

Compte-rendu de la mission « exploratoire » au Rwanda
Kigali, 13-24 septembre 2005

Elisabeth Paul, Aspirante F.N.R.S., Université de Liège (E.Paul@ulg.ac.be)
Denis Porignon, Université libre de Bruxelles (denis.porignon@ulb.ac.be)

1. Introduction

Le groupe de recherche sur les instruments de coopération en appui aux politiques sectorielles (GRAP-SWAP) est financé pendant quatre ans (2004-2008) par la Coopération belge pour mener des recherches et l'éclairer dans ses choix concernant l'approche sectorielle (en particulier dans le domaine de la santé) et l'appui budgétaire. Il réunit trois équipes : les Écoles de Santé publique de l'UCL et de l'ULB, ainsi que le service d'Économie politique et Finances publiques de l'ULg.

Le Rwanda fait partie, avec le Bénin et le Mali, des pays-cibles du GRAP-SWAP. Contrairement aux autres pays qui sont davantage l'objet d'observations, différentes opportunités font du Rwanda un terrain propice à une recherche-action. En effet, l'approche sectorielle n'y est encore que naissante, la Belgique est leader du Cluster Santé et souhaite développer « empiriquement » des outils innovants ; en outre, certains membres du GRAP-SWAP ont noué des relations de confiance avec les partenaires rwandais, notamment au Ministère de la Santé (MINISANTE) et à l'École de Santé publique (ESP).

L'approche sectorielle Santé au Rwanda fera l'objet d'une recherche sur plusieurs années par le GRAP-SWAP. Cette première mission a été menée par Elisabeth Paul du 13 au 24 septembre 2005, accompagnant une mission du Dr Denis Porignon¹, coordinateur du groupe et possédant une longue expérience dans le pays. Elle visait trois objectifs :

- établir un premier contact avec les acteurs et partenaires de la santé au Rwanda en leur présentant les travaux du GRAP-SWAP ;
- identifier des questions de recherche-action à investiguer par la suite ;
- « briefer » l'équipe de recherche locale (ESP, représentée par son Directeur, le Dr Laurent Musango) sur les actions à réaliser et les données à collecter.

¹ En mission pour la CTB du 13 au 20 septembre pour le suivi scientifique de projets de coopération bilatérale.

Mentionnons dès l'abord que nous envisageons l'approche sectorielle comme un *processus dynamique, une méthode de travail* entre un gouvernement et des partenaires agissant dans un secteur donné. Plusieurs critères la caractérisent, parmi lesquels :

- les bailleurs de fonds importants soutiennent une politique et une stratégie communes, étendues à l'ensemble du secteur ;
- un cadrage des dépenses à moyen terme (CDMT) soutient cette politique ;
- le gouvernement dirige le processus, dans un contexte de partenariat durable ;
- des processus et approches communs sont en place pour mettre en œuvre et gérer la stratégie sectorielle et le programme de travail ;
- il existe un engagement à évoluer vers une plus grande utilisation des systèmes de gestion et de rapportage de l'État, pour le décaissement et le suivi de l'ensemble des fonds.

Le reste de ce compte-rendu est structuré comme suit. Nous commençons par présenter quelques éléments saillants du contexte au Rwanda. Ensuite, nous discutons les questions de recherche qui ont été identifiées. Enfin, suite au feedback reçu de la part des participants à notre présentation de débriefing à l'Ambassade (vendredi 23 septembre), nous proposons un plan d'action pour la recherche. En annexe est présentée la liste des personnes rencontrées.

2. Quelques éléments contextuels

2.1 L'organisation de la coopération au Rwanda

- La coordination de l'aide est formellement assurée à travers différents forums, en particulier le *Development Partners Coordination Group* (DPCG), co-présidé par le MINECOFIN et le PNUD. Le DPCG remplit un rôle d'avocat (par exemple, pour faire passer les idées d'harmonisation) mais les questions opérationnelles sont traitées dans ses deux groupes techniques², ainsi qu'à travers des Clusters sectoriels. L'Unité de Coordination de l'Aide (ACU, logée au PNUD et financée par cinq bailleurs bilatéraux), le Département des Finances extérieures (au MINECOFIN) et le CEPEX (anciennement au Plan, qui suit les projets) centralisent les informations sur l'aide extérieure. Un groupe de travail est en train de préparer un *Aid Policy Document* qui devrait bientôt définir les principes de base à respecter pour gérer l'aide (dans tous les secteurs). Les engagements en matière d'harmonisation et d'alignement de l'aide pris à Paris en mars 2005 vont être suivis (une *baseline survey* est en cours). Un système électronique de gestion de l'aide (*Development Assistance Database – DAD*) sera également bientôt mis en place avec l'appui de l'ACU.

² Sur l'harmonisation de l'appui budgétaire et sur l'harmonisation et l'alignement des projets et programmes.

- Globalement, le gouvernement rwandais donne l'impression d'assurer le leadership de la coordination de l'aide. L'ownership des politiques est assez fort du côté des cadres senior du gouvernement, mais faible au niveau du fonctionnaire de base et de la société civile.
- Le passage à l'approche sectorielle a été initié par le précédent Ministre des Finances. Cependant, ce passage ne semble pas encore réellement acquis pour certains partenaires.
- Suite à la conférence des bailleurs de fonds de 2002, on a créé des « clusters » sectoriels, qui marchent plus ou moins bien. Malgré cela, beaucoup d'actions extérieures restent encore ponctuelles, sans guère de cohérence.

2.2 Aspects budgétaires et de finances publiques

- Plusieurs ministères dont la Santé ont un CDMT qui inclut certaines ressources extérieures, et leur budget est organisé sous forme de budget programme.
- On commence à introduire la redevabilité par rapport aux résultats dans certains ministères sociaux.
- Le système de gestion des finances publiques est relativement satisfaisant, mais il reste toutefois de gros problèmes, surtout au niveau du suivi et du contrôle des fonds (audit, etc.). En bref, les ministères sectoriels ont un auditeur interne qui doit donner son autorisation avant l'engagement des fonds ; cependant, il n'y a pas de comptabilité automatique des flux ; l'auditeur général est censé revoir tous les ministères chaque année (mais en pratique, ce n'est qu'environ tous les trois ans) ; l'audit *ex post* porte surtout sur le respect des procédures.
- Le MINECOFIN encadre beaucoup les ministères sectoriels, notamment en matière de programmation (d'autant plus avec l'appui budgétaire). Cependant, les outils utilisés (ex : logiciel *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (MBB) de la Banque Mondiale pour préparer le CDMT du MINISANTE) sont souvent non appropriés, car loin des préoccupations des acteurs de terrain.
- Le Rwanda est contraint par une faible capacité d'absorption des ressources, tant au niveau macroéconomique (problèmes liés à la quantité de monnaie et à l'inflation) qu'au niveau micro (capacités institutionnelles et physiques).

2.3 Les modalités de financement extérieur

- Six bailleurs font de l'appui budgétaire global (ABG) au Rwanda : Banque Mondiale, FMI, UE, DfID, BAD et Suède. La décision de passer directement à l'ABG (sans passer par un AB sectoriel d'abord) fut une décision politique. Les résultats sont relativement satisfaisants, dans la mesure où l'on n'a pas constaté d'exemples majeurs de corruption ou de *misappropriation* ; cependant, cette appréciation n'est guère fondée sur des preuves tangibles, vu la faible qualité des systèmes de suivi des fonds. Ces six bailleurs souscrivent au même cadre partenarial, mais les procédures de déboursement, les conditionnalités et les indicateurs ne sont pas harmonisés. L'ABG permet de réduire certains coûts de transaction importants (alignement des procédures budgétaires sur celles de

l'Etat, missions d'évaluation conjointes, etc.). Il permet aussi aux bailleurs de se rendre compte de questions et contraintes globales (réforme de la fonction publique, impact macroéconomique de l'aide, etc.).

- On est en train de mettre sur pied des *basket funds*, notamment dans l'Education (sous l'impulsion de DfID qui est prêt à faire un « pas en arrière » – par rapport à l'ABG – pour attirer d'autres partenaires à faire de l'AB sectoriel) et dans la Santé (en appui au programme ressources humaines).

2.4 L'approche sectorielle Santé

- Il existe une Politique nationale en matière de Santé (mai 2003) et un Health Sector Strategic Plan (HSSP) (2005-2009), basé sur une approche « cadre logique » et qui comporte sept grands objectifs et programmes.³ Ces documents définissent la politique et les stratégies nationales en matière de santé, mais ne semblent pas toujours considérés à leur juste valeur par tous les acteurs : en effet, certains définissent encore leurs propres priorités sans tenir compte des interventions des autres, en particulier sans tenir compte des orientations prises par le Ministère de la Santé.
- Le CDMT préparé avec le logiciel MBB inclut les ressources externes et prévoit les allocations suivantes : 55,3 milliards FRW en 2005 (la partie des ressources internes correspond au budget annuel du MINISANTE), 82,2 milliards FRW en 2006, 106 milliards FRW en 2007.
- On commence à décentraliser les fonds Santé au niveau périphérique, ce qui apparaît nécessaire pour améliorer les performances du système. Néanmoins, il reste encore des blocages au niveau central (perte de pouvoir discrétionnaire).
- La Belgique est leader du cluster Santé, qui se réunit tous les deux mois mais qui n'a pas l'air de constituer un véritable forum de débats (plutôt une instance de validation). Le travail est davantage réalisé à travers 6 groupes techniques, portant sur : (i) les ressources humaines, (ii) l'approche contractuelle, (iii) les mutuelles de santé, (iv) le planning familial, (v) la cartographie sanitaire, (vi) le contrôle des maladies. Ces groupes de travail permettent de coordonner les activités (par exemple, de négocier pour rejeter des projets qui ne cadreraient pas avec les stratégies nationales).
- Le MINISANTE est en train d'élaborer une base de données (*mapping*) sur l'ensemble des projets extérieurs (totalisant environ 70 partenaires avec les ONG), leur insertion dans les programmes du HSSP et leur répartition géographique (processus en cours depuis 1998, mais jamais achevé jusqu'ici). Ceci devrait permettre à terme d'identifier les gaps et de mieux orienter les projets extérieurs vis-à-vis de ce que font les autres acteurs.

³ Ressources humaines ; médicaments et consommables ; accès géographique ; accès financier ; amélioration de la qualité des services pour le contrôle des maladies ; renforcement des hôpitaux et centres de recherche ; renforcement institutionnel du secteur.

- Plusieurs raisons sont avancées pour justifier le choix de faire un *basket fund* pour les ressources humaines (et pas pour l'entièreté du programme Santé par exemple) : les ressources humaines sont la priorité numéro un de la politique sectorielle ; il est impossible de s'attaquer à une question de cette envergure à travers l'approche projet⁴ ; il est relativement aisé d'obtenir des ressources du budget de l'Etat pour les autres rubriques, mais moins pour les salaires, conditionnés à la Fonction publique. Différentes questions restent posées (off-budget ? alimentation par le budget national ?) et une étude d'identification vient d'être lancée. Le *basket fund* étant un objectif prioritaire de plusieurs acteurs, sa mise sur pied risque cependant d'être quelque peu précipitée (peu de réflexion sur sa valeur ajoutée par rapport à d'autres alternatives possibles).
- Le personnel médical a, depuis peu, un statut particulier, et on recrute régulièrement du personnel qualifié. On a introduit dans quelques districts une approche contractuelle (primes à la performance pour les centres de santé et hôpitaux). Cette approche est envisagée sous des angles divers dans différentes provinces du pays. Certaines initiatives mettent l'accent sur la supervision rapprochée du personnel, ou d'autres aspects non monétaires qui peuvent en soi avoir des effets bénéfiques additionnels. De manière générale, l'approche contractuelle semble donner de bons résultats jusqu'à présent (levier pour la performance) mais comporte de nombreux risques (complexité du montage fiduciaire, biais et possibilités de falsification (*cheating*), appréciation subjective, démotivation à long terme, coût excessif, etc.). Le succès durable d'un système d'incitation à la performance nécessite en effet une série de conditions, comme des institutions fortes (en particulier concernant le rôle de régulation, les indicateurs utilisés et les sanctions). Une étude est envisagée par la Banque Mondiale pour augmenter l'efficacité et l'efficience du processus.
- La lutte contre le VIH/SIDA charrie des fonds très importants, principalement gérés à travers des programmes verticaux et financés principalement par le MAP⁵, le Global Fund et le PEPFAR. Le MINISANTE s'occupe de la définition de la politique et des aspects techniques et médicaux, donne les directives d'ordre général qui sont mises en pratique par différentes institutions étatiques (TRACK pour le VIH/SIDA + Laboratoire National, PNLN, PNLT, etc.). La Commission Nationale de Lutte contre le Sida (CNLS) est attachée à la Présidence et s'occupe des aspects intersectoriels et plaidoyer de la lutte contre le VIH/SIDA. Cependant, pour ce qui concerne la gestion des fonds, le MINISANTE est le principal bénéficiaire (beaucoup sont dédiés aux ARV) – ce qui cause des tensions entre les deux institutions. La mise en application du système de financement diffère d'un bailleur à l'autre

⁴ Sauf peut-être si l'on décide de créer et de financer une agence parastatale – mais est-ce souhaitable ?

⁵ Multisectorial Aids Project de la Banque Mondiale.

- Global Fund et MAP : financement direct aux institutions du MINISANTE (TRACK, hôpitaux, districts et centre de santé, ...) (les fonds du Global Fund arrivent au niveau périphérique et sont exécutés à près de 100%) ;
- PEPFAR et autres : financement via des sous-contractants (IMPACT, ...) qui travaillent avec les entités sanitaires).

En bref : *Rapid Appraisal* de la situation

- D'importants efforts fournis pour améliorer la coordination des bailleurs de fonds et l'efficacité de l'aide au Rwanda. Le *Aid Policy Document* devrait bientôt en constituer le pilier, et avoir des répercussions sur l'approche sectorielle Santé.
- L'approche sectorielle Santé n'est que naissante au Rwanda. Le gouvernement et certains partenaires tentent de faire avancer les choses (ex : création du *basket fund*), mais le consensus sur les principes de cette approche est encore loin d'être acquis pour d'autres. Ceci laisse entrevoir des risques pour la suite du processus, qu'il est important de souligner.⁶ Ainsi par exemple, les recherches menées par le GRAP-SWAP montrent notamment l'importance :
 - de commencer par une analyse des protagonistes : en effet, une meilleure compréhension des intérêts de chacun, des incitants et des contraintes en place, à travers plus de transparence et de partage d'information, permet à toutes les parties d'augmenter les bénéfices de la coopération ;
 - d'avoir un consensus suffisant autour des objectifs et principes de base, à commencer par le soutien à la politique nationale, *avant* de faire avancer le processus (par exemple quant au financement) ;
 - de ne pas précipiter les choses et au contraire, de se donner le temps de consolider les bases de l'approche sectorielle ;
 - de s'accorder sur les différents concepts et de garder en tête que l'approche sectorielle, tout comme ses modes de financement dont par exemple l'appui budgétaire, sont des *moyens* et pas des fins en soi ;
 - de capitaliser les expériences et de les analyser avec du recul (d'où l'intérêt d'un partenaire « extérieur » comme le GRAP-SWAP) ;
 - de développer de nouvelles compétences (techniques, budgétaires, en matière de suivi / évaluation) pour s'adapter aux évolutions de la coopération et en tirer des bénéfices mutuels.
- Si tout le monde est d'accord sur la nécessité d'attirer, de retenir et de motiver le personnel de santé, un problème majeur que nous entrevoyons se rapporte aux

⁶ Ainsi par exemple, la mission du GRAP-SWAP au Mali a constaté que lors de la mise sur pied de l'approche sectorielle Santé dans ce pays, un bailleur a précipité les choses en voulant « imposer » le recours à un système de financement propre à une date prédéterminée, alors que les instruments de gestion n'étaient pas encore en place. Ceci a causé d'énormes problèmes dont on sent encore les effets aujourd'hui, et a failli faire capoter l'approche sectorielle (voire le secteur !), alors même que la grande majorité des partenaires la soutenaient pleinement sur le principe.

moyens de répondre à cette question. L'approche contractuelle est certes un moyen à prendre en considération, mais elle comporte des risques et des effets pervers. Il serait dangereux de précipiter les choses et de la généraliser sans avoir pesé le pour et le contre, et sans l'avoir comparée à ses alternatives possibles (voir Question 4 ci-dessous).

- Enfin, il n'est pas impertinent de commencer par renforcer les systèmes et institutions à travers une approche sectorielle solide (processus) avant de se lancer dans l'appui budgétaire (sectoriel ou global).

3. Questions de recherche identifiées et proposées aux protagonistes

Q1. L'état des lieux de l'approche sectorielle Santé au Rwanda

- *Objectif* : Donner un aperçu de l'état d'avancement (au regard de six éléments clés) et des résultats obtenus par l'approche sectorielle à un moment donné. Analyse en comparaison temporelle ainsi qu'avec d'autres pays.
- *Méthodologie* : Le GRAP-SWAP a déjà développé et utilisé un questionnaire fermé à cette fin.
- *Exécution* : L'équipe de l'ESP va soumettre ce questionnaire à 20-25 personnes, représentant tant les bailleurs de fonds que le MINISANTE et le MINECOFIN (voire d'autres protagonistes : ONG, médecins-chefs, etc.).
- *Responsabilité GRAP-SWAP* : ULB (Denis Porignon).

Q2. La dynamique d'approche sectorielle

- *Objectif* : Mettre en évidence les étapes clés de la mise sur pied et du développement d'une approche sectorielle, de même que les mécanismes de gestion de conflits, afin d'éviter certains écueils.
- *Méthodologie* : Le GRAP-SWAP a déjà développé et utilisé un questionnaire ouvert sur ces aspects. On peut non seulement utiliser cet outil au Rwanda, mais encore faire partager l'expérience d'autres pays aux acteurs présents au Rwanda.
- *Exécution* : L'équipe de l'ESP va soumettre ce questionnaire à une dizaine de personnes, représentant tant les bailleurs de fonds que le MINISANTE et le MINECOFIN. On peut également penser à organiser un séminaire de restitution des expériences observées ailleurs, lors d'une mission ultérieure au Rwanda.
- *Responsabilité GRAP-SWAP* : ULB (Denis Porignon et Bruno Dujardin), avec l'appui de l'ULg (Elisabeth Paul) pour la restitution.

Q3. L'approche sectorielle pour le renforcement du système de santé

- *Objectif* : Faire de l'approche sectorielle un *outil de renforcement des systèmes de santé*, cohérent sur le long terme. En effet, l'expérience montre que : (i) les projets comme mode d'organisation de la coopération manquent de cohérence et n'arrivent guère à renforcer durablement les capacités institutionnelles ; (ii) les décisions (tant du côté des bailleurs que du gouvernement) sont souvent prises « au coup par coup », d'après les urgences ou les opportunités qui se présentent, et pas dans une vision à long terme. Par contre, une approche sectorielle devrait permettre une vision systémique des problèmes et des solutions à y apporter.
- *Méthodologie* : Cette recherche serait de deux ordres. 1) D'une part, vu la situation au Rwanda, on pourrait commencer par développer, sur base des expériences observées dans d'autres pays, un cadre analytique permettant de définir les étapes logiques de l'approche sectorielle (par exemple, commencer par la mise en place d'un centre d'information / point focal d'analyse, de même que par un MoU effectif où les bailleurs s'engagent à respecter les priorités de la Politique nationale), afin de ne pas « mettre la charrue avant les bœufs ». 2) D'autre part, on

pourrait mener une recherche théorique, à des fins normatives, qui se baserait sur un modèle simple prenant en compte des facteurs relevant tant de l'offre (y compris la décentralisation des financements, le financement des inputs et des outputs) que de la demande (y compris les mutuelles) de soins de santé. Ces deux composantes bénéficieraient également d'entretiens semi-directifs avec des informateurs privilégiés (gouvernement et partenaires) et/ou des focus groups.

- *Exécution* : ULB (Denis Porignon et Bruno Dujardin).
- *Responsabilité GRAP-SWAP* : ULB (Denis Porignon).

Q4. La motivation du personnel de santé : l'approche contractuelle et ses alternatives

- *Objectif* : Etudier les alternatives possibles de motivation du personnel de santé, et discuter de leurs forces, faiblesses et risques respectifs en fonction du contexte. En effet, un problème fondamental du secteur de la Santé en Afrique, à l'origine de ses faibles performances, est sans doute l'absence d'un système adéquat d'incitations et de sanctions. Au Rwanda, la motivation des ressources humaines est la priorité n°1 du MINISANTE et fera bientôt l'objet d'un appui sous-sectoriel spécifique (*basket fund*). L'approche contractuelle est déjà développée dans certains districts et on envisage de l'étendre progressivement à tout le pays. Cependant, nous tenons à avancer quelques éléments de réflexion à ce sujet.

La motivation du personnel de santé. L'approche contractuelle et ses alternatives

Différents systèmes incitatifs sont envisageables pour motiver le personnel de santé, qui comportent, à des degrés variables, les instruments suivants.

1) Tout d'abord, il existe différents incitants « extrinsèques » :

- les primes à la performance (instrument de base de l'approche contractuelle) ;
- la compensation déferée (possibilités de promotion, pensions) ;
- un système de sanctions adéquat, éventuellement couplé à un système d'*efficiency wages* (par exemple, la création d'une agence parastatale pour le personnel de santé, qui serait désolidarisé de la fonction publique, permettrait de payer à ce personnel des salaires supérieurs à la moyenne, mais en contre-partie celui-ci pourrait être licencié en cas de mauvaise performance).

2) En outre, il ne faut pas oublier les motivations « intrinsèque » et morale des travailleurs. Ces dernières relèvent à la fois de la motivation pour la nature du travail lui-même, ou pour ses résultats (c'est-à-dire la motivation pour le service public).

Différents instruments peuvent augmenter ces motivations :

- l'augmentation des normes de travail (Akerlof) ;
- l'amélioration des conditions de travail ;
- les possibilités d'évolution dans la profession (plan de carrière, ...) ;
- l'utilisation d'indicateurs de performance non pas pour y lier des primes mais comme outil d'analyse, dans un contexte d'encadrement-formation ; etc.

Il est important de considérer toutes ces alternatives avant de s'engager dans un système – d'autant plus qu'une fois pris cet engagement, il serait difficile de revenir en arrière. Différents arguments sont à prendre en considération pour optimiser le système d'incitants :

- les effets pervers liés à l'utilisation d'indicateurs imparfaits, surtout en cas de « *multi-tasking* » comme c'est le cas en Santé (diversion des efforts, etc.) (Holmström & Milgrom) ;
- la sous-optimisation (poursuite d'objectifs locaux aux dépens d'objectifs plus larges) et la myopie (objectifs de court terme) (Goddart et al.) ;
- les possibilités de « *gaming* » du système d'évaluation ;
- le coût et la fiabilité du système de monitoring, qu'on utilise des indicateurs objectifs ou subjectifs (manipulation, risques de favoritisme, etc.) ;
- l'impact des expériences d'approche contractuelle (en isolant celui des primes à la performance des autres facteurs liés à cette approche, comme par exemple l'augmentation générale des salaires, de l'encadrement du personnel et de la décentralisation en périphérie des financements) ;
- le rapport coût-efficacité « immédiat » de ce système ;
- la pérennisation de ce système, tant en ce qui concerne ses bénéficiaires (on constate souvent, après une hausse de performance initiale, un « essoufflement » de l'efficacité des primes à la performance) que ses coûts (comment pérenniser le système? d'autant plus que des primes importantes sont nécessaires pour motiver les travailleurs (Gneezy & Rustichini) et qu'une baisse ultérieure des primes aurait sans doute un effet démotivant supérieur à l'effet positif initial (e.g. sentiment d'injustice conduisant au sabotage) (Bénabou et Tirole 2003)) ;
- le recours à des primes collectives soulève le risque de « passer clandestin » (guère important dans de petits groupes car *peer pressure*), tandis que celui à des primes individuelles nuit à la coopération entre les membres de l'équipe ;
- le risque de « *crowding-out* » de la motivation intrinsèque par l'utilisation d'incitants extrinsèques, surtout quand la supervision est perçue comme « contrôlante » (et pas « informative ») (Frey) ;
- le risque d'« ossification » (paralysie du système) (Goddart et al.) ;
- d'une manière générale, il est utile d'utiliser plusieurs instruments d'incitation pour contre-balancer les lacunes des uns par les autres (Gibbons) et de tenir compte des normes de travail existantes, différentes d'un contexte culturel à l'autre (Baron).

En bref, cela vaudrait la peine de bien peser les pour et le contre des différents systèmes envisageable (pertinence, risques, coût-efficacité et durabilité) en fonction du contexte avant de se lancer dans une approche en particulier.

Quelques références :

- Akerlof, G., 1982, "Labor Contracts as Partial Gift Exchanges", *Quart. Journ. Eco.* 97(4): 543-569.

- Baron, J., 1988, "The Employment Relation as a Social Relation", *Journal of the Japanese and International Economies* 2(4), 492-525.
- Bénabou, R., and J. Tirole, 2003, "Intrinsic and Extrinsic Motivation", *Review of Economic Studies* 70(3): 489-520.
- Francois, P., 2000, "'Public Service Motivation' as an Argument for Government Provision", *Journal of Public Economics* 78: 275-299.
- Frey, B., 1997, "On the Relationship between Intrinsic and Extrinsic Work Motivation", *International Journal of Industrial Organization* 15(4): 427-439.
- Gibbons, R., 1998, "Incentives in Organizations", *Journal of Economic Perspectives* 12(4): 115-32.
- Gneezy, U. and A. Rustichini, 2000, "Pay Enough or Don't Pay at All", *Quarterly Journal of Economics* 115(3): 791-810.
- Goddard, M., R. Mannion, and P. Smith, 2000, "Enhancing Performance in Health Care: A Theoretical Perspective on Agency and the Role of Information", *Health Economics* 9: 95-107.
- Holmström, B., and P. Milgrom, 1991, "Multi-Task Principal-Agent Analyzes: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design", *Journal of Law, Economics and Organization* 7, 24-52.
- Prendergast, C., 1999, "The provision of incentives in firms", *Journal of Economic Literature* 37: 7-63.
- Rowe, A.K. et al., 2005, "How can we achieve and maintain high quality performance of health workers in low-resource settings", *The Lancet* 366: 1026-1035.
- Smith, P. et al., 2001, "Performance Management in Health Care: Information, Incentives and Culture", *Centre for Health Economics*, University of York.

- *Méthodologie* : Cette recherche serait elle aussi théorique dans un premier temps, et combinerait une synthèse des résultats à la fois de la littérature économique et psychosociologique sur la motivation au travail, de la littérature médicale en Afrique et dans les pays développés, et des expériences de motivation du personnel de santé menées depuis une vingtaine d'année en Afrique. Dans un second temps, on envisage l'exploitation des données récoltées par le projet « approche contractuelle » de la coopération belge au Rwanda.
- *Exécution* : ULg (Elisabeth Paul) pour la partie théorique et ULB (Denis Porignon) pour les aspects pratiques. Eventuellement, réalisation de mémoires (Santé publique et Gestion du Développement) sur le traitement des données.
- *Responsabilité GRAP-SWAP* : ULB (Denis Porignon).

Q5. Les coûts de transaction liés à la gestion de l'aide dans le secteur de la Santé

- *Objectif* : Analyser (quantifier et réaliser des projections sur) les coûts de transaction liés à la coopération dans le secteur de la Santé. En effet, la réduction des coûts de transaction est souvent présentée comme un des principaux résultats attendus des nouvelles modalités d'aide comme l'approche sectorielle et l'appui budgétaire à la réduction de la pauvreté. Cependant, très peu d'études ont tenté de définir et de mesurer ces coûts. Le GRAP-SWAP se penche sur cette question, et les premiers résultats montrent que lors de l'introduction d'une approche sectorielle, les coûts de transaction commencent par augmenter significativement – néanmoins, leur nature change, certains coûts diminuent rapidement et ces coûts de transition sont accompagnés de bénéfices secondaires importants (amélioration des compétences, constitution d'une mémoire institutionnelle, meilleure compréhension des attentes et contraintes des autres acteurs, etc.).

- *Méthodologie* : Le GRAP-SWAP a développé une typologie qui distingue les coûts de transaction «stricto sensu» (la consommation de ressources liée à la gestion de l'aide, tant aux étapes *ex ante*, en cours de mise en œuvre et *ex post*) et les coûts d'agence (qui évaluent l'écart, par rapport à une utilisation optimale des ressources, dû au non alignement des intérêts des parties prenantes, en cas d'asymétrie d'information entre celles-ci). Une grille de récolte des données (assez lourde) est disponible, à utiliser avec discernement (notamment, il faut être attentif à valoriser les coûts de transaction en fonction de leur coût d'opportunité – cette distinction peut s'avérer importante en cas de rareté des ressources, particulièrement en ce qui concerne le temps des fonctionnaires de haut niveau).
- *Exécution* : Vu la difficulté de cette recherche, le GRAP-SWAP a besoin tant du plein soutien du gouvernement rwandais (toutefois, cet investissement peut être payant, vu qu'il mettra en évidence l'importance des coûts de transaction qu'il supporte) que de moyens de recherches supplémentaires (Fonds d'Etude belgo-rwandais ?). Dans un premier temps, on peut envisager des mémoires conjoints entre étudiants belges et rwandais, sous la supervision du GRAP-SWAP.
- *Responsabilité GRAP-SWAP* : ULg (Elisabeth Paul).

Q6. L'intégration des programmes Sida pour le renforcement des systèmes de santé

- *Objectif* : Identifier des principes et des systèmes pour utiliser les sommes dédiées au sida à des fins de renforcement des systèmes de santé. En effet, (i) la lutte contre le VIH/SIDA charrie des fonds colossaux ; (ii) les programmes Sida sont souvent gérés de manière verticale, s'intégrant plus ou moins dans les systèmes de santé existants – certains sont même reconnus pour déstabiliser ces systèmes (ex : effet siphon sur le personnel de santé attiré par des salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail, politiques orientées par une idéologie propre ou des considérations commerciales, etc.). La recherche pourrait, dans un premier temps, identifier les « mauvaises pratiques » qui minent l'efficacité des systèmes de santé (ex : *topping up*) ; dans un second temps, faire des recommandations pour qu'au contraire, ces fonds soient intégrés dans les stratégies nationales en matière de santé et renforcent notamment les soins de santé primaires.
- *Méthodologie* : Réaliser un inventaire des intervenants et des actions entreprises pour lutter contre le VIH/SIDA ; évaluer leur degré d'inclusion dans les systèmes nationaux et les stratégies du MINISANTE ; en complément avec une revue de la littérature, identifier les pratiques déstabilisantes de ces programmes verticaux ; à partir de cette analyse et d'entretiens avec des personnes ressources, définir des mécanismes à mettre en place et des principes à respecter par les programmes Sida pour qu'ils contribuent au renforcement des systèmes de santé nationaux.
- *Exécution* : ??? Implication de l'AT belge « renforcement institutionnel » au MINISANTE ?
- *Responsabilité GRAP-SWAP* : ULB (Denis Porignon).

Q7. Le financement de la Santé – évolution des paradigmes

- *Objectif* : Retracer l'évolution des différents « paradigmes » qui ont gouverné le financement de la Santé en Afrique depuis quelques décennies, en tirer les leçons afin de proposer un système équitable et viable sur le long terme.
- *Méthodologie* : Etude documentaire et son analyse.
- *Exécution* : Commencer par des mémoires d'étudiants sur la question.
- *Responsabilité GRAP-SWAP* : ULB (Denis Porignon, Bruno Dujardin).

Autres questions envisagées mais rejetées :

- Le financement de l'approche sectorielle : une étude des moyens adéquats de financement de l'approche sectorielle avait été initialement identifiée comme tout à fait pertinente, mais sans doute pas par le GRAP-SWAP (une étude sur les modalités de *basket fund* vient d'être commanditée par la CTB).
- Le développement d'une base de données et son analyse, portant sur les montants des projets réalisés dans le domaine de la Santé et leur insertion dans le programme sectoriel. Ce travail est en train d'être réalisé par la Direction de la Planification du MINISANTE.
- Différentes questions de santé publique nous ont été soumises (sur la soutenabilité des programmes de vaccination, la communication en matière de santé, l'élaboration d'un plan d'approvisionnement, etc.), mais ont été rejetées car ne faisant pas partie du « *core business* » du GRAP-SWAP.

Autres questions envisageables : La décentralisation ? Calculer le pourcentage des ressources Sida qui arrivent où... (Public Expenditure Tracking Survey)? Analyser l'aide budgétaire selon la capacité d'absorption, la fongibilité, le poids des ressources humaines par rapport à d'autres catégories de dépenses, etc. ?

Avant de passer au plan d'action, il est important de souligner que les propositions de recherche ci-dessus intéressent grandement le GRAP-SWAP, mais sont soumises à

diverses contraintes :

- du côté rwandais : recueillir l'intérêt du gouvernement et, le cas échéant, bénéficier d'un soutien institutionnel suffisant (par exemple, si un département est impliqué dans la recherche) ;
- du côté belge :
 - o *contraintes financières* : le budget du GRAP-SWAP est limité (les membres du groupe ne touchent pas d'honoraires pour leurs recherches ; le budget disponible pour l'équipe locale ne peut excéder 4000 EUR par an) ;
 - o *contraintes de temps* : le GRAP-SWAP étudie l'approche sectorielle dans trois pays cibles, plus d'autres d'observation ; ses membres ont des obligations académiques et autres ; une seule visite par an est prévue sur le budget initial ;
 - o (toutefois, ces problèmes peuvent être partiellement résolus en recourant à de l'expertise externe si des fonds supplémentaires sont disponibles).

4. Plan d'action

Notons tout d'abord l'intérêt général reçu par les recherches proposées, en particulier par le SG du MINISANTE, qui souligne l'importance de recherches contribuant à la réflexion des acteurs, ainsi que d'évaluations d'impact. Deuxièmement, comme on nous l'a fait remarquer, toutes ces études devraient tendre au même objectif : améliorer la qualité des services de santé et la satisfaction des bénéficiaires.

Suite aux consultations menées auprès de différents partenaires de la Santé (entretiens et débriefing), voici le plan d'action qui est proposé.

- Q1 et Q2 : Ces recherches devraient mettre en évidence la dynamique de l'approche sectorielle Santé au Rwanda. Elles seront réalisées d'ici fin 2005, par l'ESP (sociologue ?). Un rapport de synthèse sera produit par l'ESP et le GRAP-SWAP. Les acteurs pourraient également bénéficier des expériences observées dans d'autres pays (on peut ainsi penser à une présentation des résultats observés par le GRAP lors de la prochaine mission à Kigali).
(Remarque : il est important également d'évaluer l'impact d'initiatives plus larges (PRSP, Déclaration de Paris, etc.) sur l'approche sectorielle).
- Q3 : Partie 1: sur demande. Partie 2: modèle à concevoir pour fin 2006, réflexions *ongoing* sur toute la durée de la recherche.
- Q4 : Cette question suscite un intérêt très marqué des acteurs, mais sera (en partie) couvert par les études commanditées par la Banque Mondiale et la CTB. Ce thème de recherche fait de toute façon partie des travaux courants d'Elisabeth Paul et de Denis Porignon (lequel assure le suivi scientifique du projet « Approche contractuelle » de la CTB). Des mémoires d'étudiants portant sur l'analyse des données seront réalisés sur l'année académique 2005-2006. Des contributions spécifiques (en sus des dites études commanditées) peuvent être réalisées sur demande.
- Q5 : Réalisée selon les opportunités (possibilités d'un mémoire d'étudiant ? moyens supplémentaires ?) et, vu la difficulté de la recherche, seulement si la recherche suscite le soutien marqué du MINISANTE.
- Q6 : Ce thème est reconnu par tous comme crucial – et devrait être traité le plus tôt possible – mais dépasse largement les ressources financières et en termes de temps du GRAP-SWAP. Des fonds supplémentaires sont sans doute mobilisables auprès de l'ONUSIDA, et un recours à une expertise extérieure est négociable.
(Remarque : pour réaliser cette recherche, on peut s'inspirer des expériences réalisées par d'autres programmes, comme ceux de vaccination, tuberculose, etc.).
- Q7 : Sur demande ; un mémoire d'étudiant peut être lancé sur le sujet.
- Prochaine mission du GRAP-SWAP au Rwanda en avril 2006 (2^e et 3^e semaines ?)

ANNEXE : Agenda de la mission

Mercredi 14 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Léonard Rugwabiza, Economiste, MINECOFIN - Dirk Brems, Attaché de Coopération, Ambassade de Belgique - Jean-Marie Tromme, AT CTB, MINISANTE - Agnès Soucat (Spécialiste Santé) et Mohamed Touré (Représentant résident), Banque Mondiale
Jeudi 15 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Emmanuel Kabanda, Directeur des Ressources humaines, MINISANTE - Alan Penny, Spécialiste Education, DfID - Lars Engstrom, Représentant résident, FMI
Vendredi 16 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement de la mission de supervision au centre de santé de Kabuye - Ben Karenzi, Secrétaire général du MINISANTE - Vincent Biruta, Ancien Ministre de la Santé et Président de l'Assemblée
Samedi 17 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Dîner de travail avec Paul Bossyns (conseiller Santé à la CTB – Bruxelles) et les AT du projet « approche contractuelle » de la CTB : Werner Vandenbulcke, Marie-Claire Minne, Willy Janssens, Koenraad Fierens
Lundi 19 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Dirk van Hove, Représentant résident, ONUSIDA - Disodado-Vicente Nsue Milang, Représentant Résident, OMS, et son équipe : André Rushanganwa, Astérie Karasira, Mamadou Malifa Baldé - Paul Lambers, AT CTB, MINECOFIN
Mardi 20 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Ida Hakizinka, Fonds Global - Simon Stevens, DfID
Mercredi 21 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Nicolas Theopold, ODI Fellow, MINISANTE - Vianney Nizeyimana, Directeur de la Planification et de la Recherche, MINISANTE
Jeudi 22 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Claude Sekarabaga, Directeur des soins de santé, MINISANTE - Kareem Oweiss et Gianluca Rampolla, Aid Coordination Unit (UNDP) - Michael Bayingana, External Finance Unit, MINECOFIN - Christophe Karuranga, Fonds Global
Vendredi 23 septembre	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier de débriefing de la mission à l'Ambassade de Belgique, en présence des principaux acteurs de l'approche sectorielle Santé