stratégie semble être d'institutionnaliser les accouchements. La première étape est de convaincre les femmes à venir accoucher aux centres de santé. Durant le travail, les cas problématiques pourront être identifiés par la première ligne du système de santé. Grâce à l'ambulance, les femmes pouvant nécessiter une intervention obstétricale majeure seront évacuées vers une structure de référence (hôpital de district ou hôpital universitaire).

L'objectif n'était donc pas tant de rémunérer le travail du personnel du centre de santé durant l'accouchement que de soutenir la meilleure prise en charge globale par le système de santé. Pour ne pas créer d'incitations perverses, il a donc été décidé que la rémunération que toucherait le centre de santé serait la même, que l'accouchement ait lieu au centre même ou que la parturiente soit référée vers un hôpital.

Les consultations prénatales

Même si la capacité de la consultation prénatale à détecter et prévenir les risques pose question en Afrique²³, elle reste une opportunité pour nourrir la relation entre la future maman et le système de santé. Dans un premier temps, les initiateurs avaient songé retenir comme clé de rémunération le nombre de troisième visite. Cet indicateur semblait idéal pour traduire la continuité dans le suivi. Malheureusement, dans de nombreux centres de santé une confusion lors de l'enregistrement existe entre « troisième visite » et « visite lors du troisième trimestre ». Pour contourner cette confusion, il a été décidé de retenir comme clé de rémunération le nombre de femmes ayant reçu entre 2 et 5 doses de VAT.²⁴

Le planning familial

Le planning familial est aujourd'hui une activité en panne au Rwanda. Les très faibles taux d'adhésion laissent perplexe. Les femmes n'en veulent-elles vraiment pas ou le personnel baisse-t-il les bras devant des

²³ « Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique », V. De Brouwere et W. Van Lerberghe (ed.) ; *Studies in HSO&P*, 18,2001, ITG Press.

²⁴ Le schéma vaccinal veut qu'avant un premier accouchement, une femme ait reçu deux doses. A chaque nouvelle grossesse, elle doit recevoir un rappel. Au maximum, elle recevra cinq doses. Le total VAT2 à VAT5 est donc un indicateur de bonne couverture contre le tétanos, pas de continuité dans le suivi de la CPN.

obstacles culturels et religieux, qui effectivement ne sont pas négligeables ? L'équipe-cadre et HealthNet International voulaient attaquer de front la problématique. Il a donc été décidé que chaque nouvelle inscrite devait apporter un important revenu au centre de santé. L'espoir était qu'on allait de la sorte pousser les sages-femmes et matrones à faire un vrai travail de promotion. Pour soutenir les techniques d'espacement de naissance artificielles, il a été décidé que seules ces dernières seraient l'objet d'une rémunération.

La vaccination

L'intégration de la vaccination dans le plan d'incitation ne posait bien sûr pas question. Dans un premier temps, les indicateurs qui ont été retenus furent la troisième dose Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (DTC) et la vaccination antirougeole. Pour les partenaires, il ne semblait pas nécessaire de retenir le BCG et la polio, puisque les schémas de ces deux vaccins recoupent celui du DTC. La vaccination antirougeole a été retenue vu le taux d'abandon existant après la dernière dose DTC. Comme pour les autres activités, c'est le nombre absolu de DTC3 et VAR qui a été pris en compte dans le calcul du financement.

Les activités actuellement omises

Comme mentionné plus haut, l'Initiative pour la Performance est une expérience pilote. A ce titre, le groupe de travail a souhaité, dans un premier temps, ne prendre en compte dans le système d'incitation qu'un nombre limité d'activités. Certaines activités ont été délaissées pour des raisons techniques (ex : non-disponibilité de l'indicateur adéquat dans le système d'information sanitaire actuel). Mais rien n'est bien sûr figé. A terme, le système est certainement appelé à évoluer et à intégrer d'autres activités. Une des priorités serait d'intégrer des indicateurs traduisant la production du centre de santé en matière de lutte contre la tuberculose et l'épidémie VIH/SIDA.

Il faut également être conscient des effets pervers que l'on peut générer. En rémunérant les consultations curatives à l'*output*, on ne crée aucun incitant pour que les équipes des centres de santé mettent en place des stratégies de prévention contre le paludisme. Dès que les moustiquaires imprégnées seront disponibles, une incitation par moustiquaire vendue serait à mettre en place. Certains groupes-cibles, comme les enfants de moins de cinq ans, pourraient, à terme, également être l'objet d'une rémunération spécifique.

Mécanismes de paiement

La rémunération à verser au centre de santé est calculée chaque mois. Un barème est fixé pour chaque activité et communiqué à tous les centres de santé du district. Pour connaître le montant à verser au centre de santé, il suffit de multiplier l'output du mois par la rémunération attachée à cette activité. Les chiffres d'activités sont tirés du système d'information sanitaire déjà en vigueur (rapport mensuel d'activités). Ce rapport mensuel est saisi informatiquement au niveau du district sanitaire sur le logiciel GESIS. Il est donc aisé, pour le centre, comme pour le district, de calculer les primes du mois.

La non-prise en compte de la qualité

Ce système de rémunération des centres de santé est sans ambiguïté : seule la quantité compte, la qualité est totalement négligée. Pourquoi un tel choix alors que la qualité est cruciale en matière de soins de santé? Voulons-nous inciter les centres de santé à faire du chiffre et à bâcler la qualité de leurs prestations ?

Exemple

Supposons que le barème en vigueur soit le suivant:

Consultation nouveau cas.....	40 frw
Accouchement au CS ou référé.....	2.500 frw
Vaccination AntiTétanique (2-5).....	250 frw
Planning familial (nouvelle inscrite).....	1.000 frw
DTC (3 ^o dose).....	250 frw
VAR.....	250 frw

Supposons que le centre de santé Z ait au cours du mois, les outputs suivants: 872 consultations nouveaux cas; 3 accouchements au centre + 1 accouchement référé; 17 vaccinations antitétaniques 2^o dose; 5 nouvelles inscrites au planning familial; 23 enfants complètement vaccinés DTC et 20 enfants vaccinés contre la rougeole.

Ce mois-là, le Centre de Santé recevra alors en guise de rémunération le montant suivant: $872 \cdot 40 \text{ frw} + 4 \cdot 2.500 \text{ frw} + 17 \cdot 200 \text{ frw} + 5 \cdot 1.000 \text{ frw} + 23 \cdot 300 \text{ frw} + 20 \cdot 300 \text{ frw}$, soit un montant total de 66.180 frw.

Ce choix découle de plusieurs observations :

- La qualité de la prestation d'un centre de santé est une problématique multidimensionnelle²⁵, la mesurer nécessiterait une batterie d'indicateurs administrativement lourde à gérer ;
- De nombreuses dimensions de la qualité ne sont pas mesurables par des indicateurs.²⁶ Opter pour quelques indicateurs conduirait à se limiter aux seules dimensions mesurables et donc à omettre certains aspects, parfois cruciaux ;
- Tout indicateur de performance repris dans un système de rémunération doit être objectif, sous peine de contestation par l'évalué. De nombreux indicateurs de qualité sont sujets à débat dans leur portée et la valeur accordée par l'évaluateur ;
- Lier une rémunération à un indicateur introduit une incitation forte pour truquer l'indicateur (voir plus bas). Si on veut contenir les coûts de contrôle, il faut s'en tenir à des informations faciles à rassembler.

A notre connaissance, les expériences de systèmes de performance recourant à des indicateurs de qualité ont rarement été... performantes.²⁷ En effet, la qualité des soins relève d'une autre dynamique qu'un système de primes. Les conditions cruciales sont la qualité de la formation initiale, la conscience professionnelle, la formation continue, la supervision, la pression des pairs... Pour reprendre la formulation que nous avons amorcée plus haut, les mécanismes de coordination susceptibles de produire de la qualité des soins ne relèvent pas tant de mécanismes de marché, que des normes acquises par le professionnel et de la coordination hiérarchique. Il ne faut pas trop attendre du système d'incitations !

Nous avons donc décidé de ne pas incorporer les dimensions qualitatives dans le calcul mensuel des primes à verser au centre de santé. Ceci ne signifie pas que les partenaires de l'Initiative pour la Performance soient indifférents à la qualité des prestations, que du contraire ! L'Initiative devait en fait être propice à la qualité des prestations.

Dans le nouveau régime, il était attendu que les centres de santé auraient une incitation forte à améliorer la qualité du service : horaire d'ouverture, durée du temps d'attente, propreté des locaux, amabilité avec les utilisateurs, ... Autant d'aspects que les centres de santé allaient avoir intérêt à améliorer s'ils souhaitaient se constituer une clientèle fidèle. Pour pouvoir produire du "chiffre", il était en outre clair que les centres de santé allaient devoir être crédibles et veiller à des aspects relevant de la qualité: disponibilité des médicaments et vaccins, qualification de la sage-femme... Enfin l'amélioration de la motivation du personnel qui devait découler de l'Initiative allait offrir un meilleur environnement pour les autres axes d'intervention du projet "Santé d'Abord II" (formations, introduction de nouveaux protocoles...).

Devait-on craindre des effets pervers suite à la focalisation sur les seuls indicateurs quantitatifs ? Cela n'était pas exclu. On pouvait ainsi imaginer qu'un centre de santé aller négliger totalement certains aspects qualitatifs non perceptibles par les utilisateurs (par exemple la qualité de la stérilisation). Sans exclure ces phénomènes, les instigateurs ne voyaient pas en quoi le personnel gagnerait à se conduire de la sorte... Ou pourquoi cette situation n'aurait déjà pas prévalu.

Pour éviter ce type de dérapage, il a toutefois été convenu que le Comité de Pilotage se réservait le droit de réintégrer des aspects qualitatifs si cela s'avérait nécessaire. Pour apprécier les effets pervers, les promoteurs de l'Initiative comptaient sur la vigilance des superviseurs et, dans la mesure de leurs moyens, sur celle des comités de santé.

Révision des droits de propriété

Comme mentionné dans notre section théorique, il ne suffit pas de rémunérer les formations sanitaires à l'*output* pour voir leurs activités augmenter. Il faut également que (1) les gestionnaires des formations

²⁵ Il s'agirait de mesurer aussi bien des aspects de structure (ex: présence d'un équipement de stérilisation), des dimensions de processus (ex: respect des consignes en matière de stérilisation du matériel et des règles d'asepsie), que des questions d'output (ex: pertinence de l'injection pour le problème de santé de Mme Y).

²⁶ Comment résumer dans un seul indicateur la qualité avec laquelle l'infirmier conduit sa consultation?

²⁷ *Human Resources Development and Quality Management*, P. Blaise et V. De Brouwere, Institute of Tropical Medicine, mars 2002.

sanitaires puissent capturer une partie des revenus supplémentaires ; (2) ils disposent d'une marge de manœuvre suffisante pour adopter de nouvelles stratégies. Dans le jargon des économistes, il s'agit d'une révision des droits de propriété en faveur des gestionnaires.

Les partenaires de l'Initiative pour la Performance ont donc veillé à remplir ces deux conditions connexes. Dès le départ, il a été convenu que les centres de santé étaient en droit d'utiliser leurs nouveaux revenus comme il leur convenait. Dans la mesure où à Kabutare, le nouveau système remplaçait celui des primes fixes, il était attendu que les sommes allaient être intégralement distribuée entre les agents de santé.

La même logique d'autonomie dans la décision a été étendue aux différentes stratégies à développer par les équipes des centres de santé. L'objectif de l'Initiative pour la Performance est d'introduire une autre culture de l'action dans les services de santé. Trop souvent, les centres de santé font preuve de passivité face aux défis sanitaires qui se présentent à eux. Trop de centres (surtout du côté du public) se confinent aux activités de routine ou attendent les injonctions de l'équipe-cadre. Les causes de cette passivité sont multiples : indifférence vis-à-vis des bénéficiaires, absence d'incitations, peur de la prise du risque, ignorance de ce qui serait possible de faire, non-maîtrise de méthodes utiles (comme la communication interpersonnelle ou le marketing social)...

L'Initiative pour la Performance s'est donnée pour ambition d'insuffler une nouvelle dynamique dans les districts sanitaires de Gakoma et Kabutare. L'objectif est de libérer les talents, le sens de l'initiative et les idées. Ceux qui sont les mieux placés pour comprendre ce qui bloque les usagers, ce sont les équipes des centres de santé elles-mêmes. Plutôt que de vouloir faire des diagnostics et leur imposer des stratégies d'action, laissons-les faire leur propre choix.

Les partenaires ont donc veillé à laisser les centres de santé prendre des initiatives. Bien sûr, ils n'ont pas pour autant abandonné toute raison et toute surveillance. Réguler les comportements, c'est justement le rôle qui de plus en plus échoira au Ministère de la Santé. Dans le cadre de l'Initiative pour la Performance, l'équipe-cadre et le Comité de Pilotage devaient veiller à ce que les initiatives les plus audacieuses restent conformes à la politique nationale.

Le second niveau d'incitations : motiver les individus

Quel gestionnaire ?

Comme nous l'avons déjà dit, pour que les centres de santé répondent aux nouvelles incitations, il fallait que leurs gestionnaires y trouvent un intérêt. Une première question était de savoir qui devaient être ces gestionnaires. Plusieurs pistes étaient possibles. L'une était de confier le centre de santé à un individu (par exemple, l'infirmier titulaire). On peut appeler cette formule celle du *modèle concessionnaire*.²⁸ Pour une période donnée, un individu se voit confier la gestion du centre de santé. Comme gestionnaire, il décide du nombre et de la rémunération de son personnel. Libre à lui de mettre en place un bon système de motivation de son staff. La grande force de cette option est qu'elle permet de mettre en concurrence les différents concessionnaires possibles. Le concessionnaire est en effet jugé sur ses résultats. A la fin du contrat, en cas de performance décevante il peut être remplacé par un infirmier concurrent.

Une autre option est de responsabiliser l'ensemble du personnel. C'est le *modèle de la cogestion*. Après concertation, c'est plutôt cette seconde piste qui a été retenue pour l'Initiative pour la Performance.

Plusieurs raisons ont motivé ce choix. La première était pragmatique. Dans le district de Kabutare, un système de primes existait déjà. Cet avantage était d'une certaine façon déjà acquis par le personnel. Avec le modèle concessionnaire, il y avait un risque, au moins théorique, que quelques-uns captent les avantages qui revenaient précédemment au plus grand nombre. La seconde raison relevait plus du modèle de gestion que l'on souhaitait mettre en place. Faire fonctionner un centre de santé est un travail d'équipe. Plutôt que d'inciter sur le leadership d'un individu, il a été jugé préférable de renforcer la dynamique de dialogue, de collaboration et de propriété collective.

Pour concrétiser cette nouvelle responsabilité du personnel, dans chaque centre de santé un *comité de gestion* a été mis en place. Ses membres sont des représentants du personnel. Pour ne pas donner un pouvoir excessif à ce dernier, une représentation de la population a été garantie dans ce comité.

²⁸ Cette option institutionnelle est celle qui a été adoptée dans la Province de Cyangugu.

Rôle du comité de gestion

Comme son nom l'indique, le principal rôle du comité de gestion est de gérer le centre de santé. Par gérer, nous entendons prendre les décisions à même d'assurer au mieux le développement économique de la formation sanitaire à court et moyen terme.

Pour saisir les nouvelles opportunités offertes par l'Initiative pour la Performance, des décisions entrepreneuriales doivent être prises. L'augmentation des activités ne passe pas seulement par plus de temps de travail. Une réorganisation des services de santé (réallocation des travailleurs, développement de nouveaux services, mise en place de nouvelles stratégies...) peut également être bénéfique. Les personnes les mieux à même pour produire ces idées et les mettre en œuvre sont les équipes des centres de santé. Avec le comité de gestion, elles disposent de l'espace de pouvoir pour prendre ces décisions.

Le comité de gestion est également bien placé pour assurer l'amélioration de la qualité des services. Pour attirer les utilisateurs, les centres de santé ont désormais tout intérêt à se rendre plus accueillants : propreté, gentillesse, disponibilité, honnêteté... Autant d'aspects qui comptent aux yeux du public. A nouveau, les agents du centre de santé sont les acteurs clés pour de tels changements. Non seulement, c'est à eux de décider des efforts à produire, mais comme groupe, ils doivent également disposer du pouvoir pour imposer le changement dans les pratiques et comportements individuels. Si le groupe a ainsi effectivement intérêt à ce qu'une permanence 24 heures sur 24 soit assurée, l'employé de garde, à titre individuel, peut préférer vaquer à ses propres occupations. Il faut donc que le groupe puisse obtenir une vraie redevabilité de chacun de ses membres. A cette fin, l'Initiative pour la Performance a veillé à donner de bons outils au comité de gestion.

Les primes individuelles : variables et complémentaires

Pour motiver le personnel à s'appliquer à la tâche, le comité de gestion dispose d'un système de *primes individuelles variables*. Chaque mois, le travailleur touche une prime qui est fonction de plusieurs facteurs : (1) le montant total dont dispose le centre de santé (directement déterminé par les rémunérations que ce dernier a obtenues via les activités qu'il a produites le mois précédent) ; (2) le nombre d'employés dans la structure ; (3) les critères de distinction faits par le centre au sein de son personnel (qualification, responsabilité...); (4) l'effort individuel durant le mois (présence au poste, absence de faute grave, initiative...).

La prime est *variable* parce qu'elle dépend chaque mois de la production du mois passé. Plus le centre produit des activités, plus l'individu est gagnant.²⁹ La prime est *individuelle* parce que les performances varient en fonction des individus. Chaque travailleur ne touche donc pas la même chose. D'une part, une grille (stable sur le temps) veille à rémunérer de façon plus élevée ceux qui assument des responsabilités plus importantes. D'autre part les efforts de chacun sont l'objet d'une appréciation mensuelle par le comité de gestion. En cas de contribution inférieure (par exemple pour cause d'absence) ou de non-respect des règles qui ont été adoptées par le groupe, l'agent de santé peut se voir pénaliser par une réduction de prime.

Exemple

Le centre de santé Z a, ce mois-ci, 66.180 frw à distribuer. Au démarrage de l'Initiative pour la Performance, le comité de gestion a établi la grille suivante : l'infirmier titulaire aurait droit à 8 parts, l'infirmier en second, le laborantin et le gestionnaire de pharmacie à 6 parts, les deux aides-soignants à 4. La valeur d'une part, ce mois-ci est donc de 1.950 francs rwandais (66.180 francs divisés par 34). Supposons que l'infirmier en second a été absent un tiers du temps à cause d'un séminaire. Il a donc droit à $2/3 \cdot 6 \cdot 1.950$ frw, soit 7.800 francs rwandais.

Il est enfin important de noter que la prime est *complémentaire*. Elle s'ajoute à un montant fixe qui assure un minimum vital au travailleur. Ce revenu fixe est soit le salaire payé par l'Etat, soit celui payé par la formation sanitaire. Ce montant fixe est l'objet d'un contrat de travail propre établissant des droits et obligations indépendants du contrat individuel des primes. Chaque centre de santé doit veiller à ce que la somme du revenu fixe et de la prime variable attendue constitue une motivation suffisante pour chaque individu. Si nécessaire, le revenu fixe doit être revu à la hausse.

²⁹ Pour éviter de trop grosses différences entre les centres de santé, un plafond maximal a toutefois été instauré. Outre le problème d'équité, une prime individuelle moyenne trop élevée correspond en effet à un signal d'une possible surcharge de travail avec risque de dégradation de la qualité. Il est alors temps pour le centre de santé d'engager un agent supplémentaire, en finançant, éventuellement, une partie de son salaire sur le budget « primes ».

L'adoption de règles claires

Pour armer les comités de gestion, l'Initiative a veillé à ce que des règles claires et connues de tous soient adoptées.

En établissant un cadre de référence explicite, le règlement d'ordre intérieur, les profils de poste et la grille de calcul des primes réduisent les risques d'arbitraire. Chaque formation sanitaire a été laissée libre dans la rédaction de ces différentes règles internes, mais leur introduction était posée comme condition d'entrée dans le nouveau système de rémunération.

La structuration par les contrats

L'Initiative pour la Performance se range parmi ce qu'on appelle aujourd'hui *les approches contractuelles*.³⁰ Cette terminologie introduit selon nous une certaine confusion : elle met l'accent sur un aspect relativement technique de la réforme et laisse dans l'ombre ce qui la caractérise le plus : la révision radicale des incitations.

Ceci dit, il demeure que l'Initiative pour la Performance repose sur des contrats. Après avoir présenté l'utilité de ces contrats, nous présenterons rapidement l'architecture contractuelle adoptée par l'Initiative.

Des contrats pour réintroduire l'exigence

Comme d'autres systèmes de primes qui existent ou ont existé au Rwanda, le système antérieur à l'Initiative pour la Performance avait, outre le caractère fixe des primes individuelles, un second défaut : son but était d'offrir une rémunération plus décente au personnel en vue de maintenir sa motivation. Cette finalité n'est bien sûr pas mauvaise, mais elle ne s'accompagnait pas d'une exigence de contrepartie. C'était un transfert de fond sans formalisation claire des obligations du personnel.

L'introduction d'un système de primes offre en fait une opportunité unique : celle de réintroduire ou revoir les règles de redevabilité auxquelles le personnel doit répondre. Le "*deal*" est équitable : "nous vous offrons un complément de revenus, mais en échange nous exigeons le respect de certaines règles".³¹

Nous avons déjà mentionné que dans de nombreux pays pauvres, les règles de bonne gestion, les codes éthiques, l'application au travail se sont sérieusement dégradés ces deux dernières décennies. Souvent, le premier responsable est l'état lui-même. Défaillant dans ses obligations vis-à-vis de son personnel, ce dernier a, en contrepartie, revu ses propres obligations à la baisse. Si on ne paie pas son personnel pendant plusieurs mois, on ne peut pas lui reprocher son absentéisme : chaque chef de famille est avant tout redevable vis-à-vis de la famille qu'il doit nourrir.

La mesure dans laquelle le personnel de la santé n'est aujourd'hui plus redevable envers sa hiérarchie, les normes professionnelles et les utilisateurs varie selon les pays et les défaillances de l'état. Au Rwanda, en tout cas dans les districts de Gakoma et Kabutare, le problème ne semblait pas aussi grave que ce que l'on peut observer dans d'autres pays pauvres. Ceci dit, des problèmes existaient. Le paiement des primes autorisait donc à être exigeant vis-à-vis du personnel. Le système d'incitations devait être doublé par un système de redevabilité.

Un contrat formel est bien sûr le mécanisme institutionnel le plus propice pour établir les obligations respectives d'agents économiques en transaction. En établissant sur papier, clause par clause, ce qui est attendu du partenaire, un contrat fixe un cadre de référence claire pour la redevabilité.

Une approche contractuelle à deux étages

Pour soutenir la révision des incitations aux deux niveaux, les instigateurs de l'Initiative pour la Performance ont opté pour une approche contractuelle à deux étages (Voir schéma 1). Un premier contrat, le *Contrat d'Achat*, est établi entre l'acheteur et le prestataire (en anglais: « *provider* »). Ce contrat établit d'une part les ressources supplémentaires dont la formation sanitaire peut bénéficier (montant, règles de calcul...), d'autre part les nouvelles obligations à laquelle cette dernière doit en contrepartie se

³⁰ *L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement*, Perrot et al, OMS 1997. *L'Approche contractuelle comme outil de mise en oeuvre des politiques nationales de santé en Afrique*, Bodard & Schmidt-Ehry, GTZ 1999.

³¹ Au Cambodge, la formule a donné son nom à l'expérience du "New Deal".

conformer. Un second contrat, le *Contrat de Motivation*, est établi entre le représentant du prestataire et chaque travailleur individuel. Ce contrat fixe les (nouvelles) obligations de l'employé envers sa structure de santé ainsi que les primes auxquelles il a droit.

Il ne nous est pas possible ici de détailler les deux contrats, mais nous pouvons en préciser quelques originalités.³²

Le Comité de Pilotage

Lors de la phase préparatoire, les partenaires ont considéré les différentes options possibles en ce qui concernait la fonction d'achat. A qui fallait-il la confier ? Finalement, c'est la formule composite du *Comité de Pilotage* qui a été retenue. La formule, déjà expérimentée au Cambodge, consiste à rassembler autour de la table les différentes parties prenantes (en anglais, *stakeholders*) dans un seul et même contrat multilatéral. L'avantage de la formule est qu'elle permet d'impliquer tout le monde. Cela a également d'importantes vertus didactiques quand on mène une expérience pilote. La formule a enfin l'avantage de l'ouverture : il est par exemple possible à un nouveau bailleur de s'ajouter au tour de table. Une sorte de mini-SWAP se construit alors. La principale faiblesse du modèle est que le Comité de Pilotage ne peut être qu'une formule transitoire. D'une part, si la formule se généralise sur un pays, certains *stakeholders* devront procéder par délégation de pouvoir (ex : le niveau central). D'autre part, le modèle ne favorise pas la clarification des fonctions et responsabilités (la Direction Provinciale de la Santé est ainsi à la fois juge et partie).

Le Contrat d'Achat

Le contrat d'achat à Kabutare et Gakoma est un contrat global dans lequel tous les *stakeholders* s'engagent à aider la formation sanitaire à améliorer sa performance (voir schéma 2). L'ONG s'engage à apporter les fonds nécessaires, le Ministère de la Santé s'engage à soutenir l'Initiative par les décisions opportunes (affectation ou mutation de personnel...). En contrepartie des ressources et supports dont elle va bénéficier, chaque formation sanitaire s'engage à offrir de meilleurs services à la population.

Plus haut, dans ce document, nous avons détaillé les mécanismes de rémunération des centres de santé. Le contrat global d'achat précise les différents barèmes pratiqués, les obligations en termes d'information et de transparence, les conditions d'exclusion... Le principe de base du contrat d'achat est que le paiement est prédéterminé par les barèmes. Pour peu que les données soient véridiques, un centre de santé performant n'a pas à s'inquiéter : chaque mois, il reçoit ce qui lui est dû. Il est important de noter toutefois que ce mécanisme s'inscrit dans une volonté globale d'améliorer la santé de la population. S'il s'avère qu'une équipe de centre de santé est particulièrement médiocre dans ses activités (en termes de quantité ou de qualité), plutôt que de continuer à payer des incitations, le Comité de Pilotage peut chercher à régler le problème par son pouvoir d'acheteur. Il peut ainsi suspendre le centre de santé du système jusqu'à ce que les causes profondes du dysfonctionnement soient réglées. Comme nous le verrons plus loin, cette clause a été exploitée durant la première année de fonctionnement.

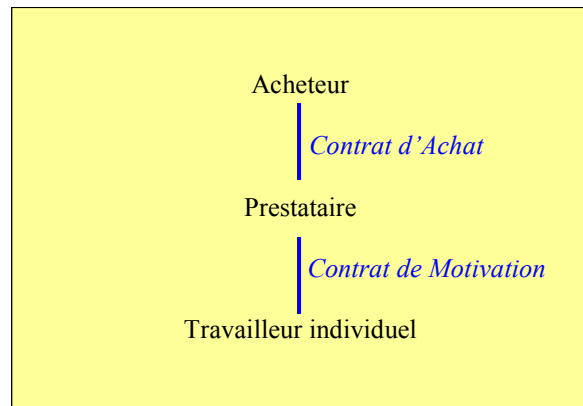


Schéma 1 : modèle contractuel

³² Les contrats sont disponibles sur demande (contacter les auteurs).

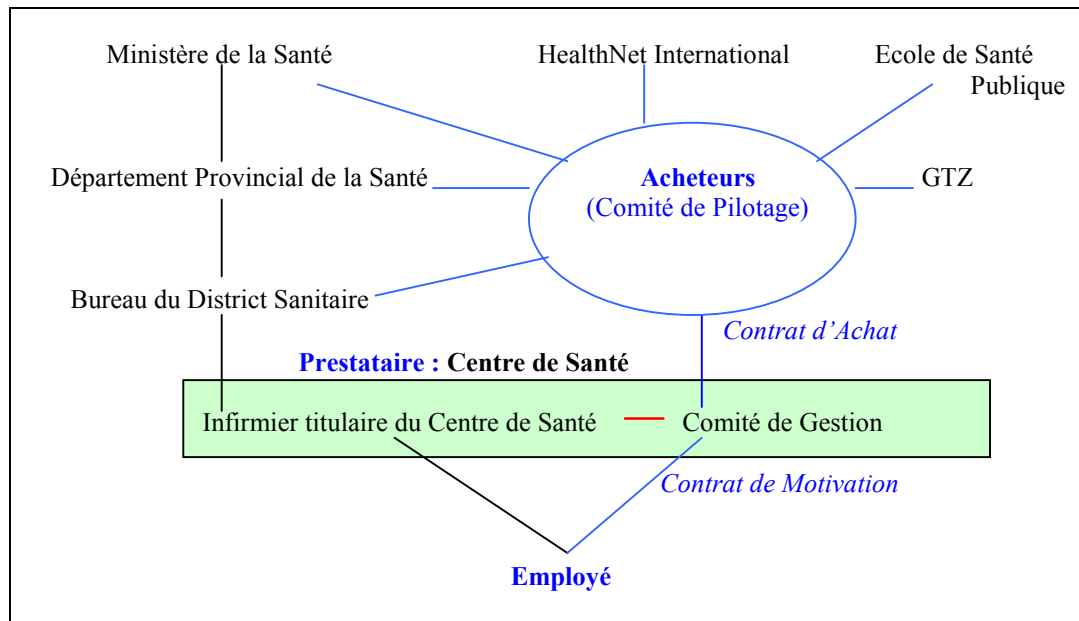


Schéma 2 : Modèle contractuel à Kabutare et Gakoma

Le Comité de Gestion et le contrat de motivation

Dans le cadre de l'Initiative pour la Performance, le Comité de Pilotage passe un contrat d'achat avec chaque centre de santé. Ce dernier doit être représenté par l'instance la mieux à même, en termes d'intérêts (incitations) et de pouvoir (redevabilité), à poursuivre cet objectif de performance. Sans surprise, c'est le comité de gestion qui assume ce rôle.

Le système de primes individuelles est l'objet d'un contrat entre le comité de gestion et chaque agent de santé travaillant dans la formation sanitaire. Le contrat établit la relation existant entre les primes payées à l'individu et les règles qu'il doit respecter. Le contrat renvoie à différents documents donnant plus de contenu aux obligations de l'individu, à savoir : le contrat d'achat, le règlement d'ordre intérieur (horaire de travail, règles de discipline...) et le profil de poste (précision des tâches individuelles).

Le contrat et ses annexes ont été rédigés avec le personnel du centre de santé. Des différences entre structures existent donc. Le Bureau de District a veillé d'une part, à ce que chaque contrat reste juste et conforme aux règles et lois en vigueur, d'autre part à ce qu'il n'y ait pas de trop grosses différences de régimes entre les différents centres de santé.

CHAPITRE 3 : MISE EN OEUVRE DE L'INITIATIVE POUR LA PERFORMANCE

Lancement

En 2001, acheter les résultats était une stratégie neuve au Rwanda. Aux yeux du Ministère de la Santé et des partenaires, il était entendu qu'il fallait avancer avec prudence. Dans cette section, nous nous proposons de passer en revue les différentes étapes de la mise en place.

Etapes préparatoires

L'idée d'adopter une approche d'achat de résultats a été formulée pour la première fois en février 2001, lors de la visite de Robert Soeters, consultant pour une stratégie similaire au Cambodge. Dans les mois qui ont suivi, différentes réunions se sont tenues à Butare. Il était nécessaire tout d'abord de s'accorder entre partenaires sur les grands axes stratégiques (par exemple, le choix de se concentrer sur les seuls centres de santé). Il s'agissait ensuite d'annoncer au personnel de santé le prochain passage à un système de rémunération à la performance. A cette fin, différentes séances d'information ont été organisées à destination du personnel des centres de santé et des comités de santé. Fin décembre 2001, un premier consensus existait sur les activités à acheter.

Pour mettre en œuvre les décisions stratégiques, un appui technique était vu comme nécessaire. En janvier 2002, Bruno Meessen est sollicité pour une consultation de 15 jours. Grâce aux données du GESIS, il simule, sur un tableur de calculs, différents niveaux de performance en fonction de différentes clés de rémunération possibles. L'impact possible du nouveau système sur le revenu individuel des agents de santé est également estimé. A la sortie de sa mission, les décisions relatives à la nature des parties contractantes, au nombre d'indicateurs, aux montants des barèmes et au modèle contractuel sont prises.³³

Durant les mois de mars et avril 2002, chaque centre de santé des districts de Gakoma et Kabutare est visité par une délégation. Les superviseurs de district leur expliquent les objectifs de l'Initiative pour la Performance, les principes qui la fondent et le modèle contractuel retenu. Les équipes de chaque centre de santé sont invitées à (1) créer un comité de gestion ; (2) adopter un règlement d'ordre intérieur ; (3) rédiger des profils de poste pour chaque agent de santé et (4) établir une grille pour la rémunération des primes individuelles. Ces étapes sont posées comme autant de conditions préalables pour qu'un centre de santé soit accepté dans l'Initiative pour la Performance.

Simultanément, les différents outils de gestion et contrats sont finalisés par l'ONG.

Démarrage

Dans les semaines qui suivent, tous les comités de gestion des centres de santé signent le contrat d'achat avec les différents membres du Comité de Pilotage. Dans la mesure où l'expérience est neuve, le contrat est souple. Il est prévu qu'avec accord des parties, il peut être revu régulièrement.

C'est le district de Gakoma qui sera prêt le premier. Les premières rémunérations à la performance sont payées à ses quatre centres de santé en mars 2002. En juin 2002, tous les centres de santé ruraux du district de Kabutare basculent du système des primes fixes au régime de l'Initiative pour la Performance.

Depuis ce temps, comme convenu, chaque mois, les centres de santé font parvenir au bureau de HealthNet International leurs activités du mois. L'ONG calcule le montant à payer et remet les fonds correspondants à l'infirmier titulaire. Ce dernier réunit le comité de gestion qui décide comment répartir les revenus entre les agents de santé.

³³ « L'Initiative pour la Performance », Rapport de Mission, Meessen, Kashala et Musango, 2002.

Le suivi et le monitoring

Une fois mise en place, une approche contractuelle nécessite un certain suivi, a fortiori si l'expérience est innovante. Dans cette section, nous nous étendrons plus particulièrement sur les différents rôles du Comité de Pilotage et sur la stratégie retenue pour contrôler l'authenticité des chiffres communiqués par les centres de santé.³⁴

Rôles et fonctions du Comité de Pilotage

Pour conduire l'Initiative pour la Performance, un Comité de Pilotage a été créé. Selon le contrat global d'achat, « *le rôle principal du Comité de Pilotage est de s'assurer que les stratégies développées par les formations sanitaires dans le cadre de l'Initiative pour la Performance respectent la politique nationale sanitaire du Rwanda et les objectifs du projet « Santé d'Abord » opéré par l'ONG HealthNet International. Dans ce but, le Comité de Pilotage est l'instance qui achète aux formations sanitaires les activités supportées par l'Initiative pour la Performance. L'achat s'effectue sur une clé de barèmes et de règles (...) que les différentes parties contractantes sont tenues de respecter. L'achat est motivé sur base d'une appréciation attentive des résultats et performances des différentes formations sanitaires* ».

Le Comité de Pilotage est composé de tous les signataires du contrat global d'achat, à l'exclusion des centres de santé eux-mêmes. Au départ, il était prévu que le Comité de Pilotage se réunisse tous les trimestres. Il devait remplir les fonctions suivantes.

1. **Exprimer physiquement l'engagement de chacun.** Le contrat global, pour sa bonne application, nécessite des rencontres physiques régulières. En participant aux réunions du Comité de Pilotage, les différents partenaires prouvent qu'ils sont fermement engagés dans la réussite de l'Initiative pour la Performance. Ces rencontres sont l'occasion d'apprécier la mesure dans laquelle chacun tient ses engagements et la pertinence du contrat tel qu'il a été passé. Le cas échéant, les partenaires s'accordent sur une révision des engagements mutuels.
2. **Choisir les activités à rémunérer.** Le Comité de Pilotage choisit les activités qu'il veut acheter aux centres de santé. Selon ses priorités et les résultats antérieurement obtenus, il peut décider de revoir les barèmes, de supprimer ou de rajouter des indicateurs. Toutes ces révisions sont reprises dans une nouvelle version du contrat. Si les centres de santé ne sont pas d'accord avec les nouvelles clauses, il leur est loisible de sortir de l'Initiative pour la Performance.
3. **Apprécier la performance des centres de santé et décider en circonstance.** Le Comité de Pilotage est responsable de veiller à ce que les centres de santé signataires améliorent effectivement leurs performances. Pour se faire, il met en place des mécanismes de contrôle des centres de santé (voir section suivante). Le Comité de Pilotage est l'acheteur, celui qui exige des résultats en contrepartie de ses paiements. L'achat est un rôle parfois ingrat : si un centre de santé ne respecte pas le contrat (résultats médiocres, tricherie avec le système d'incitations...), des mesures doivent être prises. Par sa composition plurielle et ses termes de références, le Comité de Pilotage est bien placé pour remplir cette fonction de façon juste et objective.
4. **Piloter l'expérience et résoudre les problèmes qui émergent.** L'Initiative est une expérience nouvelle à de nombreux égards (par exemple, l'achat des activités préventives à l'unité). Comme tous les risques ne sont pas connus, il est important d'avoir un suivi de proximité. Il s'agit notamment de s'assurer que l'Initiative contribue effectivement aux objectifs de la politique nationale de santé. Il n'est pas exclu ainsi que de nouveaux goulots d'étranglement apparaissent. Le fait que les principaux acteurs soient réunis au sein du Comité de Pilotage permet de trouver rapidement des solutions à ces blocages.
5. **Inclure les décideurs en matière de politique de santé.** L'Initiative pour la Performance est une expérience qui peut être source d'importants enseignements pour le Rwanda. Non seulement pour le système de santé, mais éventuellement pour d'autres secteurs sociaux. Il était donc important de mettre en place une plate-forme pouvant accueillir les acteurs à même de tirer les leçons de

³⁴ Pour être complet, nous devons préciser que le suivi a également consisté en le lancement de différentes 'micro-études' et une évaluation par le consultant extérieur (« L'Initiative pour la Performance, Six mois après », Meessen, Kashala et Musango, 2002).

l'expérience. A cette fin, il a été décidé que le niveau central du Ministère de la Santé et l'Ecole Nationale de Santé Publique soient membres du comité.

6. **Etre transparent vis-à-vis des structures de santé.** A chaque réunion du Comité de Pilotage, les centres de santé peuvent envoyer leurs représentants. Ils sont ainsi invités à assister aux décisions qui les concernent.
7. **Familiariser l'état à un nouveau mode de financement de la santé.** Toute vraie solution aux problèmes des services de santé périphériques passera par un engagement financier plus conséquent de la part de l'état. L'Initiative pour la Performance suggère une nouvelle stratégie : l'achat de résultats sur base de contrats. Cette option est tout à fait possible également avec les ressources publiques. La pratique du « panier commun » et de la décision collégiale du comité de pilotage reviennent par ailleurs à une sorte de SWAP décentralisé.
8. **Diffuser les résultats de l'expérience.** Si l'Initiative pour la Performance s'avérait pertinente et particulièrement bénéfique, il était important que les résultats soient rapidement connus des intervenants majeurs de la Province, mais également du pays. A cette fin, des visiteurs occasionnels (bailleurs de fonds, ONG...) ont été accueillis aux réunions. Ces dernières offrent en effet une excellente fenêtre pour comprendre la dynamique contractuelle. Si les visiteurs sont invités à partager idées et commentaires durant la réunion, ils n'interviennent pas en tant que tel à l'heure des décisions.

Dans les faits

Depuis le démarrage, le Comité de Pilotage s'est réuni à trois reprises. Rassembler tout le monde en même temps n'est pas toujours facile au Rwanda, tant les individus sont sollicités.

Le Comité de Pilotage a joué un rôle actif d'acheteur. En octobre 2002, il a ainsi été constaté que la couverture vaccinale contre la rougeole était insatisfaisante dans les deux districts. Une trop grande déperdition se faisait entre l'avant dernière injection (le DTC3) et l'antigène de la rougeole. A la réunion suivante (mars 2003), il a été décidé que les 250 frw qui rémunéraient jusqu'alors une 3^e injection du vaccin DTC seraient désormais transférés sur l'injection du VAR (qui passa alors de 250 frw à 500 frw).

Pour apprécier la performance des centres de santé, le Comité de Pilotage a procédé de deux façons. Il s'est tout d'abord basé sur les rapports mensuels d'activités communiqués par les centres de santé. A chaque réunion, les derniers résultats des deux districts ont été présentés et discutés. Pour valider ces chiffres, le Comité de Pilotage s'est fait aider par l'Ecole de Santé Publique (voir section suivante). Selon une méthodologie stricte, cette dernière a procédé de façon aléatoire à des contrôles dans les formations sanitaires. Lors des réunions, les rapports présentant les résultats de ces contrôles ont été discutés et des décisions prises.

Les faibles résultats de certains centres de santé peuvent trouver leurs causes dans des contraintes structurelles. Le Comité de Pilotage peut aider à les résoudre. En octobre 2002, il a ainsi été observé que trois centres de santé persistaient à ne pas prendre en charge les accouchements. Les goulots d'étranglement ont été identifiés lors des discussions. Le Comité de Pilotage a alors décidé de combiner la méthode douce et une poigne ferme. Il a ainsi été signifié aux trois centres de santé qu'ils devaient rapidement délivrer un PMA complet sous peine d'exclusion de l'Initiative pour la Performance. Pour les aider, certains membres du Comité de Pilotage ont délivré des appuis supplémentaires.

Comme convenu, le Comité de Pilotage a veillé à inclure les différents acteurs concernés ou susceptibles d'être intéressés par l'Initiative pour la Performance. Le niveau central et les représentants des centres de santé ont été invités à chaque réunion. Différents opérateurs rwandais ou extérieurs ont également été invités à assister aux présentations et délibérations.

Le Comité de Pilotage a chaque fois pris ses décisions par consensus et en toute transparence.

Le contrôle des activités rémunérées

Généralités

Chez le coiffeur, nous nous assurons de la qualité de la coupe avant de payer. De même, la ménagère aime à scruter, palper et sentir le poisson ; le chef s'assure que ses subalternes accomplissent les missions qui leur ont été confiés. Pour tout *principal* engagé dans un contrat, la règle est la même : il est capital de vérifier que l'*agent* remplit ses obligations. Si le contrôle est insuffisant, les économistes s'attendent à ce que l'agent soit *opportuniste* : il fera moins que ce à quoi il s'est engagé.

Lorsqu'on rémunère des centres de santé en fonction des chiffres d'activités qu'ils communiquent, la première incitation qu'on leur donne est bien sûr celle de gonfler les chiffres. Cela est pernicieux à plusieurs égards : (1) les populations ne reçoivent pas les services qui leurs sont destinés ; (2) l'argent est gaspillé ; (3) les malhonnêtes sont récompensés ; (4) le système d'information sanitaire est pollué par une information fausse.

Pour prévenir cette situation, différentes mesures ont été prises dans le cadre de l'Initiative pour la Performance. Elles suivent les recommandations traditionnelles : pour dissuader des comportements opportunistes, il faut rendre cette stratégie sous-optimale pour l'*agent*. A cette fin, il faut simultanément mettre en place un contrôle suffisamment efficace et de lourdes sanctions (financières ou « réputationnelles »).

Les mécanismes de contrôle et de sanctions ne sont pas sans coût pour le *principal*. Augmenter la probabilité de détection des « opportunistes » passe ainsi par des contrôles plus fréquents ou plus tatillons. On peut ne pas renouveler le contrat pour sanctionner l'équipe du centre de santé, mais il faut pouvoir disposer d'une alternative à faible coût (pour le *principal* et la population).

Quand on veut mettre en œuvre une approche contractuelle dans la santé, il y a donc un équilibre à trouver : il faut investir suffisamment dans le contrôle et la sanction pour être respecté, mais il faut veiller à ne pas engloutir ses ressources dans le contrôle même de la performance.

Dans les faits

Différentes pistes ont été envisagées pour organiser le contrôle de la performance des centres de santé. Après concertation, il a été finalement décidé de sous-traiter cette fonction à un agent externe.³⁵ Sur la période 2002-2003, c'est l'Ecole de Santé Publique qui a obtenu le contrat.³⁶

Pour codifier le processus, un protocole de contrôle a été rédigé. Il stipule notamment le commanditaire (le Comité de Pilotage), le « financeur » (HealthNet International), le profil possible des sous-traitants pour le contrôle, les éléments qui sont objets du contrôle et les règles à suivre lors des vérifications (confidentialité, comportement des enquêteurs, administration de l'interview, ...).

Concrètement, le contrôle consiste à vérifier deux égalités : (1) Est-ce que les chiffres d'activités communiqués à HealthNet International correspondent bien aux utilisations enregistrées dans les registres d'activités tenus par les centres de santé ; (2) Est-ce que les utilisateurs repris dans les registres d'activités correspondent à des personnes ayant effectivement utilisé les services en question ? Le premier contrôle passe par un examen attentif des registres. Le second nécessite une visite à domicile de ménages aléatoirement sélectionnés dans les registres.

Pour faciliter la collecte de l'information, un questionnaire a été préparé. Il précise les différentes variables à collecter dans les registres d'activités mais aussi toute l'information à demander au ménage lors

³⁵ Notre souhait était de ne pas engager les superviseurs des équipes-cadres de districts dans le contrôle. Une telle implication risquait effectivement de compromettre la relation de confiance qu'ils ont développée avec le personnel des centres de santé dans le cadre des supervisions formatives.

³⁶ Les objectifs indirects poursuivis avec l'implication de l'Ecole de Santé Publique étaient le renforcement des expertises nationales en matière d'approche contractuelle et la constitution d'une base de données sur les centres de santé.

de la visite à domicile. Le questionnaire détaille le profil du ménage, le service qui a été utilisé mais également l'appréciation que les membres du ménage ont des services offerts par le centre de santé. De fait, la visite à domicile est une excellente opportunité pour en savoir plus sur la perception du centre de santé. Il est important toutefois de préciser que cette dernière information n'est pas utilisée dans une logique de rémunération ou sanction.

En date d'aujourd'hui, deux vagues de contrôle ont été effectuées. A chaque fois, un tirage aléatoire de dix centres de santé a eu lieu. Pour chaque centre de santé, un peu moins de 50 utilisations tirées au hasard ont été vérifiées. A chaque fois, on a veillé à ce que les différentes activités rémunérées par l'Initiative pour la Performance soient contrôlées.

Les contrôles ont été l'objet de deux rapports descriptifs et analytiques.³⁷ A chaque fois des cas litigieux ont été identifiés. Mais après une seconde vérification par le Comité de Pilotage, les suspicions ont pu être levées. Si aucun cas de fraude n'a été détecté, il a été rapporté que plusieurs centres de santé manquaient un peu de soin dans la tenue de leurs registres.

Jusqu'à ce jour, aucune sanction n'a dû donc être prise contre un centre de santé. On ne peut bien sûr que se réjouir d'un tel respect du contrat. Nous aimons croire que cela tient à l'honnêteté des individus animant les centres de santé. Mais il n'est pas impossible que certaines clauses contractuelles, telles que l'exclusion en cas de fraude, aient un saine effet dissuasif sur ceux qui auraient pu être tentés par des stratégies malhonnêtes.

Il est important de se souvenir que la crédibilité d'un tel système d'incitations passe non seulement par la détection des fraudes, mais par leur sanction ferme. Si les centres de santé venaient à se rendre compte que l'acheteur est faible dans son pouvoir, les abus se multiplieraient et l'approche serait rongée de l'intérieur. Toute la logique de l'Initiative pour la Performance est là : rémunérer l'effort, mais exiger en contrepartie le strict respect des règles de redevabilité.

³⁷ « Enquête de contrôle de la performance des formations sanitaires participant à l'Initiative pour la Performance », Ecole de Santé Publique, 2003 et « Initiative pour la Performance ; Enquête de contrôle dans les districts sanitaires de Kabutare et Gakoma », Ecole de Santé Publique, 2003.

CHAPITRE 4 : RESULTATS OBTENUS

Les activités

L'Initiative pour la Performance a été mise en place dans les 4 centres de santé de Gakoma en mars-avril 2002 et dans les 15 centres ruraux de Kabutare en juin 2002. En date de janvier 2004, nous disposons donc de 19 à 22 mois d'expérience. Ce laps de temps nous semble suffisant pour apprécier la validité de l'approche dans le cadre des districts de santé.

Le district de Gakoma

Le personnel du district de Gakoma n'était précédemment pas inclus dans le système de primes fixes payées par HealthNet International. Dans ce district, la comparaison est donc entre une situation sans complément de revenus et une situation avec primes variables dépendant de la performance. L'injection de fonds dans les 4 centres de santé a été d'environ 14.400 US\$ par an.³⁸

Le Tableau 1 résume la variation des activités depuis l'introduction de l'Initiative pour la Performance. On voit que les progressions ne sont pas systématiques ou tout au moins uniformes. Depuis 2001, les consultations curatives ont relativement peu progressé. La performance de 2003 a même été plus faible que celle de 2002 (tendance identique dans les 4 centres de santé). En matière d'accouchements « institutionnels » (aux centres de santé ou référés), les progrès sont par contre clairs. Aujourd'hui, 30% des accouchements attendus dans le district de Gakoma ont lieu dans une formation sanitaire. De 1998 à 2001, ce taux plafonnait à moins de 15%. La tendance est commune dans les 4 centres de santé.

	2001	2002	2003	2003/2001
Population	77.557	79.744	81.993	6%
Consultations (Nouveaux Cas)	36.374	50.490	45.310	25%
NC/habitant/an	0,47	0,63	0,55	18%
Accouchements au CS	463	1.042	1.034	123%
Accouchements référés par les CS	29	75	64	121%
Accouchements assistés / Attendus	14%	31%	30%	111%
Nouvelles inscriptions PF	22	150	171	677%
Couverture VAT 2-5	47%	74%	70%	47%
Couverture DTC3	60%	88%	87%	44%
Couverture VAR	59%	63%	92%	56%

Tableau 1 : Evolution des activités dans les centres de santé du district de Gakoma

En matière de prévention, les progrès sont également variables. Le nombre de femmes adoptant une méthode artificielle d'espacement des naissances a fortement augmenté, mais il reste trop bas.³⁹ Les progrès sont satisfaisants en terme de prévention du tétanos chez les femmes enceintes. Les résultats en matière de vaccination des nourrissons parlent d'eux-mêmes.

Le district de Kabutare

A Kabutare, le personnel des 15 formations sanitaires incluses dans l'Initiative pour la Performance bénéficiait précédemment de primes fixes. Dans ce district, la comparaison est donc entre une situation

³⁸ Montant extrapolé à partir des sommes effectivement versées aux centres de santé sur les 22 premiers mois de l'Initiative pour la Performance.

³⁹ Il n'est pas impossible que cette augmentation soit en partie le résultat d'un meilleur enregistrement d'utilisatrices à qui les centres de santé concédaient jadis plus facilement l'anonymat 'statistique'.

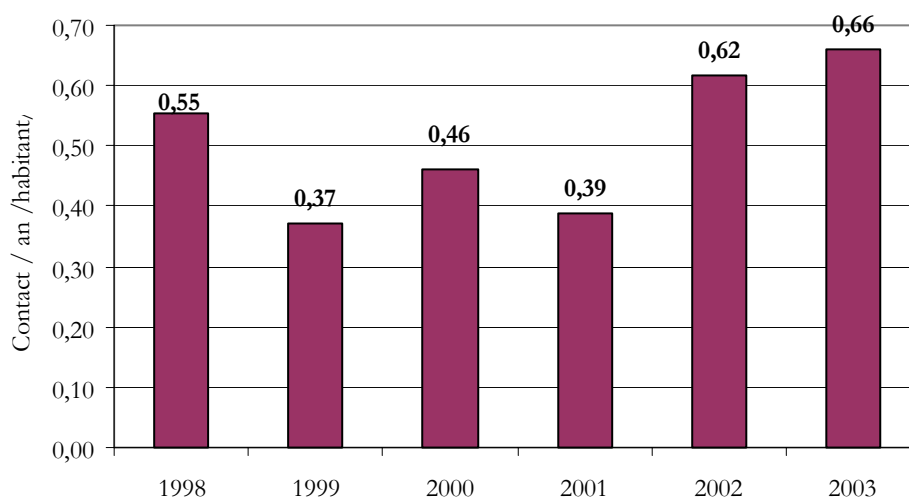
avec primes fixes (environ 34.000 US\$ par an) et une situation avec primes variables dépendant de la performance (environ 43.900 US\$ par an).⁴⁰

Si le passage au nouveau système de rémunération à la performance s'est fait en juin 2002, les équipes des centres de santé se sont préparées dès le début 2002. La venue du consultant en janvier 2002 envoyait un signal clair que l'Initiative pour la Performance était dans les *starting-blocks*. Le démarrage des primes variables en avril 2002 à Gakoma signifiait que le temps des primes fixes arrivait à son terme dans le district de Kabutare. Dans les faits, les centres de santé n'ont pas attendu juin 2002 pour afficher de nets progrès.⁴¹

	2001	2002	2003	2003/2001
Population	276.487	284.284	290.969	5%
Consultations (Nouveaux Cas)	106.998	174.952	192.594	80%
NC/hab/an	0,39	0,62	0,66	71%
Accouchements au CS	925	1.816	2.234	142%
Accouchements référés par les CS	142	463	618	335%
Accouchements assistés / Attendus	9%	18%	22%	154%
Nouvelles inscriptions PF	399	625	869	118%
Couverture VAT 2-5	34%	52%	46%	35%
Couverture DTC3	68%	75%	78%	14%
Couverture VAR	65%	56%	81%	23%

Tableau 2 : Evolution des activités dans les centres de santé ruraux du district de Kabutare

Le Tableau 2 résume les résultats produits par les 15 centres de santé ayant participé à l'Initiative pour la Performance dans le district de Kabutare. L'augmentation des consultations curatives a été une vraie surprise. Avec un taux de 0,66 contact par an par habitant, le district atteint la référence qui est traditionnellement donnée pour une zone rurale africaine.



Graphique 1 : Nouveau contact/an/habitant, centres de santé ruraux de Kabutare (1998-2003)

Le graphique 1 met cette augmentation en perspective. On peut noter que l'utilisation n'a jamais été aussi haute ces six dernières années. En 1998, le district était pourtant fortement appuyé par un projet de

⁴⁰ Montant extrapolé à partir des sommes effectivement versées aux centres de santé sur les 19 premiers mois de l'Initiative pour la Performance.

⁴¹ Dans la mesure où leur rémunération est calculée sur l'*output* total, les centres de santé n'avaient pas d'incitation à retenir leurs efforts les mois qui précédaient le démarrage de l'Initiative pour la Performance.

Médecins Sans Frontières.⁴² Jusqu'à aujourd'hui, l'hypothèse principale de la baisse d'utilisation des centres de santé dans le district de Kabutare était la barrière financière croissante. Il semble bien que d'autres facteurs jouaient également dans la perte de confiance des usagers.

Comme à Gakoma, l'Initiative pour la Performance a provoqué une forte institutionnalisation des accouchements. Le nombre de références est particulièrement impressionnant. Notre source d'information étant les rapports des centres de santé, les nombreuses parturientes qui se sont rendus directement à l'hôpital de référence ou à l'hôpital universitaire ne sont pas reprises ici.

Pour ce qu'il en est de la prévention, les progrès sont variables. Il y a une légère augmentation des inscriptions au planning familial, mais on reste avec une couverture beaucoup trop faible. La forte implantation des centres de santé catholiques dans le district est clairement un frein à ce niveau (environ 58% de la population rurale du district relève d'un centre de santé catholique). Mais une meilleure compréhension des barrières du côté de la demande serait également souhaitable.

En matière de couverture vaccinale, tant pour la prévention tétanos chez les femmes enceintes que pour les maladies de l'enfance, des progrès sont observés. Mais une marge d'amélioration demeure.

Analyse

On pourrait effectuer de nombreuses analyses détaillées de ces premiers résultats. Nous proposons à titre d'illustration de nous pencher sur deux aspects : la problématique de la santé maternelle et les disparités de performance entre les formations sanitaires.

La santé maternelle

En rémunérant généreusement les accouchements (2.500 frw, soit environ 5 US\$), les partenaires de l'Initiative pour la Performance souhaitaient favoriser une plus grande institutionnalisation des naissances. Bien que l'on manque de véritables points de repères quant à la qualité de l'assistance offerte par les accoucheuses traditionnelles dans la Province de Butare, l'hypothèse de départ était qu'un accouchement au centre de santé était probablement bénéfique en termes de réduction des mortalités et morbidités maternelles et périnatales.

Dans les faits, il faut reconnaître que les capacités obstétricales restent extrêmement sommaires dans les formations sanitaires de première ligne au Rwanda. Le trop faible nombre de sages-femmes est une contrainte majeure à l'échelle du pays.⁴³ Plus qu'un bénéfice au premier échelon, le principal espoir du projet était qu'un plus grand usage des centres de santé par les femmes enceintes allait faciliter l'évacuation vers les hôpitaux de la petite proportion nécessitant une intervention obstétricale majeure. Il y avait consensus sur le fait que cette stratégie pouvait, elle, avoir un vrai impact en termes de mortalité maternelle.

Comme espéré, la rémunération des accouchements (et de la vaccination antitétanique) a incité les équipes des centres de santé à réorganiser la filière maternelle.

L'analyse a posteriori des rapports mensuels nous permet de suivre cette réorganisation. La progression du nombre de nouvelles inscrites à la consultation prénatale semble indiquer que les centres de santé ont tout d'abord veillé à améliorer leur recrutement. Alors que la couverture (nouvelles inscrites / naissances attendues) était aux alentours de 70% en 2001, elle a été de plus de 85% en 2003.⁴⁴ Il semble que les centres de santé se sont également efforcés d'obtenir une plus grande assiduité dans le suivi prénatal. Si les données rapportées sont correctes, le nombre moyen de consultations prénatales par nouvelle inscrite serait passé 1,46 à 1,58 consultations. On reste bien loin toutefois des 4 consultations recommandées par l'OMS.

⁴² En termes de fonctionnement, l'appui consistait notamment en une subvention des médicaments et une importante assistante technique (principalement sur l'hôpital de référence).

⁴³ Il y en aurait 18 dans le pays, et la seule en poste dans la Province de Butare travaillerait à l'hôpital universitaire.

⁴⁴ Dénominateur : nouvelles inscrites provenant des districts de Gakoma et Kabutare. Numérateur : naissances attendues dans les zones rurales des deux districts.

Grâce à cette fidélisation des femmes enceintes (et d'autres stratégies détaillées plus loin), les équipes des centres de santé ont pu réduire leur taux de déperdition entre les femmes venant au moins une fois à la consultation prénatale et celles venant aux centres de santé à l'heure de l'accouchement. Comme mentionné plus haut, aujourd'hui, environ 25% des naissances attendues se font ou transitent par les centres de santé. Le fait que 45% de ces accouchements passant par les centres de santé aient été précédés par 3 ou 4 consultations prénatales (contre 30% en 2001) laisse penser que la qualité de la prise en charge est en voie d'amélioration.

L'Initiative pour la Performance semble donc avoir favorisé une plus grande continuité des soins. Peut-on pousser l'analyse plus loin et observer une amélioration de l'état de santé des deux groupes cibles? Une telle observation est barrée par un biais important : nos seules données portent sur les femmes ayant accouché ou transité aux centres de santé. Si nous savons que la couverture des naissances est désormais meilleure, il nous est impossible de savoir dans quelle catégorie de risques le recrutement s'est fait. Nous devons donc être prudents dans l'interprétation des chiffres de mortalité.⁴⁵

Pour avoir une vision moins tronquée, une étude attentive des accouchements qui ont eu lieu dans les hôpitaux de référence serait déjà très informative. Du reste, nous savons qu'avec le nombre de transferts vers les hôpitaux de référence, nous avons probablement la meilleure contribution de l'Initiative pour la Performance en matière de réduction de la mortalité maternelle. En chiffres absolus, on est passé de 171 transferts en 2001 à 682 en 2003.⁴⁶ Il serait bien sûr utile de connaître le résultat final de toutes les évacuations supplémentaires, mais on peut soupçonner que certaines ont vraiment abouti à des vies sauvées.

Un impact variable entre les centres de santé

Nous ne développerons pas ici une analyse détaillée par centre de santé. Par contre, on peut essayer d'esquisser de grandes tendances. Avant que l'Initiative ne soit introduite, on aurait pu classer les centres de santé des deux districts en quatre catégories : les « petits hôpitaux », les « centres curatifs », le « ventre mou » et le « dernier de la classe ». Différentes questions se posaient avec l'introduction de la rémunération à la performance. L'abandon des primes fixes n'allait-il pas casser le dynamisme des centres de santé les plus populaires auprès des usagers ? Ou au contraire, ne risquait-on pas d'accroître le fossé existant entre les meilleurs et les plus mauvais, et définitivement étouffer les centres de santé en problème sous la concurrence des plus compétitifs ?

Les « petits hôpitaux »

Quand on visite ces centres de santé, on est frappé par la taille et le nombre des infrastructures. Le personnel y est nombreux (mais pas nécessairement qualifié), l'activité constante et l'hospitalisation fort pratiquée. Cinq centres de santé rentrent dans cette catégorie : *Gikonko, Gisagara, Karama, Save* et *Simbi*. A l'exception de Gikonko, tous ces centres ont sous leur responsabilité une population importante. Dans les faits, leurs bassins d'attraction s'étendent largement en dehors de leurs strictes zones de responsabilité. Une des causes est probablement une qualité des services (accueil, propreté, espace...) qui semble supérieure à ce que l'on peut observer ailleurs. Fait notable : tous ces centres de santé sont *agréés* et appartiennent à une congrégation religieuse. Le soutien de ces dernières est ferme et a été constant sur le temps. Les sœurs restent fort présentes dans l'activité quotidienne.

Les chiffres d'activité confirment le constat visuel : ces « petits hôpitaux » hospitalisent beaucoup. Au total, plus que les deux hôpitaux de référence officiels.⁴⁷ Gros prestataires de consultations curatives, les

⁴⁵ Pour 2001, 2002 et 2003, les décès maternels dans les centres de santé ont été de 2, 8 (dont 5 dans un même centre de santé) et 5. Les taux de mortalité périnatale ont été respectivement de 4,6%, 5,9% et 4,4% (données sur 11 mois pour le district de Gakoma en 2003). On ne tirera rien de la comparaison des chiffres 2001 et 2003. Par contre, le saut de la mortalité périnatale entre 2001 et 2002, suivi de la baisse entre 2002 et 2003, pose question. Une hypothèse, parmi d'autres, est qu'une partie du personnel se soit « fait la main » en termes de pratique au fil des accouchements (9 centres de santé sur 19 avaient moins de 5 accouchements par mois en 2001). Cet aspect est discuté plus loin dans ce document.

⁴⁶ Il est possible qu'une partie de ces évacuations existaient déjà par le passé. Etant donné que 2.500 frw sont promis aux centres de santé s'il réfèrent une parturiente, ces derniers veillent désormais à bien enregistrer leur référence.

⁴⁷ Ces derniers, sont, il est vrai, assez souffrants actuellement : l'hôpital de Kabutare est peu soutenu par le Ministère de la Santé et par l'aide extérieure, l'hôpital de Gakoma souffre de son caractère décentralisé et de sa difficulté à fidéliser ses médecins. L'hôpital de Gakoma est en outre « victime » de la compétition du centre de santé de Gikonko.

« petits hôpitaux » ont par contre des performances variables en matière de prévention. Chez la plupart d'entre eux, la tendance, avant l'Initiative pour la Performance, était une certaine négligence du préventif. Les méthodes artificielles d'espacement des naissances ne sont pas pratiquées.

Comment ces « petits hôpitaux » ont-ils réagi suite à l'introduction de l'Initiative pour la Performance ? Nos indicateurs montrent qu'ils ont été stimulés par les nouvelles incitations (Tableau 3). On a observé une forte progression des accouchements (activités où les petits hôpitaux étaient effectivement bien positionnés pour saisir les nouvelles opportunités), une augmentation correcte de la couverture antitétanique des femmes enceintes, des consultations curatives et de la couverture vaccinale des enfants. La politique en matière de planning familial n'a par contre pas été revue.

Dans l'ensemble, on observe donc que les « locomotives » des deux districts ont trouvé leur compte dans l'Initiative pour la Performance. Ceci est bien sûr satisfaisant : il était important que cette dernière ne casse pas ce qui déjà marchait bien.

	2001	2002	2003
"Petits hôpitaux" (N=5)	population estimée:		127.695
NC/habitant/an	0,46	0,73	0,68
Accouchements assistés / Attendus	14%	25%	23%
Couverture VAT	38%	59%	46%
Couverture VAR	64%	52%	75%
"Centres curatifs" (N=2)	population estimée:		36.423
NC/habitant/an	0,65	0,86	1,05
Accouchements assistés / Attendus	0%	2%	19%
Couverture VAT	17%	24%	26%
Couverture VAR	56%	51%	73%
"Ventre mou" (N=11)	population estimée:		196.753
NC/habitant/an	0,33	0,50	0,52
Accouchements assistés / Attendus	10%	22%	25%
Couverture VAT	42%	65%	61%
Couverture VAR	66%	63%	92%
CS de Mbazi (N=1)	population estimée:		13.422
NC/habitant/an	0,33	0,68	0,82
Accouchements assistés / Attendus	0%	2%	19%
Couverture VAT	16%	26%	27%
Couverture VAR	47%	46%	55%

Tableau 3 : Comparaison des performances par catégorie

Les « centres de santé curatifs »

Sous cette étiquette, nous rangeons deux centres de santé du district de Kabutare : les centres de santé de *Matyazo* et *Sovu*. Ces deux centres partagent les mêmes caractéristiques : (1) tous les deux sont situés dans le grand Butare, (2) desservent une zone de responsabilité avoisinant les 18.000 personnes, (3) appartiennent à des congrégations religieuses. En 2002, les deux congrégations partageaient en outre une même réticence à développer les soins maternels, l'argument étant qu'ils n'avaient pas de maternité.

Avant l'Initiative pour la Performance, ces deux centres étaient donc en deçà du PMA. L'absence de la maternité bridait le développement des activités préventives tournant autour de la mère et de l'enfant. C'était particulièrement flagrant à Sovu. Comme dans les autres structures appartenant à des religieuses, le planning familial n'était pas disponible. L'activité curative était par contre très forte : à eux deux, ils représentaient un quart des consultations curatives de premier échelon dans le district de Kabutare.

L'impact de l'Initiative pour la Performance a été particulièrement sévère pour le personnel de ces deux centres de santé. L'Initiative rémunère en effet surtout les activités où ils étaient particulièrement faibles. Dans les deux centres de santé, les primes individuelles ont donc fortement chuté avec la fin des primes fixes (voir plus bas). Matyazo, où le personnel est important, a été particulièrement pénalisé. Les agents de santé ont bien sûr été mécontents de leur sort. Aux deux endroits, les employés ont exercé une pression forte sur les congrégations pour développer un PMA complet. Simultanément, le Comité de Pilotage a été particulièrement ferme dans ses injonctions (« vous délivrez un PMA complet dans les prochains mois ou vous êtes exclus de l'Initiative pour la Performance »). Mais il a veillé également à soutenir positivement l'effort de rattrapage. A Matyazo, la transformation d'un local en salle de maternité a ainsi été financée par HealthNet International. Les blocages qui existaient, au niveau de l'infrastructure mais aussi du management, ont progressivement cédé. En 2003, près de 200 parturientes ont transité par le centre de santé de Matyazo. Depuis mars 2004, une maternité est fonctionnelle à Sovu.

Les centres de santé du « ventre mou »

Sous ce label, nous rangeons quasiment tous les centres restants. Dans leur grande majorité, ces centres de santé sont publics (*Musba, Ntyazo, Gishamvu, Kabilizji, Maraba, Rango, Rubona, Rubashya*). S'y ajoutent également un centre protestant (*Nyatanga*) et les deux centres relevant des paroisses (*Cyabinda* et *Gakoma*).

Si les années fastes de la coopération les ont parfois dotés d'infrastructures imposantes et de qualité, tous ces centres partagent aujourd'hui un même destin : celui d'avoir un propriétaire qui n'a guère de moyens à leur apporter. Une des conséquences est que ces centres ont un personnel limité en nombre.

En termes d'activités, ces centres se distinguaient en 2001 par une activité préventive de correcte à forte. Ils veillaient à vacciner les femmes enceintes, avaient des couvertures vaccinales honorables chez les enfants et étaient les seuls à faire du planning familial. Leurs activités curatives, avant l'Initiative, étaient par contre souvent faibles. Les accouchements étaient particulièrement délaissés.

La question principale était de savoir si l'Initiative allait être capable de dynamiser tous ces centres de santé souvent peu attentifs aux attentes des usagers. Ces structures de santé étaient le principal réservoir de croissance possible, vu la population qu'elles couvrent. A cet espoir correspondait une crainte : celle que les plus faibles d'entre elles soient progressivement supplantées par les centres de santé disposant de moyens financiers supplémentaires.

Aujourd'hui, les résultats sont sans équivoque : tous ces centres de santé sont en fait les grands gagnants de l'Initiative pour la Performance. Les chiffres montrent qu'ils ont pu aisément développer les activités qu'ils négligeaient jusque là. Les équipes se sont réorganisées. La satisfaction des usagers est devenue une vraie préoccupation. Comme ces équipes étaient souvent réduites, elles ont vu les primes individuelles augmenter fortement (voir plus bas). Les changements les plus impressionnants se situent au niveau de la filière maternelle.

Le « dernier de la classe »

De façon un peu stigmatisante, nous pouvions en 2001 isoler le centre de santé de *Mbazji*. Depuis des années, cette formation sanitaire accumule les handicaps : vieilles infrastructures, problèmes avec les infirmiers titulaires successifs, absence d'une maternité... A l'exception du planning familial, ce centre était décevant pour toutes les activités du PMA. Le risque était réel de voir ce centre étouffé par la concurrence d'autres centres de santé relativement proches.

Sans surprise, dans un premier temps, l'introduction des primes à la performance a provoqué une chute des primes du personnel. A nouveau, le Comité de Pilotage a veillé à accompagner sa fermeté d'un appui positif. Le Directeur de la Santé du Genre et des Affaires Sociales a ainsi débloqué un contentieux portant sur l'électrification d'un bâtiment. L'Initiative pour la Performance n'a, certes, pas tout réglé : un clivage demeure entre la population et l'équipe du centre de santé. Mais il est clair que celle-ci a fait des efforts : la maternité a été ouverte (février 2003), deux nouveaux postes avancés ont été établis pour la vaccination, une permanence 24h/24 est assurée. Le Tableau 3 montre que la population a bénéficié de ces changements.

Eléments économiques

Etude de coûts

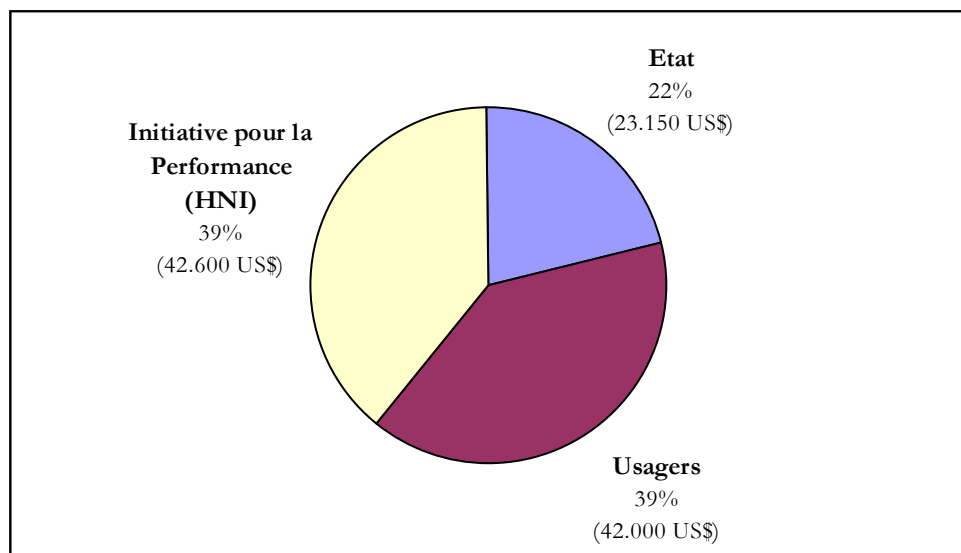
L'Initiative pour la Performance n'est pas une intervention coûteuse. En ramenant les différents chiffres sur 12 mois, il apparaît que les dépenses courantes pour HNI ont été d'environ 93.300 US\$ par an. Cette somme inclut le paiement des rémunérations aux formations sanitaires (62%), les primes aux équipes administratives des districts et de la province (27%)⁴⁸ et les principaux coûts de transaction (11%) à savoir : l'organisation des réunions du Comité de Pilotage et la sous-traitance des contrôles à l'Ecole de Santé Publique.⁴⁹

On peut donc considérer que la performance marginale produite par les centres de santé en 2003 a coûté la somme de 0,25 US\$ par an par habitant. Puisque l'ONG pratiquait déjà un système de primes fixes (pour environ 59.000 US\$ en 2001), les gains obtenus entre 2001 et 2003 n'auront coûté que 0,09 US\$ supplémentaires par an par habitant. Si on prend le cas des 15 centres de Kabutare isolément, on relève qu'ils ont délivré leur production supplémentaire contre une rétribution de 0,035 US\$ par an par habitant. Manifestement, le passage à la rémunération à la performance a été une mesure efficace.

Rémunération du personnel

Il est important de regarder la place de l'Initiative pour la Performance dans les revenus du personnel des centres de santé. Le modèle sous-jacent veut en effet que c'est cette variable qui a été déterminante dans l'augmentation de la production de services par les centres de santé.

Au Rwanda, il y a trois principales sources de financement des revenus du personnel de santé : l'état, les usagers et l'aide internationale. Il y a deux modes majeurs de rémunération : les salaires et les compléments de revenu sous forme de primes. L'état paie les salaires des fonctionnaires intégrés. Les formations sanitaires peuvent recruter du personnel à condition qu'elles le prennent en charge. Les salaires sont alors financés sur base des revenus collectés auprès des usagers via la tarification des soins. Dans les faits, avec les données dont nous disposons, nous pouvons observer qu'à Kabutare en 2003, l'Initiative pour la Performance a contribué de façon déterminante aux revenus des individus (Graphique 2).



Graphique 2 : Source des revenus du personnel des Centres de Santé (District de Kabutare, 2003)

⁴⁸ Ces primes fixes étaient déjà en place avant l'Initiative pour la Performance. Il nous semble toutefois correct de les inclure dans le coût global, puisque sans elles, les équipes des districts auraient démontré une faible motivation à soutenir la dynamique. Depuis juillet 2003, le personnel des bases administratives a également basculé sous un régime de primes à la performance.

⁴⁹ Ne sont donc pas repris les coûts de l'assistance technique (temporaire et permanente) et du fonctionnement du bureau de HNI.

La répartition entre les trois sources varie bien sûr entre centres de santé. La principale différence provient de la nature du propriétaire. Pour les centres agréés, la répartition serait de 14% (état), 48% (usagers) et 38% (Initiative pour la Performance). Pour les centres publics, le partage est de 34% (état), 24% (usagers) et 42% (Initiative pour la Performance). Il semblerait alors que le personnel des centres agréés est, pour sa rémunération, plus dépendant de sa performance (mesurée par les revenus générés par production d'*outputs*) que le personnel des centres publics.⁵⁰

Reposant sur la seule comptabilité des centres de santé, ces chiffres relatifs doivent toutefois être interprétés avec prudence. Dans les centres de santé agréés, il est en effet probable que le régime de rémunération varie selon que l'employé est laïc ou membre de la congrégation. L'essentiel des coûts de la vie des sœurs est probablement pris en charge par leurs congrégations. Nous n'avons donc pas l'intégralité des financements. Une autre raison pouvant expliquer la répartition différente est que les formations agréées font un plus grand recours à la main d'œuvre non qualifiée. Les règles nationales statuent que ce personnel doit être pris en charge sur les revenus dégagés par les activités de la formation sanitaire.

En termes de montant absolu, on peut toutefois observer que l'état privilégie ses propres formations sanitaires. Le personnel rémunéré par l'état n'est pas également distribué entre les formations sanitaires : 61% du soutien (en nombre de postes et en revenu) est destiné aux centres publics, alors que ces derniers ne couvrent que 39% de la population. Si l'état veut soutenir ses propres centres – ce qui est bien sûr tout à fait légitime de la part d'un propriétaire – on peut se demander s'il ne serait pas préférable pour les populations d'opter pour un subside lié à l'*output*. Le planning familial semble être une porte d'entrée toute désignée.

En 2003, en moyenne, les individus travaillant dans les centres de santé du district de Kabutare ont touché un revenu mensuel de 25.210 frw. Si l'on retire les revenus obtenus de HNI, leur revenu aurait donc tourné autour des 15.200 frw. Cela semble indiquer qu'une rémunération complémentaire liée à la performance peut déjà être introduite dans un environnement où les revenus fixes sont relativement bas (environ 30 US\$).⁵¹

Une certaine disparité a bien sûr prévalu en fonction de la qualification de l'individu et du centre de santé dans lequel il travaille. En ce qui concerne les disparités entre centres de santé, les revenus mensuels moyens dans les 15 centres de santé de Kabutare se sont situés dans une fourchette de 19.100 et 32.100 frw. Ces moyennes cachent toutefois une grande disparité à l'intérieur des centres de santé. Dans un centre de santé, le revenu le plus élevé a été sept fois plus grand que le revenu le plus faible. Le centre de santé médian se situe à un facteur de 4,4 pour le revenu individuel le plus élevé par rapport à celui qui est le plus bas. La première cause de cette inégalité est que les « gros revenus » disposent d'un revenu fixe payés par l'état ou la formation sanitaire, les plus petits revenus ne touchent que les primes. Les systèmes de primes en eux-mêmes présentent des différentiels raisonnables (un facteur de 2 pour 50% des centres de santé).⁵²

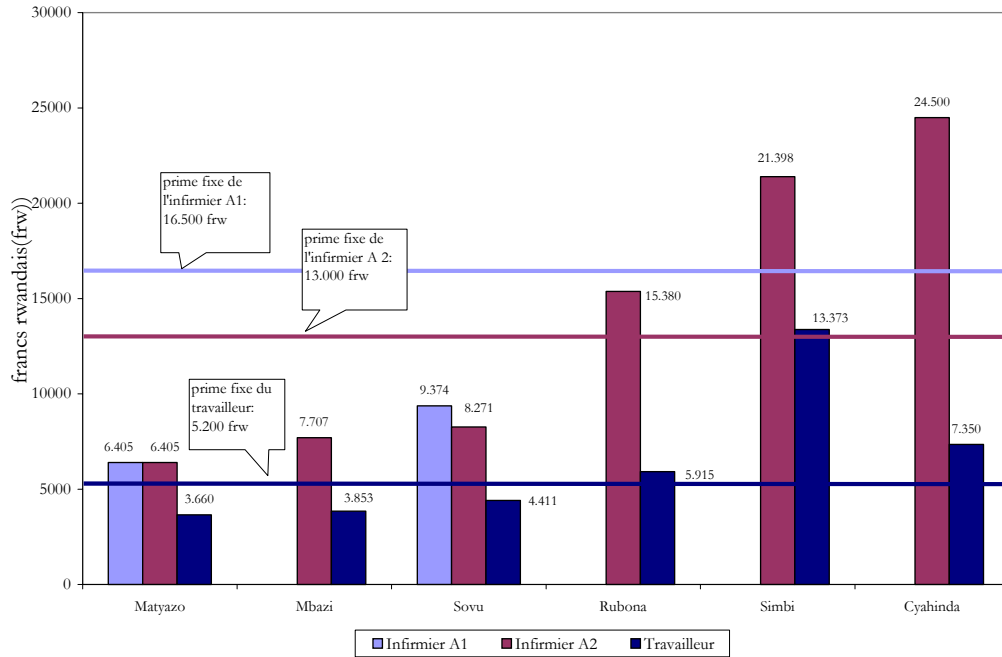
Les primes ayant constitué une part importante des revenus, une bonne part de la variation entre centres de santé s'explique par leurs réalisations respectives en matière d'*outputs* achetés par l'Initiative pour la Performance. Avec cette dernière, la règle du jeu est claire : sont gagnantes les personnes qui travaillent dans des centres de santé produisant (1) de façon efficiente (2) les activités rémunérées. Malheur à ceux qui sont nombreux à faire peu ou autre chose.

Le passage des primes fixes aux primes variables a été particulièrement rude pour les centres de santé qui s'étaient spécialisés sur les consultations curatives avec un personnel important. Le graphique 3 nous donne un échantillon des primes individuelles distribuées dans six centres de santé de Kabutare en août 2002. Ce tableau reprend les trois grands perdants de l'époque. On constate que dans les formations sans maternité (Matyazo, Mbazi et Sovu), la chute par rapport aux primes fixes (lignes horizontales) a été très forte. Dans les trois autres centres de santé, le personnel a par contre eu tout lieu d'être satisfait du nouveau régime.

⁵⁰ Des salaires fixes, comme ceux payés par l'état, sont une rémunération à l'*input*.

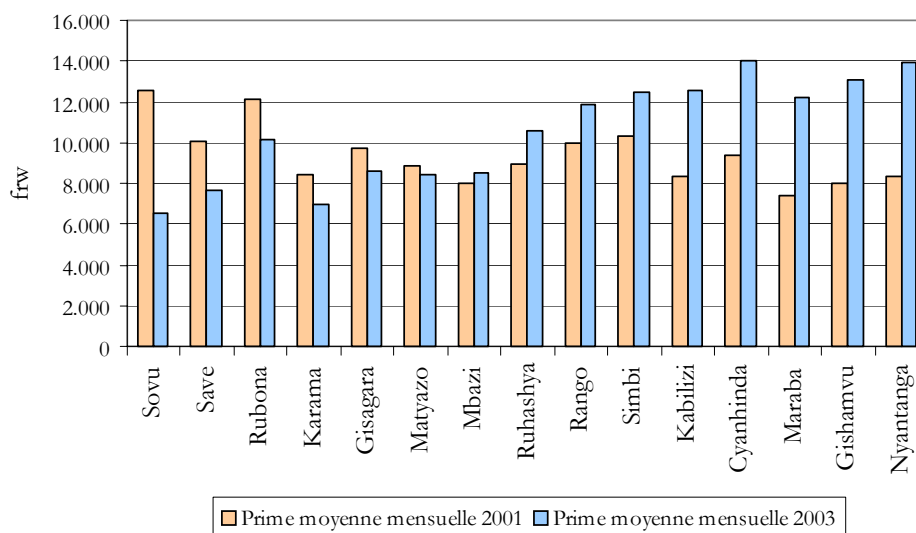
⁵¹ En fait, contrairement aux consignes qui avaient été données, certains centres de santé ont même rémunéré l'un ou l'autre individu exclusivement sur base des primes à la performance.

⁵² Pour rappel, lors de la mise en place du nouveau système de primes, les équipes-cadres de district ont fourni un léger accompagnement technique (outil de gestion, règlement d'ordre intérieur...), mais ont veillé à ne pas trop interférer dans les grilles établies localement.



Graphique 3 : Primes individuelles payées en juillet 2002, District de Kabutare

Le graphique 4 montre qu'après un an, le personnel de Matyazo et Mbazi a pu revenir au niveau de prime moyen qui prévalait en 2001. Ce graphique montre aussi que parmi les perdants, on retrouve les centres de santé de Gisagara, Karama et Save, qui font partie du groupe des « petits hôpitaux ». L'activité hospitalière nécessite en effet une main d'œuvre importante. Or l'Initiative pour la Performance ne rémunère actuellement pas cette activité. A Gakoma, le centre de santé de Gikonko qui délivre l'équivalent du paquet complémentaire d'activité souffre du même syndrome. Ceci est bien sûr source d'une injustice : en dépit d'une charge de travail beaucoup plus lourde (tour de salles, gardes, participation à l'équipe opératoire) et des responsabilités plus grandes, un infirmier à Gikonko touche moins qu'un auxiliaire dans le centre de santé voisin. Pour résoudre ce problème, l'activité hospitalière devrait également être prise en compte dans la rémunération. Mais selon nous, il faudrait alors s'assurer, avant paiement, que les conditions préalables pour ces activités plus complexes soient effectivement satisfaites par la formation sanitaire. L'accréditation est une piste que nous évoquons dans notre dernier chapitre.



Graphique 4 : Primes individuelles moyennes, District de Kabutare

Les stratégies pour accroître les activités

L'Initiative pour la Performance était une invitation claire au développement du sens entrepreneurial. Au vu de l'augmentation forte des activités, il semble bien que les équipes des centres de santé ont entendu le signal.⁵³ Il est bien sûr intéressant d'en savoir plus sur les stratégies adoptées pour obtenir un tel résultat.

Pour découvrir les 'micro-stratégies' développées, nous avons effectué une petite recherche qualitative. Cet exercice, que nous avons appelé *l'ouverture de la boîte noire*, a eu lieu en deux temps. En octobre 2002, nous avons testé notre méthodologie dans trois centres de santé (présentation graphique des premiers résultats de l'Initiative pour la Performance et questionnement sur les stratégies pouvant expliquer les changements observés). Dans les mois qui suivirent, nous avons introduit une fiche de suivi dans laquelle les équipes devaient répertorier les changements qu'elles apportaient dans leurs propres opérations. Chaque centre de santé a également été l'objet d'une visite par le coordinateur du projet HNI. A chaque fois, des agents de santé ont été interrogés.

A l'analyse, on peut classer les stratégies adoptées par les centres de santé en quatre grandes catégories.

Recomposition du PMA

Sur base des barèmes mis en place par le Comité de Pilotage, les équipes ont revu la composition de leur production. Les accouchements sont ainsi devenus un vrai objectif pour tous les centres de santé. Trois centres de santé qui depuis des années résistaient à l'adjonction d'une maternité ont désormais ouvert ce service (Matyazo, Mbazi et Sovu).

Les activités en stratégie avancée ont été renforcées par quasi toutes les équipes; de nouveaux sites ont été ajoutés (Gisagara, Busoro-Gishamvu, Kabilizi, Maraba, Mbazi, Rubona, Nyatanga, Gakoma, Musha, Ntyazo). Cette stratégie a surtout été développée pour la vaccination des enfants, mais également pour les consultations prénatales (Kabilizi), y compris la vaccination antitétanique (Gisagara et Save) et le planning familial (Maraba). Il est à noter que ces stratégies en postes avancés ont accru également le choix pour les usagers. Le centre de santé de Nyatanga s'est ainsi plaint des centres voisins qui venaient braconner les familles à la lisière de sa zone de responsabilité.

Pour pouvoir accueillir les femmes en travail, les équipes ont dû renforcer leur service de garde durant la nuit (Maraba, Sovu). Dès juin et juillet 2002 (bien avant l'ouverture de leur maternité), les centres de santé de Matyazo et de Mbazi ont instauré un service de nuit. Aujourd'hui, on peut considérer que tous les centres de santé répondent aux besoins urgents 24 heures sur 24. L'accès physique et financier aux soins durant le week-end a également été renforcé par endroit (Maraba).

Plus significatif peut-être, certaines équipes ont mis en place des vraies stratégies d'intégration des soins. Lors de la consultation prénatale, on recommande aux femmes de venir accoucher au centre de santé. Quand elles accouchent, on leur rappelle l'importance de vacciner l'enfant. Et pendant la séance de vaccination, on suggère aux mères de pratiquer l'espacement des naissances (Kabilizi, Nyatanga).

On pouvait craindre que les activités promotionnelles souffrent de leur non-rémunération. Après analyse des rapports mensuels d'activités, il apparaît que certains centres ont revu à la baisse le nombre de séances d'éducation, alors que d'autres les revoyaient à la hausse. Sans surprise, plusieurs centres de santé ont revu le contenu de leurs messages. Il est rapporté que les 'causeries éducatives' sont désormais mieux préparées et plus interactives (Karama, Matyazo, Rango, Musha).

⁵³ La causalité et les éventuels facteurs confondants sont discutés dans le chapitre 5.

Amélioration de la qualité des services

Les équipes ont bien compris que les usagers doivent désormais être conquis.

Même si c'est en partie de l'ordre du non-dit – il est difficile de reconnaître qu'avant, l'utilisateur était mal accueilli – les centres de santé ont revu le type d'accueil qu'ils offrent aux usagers (Rubona, Rango, Simbi, Cyahinda, Ntyazo). Le circuit du malade a été revu (Busoro-Gishamvu, Matyazo). Des bancs ont été ajoutés. Un réceptionniste veille à orienter les usagers dès le matin (Kabilizi). A Matyazo, les animateurs de santé sont impliqués dans l'accompagnement des malades et la gestion des files. Autant de petits signes qui prouvent une plus grande préoccupation à cet égard.

Certains centres de santé se sont attaqués aux barrières à l'accès. Par endroit, les tarifs ont été revus à la baisse (Gisagara, Busoro-Gishamvu, Kabilizi, Maraba, Rango, Nyatanga). Des facilités de paiement avec crédit ont été introduites (Maraba, Matyazo, Busoro-Gishamvu, Sovu). A Karama, le paiement n'est plus exigé à l'entrée, mais à la sortie, avec possibilité de crédit si nécessaire. A Simbi, il est possible de payer en plusieurs tranches. A Busoro-Gishamvu, la venue à la consultation prénatale donne droit à une moustiquaire imprégnée bon marché et le suivi précoce a une réduction de l'inscription.

Après consultations des usagers, plusieurs centres de santé ont revu leurs horaires d'activités, par exemple en déplaçant les consultations prénatales au matin (Busoro-Gishamvu, Matyazo) ou en offrant le planning familial quotidiennement (Mbazi). Plusieurs centres de santé se sont attaqués au problème du temps d'attente. Le démarrage d'une activité n'est plus conditionné au nombre de personnes déjà présentes. On veille aussi à ce que les résultats des examens de laboratoires et les médicaments nécessaires soient délivrés le jour même (Maraba, Nyatanga, Simbi, Ntyazo). Il en résulte bien sûr une meilleure continuité des soins.

Le plus grand confort des usagers a été une autre préoccupation des équipes. Par endroit, des locaux ont été réaménagés, rafraîchis (Matyazo, Sovu) ou électrifiés (Mbazi). La confidentialité lors des consultations et le respect de l'intimité ont souvent guidé les choix (Simbi). A Kabilizi, les hospitalisations des hommes, des femmes et des femmes en travail ont désormais lieu dans trois salles différentes. A Mbazi, des rideaux ont été posés. Pour les usagers en séjours prolongés, un effort particulier a été fait. A Gisagara par exemple, on donne à la parturiente une bougie et du savon de lessive. Les femmes qui viennent accoucher dans certains centres de santé reçoivent une layette pour leur bébé (Gisagara, Matyazo, Cyahinda). Sur les lits d'hospitalisation, des moustiquaires imprégnées sont désormais posées (Ruhashya).

Mobilisation de ressources supplémentaires

Ces progrès dans l'offre aux usagers ont été possibles en partie grâce à une mobilisation de ressources qui étaient jusque là sous-employées.

Quasi tous les centres de santé ont veillé à réactiver leur relation avec la communauté. Les différents relais ont été sollicités : les accoucheuses traditionnelles, les animateurs de santé, les comités de santé, les autorités administratives (Gakoma) et même le curé de la paroisse (Cyahinda). Des réunions sont organisées (Rango, Nyatanga), parfois mensuellement (Busoro-Gishamvu, Kabilizi, Karama, Matyazo, Ntyazo), des messages promotionnels sont élaborés en commun.

Les animateurs de santé sensibilisent les communautés, les avertissent des calendriers des stratégies avancées et sont présents le jour de la tenue du poste avancé (Gishamvu-Busoro,). Ils peuvent être impliqués dans la recherche des enfants n'ayant pas complété leur programme vaccinal (Gisagara, Busoro-Gishamvu, Kabilizi, Mbazi, Musha) ou la récupération de créance (Karama). Ils transmettent également à certains centres de santé une information écrite sur la population (Busoro-Gishamvu).

La plupart des centres de santé ont introduit des incitations à même de bien motiver les différents agents communautaires. Certaines rémunérations sont liées à des indicateurs de *processus*. Par exemple, à Kabilizi, l'animateur de santé du village où se tient le poste avancé reçoit 500 francs rwandais pour sa

présence. Un système analogue est pratiqué à Cyahinda. Par endroits, un jeton de présence est payé pour la participation aux réunions (Karama, Matyazo, Rango, Musha). Beaucoup d'incitations sont en fait à l'*output*. La plupart des centres de santé ont ainsi décidé de rémunérer les accoucheuses traditionnelles pour chaque parturiente qu'elles leur apportent (Gisagara, Kabilizi, Karama, Cyahinda, Musha, Ntyazo). A Matyazo, l'accoucheuse traditionnelle reçoit une carte de mutuelle pour 10 parturientes amenées. A Rango et Busro-Gishamvu, cette incitation est offerte aux animateurs de santé.

Une autre ressource qui a été mobilisée est le temps de travail et la disponibilité du personnel existant. Il est probable que dans de nombreux centres de santé, les horaires se sont allongés. Un exemple significatif est la mise en place de garde la nuit. Les activités en poste avancé et les visites à domicile sollicitent également le personnel. A Kabilizi, il a même été décidé d'impliquer un infirmier qualifié indépendant (rémunéré par séance).

Enfin, certains centres agréés ont pu compter sur un soutien de la congrégation ou de la paroisse propriétaire. Le fait que le centre de Sovu soit ainsi retourné sur son site d'avant 1994 et ce avec une nouvelle infirmière titulaire n'est pas dérisoire.

Au moins deux centres de santé bénéficient en outre de leur insertion dans des expériences pilotes nationales (PMTCT à Matyazo et Gikonko).

Meilleure gestion des ressources existantes

L'amélioration des services a également été facilitée par une meilleure gestion des ressources disponibles.

Comme déjà mentionné, certains centres de santé ont revu l'affectation de certains locaux (Kabilizi, Matyazo, Simbi). Un plus grand nombre a procédé à une réorganisation du travail et une redistribution des tâches sur le personnel existant (Matyazo, Mbazi, Ruhashya, Simbi, Nyatanga). En règle générale, il semble que le personnel affiche une plus grande discipline. La majorité des équipes citent spontanément l'introduction des profils de poste et du règlement d'ordre intérieur comme des avancées positives. Plusieurs ont affirmé avoir désormais le sentiment de fonctionner véritablement en équipe. Les réunions sont devenues plus participatives, les problèmes font l'objet de réelles discussions et aboutissent à des solutions (Busoro-Gishamvu, Kabilizi, Matyazo). Certaines équipes ont décidé d'introduire par elles-mêmes d'autres outils de gestion pour améliorer la performance (partogramme, échancier, prime de garde...).

En résumé : émergence d'entrepreneurs des soins de santé primaire ?

Il est clair que les équipes des centres de santé ont commencé à prendre leur destin en mains. Certaines démontrent un sens entrepreneurial aigu. Leurs succès prouvent qu'il y avait là une ressource qu'on a bien trop longtemps négligée. On doit également souligner leur pragmatisme : quand une stratégie ne marche pas ou quand elle produit un effet non désiré, elle est abandonnée.

Tous les obstacles ne sont bien sûr pas vaincus du jour au lendemain. Tel est le cas de la planification familiale dans les centres agréés. Celui de Save avait courageusement innové en novembre 2002 avec la méthode du collier (qui consiste à utiliser les préservatifs les jours identifiés comme étant à risque). Il a depuis été rappelé à l'ordre par le diocèse. Les incitations économiques rentrent parfois en collision avec les relations hiérarchiques.

Cet exemple montre aussi que les gestionnaires des centres de santé ne sont pas des instruments. Ils font preuve d'opportunisme ; quand les incitations rentrent en conflit avec leurs propres objectifs, ils savent les négliger.

CHAPITRE 5 : LEÇONS ET PERSPECTIVES

Premières leçons

Après deux ans d'expérience, il nous est possible de tirer les premières leçons de l'Initiative pour la Performance.

Liens de causalité et impact

L'Initiative pour la Performance a introduit une approche d'achat de résultats dans 19 centres de santé ruraux des districts sanitaires de Gakoma et Kabutare. Dans les 19 formations sanitaires, une augmentation moyenne à forte de l'activité a été observée depuis 2001. Les progrès en termes de couverture sont significatifs. L'amélioration de la qualité des services est également notable.

Cette observation soulève au moins deux questions. La première porte sur la qualité de la preuve. Est-on sûr que les augmentations observées sont le résultat direct de l'Initiative pour la Performance ? N'y a-t-il pas de facteurs confondants ? La seconde question porte sur l'impact final de l'intervention sur la santé des populations.

Des facteurs confondants ?

C'est un fait que la façon dont la recherche a été conduite ne nous permet pas de certifier qu'aucun facteur confondant n'ait joué. Ce que la recherche-action gagne en termes de cohérence opérationnelle, elle le perd en termes de démonstration scientifique.⁵⁴

Un élément qu'il ne faut pas sous-estimer est que l'Initiative pour la Performance s'est faite dans le cadre du projet plus global « Santé d'Abord II ». La rigueur recommande donc de considérer que l'intervention évaluée n'est pas simplement une révision des mécanismes d'incitation. C'est aussi tous les éléments qui l'ont facilité : la présence permanente d'un coordinateur de projet, le financement du fonctionnement des bases administratives de district, la présence d'une ambulance et d'un système de radio-télécommunication...

Ceci dit, a posteriori, nous ne voyons pas quels auraient été les facteurs confondants entre 2001 et 2003 sur les districts de Gakoma et Kabutare. Sur cette période, aucune révision stratégique majeure n'a été introduite, ni par le Ministère de la Santé, ni par l'ONG. Un changement de direction a eu lieu sur le district de Kabutare en 2003, mais la taille du district fait que l'éventuel impact ne se fera pas sentir immédiatement. Entre 2001 et 2003, il n'y a pas eu non plus d'injections nouvelles de ressources. A Kabutare, les mutuelles initiées en 1999 ne se portent pas trop bien. Si facteur confondant il y a, il jouerait plutôt dans l'autre sens. En incitant les équipes des centres de santé à se constituer une « clientèle », l'Initiative pour la Performance a peut être contribué à rétablir une certaine confiance entre la population et son centre de santé. L'option de l'assurance en redeviendra peut-être plus attractive.

Zones géographiques	Nombre de nouveaux cas (consultation curative)		
	2001	2003	Taux de croissance
Gakoma et Kabutare	144.156	237.766	65%
Kibilizi et Nyanza	85.287	100.769	18%
Autres provinces	1.099.571	1.428.633	30%

Tableau 4 : Comparaison du nombre absolu de consultations curatives

L'autre possibilité est que l'augmentation ne soit pas spécifique aux deux districts de Gakoma et Kabutare. Cette hypothèse, nous l'avons testée en recourant aux données du GESIS. Le Tableau 4 reprend

⁵⁴ « Health systems research : a clearer methodology for more effective action », D. Grodos and P. Mercenier, *Studies in HSO&P*, 15, 2000, ITG Press.

les taux de croissances du nombre absolu de consultations « nouveaux cas » à Gakoma et Kabutare, dans les deux autres districts de la Province de Butare (Kibilizi et Nyanza) et sur le reste du pays.⁵⁵

Zones géographiques	Nombre d'accouchements aux centres de santé		
	2001	2003	Taux de croissance
Gakoma et Kabutare	1.405	3.178	126%
Kibilizi et Nyanza	1.474	2.469	67%
Autres provinces	19.516	26.026	33%

Tableau 5 : Comparaison du nombre absolu d'accouchements dans les centres de santé

Nous avons fait le même exercice avec les accouchements (Tableau 5).⁵⁶ Manifestement, la conclusion est la même. Dans les deux cas, les districts de Gakoma et Kabutare ont des progressions plus fortes que celles observées dans le reste du pays.

Quel bénéfice pour la population ?

L'Initiative pour la Performance a donc conduit les centres de santé des deux districts sanitaires à produire plus que par le passé et plus que les autres centres de santé du pays.⁵⁷ Peut-on déduire pour autant que la santé de la population a été améliorée à Gakoma et Kabutare ? Les activités sélectionnées par l'Initiative pour la Performance laissent penser que « oui ». Nous devons toutefois être prudents ; plus de consultations curatives ne signifie pas nécessairement que les gens sont en meilleure santé, mais pourrait être le signe que l'état de santé s'aggrave. Ce serait par exemple le cas si nos patients « en plus » étaient en fait des malades souffrant d'un paludisme ne répondant plus aux traitements disponibles.⁵⁸

Dans le chapitre précédent, nous avons évoqué la question de la santé maternelle. Une démonstration rigoureuse du bénéfice pour les femmes et les fœtus passerait au moins par un examen des résultats finaux des nombreuses références induites par l'Initiative pour la Performance.⁵⁹

A moins de radicalement remettre en question la contribution des centres de santé au bien-être de la population, il reste correct de supposer que l'Initiative pour la Performance est bénéfique pour les populations. Reste à voir bien sûr si ces bénéfices vont persister. Certaines leçons ne pourront être établies qu'avec le temps.

Les principales leçons opérationnelles

L'expérience pilote a non seulement montré qu'il était possible de faire plus pour les populations, mais également que l'achat de résultats était une stratégie d'action réaliste. La mise en œuvre d'une telle approche exige au démarrage une certaine technicité, mais le coût de cette dernière peut être réparti sur la durée et sur un grand nombre de formations sanitaires.

En ce qui concerne le mode de rémunération, l'expérience de Butare démontre qu'une rémunération unitaire à l'output est d'une part économiquement efficace et d'autre part facile à standardiser sur un grand nombre de formations sanitaires identiques. Les coûts de transaction en sont grandement réduits. En

⁵⁵ Les bases de données du GESIS n'étant pas été complètes, il nous a fallu procéder de la sorte : (1) nous n'avons pris en compte que les centres de santé ayant rentré au moins 9 rapports sur 12 en 2001 et 2003 ; (2) pour les centres avec 9 à 11 rapports, nous avons extrapolé le nombre de consultations sur 12 mois ; (3) nous avons écarté les zones de population couvertes par plus d'un centre de santé (afin, entre autres, d'écartier tous les dispensaires de prisons). Au final, notre échantillon reprend 230 centres de santé avec un taux de complétude pour les rapports mensuels de 95 % en 2001 et de 94 % en 2003.

⁵⁶ Même méthodologie que pour les consultations. Au final, notre échantillon reprend 204 centres de santé avec un taux de complétude pour les rapports mensuels de 96% en 2001 et de 95% en 2003.

⁵⁷ Pour reprendre nos deux indicateurs de consultation et d'accouchement, selon nos calculs, les districts de Kabutare et Gakoma auraient eu en 2003 une fréquentation de 0,61 nouveau contact/an/habitant et une couverture des accouchements de 20%. Sur les deux autres districts de la province, l'utilisation aurait été de 0,4 nouveau contact/an/habitant et la couverture des accouchements de 19%. Sur les autres provinces, l'utilisation aurait été de 0,33 nouveau contact/an/habitant et la couverture des accouchements de 12%.

⁵⁸ Entre 2001 et 2003, le nombre d'accès palustres confirmés en consultation ambulatoire a augmenté de 63% dans nos 19 centres de santé, soit une croissance en phase avec les autres problèmes de santé.

⁵⁹ Par exemple par un examen détaillé des dossiers médicaux des femmes ayant accouché dans les hôpitaux.

vitesse de croisière, l'achat de résultats nécessite juste un financement stable des performances, des mécanismes de contrôle et un suivi opérationnel.

L'achat de résultats est donc une stratégie techniquement faisable au Rwanda. Son acceptation politique semble ne pas poser de problèmes. L'expérience de Butare, comme celle de Cyanguu, a démontré que le personnel de la santé était prêt à relever le défi entrepreneurial. Les équipes sanitaires font preuve d'imagination et de sens d'initiative pour peu qu'on leur offre la marge de manœuvre et les incitations adéquates.

Enfin, la stratégie a reçu un excellent accueil de la part des autres *stakeholders*, locaux et nationaux. Le Ministère de la Santé voit dans la stratégie un outil puissant pour la mise en œuvre de sa politique. L'approche s'inscrit particulièrement bien dans la logique des *Millennium Development Goals* et des objectifs que le gouvernement rwandais s'est fixés (Vision 2020). La stratégie est également séduisante pour les agences techniques de coopération. Dans quelques mois, la GTZ adoptera la stratégie pour son appui aux districts de Kibilizi et Nyanza. En 2005, elle devrait adopter l'approche pour les trois districts de la Province de Byumba (Byumba, Ngarara et Nyagatare). L'Initiative pour la Performance a par ailleurs grandement inspiré la Coopération Technique Belge pour son projet d'appui au district de Rutongo (Province de Kigali Ngali) et ses projets à venir dans cette même province et dans celles de Kigali Ville et Gitarama (district de Kabgayi). Par sa garantie de résultats, cette stratégie a de fait tout pour séduire les bailleurs de fonds.

Les limites du modèle

L'Initiative pour la Performance a donc largement atteint les objectifs qui avaient été fixés en 2001. Mais il y a également des motifs d'insatisfaction appelant corrections. Nous en voyons au moins quatre.

La première frustration porte sur les problèmes de santé pour lesquels les progressions ont été trop faibles. A ce titre, il faut reconnaître que l'Initiative pour la Performance n'a pas radicalement transformé les comportements en matière d'espacement des naissances à Gakoma et Kabutare. Des gros obstacles existent du côté de l'offre, mais ils n'expliquent probablement pas tout. Même dans les centres publics, les progressions sont restées en deçà de nos espérances.

Il est possible que cet échec trouve en partie son explication dans la nature du contractant. L'Initiative pour la Performance a opté pour des contrats avec des formations sanitaires représentées par leurs comités de gestion. Pour des problèmes de santé exigeant une certaine rupture par rapport aux tabous culturels, peut-être serait-il préférable de faire des contrats avec des individus. A moyen terme, de nouvelles stratégies sont à identifier.⁶⁰

Une seconde critique peut porter sur le dynamisme et la flexibilité de l'Initiative pour la Performance. En deux ans, la seule modification qui a été apportée au contrat aura été le transfert des 250 frw pour l'indicateur de DTC3 sur l'indicateur du vaccin antirougeole (qui est passé alors de 250 frw à 500 frw).⁶¹ C'est trop peu.

Au départ, nous espérions pouvoir rapidement intégrer de nouveaux indicateurs (tuberculose, moustiquaires imprégnées...). A posteriori, il nous semble qu'une autocritique peut être formulée. Pris par leurs nombreuses autres occupations, les instigateurs de l'Initiative pour la Performance ont consacré trop peu de temps pour ce type de mise à jour. Le fait que le Comité de Pilotage ne se soit réuni que trois fois est indicatif. Une plus grande disponibilité du consultant extérieur aurait également facilité ces adaptations. Les opérateurs désireux de se lancer dans ce type de stratégies doivent être conscients de ce genre de goulots d'étranglement.

Une troisième critique peut être formulée sur les aspects relatifs à l'accessibilité et l'équité. Avec son jeu d'incitations, l'Initiative pour la Performance a invité les formations sanitaires à augmenter la quantité

⁶⁰ La même réflexion sur le choix du bon contractant est à appliquer aux différents problèmes de santé. L'exemple de la malaria est parlant. Cette maladie est pour l'instant une des principales sources de revenus des centres de santé (consultations et hospitalisations). Il pourrait donc y avoir un conflit d'intérêts avec la promotion des moustiquaires imprégnées.

⁶¹ Une autre innovation a été l'introduction d'un contrat à la performance pour les équipes-cadres de district.

de soins et services rémunérés. Elle n'a par contre pas donné d'orientations en termes de *distribution* de ces augmentations. Il serait possible de concevoir un système qui intégrerait une composante « lutte contre la pauvreté » et tiendrait en compte la mesure dans laquelle les plus pauvres ont vu leur utilisation augmenter. Une telle grille de rémunérations, plus complexe à mettre en place, serait à explorer.⁶²

Une dernière modification à apporter dans les prochains mois porte sur la fonction de contrôle. Sur les deux premières années, c'est l'École de Santé Publique de Butare qui a rempli cette fonction. En impliquant cette institution académique deux buts étaient poursuivis : (1) favoriser l'étude de la nouvelle stratégie par le monde scientifique rwandais ; (2) exploiter le *kenon-how* local pour la mise au point d'une méthode rigoureuse de contrôle. Aujourd'hui, le projet se doit de trouver une pratique du contrôle qui soit généralisable sur l'ensemble du pays et ce à faible coût. L'implication des associations et collectivités locales est probablement la meilleure stratégie.

Perspectives et nouveaux défis

Aller au-delà du modèle actuel

Comme mentionné dans le second chapitre de ce document, l'Initiative pour la Performance n'avait pas pour but de tout régler. Beaucoup reste donc à faire. En matière de perspectives opérationnelles, deux questions au moins mériteraient une plus grande attention dans les temps à venir à Gakoma et Butare.

La qualité des soins comme préoccupation

Pour ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins, dès le départ, les attentes étaient modestes. La combinaison « rémunération à l'*output* + plus grande autonomie dans la décision » peut offrir une meilleure motivation pour les équipes et une plus grande qualité des services (horaire, amabilité...) pour les usagers, mais guère plus. Si les agents de santé sont incompetents dans un domaine technique, ils le resteront.

A long terme, peut-être que la rémunération à l'*output* incitera les individus plus doués à renforcer leurs capacités ou incitera-t-elle certaines personnes qualifiées à rejoindre les centres de santé les plus dynamiques. A court terme, des stratégies plus classiques de renforcement de la qualité des soins restent nécessaires. A cet égard, nous pensons que les résultats de l'Initiative pour la Performance auraient encore été meilleurs si certains programmes verticaux avaient été moins lents dans leurs opérations. Ceci dit, même si des formations continues sont à prodiguer, la pénurie d'expertise restera un autre goulot d'étranglement majeur au Rwanda. C'est particulièrement évident pour tout effort de réduction de la mortalité maternelle.

Acheter des soins complexes

L'Initiative pour la Performance était un projet pilote. Les différents partenaires ont opté en 2001 pour une expérience relativement simple. Il a aussi été décidé de n'acheter que des activités standards, dont la qualité était relativement facile à apprécier. Cela a conduit à laisser dans l'ombre des pans entiers du système sanitaire, les hôpitaux de référence étant les principales « victimes ».

Les soins hospitaliers sont éminemment complexes et hétérogènes. Notre conviction, relativement théorique à ce stade, est qu'il va être difficile d'extrapoler aux hôpitaux les méthodes que nous avons adoptées avec les centres de santé. Pour éviter les dérapages (ex : multiplication des césariennes pour des finalités financières et non médicales), des garde-fous doivent être mis en place.

Une condition préalable serait que l'on s'assure que ces hôpitaux ont les capacités techniques de réaliser ce qu'on envisage de leur acheter. Au Rwanda, comme dans de nombreux pays pauvres, les

⁶² Ceci dit, nous n'avons pas de raisons de croire que l'accès financier ou géographique se soit dégradé ces deux dernières années à Gakoma et Kabutare. Pour fidéliser leurs clientèles, plusieurs centres de santé ont assoupli les règles de paiement. Une étude sur l'origine des utilisateurs a ainsi montré que le temps moyen mis par les usagers entre leur domicile et le centre de santé utilisé n'avait pas changé de façon significative avant et après l'introduction de l'Initiative pour la Performance (sur un échantillon de 18.151 utilisations).

hôpitaux de district ne sont pas égaux dans leurs capacités. Le paquet complémentaire d'activités est souvent fort théorique.

Dans différentes plates-formes nationales, nous avons aussi plaidé pour la mise en place d'une agence nationale d'accréditation. Par la vérification rigoureuse de l'atteinte des critères indispensables, ce mécanisme institutionnel permettrait de s'assurer que ce qui est acheté est véritablement bénéfique pour les usagers. Il est à noter que cette méthodologie pourrait également être appliquée à tous les centres de santé qui vont déjà ou seraient à même d'aller au-delà du PMA classique (ex : prise en charge de certaines maladies chroniques, hospitalisation). Notre recommandation est d'avancer rapidement dans ce sens. Les hôpitaux de district du Rwanda souffrent du trop peu d'intérêt qu'on leur porte.

Aller au-delà de Butare

Quand une expérience pilote confirme un vrai potentiel, se posent les questions (1) de sa reproduction sur l'ensemble du pays ; (2) des variations qu'il reste à expérimenter. Il est bien trop tôt pour être péremptoire à cet égard. Nous aimerions malgré tout, en guise de conclusions, suggérer des règles possibles pour relever au mieux les défis à venir.

Le passage à l'échelle

Par l'entremise de différents projets d'appui aux districts sanitaires ou même aux provinces, le passage à l'échelle a déjà commencé au Rwanda. La rémunération à l'*output* va donc concerner un nombre croissant de formations sanitaires. Cet élargissement va générer de nouvelles opportunités, mais aussi des incertitudes et risques. Deux recommandations semblent s'imposer.

La première est qu'une plus grande implication du niveau central dans la conduite de la stratégie va devenir indispensable. Pour éviter la multiplication des modèles ou une trop grande variation dans les barèmes de rémunération, le Ministère de la Santé devra progressivement jouer son rôle de régulateur. A terme, certaines expertises vont probablement devoir être développées aux niveaux central et provincial.

Il est impossible aujourd'hui de deviner quels seront les risques et opportunités générés par le passage à l'échelle. Par contre, nous pouvons dès à présent mettre en place les plates-formes qui permettront de les identifier rapidement. A ce titre, une piste intéressante serait de mettre en place des forums de discussion ouverts aux différents intervenants.

Les variations à expérimenter

L'expérience de Butare est fondée sur un modèle de contractualisation. D'autres options sont possibles.⁶³ En matière institutionnelle, les modalités sont de fait multiples.

A ce stade de nos connaissances, la pluralité des expériences en cours aujourd'hui au Rwanda est fructueuse. A terme, il sera toutefois nécessaire de systématiser. Des comparaisons rigoureuses des différentes approches devront être conduites. C'est la synthèse des expériences qui probablement produira le « modèle rwandais ». Modèle qui ne sera d'ailleurs pas figé : l'environnement institutionnel bouge en permanence, les incitations gagnent à être mises à jour de temps à autres.

Cette nécessaire part d'expérimentation doit toutefois être conduite dans les règles de l'art. Un risque que nous percevons aujourd'hui au Rwanda est l'emballement. L'achat de résultats n'est pas une *magic bullet* qui peut se décliner à l'infini. Les limites de la rémunération à la performance des individus ont ainsi été largement détaillées dans la littérature du management. Il serait erroné de croire que ce qui marche avec des centres de santé peut fonctionner avec des équipes-cadres de district, la province sanitaire ou le niveau central... Sans avoir peur de l'innovation, nous devons rester attentifs aux nouveaux risques que nous pouvons générer. C'est en combinant au mieux notre créativité et esprit de rigueur que nous contribuerons au mieux à notre objectif ultime : une meilleure santé pour la population du Rwanda.

⁶³ Cf. l'expérience de l'ONG CORDAID dans la Province de Cyangugu.

