

Santé et performance au Rwanda

Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche PBF

Etienne Sekaganda, Jean Baptiste Habaguhirwa et Christian Habineza (HDP)

Sous la direction de Anne Coolen et Elsbet Lodenstein (KIT)

Sigles et acronymes

AASS	Agence d'achat des services de santé
ADVAS	Association des districts et ville pour l'amélioration de la santé
ASLO	Associations locales
BM	Banque mondiale
CAAC	Cellule d'Appui à l'Approche Contractuelle
COGE	Comité de Gestion
COSA	Comité de santé
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de santé
CTV	Conseil et test volontaire
DIU	Disposition Intra-Utérin
DSGAS	Direction de la santé, du genre et des affaires sociales
ECDS	Équipe cadre du district sanitaire
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FOSA	Formation sanitaire
FRW	Francs rwandais
HDP	Health, Development and Performance
KIT	Koninklijk Instituut voor de Tropen [Institut royal des Tropiques] – Pays-Bas
MAP	Multi-country AIDS Program [Programme multinational sur le sida]
Minaloc	Ministère de l'Administration locale
MiniSanté	Ministère de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
P4P	Pay for Performance
PBF	Performance Based Financing – Financement basé sur la performance
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PF	Planning familial/Planification familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PMTCT	Preventing mother to child transmission
RALGA	Rwandese Association of Local Government Authorities
RDC	République Démocratique du Congo
SIS	Système d'informations sanitaires
USF	Unité Santé et Famille
USAID	United States Agency for International Development
VAT	Vaccin Antitétanique

Avant-propos

Dans la sagesse populaire rwandaise, on peut entendre « *ikinyoni kigurutse kitavuze bacyita icyana* », ce qui revient à dire, si l'on paraphrase cet adage populaire, qu'un oiseau qui s'envole sans pousser un cri, s'appelle un oisillon. En décidant d'écrire ce livre sur le PBF au Rwanda, Health, Development and Performance (HDP), dont les membres sont d'anciens employés de Cordaid Rwanda, voulait partager son expérience depuis l'introduction du PBF en 2002, jusqu'à nos jours.

Ce livre, qui marque un tournant dans la vie d'HDP, s'adresse de façon générale à tous ceux qui s'intéressent au financement basé sur la performance. Sans vouloir donner de recette sur la mise en œuvre du PBF, car il n'en existe pas, ce livre est à considérer comme le partage d'une expérience qui s'est déroulée dans un contexte de pays en voie de développement à faible revenu et en situation d'après-conflit. Nous espérons que nos expériences et les leçons que nous en avons tirées sauront inspirer d'autres structures qui accompagnent des acteurs locaux du PBF au Rwanda et ailleurs.

Ce livre pourra en intéresser plus d'un, car les prestataires de services pourront rencontrer des situations similaires à celles nous avons connues à HDP ; quant aux régulateurs et aux ONG, ils devront certainement faire face à des paradoxes qui seront peut-être identiques à ceux que nous avons croisés au Rwanda.

Ce livre est le fruit d'un travail d'équipe entre **Health, Development and Performance (HDP) et l'Institut royal des Tropiques des Pays-Bas (KIT)** à partir d'une idée qui existait depuis longtemps au sein d'HDP et qui a été concrétisée à travers le partenariat entre les deux institutions suite à une évaluation du PBF dans les cinq pays de la sous région (*République Démocratique du Congo, Tanzanie, Zambie, Burundi, Rwanda*) réalisée conjointement par le KIT, l'OMS et Cordaid en 2008.

Remerciements

Nous adressons particulièrement nos remerciements à Cordaid qui, dans son protocole d'accord avec HDP, nous permet d'utiliser le matériel produit pendant le pilotage du projet PBF. Nos sincères remerciements vont aussi à l'équipe de l'Institut royal des Tropiques des Pays-Bas (KIT) qui nous a apporté un appui très important dans la rédaction et la structure de ce livre.

Nous remercions infiniment le ministère de la Santé de notre pays qui continue à soutenir le travail que nous menons sur le terrain. Nos remerciements vont également à nos amis et collègues qui ont bien voulu apporter leur contribution à l'atelier de deux jours organisé à Kigali pour enrichir ce travail.

À vous tous, HDP adresse ses très sincères remerciements pour votre collaboration et vos apports inestimables.

Table des Matières

Chapitre 1. Introduction	9
1.1. Contexte du livre	11
1.2. Objectif	11
1.3. Méthodologie de capitalisation	12
1.4. Public cible	12
1.5. Structure du document	12
Chapitre 2. Contexte de la naissance du PBF pilote	15
2.1. Politique sanitaire et PBF	17
2.2. Province de Cyangugu	18
2.3. Intervention de Cordaid (1994-2002)	20
2.4. Réflexion sur le développement de l'approche contractuelle	20
2.5. Quelques résultats du PBF	23
Chapitre 3. Le montage du cadre institutionnel à Cyangugu	25
3.1. Les rôles et relations des acteurs clés du système PBF au niveau opérationnel	27
3.1.1. L'agence d'achat des services de santé	28
3.1.2. Les prestataires	29
3.1.3. Les services de régulation	31
3.1.4. La communauté	31
3.2. Les autres acteurs au niveau opérationnel	33
3.2.1. Cordaid	33
3.2.2. Les mutuelles	33
3.2.3. Les autorités locales	33
3.2.4. L'ONG HealthNet	33
3.3. Dilemmes par rapport au montage institutionnel	35
3.3.1. Statut juridique de l'agence d'achat	35
3.3.2. Pérennisation de l'agence d'achat	36
3.3.3. Discussion sur le secteur privé	37
3.3.4. Contractualisation de la régulation	37
Chapitre 4. La mise en œuvre du PBF dans la province de Cyangugu	39
4.1. Le choix des indicateurs	42
4.1.1. Choix des indicateurs et des cibles	42
4.1.2. Détermination du barème	44

4.2. Le plan d'affaires	45
4.2.1. Le processus d'élaboration du plan d'affaires	45
4.2.2. Évaluation du plan d'affaires	47
4.3. La contractualisation	48
4.3.1. Contrat de performance entre l'agence d'achat et les prestataires	48
4.3.2. Contrat de performance entre l'agence d'achat et le district sanitaire	49
4.3.3. Contrat entre l'agence d'achat et la province (direction de la santé, du genre et des affaires sociales)	50
4.3.4. Contrat entre l'agence d'achat et les associations locales (ASLO)	50
4.4. Système de vérification	50
4.4.1. Système de vérification quantitative	51
4.4.2. Système d'évaluation qualitative par le district	51
4.4.3. Système de (contre) vérification par la communauté	52
4.5. Paiement des subventions aux centres de santé et sanctions	54
4.5.1. Subvention quantitative mensuelle	54
4.5.2. Prime de qualité	54
4.5.3. Le bonus d'isolement et le fonds d'équité	55
4.5.4. Subvention ECDS et province	56
4.5.5. Subventions des ASLO	56
4.6. La mise en œuvre du PBF au niveau de l'hôpital	56
4.7. Quelques atouts et dilemmes pendant la mise en œuvre du PBF au niveau CS	58
4.7.1. Choix des indicateurs	58
4.7.2. Renforcement du système de santé	60
Chapitre 5. De la phase pilote à la mise à l'échelle	63
5.1. Les raisons de la mise à l'échelle	65
5.2. Le processus de mise à l'échelle	66
5.3. Le montage institutionnel du PBF national	67
5.3.1. Comité de pilotage	68
5.3.2. Régulateur – la Cellule d'appui à l'approche contractuelle (CAAC)	69
5.3.3. Le district et l'Unité Santé et Famille (USF)	70
5.3.4. Les prestataires	70

5.4. Le cycle de gestion du PBF national	71
5.4.1. Choix des indicateurs	71
5.4.2. Plan d'affaires	71
5.4.3. Contractualisation	72
5.4.4. Évaluation et vérification	73
5.4.5. Le paiement des subventions	75
5.5. Points de discussion actuels sur le cadre institutionnel et le cycle de gestion du PBF national	76
5.5.1. Séparation des fonctions	77
5.5.2. Recentralisation du pouvoir	78
5.5.3. Primes de motivation du personnel	78
5.5.4. Délais du virement	78
5.5.5. Participation communautaire	79
Chapitre 6. Réflexions sur le rôle des ONG	81
6.1. Différents rôles	83
6.2. Exécution des projets	84
6.3. Le développement des outils de gestion	84
6.4. La formation et l'apprentissage	85
6.5. Le plaidoyer et le lobbying	85
6.6. Le financement	86
Chapitre 7. Conclusions et perspectives	87
7.1. Considérations	88
7.1.1. Pourquoi choisir l'approche PBF et à quel moment?	88
7.1.2. Considérations liées au montage institutionnel	89
7.1.3. Considérations sur le cycle de gestion du PBF	92
7.1.4. Considérations par rapport à l'accompagnement de l'approche PBF	94
7.2. Perspectives	95
Références	97
Bibliographie	100
Annexes	101
Colophon	107

Annexes

Encadrés

Encadré 1 – Initiatives sur le financement par extrant	18
Encadré 2 – Les réformes de décentralisation depuis 1996	19
Encadré 3 – Quelques principes du PBF	21
Encadré 4 – PMA et PCA	29
Encadré 5 – Démarche concernant la vérification communautaire par les ASLO	53
Encadré 6 – L'influence des modèles pilotes sur le modèle national	66

Figures

Figure 1 – Configuration du pays au moment de l'application de l'approche qui a commencé en 2001 à Butare et en 2002 à Cyangugu	21
Figure 2 – Environnement PBF à Cyangugu (2002-2005)	28
Figure 3 – Cycle du PBF au niveau des centres de santé – Cyangugu	41
Figure 4 – Cadre institutionnel de la mise à l'échelle	68

Tableaux

Tableau 1 – Liste des indicateurs à Cyangugu	44
Tableau 2 – Liste des indicateurs subventionnés au niveau des centres de santé et montant de la subvention unitaire	45
Tableau 3 – Exemples de cibles trimestrielles pour les indicateurs du centre de santé	46
Tableau 4 – Engagements dans les contrats	48
Tableau 5 – Critères d'attribution de la prime et leur valeur d'évaluation	55
Tableau 6 – Différences clés entre le pilote à Cyangugu et le PBF national	67
Tableau 7 – Comparaison de quelques barèmes	70
Tableau 8 – Engagements dans les contrats	73
Tableau 9 – Rôle d'HDP pendant les différentes phases	83
Tableau 10 – Considérations liées au montage institutionnel	90
Tableau 11 – Considération liées au cycle de gestion du PBF	92
Tableau 12 – Mesures d'accompagnement	93

Chapitre 1

Introduction

Chapitre 1. Introduction

1.1 Contexte du livre

Le « *performance based financing* »¹ dans le secteur de la santé a gagné du terrain ces dernières années. Le PBF a fait ses débuts au Cambodge en 1999 et l'approche a évolué dans plusieurs pays d'Afrique, notamment au Rwanda, au Congo et au Burundi. Il y a beaucoup d'acteurs impliqués dans la discussion internationale sur le PBF. Ces acteurs se retrouvent de plus en plus pour comprendre l'approche, les acquis et les défis² qu'elle soulève. Le PBF s'impose de plus en plus dans les agendas internationaux et nationaux et différentes parties sont en train de développer l'approche et de la mettre en œuvre dans divers pays. Puisqu'il s'agit d'une approche novatrice dans la plupart des pays, il est nécessaire d'échanger et de tirer des enseignements de l'expérience à travers des séances de travail et de la documentation.

1.2 Objectif

En rédigeant cet ouvrage, notre but est de faire part de notre expérience en tant qu'équipe de terrain. Malgré toute la littérature existante sur le sujet, le point de vue du niveau opérationnel et celui d'une ONG n'ont jamais été abordés. L'équipe HDP a été impliquée en amont du projet et a eu sa propre expérience dans l'opérationnalisation pendant la phase pilote puis lors du transfert du savoir-faire aux autres districts du Rwanda. Il est à noter que nous avons traversé des périodes parfois difficiles ; ce processus a parfois suscité des angoisses même s'il était, dans le même temps, très enthousiasmant. Les questions que nous nous sommes posées au tout début du projet et auxquelles nous avons tenté d'apporter des réponses à mesure de nos progrès étaient les suivantes : Pourquoi opter pour une approche PBF ? Quelles sont les considérations à prendre en compte ? Quel peut être le rôle d'une ONG dans ce processus ? Qui sont les acteurs et pourquoi sont-ils choisis dans le pilote ? Comment opérationnaliser cette transition d'une mentalité de fonctionnaire à une tournure d'esprit d'entrepreneuriat ? Comment peut-on passer à l'échelle ? Quels sont les choix à faire à ce niveau ? Quelle est le rôle d'une ONG dans l'ensemble du processus ? Estimant que toute approche PBF nécessite un accompagnement, nous sommes convaincus que d'autres structures d'accompagnement comme notre ONG se posent actuellement les mêmes questions et c'est la raison pour laquelle nous pensons qu'il est opportun de partager nos réponses et réflexions.

Il n'est nullement question ici d'essayer de convaincre par les bons résultats obtenus. Il s'agit tout d'abord de présenter l'approche adoptée et les leçons apprises dans la phase pilote (2002-2005) à Cyangugu. Nous décrivons ensuite comment le PBF a été mis à l'échelle (à partir de 2006) et nous comparons les deux modèles. Puis nous analysons les rôles potentiels des ONGs dans l'accompagnement d'une approche PBF, sur la base de l'expérience d'HDP. Le PBF n'est pas un schéma directeur (blueprint), c'est une approche qui doit s'adapter au contexte. C'est

¹ PBF, acronyme anglais pour Financement basé sur la performance.

² Citons, par exemple la réunion de décembre 2009, organisée par le « Réseau sur les incitations à la performance des prestataires de service de santé » pour discuter des développements récents, des risques et des défis émergents (www.performancebasedfinancing.org). »

la raison pour laquelle nous présentons nos centres d'intérêt comme thèmes de discussion. HDP souhaite ainsi contribuer au débat amorcé au niveau national au Rwanda aujourd'hui et à l'avenir. De surcroît, elle espère que ces thèmes de discussion pourront nourrir les réflexions des parties prenantes dans les pays qui réfléchissent à l'introduction du PBF.

1.3 Méthodologie de capitalisation

Un avant-projet a été préparé, suivi par des entretiens individuels entre le personnel d'HDP et du KIT. Sur la base d'un canevas, des sessions d'écriture ont été organisées en décembre 2009. À la même époque, un atelier a permis de collecter les points de vue de différentes parties prenantes impliquées dans le PBF au Rwanda et au Congo. Pour cet atelier, l'équipe de rédaction avait formulé quelques questions clés qui ont pu être discutées. Les observations et discussions de cet atelier sont intégrées dans ce livre.

1.4 Public cible

Ce livre est avant tout censé servir de support à ceux qui doivent réfléchir au développement de l'approche PBF dans leur pays, mais il s'adresse aussi à ceux qui espèrent entamer sa mise en œuvre.

1.5 Structure du document

Ci-après, le chapitre 2 décrit brièvement le contexte de l'émergence du PBF au Rwanda. La politique sanitaire et les réformes récentes sont présentées, ainsi que les divers programmes d'urgence et d'appui au secteur de la santé dans l'après-génocide. L'approche PBF dans la santé et ses résultats au Rwanda ne seront que survolés car ils sont déjà dépeints dans d'autres documents.

Les chapitres sont ensuite articulés autour de trois parties principales qui abordent des questions pratiques sur la conception et la mise en œuvre de l'approche PBF.

La première partie (ch. 3 et 4) décrit la mise en place du projet pilote et sa mise en œuvre à Cyangugu, notamment l'identification et la distribution des rôles et responsabilités des différents acteurs au niveau de la régulation, de la prestation de services et de la vérification (ch. 3) ainsi que les mécanismes et les outils de gestion (ch. 4). La conclusion de ce chapitre porte sur les principaux acquis et les dilemmes associés à cette phase.

La deuxième partie (ch. 5) présente la transition depuis les programmes pilotes (Cyangugu et autres) à un système national actuellement en place au Rwanda. On y trouve une analyse des changements clés au niveau du cadre institutionnel, des outils de gestion et du système de financement ; les points en souffrance faisant encore l'objet d'un débat sont présentés dans la conclusion sous forme de thèmes de discussion.

La troisième partie (ch. 6) donne un aperçu du rôle qu'une ONG peut jouer pendant les deux phases sur la base des expériences d'HDP au niveau de l'appui technique et de l'accompagnement.

Dans la conclusion générale (ch. 7), nous résumons les considérations clés à prendre en compte dans la mise en place et la mise en œuvre d'une approche PBF, sur la base des leçons du Rwanda, en particulier celles apprises par HDP. De surcroît, nous présentons l'opinion d'HDP concernant les questions liées au PBF qui devraient faire l'objet de plus de recherches.

Chapitre **2**

Contexte de la naissance du PBF pilote

2.1. Politique sanitaire et PBF

Le Rwanda, pays enclavé, pauvre et postgénocide, compte environ 10 millions d'habitants, ayant une espérance de vie de 51 ans et un revenu annuel per capita de 250 dollars US. Malgré une reprise de la croissance économique, une décentralisation vigoureuse et une volonté politique de développer l'éducation nationale, on a observé une inadéquation entre ces développements et la croissance démographique. Heureusement pour le pays, après le génocide, il y a eu un élan de solidarité internationale extraordinaire qui a tenté de remettre sur pied le pays et ses habitants. En 1999, le Rwanda a déclaré la fin de la phase d'urgence et souhaitait passer à la phase de développement structurel.

Tous ces développements ont aussi eu un impact sur le secteur de la santé. Depuis 1994, le secteur de la santé a bénéficié d'aides extérieures, sous forme d'injections de capitaux dans le système pour payer les salaires et les primes du personnel, réhabiliter les infrastructures et acheter du matériel. Ces interventions étaient de type intrant et n'exigeaient rien en termes de résultats aux prestataires de services. Bien qu'on ait obtenu de bons résultats en termes de réhabilitation des infrastructures et des équipements, les indicateurs de santé tels que l'utilisation des services, la couverture en termes de planning familial et d'accouchements institutionnels et autres n'ont pas beaucoup changé par rapport à la situation antérieure.

En 1995, ce fut l'occasion pour les autorités sanitaires du Rwanda de réformer le système de santé en faveur notamment d'une plus grande décentralisation. Elles ont organisé le financement de cette réforme et ont développé des mécanismes alternatifs au financement communautaire entre 1995 et 2001 (Porignon D. *et al.*, 2001). L'un des nouveaux mécanismes qui a été introduit en 2001 est l'Initiative pour la performance dans la province de Butare. Dans ce projet, il existait un élément de financement par extrant et un élément de financement par intrant (Meessen B. *et al.*, 2001). Les résultats obtenus ont incité d'autres districts à développer les mêmes initiatives (voir l'Encadré 1). En 2006, l'approche PBF a été introduite dans tout le pays et la mise à l'échelle est désormais faite. Tous les districts du Rwanda appliquent aujourd'hui le PBF.

La politique sectorielle de santé est liée à la vision globale du gouvernement du Rwanda, telle que définie dans la Vision 2020 et le document de Stratégie de Développement Economique et de Réduction de la Pauvreté (République du Rwanda, 2007). Par ailleurs, la politique sectorielle intègre les changements de l'environnement institutionnel qui résultent de la mise en œuvre de la politique nationale de décentralisation (voir l'Encadré 2).

Encadré 1 – Initiatives sur le financement par extrant

Au cours des années 2003-2005, le PBF a été financé par différentes sources.

En 2003, le FNUAP a inclus dans son programme la province de Cyangugu. Le programme était financé par ces propres moyens (FNUAP). Le FNUAP s'était déclaré prêt à utiliser la même approche contractuelle pour appuyer des services de santé par le biais de l'agence de financement. C'est ainsi que le ministère de la Santé, le FNUAP et Cordaid ont signé un mémorandum d'accord. Dans ce mémorandum, il était également prévu de travailler avec le secteur privé en visant l'intégration des services de santé reproductive dans les soins de santé de base. En vue de la durabilité à long terme, une telle intégration des activités était la bienvenue.

L'ambassade des Pays-Bas est passée par le Programme cadre d'appui aux communautés (PCAC) et à la bonne gouvernance de Cyangugu. Le fonds était géré par la province. À partir de 2004, les fonds de l'ambassade passaient par l'Association des districts et des villes pour l'amélioration de la santé (ADVAS) (voir la section 3.3.1).

En 2004-2005, toutes les parties prenantes s'accordaient pour reconnaître la pertinence du PBF. Les principaux acteurs trouvaient progressivement leur marque et assumaient peu à peu leurs rôles et ils ont investi dans l'approche. La canalisation des fonds a suivi plusieurs voies. Désormais (depuis 2005), les fonds sont acheminés par le ministère des Finances à la province de Cyangugu puis à l'agence d'achat des services de santé. C'est là un changement profond car, pour la première fois, les deniers publics arrivent dans une agence privée (l'agence d'achat, Cordaid).

Toujours en 2005, Cordaid avait essayé d'intégrer le projet santé-population de la Banque Mondiale (BM) dans le PBF. La BM avait contracté les 4 districts et 2 spécialistes de l'hôpital de Gihundwe en dehors du cadre de l'approche contractuelle. Pour la durabilité du PBF, il fallait donc étudier la possibilité d'intégrer tous ces financements par le biais du PBF.

2.2. Province de Cyangugu

Dans la province de Cyangugu, le contexte était encore plus difficile et plus complexe qu'ailleurs. Du fait de son éloignement de la capitale Kigali, le personnel de santé qualifié refusait d'aller travailler là-bas et ceux qui acceptaient de s'y rendre n'y passaient pas beaucoup de temps. On a noté une instabilité quasi-totale du personnel sanitaire. Rien n'était fait pour le retenir aussi loin de la capitale et le personnel était dans un état de démotivation profond.

Cyangugu compte une population de 624 000 habitants. La grande majorité vit en dessous du seuil de la pauvreté (plus de 60 %) (ECDS, 2003). Pendant l'enquête auprès des ménages en 2003, plusieurs caractéristiques de santé ont été mesurées. Les services de santé de base n'étaient pas géographiquement et financièrement accessibles pour une grande partie de la population.

Encadré 2 – Les réformes de décentralisation depuis 1996

La décentralisation fait référence au transfert des responsabilités des fonctions publiques de l'État central aux entités gouvernementales de niveau intermédiaire ou local. Généralement, on fait la distinction entre la déconcentration qui signifie la délégation de quelques responsabilités de gestion des ressources aux agences locales de l'État et la dévotion (décentralisation politique) qui signifie le transfert du pouvoir et des ressources aux gouvernements locaux élus.

Le Rwanda connaît ces deux types de décentralisation. Depuis 1996, l'organisation du système de santé est basée sur le district de santé qui est l'unité opérationnelle déconcentrée de planification, d'exécution et de gestion selon les orientations stratégiques nationales en matière de santé. Depuis 2000, la politique de dévotion a abouti à la création de districts administratifs. Chaque district est dirigé par un conseil élu, un maire et un conseil exécutif et il doit notamment coordonner le développement économique, la planification, le financement et la fourniture des services de base, y compris la santé. Pour assurer cette dernière tâche, il a été instauré, en 2006, au niveau des districts, des Unités de développement sanitaire (USF).

Actuellement le processus d'harmonisation entre la déconcentration et la dévotion est en cours. Cela veut dire que les limites géographiques du district sanitaire et du district administratif seront harmonisées et que le rôle de coordination du secteur de la santé au niveau local sera assuré par le district administratif (à travers l'USF).

La mise en œuvre de la politique de décentralisation a connu des changements profonds au niveau local qui ont eu un effet sur le secteur de la santé et particulièrement sur les programmes PBF. Par exemple, le mouvement de déconcentration a facilité la prise de décisions de la province et des districts sanitaires et leur participation au PBF, mais dans le même temps, il a limité l'autonomie au niveau opérationnel. Le district ne peut pas décider de la gestion des ressources humaines et les réformes ont souvent déstabilisé le personnel suite à des mutations fréquentes. Cela peut générer une attitude passive. Par contre, la dévotion donne mandat aux structures opérationnelles (district administratif / USF) qui peuvent prendre des décisions plus ou moins autonomes car elles ne dépendent pas d'une autorité supérieure. Composé des élus, les districts administratifs rendent compte à la population et donc aux utilisateurs des services de base : un mécanisme indispensable dans une approche PBF. (République du Rwanda, 2005)

La population connaissait de fréquents épisodes de maladies et consacrait 14 % (= 6,38 dollars per capita par an) de ses revenus à des dépenses de santé. La tranche de population la plus pauvre dépensait même jusqu'à 54 % de ses revenus pour la santé. Les ménages avaient beaucoup d'enfants et manquaient de moyens pour leur assurer une bonne nutrition et une éducation. Plusieurs femmes sont mortes pendant leur grossesse, ce qui aggravait la situation socio-économique du ménage. Les femmes avaient des grossesses trop fréquentes et à un âge trop jeune ou trop avancé. De surcroît, le programme de planification familiale (PF) n'était pas efficace. La demande non satisfaite en PF était de 23% (ECDS, 2003).

2.3. Intervention de Cordaid (1994-2002)

C'est donc dans ce contexte rwandais postgénocide, dans un pays ayant connu une destruction massive de ses hommes et de ses infrastructures et dans une économie complètement exsangue que l'organisation néerlandaise Cordaid³ est arrivée dans la province de Cyangugu en 1999, dans le cadre d'une mission d'urgence et de réhabilitation. Elle a commencé à intervenir dans deux districts sanitaires sur sept (Mibilizi et Kibogora) avec un financement de type intrant en provenance de l'ambassade des Pays-Bas. L'appui portait essentiellement sur la réhabilitation des infrastructures, le paiement des salaires du personnel, l'achat de médicaments et d'équipements des structures ainsi qu'un poste important associé aux frais de transport.

En 2002, après le départ d'autres ONG internationales (MSF (Médecins sans Frontières) et NPA (Norwegian People's Aid)) des districts sanitaires de Gihundwe et de Bushenge, la province a demandé à Cordaid de prendre la relève. Ainsi, entre 2002 et 2005, l'appui de Cordaid s'est concentré sur quatre districts sanitaires.

En 2002, une évaluation sur l'intervention de Cordaid à Mibilizi et Kibogora a fait ressortir des résultats pas très encourageants en termes d'amélioration des indicateurs de santé publique. La qualité des soins restait médiocre ; les malades attendaient trop longtemps pour recevoir des soins ; le système de référence/contre-référence ne fonctionnait pas ; les malades mourraient par négligence et la qualité des soins donnés restait trop basse. Il était impératif de définir une autre stratégie pour arriver à de bons résultats.

2.4. Réflexion sur le développement de l'approche contractuelle

Il était question de changer le type de financement pour passer d'un financement des intrants (*inputs*) (paiement des salaires du personnel, paiement du carburant, des médicaments etc. sur la base d'un budget négocié) en un financement de type extrant (*output*) basé sur la performance (les résultats). Dans la plupart des cas, on arrive à une combinaison des deux ; une partie des ressources est attribuée aux extrants et une autre reste de type intrant. Ce changement était inspiré par les expériences du Cambodge et celles réalisées par une ONG néerlandaise, HealthNet, dans la province de Butare, plus proche de Cyangugu. Le financement basé sur la performance est aussi connu sous l'appellation *Results Based Financing* (RBF) ou *Pay for Performance* (P4P), qui sont autant de formes d'*approche contractuelle*. Dans cet ouvrage, on utilise le terme « *Performance Based Financing* (PBF) ». Quelques principes sont expliqués à l'Encadré 3.

³ Au début, l'ONG qui intervenait au Rwanda s'appelait Memisa, mais en 1999, l'organisation a fusionné avec quelques autres partenaires et est devenue Cordaid. Pour faciliter la lecture, on fait référence à l'organisation Cordaid dans l'ensemble de ce rapport.



Figure 1: Configuration du pays au moment de l'application de l'approche qui a commencé en 2001 à Butare et en 2002 à Cyangugu

Encadré 3 – Quelques principes du PBF

Le PBF est censé contribuer à l'amélioration de la performance des prestataires de santé et, finalement, la qualité de l'offre de services de santé au niveau opérationnel. Dans le même temps, il implique un changement fondamental dans la façon dont le secteur de la santé est financé, par le passage d'un financement basé sur les intrants à un financement basé sur les extrants. Cela nécessite des changements dans la structure de responsabilisation et une redistribution concomitante des tâches et des responsabilités entre les différents acteurs. Les résultats montrent aussi que le PBF influence l'architecture institutionnelle du secteur de la santé puisqu'il faut des structures au niveau opérationnel pour la détention des fonds, les mécanismes de responsabilisation et de transparence et des agences pour mener à bien les efforts de vérification, y compris au niveau de la communauté.

En bref, le PBF est développé comme un système destiné à motiver les prestataires à travers l'octroi de mesures incitatives en fonction des performances par rapport à des résultats mutuellement convenus. Il est informé par des principes :

- 1) d'autonomie dans la gestion et la planification par les prestataires de services ;
- 2) de séparation des fonctions de réglementation, de financement et de prestation des services ;
- 3) de participation de la communauté à la gestion des services et

- 4) d'utilisation d'instruments normalisés, y compris des plans d'affaires, des contrats, ainsi que la vérification et le suivi d'outils consensuels au niveau décentralisé par les gestionnaires du district, les représentants de la communauté et les établissements de santé.

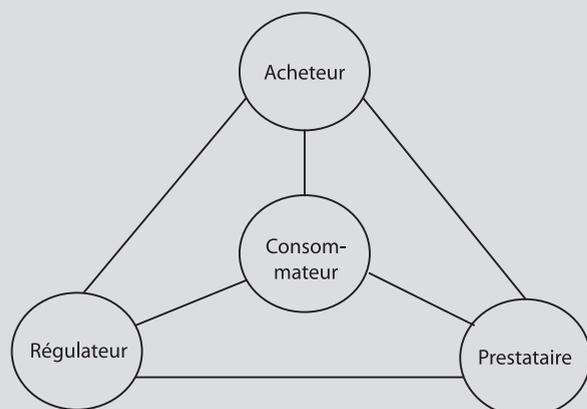
Le concept qui sous-tend le PBF tire ses origines de l'idée que, même si les ressources sont limitées, il devrait être possible d'améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé en augmentant les performances en termes de productivité ainsi que la qualité des services à travers la motivation.

L'OMS (2006) suggère de mesurer la performance par une évaluation de :

- 1) la disponibilité (à mesurer par des indicateurs tels que le temps d'attente) ;
- 2) la compétence (la capacité de diagnostiquer et de fournir des services adéquats ; les indicateurs de performance institutionnelle) ;
- 3) la réceptivité (le respect du patient, la communication avec le patient et l'attention accordée aux malades) ;
- 4) la productivité des travailleurs/services de santé ; et
- 5) la transparence dans le paiement des frais de consultation et dans la gestion financière.

Le contenu des contrats de performance dépend des marges de manœuvre et de la négociation entre les acteurs impliqués.

La séparation des fonctions est bien illustrée dans le modèle simplifié ci-dessous. En réalité, le modèle de base a plusieurs niveaux de complexité comme nous le verrons dans les chapitres suivants sur le Rwanda.



Source : Toonen et al., 2009 et ministère de la Santé, 2008

À Cyangugu, le but ultime du programme de Cordaid était l'amélioration quantitative et qualitative des prestations de services de santé. Il fallait absolument briser les barrières financières et géographiques concernant les soins de santé pour la population de Cyangugu. Le PBF était donc un moyen qui devait permettre l'amélioration de tout le système de santé de la province de Cyangugu en apportant des modifications positives à la structure, en améliorant l'accessibilité financière et géographique des soins pour la population et, pour la première fois, en tenant compte de la motivation du personnel et en permettant l'acquisition de médicaments essentiels et de matériels.

Cordaid a décidé d'un commun accord avec l'autorité de la province de mener cette expérience avec les nouveaux districts de Gihundwe et de Bushenge. Il a été jugé plus facile de commencer là où il existait un programme tout nouveau à développer. C'est la raison pour laquelle les formations sanitaires de ces deux districts ont été les premières à être subventionnées sur la base des résultats.

Pour l'introduction et l'acceptation du pilote, Cordaid a fait une analyse des parties prenantes et a convaincu sur les acteurs locaux, notamment le médecin directeur de la région sanitaire, le préfet et les autres acteurs du secteur de la santé. Cordaid a réussi à persuader les responsables sanitaires au niveau local. Elle a eu le feu vert pour commencer l'opération sur une petite échelle.

Quand on est passé des intrants aux extrants, Cordaid n'a donné aucune autre subvention de type intrant aux FOSA, hormis pour les formations. Pourtant, les ministères et les autres bailleurs ont continué à financer à leur façon les intrants tels que les salaires.

Après six mois d'application de cette nouvelle approche, c'est-à-dire à la fin du deuxième semestre 2002, un changement significatif fut observé et diffusé tant au niveau provincial qu'au niveau national. L'habitude de présenter régulièrement les résultats atteints en vue d'obtenir un soutien financier s'est dégagée du projet de Cyanguu. Un intérêt croissant s'est ressenti essentiellement au niveau des ministères de l'Administration locale et de la Santé publique mais aussi auprès de certains bailleurs de fonds (Banque mondiale, Coopération néerlandaise, Coopération belge). Une campagne de plaidoyer a été organisée par l'équipe de Cyanguu pour expliquer le PBF et faire adhérer à l'idée. Cordaid a ciblé la filière technique à tous les niveaux, la filière administrative et la population (tout au moins, ses représentants). Par la suite, d'autres districts de la province de Cyanguu ont été ajoutés au programme PBF.

Pendant une période de 4 ans (2002-2005), l'agence d'achat de Cyanguu a contracté 25 centres de santé et 4 hôpitaux. Les centres de santé étaient des structures publiques (16) et agréées (9). Pour les hôpitaux, il s'agissait de 2 hôpitaux agréés et 2 hôpitaux publics. Dans les chapitres 3 et 4, nous nous attarderons sur le processus de mise en œuvre.

2.5. Quelques résultats du PBF

De manière générale, l'introduction du PBF a eu des résultats prometteurs au niveau de l'organisation du système de santé, de la production, l'accessibilité et la qualité des services et au niveau des indicateurs tant curatifs que préventifs. À titre d'exemple, à Cyanguu, l'accessibilité géographique a été améliorée par l'inclusion de formations privées, soit environ 19 dispensaires privés. Quant à l'accessibilité financière, elle a été améliorée par le fait que les prestataires ont diminué le coût des soins selon les arrangements prévus dans les contrats entre l'agence d'achat et les centres de santé. Cela veut dire que, pour pouvoir atteindre les cibles prévues dans les contrats, les prestataires étaient obligés de diminuer les coûts des prestations

pour attirer des clients. Ainsi, ils ont pu pousser à une plus grande utilisation de leur structure. D'un autre côté, lors de la négociation, le chef de l'agence d'achat a été très clair en rappelant aux prestataires que l'accessibilité financière même aux plus pauvres restait l'objectif du PBF. Donc le plan d'affaires, qui faisait partie intégrante de la négociation du contrat, devait aussi montrer comment atteindre cet objectif (voir chapitre 4).

En ce qui concerne les indicateurs des services de santé (tels que les accouchements assistés ou les CPN), il y a beaucoup d'études qui décrivent et analysent les résultats du PBF en détail, telles que Soetaert (2007), Soeters *et al.* (2006) Rusa *et al.* (2007), Morgan (2009), Toonen *et al.* (2009), Paalman *et al.* (2007) et c'est la raison pour laquelle nous n'aborderons pas ces détails ici. Dans les chapitres 4 et 5, nous nous contenterons de décrire les changements clés observés au niveau du comportement, de l'aptitude et des performances des acteurs clés du système à Cyangugu suite à l'introduction du PBF.

Chapitre **3**

Le montage du cadre institutionnel à Cyangugu

Dans ce chapitre, nous présentons les différents acteurs du système PBF à Cyangugu. Nous décrivons tout d'abord les rôles des acteurs principaux, notamment le régulateur (équipe cadre du district sanitaire - ECDS⁴), l'acheteur (l'agence d'achat) et les prestataires (formations sanitaires) ainsi que les relations entre eux.

Dans la théorie du PBF, un rôle important est assigné à la communauté. Dans ce chapitre, les différents acteurs communautaires sont présentés comme quatrième groupe d'acteurs.

À la section 3.2., nous décrivons les autres acteurs de l'environnement PBF, tels que le comité de suivi, les mutuelles et les bailleurs. Ils étaient tous plus ou moins présents dans le secteur de la santé au moment du démarrage du programme pilote de Cyangugu.

3.1. Les rôles et relations des acteurs clés du système PBF au niveau opérationnel

Dans la situation antérieure au PBF, le système de financement était un système de type par intrants. Cordaid finançait directement les formations sanitaires qui complétaient leurs fonds par les contributions des clients (frais de consultation, accouchements, labo, médicaments et soins) et de l'État central (salaire des agents). Les fonctions de régulation et de financement étaient assurées par le ministère de la Santé. Les prestations étaient assurées respectivement par le ministère de la Santé et ses structures déconcentrées : les formations sanitaires publiques. Cordaid soutenait quelques formations sanitaires publiques et agréées (des formations privées, confessionnelles et sans but lucratif). Cette section explique le cadre institutionnel qui a été monté dans le projet pilote à Cyangugu et le changement des rôles et relations lors du passage d'un système d'intrants à un système d'extrants.

Avec l'introduction du système PBF, Cordaid a eu des discussions sur le cadre institutionnel à mettre en place avec le ministère de la Santé, les hôpitaux, les centres de santé, le district administratif, la province et le ministère de l'Administration locale, les associations locales et les bailleurs. Les différentes options institutionnelles et organisationnelles ont été discutées en tenant compte du contexte spécifique au Rwanda. L'option suivante a été adoptée en 2002 en termes de répartition des trois rôles principaux (voir aussi la figure 2) :

Acheteur	l'Agence d'achat de services de santé (agence d'achat) – sous la responsabilité de Cordaid
Régulateur	l'Équipe cadre du district sanitaire (ECDS) et la direction de la santé, du genre et des affaires sociales (DSGAS) au niveau provincial
Prestataire	Formations sanitaires : centres de santé (CS) et hôpitaux de district

⁴ L'équipe cadre est composée d'un médecin chef, d'un administrateur, d'un superviseur ou deux, d'un comptable et d'un secrétaire.

3.1.2. Les prestataires

Les « prestataires » contractés dans le programme pilote sont les « formations sanitaires » au niveau local (centre de santé) et au niveau du district (hôpitaux). Les centres de santé ont pour tâche principale de fournir le paquet minimum d'activités (PMA) et les hôpitaux fournissent le paquet complémentaire d'activités (PCA) (voir l'Encadré 4). Pour les prestataires, l'introduction du PBF représentait un changement radical.

Au Rwanda, les CS et les hôpitaux jouissaient dans l'ensemble d'une certaine autonomie de gestion avant l'introduction du PBF. Les CS détenaient leurs propres comptes bancaires et les comités de gestion pouvaient prendre des décisions en toute autonomie. L'introduction du PBF nécessitait un élargissement de l'autonomie, par exemple dans le domaine du recrutement du personnel. Pour cela, il a fallu plaider auprès du ministère de la Santé. L'acceptation de ces changements s'est passée assez facilement puisqu'elle représentait un approfondissement de la décentralisation (le ministère de la Santé étant un ministère plus décentralisé que d'autres). De fait, il convient de souligner que le ministère de la Santé a été le premier ministère décentralisé au Rwanda, ce qui a contribué à cette acceptation.

Encadré 4 – PMA et PCA⁵

PMA :

- activités préventives, p. ex. tous les services prénatals, CTV (Conseil et test volontaire), services postnatals, planning familial, vaccination, surveillance épidémiologique et hygiène.
- activités curatives : consultation primaire, PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant), cas chroniques, prise en charge des personnes vivant avec le VIH, laboratoire, hospitalisation, intervention chirurgicale mineure, nutrition, cas de violence.
- activités promotionnelles : éducation, suivi des enfants, support psycho-social, mutuelles, mobilisation communautaire.
- quelques activités administratives telles que le rapportage.

PCA :

- activités préventives comme la référence des grossesses de haut risque, planning familial, vaccination dans la maternité et hygiène.
- activités curatives : consultations des cas référés, des urgences, hospitalisation, laboratoire, prise en charge des personnes vivant avec le VIH et quelques services spécialisés ainsi que la référence au niveau tertiaire.
- activités de promotion p. ex. le support psycho-social et la communication pour changer le comportement du patient et de sa famille.
- quelques activités administratives.

⁵ http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_content&view=article&id=74:health-facility-registration&catid=37:health-facilities&Itemid=54

Dans le nouveau système, les prestataires doivent faire l'analyse de la situation sanitaire, élaborer un plan d'affaires, négocier un contrat avec l'agence d'achat, signer ce contrat de prestations avec l'agence d'achat, mettre en œuvre les plans d'affaires et prodiguer des soins de qualité. De surcroît, contrairement au conflit classique public-privé qui existait à l'époque entre les prestataires, la nouvelle approche a eu l'avantage d'intégrer tous les prestataires de soins remplissant les critères fixés par le district sanitaire. Les prestataires privés à but lucratif pouvaient solliciter un sous-contrat avec le CS. Cela a permis d'augmenter considérablement la couverture sanitaire au niveau des districts (accessibilité géographique).

L'introduction du PBF demande une profonde modification du système de santé et des prestataires en particulier. On attend d'eux qu'ils changent leur gestion et leur comportement ; ils ne doivent plus se comporter en fournisseur mais en entrepreneur. Dans le cas de Cyanguu, les gens ont rapporté beaucoup d'expériences positives liées aux primes de motivation financière mais aussi des avantages non financiers.

Premièrement, l'introduction des contrats a très vite modifié le comportement de beaucoup de prestataires et l'a transformé d'un comportement passif en un comportement proactif. La canalisation des fonds directement vers les structures décentralisées et l'autonomie des CS dans la prise de décisions relative à l'utilisation et l'orientation des fonds a encouragé la naissance de « nouvelles » équipes de CS qui traitent les malades comme des clients, et non plus seulement comme des patients.

Deuxièmement, les prestataires étaient conscients qu'en travaillant mieux et plus, ils pouvaient gagner plus d'argent qui pouvait alors être réinvesti dans la structure ou donné au personnel en guise de primes de motivation. Il n'y avait pas de conditions assorties aux dépenses. Un seul principe guidait les FOSA : « On ne dépense que ce qu'on a gagné ». Pourtant, la régulation attirait l'attention sur certaines dépenses vitales comme l'achat de médicaments.

Troisièmement, le système permettait la compétition et la concurrence entre les structures publiques et privées, ce qui mettait un terme au monopole des formations sanitaires publiques pour certaines activités. Comme les malades ont désormais la possibilité de choisir où aller se faire soigner, ils choisissent d'aller là où ils trouvent la meilleure qualité. Dans le PBF, l'argent suit le malade, donc les FOSA adoptent intuitivement une attitude concurrentielle en essayant d'offrir des soins de meilleure qualité.

Cette transformation a fait que les prestataires ont bénéficié de davantage de considération au plan collectif et individuel. Leur statut social a changé positivement.

Pourtant, tous les prestataires n'ont pas vécu ces changements de façon positive. Certains se sont montrés plus hésitants. Ils préféraient un financement par intrants qui assurait des salaires fixes aux prestataires. On a alors observé une certaine démotivation de la part de ces prestataires. Le système PBF demande plus de travail et certains prestataires ont donc quitté

le système au début. De surcroît, l'autonomisation des CS était appliquée avec une certaine prudence dans certaines structures et, même si elle n'a pas posé de problème majeurs, certaines structures attendaient toujours des directives venant d'en haut.

Le processus d'établissement des contrats de performance entre l'agence d'achat et les prestataires est décrit à la section 4.3.

3.1.3. Les services de régulation

Pour assurer la régulation, il y a trois acteurs : le ministère de la Santé au niveau central, la direction de la santé, du genre et des affaires sociales (DSGAS) au niveau provincial et les districts sanitaires au niveau des districts. Le niveau de régulation au niveau central définit les normes, les standards et la politique de la santé qui doivent être supervisés par les niveaux déconcentrés et respectés par les prestataires.

La DSGAS au niveau provincial et l'Équipe cadre du district sanitaire (ECDS) devaient assumer naturellement le rôle de régulation dans ce projet pilote. Le ministère de la Santé, qui donnait les directives générales, ne suivait pas au jour le jour la nouvelle approche. Cette tâche revenait à la province en général et à la DSGAS en particulier, laquelle devait assurer la coordination des districts. Pour sa part, l'ECDS est chargée de superviser la qualité technique des centres de santé. La qualité technique fait référence au respect des normes qui concernent le personnel (qualifications et effectifs), les infrastructures, les équipements et les modalités d'organisation et de réalisation des activités par les structures de santé.

La relation entre la régulation et l'agence d'achat est une relation contractuelle. L'agence d'achat a deux contrats de performance avec les régulateurs (voir la figure 2) : i) au niveau provincial et ii) au niveau du district. Le premier contrat est là pour veiller à ce que la DSGAS s'acquitte de son rôle de coordination. Le deuxième contrat lie l'agence d'achat aux districts sanitaires, en particulier l'ECDS, pour assurer qu'ils jouent leur rôle de superviseur de la qualité des services.

Au début, les services de régulation ont eu une attitude d'observation, pour voir comment le PBF allait marcher. Ils attendaient des résultats avant de s'engager. Le premier contrat avec les districts a été signé en 2003.

Normalement, le système PBF ne prévoit pas de contrats entre l'acheteur et le régulateur, bien que ce soit une option pertinente. C'était un choix retenu pour Cyangugu afin de garantir un système fonctionnel (voir aussi la discussion à la section 3.3.4).

3.1.4. La communauté

Dans la vision PBF – qui associe la séparation des fonctions et la promotion de la transparence – le quatrième acteur principal est la population qui doit avoir des mécanismes lui permettant de s'exprimer sur la qualité des soins. La voix de la population est très importante, notamment

en ce qui concerne l'appropriation du système. Dans un grand nombre de programmes de santé, c'est un aspect négligé ou faiblement appliqué. À Cyanguu, il était question d'impliquer la communauté pour la *contre-vérification* (vérifier la fiabilité des données fournies par la formation sanitaire à travers la comparaison entre les déclarations des bénéficiaires des soins et les données des formations sanitaires) et pour *mesurer la satisfaction des clients* par rapport aux prestations fournies par les FOSA.

Au Rwanda, il existe trois groupes susceptibles de renforcer la voix communautaire. Le programme de Cyanguu les a évalués avant de choisir la structure appropriée et représentative pour être sous-contractée dans ce but.

Le comité de santé

Selon les principes de soins de santé primaire de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur la « participation communautaire », le comité de santé (COSA) est composé de membres élus de chaque village, colline ou quartier pour s'occuper des activités sanitaires et du développement de l'interface au niveau de zone de santé. Les membres du comité de santé jouent le rôle de partenaire des services de santé et d'interface (passerelle) entre les services de santé et la communauté de deux manières : a) en amenant les services de santé à la population et b) en amenant la population aux services de santé.

Les agents communautaires (relais)

Les agents communautaires relèvent du système de santé grâce à leur présence au niveau local ; ils connaissent les besoins de la population et peuvent ainsi aider à prioriser les activités et développer des stratégies pour améliorer les indicateurs. D'autres structures communautaires, tels que les groupes religieux et les accoucheuses traditionnelles, offrent les mêmes atouts. Même si le système PBF considère ces structures importantes pour la liaison avec la communauté, dans la pratique, elles sont rarement impliquées activement dans la prise de décisions.

Les associations locales

Les associations locales constituent un groupe assez large et divers. Les statuts et les objectifs des associations peuvent être très différents. Il y a des ONG, des associations, des fondations, des organisations de la société civile et des fédérations.

La contre-vérification devrait être assurée par des structures indépendantes des structures sanitaires.

Compte tenu du mandat du COSA, il pourrait apparaître comme la voix communautaire naturelle. Pourtant, en réalité, on a pu constater que les membres du COSA étaient souvent plus liés à la formation sanitaire pour des raisons d'intérêts privés. De même, on a constaté que leurs capacités de gestion étaient faibles. Donc, le COSA n'était pas la structure appropriée. Le même raisonnement pourrait être fait pour les agents communautaires qui étaient en fait les relais recrutés par les CS.

C'est dans cette optique, au début de l'année 2003, que l'agence d'achat a signé des contrats avec des associations locales (ASLO) dans chaque zone de rayonnement d'un CS pour lui confier la contre-vérification et pour mesurer et analyser le niveau de satisfaction de la population bénéficiaire par rapport aux prestations fournies par le CS. Pour assurer leur indépendance, les contacts directs entre ces associations locales et les formations sanitaires n'étaient pas autorisés.

3.2. Les autres acteurs au niveau opérationnel

Pendant la mise en place du projet PBF par Cordaid, d'autres intervenants dans la province ont influencé d'une manière ou d'une autre le déroulement du projet.

3.2.1. Cordaid

Cordaid, en qualité d'ONG, a mis en place l'agence d'achat. Pourtant, elle a aussi d'autres rôles qui sont plutôt liés à son statut d'ONG. Dans le montage PBF, des changements sont intervenus dans le rôle de Cordaid. Le plus grand changement a porté sur l'assistance technique donnée par Cordaid. Cette assistance a augmenté et s'est articulée autour de quatre thèmes :

- la recherche-action pour la mise en place du système et les outils ;
- le développement du cadre institutionnel ;
- l'organisation administrative de l'agence ;
- un appui dans le domaine médical.

La mise en place de l'approche contractuelle demandait une stratégie de *recherche-action* continue afin d'adapter les modalités aux réalités du terrain. Un économiste en santé, doté d'une expérience dans ce domaine, devait apporter un appui périodique et soutenu au projet. Une étude prévue début 2003 pour mesurer le point de départ du projet par rapport aux indicateurs devait bénéficier de cet appui technique (*baseline study*).

Un appui technique afin de développer continuellement *le cadre institutionnel dynamique* du projet était aussi pressenti comme incontournable. Dans le même temps, il fallait réfléchir aux différentes possibilités juridiques et administratives du projet. C'est pourquoi, on a jugé pertinent de sonder la volonté des différents ministères (Minaloc, Minisanté) à soutenir l'existence d'une telle structure. Il fallait étudier la possibilité de collaboration avec d'autres institutions, comme les assurances et les mutuelles.

Un autre thème d'appui technique concernait l'organisation administrative de l'agence. Le caractère délicat du travail demandait une attention particulière. Il s'agit des procédures de demande de fonds, la définition des critères et leur application, l'établissement des contrats, les procédures financières et de décaissement, etc.

Un appui dans le domaine médical et d'autres formes d'appui associées à l'approche recherche-action étaient fournis par le bureau Cordaid des Pays-Bas.

3.2.2. Les mutuelles

Les mutuelles sont des coopératives avec des adhérents. Leur objectif principal est de financer les dépenses des adhérents en cas de maladie (médecine curative). La mutuelle, comme l'agence d'achat, est aussi un payeur de services de santé et elle passe des contrats avec les FOSA en termes de remboursements de certains frais médicaux. C'est la raison pour laquelle d'autres pays ont utilisé les services d'une mutuelle en guise d'agence d'achat dans le PBF. Pourtant, dans la mise en œuvre au Rwanda, les mutuelles n'ont pas été directement impliquées. Les pilotes au Rwanda font une nette distinction entre l'agence d'achat et les mutuelles. Selon eux, l'agence d'achat est un institut qui donne des subventions grâce à des fonds venant de bailleurs et/ou du gouvernement. Sa vocation ne se limite pas aux adhérents mais elle travaille pour toute la population. Elle concentre plus particulièrement son attention sur les indigents qui ne sont justement pas assurés. De fait, les subventions ne concernaient pas uniquement la médecine curative, mais l'agence d'achat mettait aussi beaucoup l'accent sur des interventions de santé publique. Elle ne subventionnait pas uniquement des FOSA, mais également d'autres structures. Pourtant, dans la mise en place du PBF, l'agence d'achat a essayé de collaborer étroitement avec les mutuelles dans la province de Cyangugu soit directement soit par le biais d'organisations d'appui comme l'ONG PRIME qui menait des expériences pilotes dans 3 districts du Rwanda.

3.2.3. Les autorités locales

Depuis la réforme territoriale de 2000, il existe au Rwanda 4 niveaux de gouvernement local : la province (4), le district (30), le secteur (416) et la cellule (2148). Chaque niveau a son conseil des élus. La cellule est responsable de la mobilisation de l'action communautaire et le secteur de la coordination et la gestion de plusieurs services de base comme la planification locale, la perception des impôts locaux, les statistiques, l'éducation, les affaires sociales, la gestion foncière, l'habitat, les infrastructures locales, etc. Malgré le fait que ces structures aient de maigres ressources pour garantir leur fonctionnement, elles ont une autorité légitime et une capacité de mobilisation du fait qu'elles sont basées sur des cultures communautaires traditionnelles, comme l'Umuganda et l'Ubudehe, qui prennent également en charge des projets communautaires, tels que des mutuelles ou des caisses collectives (Republique du Rwanda, 2005).

3.2.4. L'ONG HealthNet

Des contacts et une étroite collaboration avec l'ONG HealthNet devaient être maintenus car cette ONG avait entamé une approche contractuelle dans la province de Butare depuis avril 2001, soit un an avant la province de Cyangugu. Un échange d'expériences au cours de réunions et séminaires s'est révélé bénéfique pour les deux provinces pilotes. Cet échange d'informations avait aussi l'avantage de créer une masse critique de gens intéressés par l'approche contractuelle pour exercer des pressions au niveau central.

3.3. Dilemmes par rapport au montage institutionnel

Le projet a suscité beaucoup de questions et de doutes au début, surtout au niveau du ministère de la Santé et chez les bailleurs. Les questions étaient multiples : Quelles sont les discussions autour d'un statut juridique de l'agence d'achat ? Comment peut-on pérenniser une agence d'achat lorsque les bailleurs partent ? Est-ce qu'on peut contracter la régulation ? Est-ce qu'on peut gérer des fonds publics au sein d'une structure privée ? Toutes ces questions se sont posées au moment du montage et il n'a pas toujours été possible d'y répondre d'une façon consensuelle qui satisfasse toutes les parties prenantes.

L'équipe de l'agence d'achat a essayé de développer des réponses et stratégies adéquates pour gérer les questions et dilemmes évoqués plus haut. Il est clair que, dans le montage d'un pilote PBF, il faut se montrer flexible pour avoir l'opportunité d'adapter l'approche si certains éléments ne donnent pas les résultats attendus.

3.3.1. Statut juridique de l'agence d'achat

Le manque de statut juridique de l'agence d'achat a été un gros handicap. L'agence d'achat pouvait fonctionner tant qu'elle dépendait de l'ONG Cordaid qui, elle, était juridiquement reconnue, mais elle ne pouvait pas fonctionner indépendamment et encore moins attirer des fonds publics ou ceux des bailleurs. Si tous les acteurs en présence s'accordaient sur l'essentiel, sur les principes et les grandes lignes à suivre, beaucoup de choses restaient à faire avant de pouvoir véritablement parler d'une application intégrale de l'approche contractuelle au niveau de la province avec cette structure qu'était l'agence d'achat.

C'est la raison pour laquelle l'Association des districts et des villes pour l'amélioration de la santé (ADVAS) a été créée en tenant compte du contexte de la décentralisation. Les membres d'ADVAS étaient des maires des districts et des villes de la province de Cyangugu. En travaillant avec une association de maires, on espérait que l'Association allait avoir rapidement un statut pour pouvoir assumer les responsabilités de l'agence d'achat. De fait, dans le cadre de la loi sur la décentralisation, il était possible que les districts forment une association pour résoudre un problème qui leur était commun et qui était insoluble par un seul district. Comme c'était bien le cas posé par le financement du système de santé, l'idée de s'associer était née en 2004 pour essayer de canaliser d'une part les fonds du gouvernement mais aussi ceux des bailleurs (coopérations bilatérales), comme c'est le cas de la Rwandese Association of Local Government Authorities (RALGA) qui réunit tous les districts du pays. Grâce à cette association, nous avons effectivement pu obtenir des fonds de la coopération néerlandaise pour la province. Malheureusement, l'ADVAS a survécu moins de deux ans en raison d'un manque d'anticipation de la part des associés quant à l'apparition de changements rapides dans le pays résultant des réformes. La décentralisation administrative a supprimé les membres de cette Association qui était pourtant prometteuse et active. La plupart des maires fondateurs de l'ADVAS avaient quitté leur poste et l'ADVAS n'avait pas encore de statut juridique. Ce fut sa fin mais le PBF a continué malgré tout.

3.3.2. Pérennisation de l'agence d'achat

Beaucoup d'acteurs se demandaient comment une agence d'achat telle que celle mise en place par Cordaid pouvait continuer à exister après le départ de Cordaid. Premièrement, les coûts de fonctionnement de cette agence étaient perçus comme élevés. Deuxièmement, le fonctionnement de l'agence de financement demandait un personnel hautement qualifié dès le départ, un équipement moderne informatique, une logistique importante afin de transporter les superviseurs médicaux et les vérificateurs des données. Surtout, au niveau du ministère de la Santé, on estimait qu'en périphérie, il n'y avait pas de capacités pour gérer les fonds et les contrats, donc l'agence d'achat n'était pas une structure appropriée pour prendre la relève.

Cordaid avait, dès le début, réfléchi à la pérennisation de l'agence d'achat et aux stratégies à mettre en place pour assurer la légitimité de la structure et sa durabilité financière et sociale. Cordaid avait jugé important de réfléchir dès le départ à la formation d'une ONG locale avant son départ pour garantir la suite du programme. Cette ONG devait avoir une équipe performante. Il fallait aussi voir de quelle façon l'ONG locale pouvait générer des fonds propres. Cela pouvait aussi assurer la motivation du personnel.

La pérennité d'une telle agence dépendait également de la volonté d'autres bailleurs d'embrasser l'initiative. Après avoir fixé l'orientation globale de l'agence, il fallait établir un plan de travail pour la réalisation. Il s'agissait du cadre administratif et juridique de l'agence de financement qui prévoyait le transfert de responsabilité de Cordaid vers cette nouvelle unité.

De surcroît, pour renforcer l'appropriation du PBF et la légitimité de l'agence d'achat, le programme a mis en place un comité de suivi dans la province de Cyangugu. Ce comité, dont toutes les parties prenantes étaient membres⁶, y compris le niveau national et le bailleur initial (l'Ambassade des Pays-Bas), réfléchissait sur les différentes modalités d'exécution du programme. Dans le même temps, le comité intervenait dans la gestion des conflits entre les trois parties au PBF. Au départ, ce comité a été très important et a contribué à l'acceptation rapide de l'approche PBF. On a vu que les acteurs politiques et les décideurs membres, tels que les autorités locales et les districts sanitaires, devenaient des défenseurs de l'approche et exerçaient des pressions au niveau national. L'un des résultats de ce lobbying a été l'inscription d'USAID au PBF.

Après deux ans d'existence, le rôle du comité est devenu moins pertinent et en 2006, il a cessé d'exister en raison des changements très rapides dans le cadre de la décentralisation et du passage à l'échelle. La constitution, en 2006, du comité de pilotage du programme national actuel s'est inspirée de ce comité de suivi (voir le Chapitre 5).

⁶ Les acteurs clés identifiés dans la Figure 1 étaient représentés et complétés par des représentants de la préfecture, de la direction régionale des services de santé, du genre et des affaires sociales, des médecins directeurs des districts, des Comités de développement communaux, des autorités locales, des mutuelles de santé, de Cordaid, et de l'ambassade des Pays-Bas. Le comité était uniquement mis en place dans la province de Cyangugu. Son fonctionnement était basé sur le volontariat, ce qui a posé quelques problèmes: parfois, il n'y avait pas de budget pour la tenue des réunions et le transport des membres. De plus, il n'existait pas de termes de référence clairs ni de règlement intérieur.

3.3.3. Discussion sur le secteur privé

L'approche contractuelle donne l'opportunité d'intégrer des prestataires privés ; or, il y avait des fonctionnaires qui n'aimaient pas que les fonds publics aillent au privé. Néanmoins, l'État a financé l'approche contractuelle à travers cette agence d'achat, ce qui représentait une révolution majeure.

Les trois raisons les plus importantes ayant plaidé en faveur de l'intégration de prestataires privés sont les suivantes :

- L'inclusion de prestataires privés donne l'opportunité de vérifier et d'améliorer la qualité des soins ;
- L'accessibilité géographique s'élargit, car il y a des endroits où il n'existe aucun centre de santé public ;
- L'intégration de SIS de prestataires privés dans le système permet d'identifier les problèmes sanitaires assez tôt (notamment, les épidémies).

La discussion portait surtout sur le moment opportun de l'intégration. Est-ce qu'il fallait les intégrer une fois qu'ils avaient prouvé qu'ils prodiguaient une bonne qualité des soins, ou doit-on utiliser l'opportunité de l'intégration pour les amener à un niveau acceptable de qualité des soins ? La meilleure façon semble de les former et de les intégrer dans les activités de coordination et de suivi. Leur condition de participation au PBF était de recevoir gratuitement les mêmes produits que ceux donnés gratuitement aux FOSA publiques et agréées, p. ex. les vaccins, les contraceptifs, etc.

3.3.4. Contractualisation de la régulation

Comme on l'a évoqué plus haut, normalement le système PBF ne prévoit pas de contrat entre l'agence d'achat et la régulation pour respecter la séparation des fonctions. La signature d'un contrat a été privilégiée par Cyangugu afin de garantir un système fonctionnel, car la régulation ne recevait pas suffisamment d'argent pour s'acquitter de ses rôles. Au moment de la signature des contrats, ils ont bien accompli leurs responsabilités.

Il existait néanmoins des conflits d'intérêts entre le système de régulation auquel l'agence d'achat contracte la régulation aux niveaux de la province d'une part et du district d'autre part. Tout d'abord, le personnel du district a réussi à gagner plus d'argent que les gens de la province. De plus, on sentait qu'il existait une certaine confusion de la part des régulateurs concernant les rôles d'acheteur et de régulation administrative. La séparation des fonctions n'était pas dans la culture managériale du système de santé de Cyangugu. Enfin, dans le type de contrat basé sur les résultats passé avec la régulation, il faut aussi veiller à ce que les effets pervers sur les autres volets du rôle de la régulation soient minimisés.

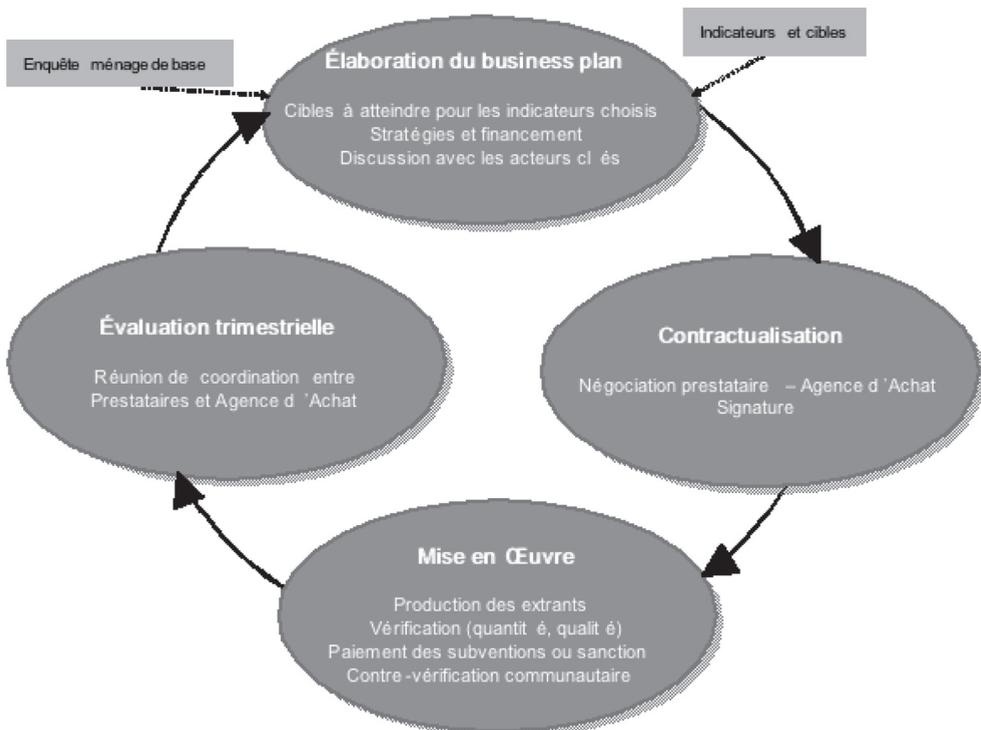
Chapitre **4**

La mise en œuvre du PBF dans la province de Cyangugu

Ce chapitre décrit la démarche adoptée dans la province de Cyangugu pour la gestion du PBF. L'accent est mis sur la gestion au niveau des centres de santé et donc sur le partenariat entre l'agence d'achat et le centre de santé. Les contrats entre l'agence d'achat, le district sanitaire, les associations locales, la province et les hôpitaux sont ensuite présentés.

En résumé, le cycle de gestion du PBF comprend quatre grandes étapes (voir la figure 3). Le cycle commence par une discussion avec les prestataires des indicateurs et cibles du système de santé national à atteindre ; cette consultation est suivie de l'élaboration des plans d'affaires (*business plans*) par les prestataires. Les prestataires ont l'autonomie de développer des stratégies et d'utiliser leurs revenus pour atteindre les résultats ciblés. Ce plan d'affaires est discuté et finalisé au moment de la négociation du contrat de performance entre l'agence d'achat et les prestataires. Sur la base de l'évaluation et de la vérification, le paiement des subventions pour une production de bonne qualité peut alors prendre place. L'agence d'achat contrôle strictement la quantité produite. L'équipe cadre du district sanitaire (ECDS) contrôle la qualité professionnelle et les organisations communautaires contrôlent la qualité des prestations telle qu'elle est perçue par les clients. Le plan d'affaires est évalué et révisé chaque trimestre et, parallèlement, le contrat de performance est renouvelé.

Figure 3. Cycle du PBF au niveau des centres de santé – Cyangugu



4.1. Le choix des indicateurs

Les contrats entre l'agence d'achat et les prestataires contiennent des indicateurs cibles que les formations sanitaires doivent atteindre dans une période bien déterminée. Au moment où Cordaid s'est lancée, il n'existait pas de formule simple pour choisir les indicateurs.

Les premiers indicateurs à subventionner ont été sélectionnés par Cordaid sur la base des Normes nationales des districts de santé qui fixent le Paquet minimum d'activités (PMA) et le Paquet complémentaire d'activités (PCA) pour les hôpitaux (Voir l'encadré 4). Par la suite, de nouveaux indicateurs ont été introduits progressivement dans le cadre de la santé de la reproduction (voir la section 4.1.2), de la lutte contre le paludisme et de la lutte contre le VIH/SIDA (4.1.3), au fur à mesure que les bailleurs de fonds étaient convaincus par l'approche contractuelle et y injectaient des fonds.

4.1.1. Choix des indicateurs et des cibles

Dans le projet de Cyangugu, la présélection des indicateurs a été faite par l'économiste de la santé de Cordaid. Il a donné un appui technique au choix des indicateurs. Il les a proposés, présentés et il les a fait valider par la direction provinciale de la santé, par le ministère de la Santé au niveau central et par les prestataires des services.

Le choix des indicateurs a été guidé par certains critères :

- Les priorités du pays (PMA et PCA)
- Les indicateurs traceurs (indicateurs qui en attirent d'autres)
Ces indicateurs permettent de porter un jugement global sur la situation sanitaire d'une circonscription donnée et sur l'efficacité d'un système de santé. Par exemple, la vaccination est un indicateur traceur
- Les indicateurs ayant une couverture faible identifiés dans l'étude de base
Lors des enquêtes auprès des ménages au début de l'intervention, les indicateurs très faibles ont été retenus pour être subventionnés
- Externalités positives
Effets positifs d'un service à une personne ou à une communauté qui n'a pas bénéficié directement de ce service. Il s'agit d'un terme économique qui veut dire avantage externe, par exemple le dépistage de la tuberculose : quand une structure de santé fait le dépistage de la tuberculose dans sa zone, elle identifie les tuberculeux et les soigne ; ni le tuberculeux ni la communauté n'a demandé ce service mais, s'il n'était pas dépisté et traité, le tuberculeux aurait contaminé beaucoup de personnes ; la communauté a donc l'avantage de ne pas être contaminée mais elle n'a pas demandé ce service.
- La fiabilité des données et leur caractère vérifiable.

Au départ, seuls des indicateurs vérifiables et quantifiables ont été sélectionnés pour éviter des malentendus relatifs à la vérification et au calcul des montants à verser, qui étaient basés sur la production quantitative mensuelle des formations sanitaires. La décision de Cordaid

de se focaliser sur les indicateurs quantitatifs était pragmatique ; en termes administratifs et logistiques, mais aussi de transparence, le suivi et l'évaluation des indicateurs quantitatifs sont plus faciles à gérer que des indicateurs qualitatifs qui sont difficiles à évaluer objectivement et qui nécessitent un personnel hautement qualifié dont on ne dispose pas. De surcroît, ils suscitent beaucoup de discussions.

Le modèle national a, quant à lui, intégré des indicateurs qualitatifs (voir le Chapitre 5).

Intégration des indicateurs de santé de la reproduction

Les problèmes de santé à résoudre au Rwanda étaient immenses. Le gouvernement s'était donc vu contraint de dégager des priorités auxquelles il devait s'attaquer dans un cadre de partenariat et de large concertation avec les différents bailleurs de fonds. L'un des bailleurs était le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) qui intervenait dans la santé de la reproduction, et notamment à Cyangugu. Le financement des activités de santé de reproduction se faisait de façon verticale, le personnel des projets du FNUAP se rendait sur place pour exécuter ou superviser l'exécution des activités. Cette approche était inefficace, onéreuse et sans continuité. Les fonds engagés ne correspondaient pas aux résultats obtenus. Les résultats étaient toujours très inférieurs aux attentes.

C'est la raison pour laquelle, lorsque le nouveau projet a vu le jour en 2002, le FNUAP a négocié avec le ministère de la Santé et Cordaid pour soutenir la santé de la reproduction en passant par l'agence d'achat. Cela signifiait que les indicateurs de santé de la reproduction allaient être subventionnés par les fonds du FNUAP. Un mémorandum d'accord a donc été signé en 2003 entre le ministère de la Santé, Cordaid et le FNUAP.

L'expérience du FNUAP a eu un impact positif sur d'autres bailleurs qui commençaient à s'intéresser à l'approche. Le financement du FNUAP a incité d'autres bailleurs à financer d'autres indicateurs à travers le PBF, par exemple les indicateurs du VIH/SIDA.

Intégration des indicateurs VIH

Cordaid voulait un financement pour les indicateurs du VIH/SIDA. Elle avait plusieurs raisons pour désirer ce financement :

- Le VIH était une priorité nationale et un grand problème de santé publique. C'était le seul indicateur des priorités du pays qui n'était pas acheté et son impact sur le conseil et test volontaire (CTV) était très bas ;
- Beaucoup de fonds étaient en fait présents au Rwanda pour le VIH ;
- Le système vertical des programmes VIH engendrait beaucoup de conflits internes dans les centres de santé. Dans la plupart des cas, il se trouvait toujours une personne attachée au programme VIH qui recevait plus d'incitations (formations, équipements, etc.) que les autres membres du personnel du centre. On espérait que le PBF allait équilibrer la motivation interne.

Cordaid a convaincu la Banque mondiale, plus particulièrement le projet MAP (*Multi-country AIDS Program* ou Programme multinational sur le sida), de l'importance de l'intégration des indicateurs VIH/SIDA. En avril 2005, ces indicateurs ont été ajoutés à la liste et financés par le MAP. Seules les structures qui avaient l'agrément du ministère (bâtiment, personnel qualifié, labo, services conseils, etc.) avaient inclus des indicateurs (11 sur 21).

À Cyangugu, les indicateurs du PMA choisis en 2003 étaient au nombre de 11. En 2005, 10 indicateurs VIH/SIDA, financés par le MAP sont venus compléter cette liste.

Tableau 1 – Liste des indicateurs à Cyangugu

Indicateurs PMA	Indicateurs VIH
1. Nombre de consultations externes	1. CTV : nombre de tests individuels effectués
2. Nombre de journées d'hospitalisation	2. CTV : nombre de couples testés volontairement
3. Nombre d'enfants complètement vaccinés	3. CTV : Nombre de patients VIH+ référés à l'hôpital de district
4. Nombre de vente ou distribution de moustiquaires	4. PMTCT : Nombre de femmes enceintes testées volontairement
5. Nombre de patients graves référés	5. PMTCT : Nombre de couples testés volontairement
6. Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié (financement FNUAP)	6. PMTCT : Nombre de femmes enceintes informées du résultat du test
7. PF : nombre de nouvelles et anciennes utilisatrices d'une contraception orale ou injectable (financement FNUAP)	7. PMTCT : Nombre de femmes VIH+ traitées à la Nivérapine
8. PF : nombre d'insertions d'implant ou de Devis Intra Utérin (DIU) (financement FNUAP)	8. PMTCT : Nombre de nouveau-nés de femmes VIH+ traités à la Nivérapine
9. PF : nombres de références pour des méthodes définitives (financement FNUAP)	9. PMTCT : Nombre de patients VIH+ traités au cotrimoxazole
10. Nombre de consultations prénatales (financement FNUAP)	10. Nombre de patients tuberculeux testés volontairement au VIH
11. Nombre d'accouchements référés (financement FNUAP)	

Source : Guide d'application et de vérification de l'approche contractuelle dans la province de Cyangugu (2006 : p.6)

4.1.2. Détermination du barème

Une fois les indicateurs identifiés, on passe à la détermination des prix unitaires (barèmes) pour chaque indicateur lors de la réunion trimestrielle de coordination entre l'agence d'achat et tous les prestataires. La première proposition vient de l'agence d'achat et elle est basée sur :

- la disponibilité des fonds ;
- le niveau de l'indicateur : plus il est bas, plus on augmente le barème (fait aussi l'objet de négociation) afin d'inciter les prestataires à mettre plus d'énergie dans les activités faibles ;
- le type d'activités : les activités préventives ne sont pas payées par les patients (CPN, moustiquaires etc.), donc le prestataire doit fournir beaucoup plus d'énergie (le prestataire dépense mais ne reçoit rien du client, alors qu'il investit du temps et des ressources humaines), il faut donc prévoir un barème élevé pour ces activités. En revanche, les barèmes

pour les indicateurs curatifs sont moins élevés, car il y a recouvrement des coûts à travers le paiement par le client.

Le tableau 2 présente un exemple de liste de barèmes.

Il était prévu de modifier progressivement le barème pendant le déroulement du programme en fonction de l'expérience acquise, des priorités politiques et de la disponibilité des fonds. De fait, il fallait veiller à ne pas dépasser le budget disponible en cas d'une très bonne performance.

Tableau 2 – Liste des indicateurs subventionnés au niveau des centres de santé et montant de la subvention unitaire

INDICATEUR	Subvention standard
1. Nouveaux consultants à la consultation curative	150 F
2. Journées d'hospitalisation	150 F
3. Accouchements institutionnels	2000 F
4. Enfants complètement vaccinés	1000 F
5. Distribution de moustiquaires	1000 F
6. CPN, nouvelles inscrites	150 F
7. VAT 2, 3, 4, 5	200 F
8. PF (Pilule, Depo) nouvelles utilisatrices	1000 F
9. PF anciennes utilisatrices	750 F
10. PF (DIU – Implant)	2500 F
11. Référence PF (méthodes chirurgicales) sur présentation de contre-référence	3000 F
12. CTV : Nombre de tests individuels effectués	600 F
13. CTV : Nombre de couples testés volontairement	600 F
14. CTV : Nombre de patients VIH+ référés à l'hôpital de district	600 F
15. PMTCT : Nombre de femmes enceintes testées volontairement	600 F
16. PMTCT : Nombre de couples testés volontairement	600 F
17. PMTCT : Nombre de femmes enceintes informées du résultat du test	600 F
18. PMTCT : Nombre de femmes VIH+ traitées à la Nivérapine	600 F
19. PMTCT : Nombre de nouveau-nés de femmes VIH+ traités à la Nivérapine	600 F
20. PMTCT : Nombre de patients VH+ traités au cotrimoxazole	50 F
21. Nombre de patients tuberculeux testés volontairement au VIH	600 F

Source : Guide d'application et de vérification de l'approche contractuelle dans la province de Cyangugu (2006 : p.6)

4.2. Le plan d'affaires

Le plan d'affaires (*business plan*) représente un plan trimestriel de travail qui propose une série de stratégies pour atteindre les cibles mensuelles établies par l'agence d'achat. Tous les prestataires contractés devaient soumettre ce plan trimestriellement à l'agence d'achat. Le plan pouvait couvrir toutes les activités prévues dans le PMA ou dans le PCA ou seulement un choix limité d'activités.

4.2.1. Le processus d'élaboration du plan d'affaires

Le personnel du centre de santé et le COSA identifient les problèmes associés à chaque indicateur identifié. Ils évaluent la situation actuelle de l'indicateur, la cible visée et les causes

pour lesquelles ils n'ont pas avancé. Ils fixent un objectif trimestriel (pourcentage) pour chaque indicateur en tenant compte des normes nationales (voir le Tableau 3). Ensuite, ils calculent les cibles absolues mensuelles nécessaires pour atteindre la cible trimestrielle. Pour chaque indicateur, ils identifient également des stratégies pour atteindre la cible.

Tableau 3 – Exemples de cibles trimestrielles pour les indicateurs du centre de santé

Indicateur	Cible trimestrielle
1. Consultation curative (nouveaux cas)	0,70 consultation par an par habitant
2. Journées d'hospitalisation (1 lit/1000)	Population/1000*365
3. Accouchement dans des FOSA (par du personnel qualifié)	50 % de tous les accouchements (=population x 4,3 % x 50 %)
4. Patient grave référé	0,7 consultation par an par habitant x 0,5 %
5. PF (Depo – Provera + Contraceptifs oraux) Nouveaux et anciens cas	22 % des couples en âge de procréation (population x 22 %) Chaque femme protégée visite une FOSA 4 fois par an
6. PF (Implant, DIU)	2 % des couples en âge de procréation (population x 22 %)
7. PF (Méthodes chirurgicales)	1 % des couples en âge de procréation (population x 22 %)
8. CPN : Nouvelles inscrites	100 % (= population x 4,3 %)
9. Enfants complètement vaccinés	100 % (= population x 4,3 %)
10. VAT femmes enceintes complètement vaccinées	100 % (= population x 4,3 %)
11. Distribution de moustiquaires	30 % (= population / 5 ans)

Source : Guide d'application et de vérification de l'approche contractuelle dans la province de Cyangugu (p.8, 2006)

Différentes stratégies sont établies pour augmenter l'accessibilité géographique et financière de la population aux services de santé et pour ensuite atteindre les résultats.

Pour faire face aux problèmes d'accessibilité géographique, les titulaires des centres pouvaient proposer de passer des sous-contrats avec d'autres structures sanitaires dans leur zone de rayonnement. Ces structures de collaboration pouvaient être des dispensaires directement gérés par le centre de santé, des cliniques privées ou des structures privées à but non lucratif (ONG, groupements locaux, etc.).

Pour faire face au faible accès aux soins de la population pour des raisons financières, le plan d'affaires devait inclure une analyse du prix des prestations et des médicaments par rapport au pouvoir d'achat de la population de la zone de rayonnement et il devait proposer des stratégies pour rendre les services financièrement plus accessibles, par exemple en collaboration avec des mutuelles de santé. Le plan devait également expliquer comment les structures communautaires étaient intégrées dans la mise en œuvre des différentes activités. L'Annexe 1 montre les éléments clés d'un plan d'affaires.

Dans le plan d'affaires, il n'est pas nécessaire de montrer comment les centres vont utiliser les subventions. Pourtant, dans les stratégies pour l'atteinte des cibles, la FOSA doit montrer

tout au moins comment et avec quels moyens elle va y parvenir. De plus, dans la négociation, l'agence d'achat formule des recommandations pour que tout l'argent ne soit pas consacré à des primes pour le personnel. Le raisonnement appliqué est que si les centres n'investissent pas dans leur centre de santé, ils ne pourront par avoir de résultats le mois prochain. Par exemple, si le centre de santé dépense tout sur les salaires, il n'aura plus d'argent pour le carburant ; sans carburant, il est impossible de se rendre sur le terrain pour les activités liées à la vaccination. Ils ne pourront donc pas vacciner les enfants et le mois prochain, ils n'auront pas de résultats à présenter, donc ils ne recevront pas d'argent.

Une fois que le plan d'affaires est finalisé, le centre de santé le soumet à l'agence d'achat. Son contenu est discuté et finalisé lors d'une réunion trimestrielle. C'est sur la base de cette discussion que le contrat de performance est négocié ou renouvelé et signé.

La force du format du plan d'affaires tient au fait que, contrairement à la planification classique (modèle standard pour tous les centres de santé, mêmes priorités, mêmes activités), c'est un document de travail concret, à utiliser au jour le jour. Pour la première fois, les centres de santé apprennent à planifier selon la logique des résultats. Cela pousse les gens à réfléchir à la manière d'améliorer les cibles de façon innovante.

En revanche, la fréquence d'établissement du plan d'affaires était trop élevée, ce qui a lassé les prestataires et l'agence d'achat.

4.2.2. Évaluation du plan d'affaires

Le plan d'affaires était élaboré pour trois mois. L'agence d'achat collectait mensuellement les données statistiques des indicateurs subventionnés ; ces données étaient saisies dans un logiciel Excel et analysées. À la fin de chaque trimestre, la province, en collaboration avec l'agence d'achat, organisait une réunion de coordination. L'agence d'achat analysait les données de chaque indicateur et pour chaque formation sanitaire sous contrat. Cette analyse montrait le niveau d'atteinte de la cible pour chaque indicateur et pour chaque formation sanitaire puis par district sanitaire et enfin sur l'ensemble de toute la province.

Au cours de cette réunion, on procédait à un échange d'expériences sur les stratégies mises en œuvre. L'une des formations sanitaires ayant les meilleurs résultats racontait aux autres comment elle avait procédé pour atteindre ces résultats.

Une autre évaluation se faisait aussi lors de la négociation du nouveau contrat. Chaque FOSA individuelle se présentait à l'agence puis on faisait une analyse de chaque indicateur pour étudier le niveau de réalisation de chaque cible ; si l'évolution n'affichait pas de tendance ascendante, la FOSA devait expliquer pourquoi et montrer quelles nouvelles stratégies mettre en œuvre pour atteindre la cible.

4.3. La contractualisation

Cette phase représente la phase de négociation et de signature des contrats de performance établis entre les différentes parties au système. Dans l'approche de Cyangugu, il y avait 4 types de contrats, dont un aperçu est donné dans le tableau suivant.

Tableau 4 – Engagements dans les contrats

<p>1. Agence d'achat</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer mensuellement la performance et, dans les 10 jours qui suivent la fin du mois, établir un rapport sur les subventions et acheter les prestations Régler trimestriellement les primes de prioritaires et la qualité des soins telle que qualité 	<p>Centre de santé (2002-2005)</p> <p>Fournir des soins de qualité (PMA) à toute la population de sa zone de rayonnement. La performance concernera la productivité, la couverture de certains programmes perçue par le malade et les professionnels.</p>
<p>2. Agence d'achat</p> <p>Régler les subventions</p>	<p>District sanitaire (2002-2005)</p> <p>Évaluer la qualité des activités des CS et élaborer un rapport trimestriel</p>
<p>3. Agence d'achat</p> <p>Faire la synthèse des enquêtes et donner les résultats aux associations lors des réunions trimestrielles</p>	<p>Association locale (à partir de 2005)</p> <p>Chargée de la contre-vérification de l'utilisation des soins de santé par la population et des enquêtes sur la satisfaction des clients</p>
<p>4. Agence d'achat</p> <p>Verser une subvention pour la motivation</p>	<p>Province (à partir de 2004)</p> <p>Coordonner et suivre la politique sanitaire</p>

Il convient de noter que le programme pilote était d'une durée de 4 ans. Le contrat clé, notamment entre l'agence d'achat et les prestataires a été introduit dès le début. Les autres contrats ont été développés au fur et à mesure après le démarrage, pour résoudre les problèmes rencontrés de vérification et de supervision.

4.3.1. Contrat de performance entre l'agence d'achat et les prestataires

Le plan d'affaires était un préalable au contrat discuté avec l'agence d'achat. Lors des réunions d'évaluation, les cibles à atteindre et les stratégies sont examinées. Si elles sont satisfaisantes, les partenaires passent à la signature du contrat.

L'agence d'achat à Cyangugu a contracté 25 centres de santé et 4 hôpitaux pendant une période de 4 ans (2002-2005), en commençant par 13 centres de santé et 2 hôpitaux dans 2 districts. Les centres de santé étaient des structures publiques (10) et agréées (3).

En 2003, 12 CS et 2 hôpitaux ont été ajoutés au programme, et en 2004, un dernier centre de santé a rejoint le programme. Seules deux structures n'ont pas été immédiatement convaincues et préféraient le financement basé sur les intrants.

Processus de détermination du contenu, de négociation et de signature des contrats

Pour l'élaboration des premiers contrats, l'agence d'achat s'est inspirée de deux documents existants. Les activités de soins à inclure étaient définies dans le guide d'opérationnalisation

des structures de santé. Pour la détermination des engagements mutuels et des modalités de financement, l'agence a utilisé des éléments issus de contrats similaires dans d'autres pays et d'autres secteurs ayant mis en œuvre un système basé sur les principes d'achat des résultats et les procédures associées.

Au début, les contrats comptaient 5 pages mais le contenu a progressivement évolué ; les détails du contexte ont été supprimés et les contrats simplifiés se sont concentrés sur les éléments les plus importants (voir un modèle de contrat à l'Annexe 2).

Le responsable de l'agence d'achat, le titulaire du CS et le président du comité de santé (COSA) prennent part à la signature du contrat. Dans un grand nombre de localités, les COSA étaient rarement impliqués dans la gestion des contrats, souvent par manque de capacités et de moyens ou pour cause de piètres relations avec le titulaire (voir la section 3.1.4 sur les faiblesses du COSA). L'agence d'achat a néanmoins suggéré aux titulaires de motiver les COSA et de les impliquer au moyen d'une sous-subvention de 5 à 10 %. Un tiers des centres ont effectivement pris cette habitude, mais dans la plupart, les COSA restent exclus.

Dans le contrat figurent des clauses fixes qui correspondent aux engagements des acteurs qui ne sont pas négociables. Ces engagements sont préétablis par l'agence d'achat. Les articles sur les indicateurs et les barèmes sont négociables ; grâce aux évaluations mais aussi à la demande du prestataire ou de l'agence d'achat, on peut ajouter ou enlever des indicateurs. Il est possible de changer les indicateurs et les barèmes une fois par an.

Un élément de négociation était lié aux conditions de paiement des subventions. En 2003, l'agence d'achat a voulu insérer une clause qui stipulait que la subvention pour un indicateur serait annulée en cas d'écart de 5 % de moins ou de plus entre les données du rapport SIS et celles vérifiées par le personnel de l'agence d'achat lors des vérifications quantitatives. Cette approche visait à renforcer la tenue des documents et le système SIS, à laquelle tenait aussi le district sanitaire qui voulait avoir des données fiables. Les prestataires n'étaient pas d'accord avec cette clause mais elle a tout de même été retenue.

4.3.2. Contrat de performance entre l'agence d'achat et le district sanitaire

L'équipe cadre du district sanitaire (ECDS) est chargée d'évaluer trimestriellement la qualité des services de santé. Cependant, dans tout le pays, les ECDS ont connu des problèmes importants pour effectuer des missions par manque de moyens financiers. Les interventions PBF visent à renforcer tout le système de santé et l'agence d'achat a donc réservé des fonds afin de renforcer la régulation à raison de 5 à 10 % du total. Grâce à ces fonds, l'agence d'achat a décidé de contracter 4 ECDS (Bushenge, Gihundwe, Kibogora et Mibilizi) pour assurer l'évaluation de la qualité technique des 26 centres de santé contractés.

Le contrat est renouvelé et signé trimestriellement après discussion du programme et du

calendrier d'évaluation. Ce calendrier tient compte des jours d'exécution de chaque activité dans le centre de santé.

4.3.3. Contrat entre l'agence d'achat et la province (direction de la santé, du genre et des affaires sociales)

La province, en tant que structure déconcentrée au niveau intermédiaire du ministère de la Santé contracté, avait pour responsabilité de coordonner les réunions, les rapports du système d'informations sanitaires (SIS) de district, et la supervision au niveau des districts.

La province avait, tout comme le district sanitaire, des moyens insuffisants pour effectuer son travail de coordination. Pour renforcer son rôle et ainsi le système de santé, l'agence d'achat a contracté la province en 2004. Dans ces contrats, les provinces devaient faire des visites de terrain à des fins de supervision, tenir des réunions de coordination, assurer la compilation et la vérification des données, ainsi que l'analyse et la transmission du système d'informations sanitaires à l'agence d'achat et au niveau central.

Ce contrat n'a existé que 2 ans car, suite à la réforme administrative de 2006, le niveau province a été supprimé.

4.3.4. Contrat entre l'agence d'achat et les associations locales (ASLO)

Comme on l'a expliqué à la section 3.1.4., pour établir un mécanisme de contre-vérification, l'agence d'achat a choisi l'option de sous-contractualisation aux ASLO. Les candidats étaient nombreux parmi les organisations communautaires de base, des groupements dont les statuts différaient. Il fallait donc les sélectionner. Les associations ont été retenues sur la base de leurs objectifs. De préférence, on a retenu celles dont les objectifs étaient liés aux actions contre la pauvreté, à la santé en général, à la santé reproductive ou à l'établissement de mutuelles. Le groupement ne devait pas avoir de liens avec le centre de santé pour éviter les conflits d'intérêts.

L'association retenue propose des enquêteurs parmi ses membres et l'agence d'achat doit en sélectionner 4 sur la base de critères tels que la connaissance de la langue de la zone, la disponibilité, le transport, l'intégrité, etc.

Pour le contrat, les associations n'avaient pas besoin d'élaborer un plan d'affaires mais il leur a été suggéré de réinvestir les subventions dans la structure.

4.4. Système de vérification

Le système de vérification de l'activité subventionnée par l'agence d'achat comporte trois phases :

- Un système de vérification mensuelle par l'agence d'achat qui comporte une vérification des registres effectuée par les superviseurs médicaux de l'agence dans chaque formation sanitaire ;

- Un système de (contre) vérification trimestrielle par échantillonnage de l'existence des patients dans les registres des indicateurs subventionnés. Ce contrôle est effectué directement auprès des ménages par des enquêteurs membres des associations locales ;
- Un système d'évaluation de la qualité par le district.

4.4.1. Système de vérification quantitative

Le centre de santé envoie le rapport SIS à l'agence d'achat avant le 5 du mois suivant. Les vérificateurs de l'agence effectuent alors des visites dans chaque centre de santé. Ils comptent le nombre de prestations pour chaque indicateur subventionné dans les registres d'activité. Ils consignent ce chiffre dans un document appelé le résumé mensuel. Les données sont ensuite saisies dans un fichier de statistiques pour permettre le calcul des subventions. Les subventions sont alors réglées mensuellement par virement bancaire sur le compte du CS.

L'instauration du système PBF et, tout particulièrement, les outils de vérification, ont eu un certain nombre d'avantages. Tout d'abord, il y a eu une amélioration de la tenue des outils de collecte des données, tels que les registres au niveau du centre de santé. Cela a permis d'enrichir la collecte de données pour le SIS au niveau du district, provincial et central. À son tour, cela a facilité la planification, qui peut ainsi être basée sur des données de plus en plus fiables. On a pu détecter plus facilement les épidémies à temps. Deuxièmement, avec le système de la vérification mensuelle, l'agence d'achat a pu décourager les tentatives de tricherie, puisque la vérification était régulière et qu'il y avait un suivi.

Les inconvénients du système étaient liés à la charge de travail, surtout en termes de statistiques, pour l'agence d'achat au moment de l'arrivée des données collectées par les vérificateurs (analyse, calculs, etc.). De plus, puisque la tenue correcte des registres était désormais liée au financement, la vérification était une affaire épineuse qui pouvait engendrer des désaccords entre le CS et l'agence d'achat (vérificateur) et susciter de vrais conflits entre individus.

4.4.2. Système d'évaluation qualitative par le district

La supervision est une activité formative qui a pour but d'améliorer et de rationaliser l'exécution des activités. Dans le cadre de l'approche contractuelle, on associait le contrôle de la qualité technique des structures de santé sous contrat aux supervisions trimestrielles des ECDS. Pour ce faire, les outils de supervision étaient légèrement adaptés au niveau des indicateurs sélectionnés dans le cadre du PBF.

Les fiches nationales de supervision étaient élaborées en attribuant des points, qui permettaient de « quantifier et de classer » les différentes activités des centres de santé par rapport aux normes de qualité. Un total de 16 indicateurs de qualité était évalué (voir la liste à l'annexe 3). L'évaluation se faisait sur la base :

- de documents (différentes fiches, entre autres les fiches de stock, fiches la consultation, cartogrammes et registres)
- d'un audit de la qualité. Sur la base d'une grille avec des critères qualitatifs, les superviseurs

de l'ECDS faisaient trimestriellement l'évaluation de la qualité au niveau du CS et donnaient un score de qualité par CS – indicateurs agissant sur les conditions appropriées pour rendre des services de qualité. Le système de contrat avec le district introduit en 2003 a amélioré la systématique des évaluations, car même si la supervision était une activité habituelle des districts, elle n'avait rien de systématique en raison du manque de fonds.

- de l'observation de la prestation : l'évaluateur observe les gestes posés par le prestataire sur au moins 5 malades sur certains indicateurs pour lesquels il est facile d'avoir des patients lors de l'évaluation. Cette évaluation est faite avec des indicateurs composites ; il s'agit de voir si tel geste est posé correctement ou non. Quand le geste est correctement posé, il reçoit le score prévu pour cette activité ; s'il n'est pas posé ou posé incorrectement, il reçoit 0.

Quand les superviseurs de la régulation constatent que la qualité des services est en dessous de la norme, la formation sanitaire doit expliquer comment atteindre la norme dans le prochain plan d'affaires. La non-réalisation de la norme au bout de 3 à 6 mois peut entraîner le non-renouvellement du contrat en cas de négligence des gestionnaires du CS. Chaque plan d'affaires doit contenir des stratégies pour améliorer la qualité.

En cas d'une bonne performance en termes de qualité, la structure bénéficie d'une prime de qualité (voir plus loin).

4.4.3. Système de (contre) vérification par la communauté

Comme expliqué à la section 4.3.4, pour la contre-vérification et pour la perception de la qualité des soins, une approche a été mise au point grâce aux associations locales. Les autres programmes PBF ont choisi d'autres méthodes de contre-vérification. HealthNet, par exemple, le faisait en coordination avec l'enquête sur la qualité des soins, telle que perçue par les consommateurs, et sur les connaissances d'un comportement sain.

À Cyanguu, la contre-vérification consistait à vérifier la fiabilité des données fournies par le CS à travers la comparaison entre les données des CS (registres et SIS) et les déclarations des bénéficiaires des soins.

La saisie des données de vérification n'a pas été faite dès le début du PBF ; les outils de collecte, de compilation et d'analyse des données devaient se développer au fur à mesure. L'Encadré 5 explique la démarche de vérification par la communauté.

En fait, l'introduction du mécanisme de contre-vérification a aidé à mieux organiser et dynamiser les organisations communautaires dans la province. Les ASLO se sont regroupées pour créer un forum des associations (Forum des associations à base communautaire pour l'amélioration de la santé – FASACO) et leur voix est plus écoutée. Pourtant, on a aussi enregistré des faiblesses là où les membres des ASLO ont un niveau de scolarité limité, ce qui a engendré des difficultés dans la compréhension des activités de santé.

Encadré 5 – Démarche concernant la vérification communautaire par les ASLO

1. Visite trimestrielle des associations sur le terrain. Un certain nombre de ménages font l'objet d'une enquête en vue de collecter les informations suivantes :
 - L'existence des utilisateurs : est-ce que le patient déclaré par le centre de santé existe réellement ? Cette vérification est faite dans 65 ménages, sur la base de l'échantillonnage suivant :
 - Consultations externes : 16 personnes
 - Hospitalisations : 8 personnes
 - Vaccinations : 8 personnes
 - Accouchements institutionnels : 8 personnes
 - Vente de moustiquaires : 5 personnes
 - Visites CPN : 10 personnes
 - Patients graves référés : 10 personnes
 - Le coût moyen : sur la base des informations concernant les prix payés par les sondés, on peut obtenir le coût moyen des FOSA pour chaque prestation et donc pour chaque indicateur subventionné.
 - La perception des coûts par les utilisateurs : quelle a été leur perception de ce coût : était-il raisonnable ou cher ?
 - La satisfaction des utilisateurs : les utilisateurs étaient-ils satisfaits de la prestation fournie par la formation sanitaire?
 - Avis et considérations de la population : suggestions des utilisateurs pour améliorer le travail du centre de santé.

2. L'agence d'achat analyse les données de vérification d'ASLO
 Le vérificateur de l'agence d'achat a des informations que les enquêteurs ne peuvent pas connaître sans rendre visite au ménage ou sans parler avec le patient ou avec un membre de son ménage. Ainsi, cette information fournie par l'enquêteur sert surtout pour s'assurer que l'enquêteur a bien rendu visite au ménage.

3. Validation des résultats par une restitution avec l'ASLO suivie du paiement d'ASLO

4. Diffusion des résultats de l'enquête de vérification auprès du CS et formulation des recommandations pour le nouveau plan d'affaires. Une réunion a lieu avec les prestataires pour leur donner un feedback, notamment sur l'appréciation par la population des services qu'ils reçoivent.

Les enquêteurs ont à leur disposition 10 à 15 jours pour réaliser les enquêtes. Le nombre d'échantillons à vérifier est basé sur des chiffres préconvenus, à partir d'un taux statistiquement représentatif. Mais vu le coût des enquêtes, on s'est limité à un certain chiffre acceptable pour la vérification communautaire.

4.5. Paiement des subventions aux centres de santé et sanctions

La valeur et le montant de la subvention par activité étaient basés sur la priorité accordée à chaque activité et sur les barèmes identifiés.

4.5.1. Subvention quantitative mensuelle

L'agence d'achat s'engage auprès du prestataire à acheter mensuellement les activités stipulées dans le contrat. Après vérification et contrôle, le paiement est effectué pour le montant correspondant aux prestations vérifiées sur la base des barèmes prévus (Tableau 2).

L'une des forces du programme tenait au fait que la subvention mensuelle arrivait ponctuellement. Même si les bailleurs ne réglèrent pas toujours promptement, l'agence d'achat était en mesure de préfinancer le règlement de la subvention.

L'utilisation des subventions n'était pas soumise à condition. Le titulaire du centre pouvait les utiliser pour couvrir certains frais de fonctionnement tels que les fournitures de bureau et le carburant mais aussi pour les primes de motivation versées au personnel. Les primes au personnel étaient payées par rapport à la ponctualité, aux heures supplémentaires, au rendement et à la qualité des services dispensés. Peu de centres de santé prévoyaient des primes du personnel ; en effet, elles soulevaient des difficultés en termes d'administration puisqu'elles nécessitaient l'introduction d'un poste de primes du personnel et des problèmes d'objectivité dans l'évaluation de la performance individuelle.

Il existait aussi des sanctions sur la base des résultats de la vérification communautaire. En cas de tricherie de la part du centre de santé (sous réserve d'une marge d'erreur de 5 %), on pouvait appliquer la sanction prévue au contrat :

En cas de premier constat de tricherie, on diminuait les subventions de 10 %. En cas de récidive, on enlevait 20 %. Par la suite, dans le processus, il a été décidé d'enlever directement 20 % en guise de mesure dissuasive. Enfin, on pouvait aller jusqu'à la résiliation du contrat si le prestataire ne faisait pas d'effort.

La première sanction a dû être appliquée plusieurs fois, la deuxième sanction seulement 3 fois. Une fois les problèmes résolus (par exemple, par le changement du titulaire), les structures pouvaient revenir dans le système.

4.5.2. Prime de qualité

L'agence d'achat attribuait trimestriellement une prime de qualité aux centres de santé. Il s'agissait d'une prime qui était destinée à inciter les centres à améliorer la qualité de leurs services et la qualité des prestations dispensées aux utilisateurs.

La prime est calculée sur la base d'un certain nombre de critères d'évaluation, à savoir :

Tableau 5 – Critères d’attribution de la prime et leur valeur d’évaluation

Critères d’évaluation pour l’attribution de la prime	Valeur en %
Évaluation de la qualité technique par les équipes cadres de district sanitaire	50 %
Vérification quantitative des données de base	5 %
Vérification de l’existence des utilisateurs enregistrés	10 %
Vérification de la prestation effectuée	10 %
Coût moyen des prestations subventionnées	10 %
Perception des coûts par les utilisateurs	5 %
Satisfaction des utilisateurs pour la prestation qui leur a été fournie par la FOSA	10 %
TOTAL	100 %

L’analyse de ces critères permet de dégager un pourcentage d’attribution de la prime. Cette prime équivaut à 15 % du montant global des subventions versées à la formation sanitaire au cours d’un trimestre, si elle est attribuée à 100 % de sa valeur. Le bonus de qualité payé à chaque centre de santé par l’agence d’achat est ainsi calculé à partir de la formule : subventions quantitatives trimestrielles x 15 % x score global de qualité. Cette prime de qualité a été appliquée à partir de 2003.

Aucun bonus n’est attribué aux centres dont le pourcentage est inférieur à 50 %.

4.5.3. Le bonus d’isolement et le fonds d’équité

Bonus d’isolement

Le bonus d’isolement est un pourcentage supplémentaire appliqué aux centres de santé qui sont éloignés de l’hôpital de référence. Il entend inciter les centres à encourager les prestations qui sont plus difficiles à dispenser dans ces conditions et fidéliser le personnel.

Le pourcentage variait selon la distance, la pénibilité et l’état des routes. L’agence d’achat et la régulation décident du pourcentage à appliquer pour tel ou tel centre.

Le bonus d’isolement a encouragé les centres de santé éloignés. Grâce à ce bonus, ils ont instauré plusieurs améliorations à travers le recrutement de personnel supplémentaire, la maintenance et le carburant pour l’ambulance, ce qui a facilité la référence.

Fonds d’équité

L’idée était de prévoir une compensation financière versée aux prestataires pour les soins dispensés aux personnes très pauvres et en difficulté de paiement. Finalement, ce système n’a pas été mis en place car l’agence d’achat manquait de moyens pour cela. Une alternative considérée, mais qui n’est pas appliquée jusqu’ici, est le renforcement des mutuelles de santé ; cette option reste à l’étude dans la politique sanitaire du Rwanda (voir la section 7.2 sur les perspectives)

4.5.4. Subvention ECDS et province

Le contenu du contrat entre l'agence d'achat et l'ECDS a changé au cours de son existence, surtout par rapport à la subvention. Au début, chaque district avait un montant forfaitaire selon le nombre de centres de santé à évaluer (19.200 FRW). Quand il s'est révélé qu'avec cette clause, les districts n'évaluaient pas tous les indicateurs, on a ajouté une deuxième clause qui stipulait que le paiement ne serait fait que si plus de 80 % des activités étaient évaluées. Cette révision n'a pas été acceptée par les districts et finalement, on a simplement remplacé ces clauses par un paiement forfaitaire par activité.

En 2004 et 2005, les provinces recevaient un montant maximum de 1.500.000 FRW par trimestre pour leurs activités de coordination sur la base des indicateurs de performance.

En cas de mauvaise performance ou de fraude, on applique une réduction de 20 % de la subvention. C'est arrivé une fois au niveau d'un district. Il n'y a pas eu de cas de résiliation de contrat.

4.5.5. Subventions des ASLO

Les associations ont pu négocier. Au début, l'agence d'achat payait 250 FRW par questionnaire ; ce montant n'était pas suffisant pour couvrir les dépenses de travail et a progressivement évolué vers 1.050 FRW.

En termes de sanctions, lorsque les enquêtes n'étaient pas complètes, cela entraînait le non-paiement. C'est arrivé plusieurs fois. Dans deux cas, le contrat a dû être résilié ou suspendu en raison d'une mauvaise performance ou pour cause de tricherie.

4.6. La mise en œuvre du PBF au niveau de l'hôpital

La question principale posée au début du programme pilote était de savoir s'il fallait ou non intégrer les hôpitaux dans le programme PBF. À Cyangugu, on estimait qu'en considérant seulement les CS, la prise en charge du patient serait partielle, il n'y aurait pas de référence. Une prise en charge globale aurait plus d'effets et permettrait des références et des contre-références. Finalement, on a décidé d'intégrer l'approche aussi dans les hôpitaux.

Le processus de mise en œuvre du PBF dans les hôpitaux suivait les mêmes étapes qu'au niveau des centres de santé. Dans cette section, nous décrivons les principales différences, surtout par rapport aux indicateurs et à leur suivi.

Le choix des indicateurs

Les indicateurs retenus pour les hôpitaux sont les suivants :

- Consultations de médecins (nouveaux cas)
- Journées d'hospitalisation
- Interventions chirurgicales majeures

- Interventions chirurgicales mineures
- Accouchements eutociques (zone de rayonnement du CS à côté de l'HD)
- Césariennes
- Autres accouchement dystociques
- Ligatures des trompes et vasectomies

Beaucoup de discussions ont tourné autour de la question de se focaliser sur des indicateurs de qualité. La quantité pose en effet beaucoup de contraintes. Premièrement, la quantité est dépendante des centres de santé et de la qualité du système de référence. Deuxièmement, des indicateurs quantitatifs peuvent avoir beaucoup d'effets pervers. Ainsi, comment éviter que les patients restent à l'hôpital plus longtemps que nécessaire, compte tenu de la prime des journées d'hospitalisation. De même pour les césariennes, comment éviter que les femmes enceintes n'aient pas de césarienne si cela n'est pas nécessaire ? Pour éviter ces effets pervers, il convient d'appliquer un système très strict de suivi et d'évaluation. Il faut s'assurer que les césariennes sont faites sur la base de critères corrects et le barème par césarienne ne doit pas être élevé ; de même, pour les journées d'hospitalisation, il faut plafonner le montant ou limiter le nombre de jours à payer, selon le cas. Il faut des sanctions dissuasives et surtout un sérieux, un sens aigu des responsabilités de la part des médecins et des équipes des hôpitaux de district et des outils performants et mis à jour régulièrement. Dans la pratique, les effets pervers se faisaient surtout sentir dans le nombre de jours d'hospitalisation et dans le nombre de césariennes. Grâce au suivi, on a constaté une augmentation du nombre de césariennes ; l'agence d'achat a alors réduit le montant de la subvention par césarienne, qui est passé de 7.000 à 5.000 FRW. De cette manière, pour éviter de travailler à perte, les hôpitaux ne pratiquaient des césariennes que lorsque cela s'avérait vraiment nécessaire.

Les indicateurs quantitatifs ont été retenus, car faire une évaluation qualitative seulement est difficile au niveau de l'hôpital. Un système d'accréditation n'existe pas encore, car cela demande un travail complémentaire, comme la classification des hôpitaux selon des critères organisationnels, pour lequel il n'y a pas de moyens. De plus, la qualité dans les hôpitaux devrait être évaluée par des spécialistes, or il n'y en a pas assez dans le pays. C'est ainsi que l'agence d'achat a mis en place un « comité intercollégial » pour faire une évaluation par les pairs. Ces équipes sont formées par des médecins, des administrateurs des hôpitaux et des chefs de nursing. Une grille d'évaluation avec des critères bien définis a été élaborée à cet effet. Malheureusement, il n'y avait pas assez de fonds pour cette activité et elle n'a pu être exécutée que deux fois. Par contre, le système des évaluations par les pairs a été adopté par le modèle national (voir le chapitre 5).

La prime de qualité des hôpitaux

Les hôpitaux devaient avoir aussi une prime de qualité sur la base de l'évaluation de la qualité par les pairs. Comme l'évaluation de la qualité n'a pas vraiment marché parce que cette activité n'était pas financée et entraînait des coûts élevés et que les outils n'étaient pas perfectionnés, on a finalement payé 10 % du montant total des subventions de 3 mois de prime de quantité,

en guise de prime de qualité trimestrielle. De cette façon, les hôpitaux pouvaient avoir des fonds supplémentaires pour contribuer au fonctionnement de l'hôpital.

Parmi les résultats positifs du PBF au niveau des hôpitaux, on peut citer, entre autres, l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers et le meilleur fonctionnement du système de référence du centre de santé à l'hôpital (pas au niveau des contre-références). Pour que le système de contre-références marche correctement, il fallait prévoir un indicateur de contre-référence. Pour cela, les vérificateurs médicaux de l'agence d'achat se rendaient sur place pour vérifier le nombre de contre-références signées par le médecin qui arrivaient dans chaque CS et le total constitué pour l'hôpital. On a constaté que les hôpitaux n'étaient guère incités à envoyer des contre-références dans les CS et c'étaient les CS qui devaient aller les chercher physiquement dans les hôpitaux, alors qu'en principe ce sont bien les hôpitaux qui doivent envoyer les contre-références aux CS. Comme la référence et la contre-référence sont évaluées et payées au niveau des deux structures, on note très souvent que les contre-références ne sont pas envoyées.

De surcroît, ce que le système au niveau des hôpitaux n'a pas pu prendre en compte sont des enquêtes de vérification de la quantité et de la satisfaction des clients. Cela limite l'intégration de la perspective des patients.

Coûts d'un système PBF pour les hôpitaux

Est-ce que le PBF peut soutenir le coût des hôpitaux ? Il a été constaté qu'à lui seul le PBF ne peut pas couvrir toutes les dépenses d'un hôpital car elles sont énormes. Il fallait donc trouver d'autres sources de financement, notamment d'autres bailleurs, ainsi que le gouvernement pour certains coûts stables. De plus, vu le manque de financement, le nombre d'indicateurs a dû se limiter à 8, donc le PCA n'a pas pu être inclus entièrement.

4.7. Quelques atouts et dilemmes pendant la mise en œuvre du PBF au niveau des CS

4.7.1. Choix des indicateurs

Intégration des activités de planning familial

Il existait une forte résistance au niveau des confessions religieuses pour toutes les activités relatives au planning familial. Mais vu que tous les prestataires (publics, agréés, confessionnels) sont inclus dans le système et subventionnés de façon intégrale, sur la base du PMA, le PBF a donné la possibilité de développer des stratégies au dehors de l'église. De plus, les centres de santé affectés ont développé plusieurs stratégies pour contourner les organisations religieuses. Par exemple, ils décidaient de recruter des personnels supplémentaires, de sous-traiter des personnes privées hors de leurs structures ou de sensibiliser des chefs religieux.

Dilemme par rapport au nombre et à l'équilibre des indicateurs et risque d'effets pervers

On se trouve souvent confronté à un dilemme concernant le choix des indicateurs : si on en choisit trop, le coût du suivi sera trop élevé, si on en choisit trop peu, on risque de générer des effets pervers. De fait, si les indicateurs choisis ne couvrent que quelques-unes des activités d'une Formation Sanitaire (FOSA), on court le risque réel de voir ces structures concentrer tous leurs efforts sur ces activités et attribuer moins de ressources aux activités qui ne sont pas prises en compte par les indicateurs.

Il y a eu beaucoup de discussions dans ce sens, surtout au moment de l'intégration des indicateurs VIH/SIDA. Comme expliqué à la section 4.1.1., le nombre des indicateurs VIH était élevé par rapport aux autres activités (10 sur 21). Ceci s'expliquait par le financement des bailleurs et des programmes verticaux. La question se posait donc de savoir si l'on risquait d'être confronté à des effets pervers au moment d'allouer l'argent à dix indicateurs VIH sur 21 indicateurs.

Une stratégie pour éviter les effets pervers était le suivi rapproché de la régulation qui était présent et très fort pour guider les prestataires. Elle a demandé aux prestataires d'utiliser les fonds VIH à d'autres activités non financées. Dans les évaluations, on faisait attention à ne pas négliger d'autres indicateurs en vérifiant les indicateurs non achetés. Bref, la vérification portait sur toutes les activités du CS.

Selon HDP et ses partenaires⁷, le nombre d'indicateurs ne doit pas dépasser 17, ce qui représente généralement un bon équilibre entre les indicateurs du PMA (10 à 11) et les autres priorités des bailleurs et de la population (6 à 7) ainsi que la faisabilité en termes de suivi. En plus, il est important de noter qu'on a assez de flexibilité pour changer le contenu et l'importance relative des indicateurs mais surtout le nombre pour mettre l'accent sur certains services qui ont une mauvaise performance ou pour éviter des effets pervers. En effet, dans l'expérience de HDP, cette flexibilité a été offerte au moment de l'évaluation des plans d'affaires et de renouvellement du contrat.

Effets positifs des indicateurs VIH

Comme le VIH était un programme vertical, il a engagé beaucoup de fonds de fonctionnement (salaire, carburant, bureau, véhicule). Cela a eu trois avantages pour les prestataires. Premièrement, avec l'intégration de ce programme dans l'approche contractuelle, les coûts de fonctionnement du programme VIH ont diminué. Il y avait plus d'argent à utiliser par chaque structure. Deuxièmement, cela a diminué les conflits entre les prestataires VIH (recrutés par le programme VIH, BM/MAP) et les prestataires (recrutés par la fonction publique (ministère de la Santé)) dans le centre de santé car les ressources étaient partagées. Toutes les subventions étaient mises dans le même panier et étaient distribuées équitablement à tout le personnel de

⁷ Atelier du 8 décembre 2009.

la structure. Troisièmement, les fonds VIH ont eu un effet positif sur les autres indicateurs : ils généraient des fonds importants, mais d'autres activités pouvaient être financées avec. Cela veut dire que les fonds VIH pouvaient financer des activités qui n'étaient pas subventionnées. Ainsi, le personnel du CS pouvait s'occuper de toutes les activités du PMA. On évite ainsi de privilégier les activités qui ont des fonds et on réduit les effets pervers dans beaucoup de localités.

Au niveau de l'agence d'achat, l'intégration des indicateurs FNUAP et BM a alourdi la gestion administrative. Les différents bailleurs demandaient des rapports distincts du rapport global du projet et leur calendrier de rapportage était aussi différent.

Faible implication des prestataires et des bénéficiaires dans le choix des indicateurs

L'agence d'achat a eu tendance à imposer les indicateurs et les barèmes aux prestataires. Ainsi, il était difficile d'arriver à un consensus et le niveau d'appropriation des indicateurs par les CS était faible. Même si ce sont des indicateurs évidents (puisque'ils sont liés à la politique nationale), l'échange de vues concernant leur interprétation et la subvention associée est important. Certains prestataires dépendaient beaucoup du financement du PBF car ils n'avaient pas accès à d'autres fonds, toutefois, ils n'ont pas eu de marge de manœuvre pour négocier. Ceci était évidemment aussi le cas pour les structures communautaires qui n'ont pas pu exprimer leur avis alors que pour elles, des indicateurs comme la construction et le maintien de latrines peuvent être prioritaires.

4.7.2. Renforcement du système de santé

L'entrepreneuriat au niveau des prestataires

L'introduction du PBF a très vite changé le comportement des prestataires d'un comportement passif en un comportement proactif pour les raisons suivantes :

- motivation financière : en travaillant mieux et plus, ils pouvaient gagner plus d'argent et acquérir plus de considération sur le plan collectif et individuel. Ainsi, le statut social du prestataire a changé positivement parce qu'il s'est enrichi et il est ainsi devenu plus respecté ; il a plus de voix et plus d'influence dans sa communauté.
- l'autonomisation : dans la zone de Cyangugu, la canalisation directe des fonds vers les structures décentralisées et l'autonomie des CS dans la prise de décisions liées à l'utilisation et l'orientation des fonds a provoqué l'émergence de « nouvelles » équipes de CS plus entrepreneuriales et plus responsables. Le personnel s'efforçait désormais de traiter les malades comme des clients et non plus comme des patients. Les prestataires ont mis en place des stratégies novatrices, qui ont permis d'atteindre des performances parfois inattendues. Ils étaient motivés à réinvestir les subventions dans leur structure pour améliorer la couverture et la qualité des services, par exemple par l'introduction de stratégies avancées, la création de postes de santé, la sous-contractualisation de prestataires privés, la diminution du prix des services, des investissements dans la construction et l'équipement et le recrutement de personnel qualifié.

- la compétition : le système permettait la compétition et la concurrence. Les malades avaient la possibilité de choisir où aller se faire soigner et l'argent était payé là où le malade se faisait soigner.
- l'intégration de prestataires privés signifiait la fin du monopole des formations sanitaires publiques pour certaines activités, telles que la vaccination, le planning familial et les CPN.
- La valorisation professionnelle : par rapport à la situation d'avant le PBF, quand le bailleur finançait par intrants et pouvait imposer ses priorités, le prestataire peut maintenant négocier avec le bailleur sur un pied d'égalité. Ainsi, la contractualisation est perçue par certains prestataires comme une sorte d'ascension sociale.

Il faut noter à ce niveau que le leadership est un aspect important ; plus le chef de poste est dynamique, plus se développe un comportement proactif.

Redynamisation du rôle de la supervision

On a assisté à une redynamisation des activités des équipes de district qui a donné une meilleure organisation et une responsabilisation du district. Avant le PBF, la planification était médiocre et les tâches de supervision n'étaient pas évaluées. Le fait d'avoir les fonds pour conduire des évaluations a amené une stabilité des membres de l'équipe cadre grâce aux primes de motivation. En plus, cela a conduit à une gestion plus efficace des ressources humaines et financières.

Au niveau de la province, on a observé le même effet ; la planification, la tenue des réunions de coordination et le rapportage ont amélioré de façon significative la collecte, la saisie et l'analyse des données autant que la transmission avec l'introduction du PBF.

Dans le même temps, on a constaté des effets pervers. Les districts avaient beaucoup de responsabilités mais le contrat avec l'agence d'achat considérait seulement un seul indicateur, à savoir l'évaluation. Cela pouvait favoriser la priorisation de l'évaluation au détriment des autres tâches du district de santé, telles que la tenue des réunions de coordination, la gestion des médicaments, les études, la coopération intersectorielle, etc.

La supervision faite hâtivement dans le but d'avoir des subventions n'était pas conforme au but d'améliorer la qualité des soins. Il n'y avait pas de contre-évaluation sur la qualité technique. L'agence d'achat devait faire totalement confiance aux déclarations des districts sanitaires.

Renforcement de la voix de la communauté

À travers la contractualisation des ASLO, la voix de la population a été renforcée de la manière suivante :

- le contrôle des CS par la communauté par le biais des enquêtes de contre-vérification non seulement donne du pouvoir aux membres des associations communautaires mais aussi la population enquêtée a toujours manifesté sa satisfaction de voir son opinion prise en compte par le système sanitaire. Dans le même temps, la population a été informée par

ces enquêtes de contre-vérification, en ce sens qu'elle a pu dire ce qui n'allait pas au CS ou réclamer son droit aux soins de santé de qualité. Ainsi, il y a eu un meilleur équilibre avec le poids des prestataires dans le système de santé.

- puisqu'il s'agissait d'organisations communautaires de base existantes, les revenus ont permis de dynamiser l'esprit associatif, ce qui a contribué au développement local. La communauté a, par exemple, entrepris d'autres activités d'intérêt communautaire comme la construction de latrines publiques, l'alphabétisation et la fabrication de civières pour le transport des malades.
- le travail basé sur les résultats a, comme pour les prestataires, provoqué des changements de comportement en terme de créativité et d'efficacité.
- le PBF a déclenché une autre manière de mobiliser des ressources en plus de la cotisation des membres.
- le capital social au sein de la communauté a été valorisé, ce qui peut avoir un effet positif à long terme.
- Les résultats des enquêtes sur la satisfaction des clients ont été intégrés à chaque réunion de mise à jour du plan d'affaires.

Malgré les résultats positifs en termes d'implication de la communauté dans la vérification, on a aussi constaté quelques faiblesses par rapport au travail avec les ASLO. Comme avec les districts, il fallait faire totalement confiance aux associations. Or, certains vérificateurs n'étaient pas intègres et l'on courait le risque qu'ils ne vérifient que les indicateurs subventionnés. Cela donnait la possibilité de tricher sur les indicateurs qui ne faisaient pas l'objet d'une vérification.

On déplore également une absence de feedback aux autorités de base, tels que les conseils de secteur et les conseils de district. Ces acteurs étaient rarement informés du système et de ses résultats alors qu'ils auraient pu jouer un rôle important dans la promotion du système, la mobilisation de la population ou des ressources pour son fonctionnement.

Chapitre **5**

De la phase pilote à la mise à l'échelle

En 2006, l'approche PBF a été introduite dans tout le pays et la mise à l'échelle est en cours. Les mécanismes de fonctionnement du système ne sont pas encore fixés et il existe une certaine flexibilité pour le modifier et l'adapter régulièrement en fonction de l'évolution et des leçons tirées des programmes pilotes. Ce chapitre se concentre donc sur les débats actuels qui s'articulent autour du processus de mise à l'échelle, les choix qui sont faits et les dilemmes les plus pertinents rencontrés.⁸

5.1. Les raisons de la mise à l'échelle

Le gouvernement avait plusieurs raisons de mettre l'approche contractuelle à l'échelle. Tout d'abord, l'approche contractuelle a montré des résultats prometteurs dans les districts pilotes (voir la section 2.5). Le gouvernement et les bailleurs avaient conscience du fait que le financement basé sur la performance est l'un des modèles de financement qui peut permettre d'atteindre rapidement des résultats. De plus, ils estimaient qu'il représentait une bonne méthode de gestion visant à améliorer la qualité des prestations des formations sanitaires, donc la fréquentation par les usagers, ainsi que l'efficacité des prestations en termes d'amélioration de l'utilisation des financements publics et de l'état de santé de la population, sur la base de l'expérience des pilotes.

Un autre intérêt pour le gouvernement était le fait que l'approche contractuelle constituait un financement complémentaire pour le système de santé. Elle s'inscrivait en complément des fonds du gouvernement, des fonds venant des mutuelles et des fonds des utilisateurs. Il s'agissait d'un système plus coordonné, plus clair et plus structuré. Finalement, les personnes qui étaient contre l'idée du PBF car elles estimaient que le PBF coûtait cher, ont vu les résultats des pilotes qui ont démontré qu'avec moins d'argent, ils avaient plus de résultats qu'avec l'approche par intrants.

Plusieurs acteurs ont influencé la décision de mise à l'échelle. Le ministère de l'Administration locale était convaincu que l'approche pouvait être bénéfique car le personnel avait vu les résultats sur le terrain. Lorsque le Président a été informé, il a lui aussi été convaincu de l'approche. De plus, il y a eu une grande action de plaidoyer de toutes les ONG impliquées dans les pilotes PBF, comme Cordaid/HDP, HealthNet, BTC. Leur lobbying était surtout basé sur les résultats des pilotes. Au début, le ministère de la Santé était divisé ; certains fonctionnaires clés étaient convaincus, mais il y avait beaucoup d'autres personnes qui étaient farouchement contre. Cela s'expliquait par une résistance générale aux changements, un refus de perte de pouvoir (en donnant plus d'autonomie au niveau opérationnel), un manque d'information et le fait de voir l'argent public passer par une structure privée (l'agence d'achat). De surcroît, il était estimé que les coûts de transaction étaient très élevés. Cela a freiné un peu la mise à l'échelle, car ces personnes exerçaient une grande influence au sein du ministère de la Santé au niveau central.

⁸ Les informations reprises dans ce chapitre sont basées sur l'atelier qui s'est tenu en décembre 2009.

5.2. Le processus de mise à l'échelle

Pendant l'année 2005, le gouvernement a conçu l'approche PBF pour la mise à l'échelle. Lorsque l'évaluation d'impact du PBF au Rwanda a montré de bons résultats (Soeters *et al.*, 2005 et la section 2.5 pour les résultats), on a commencé à analyser et à comparer les différents modèles de PBF existants à travers des réunions de concertation.

Le processus de réflexion était participatif ; les différents partenaires ont surtout participé pour discuter des principes de base du montage institutionnel et des procédures et outils. Finalement, le ministère de la Santé et les bailleurs (BM, USAID, Coopération belge) ont décidé du modèle sur la base des informations collectées. Quelques éléments des programmes pilotes ont été intégrés dans le nouveau modèle (voir l'Encadré 5).

Encadré 6 – L'influence des modèles pilotes sur le modèle national

- Tous les éléments liés à la vérification quantitative du modèle de Cordaid ont été intégrés. On a compris qu'on devait se baser sur des résultats vérifiés. Cordaid était la seule à avoir ce système de vérification quantitative en place.
- Pour l'évaluation qualitative des hôpitaux, le modèle national était basé sur l'approche CTB. CTB avait le seul projet pilote qui avait monté un système d'évaluation qualitative réussi pour les hôpitaux.
- Pour la régulation, on s'est basé sur le modèle HealthNet avec un comité de pilotage. Le comité de pilotage avait été adopté par HNI-TPO dans la province du Sud quand cette ONG appuyait les districts sanitaires de Gakoma et Kabutare à travers l'Initiative pour la Performance.

Le ministère de la Santé avait conçu un « plan de déploiement » pour mettre le PBF à l'échelle de façon progressive. Ce plan est décrit en détail dans plusieurs documents (Rusa *et al.*, 2007). En bref, il comportait trois phases (0 – 1 et 2). Dans la phase 0, les 9 districts des zones pilotes ont été ciblés. La phase 1 a inclus 23 districts où le PBF a commencé en janvier 2006 et la phase 2 a intégré les 7 districts de contrôle où le PBF a finalement commencé en avril 2008.

Comme le modèle national était différent des modèles pilotes, il y a eu une phase de transition incertaine au début 2006 dans laquelle tous les partenaires ont dû changer leurs modèles existants pour adopter le nouveau modèle du PBF. Lorsque le modèle national a été choisi, tous les mécanismes n'avaient pas encore été conçus, surtout pour ce qui concerne le système pour les hôpitaux. Après une période de test, de modification et d'adaptation, le modèle national du PBF pour les hôpitaux de district a été adopté en juillet et a été introduit dans 23 hôpitaux de district en décembre 2006.

De surcroît, dans la mise à l'échelle, il n'y pas de système 100 % à base d'extrants, mais il est

fait un compromis. Le ministère a continué de payer les salaires. En plus, certains bailleurs ont continué à financer les FOSA par intrants, notamment les équipements, les réactifs de labo, les médicaments, les motos et les véhicules.

5.3. Le montage institutionnel du PBF national

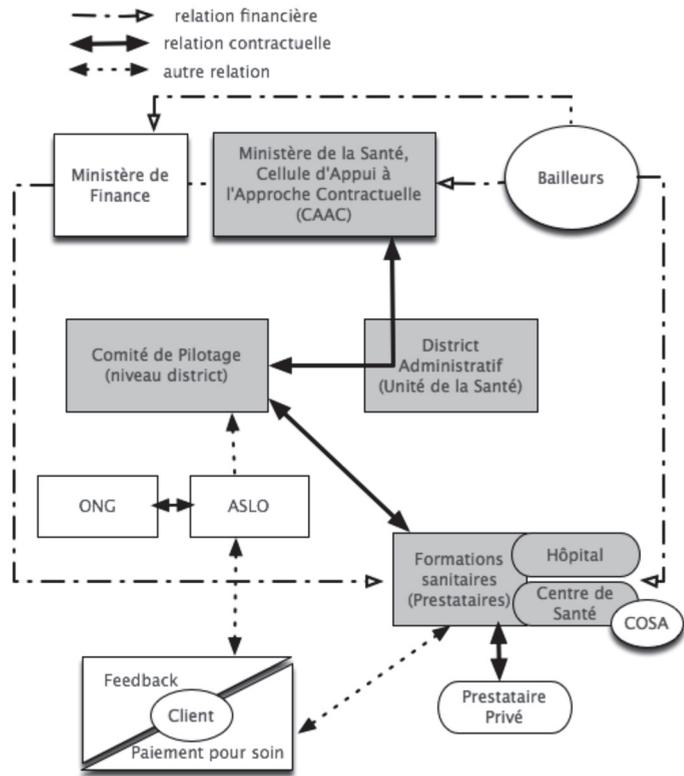
Tableau 6 – Différences clés entre le programme pilote à Cyangugu et le PBF national

	Cyangugu	PBF national
Acheteur	l'agence d'achat de services de santé (agence d'achat) – sous la responsabilité de Cordaid	Comité de pilotage – Sous la direction du directeur de l'unité de la santé du district
Régulateur	Équipe cadre du district sanitaire (ECDS) et direction de la santé, du genre et des affaires sociales (DSGAS) au niveau de la province	District administratif – unité de la santé
Prestataire	Formations sanitaires : centres de santé (CS publics-privés) et hôpitaux de district	Formations sanitaires : centres de santé et hôpitaux de district. L'implication des centres de santé privés n'est pas claire dans toutes les provinces dans la mise à l'échelle
Communauté	COSA pour la gestion de la santé ASLO pour la contre-vérification de l'existence du patient et la satisfaction du client	COSA pour la gestion de la santé et la signature des contrats ASLO pour la contre-vérification sur l'existence du patient

En introduisant le système national de PBF, on doit introduire aussi le nouveau cadre institutionnel. Dans cette section, l'accent est mis sur les rôles et relations entre les acteurs indiqués en grisé dans la figure.

Les acteurs clés du modèle national sont le comité de pilotage, la cellule d'appui à l'approche contractuelle (CAAC), le district et les prestataires. Il faut noter que le « district » dans ce modèle n'est plus le district sanitaire (qui a été supprimé en 2006) mais le district administratif mis en place à travers la réforme de décentralisation en 2006. Dans cette section, nous présentons d'abord les rôles et relations entre ces quatre acteurs clés.

Figure 4 – Cadre institutionnel de la mise à l'échelle



5.3.1. Comité de pilotage

Le comité de pilotage est un organe de gestion composé du Directeur de l'Unité de la Santé Famille du District (USF) et des directeurs des hôpitaux du district, d'un membre de l'équipe de suivi-évaluation attachée à l'hôpital de district, d'un représentant des mutuelles, des associations actives dans la santé communautaire (2), des organisations non gouvernementales qui appuient les activités PBF dans le district, des titulaires des CS publics et du titulaire d'un CS agréé, du pharmacien du district, de l'assistant technique et de la Commission de district de lutte contre le SIDA. Le comité de pilotage est présidé par le Directeur de l'USF.

Principaux rôles du comité de pilotage (Ministère de la Santé, 2008) :

- s'assurer du bon déroulement des activités de collecte des données quantitatives concernant les prestations sur le terrain ;
- s'assurer que l'hôpital effectue à temps les activités de supervision de la qualité des services des centres de santé ;
- saisir à temps les données quantitatives et qualitatives et vérifier la qualité de la saisie dans la base de données PBF ;
- organiser dans les délais le compte rendu de la réunion et les factures trimestrielles consolidées des indicateurs PMA et VIH destinés à la CAAC et aux prestataires éventuels ;
- il constitue également une plate-forme présentant l'opportunité de débattre d'autres sujets éventuels de santé entre différents acteurs au sein des districts.

Le comité de pilotage passe des contrats avec des prestataires (CS et hôpitaux) pour la prestation de services. De plus, les hôpitaux ont des contrats pour la vérification des CS (voir la section 5.4.4). Le ministère de la Santé, à travers le district, a un contrat avec le comité de pilotage.

En fait, le comité de pilotage a remplacé l'agence d'achat (dans le modèle de Cyangu) au niveau du district. De plus, quelques fonctions du comité de suivi du modèle de Cyangu sont désormais assurées par le comité de pilotage. La différence principale entre l'agence d'achat et le comité de pilotage est que ce dernier ne paie pas les prestataires directement. En effet, le comité de pilotage ne gère pas les fonds, donc il n'est pas considéré comme « acheteur » par opposition à l'ancienne agence d'achat. La gestion des fonds et les canaux de financement actuels sont discutés à la section 5.4.5.

Plusieurs raisons sont à l'origine du choix d'un comité de pilotage au lieu d'une agence d'achat. Le ministère de la Santé a préféré impliquer des organes publics, or l'agence d'achat était une institution privée. Certaines personnes ont aussi évoqué le coût élevé de l'agence d'achat, ce qui n'était pas le cas pour le comité de pilotage. Actuellement, le ministère de la Santé donne en moyenne 500.000 FRW par comité de pilotage par trimestre, soit environ 1.000 \$. Comme les activités sont différentes entre le comité de pilotage et l'agence d'achat, on ne peut pas réellement comparer leurs coûts.

5.3.2. Régulateur – la Cellule d'appui à l'approche contractuelle (CAAC)

Les organes de la régulation se trouvent à deux niveaux. On trouve le ministère de la Santé et la Cellule d'appui à l'approche contractuelle (CAAC) au niveau national ainsi que le district administratif au niveau décentralisé.

Ministère de la Santé

La gouvernance générale de la stratégie du PBF est du ressort du ministère de la Santé. Le ministère de la Santé fixe les objectifs généraux et spécifiques poursuivis par le PBF en veillant à ce que ces derniers s'intègrent dans la politique générale du gouvernement. De plus, il soumet annuellement au ministère des Finances un budget précisant le montant prévu pour le PBF. La conduite au quotidien de la stratégie PBF a été déléguée à une cellule technique, appelée Cellule d'appui à l'approche contractuelle (CAAC).

Cellule d'Appui à l'Approche Contractuelle:

La CAAC a pour rôle de coordonner les relations avec les partenaires extérieurs. Cela veut dire qu'elle doit veiller à leur intégration dans la mise en œuvre de la stratégie du PBF. Deuxièmement, elle doit diriger les partenaires et leurs ressources vers les priorités identifiées par le ministère de la Santé.

Dans le cadre de ses relations avec les formations sanitaires au niveau décentralisé, ses rôles les plus importants sont qu'elle est chargée d'établir les différents contrats et règlements

nécessaires pour la mise en œuvre de la stratégie du PBF et d'établir le barème pour chaque indicateur choisi. Bien entendu, au niveau de la régulation, elle doit aussi imposer le respect des contrats, règles et protocoles. La CAAC délègue quelques responsabilités au district administratif, notamment à l'Unité de la santé. (Ministère de la Santé, 2008)

5.3.3. Le district et l'Unité Santé et Famille (USF)

Le district (délégué par le maire à l'USF) s'engage à veiller à ce que les prestataires respectent la politique du gouvernement et du ministère de la Santé et soutiennent la stratégie du PBF. Il s'assure que les fonds du PBF sont utilisés pour le plus grand bénéfice de la population. Le directeur de l'USF convoque et préside les réunions du comité de pilotage et valide et signe la facture trimestrielle consolidée du district à soumettre au ministère de la Santé pour paiement.

Simultanément, l'USF, en collaboration avec l'hôpital, est chargée de l'administration et de la gestion transparente des ressources matérielles, financières et humaines du district, de l'information et la sensibilisation de la population pour son implication dans les différentes stratégies de santé publique et de la surveillance épidémiologique.

En fait, le district et son USF jouent le rôle de l'ancien district sanitaire. C'est la réforme de la décentralisation qui était à l'origine de ce changement (voir l'Encadré 2). Le directeur de l'hôpital est la référence technique du district. (Ministère de la Santé, 2008)

5.3.4. Les prestataires

Comme dans le programme pilote, les prestataires sont les centres de santé (CS) et les hôpitaux. Au total, sous le modèle national, 40 hôpitaux et 400 CS sont actuellement contractés.

La plupart des prestataires étaient satisfaits de la mise à l'échelle. Elle offrait une plus grande régularité car c'était une politique nationale et ils étaient rassurés par la pérennisation de l'approche. Il n'y avait plus de risque de coupure de fonds dans la contractualisation puisqu'il ne s'agissait plus d'un projet. Ils étaient heureux que ce qui était attendu d'eux ait été clarifié. Bref, l'incertitude a diminué. Pour les centres de santé, le plus grand changement au moment de la mise à l'échelle est intervenu par rapport aux procédures financières. Les prestataires étaient habitués à un schéma mensuel ; avec la mise à l'échelle, le paiement a basculé sur un schéma trimestriel. Un deuxième changement concernait les subventions, les barèmes liés aux indicateurs sont plus bas (voir le Tableau 7) dans la mise à l'échelle que dans le pilote.

Tableau 7 – Comparaison de quelques barèmes

Indicateurs	Pilote	National
Consultations externes	200	100
CPN nouveaux cas	700	50
PF anciennes utilisatrices	700	100
Enfants complètement vaccinés	1000	500
Référence d'urgence	3000	1000

La plus grande différence entre le système pilote et la mise à l'échelle est que la politique nationale n'est pas claire sur la sous-contractualisation des prestataires privés ; il n'y a pas de protocoles concernant l'inclusion de structures privées. C'est la raison pour laquelle on observe des différences dans l'interprétation des districts à ce sujet. Il y a des districts qui acceptent qu'un centre de santé passe un contrat avec une structure privée mais il y en a d'autres qui ne l'acceptent pas, parce qu'ils pensent que ce n'est pas la politique nationale.

Pour les hôpitaux, il existe plusieurs changements par rapport au programme pilote. Les hôpitaux signent un contrat soit avec le ministère de la Santé soit directement avec les bailleurs. Dans le pilote, pour les hôpitaux, on s'était basé uniquement sur les indicateurs quantitatifs alors que dans la mise à l'échelle, c'est la qualité et la quantité qui comptent pour le volet clinique. La vérification des hôpitaux se fait par les pairs (voir la section 5.4.4.). De plus, tous les volets sont évalués (fonctionnement, encadrement des CS, clinique) alors que dans le pilote, on comptait uniquement le nombre de prestations cliniques. Le paiement des subventions était mensuel dans le pilote, alors qu'il est trimestriel dans le modèle national. Dans le modèle national, pour les hôpitaux, il y a un budget prédéfini pour chaque hôpital en fonction de la population qu'il doit desservir. Sur la base de leur performance, les hôpitaux reçoivent de 0 à 100 % de ce montant.

5.4. Le cycle de gestion du PBF national

5.4.1. Choix des indicateurs

Comme dans les programmes pilotes, les indicateurs choisis pour les centres de santé sont basés sur le PMA pour les CS et sur le PCA pour les hôpitaux. La sélection des indicateurs VIH a, comme à Cyangugu, fait l'objet de beaucoup de discussions.

Pour les indicateurs VIH au niveau central, les bailleurs se sont réunis et ils ont discuté avec le ministère de la Santé au niveau central du choix des indicateurs. Les indicateurs VIH sont certes prioritaires chez les différents bailleurs, mais comme ils mettent tous l'accent sur un aspect différent, la liste des indicateurs VIH est longue. À Cyangugu, les indicateurs VIH se montaient à 10 ; au niveau national, il y en a d'abord eu 14 puis 10, avec une révision qui est faite régulièrement par la CAAC. La CAAC revoit systématiquement les outils de gestion du PBF et le chiffrage des coûts en tenant compte des constats des évaluations trimestrielles.

La détermination du barème est faite au niveau central et la négociation prend place entre les bailleurs et le CAAC. Il n'y a pas de négociation au niveau décentralisé.

5.4.2. Plan d'affaires

Au départ, le plan d'affaires n'a pas été repris dans le modèle national mais il a été réintégré en 2008.

Au début de la mise à l'échelle, on estimait qu'elle demandait beaucoup de ressources

humaines et qu'elle était difficile à gérer. Pourtant, au départ, le système de gestion du PBF était hiérarchique et les prestataires ne se sentaient pas très concernés. La réintroduction du plan d'affaires devrait permettre une meilleure appropriation au niveau des prestataires.

En théorie, le plan d'affaires est élaboré par le COSA et les prestataires. Il incombe à l'hôpital d'approuver les plans d'affaires. En réalité, il n'existe pas de norme quant à la façon d'élaborer le plan d'affaires. Parfois, il est préparé par l'hôpital pour le compte des CS ; parfois, ce sont les prestataires eux-mêmes qui s'en chargent, souvent sans les COSA.

Dans le pilote, le plan d'affaires faisait partie de la négociation avant l'établissement du contrat. Si les résultats prévus dans le plan d'affaires n'étaient pas atteints, cela avait des conséquences. Cela pouvait même déboucher sur la résiliation du contrat. Dans la mise à l'échelle, ce lien entre le plan d'affaires et le contrat n'existe plus. Il y a un manque d'appropriation du plan d'affaires. Le prestataire traite le plan d'affaires comme une étape qu'il doit franchir pour satisfaire le comité de pilotage. Ce n'est plus un outil qu'on utilise dans le cadre de la planification, mais c'est plutôt un outil pour la réglementation.

5.4.3. Contractualisation

En théorie, il y a quatre types de contrat (Ministère de la Santé, 2008) :

1. un contrat entre le ministère de la Santé et le comité de pilotage du district qui définit la stratégie de financement du niveau décentralisé sur la base de sa performance. Le ministère de la Santé délègue le maire ; le maire signe le contrat avec le Président du comité de pilotage (le directeur de l'USF) ;
2. un contrat entre le comité de pilotage du PBF et le comité de santé du centre de santé, qui fixe la rémunération des centres de santé sur la base de leur performance. Ce contrat est signé par le titulaire du CS et le président du comité de santé d'une part et par le président du comité de pilotage et le secrétaire exécutif du district d'autre part.
3. un contrat entre le comité de gestion (COGE) du centre de santé et chaque personnel de santé – contrat de motivation.
4. des contrats spécifiques d'achat entre le ministère de la Santé et des bailleurs pour les indicateurs VIH.

Dans le guide, les rôles et responsabilités sont effectivement décrits comme indiqué ci-dessus, mais en réalité, il existe encore beaucoup d'interprétations différentes aux différents niveaux.

Les différents contrats ont été élaborés et proposés aux autres parties prenantes par le ministère de la Santé en sa qualité de régulateur. La grande différence dans la mise à l'échelle, c'est qu'il n'y a plus de négociation, les contrats sont entièrement prédéfinis. On peut dire que des engagements mutuels mettent en exergue la relation de confiance entre les différentes parties prenantes au PBF. De plus, il existe un contrat de performance individuelle. La prime est attribuée par le COGE en fonction de la performance individuelle obtenue suite à une

Tableau 8 – Engagements dans les contrats

1. Ministère de la Santé <ul style="list-style-type: none"> • Achat des prestations des centres de santé 	Comité de pilotage <ul style="list-style-type: none"> • Suivi du système en général • Validation des factures • Règlement des litiges
2. Comité de pilotage <ul style="list-style-type: none"> • Vérification des quantités 	Centre de santé <ul style="list-style-type: none"> • Plan d'affaires • Tenue parfaite des registres • Prestations des soins à la population
3. COGE (comité de gestion) <ul style="list-style-type: none"> • Contrat individuel et évaluation de la performance, attribution de la prime 	Personnel du centre de santé <ul style="list-style-type: none"> • Exécution des tâches
4. Ministère de la Santé <ul style="list-style-type: none"> • Garant de la régulation sanitaire • Réalisation des Objectifs du Millénaire 	Partenaires/bailleurs <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le financement

évaluation selon les critères prédéfinis inscrits dans le contrat. Toutefois, pour l'heure, ce contrat n'a pas été intégré partout.⁹

5.4.4. Évaluation et vérification

Il existe trois types d'évaluation et de vérification : la vérification quantitative par l'USF (mensuelle) et l'évaluation qualitative par l'hôpital (trimestrielle). De plus, il existe un système de contre-vérification communautaire portant sur l'existence du patient et la vérification communautaire concernant la satisfaction des clients est à l'étude.

Vérification quantitative

La vérification des données quantitatives est faite par l'USF. Un problème majeur réside dans le fait qu'il y a un manque de ressources humaines au niveau des districts pour réaliser l'évaluation mensuelle. Les districts peuvent contracter d'autres vérificateurs à cette fin, à condition toutefois qu'ils soient formés. En réalité, dans la plupart des districts, cette vérification est faite par le personnel de l'hôpital ou par les agents des centres de santé sous le chapeau du district.

Le changement par rapport au modèle de Cyangugu est que cette fonction était réalisée par les vérificateurs médicaux de l'agence d'achat et non par le district.

Évaluation qualitative

L'évaluation de la qualité des centres de santé est faite par les hôpitaux. Ils ont remplacé l'équipe cadre du district sanitaire. L'évaluation de la qualité peut seulement être faite par les techniciens (médicaux), pour vérifier la qualité des soins. Le directeur de l'hôpital est la référence technique pour le district et c'est son équipe qui réalise les évaluations qualitatives. Il convient de souligner que, là encore, les ressources humaines sont minimes et il y a un grand nombre d'indicateurs à évaluer. La question est de savoir si ce système est durable.

⁹ L'information est basée sur l'atelier qui s'est tenu en décembre 2009.

La contre-vérification au niveau communautaire

La contre-vérification communautaire comportait deux volets dans l'approche de Cyangugu (l'existence du patient et la satisfaction des clients). Dans la mise à l'échelle, seule la contre-vérification de l'existence du patient a été reprise. Elle s'effectue à partir d'enquêtes. Le but principal de ces enquêtes consiste à vérifier l'existence des personnes tirées au hasard dans les registres et d'obtenir une confirmation des services reçus par les clients des structures. Il est prévu quatre séries de contre-vérification quantitative à raison d'une enquête par trimestre. Les objectifs spécifiques sont (i) d'assurer la participation de la communauté au PBF national, (ii) de réduire au minimum les fraudes potentielles par les prestataires de services au niveau du CS et enfin (iii) de rendre crédible le PBF tant au niveau national qu'au niveau international.

Ces enquêtes sont réalisées par Health, Development and Performance (HDP asbl) suite à un sous-contrat signé entre le ministère de la Santé et Management Sciences for Health avec le financement du Projet « Rwandan HIV-Performance Based Financing » accordé par USAID d'une part et HDP d'autre part. Le processus est caractérisé par un échantillonnage à l'aide d'un logiciel « Random Generator » des districts, des centres de santé et des indicateurs à contre-vérifier. Les personnes à interroger dans la communauté sont tirées systématiquement au sort dans les registres des centres de santé.

Pour l'heure, la contre-vérification communautaire sur la satisfaction des clients n'a pas été reprise dans le modèle national. En 2006, Cordaid a décidé de continuer avec la contre-vérification des indicateurs VIH au travers des ASLO dans deux districts (Nyamasheke et Rusizi). Au cours de 2009, un exercice de contre-vérification a été demandé par le ministère de la Santé. HDP a vérifié une fois 18 districts ponctuellement, y compris les 2 districts où ils font une vérification permanente. En général, ce n'est pas encore fait, mais l'État semble souhaiter mettre cette vérification à l'échelle (Ministère de la Santé, 2008).

Vérification des hôpitaux

La vérification du PBF au niveau des hôpitaux est basée à la fois sur la qualité et la quantité. Après chaque trimestre, il y a une évaluation qui se fait par les pairs : directeur de l'hôpital, directeur du nursing, administrateur gestionnaire et le chargé du suivi-évaluation. Ils utilisent une grille d'évaluation avec des indicateurs composites. Cette grille comporte 50 critères dans trois volets :

1. fonctionnement (comité de gestion, médicaments, vaccins et consommables, équipement, activités d'évaluation, renforcement des capacités, hygiène et lutte contre le VIH/SIDA) ;
2. encadrement du CS
3. activités cliniques : on compte d'abord le nombre de prestations puis on tire un échantillon de dix fiches et on vérifie la qualité avec laquelle les prestations ont été dispensées.

La mise en œuvre du PBF au niveau de l'hôpital est en grande partie électronique (InfoPath),

ce qui exige des équipements informatiques, un système de communication internet assez développé et un personnel maîtrisant l'outil informatique.

À l'issue de la vérification, chaque hôpital a un score final correspondant à une certaine subvention. Pourtant, l'expérience montre que les hôpitaux sont très stricts et que finalement, peu de ressources revenaient aux hôpitaux, car la réduction qui était appliquée suite à la vérification était très élevée.

5.4.5. Le paiement des subventions

Subventions quantitatives et qualitatives trimestrielles

Le système de paiement des subventions n'est pas le même dans le programme pilote et dans la mise à l'échelle. Les subventions quantitatives et qualitatives ne sont plus séparées. La prime qualitative trimestrielle a été remplacée par une consolidation de la facture sur la base de la quantité multipliée par le score de qualité obtenu lors des évaluations trimestrielles de la qualité par les évaluateurs de l'hôpital. Cela veut dire que, dans la mise à l'échelle, le rapport de supervision de la qualité a une incidence directe sur les subventions que les CS reçoivent. Si le score de qualité est de 80 %, le centre reçoit aussi 80 % de la quantité. Avec le système pilote, il s'agissait plutôt d'une prime et cela n'influçait pas le taux versé pour la quantité.

Dans le cas des hôpitaux, on ne peut pas vérifier toutes les fiches des malades déclarés ; on procède donc par un échantillonnage aléatoire de 10 fiches par indicateur. Ces dix fiches sont analysées à la lumière des protocoles de prise en charge. On vérifie si la prise en charge est faite selon les normes en fonction des critères de la grille. On compte le nombre de fiches validées et ce score est appliqué à l'ensemble des quantités déclarées et vérifiées pour cet indicateur (p. ex. nombre de césariennes faites selon la norme = 60 % *X quantité déclarée).

Le bonus d'isolement n'a pas été pris en compte lors de la généralisation du PBF. Il y a une standardisation des prix unitaires pour toutes les FOSA, sans tenir compte de la situation géographique. La réintégration éventuelle de ce bonus est actuellement à l'étude au niveau central.

L'idée de fonds d'équité n'existe pas dans la mise à l'échelle mais elle revient avec la couverture universelle assurée par la mutuelle. La loi prévoit que tous les districts doivent avoir une mutuelle. Toute la population peut y adhérer et le gouvernement local prend en charge ceux qui sont indigents et dans l'incapacité de payer leur adhésion. Le *pooling risk* est assuré au niveau de l'hôpital de district et de l'hôpital de référence pour tous les mutualistes. Cela veut dire que, pour les cas référés à l'hôpital, les sections de mutuelles locales ne peuvent pas rembourser les coûts des soins à ce niveau. C'est ainsi que le gouvernement central paie la différence et supplée à ce qui est payé localement par la mutuelle. Toutefois, cela ne résout pas totalement le problème de la prise en charge des indigents car ils sont incapables de payer le ticket modérateur, aussi dérisoire soit-il.

Les canaux de paiement

Dans la mise à l'échelle, il y a une différence entre le paiement des indicateurs lié au Paquet minimum d'activités (PMA) et le paiement des indicateurs VIH. Le ministère des Finances joue un rôle important dans le virement des fonds. Le paiement des factures sur les indicateurs PMA se fait directement par le ministère des Finances. D'abord, les factures des FOSA sont collectées par le comité de pilotage et sont vérifiées, après signature par le district, les factures sont envoyées au ministère de la Santé par le comité de pilotage. Depuis le ministère de la Santé, les factures sont transférées au Ministère des Finances qui est le gestionnaire des fonds. Il y a un transfert d'argent direct du Ministère des Finances aux prestataires. Cela veut dire qu'il y a suppression de toutes les étapes intermédiaires entre les différents points où l'argent devrait transiter dans un système décentralisé.

L'un des rôles des bailleurs est d'apporter les ressources. Dans le système national, ils peuvent virer leurs fonds de plusieurs manières. En ce qui concerne le PMA et le PCA, les bailleurs peuvent transférer l'argent directement dans la *basket fund* (la corbeille) qui est géré par le ministère des Finances. Avec le système de corbeille, les bailleurs ne peuvent pas faire une allocation de leur argent et le ministère a toute liberté de payer tous les indicateurs du PMA et du PCA selon les recettes.

Pour les indicateurs VIH, le paiement des bailleurs peut se faire de plusieurs manières. Le comité de pilotage envoie les factures soit au ministère de la Santé soit directement aux bailleurs. Les différents schémas pour la facturation dans le cas des indicateurs du VIH sont :

- comité de pilotage – ministère de la Santé – ministère des Finances – prestataires
- comité de pilotage – ministère de la Santé – bailleurs – prestataires
- comité de pilotage – bailleurs – prestataires

Plusieurs bailleurs des programmes VIH paient directement les prestataires.

Sanctions

Il est effectivement prévu des sanctions dans les contrats mais elles ne sont pas (encore) mises en application. Cela peut aller jusqu'à la résiliation du contrat en cas de faute grave, mais pour les fautes mineures, l'appréciation de la sanction est laissée au comité de pilotage.

5.5. Points de discussion actuels sur le cadre institutionnel et le cycle de gestion du PBF national

Il y a eu beaucoup de réflexions et de discussions pendant la mise à l'échelle du PBF au Rwanda. Le débat continuera et HDP aimerait contribuer au développement du système national au Rwanda mais aussi présenter ces réflexions pour qu'elles profitent aux systèmes ailleurs¹⁰. Il y a plusieurs discussions qui se répètent avec la mise à l'échelle, notamment la question du

¹⁰ La plus part de ces discussions se sont dégagées de l'atelier du 8 décembre 2009.

nombre et de l'équilibre des indicateurs et du risque d'effets pervers, les effets de la subvention des indicateurs VIH, la faible implication des prestataires dans le choix des indicateurs et comment éviter les effets pervers et les tricheries. Ces discussions ayant déjà été décrites dans les chapitres 3 et 4, on ne va pas les répéter ici. Toutefois, il y a d'autres thèmes de discussion qui sont importants et intéressants et qui sont décrits ci-dessous.

5.5.1. Séparation des fonctions

Dans le système PBF, on parle de la séparation des trois fonctions principales : acheteur, régulateur, prestataire. Avec la mise à l'échelle, la séparation des fonctions est confuse ; il y a quelques questions discutées ci-dessous :

- **Qui est l'acheteur dans le nouveau système ?**

La situation actuelle remet en question le principe de séparation des fonctions. Il convient de se demander : qui est l'acheteur : celui qui verse l'argent ou celui qui a un contrat avec le prestataire ? Le ministère des Finances, du Budget de la Santé (ligne PBF), le ministère de la Santé ; ou encore le comité de pilotage ?

En bref, l'acheteur regroupe deux fonctions : la fonction de paiement et celle de contractualisation. Les deux fonctions peuvent être réparties entre deux agences, mais la séparation des fonctions (acheteur, prestataire et régulateur) au niveau du district doit encore être respectée.

- **Est-ce que le directeur de l'USF peut être le président du comité de pilotage (et, en cette capacité, être le régulateur) et en même temps être le vérificateur ?**

Avec la décentralisation, le maire du district administratif est devenu responsable de la santé. Il a le rôle de régulateur et de vérificateur, qu'il délègue au directeur de l'USF. Le directeur de l'USF est aussi le président du comité de pilotage, donc l'acheteur. C'est lui qui présente la vérification quantitative pour validation auprès du comité de pilotage. La séparation des fonctions est donc floue.

Est-ce que c'est un problème de ne pas avoir une séparation des fonctions ?

Quand les mêmes rôles se retrouvent au sein de la même agence, il y a un plus grand risque de tricherie, car l'agence se croit « patron » de tout. Dans le débat, certaines personnes arguent que les différentes fonctions peuvent se retrouver dans la même institution, à condition toutefois que les rôles soient divisés clairement et qu'il y ait une gestion rigoureuse. Dans le cas du Rwanda, une solution possible serait que le président du comité de pilotage soit choisi aux termes d'un scrutin. De cette manière, il ne s'agirait pas systématiquement du Directeur de l'USF et la responsabilité de la gestion serait plus autonome et distincte du district.

- **Comment peut-on assurer la transparence dans la vérification si le vérificateur est aussi le superviseur/formateur ?**

Il y a une autre question intéressante, qui se posait également dans le système de Cyangugu. Elle porte sur l'auto-évaluation par l'équipe technique qui fait la vérification de la qualité. L'équipe technique est responsable de dispenser les soins (par supervision et formation), mais elle doit aussi vérifier la qualité des soins. Outre le fait qu'elle vérifie la qualité, elle vérifie aussi qu'un bon travail a été fait en termes de formation et de supervision. Bref, elle fait son auto-évaluation. Dans quelle mesure cette situation risque-t-elle d'engendrer la falsification et la tricherie ?

5.5.2. Recentralisation du pouvoir

Le système de mise à l'échelle est beaucoup plus centralisé. Premièrement, la contractualisation est standardisée dans tout le pays. Même si le pouvoir de prendre des décisions est décentralisé au niveau du district à travers le comité de pilotage, dans la pratique, le comité de pilotage se réfère au ministère de la Santé pour chaque problème ou chaque question, au lieu d'associer le maire aux décisions. Deuxièmement, par rapport au choix des indicateurs, le nombre, les cibles et les barèmes sont décidés au niveau national. Il n'y a pas de négociations sur les indicateurs au niveau décentralisé. Troisièmement, l'autonomie des prestataires est minimale, tous les documents sont standardisés. Le plan d'affaires est réintroduit pour renforcer le sentiment d'autonomie, mais on n'en est pas encore au stade où cela peut influencer les prestations. Comme on l'a expliqué plus haut, pour le moment, le prestataire considère le plan d'affaires comme une formalité qu'il doit accomplir pour satisfaire le comité de pilotage. Ce n'est plus un outil de planification, mais c'est plutôt un outil de réglementation.

5.5.3. Primes de motivation du personnel

Dans le nouveau système, le contrat de motivation du personnel sur la base de l'évaluation individuelle est laissé aux COSA (Ministère de la Santé, 2008 : Annexe 7 et 18). Ce contrat est difficile à mettre en œuvre car il engendre une lourdeur administrative et il est très difficile de trouver des indicateurs personnels. Il dépend du dynamisme du responsable et du comité de gestion du centre de santé. L'avantage pour le personnel est qu'il y a une meilleure distribution des primes, sur la base de la performance individuelle qui peut réduire les plaintes et les conflits. Pourtant, les principes du PBF sont basés sur les prestations collectives et les activités intégrales ; or, si l'on a un contrat individuel, les indicateurs sont individuels. Avec les contrats de motivation individuelle, l'esprit collectif risque de disparaître.

5.5.4. Délais du virement

Le virement des fonds prend un minimum de temps car il faut vérifier les données avant que les factures soient validées. Dans le pilote, on essayait de transférer l'argent dans un délai de 45 jours. Le système actuel de virement de fonds direct du ministère des Finances aux prestataires est perçu comme un point positif, car lorsqu'il y a des intermédiaires, cela prend beaucoup de temps. Malgré tout, il y a encore des délais dans le virement des fonds. D'aucuns soutiennent que le système de paiement est trop centralisé et que c'est la raison pour laquelle le paiement des prestataires prend du retard. Ces délais sont lourds de conséquences : les activités ne peuvent pas avoir lieu, les prestataires sont démotivés et le personnel qui est

contracté sur la base des fonds de la subvention risque de démissionner lorsque l'argent prend du retard. Il faut donc se demander s'il est possible d'alléger le système de virement des fonds ?

5.5.5. Participation communautaire

Pendant la mise en œuvre du programme pilote à Cyangugu, le rôle des ASLO a été très important. En revanche, le rôle des COSA, des relais et autres structures communautaires a été limité. En fait, à travers les ASLO, le contrôle communautaire (ex post) était assuré. Dans le système national actuel, on est revenu sur l'implication du COSA et il signe les contrats avec les prestataires. Toutefois, on peut se demander si, dans la pratique, les COSA sont réellement impliqués dans la gestion de santé (la contractualisation, la planification et le suivi-évaluation, l'adaptation des grilles de prime, etc.). La signature des contrats ne signifie pas pour autant une participation communautaire active et durable.

Chapitre 6

Réflexions sur le rôle des ONG

Ce livre est écrit sur la base de l'expérience d'HDP/Cordaid au Rwanda. Dans toutes les étapes de mise en œuvre du PBF, les ONG ont un rôle important à jouer. Dans ce chapitre, l'accent est mis sur ces rôles, notamment lors de la phase pilote, la mise à l'échelle et le système national.

6.1. Différents rôles

En général, il y a plusieurs rôles pour une ONG nationale, notamment l'exécution des projets, le développement des outils, l'organisation des formations, le plaidoyer et le lobbying ainsi que le financement. Ces rôles peuvent varier dans les différentes phases du PBF. Le Tableau 9 résume les rôles qu'HDP a joué, qui sont décrits en détail dans les sections ci-après.

Tableau 9 – Rôle d'HDP pendant les différentes phases

Rôle	Phase Pilote	Passage à l'échelle	PBF comme stratégie nationale
Exécution	Développer un pilote et exécuter le pilote		
Outils	Développer, tester et réviser les outils de gestion	Participer à la préparation des outils de gestion	Participer aux réunions de révision des outils
Formation	Renforcer les capacités nécessaires (formations) au niveau opérationnel (prestataires, ASLO, etc.)	Donner un appui aux formations (méthodologique, formation des formateurs) Mettre à disposition des modules de formation	Faciliter des modules de formation Recyclage : mettre les acteurs à niveau Donner un appui au Système d'information sanitaire au niveau du district
Plaidoyer et lobbying	Faire une analyse de la situation à travers des enquêtes auprès des ménages Organisations des réunions avec les parties prenantes et les partenaires Documenter et disséminer les constats Plaidoyer et lobbying auprès des acteurs locaux et nationaux	Effectuer des enquêtes Participation aux réunions Plaidoyer et lobbying pour intégrer les particularités de l'approche pilote dans la phase de définition de la stratégie nationale	Effectuer des enquêtes/ participer aux équipes d'évaluation Participation aux réunions partenaires Plaidoyer et lobbying pour intégrer les particularités de l'approche pilote dans la stratégie nationale
Financement	Chercher des fonds pour financer le pilote	Donner un appui financier au début de la mise à l'échelle	

6.2. Exécution des projets

Pour créer un environnement propice et favorable à l'appropriation du nouveau système de financement du secteur de la santé, il est conseillé que, tout en pensant grand, on commence petit et le projet pilote pourrait être une solution. Quels sont les avantages de commencer avec une petite expérience ? Le pilote est limité dans le temps et dans l'espace ; cela fait que les moyens et les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs restent abordables. Il y a moins de bureaucratie et le processus de prise de décisions est généralement plus court et plus efficace. Le pilote va permettre à l'organisation de créer les savoir-faire requis, de développer les compétences (création d'une masse critique des ressources humaines), de détecter des potentiels. Le pilote donne l'occasion et le temps de réfléchir et de corriger des goulots d'étranglement éventuels avant la généralisation. Comme il s'agit d'une innovation, le fait de commencer avec le pilote donne aux décideurs et à la régulation le temps de s'informer sur les résultats, d'observer et de faire le choix d'une politique.

6.3. Le développement des outils de gestion

Les outils doivent nous montrer comment la performance est validée, comment tout le système est suivi et comment les fonds circulent. Sans vouloir recenser tous les outils du PBF de manière exhaustive, nous donnons ici les outils les plus importants nécessaires pour le PBF :

- Les enquêtes auprès des ménages sont des outils très importants qui ont été utilisées dans le pilote et qui ont permis de capturer la situation socio-sanitaire des provinces/préfectures concernées. Ces enquêtes permettent non seulement de faire un état des lieux de départ mais aussi, à mi-parcours, de noter les changements opérés par l'intervention.
- Les différents registres standardisés destinés à la collecte des données au niveau des FOSA et les résumés mensuels. Ceux-ci permettent des vérifications aisées.
- Les différentes grilles d'évaluation (quantité et qualité) au niveau des centres de santé et des évaluations des hôpitaux par les pairs.
- Le business plan ou plan d'affaires qui est un outil qui permet de montrer les stratégies qui seront mises en œuvre pour atteindre les cibles que la structure s'est fixées. C'est aussi un outil de négociation très important au moment de la conclusion du contrat. Cet outil a été introduit beaucoup plus tard dans la stratégie nationale mais il fait désormais partie intégrante du PBF national.
- Toutes les procédures de paiement qui décrivent clairement comment les factures sont validées, acheminées et comment les paiements sont canalisés jusqu'aux prestataires. Dans cette dernière phase, le passage à l'échelle n'exige pas d'accusé de réception, une fois les fonds parvenus à la structure comme preuve de paiement. Il y a là un risque financier.

Les outils ne sont pas figés et ils font constamment l'objet d'améliorations, de changements ou d'une adaptation au contexte. Dans la phase pilote, c'est l'ONG qui développe les outils et les révisé après la première utilisation. Au fil du temps, la révision est faite sur la base de la réalité du terrain. Les ONG précurseurs du PBF ont joué un rôle clé dans la mise en place de ces

outils lors du passage à l'échelle. Certains outils du pilote n'ont pas été directement adoptés dans la stratégie nationale ; c'est progressivement qu'ils ont été introduits lors du passage à l'échelle. Dans la stratégie nationale, les ONG jouent maintenant un rôle d'informateur sur les révisions qui se dégagent des pratiques du terrain, en tant que porte-parole dans leurs zones d'intervention. Elles participent aussi aux réunions de révision des outils.

6.4. La formation et l'apprentissage

Il est important de souligner que l'introduction d'un système PBF est nouvelle pour tous les acteurs, surtout dans la phase pilote et lors de la mise à l'échelle. Tous ont alors besoin de formations sur les différents volets du PBF. Une fois que la mise à l'échelle a été accomplie, il est encore nécessaire de prévoir une mise à niveau régulière des acteurs. On a constaté un manque de mise à niveau au Rwanda.

L'apprentissage social est aussi important. Au début, on ne connaît rien, on a besoin d'amasser toutes les connaissances, tous les points des vues et expertises disponibles pour concevoir le programme et ses modalités, mais aussi pour renforcer l'adhésion dans le futur. L'expérience d'HDP était souvent trop focalisée sur son savoir-faire interne et elle a accordé moins d'attention aux aspects liés à l'apprentissage social, lequel doit être perçu comme une stratégie de renforcement des capacités. L'apprentissage social est alors en mesure de stimuler l'échange et le dialogue entre les acteurs. Cela ne nécessite pas une formation traditionnelle, mais plutôt des séances de travail, par exemple sur l'identification des indicateurs. Dans d'autres pays, les acteurs ne se réunissent pas souvent pour discuter du secteur de la santé ; en fait, le PBF permet et a même besoin d'élargir la prise de décisions aux autres acteurs pour plus d'efficacité. Il doit aussi passer en revue l'expérience, admettre les erreurs et essayer de les rectifier.

6.5. Le plaidoyer et le lobbying

Pour faire un bon plaidoyer et un bon lobbying, il faut impliquer et convaincre tous les différents acteurs. Dans une phase pilote, la stratégie est d'impliquer le niveau décentralisé (les autorités politico-administratives) et faire équipe ensemble pour convaincre le niveau central. Les actions combinées de l'ONG et des élus locaux constituent un atout précieux pour l'adoption du PBF (par les prestataires, les bailleurs et la régulation).

Le meilleur moyen d'assurer l'adhésion et d'impliquer tous les acteurs est avant tout la réussite de l'expérience. Quand on commence, il faut réussir ; l'échec n'est pas permis car il ferait tout capoter.

La communication, quant à elle, joue un rôle très important. Pour connaître les effets du PBF, on doit réaliser des analyses et des enquêtes au début et continuer de mesurer les impacts par la suite. On doit partager les résultats tant positifs que négatifs. Pour convaincre les décideurs, il faut leur démontrer les avantages du système. Pour cela, on peut tenir des réunions. On doit

expliquer les avantages du PBF à tous les niveaux et faire des comparaisons avec d'autres systèmes de financement du secteur de la santé. De même, en cas de difficultés, il faut se donner le temps de bien documenter les problèmes et de montrer comment on les a surmontés pour en tirer des enseignements. De surcroît, il faut bien écouter les arguments des opposants au système et essayer d'en tenir compte afin d'éviter les positions radicalisées et extrêmes. On a constaté qu'il y avait des résistances, par exemple, au niveau central où certains fonctionnaires n'aimaient pas que l'argent public passe par une agence privée. Un autre exemple de résistance a été observé au niveau local : les directeurs des hôpitaux résistaient au PBF car ils recevaient moins de revenus au départ.

6.6. Le financement

Le financement de la santé, compte tenu du manque de ressources et de l'ampleur des problèmes de santé, constitue le chaînon où l'on doit faire très attention lorsqu'on fixe le budget dans le cadre du PBF. Généralement, le calcul se fait per capita. Dans le schéma de Cyangugu (pilote), il était fixé entre 1,5\$ et 3,0\$. Au moment du passage à l'échelle, la même fourchette per capita a été respectée.

Au niveau du financement, les ONG doivent être en mesure de financer les pilotes à travers les bailleurs. Leur rôle est de trouver des fonds pour la première étape. Dans le pilote, c'est même un facteur du succès quand l'ONG est en mesure de passer d'un financement par intrants à un financement par extrants grâce à l'appui des bailleurs. Au moment de la mise à l'échelle et de la nationalisation, l'ONG peut décider de continuer à financer son nouveau rôle dans le système. Le système national ne tient pas compte de toutes les activités qui étaient là pendant le pilote ; certaines activités ne sont pas reprises. Les raisons pour cela peuvent être multiples, par exemple un budget limité, un système trop complexe pour la mise à l'échelle, ou encore des activités qui ne sont pas la priorité du gouvernement ou des activités auxquelles tient la société civile plus que le gouvernement. Pour continuer ces activités, l'ONG doit chercher les fonds correspondants. Dans le cas d'HDP au Rwanda, la satisfaction communautaire n'a pas été incluse dans le système national. Or, comme HDP estimait qu'il s'agissait d'un aspect extrêmement important, elle a continué de financer cette activité.

Chapitre **7**

Conclusions et perspectives

Au début de ce livre, nous nous sommes posé trois questions :

- Pourquoi a-t-on choisi l'approche PBF ?
- Quelles sont les considérations à prendre en compte quand on monte une approche PBF ?
- Quel est le rôle d'une ONG dans tout ce processus ?

Dans la première partie de ce chapitre, nous essayons de répondre à ces questions. Dans la seconde, HDP présente les sujets qu'elle veut aborder dans l'avenir pour contribuer au processus du PBF au Rwanda.

Nous tenons une fois de plus à souligner que l'approche PBF évolue chaque jour et dans plusieurs pays. Il n'existe pas de modèle standard. Beaucoup de questions se retrouvent dans toutes ces expériences tandis que quelques questions plus anciennes n'ont pas encore trouvé de réponses. De plus, la pertinence de ces considérations varie d'un contexte à un autre. En gros, on retient ci-dessous les choix importants sur le montage institutionnel et le cycle de gestion ainsi que des éléments additionnels à mettre en œuvre pendant la conception de l'approche.

7.1. Considérations

7.1.1. Pourquoi choisir l'approche PBF et à quel moment?

Dans le cas du Rwanda, le PBF a contribué à l'amélioration de la performance des prestataires de santé et, au final, à améliorer la qualité de l'offre de services de santé au niveau opérationnel. Le PBF est développé comme une approche visant à motiver les prestataires à travers l'octroi d'une prime de motivation en fonction d'un rapport de performance contre résultats mutuellement convenu. Le PBF signifie un changement fondamental dans la façon dont le secteur de la santé est financé par le passage d'un financement basé sur les intrants (paiement des salaires du personnel, paiement du combustible, des médicaments, etc. sur la base d'un budget négocié) à un financement de type extrant, basé sur la performance (les résultats). Dans la situation post-conflit où le Rwanda se trouvait, l'approche PBF semblait une option préférable.

L'expérience d'HDP au Rwanda a montré qu'il y a beaucoup d'avantages à commencer avec un pilote au niveau du district pour avoir le temps d'adapter l'approche choisie au contexte. L'expérimentation lors d'un pilote est la meilleure chance de montrer la mise en application de tous les principes du PBF, de mettre en place un cadre institutionnel durable, de produire des résultats et de les diffuser.

Le passage à l'échelle est d'abord et avant tout une volonté et une décision politique et on a besoin d'un bon leadership national. Tous les acteurs doivent être convaincus que les conditions sont remplies et que le moment est opportun pour passer à l'échelle. Au Rwanda, plusieurs acteurs ont influencé la mise à l'échelle. Une fois que les décideurs politiques et les fonctionnaires au niveau national ont décidé que le PBF était une approche à retenir, la mise à l'échelle s'est faite à grande vitesse. La mise à l'échelle nécessite de nouveaux arrangements

institutionnels aux niveaux central et local, ce qui a des implications pour la compatibilité avec les structures existantes. Au Rwanda, on n'a pas pris beaucoup de temps pour cette réflexion et on a pu constater une grande recentralisation du pouvoir, une confusion sur le terrain concernant les règles du jeu et une faible implication de la communauté.

7.1.2. Considérations liées au montage institutionnel

La séparation des fonctions est l'une des idées à la base du PBF. Dans le modèle de séparation des fonctions, il y a beaucoup de choix à faire. L'approche PBF marche très bien dans un système décentralisé, parce que lorsque l'ancrage institutionnel intervient à ce niveau, l'autonomie des prestataires peut s'affirmer. Néanmoins, pour être effective et atteindre les meilleurs résultats, il est utile que l'organisation, la gestion et le suivi soient aussi décentralisés que possible (régulateur, acheteur et vérificateur) pour garantir des relations de redevabilité.

Tableau 10 – Considérations liées au montage institutionnel

Acteurs	
Acheteur	<p>Pour la pérennisation et la légitimité de l'agence d'achat, on doit commencer à réfléchir au moment de monter le cadre institutionnel. De plus, pour faire fonctionner une agence d'achat indépendamment, il est important que l'organisation ait un statut juridique.</p> <hr/> <p>On peut choisir différents types d'agence d'achat</p> <ul style="list-style-type: none"> • étatique (modèle rwandais) • privée (modèle Cyangugu) • mixte : étatique et privée selon la situation du district (modèle du Burundi et de la RDC) <hr/> <p>L'agence d'achat pendant une période pilote doit être une structure qui peut donner confiance aux prestataires. Cela veut dire que, même si les bailleurs ne payaient pas à temps, l'agence d'achat est en mesure de préfinancer. On a vu à Cyangugu que la force de l'agence d'achat était que la subvention mensuelle arrivait à temps. Cela a encouragé les structures et réduit leurs doutes sur les avantages d'un système « intrants » par rapport à un système « extrants ».</p>
Régulateur	<p>Traditionnellement, c'est le rôle du ministère de la Santé et ses structures déconcentrées. Pourtant, il faut considérer le nombre de niveaux intermédiaires. Par exemple, dans le pilote de Cyangugu, il y avait la DSGAS au niveau de la province et au niveau du district. Cela peut alourdir l'administration. Dans notre optique, il serait bon de décentraliser la régulation le plus possible pour un bon fonctionnement du système.</p>
Prestataire	<p>Le comportement passif des prestataires s'est transformé en un comportement proactif pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • motivation financière ; • autonomisation : le niveau d'autonomie est très important ; plus l'autonomie est grande et plus les responsabilités sont importantes, plus on assiste à un changement de comportement vers un comportement proactif ; • concurrence/compétition entre les centres ; • intégration des prestataires privés ; fin du monopole des FOSA publiques ; • valorisation professionnelle et appréciation sociale. <hr/> <p>Pour avoir du succès avec le PBF, il faut considérer les motivations tant financières que non financières.</p>

Pour réussir l'approche PBF, il est très important d'impliquer les structures privées. Cela donne des opportunités d'intégration des données dans le système SIS et d'analyse globale des problèmes de santé, de vérification et d'amélioration de la qualité des soins des prestataires privés et cela augmente l'accessibilité géographique.

Pour les acteurs impliqués dans le PBF, il faut accorder une considération particulière à la participation des hôpitaux. Leur intégration comme prestataires dans une approche PBF permet la prise en charge globale du patient et offre des avantages pour le système de référence.

Rôle de la communauté

Dans la théorie du PBF, le quatrième acteur est la population qui doit disposer de mécanismes pour pouvoir s'exprimer sur la qualité des soins.

On a vu qu'il y a plusieurs niveaux d'implication de la communauté. Dans le cycle de gestion, elle peut être impliquée dès la conception de l'approche, lors du choix des indicateurs, dans la gestion au niveau des FOSA, et pendant l'évaluation et la vérification.

Dans les deux modèles au Rwanda, l'implication de la communauté s'est surtout faite au niveau de la vérification. Le rôle de la communauté a été réduit dans la mise à l'échelle et les enquêtes de contre-vérification sont fréquemment basées sur la seule existence du patient ; elles ne vérifient plus la satisfaction des clients.

La réalisation des objectifs de santé dépend en grande partie de la participation de la communauté en tant que client mais aussi en tant que citoyen, qui a le droit de participer à la gestion du système et le devoir de contribuer aux activités. Dans un modèle PBF, il serait important de réfléchir à ces deux niveaux de participation.

Les autres acteurs

L'implication des autres acteurs (autorités locales, ONG, bailleurs, associations locales, etc.) dès le départ est très importante pour créer une masse critique, favoriser l'appropriation et avoir une base stable pour poursuivre l'approche. Pendant toutes les phases, il faut discuter avec tous les acteurs et s'efforcer de toujours communiquer les résultats afin de dissiper la résistance de ceux qui ne sont pas convaincus. Il faut souligner que les acteurs locaux peuvent jouer un rôle important dans la promotion du système, la mobilisation de la population ou des ressources pour son fonctionnement.

7.1.3. Considérations sur le cycle de gestion du PBF

Le cycle de gestion du PBF comprend plusieurs étapes : choix des indicateurs, élaboration du plan d'affaires, contractualisation, vérification et supervision et enfin paiement des subventions. Dans tous ces volets il y a des considérations dont il convient de tenir compte pour mettre en place un bon système de fonctionnement.

Tableau 11 – Considérations liées au cycle de gestion du PBF

Éléments du cycle	
Indicateurs	<p>Le choix des indicateurs est basé sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'identification des problèmes pour lesquels on doit améliorer la performance du système de santé • la prise en compte des effets pervers • l'implication des prestataires et bénéficiaires dans le choix pour avoir un niveau d'appropriation des prestataires • nombre et équilibre des indicateurs : selon l'expérience d'HDP et les discussions avec les partenaires , le nombre d'indicateurs ne doit pas dépasser 17, ce qui représente généralement un bon équilibre entre les indicateurs du PMA (10 à 11), les priorités des bailleurs et de la population (6 à 7) et la faisabilité en termes de suivi. <p>Il est important de noter qu'on doit avoir assez de flexibilité pour changer le contenu et l'importance relative des indicateurs et leur nombre pour mettre l'accent sur certains services qui enregistrent une mauvaise performance ou pour éviter des effets pervers.</p> <p>Gestion des tricheries : il n'est pas possible d'éradiquer à 100 % les tricheries. Nous pensons qu'il faut créer une relation de confiance entre les parties prenantes ; le système PBF a très vite évolué au Rwanda, ce qui n'a pas toujours permis d'organiser des dialogues effectifs et de partager l'information. De plus, le système doit être suffisamment fort et doit développer des mécanismes qui concourent à dissuader les tricheurs. Un système de vérification et de contre-vérification doit être instauré, régulier et suivi d'effets (sanctions) en cas de non-respect des directives. Les indicateurs doivent être objectivement vérifiables et faciles à contrôler. Une autre idée est d'adopter un indicateur global pour l'atteinte du PMA. Au lieu de prendre tous les indicateurs, on utilise l'atteinte cumulative de tous les indicateurs ensemble. La prime de motivation des prestataires doit également mettre ces derniers en situation financière acceptable.</p> <p>Les barèmes à adopter par indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • basés sur le montant total disponible • basés sur l'importance de l'indicateur • pour éviter les effets pervers
Plan d'affaires	<p>Le plan d'affaires a été utilisé dans les FOSA pour identifier la situation et les priorités locales. C'est un document de travail à utiliser au jour le jour pour planifier selon la logique des résultats. Pourtant, le plan d'affaires a seulement une valeur s'il est lié à la négociation du contrat et s'il est prévu des conséquences (subventions et sanctions) par rapport à l'atteinte des objectifs qui y sont présentés.</p> <p>La fréquence de formulation du plan d'affaires doit être réfléchi ; elle doit être réaliste et raisonnable pour tous les partenaires qui doivent y contribuer.</p>
Contractualisation	<p>Le choix de la forme et du type de contrat dépend des structures qui sont impliquées dans le cadre institutionnel. Pourtant, on a vu que pour la motivation des prestataires et l'esprit d'entreprise, il est important qu'il laisse une place à la négociation, qu'il ne soit pas préétabli mais puisse s'adapter au contexte local.</p>

La contractualisation de la régulation est fonction du contexte. Si la régulation n'est pas en mesure d'exécuter son rôle de supervision et de vérification, il se peut qu'un contrat de performance soit la solution. Pourtant, un tel contrat peut changer la séparation des fonctions car l'équilibre des pouvoirs peut paraître faussé.

Le contenu des contrats de performance dépendra des marges de manœuvre, de la négociation entre les acteurs impliqués et du rôle du plan d'affaires.

Vérification

En fonction des indicateurs choisis, une décision devra être prise concernant la vérification quantitative et qualitative :

- le système de vérification – comment la qualité est-elle mesurée
- la fréquence de la vérification (mensuelle – trimestrielle)
- les acteurs qui sont impliqués dans la vérification

La contre-vérification peut considérer plusieurs domaines :

- l'existence du patient
- la satisfaction du client
- vérifier les résultats donnés par la vérification

Il convient de se poser les mêmes questions que pour le système de la vérification : méthode, fréquence et acteurs impliqués pour réaliser la contre-vérification.

En ce qui concerne le dernier point, vérifier les résultats donnés par la vérification, il s'agit surtout de souligner là où la supervision se charge de la vérification, car cela donne une auto-évaluation qui doit faire l'objet d'une contre-vérification.

Un bon système de vérification nécessite beaucoup d'argent et des capacités en termes de ressources humaines (personnel des hôpitaux qui sont chargés de la vérification). Ce système doit contribuer à la réalisation de l'objectif en tenant compte du fait qu'on ne peut pas éviter les tricheries à 100 %, mais on doit essayer d'installer un système de vérification/contre-vérification qui peut donner suffisamment de contrôle. Un système qui dépend totalement du contrôle n'est pas durable.

De plus, on peut décider d'organiser des évaluations à mi-parcours et de diffuser les résultats positifs à tous les niveaux pour en tirer des leçons. Cela s'est fait pendant la phase pilote à Cyanguu, principalement dans le but d'avoir des arguments à des fins de lobbying et pour obtenir le soutien de la population.

Paiement des subventions

Canalisation des fonds

Il existe plusieurs types de canalisation des fonds, comme on l'a vu dans le système de Cyanguu et dans la mise à l'échelle. Le plus important est d'éviter les délais dans le virement des fonds. Pour ce faire, l'argent doit arriver directement sur le compte bancaire des prestataires.

Quantité et qualité

Il y a une différence dans le paiement des subventions entre le pilote et la mise à l'échelle. Avec le modèle choisi, on décide quel impact la vérification de la qualité exerce sur le montant total de la quantité. Dans le modèle pilote, le paiement de la qualité est basé sur le montant quantitatif mais il n'influence pas ce montant. Pourtant, dans la mise à l'échelle, la qualité est liée directement à la quantité. Dans le deuxième modèle, la qualité exerce un poids plus lourd.

Bonus d'isolement

Il est possible d'encourager davantage les FOSA qui sont éloignées ou isolées. On peut le faire grâce à un bonus d'isolement ou en augmentant le barème en fonction de la distance.

L'accessibilité des plus pauvres

Le PBF ne résout pas automatiquement le problème de l'accessibilité des plus pauvres. Il y a plusieurs possibilités pour améliorer cette situation comme le fonds d'équité, ou encore par le biais des mutuelles pour veiller à ce que les plus pauvres aient aussi accès aux soins.

Hôpitaux	<p>Pour l'ensemble du cycle de gestion pour les hôpitaux, les discussions sont différentes de celles portant sur les centres de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels indicateurs ? - La prime de qualité pour les hôpitaux - Coûts d'un système PBF pour les hôpitaux - Quel système de vérification ? Dans la mise à échelle de l'approche, on a vu un modèle intéressant d'évaluation par les pairs. <p>Pourtant, l'intégration des hôpitaux dans le PBF a besoin de plus de réflexion et de recherche pour savoir comment arriver aux meilleurs résultats.</p>
----------	---

7.1.4. Considérations par rapport à l'accompagnement de l'approche PBF

Les ONG ont des mesures d'accompagnement différentes selon qu'il s'agit de la phase pilote, de la mise à l'échelle ou du système national. Ces mesures sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12 – Mesures d'accompagnement

Études	<p>Il y a plusieurs études qui peuvent informer la conception de l'approche et devraient donc être réalisées dès le début :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étudier les facteurs de motivation (extrinsèques et intrinsèques) des prestataires de santé pour améliorer leur performance et utiliser les données pour choisir l'approche de rémunération et des mesures de motivation non financières. <p>Études de référence (baseline) pour identifier les indicateurs qui ont besoin d'une amélioration et pour faciliter le suivi de l'impact du programme</p>
Outils	<p>Quelques outils de base sont les différents registres standardisés sur la base des indicateurs choisis, les différentes grilles d'évaluation et le plan d'affaires. Les outils ne sont pas figés et ils font constamment l'objet d'améliorations, de changements ou d'une adaptation au contexte. Dans la mesure du possible, il serait préférable d'utiliser les outils existants (tels que les registres de SIS et les fiches de monitoring) pour renforcer le système de santé.</p>
Ressources	<p>Lorsqu'on décide d'introduire le PBF soit comme pilote soit comme système national, on doit se rendre compte que la mise en œuvre et la gestion du PBF peuvent déboucher sur des niveaux élevés de coûts supplémentaires, y compris les coûts de transaction.</p>
Appui technique d'ONG	<p>On a vu qu'une ONG joue différents rôles dans les trois phases du PBF, la phase pilote, le passage à l'échelle et le déploiement d'un système national. Souvent, au début d'un pilote, l'ONG est bien placée pour exécuter des projets. Elle a de multiples rôles possibles : l'exécution des projets, le développement d'outils, les formations, le plaidoyer et le lobbying ou encore le financement. Ces rôles peuvent aussi varier dans les différentes phases du PBF.</p>

7.2. Perspectives

Sur la base des leçons de ce travail de capitalisation, HDP compte s'attarder sur trois questions particulières dans les années à venir.

La collaboration entre les mutuelles et le PBF

Dans les pilotes et dans la mise à l'échelle, la question des mutuelles et du PBF a été introduite. Des réflexions ont commencé sur la manière d'intégrer les systèmes de mutuelles dans les systèmes de l'agence d'achat. En introduisant les mutuelles dans le système PBF, comment veiller à ce que les plus pauvres obtiennent eux aussi un accès ?

HDP voudrait exécuter une recherche-action sur la liaison PBF-Mutuelle de santé au Rwanda.

Comment peut-on garantir l'accès aux soins pour les plus pauvres dans un système PBF ?

Le système PBF au Rwanda offre un financement qui s'inscrit en complément des autres types de financement. Pourtant, ce n'est pas une approche qui peut automatiquement servir comme système de protection sociale donnant accès aux soins pour les plus pauvres.

HDP souhaiterait explorer l'idée des alternatives complémentaires pour les plus pauvres

Rôle de la communauté

Comment institutionnaliser la voix de la population ? L'institutionnalisation de la voix de la population est un problème de gouvernance ; c'est un droit qui s'acquiert progressivement et qui est lié à tous les autres droits et libertés qui sont à différents niveaux selon la culture politique de chaque pays. On peut néanmoins affirmer que ce sujet n'est pas très développé dans l'état actuel du Rwanda. La communauté, maillon très important du PBF et de la santé et de développement plus généralement, doit avoir les moyens et les capacités nécessaires pour pouvoir jouer pleinement son rôle de contrôle et de participant dans la gestion de la santé.

HDP souhaiterait accompagner la communauté pour renforcer le rôle qu'elle pourrait jouer dans le secteur de la santé

Références/Bibliographie

References

Cordaid (2006) *Guide d'application et de vérification de l'approche contractuelle dans la province de Cyangugu*

ECDS (2003) Enquête démographique et de santé. Rwanda

Meessen B., et al. (2002) Initiative pour la performance ; préfecture de Butare

Ministère de la Santé (2008) *Guide de l'approche contractuelle pour les centres de santé : Manuel Utilisateur*. Rwanda

Morgan, L (2009) Signed, Sealed, Delivered? Evidence from Rwanda on the Impact of Results-based Financing for Health, http://www.rbhealth.org/rbhealth/system/files/RBF_FEATURE_03-Rwanda_update.pdf

OMS/WHO (2006). The World Health Report 2006: Working together for Health. Genève, OMS

Paalman, M. et Nyandekwe, M. (2007) Analyse des résultats PBF entre 2002 et 2005, Programme d'appui aux soins de santé de base à Cyangugu, Cordaid Rwanda

Porignon, D.; Musango, L.; Dujardin, B.; Hennart, P. (2003) Secteur sanitaire en situation critique: financement d'une réforme et réforme du financement au Rwanda (1995-2001)

République du Rwanda (2005) Ministère du Gouvernement local, du Développement Communautaire et des Affaires Sociales, *Making Decentralized Service Delivery Work in Rwanda*

République du Rwanda (2007) Economic Development and Poverty Reduction Strategy 2008-2012

Rusa, L. et Frische, J. (2007) Rwanda: Performance-Based Financing in Health. Dans MfDR (Ed) Sourcebook on emerging good practice in managing for development results (Vol 2): Banque mondiale

Soetaert, C (2007) L'impact de l'approche contractuelle sur la motivation du personnel dans les centres de santé de 3 districts du Rwanda (Muhanga, Ruhango, Kamonyi), BTC

Soeters, R., Habineza, C. et Peerenboom, P (2006) Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda, Bulletin World Health Organisation, vol.84 no.11: Genève

Toonen, J, A. Canavan, P. Vergeer et R. Elovainio (2009). Performance-based financing for health: lessons from sub-Saharan Africa. Institut royal des Tropiques, Cordaid et Organisation mondiale de la Santé. Amsterdam: KIT Publishers

Bibliographie

Agence d'achat des services de santé / CORDAID (2002) *Guide d'application et de vérification de l'approche contractuelle dans la province de Cyangugu 2003 – 2005.*

Cordaid – SINA (2009) PBF en action : théories et instruments d'application. Guide d'appui au cours PBF ; La Haye, Cordaid, 2009

Ministère de la Santé (2008) *Opérationnalisation d'un RBF: expérience du Rwanda*, présenté lors de l'Atelier sur le Financement basé sur les résultats, juin 2008, Kigali, Rwanda

Mali, C (2009) La contribution financière de l'approche contractuelle dans les centres de santé de 4 districts du Rwanda, Étude menée en 2007 et en 2008 dans le cadre du projet de la Coopération technique belge : « Appui aux services de santé des districts de Gakenke, Rulindo, Bugesera et Rwamagana », BTC

Soeters, R. *et al.* (2006), Improving health services delivery through performance based financing in Rwanda. What are the factors associated with success?

Soeters, R., Musango, L. et Meessen B. (2005) Étude du Global Partnership on Output Based Aid Butare, Anvers & La Haye ; Banque Mondiale et Ministère de la Santé

Annexes

Annexe 1. Extrait du contenu d'un plan d'affaires

1. *Informations générales* – concernant la structure du secteur de la santé et la population et quelques statistiques du CS
2. *Stratégies pour atteindre chaque indicateur subventionné* :
 - nombre mensuel attendu
 - problèmes relatifs à l'activité ciblée dans la zone de rayonnement
 - stratégies et propositions d'amélioration
 - ressources supplémentaires requises pour atteindre la cible
3. *Analyse des ressources humaines* (niveau, répartition des primes)
4. *Autres ressources*
 - disponibilité des médicaments
 - disponibilité des matériels médicaux
 - disponibilité des meubles et fournitures de bureau
5. *Planification financière*
 - estimation des besoins financiers du centre de santé sur la base de la stratégie d'amélioration pour (dépenses actuelles et dépenses prévues) :
 - i. les primes
 - ii. les médicaments spéciaux
 - iii. les indemnités/frais de mission
 - iv. les fournitures médicales/consommables
 - v. les fournitures de bureau
 - vi. le chargement des batteries/la glace pour les vaccins
 - vii. les frais de réparation et de maintenance
 - recettes actuelles et recettes prévues pour :
 - i. le recouvrement des coûts
 - ii. les salaires payés par le ministère de la Santé
 - iii. les charges récurrentes assumées par le ministère de la Santé
 - iv. les paiements dans le cadre du contrat avec l'agence d'achat
 - v. la contribution des autres bailleurs (UNICEF, PNILT, FNUAP, etc.)

Source : *Guide d'application et de vérification de l'approche contractuelle dans la province de Cyanguu, AASS/Cordaid (p.10-15)*

Annexe 2 Le contrat entre l'agence d'achat et le prestataire

L'agence d'achat pouvait stipuler un contrat trimestriel avec le présentateur du plan d'affaires quand ce plan était, à son avis, convaincant et réalisable. Si le plan était effectivement mis en œuvre et si l'évolution des indicateurs était positive, le contrat trimestriel était renouvelé. Par voie du contrat, l'agence d'achat s'engage à acheter mensuellement certaines activités fournies par le prestataire. Ces prestations sont vérifiées par l'agence d'achat, à la suite de quoi l'agence d'achat verse le montant correspondant aux prestations vérifiées sur la base des barèmes prévus au contrat. Le contrat spécifie donc les activités subventionnées et les primes correspondantes ; il est accompagné du plan d'affaires du prestataire. De surcroît, l'agence d'achat attribue trimestriellement une prime de qualité aux centres de santé sous contrat destinée à inciter les prestataires à améliorer la qualité de leurs services et des prestations fournies aux utilisateurs. La prime est calculée sur la base d'un certain nombre de critères d'évaluation (vérification des registres, vérification de l'existence des utilisateurs, vérification des prestations, coût moyen des prestations, perception des coûts par les utilisateurs, satisfaction des utilisateurs, supervision de la qualité technique par l'équipe cadre de district). L'analyse de ces critères permet de dégager un pourcentage d'attribution de la prime. Quand la prime est attribuée à 100 % de sa valeur, elle équivaut à 10 % du montant global des subventions payées au centre de santé au cours du trimestre. Aucune prime ne sera versée aux centres de santé qui ont un pourcentage d'attribution de prime inférieur à 50 %.

Source: Guide d'application et de vérification de l'approche contractuelle dans la province de Cyanguu, 2003-2005, l'agence d'achat et Cordaid.

Annexe 3. Fiche de contrôle de la qualité par le district

Province de Cyangugu District de Sante de __							
Supervision des activités du							
Score du Centre de Santé de _____							
_____ TRIMESTRE 200__							
N	ACTIVITÉ SUPERVISÉ	Points Dispon	Points attr	Ecart	%	Observation	
1	Organisation générale et Participation Communau	14					
2	Hygiène du Centre de S	10					
3	Consultation Externe	26					
4	Hospitalisation	16					
5	Accouchement	20					
6	Consultation Périnatale	10					
7	Laboratoire	14					
8	Vaccination	23					
9	Planification Familiale	24					
10	Tuberculose	32					
11	Gestion Médicaments Es	34					
12	Gestion Financière	26					
13	Surveillance de la croissa Réhabilitation Nutrition	36					
14	Consultations Postnata	40					
15	Consultations Prénuptia	20					
16	Consultations scolaires	34					
	TOTAL	379					

Colophon

HDP

HDP est une jeune Association Rwandaise sans but lucratif. Elle est constituée par des anciens employés de CORDAID Rwanda. Elle est spécialisée dans le domaine de la santé publique, en particulier dans le financement des services de santé sur la base de leur performance (PBF). HDP travaille avec tous les acteurs du système sanitaire du Rwanda à savoir le Ministère de la Santé, les Districts et les structures prestataires des services (Hôpitaux et Centres de Santé), ainsi que les Associations à base communautaire. HDP interagit également avec certains bailleurs et assure des missions de consultation au Rwanda et ailleurs en Afrique.

Institut Royal des Tropiques

L'Institut Royal des Tropique (KIT), d'Amsterdam, Pays-Bas, es un institut international spécialisé dans la production et le partage de connaissances et d'expertise dans le cadre de la coopération internationale. Les objectifs du KIT sont de contribuer au développement durable, à la lutte contre la pauvreté, à la diffusion d'informations, à la préservation de la culture et aux échanges culturels. Le KIT travaille, entre autres, dans le domaine de la santé, notamment le renforcement des systèmes de santé et la gouvernance des services de base

Adresses

Health, Development & Performance (HDP)

B.P.1988 Kigali, Rwanda

Tél. +250 252 55 100

E-mail: sekaganda.etienne@hdp-rw.org

Website: www.hdp-rw.org

Institut Royal des Tropiques (KIT)

KIT Development Policy & Practice

PO Box 95001

1090 HA Amsterdam

The Netherlands

Telephone: +31 (0)20 568 8458

Fax: +31 (0)20 568 8444

Email: development@kit.nl

Website: www.kit.nl/health

Citation correcte

Sekaganda, E. (et al.), 2010, *Santé et Performance au Rwanda*. Sous la Direction de Coolen, A. et Lodenstein, E. Amsterdam : KIT

Mots clés

Santé, ressources humaines, financement, performance, décentralisation, PBF, gouvernance

Direction Anne Coolen et Elsbet Lodenstein

Edition Maryck Nicolas Holloway

© 2010 KIT, Amsterdam, Pays-Bas

Autres publications du KIT sur le thème de la performance dans la sante publique, la gestion décentralisée des services et la gouvernance :

- Canavan, A. Toonen, J. Elovaino, R. (2008). *Performance based financing, a global literature review*. Royal Tropical Institute, Netherlands and WHO.
- Toonen, J., Canavan, A. Vergeer, P. and Elovainio, R. (2009). *Performance based financing: experiences in Tanzania, Zambia, Burundi, Rwanda and DRC*. Royal Tropical Institute, Cordaid and World Health Organization. Amsterdam: KIT Publishers.
- Canavan, A. Vergeer, P. (2008) *Fragile States and Aid effectiveness, an expanded bibliography*. Royal Tropical Institute, Netherlands.
- Konaté, M. (et al.) (2008) *Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé ; l'expérience de Koulikoro au Mali*. Bulletin 838. (KIT/SNV/MS). Sous la direction de E. Lodenstein et T. Hilhorst (eds.). Amsterdam : KIT Publishers.
- Adjei, S. (et al.) (2009) *Quest for quality: interventions to improve human resources for health among faith-based organizations*. Sous la direction de M. Dieleman et T. Hilhorst. La Haye, Cordaid/KIT.