

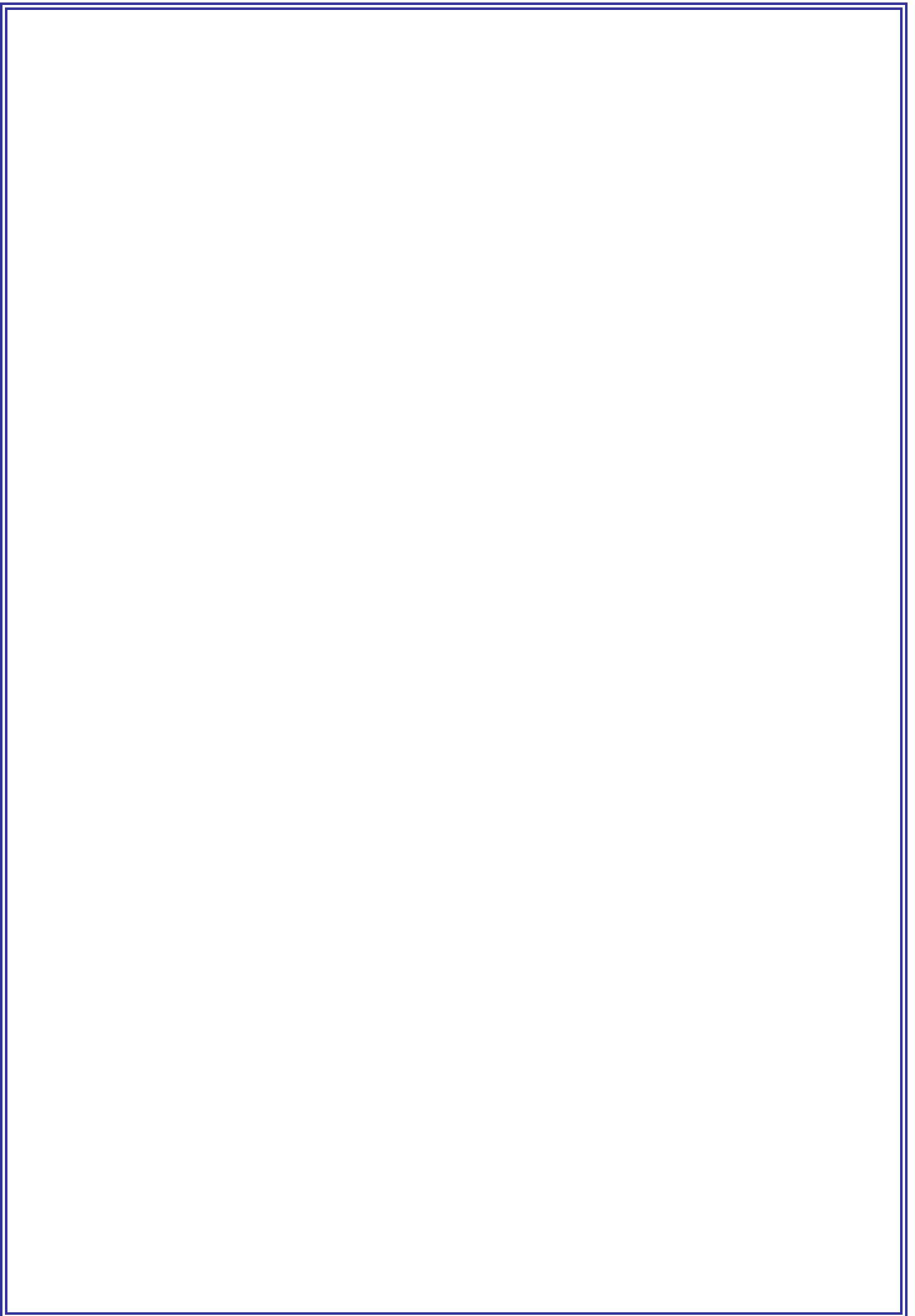
Résumés techniques pour décideurs

**Numéro 1
2007**

**L'ÉVOLUTION DES MÉCANISMES D'ALLOCATION
DES FINANCEMENTS AUX PRESTATAIRES DE
SERVICES DE SANTÉ: LES CONTRATS DE
PERFORMANCE**



*Financement des systèmes de santé
Politiques de financement de la santé*



Résumés techniques pour décideurs

Numéro 1
2007

L'EVOLUTION DES MECANISMES D'ALLOCATION DES FINANCEMENTS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTE: LES CONTRATS DE PERFORMANCE

Un prestataire de services de santé (hôpital, centre de santé) se définit d'abord par son mandat. Pour le secteur public, il est défini par l'administration sanitaire. Le secteur privé le définit lui-même ou le négocie avec l'administration sanitaire dans le cadre d'une mission de service public. Pour exécuter ce mandat, ce prestataire met en place des services et des activités pour lesquels il a besoin de moyens.

Ces moyens peuvent lui être apportés, pour tout ou partie, par les paiements des usagers ou par leurs représentants que sont les assurances santé. Mais certains pays, par choix politique, n'ont pas de paiement direct par les usagers et, pour ceux qui ont ce type de paiement, il a certaines activités, de prévention et de promotion notamment, qui ne peuvent faire l'objet d'un paiement par l'utilisateur. Les moyens qui seront alloués aux prestataires de services de santé proviennent alors d'instances détentrices de financements publics: administration sanitaire, agence parastatale, voire partenaires au développement pour les pays en développement.

Dans l'approche traditionnelle, cette allocation de moyens prend la forme d'une dotation budgétaire qui est généralement déterminée par l'administration centrale (santé et finances) selon des critères qui se répètent d'une année sur l'autre. Le prestataire attend que ces moyens lui soient notifiés et il les utilisera dans le respect de la comptabilité publique largement basée sur la nature de la dépense.

- La première évolution par rapport à ce schéma a été l'introduction de la planification qui a pris en compte les notions d'objectifs à atteindre et d'activités à réaliser ainsi que le développement d'une vision à moyen terme. Préparé entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, le plan marque une entente entre les différents acteurs. Mais la traduction opérationnelle au travers du budget n'a pas toujours suivi, notamment en raison du principe de l'annualité budgétaire et du respect des règles de la comptabilité publique. Pendant les années 90 notamment, la dichotomie a été forte entre une recherche de cohérence avec le recours à la planification d'une part et le maintien d'un outil budgétaire annuel privilégiant une approche par les moyens d'autre part.
- La deuxième évolution, beaucoup plus récente, est celle de l'introduction de la notion de "*gestion axée sur les résultats*". Ainsi en est-il en France, avec la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 (LOLF), en Nouvelle-Zélande avec le Public Finance Act, en Suède avec le Accrual Accounting and Budgeting System, au Royaume-Uni avec le Modernising Government et les Public Service Agreements, etc. Pour l'administration des finances et son outil qu'est la comptabilité publique, il s'agit d'une véritable révolution. La gestion axée sur les résultats est une stratégie de gestion qui

oriente les efforts des acteurs vers l'atteinte de résultats précis, à effets directs et dont il faudra rendre compte, plutôt que vers la réalisation d'activités déterminées. Cette approche signifie que les acteurs se sont entendus sur les finalités de l'action, sur l'identification des résultats à atteindre et sur la mesure des résultats atteints au travers d'indicateurs pertinents. Dans cette approche, les gestionnaires sont responsables des résultats de leurs actions: ils disposent en contrepartie d'une plus grande liberté dans leurs décisions (fongibilité des crédits). Le degré de performance dépend du degré d'atteinte des résultats.

Question 1: *qu'est-ce qui amène les acteurs à atteindre les résultats qui auront été conjointement adoptés?* Dans la logique du secteur public classique, c'est le commandement hiérarchique qui assure l'atteinte de cet objectif. Les ordres sont donnés en cascade et l'on est supposé atteindre le meilleur résultat possible (compte tenu des moyens mis à disposition). Le commandement dispose de la sanction pour assurer le respect des ordres. Mais, la réalité est de moins en moins celle là; aussi, le niveau supérieur recourt-il à la contractualisation pour s'assurer de la responsabilité et de l'engagement du niveau inférieur. Le contrat est alors l'outil qui permet de formaliser l'entente et la responsabilité des acteurs en définissant leurs engagements réciproques. La contractualisation permet par conséquent le passage d'une entente non contraignante, telle que l'est la planification classique, à une obligation qui s'impose aux acteurs. Il ne saurait donc y avoir gestion axée sur les résultats sans contractualisation matérialisant la responsabilité des acteurs.

Question 2: *l'existence d'un contrat est-elle en soi une condition suffisante pour que les acteurs soient pleinement responsabilisés?* Tout dépendra de la position des acteurs les uns par rapport aux autres et du degré réel d'opposabilité du contrat:

- Dans les cas où le contrat est réellement opposable, il n'y a en principe pas de problème. Par exemple, si un Ministère de la Santé signe un contrat de services avec une ONG, que les activités ne sont pas réalisées comme prévu, le Ministère de la Santé a les moyens de faire respecter le contrat. Mais il faut aussi considérer qu'une ONG n'est pas une entreprise commerciale et qu'elle représente un pouvoir auquel on peut souhaiter ne pas vouloir s'opposer;

- Dans certains cas, le contrat n'est opposable qu'en théorie. Prenons l'exemple, d'un hôpital public doté d'un statut d'établissement public lui conférant la personnalité juridique et qui a un contrat avec l'administration sanitaire portant sur l'allocation d'une subvention permettant le fonctionnement de l'hôpital. Juridiquement, ce contrat est opposable: pourtant, il sera difficile à l'administration d'intenter un procès si l'hôpital n'a pas atteint les résultats prévus. De même, politiquement, il sera difficile au ministre de la santé de soutenir une telle opposabilité. Dans la réalité, les sanctions ne sont pas réellement applicables. On est ici proche de la notion de "contrat relationnel"¹. Le recours au contrat n'aura pas augmenté la possibilité de sanctionner celui qui ne fait pas d'effort. La contrainte introduite du fait du contrat ne s'avère pas plus puissante que le recours au contrôle et à la sanction prévus dans le cadre d'une administration fondée sur le pouvoir hiérarchique;

- Il est également des contrats qui ne sont, par définition, pas opposables. Prenons le cas des contrats internes entre le niveau central d'un Ministère de la Santé et un niveau déconcentré. Il n'y a qu'une seule personnalité juridique et par conséquent aucune possibilité juridique d'opposabilité;

¹ Un contrat relationnel est basé sur la confiance que se font des acteurs pour agir dans l'intérêt commun et non plus, comme dans le contrat classique, sur son opposabilité.

Ainsi, lorsqu'un contrat n'est pas opposable (*de jure* ou *de facto*), le recours à la sanction n'est plus possible. L'existence du contrat risque d'être insuffisante pour garantir l'implication des acteurs. On peut alors recourir à d'autres instruments que la sanction:

- Le respect des engagements peut reposer sur la crédibilité des acteurs, la notoriété ou la réputation, la confiance, la bonne foi. Ces contrats sont "self-enforcing": chaque partie a intérêt à respecter le contrat s'il veut garder sa réputation et sa crédibilité. Pour qu'un contrat relationnel donne les résultats escomptés, il doit s'inscrire dans le cadre d'un régime de gestion continue des relations, de dialogue et de négociation. Ce sont ces éléments qui poussent les acteurs à respecter leurs engagements, à poursuivre leur coopération et à éviter les comportements opportunistes: la théorie des "signaux relationnels" est basée sur cette logique que les contractants doivent s'adresser en permanence des signaux mutuels, dans lesquels chacun cherche à assurer l'autre de ses intentions coopératives. Par exemple, si des contrats similaires sont signés par tous les hôpitaux du pays, il est vraisemblable qu'une certaine émulation se créera et qu'il sera mal venu pour l'un d'entre eux de ne pas respecter ses engagements; de même du côté de l'administration sanitaire, il en va de sa crédibilité de ne pas tenir ses engagements. Cette forme de contrat est particulièrement appréciable lorsque les résultats du contrat ne sont que très difficilement vérifiables;

- Une autre voie emprunte le recours aux incitations positives. Le contrat aura alors pour objet d'inciter à la performance et non plus de permettre la sanction. Techniquement, il s'agit d'accorder une prime, un bonus, une récompense, ou, en termes administratifs, une subvention exceptionnelle ou un intéressement, en fonction des résultats qui auront été atteints. Pour amener la personne ou son institution à faire plus et/ou mieux, c'est-à-dire à maximiser son effort, il faut qu'elle y trouve son intérêt, c'est-à-dire qu'il y ait une récompense à son effort. La force du contrat ne repose plus sur le recours à la **sanction** mais sur la possibilité d'affecter des **incitations** en fonction des résultats atteints. Dans la réalité, il y a plusieurs façons de procéder: ce bonus peut être inclus dans un contrat initial ou faire l'objet d'un contrat spécifique.

A ce jour, les contrats incitant à la performance reposent sur deux philosophies assez différentes:

- Dans un premier cas, on veut agir sur la production de certains services de santé. Par exemple, on prévoit qu'un centre de santé donné doit vacciner 1.000 enfants et que, pour cela, il recevra 2.000 dollars. 1.800 dollars seront versés au début du contrat afin de lui permettre de réaliser les activités. Les 200 dollars restant ne lui seront versés que s'il a atteint le résultat prévu et l'on peut aussi décider que 200 autres dollars lui seront attribués s'il a dépassé le résultat. L'incitation à la performance est ainsi inscrite dans le contrat initial. L'objet du contrat porte donc sur l'achat direct d'activités de santé;

- Dans un deuxième cas, il ne s'agit pas d'agir directement sur la production des services de santé ou sur les résultats, mais d'inciter les prestataires à changer leurs comportements et leurs pratiques. On agit sur des facteurs contextuels dont on pense qu'ils auront une incidence sur les résultats. Ainsi on pourra retenir comme indicateurs, le nombre de jours de rupture de stock en médicaments, le taux de satisfaction des usagers, le taux de conformité de la gestion des déchets hospitaliers, etc. On observera généralement d'un côté des mécanismes, y compris contractuels, pour l'allocation des moyens de fonctionnement courant et de l'autre côté un contrat spécifique portant sur les changements de comportement des prestataires que l'on pense être importants pour améliorer la prestation des services fournis par la formation sanitaire.

Le choix des indicateurs permettant de mesurer la performance et leur agrégation s'avèreront cruciaux. Pour les prestataires, ces indicateurs sont des signaux marquant les domaines où il est important de faire des efforts; toutefois, il ne faut pas que ces indicateurs amènent les prestataires à s'écarter du mandat qui a été défini pour la formation sanitaire.

Le recours aux contrats incitant à la performance est un outil précieux qui peut conduire à améliorer la performance des systèmes de santé. Toutefois, son usage exige une bonne maîtrise technique et un consensus de la part des acteurs concernés afin d'éviter les comportements déviants.

Organisation mondiale de la Santé, 2007 ©

Préparé par J. Perrot. Sous la responsabilité de G. Carrin et D. Evans, tous du département Financement des systèmes de santé (HSF) - les points de vue dans ce "*Résumés techniques pour décideurs*" sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Organisation mondiale de la Santé.