Paiement à la performance dans le secteur de la santé : résultats en République Démocratique du Congo

Researchers:

Elise Huillery

Juliette Seban

Sector(s): Santé, Économie Politique Gouvernance

Location: Haut-Katanga, République Démocratique du Congo

Sample: 152 établissements de santé dans 96 sous-districts

Target group: Health care providers

Outcome of interest: Transparency and accountability Service provider performance

Intervention type: Monetary incentives

AEA RCT registration number: AEARCTR-0000386

Notes: Lorsque cette évaluation a commencé, Juliette Seban était une salariée de J-PAL.

Partner organization(s): Government of the Democratic Republic of the Congo, Health Authorities of Haut-Katanga, World Bank

De nombreux pays développés et en développement mettent en œuvre des mécanismes de financement basé sur la performance afin d'améliorer l'efficacité du service public. Cependant, il existe encore trop peu de preuves de l'impact que peuvent avoir de tels dispositifs. Les chercheurs ont donc évalué un mécanisme de rémunération à la performance mis en place dans des établissements de santé en République Démocratique du Congo, dans le cadre duquel les salaires dépendaient du nombre de patients pris en charge. Ils ont constaté que, si le personnel des établissements où le dispositif de rémunération aux résultats avait été mis en place faisait davantage d'efforts pour attirer des patients, cette augmentation ne se traduisait pas pour autant par des niveaux plus élevés d'utilisation des services ni par une amélioration de l'état sanitaire de la population. Dans ces établissements, les professionnels de santé étaient par ailleurs moins motivés et moins satisfaits de leur emploi que leurs homologues travaillant dans des établissements où les financements étaient fixes.

Policy issue

Dans l'espoir d'améliorer l'efficacité du service public, de nombreux pays développés et en développement ont recours à des modèles de financement basé sur la performance, dans le cadre desquels la rémunération dépend du volume ou de la qualité des services fournis. Ainsi, les salaires basés sur les performances pourraient contribuer à améliorer la qualité des services publics de santé en récompensant et en renforçant la volonté des professionnels de santé d'effectuer les tâches qu'ils doivent accomplir. D'un autre côté, ce type de modèle peut aussi avoir des effets négatifs, notamment s'il encourage les agents de santé à délaisser les services non ciblés pour concentrer leurs efforts sur les prestations ciblées. De même, si les objectifs en matière de résultats sont difficiles à atteindre, les prestataires de service peuvent se sentir stressés ou découragés lorsqu'ils fournissent des efforts supplémentaires qui ne sont pas rétribués. Il est donc nécessaire de mener des études rigoureuses pour mieux comprendre si les modèles de financement à la performance peuvent permettre d'améliorer la qualité des services publics de

santé.

Context of the evaluation

Avec ses 66 millions d'habitants, la République Démocratique du Congo (RDC) est le quatrième pays le plus peuplé d'Afrique. C'est aussi l'un des pays les plus pauvres du monde. En 2012, son revenu par habitant s'élevait à 220$. En outre, le pays est loin d'avoir atteint ses objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé.

Dans la province du Haut-Katanga, où l'évaluation s'est déroulée, l'état sanitaire de la population et la qualité des services de santé sont médiocres. Dans le cadre d'une enquête, 25% de la population locale a déclaré avoir été malade au cours du mois précédent, la plupart ayant souffert du paludisme et de la diarrhée. Seuls 13% des enfants de moins de cinq ans ont une carte de vaccination. Sur l'ensemble des consultations prénatales, seul un tiers inclut des examens de base comme le dépistage de l'anémie, du paludisme et des maladies sexuellement transmissibles. Les établissements de santé locaux ont des infrastructures d'eau et d'électricité inadaptées et n'ont pas les moyens de rémunérer un quart de leur personnel. Par conséquent, les professionnels de santé sont souvent obligés d'avoir un autre emploi pour compléter leurs revenus, ce qui les empêche de passer le temps nécessaire avec leurs patients.



Un professionnel de santé avec un patient. Photo : Thomas Chupein | J-PAL/IPA

Details of the intervention

Les chercheurs ont collaboré avec l'administration et les autorités sanitaires de la province du Haut-Katanga en RDC pour mesurer l'impact de différents dispositifs de financement basés sur les performances des professionnels de santé. Ils ont

sélectionné aléatoirement 96 sous-districts (soit 152 établissements de santé et une population de près de 1,3 millions de personnes) pour mettre en œuvre l'un ou l'autre de deux mécanismes de financement : un dispositif de rémunération fixe et un dispositif de rémunération à la performance.

Dans les sous-districts sélectionnés pour mettre en œuvre le système de rémunération fixe, les établissements de santé ont reçu des financements proportionnels à leur nombre d'employés, au niveau d'étude de ces derniers et à leur expérience professionnelle. Dans le reste des sous-districts, les établissements de santé fonctionnaient selon un dispositif de rémunération à la performance dans le cadre duquel les financements versés aux établissements dépendaient du volume de prestations de service fournies dans sept domaines ciblés au niveau des soins primaires, ainsi que dans trois domaines supplémentaires au niveau des soins secondaires. Pour les soins primaires, les sept prestations concernées étaient les premières consultations médicales en ambulatoire, les consultations prénatales, les accouchements, les consultations chez un spécialiste en obstétrique, la vaccination complète des enfants, les vaccinations antitétaniques et les consultations de planification familiale. Pour les soins secondaires, les trois prestations ciblées étaient les césariennes, les transfusions sanguines et les patients orientés vers les services d'obstétrique des hôpitaux.

Pour mesurer le volume mensuel de prestations fournies, les chercheurs ont utilisé des rapports soumis par les établissements publics de santé, dont ils ont vérifié les chiffres en les comparant avec ceux des registres des établissements et avec des entretiens menés auprès d'un sous-groupe de patients. Les établissements ayant soumis des rapports frauduleux se sont vu infliger une réduction de financement proportionnelle aux divergences constatées dans le nombre de patients déclarés. Les chercheurs ont également effectué des visites surprises pour contrôler l'assiduité des agents de santé.

Results and policy lessons

Les professionnels de santé des établissements rémunérés à la performance ont fourni davantage d'efforts pour assurer les sept prestations ciblées. En outre, cette intensification de leur activité ne s'est pas faite aux dépens des efforts fournis pour assurer les prestations non concernées. En revanche, le système de rémunération aux résultats n'est pas parvenu à faire augmenter l'utilisation des services concernés et n'a eu aucun impact sur la qualité des services de santé. Par ailleurs, les professionnels de santé des établissements rémunérés aux résultats étaient moins satisfaits de leur emploi et accordaient davantage d'importance aux compensations matérielles par rapport à leurs homologues du groupe de rémunération fixe.

Accessibilité et qualité des services de santé : Dans le groupe rémunéré à la performance, les établissements de santé semblent avoir répondu aux incitations financières en mettant en œuvre différentes stratégies destinées à attirer des patients tant que les incitations étaient en place, notamment une baisse du prix des prestations ciblées et une augmentation du temps de présence du personnel. Ainsi, dans ces établissements, l'assiduité du personnel était plus élevée de 7 points de pourcentage par rapport à un niveau de 58% dans le groupe de rémunération fixe. Les employés qui recevaient des incitations ont également organisé davantage de sessions préventives et effectué plus de visites communautaires que leurs homologues non incités pour les services ciblés. En revanche, le fait d'être affecté au dispositif de rémunération aux résultats n'a eu aucun impact sur la qualité technique des services de santé, la compréhension qu'avaient les patients de ces services, ni sur le niveau de satisfaction des patients.

Utilisation des services de santé : Le taux d'utilisation des services de santé, défini comme le nombre de consultations effectuées dans un établissement de santé au cours des douze derniers mois, a baissé de 5 points de pourcentage dans les cliniques rémunérées aux résultats par rapport à un niveau de 50% dans les cliniques témoins. Cette diminution de l'utilisation globale est due à une baisse du nombre de visites concernant les prestations généralistes et prénatales, le prix de ces deux types de prestations ayant été réduit dans le cadre du programme. Malgré la baisse du prix des consultations prénatales, l'utilisation de ce service était en moyenne inférieure de 10 points de pourcentage dans les cliniques rémunérées aux résultats, par rapport à un niveau de base de 79% dans les cliniques témoins. Les chercheurs supposent que le coût réduit des soins prénataux a été interprété comme un signe de moindre importance, poussant ainsi les femmes à accorder moins de valeur à ces consultations.

Le financement basé sur les résultats n'a eu aucun impact sur le taux d'utilisation d'une série d'autres services, parmi lesquels les vaccinations, les accouchements assistés, les soins postnataux et la planification familiale.

Revenus des établissements de santé : Les revenus des établissements financés à la performance étaient inférieurs de 45% aux revenus moyens des établissements témoins, qui s'élevaient à 738 938 CDF. Cette baisse des revenus a eu un impact négatif considérable sur les ressources de ces établissements, sur les salaires des professionnels de santé ainsi que sur les infrastructures et les équipements des établissements.

Bien-être et motivation du personnel : Les membres du personnel des établissements rémunérés à la performance étaient moins satisfaits de leur emploi que ceux des établissements à rémunération fixe. Ainsi, ils évaluaient leur satisfaction professionnelle à 4,9 sur une échelle de 10, contre une note moyenne de 5,7 dans les établissements témoins. Une fois que les incitations n'étaient plus en place, l'assiduité du personnel dans les établissements rémunérés aux résultats est par ailleurs devenue plus mauvaise que dans les établissements à rémunération fixe : si elle s'est maintenue autour de 57% dans ces derniers, elle a chuté dans les établissements rémunérés à la performance pour atteindre 45% une fois les incitations supprimées. Dans ces établissements, les professionnels de santé étaient par ailleurs 34% plus susceptibles d'accorder davantage d'importance aux compensations matérielles de leur travail (plutôt qu'à la reconnaissance sociale ou aux bienfaits sur la santé) par rapport au personnel des établissements témoins, dont seuls 38% mettaient l'accent sur les compensations matérielles.

Les résultats de cette étude suggèrent que si des incitations financières temporaires peuvent motiver les professionnels de santé à fournir davantage d'efforts, elles peuvent également avoir pour effet de déplacer leur motivation du non-financier vers le financier et donner lieu à une baisse du moral et des efforts fournis une fois que les incitations ne sont plus en place. Il est donc préférable de mettre en œuvre les dispositifs de rémunération à la performance dans le cadre d'une politique permanente plutôt que temporaire. Les chercheurs supposent également que le financement aux résultats est susceptible de mieux fonctionner dans les situations où les professionnels de santé sont capables de fournir des services de grande qualité dans les domaines concernés par les incitations. Enfin, les chercheurs suggèrent que dans les contextes où les bénéficiaires ne sont pas informés des bienfaits liés à l'utilisation des services de santé, toute baisse des prix doit être accompagnée d'une campagne d'information sur la valeur des produits de santé.

Huillery, Elise, and Juliette Seban. "Financial Incentives are Counterproductive in Non-Profit Sectors: Evidence from a Health Experiment." Working Paper, June 2015.