

# DIALOGUE

La lettre d'information de DIAL

N° 52

Janvier 2019

## Focus :

### **Paiement à la performance des centres de santé : une solution pour améliorer la santé publique ?**

En 2016, l'espérance de vie en Afrique était de 61,2 ans alors qu'elle atteignait 77,5 ans en Europe (Organisation Mondiale de la Santé - OMS, 2016). Cet écart, notable, est majoritairement imputable à la mortalité infantile : sur le continent africain, environ un enfant sur treize meurt avant l'âge de cinq ans. La principale cause des décès infantiles est la prévalence de maladies, pourtant faciles à prévenir ou à traiter de manière peu onéreuse dans de nombreuses autres régions du monde. Rendre accessible à tous les services sanitaires et médicaux de base reste donc un des plus grands défis du développement.

Une manière de relever ce défi de la part des gouvernements d'Afrique subsaharienne est d'offrir des incitations financières aux personnels des services sanitaires et médicaux afin de les encourager à augmenter leur niveau d'effort et ainsi, améliorer l'offre de soins et son efficacité. Malgré certaines variantes dans les systèmes d'incitation, le principe général est de lier la rémunération des prestataires aux volumes et/ou à la qualité des services fournis. Ces modèles de financement sont plus communément appelés des « rémunérations fondées sur la performance », « financement basé sur les résultats », ou encore « rémunération à la performance » - ci-après P4P (Pay-for-performance). Au lieu de rémunérer les prestataires indépendamment de leur assiduité dans l'établissement ou du nombre de patients traités, ne serait-il pas logique de les payer, du moins en partie, en fonction de ce qu'ils font réellement ? La majorité des pays africains y consent et s'est engagée dans une des formes de P4P dans le secteur de la santé (comme l'indique la carte ci-après)

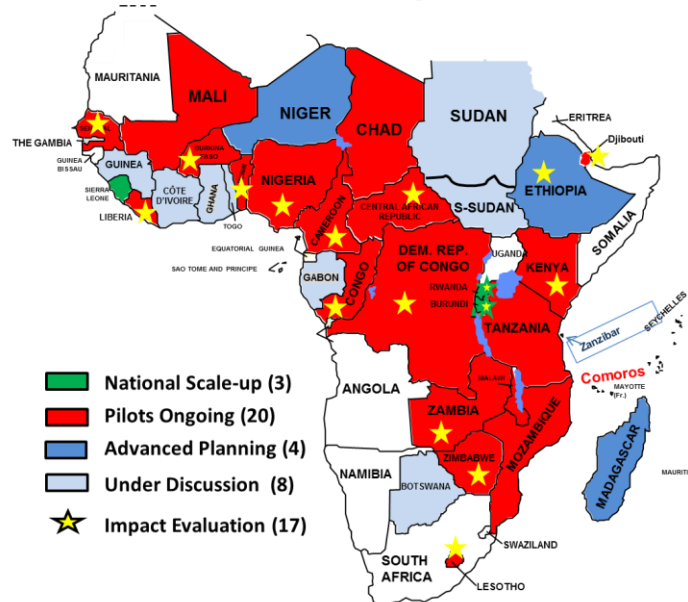
Toutefois, les preuves empiriques d'un réel impact de ces systèmes d'incitation sont limitées. Plusieurs études soutiennent que les programmes P4P améliorent la fourniture des services de santé (voir Eichler et Levine, 2009, pour un aperçu). Cependant, la présence de facteurs confondants ne permet pas d'aboutir à une réponse rigoureuse et fiable (Christianson et al. 2008 ; Eldridge et Palmer 2009). Trois études, plus rigoureuses, parviennent à identifier des bénéfices associés à ces compensations financières en matière d'efforts fournis par les travailleurs du secteur de la santé, mais observent également que ces efforts additionnels ne se traduisent pas par de meilleurs résultats en matière de santé (Banerjee et Duflo, 2008 ; Peabody et al. 2011 ; Olken et al. 2014). Néanmoins, il existe un exemple de réussite du système de financement fondé sur la performance bien identifiée : au Rwanda, ce système a ainsi permis de



DIALOGUE  
est une publication  
de DIAL

promouvoir l'utilisation de certains services ciblés, d'augmenter la productivité des travailleurs et d'améliorer certains résultats sanitaires (Basinga et al. 2011 ; De Walque et al. 2013 ; Gertler et Vermeesch 2013).

## Result-Based Financing in Africa in 2013



1

Pourquoi les effets observés sont-ils aussi différents ? Le P4P peut avoir des effets positifs tout comme négatifs. De meilleurs résultats en matière de santé se réalisent à deux conditions : (1) si le programme encourage les travailleurs à augmenter leurs efforts et à renforcer leur volonté d'entreprendre des actions souhaitables grâce à la perspective d'une récompense monétaire; et, (2) si ces efforts supplémentaires se traduisent par des performances plus élevées, comme une plus grande utilisation des services de soins de santé de la population et, si la qualité le permet, de meilleurs résultats sanitaires. Cependant, ces incitations financièrement peuvent également avoir des retombées négatives. En effet, si les agents de santé se concentrent sur la fourniture d'un ensemble de services ciblés, ces derniers pourraient réduire leurs efforts dans les services non ciblés, engendrant un effet de substitution non désiré. De même, le fait d'offrir des compensations financières pourrait décourager la motivation intrinsèque des agents de santé. Enfin, si les objectifs de rendements sont trop ambitieux et difficiles à atteindre, les prestataires de services pourraient facilement se décourager s'ils ne reçoivent pas de récompense malgré l'accroissement de leurs efforts. Des recherches rigoureuses sont donc nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes des modèles de rémunération à la performance et optimiser leurs impacts sur les résultats de santé.

### Le système de rémunération à la performance en République Démocratique du Congo (RDC)

En RDC, une proportion importante de la population n'utilise pas les services de santé tels que la vaccination, les services prénataux ou encore l'accouchement assisté et les soins curatifs. Le gouvernement, fortement préoccupé par les résultats sanitaires, s'efforce de pallier la non-utilisation de ces services. Afin de rendre la population plus coutumière des services sanitaires, le gouvernement a conçu un système de rémunération incitant les agents de santé à stimuler l'utilisation de ces services : au lieu d'octroyer un paiement fixe (dotation budgétaire) à chaque établissement de santé, le

gouvernement leur alloue une rémunération en fonction du niveau d'utilisation de leurs services de santé relativement aux autres établissements. Par conséquent, les paiements dépendent d'un critère de performance simple, à savoir le volume de patients dans cet établissement par rapport aux autres établissements, et cela pour un certain nombre de services prédéterminés. Ce système d'incitation, similaire à une rémunération à l'acte dans le cadre d'un budget limité, introduit une concurrence sur l'accès aux fonds publics entre les établissements dans l'espoir que celle-ci encourage les agents de santé à élaborer des stratégies appropriées pour accroître la demande induite par l'offre.

L'efficacité de ce système d'incitation par rapport à celui des dotations fixes a été analysée par Huillery et Seban (2018). Que ce soit le système incitatif ou fixe, le budget total (en termes de dotations) reste fixe. L'effet incitatif, proprement isolé, peut être évalué net de celui des ressources. Dans le quartier du Haut-Katanga, une expérimentation randomisée a été conduite entre juin 2010 et septembre 2012. Parmi les 96 aires de santé de ce district, une sélection aléatoire a été effectuée pour déterminer le type de rémunération (à l'acte ou fixe) affecté aux établissements sanitaires de la zone.

## Impacts

De cette expérimentation résulte un double constat. D'une part, le système d'incitation, par rapport aux paiements fixes, conduit à une utilisation globale des services de santé par la population locale légèrement inférieure. Les agents de santé soumis aux incitations n'ont donc pas atteint leurs objectifs tels que définis par le critère de performance : augmenter l'utilisation des services de santé. D'autre part, l'état de santé des nouveau-nés s'est légèrement détérioré. Les recettes des établissements incités étaient inférieures de 42 % (alors même qu'ils recevaient le même montant moyen du gouvernement), et les revenus des travailleurs inférieurs de 34 % à ceux des établissements soumis au paiement fixe. La baisse des revenus s'est accompagnée d'une baisse de la quantité et de la qualité de l'équipement et des infrastructures par rapport au groupe des centres de santé à paiement fixe.

Cependant, les performances relativement plus faibles dans les zones soumises à la rémunération à l'acte (par rapport aux aires avec une rémunération fixe) ne résultent pas d'un moindre effort des travailleurs. A contrario, la rémunération à l'acte a poussé les agents à intensifier leurs efforts pour attirer les patients: en effet, (1) les agents étaient plus présents dans les établissements ; (2) ils y ont organisé davantage de séances d'information et d'activités de sensibilisation; et (3) ils y proposaient des frais d'utilisation moins élevés pour les services ciblés (ce qui, combiné avec une utilisation moindre, explique l'impact négatif sur les revenus de ces établissements). De plus, leurs efforts pour attirer les patients se sont concentrés sur les services ciblés sans affecter les services non-ciblés, soulignant l'absence d'effet de substitution entre ces services. Un autre constat notable est que la récompense n'a pas induit de manipulation significative des résultats sanitaires, ni de resquillage manifeste chez les agents de santé. Le seul effet négatif est le changement observé dans la structure des motivations des travailleurs : par rapport au système fondé sur les rémunérations fixes, le système d'incitation a augmenté le poids des motivations externes extrinsèques (matérielles et intéressées) au détriment des motivations intrinsèques (non matérielles et altruistes).

En vertu de quels mécanismes les stratégies mises en œuvre par les agents de santé dans l'intention d'accroître l'utilisation des services ont-elles eu des effets contre-productifs ? Dans les aires soumis par le paiement à l'acte, une proportion plus élevée de personnes n'utilisent pas les services de santé car elles ne perçoivent pas les bénéfices apportés par ces derniers. Par ailleurs, très peu d'individus déclarent que ces services sont trop onéreux, écartant ainsi l'hypothèse d'une sous-utilisation à cause de leurs coûts associés. Ces résultats indiquent que la population perçoit moins de bénéfices à utiliser les services de santé dans les zones soumises au système de rémunération à l'acte que dans celles à rémunération fixe. La combinaison d'actions visant à inciter les personnes à se faire soigner et de la

réduction des frais d'utilisation a pu être comprise comme le signal d'une faible qualité des services de santé dans l'imaginaire collectif, dans un contexte de forte incertitude sur les bénéfices apportés par l'utilisation de ces services.

Pour que les incitations financières fonctionnent, il peut donc être nécessaire de fournir à la population une meilleure compréhension des bénéfices apportés par l'utilisation des services de santé ; une stratégie qui ne semble pas avoir été suffisamment reprise par les agents de santé avec incitations financières. Ces résultats font écho à la littérature théorique sur la valeur de signalisation des prix et de la publicité (voir Bagwell, 2007, pour une vue d'ensemble) : lorsque les consommateurs ne peuvent pas déterminer la valeur d'un produit, des prix plus élevés sont associés à une valeur perçue supérieure. En outre, la diminution de la quantité et de la qualité de l'équipement et de l'infrastructure résultant de la perte de revenus des établissements pourrait avoir créé (ou amplifié) le signal négatif sur la qualité du service. Enfin, le changement dans la nature de la motivation des travailleurs a pu être perceptible, contribuant également à renforcer l'impact négatif sur l'utilisation des services.

### **Répercussions sur les politiques de santé**

Comme exposé ci-dessus, les incitations financières peuvent conduire à des résultats décevants en matière de santé publique. En effet, cette étude indique qu'elles peuvent générer des efforts infructueux puisque les travailleurs incités ne sont pas forcément plus productifs. Il est également possible que les travailleurs n'aient pas reçu de formation adaptée afin de stimuler la demande de services de santé, accentuant ainsi l'inadéquation potentielle entre les approches incitatives et les compétences des travailleurs.

Les enseignements de cette étude en matière d'implications politiques sont importants. Un des messages clefs réside dans la nécessité d'être prudent lors de la mise en place de telles incitations ; notamment, lorsque la performance est difficilement observable, que la tâche récompensée exige des stratégies complexes ou encore que la courbe de la demande de soins de santé est mal appréciée par les professionnels du secteur. Les incitations financières semblent être plus appropriées lorsque la tâche récompensée est facilement réalisable et en accord avec les compétences de ces travailleurs.

**Elise Huillery**

### **Bibliographie**

Banerjee A., E. Duflo and R. Glennester, 2008. "Putting a Band-Aid on a Corpse: Incentives for Nurses in the Indian Public Health Care System", *The Journal of European Economic Association*, 6(2-3), 487-500.

Basinga P., P. Gertler, A. Binagwaho, A.s Soucat, J. Sturdy, C. Vermeersch, 2011. "Effect on Maternal and Child Health Services in Rwanda of Payment to Primary Health-Care Providers for Performance: an Impact Evaluation", *The Lancet*, 377(9775): 1421 - 1428.

Christianson, J.B., S. Leatherman and K. Sutherland. 2008. "Lessons from Evaluations of Purchaser Pay-for-Performance Programs: A Review of the Evidence", *Medical Care Research and Review*, 65(6supp): 5S-35S.

De Walque, D., Gertler P., Baitista-Arredondo S., Kwan A., Vermeesch C., de Dieu Bizimina J., Binagwaho A., Condo J. 2013. "Using Provider Performance Rewards to Increase HIV testing and

Counseling Services in Rwanda”, World Bank Policy Research Working Paper n° 6364, Impact Evaluation Series 84, Washington DC: The World Bank.

Eichler, R. and R. Levine. 2009. “Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls.” Washington DC: Center for Global Development.

Eldridge C. and N. Palmer, 2009. “Performance-based payment:some reflections on the discourse evidence and unanswered questions”, *Health Policy and Planning*, 24:160–166.

Gertler P. and C. Vermeesch, 2013. “Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes”, unpublished manuscript.

Huillery, E. and J. Seban (2018), “Financial Incentives, Efforts, and Performances in the Health Sector: Experimental Evidence from the Democratic Republic of Congo”, forthcoming in *Economic Development and Cultural Change*

Peabody JW, Shimkhada R, Quimbo S, Florentino J, Bacate MF, McCulloch C, Solon O., 2011. “Financial Incentives and Measurement Improved Physicians’ Quality of Care in the Philippines.” , *Health Affairs*, 10 (4) 773-81.

Olken Ben, Junko Onishi and Susan Wong, 2014. “Should Aid Reward Performance? Evidence From a Field Experiment on Health and Education in Indonesia”, *American Economic Journal: Applied Economics*, 6(4): 1-34.