



Responsabiliser les prestataires des soins de santé

Une idée qui fait son chemin : financer les services de santé en fonction des résultats dans les pays en développement

Robert Hecht, Amie Batson et Logan Brenzel



LES PAYS en développement et leurs partenaires internationaux décident de plus en plus souvent de conditionner le financement des soins de santé dans ces pays à l'obtention de résultats concrets et mesurables. Le financement fondé sur les résultats avait été préconisé dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1993 — Investir dans la santé* de la Banque mondiale et dans d'autres documents parus au début des années 90, alors que les exemples d'application de cette méthode de financement étaient encore assez rares. Depuis, les expériences se sont multipliées et l'on perçoit de plus en plus clairement le potentiel élevé — et les problèmes — de ce type de financement dans la perspective des objectifs de santé nationaux et internationaux.

Les pouvoirs publics et leurs partenaires s'intéressent au financement fondé sur les résultats dans le secteur de la santé pour plusieurs raisons. Premièrement, à l'échelle mondiale, on cherche de plus en plus à obtenir des résultats quantifiables dans l'aide au développement, et c'est sur quoi ce type de financement met l'accent. Dans le secteur de la santé, ces résultats sont suivis de près par les pouvoirs publics et leurs partenaires dans le cadre des objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) — notamment la réduction de la mortalité infantile et maternelle; la réduction des taux d'infection par le VIH, le paludisme et la tuberculose; et l'amélioration de la nutrition infantile. Les pouvoirs publics et leurs partenaires sont donc naturellement favorables à l'idée de financer les programmes qui permettent d'atteindre ces objectifs ou de s'en approcher ou, au moins, d'améliorer des services nécessaires pour les atteindre. Par exemple, là où l'immunisation et le traitement rapide contre la pneumonie sont essentiels pour réduire le nombre de décès d'enfants, le financement des soins de santé pourrait être conditionné à l'augmentation du nombre d'enfants couverts.

Deuxièmement, même si le financement extérieur des soins de santé dans les pays en développement dépasse aujourd'hui 8 milliards de dollars par an (Michaud, 2003), il faudra une hausse substantielle de l'aide au développement pour atteindre les ODM dans le domaine de la santé. Les populations des pays donateurs font de plus en

plus pression sur les responsables politiques et les législateurs pour qu'ils démontrent que les budgets de l'aide au développement produisent des résultats mesurables, dans la santé ou d'autres secteurs. Les organismes partenaires cherchent donc à accroître l'efficience de ces ressources en les allouant à des pays et à des programmes dont les progrès sont attestés par des indicateurs de résultats.

Troisièmement, lier le financement à des résultats mesurables — que ce soit en termes d'évolution de la situation sanitaire, ou de la couverture et de la qualité des services de santé — va dans le sens de l'objectif de responsabilisation des prestataires de services de santé. La responsabilisation des prestataires vis-à-vis des pouvoirs publics et des clients dans les communautés à faible revenu est le thème du *Rapport sur le développement dans le monde 2004 — Mettre les services de base à la portée des pauvres*. Conditionner le financement aux résultats sur le terrain (immuniser les enfants, traiter la tuberculose, faire passer le test VIH à un plus grand nombre de jeunes hommes et femmes et leur donner des conseils à ce sujet) peut constituer une forte incitation pour les prestataires de soins, notamment parce que leurs résultats sont révélés à leurs clients et autres payeurs. Le *Rapport sur le développement dans le monde 1993* préconisait d'accroître le financement public des médecins et cliniques du secteur privé et à but lucratif qui fournissent des services de santé de base aux pauvres. Les contrats fondés sur les résultats qui sont passés entre un État et ces prestataires privés constituent le principal moyen d'application de cette recommandation.

Expérience récente

Aujourd'hui, le financement fondé sur les résultats est testé à plusieurs niveaux du système des soins de santé. Par exemple, 1) dans les pays en développement, l'État paie les ONG et le secteur privé pour la fourniture de services de santé essentiels aux ménages pauvres; 2) l'administration centrale détermine le montant des transferts aux collectivités locales selon le degré d'amélioration des services de santé; et 3) les donateurs décaissent des fonds pour les pays en développement si et quand certains objectifs sanitaires sont atteints.

Contrats de performance avec des ONG. Dans plusieurs pays en développement à faible revenu, l'État passe des contrats de performance avec les ONG qui fournissent des services de santé de base. Bon nombre des premiers contrats de ce type ont été signés en Amérique latine et aux Caraïbes. Ainsi, en Haïti, des ONG ont été chargées de fournir des services de santé infantile et de planification familiale (Banque mondiale, 2001). Elles recevaient une avance chaque année et des versements trimestriels négociés au départ. En fin d'année, leurs résultats étaient mesurés par divers indicateurs, dont la couverture vaccinale, le pourcentage de familles traitant les diarrhées aiguës par une réhydratation orale, le nombre de femmes enceintes recevant des soins prénatals et les délais d'attente moyens dans les cliniques. Ces résultats déterminaient les primes reçues par les ONG, qui pouvaient aller jusqu'à 10 % du budget initial. En conséquence, les ONG haïtiennes ont modifié leur système de fourniture des soins et amélioré leurs résultats, surtout pour la vaccination et la réhydratation orale. Au Guatemala, le vaste programme axé sur les résultats qui est mis en place par l'État et des ONG couvre actuellement près de 4 millions de personnes, principa-

Encadré 1

Le Guatemala à l'avant-garde

Le Guatemala a mis sur pied avec succès un programme à grande échelle où des ONG fournissent des services de santé. Le programme pour l'extension de la couverture des services de santé de base (PESCB en espagnol) a été lancé en 1997, juste après une longue guerre civile, et a été poursuivi par plusieurs gouvernements successifs. En 2000, 89 ONG fournissaient des soins de santé à 3,7 millions de Guatémaltèques, sur une population totale de 14 millions, selon les termes de 137 contrats distincts.

Les contrats portent sur divers services de santé maternelle et infantile, ainsi que sur la prévention et le traitement d'un certain nombre de maladies, dont le paludisme. Les ONG reçoivent environ 8 dollars pour chaque prise en charge, la plupart du temps en espèces, mais aussi en nature (vaccins, médicaments). Les paiements sont effectués chaque trimestre, après contrôle des résultats.

Ces derniers sont mesurés par une série d'indicateurs, notamment la couverture en matière d'immunisation et de soins prénatals, la distribution de comprimés de sulfate de fer aux femmes enceintes et aux enfants, et la fréquence des visites à domicile effectuées par les travailleurs d'approche des ONG. Des sociétés privées ont été chargées de concevoir le système de suivi, qui permet aussi d'examiner les pratiques comptables des ONG.

Le système de contrats du PESCB semble avoir entraîné une nette amélioration dans la prestation des services de santé. Les taux d'immunisation ont grimpé de 69 % à 87 % entre 1997 et 2001. Les enquêtes en cours auprès des ménages permettront d'évaluer les effets du programme sur la santé maternelle et infantile.

Durant les premières années du programme, un certain nombre d'obstacles ont dû être surmontés. Les agents sanitaires du secteur public y étaient plutôt hostiles, car ils considéraient les contrats passés avec les ONG comme une forme cachée de privatisation des services de santé. Quant aux ONG, elles ont d'abord hésité à s'engager aussi, estimant que l'État exigeait trop d'elles en termes d'amélioration des résultats et craignant que celui-ci ne les paie pas en temps voulu. Compte tenu de la fragilité financière de nombreuses ONG locales, il était essentiel que l'État verse des avances et effectue les règlements trimestriels sans retard pour établir une relation de confiance entre les secteurs public et privé.

lement des autochtones (encadré 1). D'autres dispositifs ont été introduits en Argentine, au Salvador et au Nicaragua.

Des pays d'Asie du Sud adoptent aussi des programmes de santé fondés sur les résultats avec des ONG. En Afghanistan, dans le cadre d'un projet de réorganisation des services de santé récemment approuvé et financé par la Banque mondiale, l'État charge des ONG de gérer des dispensaires. Celles qui atteignent les objectifs fixés recevront de l'État une prime pouvant aller jusqu'à 10 % de la subvention de base.

Dans la même optique, en Inde, l'État fédéral et les États ont commencé à rembourser les ONG et les prestataires privés selon leurs résultats. Le programme national contre la tubercu-



Encadré 2

La GAVI à l'origine des dons liés aux résultats

Pour avoir accru leur taux d'immunisation, huit pays en développement recevront 15 millions de dollars dans le cadre d'un nouveau programme de dons novateur, approuvé en décembre 2003 par les administrateurs de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Il s'agit de l'Azerbaïdjan, du Ghana, du Mali, de l'Ouganda, du Pakistan, du Rwanda, du Tadjikistan et de la Tanzanie. L'audit externe de leurs données sanitaires révèle une augmentation du nombre d'enfants vaccinés contre des maladies mortelles dans les trois dernières années.

Les pays candidats à ce programme de dons ont soumis à la GAVI leur stratégie à long terme pour vacciner un plus grand nombre d'enfants. L'approbation du dossier par le conseil d'administration de GAVI a débouché sur trois années d'investissement dans le système d'immunisation des pays sélectionnés. Ceux-ci pouvaient utiliser les fonds comme ils l'entendaient, la seule exigence étant d'obtenir des résultats. Dans la quatrième année, des fonds supplémentaires ne sont accordés qu'aux pays qui ont effectivement vacciné plus d'enfants.

Par exemple, quand elle a déposé son dossier à la GAVI en 2000, la Tanzanie vaccinait 950.000 nourrissons par an, soit 74 % des nouveaux-nés, l'indicateur de la couverture vaccinale de base étant l'administration de trois doses de vaccin DCT (diphthérie, coqueluche et tétanos). En 2002, leur nombre est passé à 1,2 million, soit 89 % des nouveaux-nés. Par conséquent, en plus des 2,4 millions de dollars versés entre 2001 et 2003, la GAVI accordera 3 millions de dollars supplémentaires à la Tanzanie en 2004.

À ce jour, la GAVI a financé trois ans d'investissement dans le système d'immunisation de seize pays. Dix d'entre eux (Arménie, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Haïti, Kenya, Libéria, Madagascar, Mozambique et São Tomé-et-Príncipe) n'ont pas obtenu les résultats nécessaires pour bénéficier d'un investissement supplémentaire : soit ils n'ont pas réussi à augmenter leur taux de couverture vaccinale dans les trois dernières années, soit leurs données n'ont pas pu être vérifiées par un organisme externe. Néanmoins, dès qu'ils atteindront les objectifs fixés, le financement reprendra.

lose rembourse aux laboratoires privés le dépistage de la tuberculose par la salive et verse également aux ONG et aux médecins du secteur privé un forfait pour chaque patient infecté qui suit un traitement directement observé sur une courte période. Dans le district de Kannur, dans l'État du Kerala, où ce dispositif est très avancé, les ONG et les prestataires de soins privés ont contribué à relever le taux de dépistage (part des tuberculoses actives qui sont diagnostiquées et traitées) d'environ 20 % (Granich, 2003). Dans l'État du Tamil Nadu, l'État paie les médecins privés qui fournissent des services de planification familiale et pratiquent des césariennes.

Transferts de l'administration centrale aux collectivités locales. Dans le cadre du projet de santé familiale soutenu par la Banque mondiale au Brésil, l'administration centrale alloue aux collectivités locales des dotations par personne, en fonction de l'augmentation prévue de certains services (accouchements

sans risque pour les femmes à faible revenu, suivi de l'état nutritionnel et de la croissance des nourrissons, traitement des enfants pauvres contre diverses maladies, etc.). Par exemple, au moins 40 % des bébés doivent naître dans des maternités gérées par le projet; chaque année, les travailleurs d'approche doivent effectuer en moyenne au moins neuf visites à domicile dans des familles pauvres ciblées; et tous les médecins participant au programme doivent suivre une formation spéciale. Les communes qui atteignent ces objectifs et quelques autres restent admises à recevoir de nouveaux transferts financiers. Pour les autres, l'appui de l'administration centrale diminue et des mesures correctives sont prises pour améliorer le ciblage et l'efficacité de leur action.

Versements des donateurs aux pouvoirs publics et à d'autres bénéficiaires. Plusieurs innovations conditionnent le financement des programmes de santé à l'efficacité sur le terrain. La Banque mondiale, par exemple, a lancé un programme de conversion des crédits en dons pour l'éradication de la poliomyélite. Les pays obtiennent des prêts assortis d'un faible taux d'intérêt pour acheter des vaccins et tenter d'éliminer les poches résiduelles de la maladie en Afrique et en Asie du Sud. S'il est estimé que les vaccins sont achetés, fournis et administrés dans des conditions et des délais satisfaisants, des ressources tirées d'un fonds fiduciaire alimenté par la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation des Nations Unies et le Rotary International permettent de racheter les intérêts et le principal du prêt, qui devient ainsi un don. À ce jour, le Nigéria et le Pakistan ont lancé des programmes d'éradication de la poliomyélite pour un montant voisin de 50 millions de dollars. Si les objectifs sont atteints, une vingtaine de millions de dollars du fonds fiduciaire Gates-Rotary seront utilisés pour transformer les prêts de la Banque en dons purs. Chaque dollar des fondations permettra ainsi de lever 2 à 2,50 dollars d'aide extérieure pour le programme contre la poliomyélite. Le potentiel considérable de cet effet de levier encourage fortement les donateurs à s'impliquer.

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) a été l'un des premiers organismes à fonder son assistance sur les résultats (encadré 2). Par le biais du Fonds mondial pour les vaccins, une organisation sœur qui lève et décaisse des fonds pour elle, la GAVI fournit aux pays de l'aide en nature, sous forme de vaccins nouveaux et sous-utilisés (hépatite B, Haemophilus influenzae type B et fièvre jaune, ensuite de nouveaux produits contre le rotavirus et le pneumocoque) et de trousseaux d'injection sans risque. La GAVI accorde aussi des dons aux pays qui accroissent leur taux de couverture vaccinale contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (vaccin DCT). Les demandes de dons adressées à la GAVI spécifient les taux de couverture déjà atteints. À partir de ces données, les résultats sont évalués chaque année, et les pays reçoivent 20 dollars pour chaque enfant supplémentaire qui a reçu un vaccin DCT. Cette année, la GAVI effectuera ses premiers versements en s'appuyant sur des données sanitaires vérifiées par un organisme externe. Huit pays recevront 15 millions de dollars pour avoir augmenté leur couverture vaccinale. Le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme envisage également de financer des programmes de lutte contre les maladies dans des dizaines de pays sur la base des résultats effectifs de ces programmes. Il est en train d'affiner son dispositif de suivi pour assurer l'efficacité de son action.

Apprendre à être efficace

Les dispositifs de financement axé sur les résultats qui ont été mis en place récemment dans le secteur de la santé ont donné des résultats encourageants. À condition d'être bien pensés, les contrats de performance peuvent inciter les prestataires (médecins, infirmières, sages-femmes, agents sanitaires en milieu rural) à développer leurs activités, à toucher les pauvres et à améliorer la qualité de leurs services.

Pour les contrats passés entre une administration centrale et des collectivités locales ou entre un organisme international d'aide au développement et des autorités nationales, il est possible aussi d'encourager l'amélioration des résultats des programmes. Le financement fondé sur les résultats permet de focaliser l'attention de toutes les parties prenantes sur les services offerts et leur effet sur la santé et l'alimentation des populations visées, plutôt que sur la comptabilisation des ressources (médicaments, médecins, ambulances, bâtiments hospitaliers, matériel, etc.).

Mais cette méthode de financement se heurte à plusieurs obstacles sérieux. Le premier est la difficulté de mesurer les résultats avec rapidité et précision. Dans de nombreux pays, les données sur des aspects essentiels comme la mortalité maternelle sont rares et même certains indicateurs intermédiaires (par exemple, le nombre de femmes qui bénéficient d'une prise en charge médicale adéquate à l'accouchement) sont parfois difficiles à suivre dans les régions et les pays les plus pauvres. Il reste beaucoup à faire pour améliorer la qualité et la couverture des systèmes nationaux de suivi sanitaire, mais les exemples albanais et tanzanien (Settles, 2002) montrent que c'est possible. Quand les résultats évalués sont ceux des pouvoirs publics et qu'ils conditionnent une récompense financière, il est peut-être irréaliste de croire qu'un système de suivi géré par ces mêmes pouvoirs publics sera parfaitement objectif. Il est donc parfois judicieux de confier le suivi à une institution indépendante, comme dans les cas d'Haïti, du Nigéria et du Pakistan.

Un autre problème connexe est que les ministères de la santé sont généralement incapables de concevoir, négocier et faire respecter des contrats de performance avec des ONG et des prestataires de soins privés. Traditionnellement, la plupart d'entre eux considèrent que leur rôle est de posséder et d'exploiter leurs propres établissements de soins. La gestion de milliers de contrats signés avec des prestataires privés et le paiement de services tels que des soins prénatals de qualité ou le traitement d'infections respiratoires aiguës chez les enfants constituent pour eux un défi de taille. Il est nécessaire de modifier radicalement la mission fondamentale et le mode de fonctionnement de ces ministères pour que des systèmes de financement fondé sur les résultats puissent être introduits à grande échelle.

Le dernier obstacle est que le financement fondé sur les résultats risque d'être perçu comme une contrainte brutale ou

injuste imposée par la source du financement aux prestataires des services de santé. Les relations entre les ministères de la santé et les ONG étant déjà tendues dans de nombreux pays en développement, les contrats de performance qui fonctionnent bien sont généralement ceux qui laissent une certaine latitude aux ONG et veillent à ce que les bons résultats soient rétribués sans retard par l'État. De même, le financement d'un État par des donateurs en fonction des résultats doit être structuré de manière à bénéficier aux deux parties et donc éviter une «conditionnalité» qui n'est pas acceptée par l'État en question.



Test du sida à Jaipur, Inde.

Perspectives

Il est probable que le financement fondé sur les résultats va non seulement perdurer, mais aussi se développer dans le secteur de la santé, et ce pour plusieurs raisons : le souci des autorités nationales et des donateurs d'améliorer la situation sanitaire; la volonté de mieux mesurer les résultats; les pressions en faveur d'une plus grande responsabilisation des prestataires de soins de santé vis-à-vis de leurs clients et des pouvoirs publics, mais aussi de ces derniers vis-à-vis des organismes donateurs; et la prise de conscience du fait que les ONG et le secteur privé peuvent, dans certaines circonstances, fournir

des soins de santé essentiels aux pauvres de manière plus efficiente que le secteur public. La communauté du développement doit absolument continuer à suivre de près ces expériences prometteuses de financement fondé sur les résultats, ainsi que diffuser et mettre en pratique aussi vite que possible les leçons des échecs et des succès, afin de tirer le meilleur parti de l'aide au développement dans la poursuite des objectifs de développement pour le Millénaire. ■

Robert Hecht est directeur sectoriel, et Amie Batson et Logan Brenzel sont spécialistes principaux de la santé au Département de la santé, de la nutrition et de la population, Banque mondiale.

Bibliographie :

Banque mondiale, 2003, Rapport sur le développement dans le monde (Washington).

—, 2001, Output-based Health Care: Paying for Performance in Haiti (Washington).

—, 1993, Rapport sur le développement dans le monde (Washington).

Granich, Ruben, 2003, "The Private Sector and the Revised National Tuberculosis Control Program" (Delhi: World Health Organization).

La Forgia, Gerard, Patricia Mintz, and Carmen Cerezo, "Contracting for Basic Health Services: A Case Study of the Guatemalan Experience" (Washington: World Bank), à paraître.

Michaud, Catherine, 2003, "Development Assistance for Health: Recent Trends and Resource Allocations" (Cambridge, Massachusetts: Harvard Center for Population and Development).

Settles, Philip, 2002, "Improving Monitoring and Evaluation in the Tanzania Essential Health Investment Program" (Dar es Salaam: Government of Tanzania).