

LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS COMMUNAUTAIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ. Un document de réflexion sur la mise en œuvre récente des programmes et des politiques soutenus par la Banque Mondiale au Bénin, au Cameroun, en République du Congo, en République démocratique du Congo, en Gambie et au Rwanda

Jean-Benoît Falisse, Petra Vergeer, Maud Juquois, Alphonse Akpamoli, Jacob Paul Robyn, Walters Shu, Michel Zabiti, Rifat Hasan, Bakary Jallow, Musa Loum, Cédric Ndizeye, Jean-Claude Taptue Fotso, Michel Muvudi, Baudouin Makuma Booto et Joy Gebre Medhin

Résumé

Ce rapport discute du *Financement Basé sur les Résultats Communautaire* (FBRc), une approche « proche du client » selon laquelle les acteurs communautaires sont rémunérés en fonction des activités qu'ils entreprennent. L'accent est mis sur six expériences de FBRc en cours qui ont commencé au Cameroun, en Gambie, au Bénin, en République démocratique du Congo (RD Congo), au Rwanda et en République du Congo. L'objectif principal du rapport est de faire la lumière sur les succès et les difficultés rencontrés dans la mise en œuvre d'un tel programme.

Le rapport repose sur un processus participatif comprenant une brève revue de la littérature existante sur le FBRc, une revue des manuels de procédures et des rapports produits dans chaque cas des pays, des entretiens approfondies avec un point focal dans cinq pays et deux ateliers avec les praticiens.

Les mécanismes de FBRc fonctionnent-ils ? Il est trop tôt pour le dire : la plupart des mécanismes en sont encore à leurs balbutiements. Une évaluation d'impact du mécanisme Rwandais a trouvé des effets mitigés. Les systèmes du Cameroun, du Congo et de la Gambie intègrent des mécanismes d'évaluation d'impact rigoureux et les premiers résultats devraient être disponibles dans deux à cinq ans. A ce stade, le principal sujet de discussion porte sur la *mise en œuvre* du FBRc.

Qui est la communauté dans « la communauté du FBR ? » Le terme FBRc est utilisé pour classer une grande variété de mécanismes qui ont en commun la sous-traitance d'un acteur communautaire sur la base d'indicateurs de performance, par ex. la prestation d'un service. Cet acteur communautaire peut être un groupe d'*Agents de Santé Communautaire* (ASC - Congo, Bénin, Cameroun, et Rwanda), un *Comité de Formation Sanitaire* (en RD Congo), ou tout autre comité local (*Groupes de Soutien Volontaires* en Gambie).

Que représente le FBRc ? Selon les cas, le FBRc est typiquement envisagé comme (1) un moyen de prester des services au niveau le plus périphérique et décentralisé ; (2) un moyen de stimuler la demande à travers des incitations financières ou en nature, soit directement à la population (Rwanda, Gambie, Congo), soit aux ASC qui à leur tour sensibiliseront la population à l'utilisation des services ; ou (3) un outil pour réaliser des changements de comportement plus fondamentaux liés à la santé. Dans certains cas, le FBRc est également perçu comme un moyen d'améliorer la « voix » de la population au sein du FBR et cela, au niveau de la FS (Cameroun, RD Congo) ou un moyen de restructurer un système d'ASC dysfonctionnel, mais potentiellement prometteur (Bénin, Cameroun, Congo).

Quels sont les « résultats » attendus pour le FBRc ? La plupart des indicateurs sont liés à la sensibilisation et à la promotion de la santé ainsi qu'à l'utilisation des services (y compris l'orientation des patients). Les mécanismes ciblent généralement un nombre limité d'indicateurs pour accroître l'efficacité. Le choix des indicateurs constitue souvent une décision descendante impliquant le donateur et les autorités sanitaires : un plus grand engagement communautaire dans ce processus peut être souhaitable mais doit être approuvé par le Ministère de la Santé.

Architecture des mécanismes de FBRc. L'engagement de la communauté avant le FBRc dans les soins de santé varie beaucoup et les mises en œuvre réussies de FBRc ont été fondées sur ces caractéristiques et particularités. Les mécanismes de FBRc distinguent les différentes fonctions du système de santé (acheteur, prestataires de services, régulateur et contrôleur) ; cependant, les institutions ou les personnes exerçant ces fonctions varient d'un pays à l'autre, tout comme les systèmes de rémunération (presque toujours en espèces) et de contrôle. Chaque modalité vient avec son propre ensemble d'avantages et d'inconvénients. Le FBRc est généralement mis en œuvre en combinaison avec un programme de FBR au niveau de la Formation Sanitaire.

L'ampleur des mécanismes de FBRc, qui souvent contracte une pléthore d'agents, représente un défi. Les solutions à ce problème incluent la FS pour la sous-traitance et/ou la gestion des ASC et/ou des groupes contractants les ASC. Cela ne résout pas le problème du contrôle compliqué des services prestés au niveau communautaire et de la gestion et du suivi des données collectées par les acteurs communautaires. Les technologies de l'information et de la communication ne constituent pas une panacée pour améliorer la collecte et l'analyse des données : elles nécessitent un système solide, des outils simples et des acteurs formés, supervisés et suivis - trois conditions rarement réunies sur le terrain

La rémunération opportune est cruciale dans un contexte où les acteurs communautaires vivent souvent dans la pauvreté ; des formes de prépaiement ou des parts fixes dans la prime peuvent améliorer la fidélisation et la motivation.

Assurance qualité. La formation et le suivi des acteurs communautaires sont au cœur de la qualité, ce qui est facilement sapé par le faible engagement des agents de district et des infirmiers chefs. La certification et l'accent mis sur les niveaux inférieurs de formation en « cascade » peuvent améliorer la qualité et tester les connaissances des acteurs communautaires. Traditionnellement, les membres des ASC et du CFS sont élus par la population ; cependant, la plupart des modèles de FBRc choisissent leurs ASC et cela, en utilisant une série de critères et de procédures objectifs. Cela conduit à un meilleur contrôle de la qualité et du niveau de compétence des ASC, mais augmente également le risque de sélectionner des individus qui ont peu de légitimité dans leur communauté ou un faible intérêt pour la santé de leur communauté.

Intégration dans le système de santé. Les mécanismes de FBRc font partie des réformes plus larges de la politique de santé communautaire et peuvent représenter une porte d'entrée pour revitaliser le secteur souvent négligé de la santé communautaire. Le FBRc apparaît comme une opportunité de créer une plateforme commune pour les interventions reposant sur les ASC ainsi qu'un espace pour intégrer les acteurs traditionnels tels que les accoucheuses traditionnelles dans le système de santé (par ex. au Burundi, au Rwanda, en Gambie). Cependant, une question importante - et souvent non abordée - qui vient avec le FBRc est ce qui se passera avec le reste des acteurs communautaires (non incités). La façon dont ils vont réagir, à moyen et long terme, à l'introduction du FBRc n'est pas claire.

La quantité de travail attendue de l'ASC varie beaucoup d'un cas à l'autre et dans certains contextes (par exemple, les ASC qui participent au programme *Arc-en-Ciel* au Congo) il penche vers une activité à temps plein. Que les ASC soient considérés en tant que des prestataires de services de première ligne soulève également des questions de concurrence potentielle entre les ASC et les FS. Une certaine émulation entre des agents de même niveau peut améliorer la qualité des services, mais la concurrence entre différents niveaux met les utilisateurs en danger. Des conceptions innovantes peuvent réduire ce risque, tel que dans le cas du Congo et de la RD Congo, où les incitations à l'égard des FS et des ASC sont étroitement alignées.

Politique Nationale et Politiques. Enfin, ce rapport souligne que le FBRc n'est pas seulement une question technique. Il s'inscrit souvent dans le programme plus large adopté par les gouvernements, en particulier les Objectifs de Développement Durable et, peut être utilisé pour traiter des questions politiques. Cela peut permettre aux pays d'augmenter *de facto* le personnel de santé sans augmenter le nombre de fonctionnaires. Un autre ensemble de questions politiques est lié à l'économie politique plus locale que le FBRc peut potentiellement créer. Les politiciens du monde entier promettent des emplois, en particulier

en période électorale et, le risque que des ASC « payés » soient détournés par des politiciens sans scrupules n'est donc pas insignifiant.

Remerciements

L'idée de ce rapport est venue de Petra Vergeer qui a été également un conseiller critique pour la recherche et a fourni des rétroactions et un soutien très constructif et cela, avec ses collègues Dinesh Nair, Gyorgy Fritsche, Gil Shapira, Joy Gebre Medhin et Nono Ayivi-Guedehoussou. La recherche s'appuie sur des entrevues et des commentaires de TTL et des responsables de programmes issus de différents pays : Jake Robyn, Walters Shu, Michel Zabiti, Rifat Hasan and Cédric Ndizeye. À *Oxford Policy Management*, Martin Tudge et Sophie Witter ont fourni un soutien intellectuel et logistique fantastique pour la première phase du projet.

Liste d'abréviations

SAN	Soins Anténataux
ICAB	Initiative Communautaire Adaptée aux Bébés
OBC	Organisation à Base Communautaire
TMC	Transfert Monétaire Conditionnel
ASC	Agent de Santé Communautaire
Congo	République du Congo
FBPC	Financement Basé sur la Performance au niveau Communautaire
RD Congo	République Démocratique du Congo
FS	Formation Sanitaire (centre de soins de santé primaires dans la plupart des cas)
CFS	Comité de la Formation Sanitaire
EI	Évaluation d'Impact
PNRSME	Projet de Nutrition et de Résultats de Santé des Mères et des Enfants.
MS	Ministère de la Santé
MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
FBP	Financement Basé sur la Performance
PDSS-II	Deuxième Projet de Développement des Systèmes Sanitaires
SPN	Soins Postnatals
FBR	Financement Basé sur les Résultats
LEO	Leader de l'Équipe Opérationnelle
UCP	<i>Unité de Coordination du Projet</i>
CDV	Comité de Développement Volontaire
GSV	Groupe de Soutien Volontaire

Table des Matières

Résumé	1
Remerciements	4
Liste des abréviations.....	5
Table des Matières.....	6
Introduction	7
a. FBR communautaire : Clarifier les concepts.....	8
b. Situation actuelle et revue de la littérature.....	9
c. Méthodes	10
d. Résultats importants.....	10
a. Une typologie des programmes de FBRC	11
b. Justification de la mise en place des mécanismes de FBRC	12
c. Objectifs et indicateurs	14
d. Architecture	16
e. Contrats et Paiement	17
f. Vérification et Analyse de Données.....	19
g. Contrôle de la Qualité et Fidélisation	20
5. Le FBRC et les politiques nationales	21
a. Santé Communautaire	21
b. Économie politique du FBRC	22
6. Recommandations et domaines de recherche future	23
7. Remarques finales.....	24
Bibliographie.....	25
Appendices : Études de Cas.....	27
a. Cameroun	27
b. Bénin	31
c. La Gambie	34
d. RD Congo	37
e. Congo	39
f. Rwanda	41

Introduction

La participation communautaire est communément présentée en tant qu'un élément important dans l'amélioration de la santé des populations. S'appuyant sur la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1946 et sur les expériences précoces de santé communautaire dans les pays à faible revenu, la Conférence d'Alma-Ata de 1977 a souligné le rôle des communautés en tant que participants actifs dans l'amélioration de leur propre santé. La conférence influence encore aujourd'hui les systèmes de santé de l'organisation. Partout dans le monde, des réseaux de professionnels non médicaux tels que les ASC ou les CFS ont été créés afin de promouvoir la santé et l'utilisation des services de santé et, parfois même fournir ces services. Ces acteurs communautaires sont presque toujours des bénévoles et le financement de leurs activités provient généralement de projets d'aide ou de programmes verticaux. De nombreux observateurs des systèmes de santé des pays à faible revenu ont toutefois mis en doute l'efficacité et l'engagement des ASC et d'autres acteurs communautaires. Ils soulignent leur sous-financement chronique, leur faible niveau de compétence et leur manque de motivation, probablement en raison d'une dépendance excessive à l'égard du bénévolat.

Au cours des dernières années, l'émergence d'idées telles que la « proximité des systèmes clients » et la redevabilité communautaire ont renouvelé l'intérêt pour les acteurs communautaires et conduit à de nouvelles stratégies pour les organiser et les financer. Une telle stratégie, à travers laquelle les acteurs communautaires sont rémunérés en fonction des activités qu'ils entreprennent, représente le FBRc. L'approche s'attache à renforcer la demande en soins de santé à travers l'introduction des incitations pour les ASC et d'autres acteurs communautaires. Il est généralement mis en œuvre en combinaison avec un programme de Financement Basé sur les Résultats et de Financement Basé sur la Performance (FBR ou FBP). En effet, le FBRc est souvent présenté comme un complément nécessaire au FBR puisqu'il peut résoudre certains des goulots d'étranglement rencontrés dans le processus d'amélioration de l'accès aux soins à travers le FBR au niveau des FS ; cela inclut le manque d'informations sur les utilisateurs des FS ou les problèmes inhérents à l'atteinte des populations éloignées, d'où les difficultés à aborder le changement de comportement au niveau de la communauté et du ménage.

Le FBR est devenu une approche commune pour réformer et revitaliser les systèmes de santé en Afrique et dans les pays à revenu faible et intermédiaire en général. Alors qu'une littérature grandissante a analysé les succès et les insuffisances du FBR au niveau des FS, il n'existe pratiquement rien en ce qui concerne spécifiquement le FBR communautaire.

Le présent rapport se penche sur six expériences de FBRc en cours au Cameroun, en Gambie, au Bénin, en République démocratique du Congo, au Rwanda et au Congo. Il vise à faire la lumière sur les théories du changement derrière le FBRc et le succès ainsi que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des programmes ou des politiques de FBRc. **L'objectif est de documenter les expériences existantes et de mettre en évidence une série de points de discussion qui semblent être des éléments importants à prendre en compte pour les décideurs politiques, les responsables de la mise en œuvre du FBRc et les chercheurs. Il ne fournit pas de recette pour mettre en œuvre le FBRc et n'est pas une évaluation d'impact** : une évaluation d'impact existe déjà pour le Rwanda et des études d'impact sont en cours au Cameroun, au Congo et en Gambie. Elles devraient être disponibles dans trois à cinq ans.

Étant donné que les résultats de presque tous les mécanismes de FBRc sont toujours en attente, le présent rapport met l'accent sur les enseignements opérationnels. La comparaison de différents cas aidera les chercheurs et les décideurs intéressés par les mécanismes de FBR communautaire à identifier les principaux défis et à comprendre les principaux choix qui ont été faits en termes d'architecture de FBRc dans différents pays confrontés à différents ensembles de contraintes. La prudence est requise, car les effets des mécanismes sur la santé, les communautés et le système de santé restent presque totalement inconnus. Tel que l'ont souligné de nombreuses personnes interrogées dans le cadre de cette étude, les mécanismes de FBRc se situent souvent en phase pilote ou préliminaire.

Le rapport est structuré comme suit : la section suivante clarifie les concepts clés qui sont utilisés et ce que représente le FBRc. La deuxième section présente brièvement les méthodes. La troisième section passe en revue la mince littérature existante sur le FBRc. La quatrième section représente le cœur du rapport. Elle examine et met en contraste les principales caractéristiques des différents programmes de FBRc sur des thèmes majeurs : (a) la typologie des programmes de FBRc, (b) la justification de ce programme, (c) leurs indicateurs et objectifs, (d) leur architecture et, (e) comment ils s'intègrent dans les politiques nationales et les politiques. La cinquième section met en évidence des défis, des opportunités et des menaces supplémentaires. La sixième section fournit des recommandations et des domaines pour les recherches futures et la septième section conclut.

Le rapport place l'accent sur les principales conclusions des différentes études de cas. Les différents cas ne sont pas présentés dans le texte de base ; ils peuvent être trouvés dans l'appendice.

1. FBR communautaire : Clarifier les concepts

Chacun des six programmes inhérents au FBRc dispose de sa propre compréhension du FBRc. Cependant, leurs approches, telles qu'elles ressortent des documents officiels et des entrevues, reflètent largement une idée : les approches de FBR au niveau des FS mises en œuvre sur le terrain rencontrent des difficultés pour améliorer l'utilisation des services de soins de santé primaires au-delà d'un certain seuil et, il est supposé qu'un engagement plus approfondi avec les utilisateurs des services sanitaires améliorera davantage l'accès à ces services sanitaires¹. Cet engagement est promulgué dans le cadre d'un contrat entre un organisme d'achat et des acteurs communautaires, qui devraient être proches des utilisateurs potentiels des FS, tels que les agents de santé communautaires (ASC) ou les membres du Comité des Formations Sanitaires (CFS). Aucun des programmes ne définit le concept de « communauté ». Des contrats directs avec des individus existent également ; toutefois, ces cas relèvent généralement des mécanismes de Transferts Monétaires Conditionnels et ne feront pas l'objet du présent rapport.

Les principaux acteurs communautaires sont :

- **Les ASC** : une large catégorie d'acteurs à base communautaires. Ce sont généralement des membres de la communauté qui exécutent des tâches spécifiques, telles que la sensibilisation à la santé et les campagnes de vaccination. Différents systèmes d'ASC, hérités de différents programmes verticaux, coexistent souvent dans le même pays (par ex., RD Congo et Bénin) et, les ASC peuvent ou non être attachés à une FS spécifique ;
- **Les CFS** : organes représentatifs composés de membres élus du comité qui sont censés être co-gestionnaires d'une FS. Leurs responsabilités exactes peuvent varier d'un cas à l'autre, mais l'idée est qu'ils représentent la « voix » de la population au niveau de la FS ;
- **Les organes représentatifs au niveau communautaire** : contrairement aux CFS, ceux-ci n'ont pas été spécifiquement mis en place pour améliorer la santé. Ils comprennent des Comités de Développement Villageois et des Groupes de Soutien Villageois (tel que dans le cas de la Gambie présenté ci-dessous) ;
- **La société civile locale** (les organisations locales de la base et à base communautaires ou les OBC) et les Organisations Non Gouvernementales (ONG) : celles-ci représentent un troisième acteur au niveau communautaire. Traditionnellement, elles ne font pas partie du système de santé, bien qu'elles puissent avoir des activités liées à la santé. Dans les

¹ Bien entendu, cela ne signifie pas que davantage d'engagement avec la communauté constitue l'unique moyen d'améliorer l'utilisation des services dans un contexte de FBR (d'autres éléments tels que les ressources humaines, l'approvisionnement en médicaments ou l'organisation générale du système de santé devraient également jouer un rôle important).

- systèmes de FBR, elles exécutent généralement des tâches de soutien telles que le repérage des patients et les enquêtes de satisfaction de la communauté ; et
- **Les guérisseurs et accoucheurs traditionnels** : ils sont également présents dans la plupart des communautés et sont rarement intégrés dans le système de santé biomédical.

La plupart des acteurs susmentionnés existaient avant l'introduction du FBRc. (c) Les mécanismes de FBR ont cependant souvent conduit à leur réorganisation et, ont parfois introduit de nouveaux acteurs au niveau communautaire (par ex., nouveaux ASC et comités au Cameroun).

Le FBR constitue une approche de financement de la santé dans laquelle un agent (dans le cadre des circonstances relatives au FBRc, ce sera un acteur communautaire) est recruté sur la base d'indicateurs de performance généralement liés à la prestation et à l'utilisation des services de santé. La Banque Mondiale définit officiellement le FBR comme « un paiement en espèces ou un transfert non monétaire effectué à un gouvernement national ou infranational, gestionnaire, prestataire, payeur ou consommateur de services de santé et cela, après que les résultats prédéfinis ont été atteints et vérifiés. Le paiement est conditionnel à la mise en œuvre d'actions mesurables. » (Musgrove, 2010). Les avantages escomptés de l'approche du FBR comprennent de nouvelles incitations pour encourager les acteurs locaux à utiliser la stratégie qui correspond le mieux à leur contexte (car ils ne sont pas uniquement financés sur la base des rendements et sont libres de trouver le meilleur moyen de produire des résultats), une clarification des rôles et des fonctions de chaque acteur dans le système de santé et, de nouveaux outils pour les décideurs afin d'orienter le système de santé. Les inconvénients potentiels du FBR, qui sont autant valables pour le FBRc, incluent l'éviction de la motivation intrinsèque (monétisation de la motivation), l'accent mis sur les activités subventionnées qui peuvent se faire au détriment des activités non subventionnées et les systèmes de vérification lourds en ressources.

Il est important de noter que le FBRc n'est *pas* compris comme l'utilisation d'acteurs communautaires pour effectuer des contrôles et des enquêtes communautaires dans le cadre d'un programme de FBR. Le FBRc peut, néanmoins, inclure un pareil mécanisme de vérification.

2. Situation actuelle et revue de la littérature

Le FBRc a été piloté en tant que stratégie d'amélioration de l'accès aux soins de santé dans diverses parties du monde. Il cherche à combiner des éléments du « vieux » paradigme de la participation communautaire hérité de l'Initiative de Bamako datant de 1998 et la conférence d'Alma-Ata de 1977 avec des idées plus récentes de contracter et de financement basé sur les résultats. Il existe une pénurie de recherches et de rapports sur les initiatives de FBRc. Au moment de la rédaction de ce rapport, il n'existait pratiquement aucune littérature scientifique sur le FBRc et, aucune évaluation de l'impact du FBRc n'existe, à l'exception du cas du Rwanda. Une évaluation rigoureuse de l'impact des projets actuellement pilotés au Cameroun, en Gambie et au Congo, qui sont examinés dans le présent rapport, devrait fournir la première preuve solide de l'effet des mécanismes de FBRc sur l'utilisation et la prestation de services de soins de santé primaires. Ces résultats ne seront toutefois pas disponibles avant au moins quelques années.

Quelques articles ont examiné le cas du Rwanda, où un système de FBRc a été mis en place il y a plus d'une décennie. Les résultats de cette politique, où des groupes d'ASC ont été sous-traités pour fournir des services de santé de base et sensibiliser sur la santé, sont (au mieux) mitigés. Langston et al. (2014) ont trouvé des effets positifs « plausibles », mais l'évaluation d'impact de la Banque Mondiale rapportée dans la section suivante n'en trouve aucune. Qui plus est, tout résultat est difficile à démêler des effets généraux du FBR car les deux stratégies ont été appliquées en même temps. Des études sur les mécanismes de vérification pour le FBRc rwandais ont montré que les rapports de performance précis sont médiocres (Renaud et Semasaka, 2014). Une étude récente de Sarriot et al. (2015) souligne

que le FBRc est néanmoins essentiel à la Gestion Communautaire des Cas (*iCCM*) de paludisme, pneumonie et diarrhée.

Il existe également une littérature sur les effets des programmes de FBR des formations sanitaires sur les acteurs communautaires et les interactions entre le FBR et les CFS et la communauté. Falisse et al. (2012) et Newton-Lewis et al. (2015) soutiennent que le FBR pourrait, potentiellement, renforcer les CFS puisque les membres du comité disposent de nouvelles responsabilités et davantage de financement, mais les deux articles insistent également sur la nécessité d'évaluations d'impact plus rigoureuses dans le domaine. Bien que le présent rapport ne discute pas de l'utilisation des organisations à base communautaire en tant que contrôleurs dans le FBR des formations sanitaires, il convient de mentionner que des recherches récentes ont montré que cette (approche populaire) n'est pas nécessairement la plus efficace (voir Antony et al. 2017 sur le Bénin). Qui plus est, cela peut avoir des effets très perturbateurs sur le fonctionnement de ces organisations à base communautaire (voir Tremblay et al. 2017 sur le Burkina Faso).

Enfin, il existe une littérature bien développée sur les Transferts Monétaires Conditionnels (TMC), un mécanisme proche du FBRc qui ne sera pas discuté ici (voir par exemple Rawlings et Rubio, 2005 pour une revue de la littérature ancienne). Ce rapport se concentrera plutôt sur le FBRc et les contrats avec les acteurs communautaires, mais pas les individus en particulier. Une revue de la littérature adoptant l'angle des contrats individuels pourrait utilement s'appuyer sur le travail effectué par Fiszbein, Schady et Ferreira (2009).

3. Méthodes

Le rapport se fonde sur une brève revue de la littérature existante sur le FBRc et, plus important encore, sur un examen des manuels de procédures et des rapports produits dans chacun des pays examinés. En outre, des entrevues approfondies ont été menées avec un point focal dans cinq pays (Cameroun, Bénin, RD Congo, Rwanda et Congo). Les revues et les entrevues ont eu lieu entre février et mai 2016. Les Leaders de l'Équipe Opérationnelle au niveau national ont désigné le point focal et cela, en nommant la personne qu'ils croyaient être la mieux renseignée sur le FBRc dans leur pays d'affectation. Les mêmes LEO ont commenté le guide d'entrevue.

Un premier rapport intitulé « Le Financement Basé sur les Résultats Communautaire en pratique : un document de discussion » a été produit avant un atelier portant sur le FBRc qui s'est tenu à Harare du 18 au 20 septembre 2016. Les différentes équipes de FBRc ont eu l'occasion de réagir à ce rapport ainsi que la possibilité de présenter des aspects spécifiques de leurs programmes, y compris des questions importantes et des zones d'ombre et cela, au cours de l'atelier.

Sur la base des discussions et des échanges portant sur l'atelier, un document de suivi a été partagé avec les participants. Il a examiné une série de points importants pour la discussion : paiement, indicateurs, qualité, stockage et collecte de données, vérification et sensibilisation. Les différentes équipes nationales ont ensuite préparé une autre série de présentations exposant leurs points de vue et expériences sur ces questions et un atelier en ligne avec les équipes nationales s'est tenu le 19 janvier 2017. Une série d'échanges par courriel a suivi et un dossier d'informations de 4 pages récapitulant certains « enseignements » importants a été publié en juin (en français et en anglais.)

Le présent rapport consolide ces différents documents (et en particulier le premier rapport) et les séries de discussions et finalise, pour le moment, le processus d'apprentissage collectif sur les défis de la mise en œuvre du FBRc. Les différentes sections des résultats reflètent les principaux points de la discussion et de la zone.

4. Résultats importants

Cette section résume les principales observations et les points suggérés comme critiques au cours des différentes phases de la recherche, elle est organisée avec l'idée de mettre en opposition les différentes expériences. Les spécificités de chaque cas se trouvent dans l'appendice.

a. Une typologie des programmes de FBRc

Il est essentiel de souligner d'abord la diversité des significations inhérentes aux FBRc dans les différents cas. La « communauté » est un terme vaguement défini et, comme mentionné précédemment, l'élément qui lie les cas est l'idée d'aller au-delà de la FS en abordant le financement des soins de santé. Les six exemples de FBRc sont également un ensemble d'interventions relativement lâches qui comportent davantage de différences que les similitudes dans la conception et la mise en œuvre. Selon les cas, le FBRc est considéré comme un contrat avec des individus ou un groupe de :

- **ASC (Bénin, Cameroun, Rwanda)**, parfois à travers une FS. C'est le cas le plus simple et c'est, en un sens, une simple extension du FBR à un acteur encore plus périphérique. Les indicateurs sont alors généralement « quantitatifs » et similaires à ceux utilisés dans le FBR au niveau des FS, dans le sens où la plupart évaluent la prestation d'un service. Les groupes contractants ont un net avantage pratique et sont en phase avec la logique qui prévaut au niveau des FS : le choix est d'encourager le travail d'équipe plutôt que l'effort individuel. Il existe également des risques évidents que certains des agents se libèrent, d'autant plus que le travail des ASC peut, en fait, impliquer moins de travail d'équipe que celui du personnel des FS. La seule EI existant sur le FBRc au niveau des ASC est celui du Rwanda. Dans le cas où le contrat passe par la FS, il s'agit généralement d'une « visite à domicile ». Le défi avec l'achat d'une telle « visite à domicile » est de mettre du contenu à l'action de la visite, pour renforcer ses effets. Des exemples de tels programmes peuvent être trouvés au Burkina Faso, au Nigéria et au Cameroun. Un programme dans lequel un système de coupons et de changement de comportement sanitaire est introduit par le biais de visites à domicile est le programme Arc-en-Ciel au Congo (arc-en-ciel en français, le mécanisme local du FBRc). La quantité de travail attendue de l'ASC varie beaucoup d'un cas à l'autre : au Bénin et au Rwanda, l'ASC est clairement une activité parallèle, cela peut prendre plus de temps au Congo pour les ASC qui prennent part au programme l'Arc-en-Ciel ;
- **Membres du comité de la FS (RD Congo)**. Cela peut être fait de deux manières différentes : soit Les CFS reçoivent une partie de la prime du FBR (au niveau de la FS) et cela, pour reconnaître leur participation à l'effort d'amélioration de la prestation de services au sein des FS, ou ils sont directement contractés pour exécuter des tâches managériales bien identifiées dans la FS ; et
- **La communauté directement ou les organisations communautaires** telles que les comités villageois et d'autres organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux (la Gambie et, dans une certaine mesure, le Congo). Le mécanisme se rapproche d'un TMC lorsque le contrat se fait directement avec des individus. Les bons ou les cadeaux peuvent être offerts à la place de l'argent liquide, mais l'idée demeure la même : il s'agit du comportement ciblé sur la demande plutôt que sur l'offre inhérente aux soins de santé. Il existe une abondante littérature sur les effets du TMC et des bons (voir la revue de la littérature).

Les cas de FBRc en Gambie, au Burundi et au Rwanda présentent également des caractéristiques intéressantes en termes d'intégration des acteurs traditionnels dans le système de santé. La contractualisation des ASC les a conduits à s'organiser en associations (ou coopératives comme on les appelle au Rwanda) qui incluaient également les accoucheuses traditionnelles. D'une situation où les accoucheuses traditionnelles étaient considérées comme potentiellement compromettantes pour les efforts des FS, elles sont devenues leurs alliées, œuvrant de concert avec le personnel de la FS pour promouvoir de meilleurs comportements sanitaires. En Gambie, pour les Groupes de Soutien Villageois qui comprenaient déjà des accoucheuses traditionnelles, le FBRc a probablement amélioré leur intégration en

les contractant officiellement. Cette caractéristique simple de certains systèmes de FBRc a potentiellement des conséquences énormes dans les contextes subsahariens, où les guérisseurs traditionnels sont au centre de la communauté, mais souvent hors du radar.

b. Justification de la mise en place des mécanismes de FBRc

Les documents du programme fournissent rarement des détails sur les raisons exactes de la mise en œuvre des approches de FBRc. La plupart présentent la mauvaise situation sanitaire de la population dans le pays, identifient les goulots d'étranglement au niveau de l'accès aux services de soins de santé et de l'information et, suggèrent qu'une approche fondée sur le FBRc permettrait d'éliminer ces goulots d'étranglement. Trois objectifs, non exclusifs les uns des autres, sont généralement attachés au FBRc :

- **Le FBRc peut constituer un moyen de stimuler la demande, d'améliorer l'utilisation de la FS par la population.** À travers des réunions de sensibilisation et des contacts avec la population, les ASC et les membres des CFS peuvent faciliter l'accès aux services. Une façon de stimuler le côté de la demande a été l'utilisation d'incitations en nature au Rwanda et, est présentement piloté à travers l'utilisation des bons au Congo
- **Le FBRc peut constituer un moyen de prêter des services au niveau le plus périphérique et décentralisé.** C'est par exemple le cas des systèmes de FBRc au Rwanda, au Burundi, au Burkina Faso, au Nigeria, au Congo ou au Cameroun. Les ASC reçoivent une formation de base et sont chargés de fournir les services de base tels que le dépistage médical, les premiers soins pour les blessures mineures ou le traitement des maladies mineures. Le plus souvent, ces programmes de FBRc sont rattachés à des programmes de FBP à part entière au niveau du centre de santé et font partie d'un écosystème de contrats de performance plus large qui inclut les centres de santé, les hôpitaux et l'administration de la santé jusqu'au Ministère de la Santé. Dans tous les cas, il subsiste l'idée persistante que la demande de services doit être renforcée et, cela peut être fait en fournissant des incitations financières ou en nature à la population directement (les cas de « quasi-TMC » du Rwanda et de la Gambie ainsi que le système de coupons au Congo) ou aux ASC qui vont alors sensibiliser la population à l'utilisation des services (et peuvent même souvent les amener au centre de santé).
- **Le FBRc est parfois considéré comme un outil permettant d'obtenir des changements de comportement plus fondamentaux liés à la santé.** Tous les programmes de FBRc ont cet objectif mais ce n'est que dans quelques cas qu'il est explicitement indiqué. C'est par exemple le cas des programmes mis en œuvre en Gambie et au Congo, où le contrat porte essentiellement sur des changements de comportement définis en termes très concrets (par ex ; assainissement, nutrition, soins maternels, utilisation de moustiquaires, etc.).

Tableau 1 Justification du FBRc (à partir des documents existants et des entrevues)

	Gambie	Rwanda	Congo	RD Congo	Benin	Cameroun
Programme de FBP ou FBR au niveau de la FS mis en œuvre au niveau national (N) ou sur une partie d'un territoire (P) ?	P	N	P	P	N	P
Le FBRc devrait stimuler la demande de services : les acteurs communautaires sous contrat sensibilisent la population et apportent cela à la FS	X	X	X	X	X	X
Le FBRc vient compléter le FBP au niveau des FS : certains indicateurs ne peuvent être améliorés qu'avec des interventions au niveau de la communauté (plutôt qu'au niveau de la FS)	X	X			X	X
Le FBRc renforce la voix des populations, qui n'est pas suffisamment entendue dans le FBP au niveau des FS et, contribue ainsi à des services plus réactifs				X		X
Le FBRc « remodèle » le système d'ASC défectueux mais prometteur				X	X	X
Le FBRc fournit un « plan d'action » et des incitations qui aident les ménages à échapper aux « pièges » d'un mauvais comportement sanitaire	X	X	X			X

Dans la plupart des cas et, en particulier au Cameroun, au Bénin, au Rwanda et dans une certaine mesure en Gambie et au Congo, il est clairement reconnu que le FBRc est un complément aux interventions de FBP du côté de l'approvisionnement des FS. Souvent, le FBRc intervient après quelques années d'expérimentation avec le FBP au niveau de la FS avec quelques frustrations sur certains des résultats atteints, en particulier en termes de soins préventifs. Le FBRc devrait alors compléter « naturellement » le FBP au niveau de la FS et stimuler la demande de services et cela, en « obligeant les gens à quitter leur maison et à aller à la FS lorsqu'ils ne se sentent pas bien » (personne interviewée du Bénin).

Au Cameroun, mais aussi en RD Congo, les mécanismes de FBRc sont également envisagés en tant qu'un moyen d'améliorer davantage la « voix » de la population pour le FBP au niveau de la FS et cela, à travers le renforcement des CFS qui sont des représentants communautaires ou des réunions communautaires. Dans ce cas, le raisonnement est que l'ancien paradigme de la voix de la communauté de Bamako (si les utilisateurs peuvent exprimer leurs préférences, les services deviendront plus réactifs et l'utilisation augmentera) est potentiellement prometteur mais ne fonctionne pas et doit être fixé, avec une torsion : les représentants de la communauté devraient être incités de l'extérieur afin de jouer pleinement leur rôle.

De même, et de manière très explicite dans le cas du Cameroun, du Bénin et du Congo, le FBRc est présenté en tant qu'un moyen de remodeler un système d'ASC défectueux, mais potentiellement prometteur. Une fois de plus, la théorie du changement n'est pas nouvelle : c'est « l'ancien » Alma-Ata qui a inspiré l'idée de promouvoir la santé à travers les ASC, à la différence que les ASC ne sont pas des volontaires non rémunérés (les volontaires sont perçus comme manquant de motivation) mais plutôt des individus ou des groupes d'individus qui répondent à des incitations financières.

Enfin, les mécanismes du Rwanda, de la Gambie et du Congo semblent guidés par une compréhension plus affinée des barrières au niveau des ménages pour accéder aux soins de santé. Les programmes mettent donc l'accent sur les obstacles qui ne peuvent être levés à moins que des incitations claires et même des plans d'action – tel que dans le cas du programme *Arc-en-Ciel* au Congo- ne soient fournis aux acteurs communautaires.

En pratique, **les différentes logiques qui sous-tendent l'architecture des différents schémas inhérents au FBRc sont intimement liées aux contextes locaux.** Par exemple, la République du Congo a eu à peine des visites à domicile des ASC avant le FBRc, donc, en consultation avec les différentes parties prenantes, le programme *Arc-en-Ciel* a mis en place un système de visites à domicile par les ASC nouvellement formés. Inversement, au Bénin et au Cameroun, les ASC existent depuis longtemps mais leurs activités ont souvent été incohérentes, l'approche a donc consisté à les former à un ensemble d'activités et à les sous-traiter par l'intermédiaire de leurs centres de santé locaux. En Gambie, des réunions communautaires ont permis de décider que la meilleure architecture serait de contracter *les Comités de Développement Volontaire* des villages existants et qui fonctionnent déjà bien.

c. Objectifs et indicateurs

Le choix des indicateurs est un outil politique clair qui sert à établir les priorités en matière de soins de santé. Il s'agit un domaine qui relève de la responsabilité du Ministère de la Santé. Puisqu'une mise en œuvre harmonieuse et réussie du FBRc nécessite la collaboration de nombreux acteurs, la plupart des mécanismes comprennent des dispositifs de discussion qui rassemblent différentes divisions au sein du MS ainsi que des partenaires financiers et techniques. Comme dans de nombreux mécanismes de FBR, les indicateurs sont généralement définis par l'intermédiaire d'une agence d'achat du MS, de la Banque Mondiale/discussion avec les partenaires. Étant donné qu'une série de mécanismes de FBRc sont, au moins en partie, financés par des sources externes, les donateurs ont généralement une influence décisive quant au choix et la tarification des indicateurs.

La discussion peut également intégrer des représentants des ASC et des acteurs communautaires, tel que dans le cas du Bénin et de la RD Congo. Une plus grande inclusion est susceptible d'accroître la pérennité du programme et son acceptation sociale, une question non triviale comme le montre le cas de la Gambie. Cependant, dans la plupart des cas, **l'intégration de la communauté est le choix des indicateurs qui est consultatif plutôt que délibératif.** Les acteurs communautaires et locaux qui manquent de représentation dans les forums régionaux et nationaux sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés à faire entendre leur voix. Cela ouvre également la question de savoir si une certaine flexibilité pourrait être accordée aux FS concernant l'adoption ou la définition d'indicateurs liés à leurs besoins locaux. Dans les cas où des cibles plutôt que des chiffres absolus sont utilisées, un certain niveau de discrétion pour les FS ou au moins les districts semble nécessaire pour éviter le blocage du système. Un cas intéressant à cet égard est celui du Cameroun, un mécanisme de FBRc dans lequel le dispositif de sous-traitance permet aux ASC de négocier le contrat, ce qui augmenterait l'adhésion à l'approche.

Tous les mécanismes, à l'exception du FBRc du Cameroun, **ont délibérément choisi de fonctionner avec moins de dix indicateurs** (voir le tableau ci-dessous). Il s'agit **de réduire les coûts, d'augmenter l'incitation monétaire attachée aux indicateurs individuels, d'améliorer la qualité et le contrôle des données, mais aussi d'établir des priorités politiques claires et de maintenir l'attention et, donc la qualité, du travail des acteurs communautaires.** Les indicateurs appartiennent généralement à l'une des trois catégories suivantes : la promotion et la sensibilisation à la santé, l'utilisation des services et les résultats sanitaires. Il est difficile de mesurer directement les effets sur la santé car la « fonction de production » de la santé est souvent difficile à définir (à moins que les cas ne soient très spécifiques, typiquement une maladie spécifique). La plupart des indicateurs ont donc tendance à être liés à l'utilisation des services et à la promotion de la santé. Les deux ont une relation avec les résultats de santé qui n'est pas nécessairement simple. L'utilisation des services ne reflète pas la qualité des services et sa relation avec les résultats de santé généraux dans la population peut aller dans les deux sens (une augmentation de l'utilisation peut refléter, par exemple, une épidémie). La promotion ou la sensibilisation à la santé, troisième catégorie d'indicateurs, est un choix naturel pour les interventions au niveau communautaire, mais ces indicateurs ne sont que faiblement corrélés aux changements réels du comportement et des résultats sanitaires (et/ou ces changements peuvent prendre relativement un long moment pour se manifester).

Tableau 2 Indicateurs du FBRc (à partir des documents existants et des entrevues dès fin 2016)

	Promotion sanitaire	Utilisati on des services	Résultats Sanitaires
Gambie	8	1	
Congo	1		
RD Congo (+4 indicateurs sur le fonctionnement des CFS)	4	1	
Bénin	1	7	1
Cameroun	3	16	1

La plupart des mécanismes sont axés sur la promotion de la santé et l'orientation des patients (compte tenu de l'utilisation des services dans le tableau ci-dessus), avec un succès apparent dans certains domaines tels que la détection et l'orientation par la communauté de la tuberculose au Bénin. Dans des pays tels que le Cameroun et le Bénin, il existe un intérêt pour l'intégration potentielle de plus de prestations de services (y compris les activités curatives au Cameroun) dans le paquet d'activités du FBRc. Ceci est considéré comme potentiellement bénéfique pour la population qui n'est pas en contact fréquent avec les formations sanitaires mais qui dépasserait aussi le rôle des ASC et soulèverait des questions sur leur niveau de formation et de qualification. Cela risque également d'exacerber un véritable défi sur le terrain : faire en sorte que les ASC ne dépassent pas le rôle qui leur est assigné et ne fournissent que les services qu'ils sont censés fournir et pour lesquels ils ont été formés.

Le FBRc est présenté comme bénéficiant à toute la communauté, y compris les plus vulnérables. Dans un cas au moins, le Cameroun, il a été signalé que les ASC nouvellement motivés ont commencé à rendre visite aux nomades lorsqu'ils passent dans la zone de responsabilité du centre de santé, ce qui pourrait améliorer la couverture vaccinale de cette population. Cependant, il est frappant de constater que les programmes de FBRc qui ont été examinés **accordent étonnamment peu d'attention à des groupes vulnérables spécifiques** - bien que le FBRc soit un outil potentiellement puissant pour faire exactement cela à travers des indicateurs centrés sur des groupes démographiques spécifiques. Une exception notable est le Bénin, où les ASC reçoivent une prime plus élevée lorsqu'ils visitent des indigents chez eux (les visites à domicile sont connues pour être une occasion d'accroître la sensibilisation à la santé parmi les plus vulnérables).

Que les indicateurs soient *SMART* (Spécifiques, Mesurables, Acceptés, Pertinents et Temporels) apparaît évident à la plupart des praticiens impliqués dans le FBRc qui ont appelé à des indicateurs aussi spécifiques que possible. Cependant, en même temps, se pose la question de ce qui reste, c.-à-d. ce qui n'a pas été contracté parce que difficile de mesurer.

Les entrevues et les rapports existants ne mentionnent pas les effets d'éviction découlant de la concentration sur une poignée d'indicateurs. Dans le cas du Cameroun, le responsable de la mise en œuvre du programme a même suggéré, sur la base de quelques anecdotes, que le FBRc pourrait augmenter le travail des ASC dans tous les domaines, y compris dans les tâches non contractées. Le fait que les activités liées au FBRc « tirent » des activités non liées au FBRc des ASC est très largement l'hypothèse de la plupart des plans de projet de FBRc (Cameroun et Bénin par exemple) ; cependant, cette hypothèse n'est pas sous-tendue par des preuves solides. Le cadre d'évaluation du FBRc du Cameroun et du Congo pourrait aider à combler ces lacunes de connaissances.

Conformément à la littérature existante sur le FBR, le FBRc semble conduire à une réorganisation de la fonction et à une clarification des rôles des acteurs communautaires. Il octroie une place plus claire aux ASC, qui travaillent désormais pour les FS. Une question majeure que soulèvent les différentes études de cas est *la raison d'être* de la contractualisation des acteurs communautaires. Si le but est une prestation de services simple, par exemple, les ASC fournissant des soins de santé primaires de base, le mécanisme semble relativement simple. S'il s'agit d'une question de supervision, de suivi ou de gouvernance, tel que dans le cas des CFS, le FBRc ne peut être qu'une solution imparfaite : le contrat ne peut porter que sur des indicateurs de processus (éléments de bonne gouvernance attendus) et non sur les résultats (le suivi « adéquat » est difficile à définir hors contexte). Qui plus est, ces indicateurs de processus de gouvernance ne sont pas nécessairement faciles à cerner. Le cas de la République démocratique du Congo illustre cette difficulté : les ASC, qui sont également membres des Comités des Formations Sanitaires, sont rémunérés selon des indicateurs de « gouvernance », mais ceux-ci sont essentiellement procéduraux (par. Ex ; réunion, procès-verbaux, liste actualisée des membres, etc.) et, ont tendance à être binaire (existence versus non-existence). La définition d'indicateurs de gouvernance plus substantiels n'a pas été possible. Les cas de FBRc de la Gambie et du Congo présentent également des défis similaires. Ils visent à changer les comportements des personnes (par exemple, instiller des attitudes de grossesse et de maternité conformes aux normes sanitaires mondiales, tel que dans le cas de la Gambie), ce qui peut être compliqué à réduire à des indicateurs simples. En conséquence, l'architecture de ces mécanismes finit par se situer à mi-chemin entre le FBP classique côté offre et le TMC classique : le lien avec les « résultats » est très fort, mais leur vérification réelle est plus souple que dans le FBR au niveau de la FS.

d. Architecture

Tous les cas de FBRc étudiés ici présentaient, dans une certaine mesure, le même principe de base d'une séparation des différentes fonctions du système de santé (acheteur, prestataire, régulateur et contrôleur) ; cependant, les institutions ou les personnes exerçant ces fonctions varient d'un pays à un autre, ainsi que les systèmes de paiement et de contrôle. Chaque arrangement vient avec son propre ensemble d'avantages et d'inconvénients.

Tableau 3 Architecture du FBRc (à partir des documents existants et des entretiens, fin 2016)

	Gambie	Rwanda	Congo	Cameroun	Benin	RD Congo
Titulaire du fonds	Agence Nationale de Nutrition	Ministère des Finances et de la Planification économique	Ministère des Finances ?	Agence de détenteurs de fonds de la Région du Nord-Ouest	Unité du FBP	Cordaid (ONG internationale)
Acheteur	Comité du FBR, au sein du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales	Centre de Santé	Agence d'achat	Unité Technique du FBP/PIU MS	Unité de Coordination du FBP (UCP)	MS (district)
Prestataire	GSV (à travers le CDV)	Coopérative des ASC	Les ASC (à travers les FS)	Les ASC (à travers les FS)	Les ASC (à travers les FS)	Les FS
Régulateur	MSAS	Performance en ligne du MS Expert en financement	MS	Délégation Régionale et Service de Santé du District	MS (district)	MS (province)
Contrôleur	Agence Nationale de Nutrition	Centre de Santé (vérifié par le Comité de Pilotage Sectoriel)	Agence de vérification externe (pas encore contractée)	Agence d'Achat de Performance Région du Nord-Ouest	AEDES (ONG internationale)	MS (district)
Contre-vérificateur	OBC, agent de vérification externe	Comités de pilotage sectoriels (à dessein)		OBC	OBC	
Indicateurs	Nutrition de la mère Accouchements médicalisés Hygiène	Rapport (situation de l'ASC) Références (tuberculose, planification familiale) Nutrition	Visites à domicile	Orientations vers les FS (un ensemble de 20 indicateurs)	Orientations vers les FS (principalement la santé de la mère et de l'enfant)	Fonctionnalité du CFS Santé sexuelle et reproductive

e. Contrats et Paiement

Comme indiqué au début de ce rapport, les agents contractuels diffèrent d'un cas à l'autre (ASC, CFS, comités communautaires). La partie contractante peut également changer. Cela peut être, tel que dans le FBR « standard » (niveau de la FS), une agence d'achat, qui donne aux décideurs davantage de contrôle sur les contrats. Le contrat peut également être effectué au niveau de la FS, l'équipe de district étant souvent associée au processus. L'avantage du modèle de sous-traitance de la FS est qu'il renforce et clarifie le lien entre le personnel de la FS et les ASC et permet davantage de flexibilité et cela, en ligne avec les réalités locales, dans le contrat. Cela augmenterait également le niveau de confiance entre le personnel des formations sanitaires et les ASC dans la mesure où les différentes parties apprennent à connaître et à comprendre le travail de chacun. Les systèmes de FBRc sont, comme l'ont souligné les exécutants du programme *Arc-en-Ciel du Congo*, souvent lourds à mettre en place et la sous-traitance peut quelque peu répartir le fardeau de la mise en œuvre au niveau inférieur. L'inconvénient de cette approche est qu'elle ajoute des niveaux à la « pyramide », et tout ce qui vient du haut (en particulier le paiement) a tendance à prendre plus de temps. Le programme *Arc-en-Ciel* au Congo ne sous-traite pas, mais laisse les équipes de

l'Arc-en-Ciel se charger de l'organisation du travail. C'est la FS qui est contractée et reçoit un paiement pour chaque « visite à domicile ». Une autre option, non exclusive, pour relever le défi de contracter les nombreux ASC est de conclure des contrats avec des groupes d'ASC plutôt qu'avec des individus (tel qu'au Rwanda).

Des contrats clairs et simples ont aidé à la mise en œuvre dans les différents cas : ils impliquent d'être explicites avec la communauté au sujet de la suppression progressive ou de l'arrêt des programmes. **Qui plus est, une bonne communication devrait également être sensible aux caractéristiques des communautés locales.** De bons exemples sont le cas de la Gambie où la prime est ajustée à la taille de la communauté et la RD Congo où des critères d'équité (par ex ; la distance de la formation sanitaire) informent le paiement d'un bonus supplémentaire. Dans d'autres pays, le fait de négliger la variance dans les efforts pour exécuter les activités contractées a, semble-t-il, conduit à des relations difficiles avec les acteurs communautaires sous contrat.

La prime de FBRc est généralement payée en espèces (Bénin, RD Congo, Congo, Cameroun, Gambie, Rwanda) mais certains mécanismes incluent également des incitations en coupons (RD Congo) ou en biens (Rwanda). Cela en soi ne semble pas être un problème majeur. La justification de l'utilisation des bons est d'inciter encore davantage l'utilisation des services par la partie sous contrat et de jouer du côté de la demande. Les bons ou les biens donnent plus de contrôle sur l'utilisation de la récompense incitative. Au Rwanda, la logique de l'utilisation des cadeaux a été qu'il serait politiquement plus facile d'arrêter une telle intervention. Les cadeaux profiteraient également davantage aux femmes, car l'argent pourrait devoir être partagé avec leur conjoint ou leur ménage et, certains de ces dons contribueraient directement à la santé (comme les pilules de purification d'eau). En même temps, puisque les cadeaux et mieux encore les bons non fongibles, contraignent et orientent les comportements, ils peuvent aussi empêcher le développement de solutions originales locales. La taille de la récompense, tel que souligné dans l'affaire des ASC du Rwanda, est importante : des incitations trop faibles peuvent ne pas avoir d'effet.

La rapidité de la rémunération est fondamentale pour les acteurs communautaires vivant souvent dans des situations proches de la pauvreté. Au cours de leurs premiers mois, la plupart des programmes ont connu des retards importants qui ont conduit non seulement au mécontentement, mais aussi à l'attrition des acteurs communautaires (souvent formés) désireux de participer au FBRc. Les retards liés au FBRc poussent les ASC, qui vivent souvent près du seuil de pauvreté, à mener d'autres activités et sapent sérieusement leur confiance dans le système (tel que signalé dans le cas du Cameroun et du Bénin) - contrairement aux FS qui peuvent souvent utiliser leurs économies pour faire face aux retards de paiement du FBR, les ASC n'ont souvent pas de réserves financières. Il est possible que les délais soient effectivement plus importants que dans le cas du FBR « standard » au niveau des FS et cela, dans la mesure où la vérification et l'arrangement contractuel peuvent être plus complexes. De légères modifications de l'architecture du FBRc et une expérience accrue des agents de mise en œuvre ont généralement conduit à résorber ces retards. Les mécanismes de prépaiement peuvent également aider. Au Bénin, les formations sanitaires ont accepté à contrecœur les ASC mensuels prépayés mais, finalement, le prépaiement a amélioré la motivation et la fidélisation des ASC.

Qu'il y ait une portion fixe, non basée sur les résultats, une portion de la rémunération de l'acteur communautaire du FBRc est débattue. La plupart des pays ont supprimé cette portion fixe parce qu'elle n'offrait pas suffisamment d'incitations. Une portion fixe peut cependant aider à la fidélisation. L'expérience du Cameroun a montré une attrition plus élevée des ASC après la suppression de la portion fixe. Cependant, cette approche fait de l'agent un fonctionnaire *de facto* (un « salaire » est versé) et cela pourrait être juridiquement et politiquement compliqué, comme expliqué dans l'étude de cas du Bénin. La question de la portion fixe est liée à deux autres questions importantes.

La première est la question de la « quantité » d'indicateurs que les agents sous-contrats réalisent habituellement : au Bénin, on estimait qu'en fin de compte, le paiement ne varie pas énormément entre les ASC (mais varie selon les zones de santé) tandis qu'au Cameroun, il a été signalé que ce qui varie le plus est le bonus basé sur la qualité technique.

La deuxième est de savoir si le fait d'être un acteur contractuel du FBRc est, en pratique, une activité à plein temps. Le montant d'argent que les acteurs du FBRc peuvent espérer gagner varie énormément d'un pays à l'autre. Au Cameroun, beaucoup considèrent que le prix des indicateurs est trop bas, mais être un ASC sous contrat peut néanmoins fournir un revenu complémentaire important aux personnes vivant dans des situations proches de la pauvreté. C'est moins le cas au Bénin ou avec les membres du CFS de la RD Congo et les membres du Comité en Gambie. Il est important de noter que les conditions de vie des acteurs communautaires ne semblent pas jouer un rôle trop important dans la détermination du prix des indicateurs. Dans la plupart des cas, le prix d'un indicateur est fixé en fonction du (1) budget total disponible et (2) des externalités positives et cumulatives potentielles de l'activité (en Gambie, un consultant en tarification a aidé à l'exercice).

La contractualisation des acteurs communautaires pose également la question de savoir où s'arrêter. En effet, créditer les ASC ou même la communauté pour leurs efforts dans l'amélioration de la santé de la communauté avec des incitations financières crée d'importantes motivations extrinsèques, mais elle ouvre également la porte afin d'inclure encore davantage d'acteurs. Ceci peut constituer un enjeu avec des acteurs non-contractés demandant également à être contractés (par ex., les membres du CFS) sur la base du fait qu'ils contribuent eux aussi à l'amélioration des différents indicateurs.

Vérification et Analyse de Données

Les mécanismes de vérification sont souvent difficiles à mettre en place dans un FBR « standard » ; ils sont encore davantage difficiles dans le cas du FBR communautaire. La raison même pour laquelle les mécanismes de FBRc sont mis en place est souvent que des segments de la population sont difficiles à atteindre et, il n'est donc pas surprenant que les activités et les résultats dans ces communautés soient également difficiles à contrôler. C'est le cœur d'un débat en cours au Bénin sur le contrôle des activités communautaires qui ne sont pas surveillées ou enregistrées dans la FS (essentiellement, tout ce qui ne constitue pas une forme de référence). En RD Congo, le dépistage communautaire des patients n'existe pas pour des raisons pratiques et budgétaires, ce qui affaiblit probablement la fiabilité du mécanisme de FBRc. Dans tous les cas, la vérification typique du FBR et le dépistage des patients sont délicats et l'approche de FBRc devra être innovante : qu'est-ce qui peut être raisonnablement et adéquatement mesuré ? Des méthodes non exhaustives (de recensement), telles que les procurations ou les échantillons, pourraient-elles être utilisées pour estimer la prestation des services ? comment le contrôle peut-il être allégé ?

La qualité est difficile à vérifier étant donné (1) le nombre souvent élevé d'acteurs communautaires et (2) le fait que la plupart des activités sont éparpillées dans les zones de responsabilité des centres de santé. Le contrôle des patients choisis au hasard par le biais des OBC (dépistage des patients) reste possible, mais il est probable qu'ils aient besoin de ressources. L'évaluation de district existe dans tous les mécanismes et le suivi communautaire est en cours d'expérimentation au Cameroun et au Bénin avec des Organisations locales à Base Communautaires (OBC) qui contrôlent les entrées dans les registres des ASC utilisés par les ASC et évaluent la satisfaction des utilisateurs (les enquêtes similaires ont été utilisées pour identifier les domaines d'amélioration pour le personnel de la formation sanitaire). Ce système nécessitait des OBC bien formées et alphabétisées et, ces dernières ne sont pas toujours très présentes dans les zones rurales.

Une option pourrait être une utilisation plus intensive des téléphones mobiles pour le suivi des bénéficiaires, mais cela limiterait de facto la vérification à un sous-échantillon biaisé, plus riche, des bénéficiaires. L'utilisation de méthodes robustes et scientifiques pour la vérification et la collecte de données est également un domaine dans lequel la plupart des mécanismes de FBRc pourraient s'améliorer. Cependant, il n'existe pas de panacée. Le mécanisme de FBRc de la Gambie a innové dans la collecte et le contrôle des données et cela, à travers l'utilisation de l'Échantillonnage d'Assurance Qualité Lots (LQAS) basé sur des enquêtes. Le modèle est plutôt attrayant à première vue, mais la solution peut ne pas convenir à d'autres cas : il ne fournit pas de données détaillées au niveau communautaire, il est coûteux et techniquement compliqué à mettre en œuvre (par exemple, il est nécessaire de connaître la taille de la population).

La conviction que les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) améliorent automatiquement la collecte et la qualité des données semble souvent mal placée. Pour que cela se produise, le mécanisme de collecte des données sur place doit déjà être solide et il doit être suffisamment simple pour être accessible aux personnes disposant d'une faible connaissance des TIC. La formation est également requise comme le montrent les exemples de la Gambie et du Bénin. Ces conditions ne sont tout simplement pas respectées dans de nombreux cas, ce qui fait de l'utilisation des TIC au mieux un gaspillage d'énergie et, au pire, crée davantage de problèmes et cela, en ajoutant une autre couche de complexité dans un système déjà complexe.

Les praticiens explorent toujours les moyens d'utiliser au mieux les données de niveau communautaire pour informer et influencer les activités et les politiques. Les mécanismes de FBR sous-utilisent généralement les données qu'ils collectent. Au niveau micro d'une formation sanitaire, un potentiel énorme, largement inexploité, est l'utilisation de l'analyse de données par les infirmières locales et les ASC pour identifier et agir sur les problèmes locaux. Les données inhérentes au FBR sont potentiellement non seulement utiles pour le paiement, mais aussi pour comprendre la situation sanitaire locale. Dans la plupart des cas examinés dans le cadre de ce rapport, il n'existe, cependant, aucune réelle gestion ou analyse des données de FBRc par les ASC, la FS ou même le personnel de district. Cela nécessiterait des compétences qui ne sont habituellement pas disponibles à ce niveau.

Dans un système de FBRc fonctionnant parfaitement, les problèmes de qualité seraient identifiés en temps réel par un système de suivi efficace basé sur les données. Ceci, cependant, semble être assez difficile. **Trop souvent, les outils (de collecte de données) sont trop complexes pour être utilisés de manière significative au niveau communautaire et il existe peu et parfois pas d'intégration entre la collecte de données de FBRc et d'autres systèmes d'information sur la santé** - avec quelques exceptions notables comme le Bénin et la Gambie où la collecte de données de FBRc est entièrement intégrée dans le *DHIS II*.

Contrôle de la Qualité et Fidélisation

La qualité vient avant tout de la formation appropriée des acteurs communautaires sous contrat. Cela a été soulevé comme un problème potentiel pour de nombreux mécanismes. En effet, le modèle de formation « en cascade » ou « boule de neige » qui est utilisé et, cela est compréhensible étant donné le nombre important d'acteurs impliqués, a trop souvent signifié que la formation au niveau communautaire est de qualité médiocre - quand c'est précisément ce niveau qui est en contact avec les utilisateurs. Les solutions à ce problème comprennent (1) une certification appropriée par un tiers (Bénin) et des mécanismes de badges qui signalent une formation de qualité ; et (2) les mécanismes de supervision et de récapitulatif (session annuelle au Cameroun). Les deux signifient qu'il est important de tester (régulièrement) les connaissances dont les ASC disposent sur les différentes activités qu'ils sont censés entreprendre (les ASC de qualité sont ceux qui, par exemple, sont capables d'identifier correctement une maladie dans la communauté et de référer le patient au centre de santé). Les équipes de district constituent un candidat privilégié dans la fourniture d'une formation supplémentaire et des rafraîchissements et, elles ont été soutenues dans ce sens en RD Congo. Cependant, dans d'autres contextes, les gouvernements locaux disposent d'un taux de roulement élevé, une capacité de supervision limitée et ont affiché très peu d'enthousiasme dans le suivi des ASC, ce qui a conduit les responsables de la mise en œuvre du FBRc à envisager des canaux alternatifs à l'instar des communes.

Les FBRc constitue une excellente opportunité pour former les ASC, qui peuvent éventuellement devenir, comme dans le cas du Congo et du Cameroun, un « quasi » personnel de santé dans la mesure où ils fournissent des services de première ligne en soins de santé primaires de base. Dans les deux pays, les ASC du FBRc sont formés pour de pareilles tâches. Au Cameroun, la population aurait appelé ces ASC nouvellement formés « médecins » dans la mesure où ces derniers effectivement fournissent une certaine forme de soins. Cette évolution pose la question de la place des ASC au sein du système de santé et illustre leur potentiel à libérer les FS chargées et, à atteindre les communautés éloignées.

Cependant, il n'existe aucune évaluation de la qualité des soins dans ce système. Il est utile de noter que, dans certains cas, les ASC peuvent recevoir jusqu'à deux ou trois semaines de formation, ce qui est probablement plus que ne reçoivent les membres du personnel non qualifiés dans les FS (à l'instar des aides-soignants embauchés à la volée).

Traditionnellement, les membres des ASC et du CFS sont élus par la population, mais la plupart des modèles de FBRc ont un processus de sélection clair des ASC et cela, en utilisant une série de critères et de procédures objectifs. L'avantage de ce système est évidemment un meilleur contrôle de la qualité et du niveau de compétence des ASC. L'inconvénient est que les ASC sélectionnés peuvent ne pas être pleinement reconnus par la communauté. Le passage de l'élection à la sélection modifiera nécessairement le type d'individus qui deviennent membres des ASC et des CFS, ce qui conduira probablement à des acteurs communautaires plus compétents mais aussi, peut-être, davantage intéressés par la rémunération (voir Bishai et al., 2002 pour discussion d'un cas similaire au Népal).

L'attrition importante des ASC formés au FBRc dans certains pays **soulève des questions sur la meilleure façon d'utiliser et de fidéliser efficacement les individus et les groupes formés/sensibilisés au FBRc**. Le paiement ponctuel représente, tel que mentionné précédemment, une option importante pour résoudre ce problème. Une autre possibilité évoquée précédemment dans ce rapport est d'inclure une portion plus ou moins fixe dans le paiement. De cette façon, le contact peut être maintenu au cours des périodes de charge de travail plus faibles et les agents auront moins de raisons de quitter le programme. Le paiement d'une portion fixe est également soumis à une procédure administrative moins lourde (la vérification peut être très basique).

5. Le FBRc et les politiques nationales

Le FBRc n'est pas seulement une question technique. Il s'inscrit souvent dans le programme plus large adopté par les gouvernements, en particulier les Objectifs de Développement Durable. Les ASC, bien que largement reconnus comme étant importants pour atteindre les objectifs de santé publique, n'ont généralement pas été bien financés par le passé. S'appuyant principalement sur les bénévoles de la communauté, les programmes d'ASC ont généralement été planifiés autour de la formation nécessaire, des intrants (kits, consommables), d'une fonction d'orientation et de rapports. Un bon nombre de programmes d'ASC ont mis à rude épreuve la charge de travail des ASC et, souvent les attentes concernant ce que ces ASC pourraient faire et ce qu'ils devraient faire étaient peut-être irréalistes. Les programmes de FBRc sont un mélange éclectique d'approches qui tentent d'apporter davantage de financement par le biais de divers systèmes d'incitation, afin de renforcer cet aspect des programmes de santé. La participation de la communauté reste cruciale pour étendre la couverture des services de santé essentiels d'une manière rentable, en particulier dans les situations d'espace budgétaire limité pour la santé. Les programmes de « FBRc » doivent être considérés dans cette optique : en tant qu'une tentative d'améliorer le financement d'une manière tangible et axée sur les résultats pour ces mécanismes de prestation cruciaux.

a. Santé Communautaire

Une question majeure constitue **l'intégration du FBRc au sein du système de santé communautaire existant**. Les ASC et les CFS précèdent le FBRc et, la plupart des approches semblent avoir essayé d'intégrer ces acteurs communautaires plutôt que d'en créer de nouveaux. **Idéalement, un système de FBRc devrait faire partie d'une réforme plus large des soins de santé communautaires.** Les cas du Bénin, de la République du Congo et du Cameroun illustrent comment le FBRc peut représenter une opportunité de « rationaliser » les ASC et les membres du CFS pour clarifier leurs rôles et s'assurer qu'ils disposent des compétences adéquates, mais également les rapprocher des centres de santé.

Cependant, tous les acteurs ne peuvent pas être intégrés, ce qui amène à se demander ce qu'il faut faire avec les ASC de la « vieille école » : doivent-ils être gardés comme main-d'œuvre de réserve ou simplement écartés ? Qu'en est-il des cas où les ASC peuvent fonctionner sans incitations financières

consistantes (Perry, Zulliger et Rogers, 2014, Kok et al., 2014). Les discussions avec des équipes au Bénin et en RD Congo, pour ne prendre que deux exemples, suggèrent une forte variance des situations avant l'intervention. Les CFS, qui font partie intégrante de tous les systèmes de santé africains, sont également absents de la plupart des mécanismes de FBRc et ne sont pas nécessairement intégrés de manière convaincante dans les mécanismes de FBR (Falisse, 2016). De nouveaux mécanismes de FBRc et, en particulier de nouvelles réunions communautaires telles que celles prévues dans le cas du Cameroun, constituent clairement de nouveaux forums pour le système de redevabilité communautaire - et sont susceptibles de remettre en question le rôle du CFS.

Les stratégies de santé et de gouvernance communautaires doivent être complètes pour atteindre leurs objectifs. Dans certains cas, les CFS ou les ASC non motivés par le FBRc peuvent, dans certains cas ne plus être pertinents, mais dans ces cas, une décision claire et concertée s'avère importante et cela, pour éviter de perpétuer les nombreuses histoires des trop nombreux programmes verticaux qui ont conduit à des systèmes d'ASC désormais qualifiés de « fantômes » par les acteurs sur le terrain. À moyen terme, il est probablement logique de penser à supprimer la duplication des fonctions (ou du moins à les harmoniser) au sein du système de santé.

Le FBRc peut également représenter une opportunité de créer une plateforme commune pour les interventions reposant sur les ASC. À un stade plus avancé, l'expérience du Congo, où le mécanisme a essentiellement mis en place un réseau d'ASC où il n'en existait pas, sera intéressante à comparer avec les pays disposant d'une plus forte tradition d'ASC. Les approches de FBRc sont généralement horizontales et cela, dans le sens d'une intégration au sein du système de santé local. On ne voit pas très bien comment un nouveau programme vertical pourrait s'intégrer dans un tel modèle. Ces approches utiliseraient-elles les mêmes ASC et ajouteraient-elles des indicateurs de tâches (tel que suggéré par l'expérience du Bénin) ou se développeraient-elles parallèlement aux ASC du FBRc ? Le cas de la Gambie pourrait s'avérer intéressant à cet égard ; il est axé sur la santé de la mère et de l'enfant, avec un angle nutritionnel clair, mais à un moment donné d'autres partenaires ou unités au sein des ministères pourraient être intéressés par l'adoption de cette stratégie innovante, mettant la question de l'intégration au premier plan.

Que les ASC soient considérés comme des prestataires de services de première ligne (ce qu'ils peuvent devenir de facto au Bénin) soulève également des questions sur la concurrence potentielle entre les ASC et les FS. Dans le cas du Bénin, les ASC reçoivent des médicaments de base, qu'ils ont été autorisés à vendre aux patients pour des pathologies mineures pour un certain bénéfice. Dans le même temps, les ASC doivent orienter les patients. Des preuves anecdotiques montrent que les ASC ont tendance à essayer d'abord de vendre des médicaments avant d'orienter le patient à la FS et cela, même lorsque le cas d'orientation est évident. En d'autres termes, le FBRc, s'il n'est pas conceptualisé très soigneusement, pourrait conduire à une situation de concurrence entre les différents niveaux du système de santé, ce qui n'est évidemment pas souhaitable. Une certaine émulation entre des agents de même niveau peut améliorer la qualité des services, mais la concurrence entre différents niveaux met les utilisateurs en danger. Des conceptions innovantes peuvent réduire ce risque. Au Congo, la contractualisation et l'organisation des ASC passent par la FS, ce qui augmente la probabilité que les incitations soient alignées. Dans le nouveau programme de FBP de la RD Congo (qui couvre 24% de la population), les postes de santé « fixes » des ASC sont sous-traités par les FS et les ASC individuels sont engagés dans la « visite à domicile ». Ces activités de FBRc devraient donc être mieux alignées avec les activités des FS.

b. Économie politique du FBRc

Il convient de noter que le FBRc a été utilisé et continuera probablement à être utilisé pour traiter des questions plus politiques. Au Bénin, par exemple, le FBRc a permis une augmentation *de facto* du personnel de santé et cela, sans pour autant augmenter le nombre de fonctionnaires. Cela était important dans un contexte où le Bénin avait accepté de ne pas augmenter la masse salariale en échange de prêts de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International. En règle générale, le FBRc peut être un point d'entrée pour financer des groupes qui ne sont pas (encore) sur la liste de paie.

Un autre ensemble de problèmes politiques est davantage local. Bien que cela ne soit pas mentionné dans les rapports et les entrevues, il semble clair que les ASC du FBRc peuvent devenir des postes financièrement intéressants et sont donc exposés à des formes de népotisme et de néo-patrimonialisme. Les politiciens du monde entier promettent des emplois, surtout en période électorale, et le risque que des ASC « rémunérés » soient détournés par des politiciens sans scrupules essayant de contrôler directement ou indirectement ces nominations n'est donc pas insignifiant et devrait être suivi de près.

Enfin, la question de la pérennité des programmes de FBRc est actuellement peu évoquée dans les documents existants. La plupart des mécanismes intègrent une partie du financement national, qui peut être assez important dans les cas tels que le Congo. L'affaire du Rwanda, cependant, pousse la question plus loin. Après des années de mise en œuvre réussie, les autorités ont décidé de réduire le FBRc, considérant essentiellement que le FBR n'a été qu'une stratégie transitoire pour restructurer et revitaliser le système de santé et les acteurs de la santé communautaire. Cette décision quant à l'objectif du FBRc peut être utile lorsque prise au début des programmes, dans la mesure où elle guide nécessairement la stratégie de mise en œuvre.

6. Recommandations et domaines de recherche future

Plusieurs études sur les systèmes de FBRc sont en cours de mise en œuvre dans le cadre du portefeuille d'évaluations d'impact financées par le Fonds Fiduciaire pour l'Innovation en matière de Résultat de la Santé. En République du Congo et en République démocratique du Congo, la recherche visera à encourager les formations sanitaires à effectuer des visites à domicile. Une étude au Cameroun évaluera un mécanisme à travers lequel les centres de santé sous-traitent avec les agents de santé communautaires. En Gambie, un modèle de rémunération des performances aux organisations communautaires sera étudié. Les études emploient des méthodes quantitatives et qualitatives et devraient être achevées au cours des trois prochaines années.

En plus de la nécessité d'évaluer sainement l'impact des mécanismes de FBRc, des recherches supplémentaires sont requises pour mieux comprendre une série de questions importantes, entre autres :

- Le lien entre le FBRc et d'autres approches liées à la demande (y compris les coupons) ;
- Les liens entre les approches de FBRc et de soins de santé primaires, également en termes de coordination des différentes parties prenantes (et en termes de participation de la communauté dans la vérification/contrôle du FBRc)
- Le rôle des incitations non monétaires pour les ASC ;
- Les mécanismes de rétroactions communautaires, y compris ceux qui permettent aux groupes vulnérables et marginalisés d'être entendus dans la sphère publique ; ainsi que les mécanismes qui autonomisent les communautés et les rendent reconnues ;
- Dans quelle mesure les ASC peuvent être utilisés en tant que prestataires de première ligne, en particulier pour la planification familiale (par ex ; la distribution de pilules) ;
- Les mécanismes capables d'inciter les ménages à agir suite aux visites à domicile d'un ASC. Plus largement, les meilleurs moyens d'inciter le changement de comportement et l'action communautaire ;
- Des systèmes potentiels pour la collecte régulière de données au niveau communautaire, le suivi et le contrôle de qualité - et le rôle de la technologie dans ceux-ci ;
- Les effets et la pérennité des projets entrepris ou soutenus par des subventions communautaires ; et
- La viabilité à moyen et à long terme des mécanismes de FBRc, au sein des communautés et, en tant que programmes nationaux et, en termes de financement communautaire et de soutien des acteurs locaux

7. Remarques finales

L'engagement communautaire est essentiel pour étendre la couverture des services de santé essentiels de manière rentable, en particulier dans les situations d'espace budgétaire limité pour la santé. Les mécanismes de FBRc constituent une combinaison éclectique d'approches qui tentent d'apporter davantage de financement aux acteurs communautaires à travers divers systèmes d'incitation. Il est trop tôt pour dire si les différentes approches abordées dans ce mémoire sont efficaces. Ce qui semble clair à ce stade, c'est que les approches FBRc conduisent à repenser et, éventuellement revitaliser, un secteur de la santé communautaire qui est souvent négligé. Ce faisant, le FBRc pose également des questions sur le système de santé (et de FBR), entre autres en termes de rôles des acteurs communautaires ou d'assurance qualité. Il n'existe pas de solution unique et des mises en œuvre réussies se sont construites sur la base des réalités locales et institutionnelles ; elles sont également le résultat des réalités ajustées et apprises sur le terrain. Il subsiste davantage de questions et d'inconnues que de réponses à propos du FBRc et il sera crucial que les expériences soient documentées de façon adéquates et étudiées afin de faire avancer la réflexion globale sur le sujet.

Le PNRSME de la Gambie et les programmes *Arc-en-Ciel* du Congo constituent des mécanismes d'ingénierie sociale ambitieux. Ils peuvent comporter des impacts positifs importants en termes de comportements de recherche de santé et cela, en utilisant la force de la communauté pour montrer aux gens la voie vers des comportements de santé plus sûrs, mais ils soulèvent également des questions sur le contrôle social et l'agence individuelle. Tel que suggéré par le cas de la Gambie, la pression des pairs et le contrôle social sont renforcés dans ces « FBR de population » : atteindre un résultat ou une cible ne concerne pas seulement la récompense financière, mais aussi la participation à de nouvelles normes sociales. Cependant, les communautés locales sont façonnées par des structures de pouvoir inégales (basées sur le genre, la richesse ou la naissance, par exemple) et, il s'avère crucial de s'assurer que la situation ne devienne pas incontrôlable pour certains membres de la communauté (d'autant plus que les programmes de FBRc ciblent souvent les plus pauvres). Le FBRc de la Gambie (PNRSME) a identifié ce problème et a souligné la nécessité d'une véritable autonomisation des femmes. Les dispositifs participatifs reposant sur la mobilisation communautaire ou la pression des pairs sont trop souvent détournés par les élites locales (Platteau, 2004, Heller et Rao, 2015). Plus généralement, le travail au niveau communautaire devrait être entrepris avec une bonne compréhension des structures de pouvoir : par ex., qui contrôle quoi, qui sont les dirigeants locaux et de quelle influence disposent les femmes et les groupes minoritaires. Cela pourrait toutefois être difficile dans le cadre d'un programme très structuré.

Il est crucial de se rappeler que très peu de preuves sont disponibles sur les effets du FBRc. Les différents cas mentionnés dans ce rapport contribueront, à terme, à la constitution de cet ensemble de preuves. La seule évaluation d'impact vient du Rwanda et, il est clairement trop tôt pour tirer des conclusions générales basées sur ce cas unique. Le cas du Rwanda est encourageant en ce qui concerne le FBRc du côté de la demande, mais pas en ce qui concerne le FBRc du côté de l'offre. Cela ne signifie pas que l'un est supérieur à l'autre : les objectifs des deux étaient très différents et, l'absence d'effets visibles sur l'offre pourrait avoir quelque chose à voir avec la mise en œuvre du mécanisme et ses interactions avec les facteurs contextuels (par exemple, un côté de l'offre déjà fortement incité). Les résultats peuvent cependant être intéressants à prendre en compte dans les cas où l'un ou l'autre modèle pourrait être utilisé pour poursuivre le même objectif.

Les systèmes de FBRc sont récents mais la question de leur durabilité et de leur résilience aux situations d'urgence - telles que les épidémies- est déjà posée. Une partie de la réponse pourrait résider dans les mécanismes discutés dans ce rapport : les systèmes de rémunération en liquidité, l'intégration du FBRc au sein des politiques nationales de santé et, les solides mécanismes d'assurance qualité.

Bibliographie

- Antony, M., Bertone, M.P. et Barthes, O., 2017. Exploring implementation practices in results-based financing: the case of the verification in Benin. *BMC health services research*, 17(1), p.204.
- Basinga, P., Gertler, P.J., Binagwaho, A., Soucat, A.L., Sturdy, J. et Vermeersch, C.M.. (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), pp.1421–1428.
- Bishai, D., Niessen, L.W. et Shrestha, M. (2002) 'Local governance and community financing of primary care: evidence from Nepal'. *Health Policy and Planning* 17(2), pp. 202–206.
- Falisse, J.-B. *et al.* (2012) 'Community participation and voice mechanisms under Performance-Based Financing schemes in Burundi'. *Tropical Medicine and International Health* 17(5), pp. 674–682.
- Fiszbein, A., Schady, N. R., et Ferreira, F. H. (2009) *Conditional cash transfers: reducing present and future poverty*, World Bank Publications, Washington DC.
- Fritsche, G.B., Soeters, R. et Meessen, B. (2014) *Performance-based financing toolkit*, World Bank Publications, Washington DC.
- Gorter, A.C. and Meessen, B. (2013) *Evidence review: Results-based financing of maternal and newborn health care in low-and lower-middle-income countries*, Programme to Foster Innovation, Learning and Evidence in Health Programmes of the German Development Cooperation (PROFILE), Bonn, Germany.
- Heller, P. and Rao, V. (2015) *Deliberation and Development: Rethinking the Role of Voice and Collective Action in Unequal Societies*, World Bank Publications, Washington DC.
- Huillery, E. et Seban, J. (2014). *Pay-for-Performance, Motivation and Final Output in the Health Sector: Experimental Evidence from the Democratic Republic of the Congo*, working paper.
- Kok, M.C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J.E., Kane, S.S., Ormel, H., Tijm, M.M. et de Koning, K.A., 2014. Which intervention design factors influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and Planning*, 30(9), pp.1207-1227.
- Langston, A. *et al.* (2014) 'Plausible role for CHW peer support groups in increasing care-seeking in an integrated community case management project in Rwanda: a mixed methods evaluation', *Global Health: Science and Practice* 2(3), pp. 342–354.
- Musgrove, P. (2011) *Financial and Other Rewards for Good Performance or Results: A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary*, World Bank Publications, Washington DC.
- Newton-Lewis, T. *et al.* (2015). *Community Action for Health and Nutrition in North East India*, World Bank Publications, Washington DC
- Perry, H. B., Zulliger, R., & Rogers, M. M. (2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual review of public health*, 35, 399-421.
- Platteau, J.-P. (2004) 'Monitoring elite capture in community-driven development', *Development and Change* 35(2), pp. 223–246.
- Rawlings, L.B. and Rubio, G.M. (2005) 'Evaluating the impact of conditional cash transfer programs', *World Bank Research Observer* 20(1), pp. 29–55.
- Renaud, A. et Semasaka, J.-P. (2014) 'Verification of performance in Results-Based Financing (RBF): the case of community and demand-side RBF in Rwanda', *HNP Discussion Paper* (91772).

Sarriot, E. *et al.* (2015) 'A causal loop analysis of the sustainability of integrated community case management in Rwanda.' *Social Science and Medicine* 131, pp. 147–155.

Soeters, R. *et al.* (2011) 'Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo.' *Health Affairs* 30(8), pp. 1518–27.

Turcotte-Tremblay, A.M., Gali-Gali, I.A., De Allegri, M. and Ridde, V., 2017. The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*.

Appendices : Études de Cas

Six programmes/politiques de FBRc sont présentés dans cette section. Le but n'est pas de fournir un compte rendu complet de la situation dans chaque pays, mais plutôt de signaler les principales caractéristiques de chaque cas afin de les préparer et de les alimenter dans la section suivante, qui mettra en évidence les questions importantes autour du FBRc. Les détails sur le fonctionnement exact de chaque mécanisme de FBRc se trouvent dans la section « Sources » à la fin de chaque cas.

a. Cameroun

Le Cameroun est confronté à des problèmes importants d'accès des populations aux soins de santé primaires. En particulier, il existe de fortes disparités entre les zones rurales et les zones urbaines et la pénurie importante de financement et de médecins a conduit le gouvernement à réintroduire les frais d'utilisation pour le traitement et les services. Dans le même temps, le gouvernement s'est engagé à s'orienter vers la Couverture de Santé Universelle et cela, à travers la simplification et la fusion des différentes politiques de santé, y compris le FBR.

Historiquement, les structures au niveau communautaire ont habituellement inclus des ASC ainsi que des Comités (de gestion) du Domaine de la Santé (connus sous le nom de CFS dans la littérature). Les ASC sont attachés à des centres de santé spécifiques et leur efficacité est limitée par le fait qu'ils sont des volontaires motivés par la bonne volonté et la reconnaissance de la communauté (de temps en temps, ils peuvent également recevoir des « cadeaux » de la communauté ou le soutien des programmes verticaux). Les ASC sont actifs dans les campagnes de vaccination (y compris contre la polio) et la mobilisation sociale. Les CFS sont constitués de membres élus de la communauté provenant de différents quartiers ou villages d'une zone sanitaire (les membres du personnel de santé du centre de santé local sont également *de facto* membres du comité).

« Depuis début 2012, le Projet d'Appui à l'Investissement dans le Secteur de la Santé du Cameroun met en œuvre le FBP dans des structures publiques, privées et à base confessionnelle et cela, au sein de 26 districts des régions du Littoral, du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Est du Cameroun. Cela permet au projet de couvrir une population de près de 2,5 millions de personnes [la population du Cameroun est estimée à 22,5 millions de personnes] » (Manuel du FBPC, 2015). Il est prévu d'étendre cette approche à l'ensemble du pays. Cependant, de nombreux citoyens n'ont toujours pas accès à de nombreux services de santé. Les raisons avancées pour cela comprennent l'impossibilité de se rendre dans les cliniques en raison du manque de fonds, de transport et/ou de temps. Les ASC constituent une réponse potentielle à ce problème. En effet, ils sont en mesure de se déployer dans des régions éloignées et de fournir un traitement curatif de première ligne ainsi que des orientations vers des cliniques, ce qui pourrait par ailleurs échapper aux membres de la communauté.

Cependant, les tentatives précédentes d'impliquer les acteurs communautaires ont échoué, surtout après la Réorientation vers les Soins de Santé Primaires de 1987. Les raisons avancées pour expliquer pourquoi « l'enthousiasme » des acteurs communautaires « a cédé la place au désespoir » résident dans le fait que les volontaires, confrontés à une charge de travail croissante et voyant le revenu croissant des FS, ont sollicité une compensation qu'ils n'ont jamais reçue. L'introduction du FBP par le gouvernement en 2011 a été présentée comme une tentative de surmonter ces lacunes (voir Shu et al., 2014).

Compte tenu de ce contexte, une tentative de FBRc dans le cadre duquel des ASC ont été contractés pour fournir une gamme de services a été développée et mise en œuvre dans 22 FS de la Région du Nord-Ouest Cameroun en 2015. La théorie du changement était en accord avec la théorie classique du changement du FBR et faisait écho aux expériences du Rwanda et de l'Inde : « contractualiser formellement et encourager la performance, en termes de fourniture de soins curatifs et d'orientations vers les cliniques, suivre les

perspectives de base sur un mécanisme qui conduit au succès du FBP et cela, en liant les incitations aux résultats » (Manuel de FBPC, 2015).

En plus de contracter les ASC, il existe eu une seconde branche dans l'essai : un nouveau système d'évaluation communautaire a été mis en place dans 22 autres FS. L'évaluation communautaire reposait sur le FBR car elle a utilisé les fiches de résultats communautaires informées par les données liées au FBRc. Son hypothèse sous-jacente s'est appuyée sur le fait que les ASC et le personnel des FS sont davantage efficaces lorsqu'ils sont soumis à la vigilance du public. La théorie du changement, tel que dans le cas des ASC, a commencé par l'hypothèse qu'un médiocre accès aux soins de santé provient d'une médiocre connexion avec le CFS. L'idée est que la surveillance communautaire ou la « voix » de la communauté améliorera la relation entre les utilisateurs et la FS.

Architecture et fonctionnement

Le « FBR communautaire » (FBRc) a été conçu pour améliorer les comportements de recherche de santé et l'accès géographique aux services de santé préventifs et curatifs à travers la prestation de services de santé au niveau communautaire. Dans ce modèle, les ASC orientent les patients, dénichent ceux qui ont abandonnés et visitent les domiciles. Des activités curatives, notamment la prise en charge de maladies telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques parmi les enfants, pourraient être mises en œuvre à l'avenir. Le programme de FBRc s'inspire des modèles existants déjà en place au Cameroun et mis en œuvre par l'UNICEF, le Programme Alimentaire Mondial et Plan International.

Une particularité du programme de FBRc du Cameroun est que les FS sous-traitent directement avec les ASC pour fournir des services au niveau communautaire, orienter les patients lorsqu'il y'a des cas compliqués et soutenir des campagnes de sensibilisation et de diffusion organisées par les FS associées. Il existe un certain degré de négociation entre le personnel des FS et les ASC sur le « prix » et l'échéance de chaque indicateur.

La FS sélectionne ses ASC en utilisant des critères d'alphabétisation et de « moralité » (l'individu a-t-il une bonne réputation ?). Cette sélection est normalement effectuée avec la communauté, mais il n'existe aucun critère d'élection des ASC. Il semble exister un chevauchement partiel entre les anciens ASC du FBRc et les nouveaux ASC du FBRc. La formation et la certification des ASC sont également entreprises au niveau local, sous la responsabilité du personnel des FS qui sont eux-mêmes formés par le personnel du district et l'agence d'achat.

La liste des indicateurs est déterminée en consultation avec les différents acteurs au niveau régional et national (mais pas directement les ASC). La liste récente comprend pas moins de 20 indicateurs :

- Les cas de malnutrition confirmés par la formation sanitaire ;
- Les femmes enceintes reçues dans la formation sanitaire pour les besoins d'accouchement et, orientées par les ASC ;
- Nouveaux candidats à de la planification familiale ;
- Consultation sur les soins postnatals (SPN) ;
- Consultations prénatales, 1er trimestre ;
- Récupération des cas d'abandons de planification familiale ;
- Récupération des cas d'abandons de soins anténataux (SAN) ;
- Cas d'abandon de la vaccination avant 18 mois ;
- Récupération des cas d'abandons de vaccins antitétaniques (Femmes enceintes) ;
- Récupération des cas d'abandon de la malnutrition aiguë ;
- Visite à domicile (avec un agent de santé) ;
- événement de sensibilisation du public ;

- Fourniture de poudres de micronutriments à travers la distribution communautaire ;
- Les indigents orientés vers le centre de santé ;
- Orientations pour consultation référées par les ASC ;
- Références pour des SAN par les ASC au cours du 2ème et du 3ème trimestre ;
- Cas de chirurgie mineure référés par les ASC ;
- Cas de chirurgie mineure pour les indigents référés par les ASC ;
- Orientation pour accouchement des indigents par les ASC ; et
- Suivi des maladies identifiées et référées par les ASC.

Les ASC font le rapport de leur activité au personnel des FS en utilisant des registres dédiés dans lesquels ils inscrivent les noms des personnes qu'ils ont orientés vers les FS. Ces registres sont vérifiés par le personnel de la FS, qui transfère ensuite les informations à l'agence d'achat pour vérification et validation. La validation est effectuée par le biais des procédures classiques de FBR, y compris le suivi spécifique des patients d'un sous-échantillon de patients visités/pris en charge par les ASC et cela, par une Organisation à Base Communautaire locale sous contrat.

L'acheteur du FBRc est l'Agence Indépendante des Achats de Performance de la région du Nord-Ouest, tandis que la Délégation Régionale et le Service de Santé du District agissent en tant qu'organismes de réglementation. Les fonds sont détenus par l'Agence de Détenteur des Fonds du gouvernement de la Région du Nord-Ouest.

Le programme de FBRc du Cameroun est ajouté à une approche générique du FBP au niveau de la FS. Une de ses particularités est l'exhaustivité des services pour lesquels les ASC sont sous contrat (d'autres approches fonctionnent avec moins de services et, souvent contre des frais unitaires moindres). En outre, deux autres innovations du FBRc du Cameroun sont les fiches de résultats communautaires et les rencontres communautaires. De telles fiches de résultats et réunions communautaires ont également été testées à grande échelle dans l'approche rwandaise du FBRc. Elles sont facilitées par des ONG locales et, selon les directives, impliquent les personnes suivantes: un chef traditionnel, un représentant du conseil local, un représentant des handicapés, deux membres de la communauté ayant utilisé la FS au cours de ce trimestre, deux membres de la communauté ayant reçu les services de l'ASC, deux représentants des mères, deux représentants des jeunes (un homme et une femme), deux représentants des adultes de la communauté, deux représentants des personnes âgées et, jusqu'à six membres du CFS (ces derniers ne doivent pas être des ASC).

L'idée derrière ces réunions est de donner aux membres de la communauté l'occasion de réagir à la performance et à la situation générale des ASC et de la FS. À cette fin, ils reçoivent une liste des indicateurs de performance du personnel de santé de la FS et des ASC, ainsi que le plan d'affaires de la FS. La fiche de résultat qui en résulte est ensuite discutée par le personnel de la FS, les ASC et les représentants de la communauté au cours d'une interface. Au cours de cette réunion, le plan d'affaires de la FS est présenté et discuté et les membres de la communauté ont l'occasion de donner des rétroactions sur les investissements et les stratégies proposés pour améliorer l'utilisation. Les membres de la communauté ont leur mot à dire dans la définition des priorités et l'allocation des ressources définies dans le plan d'affaires. La réunion constitue également l'occasion de discuter des problèmes liés à la réalisation du plan du dernier trimestre. Les participants à la réunion ne reçoivent aucun frais, mais leurs frais de déplacement sont remboursés.

Effets

Il est trop tôt pour évaluer les changements résultant de la mise en œuvre du FBRc au Cameroun, mais il semble y avoir un consensus sur le fait que les ASC sont mieux organisées et plus efficaces à la suite de cela. La comparaison des données avant et après l'introduction de la composante ASC du FBRc a montré

une nette augmentation de la vaccination des enfants (VAT 2-5). En plus de la motivation financière claire, quelques mécanismes semblent être en jeu :

Les contrats et la formation semblent avoir rapproché les ASC de la FS. Ils sont maintenant davantage présents à la FS et mieux informés ;

Le personnel de la FS et les ASC coopèrent davantage, ce qui semble avoir conduit à une augmentation des ressources humaines à la FS et à une plus grande attention accordée aux patients ;

Les ASC parlent davantage à la communauté ;

Les ASC admettent qu'ils sont davantage reconnus par la communauté et la FS, qui a été aidée par des détails mineurs de la mise en œuvre du FBRc tels que la distribution de badges aux ASC ; et

Le mentorat a également été identifié comme un facteur crucial dans le changement du comportement des ASC (ceci est en ligne avec les observations plus larges sur les effets de l'introduction des systèmes de FBR : voir par exemple Bertone et Meessen, 2013).

Il a été signalé que les ASC ont amélioré leurs efforts et performances générales et, pas seulement dans les domaines liés à l'indicateur contracté. C'est évidemment un élément crucial que l'évaluation d'impact devra explorer.

On en sait beaucoup moins sur les changements de comportement induits par les réunions communautaires. L'adhésion et la participation ont été bonnes et le nouveau forum peut, dans certains cas, constituer une plateforme intéressante pour les plus vulnérables. Il a été signalé des FS qui ont décidé de fournir des soins de santé gratuits aux plus démunis à la suite des réunions qu'ils ont eu avec la communauté. On ne sait pas ce qui s'est passé avec les anciens CFS, qui disposent des fonctions de surveillance similaires à celles du comité communautaire et qui ont été signalés comme dysfonctionnels et cela, même avant le FBRc. Les personnes qui sont des ASC, des participants aux réunions communautaires et des membres du CFS se chevauchent et collaborent, bien que cela ne soit pas clair dans la pratique.

Caractéristiques de la mise en œuvre

Le principal problème du FBRc est l'aspect technique : les subventions arrivent souvent en retard et il existe des irrégularités dans la rémunération. Le modèle de rémunération semble être la cause de ces problèmes et, il s'agit d'une question de gestion à long terme du programme et de mobilisation de fonds et de flux financiers. En août 2016, le mode de rémunération a été révisé, les ASC étant désormais rémunérés mensuellement par les FS sur leurs recettes générales (subventions du FBP, recouvrement des coûts, etc.), indépendamment du calendrier de rémunération du FBP. Ceci vise à assurer une rémunération de routine en temps opportun des ASC.

Le projet pilote du FBRc du Cameroun fait partie de la stratégie gouvernementale visant à assurer une couverture universelle. Il reste néanmoins fortement dépendant de l'argent du donateur et se situe encore dans une phase de démarrage. Comme mentionné précédemment, le programme du FBRc du Cameroun fait partie d'une évaluation d'impact rigoureuse dont les résultats seront disponibles en 2018.

Sources

Entretien avec Walter Shu, Directeur de l'Agence d'Achat de la Performance du Cameroun (AAP), 17 Mars 2016.

Niji, V. (2015) 'How Community Performance-Based Financing strengthens the link between the health facility and the community: experiences from the North West Region of Cameroon', diapositives de présentation.

Shu, J., Tsafack J.-P., Moussome, E. et Kum, I. (2014) 'How Performance-Based Financing empowers the community and improves access to quality care in Eastern and North-western Cameroon'. Agence d'Achat de la Performance de la Région du Nord-Ouest

Ministère de la Santé du Cameroun (2015) Manuel de Financement Basé sur la Performance Communautaire pour la Région du Nord-Ouest. Yaoundé

Financement Basé sur la Performance Communautaire pour la Santé au Cameroun Amélioration de l'Évaluation des Programmes
Note conceptuelle

b. Bénin

La performance du système de santé béninois est décrite par le manuel des procédures du FBRc comme « faible ». Les principaux problèmes sont l'accès tardif aux services de santé (les patients arrivent lorsque leur état de santé est déjà bien avancé : par exemple, 65% des décès d'enfants se produisent à la maison)², le manque de motivation du personnel de santé et, une piètre qualité générale et de prestation de services. Fondamentalement, l'engagement des acteurs communautaires dans le système de santé semble particulièrement faible, provoquant une rupture nette dans ce qui devrait constituer un continuum entre la communauté et les différents niveaux de la FS.

Depuis 2012, la Banque Mondiale soutient des initiatives de FBR dans huit zones de santé. Celles-ci ont été étendues à l'ensemble du pays en 2015. Le programme cible le niveau de la FS (centres de santé et hôpitaux). L'évaluation à mi-parcours du programme a cependant suggéré que, si la qualité des soins a semblé s'être améliorée, il a néanmoins subsisté des difficultés dans l'amélioration de l'utilisation des services. Parallèlement à un éventuel problème de niveau d'autonomie des FS, la déconnexion entre les patients et les centres de santé a été avancée comme première hypothèse pour expliquer cette piètre performance : opérer au niveau de la FS pourrait ne pas suffire dans la mesure où « les gens ne quittent pas les villages » (tel que l'a signalé une personne interrogée). En collaboration avec le Ministère de la Santé, les partenaires du FBR ont donc décidé de développer une composante communautaire dans le système du FBR. Ils ont un double objectif : stimuler l'orientation à travers une meilleure information de la communauté et, améliorer la détection des pathologies dans la communauté ainsi que leur traitement et cela, par le biais d'un agent approprié du système de santé.

Le Bénin a hérité d'un système de santé communautaire classique de type "initiative de Bamako" dont les racines remontent aux années 1980. Il comprend les CFS (Comités de Gestion), dont la qualité de fonctionnement est très variable et qui ont été qualifiés de « fantômes » (au sens où certains d'entre eux n'existent que de nom) et les ASC. L'ensemble du système repose sur le volontariat, les communautés étant chargées d'identifier et de désigner (souvent via des élections) les acteurs de la santé communautaire. À l'instar d'autres cas discutés dans ce rapport, les différents programmes verticaux ont chacun développé leur propre réseau d'ASC (les ASC sont appelés « relais communautaires ») et le manuel des procédures du FBRc identifie pas moins de 20 types différents. Sur le terrain, une grande variété de situations est également visible en termes d'engagement réel des ASC. Cela semble dépendre du niveau intrinsèque de motivation d'un individu, de la qualité de la formation antérieure et du niveau d'incitations extrinsèques laissées dans le système. Au cours des dernières années, le Ministère de la Santé a harmonisé les cadres des ASC, en créant des lignes directrices unifiées qui englobent pas moins de 41 domaines d'activités pour les ASC dans différents domaines des soins de santé primaires. Le défi a été de conserver les compétences tout en travaillant sur la cohérence.

En plus du projet d'ASC « classique » (basé sur les intrants) de la Coopération Technique Belge, un projet pilote mis en œuvre par l'UNICEF ces dernières années (l'Approche de Financement Basé sur la Performance) a déjà testé le terrain pour le FBRc. Les ASC étaient répartis entre les responsables des soins préventifs et les responsables des soins préventifs et curatifs. Les municipalités (mairies) ont

ensuite contracté les ASC. Les ASC ont reçu une rémunération fixe de 10 000 FCFA par mois (10,73US\$) et pourraient gagner 5 000 FCFA supplémentaires en fonction de leur performance. Le projet n'a pas fait l'objet d'une évaluation d'impact appropriée, mais la comparaison avant/après suggère que la stratégie pourrait être prometteuse. Il constitue la principale source d'inspiration pour le programme de FBRc.

Le programme de FBRc a démarré en janvier 2015 dans la zone sanitaire d'Okt et est progressivement mis en œuvre dans les huit zones où la Banque Mondiale met en œuvre le FBR.

Architecture et fonctionnement

L'acteur important du FBR au Bénin est l'ASC. Les ASC sont décrits dans les documents officiels comme « dépisteurs et rabatteurs », dans le sens où leur mission est de dépister et d'identifier les pathologies dans la population et d'orienter les patients vers les FS et agents appropriés.

L'objectif des ASC est probablement le mieux résumé par les indicateurs de leur contrat. Dans une première phase du projet, huit indicateurs de base ont été définis, tous axés sur la référence :

- Cas dépistés et référés de malnutrition (6-59 mois) ;
- Les enfants examinés et référés par les ASC pour la malnutrition aiguë sévère ;
- Les enfants de moins de 5 ans à risque orientés vers un centre de santé ;
- Personnes ayant récemment accepté une méthode de planification familiale reçues et référées par un ASC ;
- Enfants entièrement vaccinés âgés d'un an et moins, avec implication des ASC ;
- Les femmes enceintes orientées à la FS pour consultation anténatale ;
- Les femmes orientées à la FS pour consultation postnatale ;
- Nombre de patients indigents orientés par l'ASC à la FS ; et
- Nombre de patients atteints de toux chronique orientés par ASC (et testés positifs pour une toux chronique).

L'ajout de nouveaux indicateurs dans le cadre d'une deuxième phase du projet est encore en cours de discussion. Les indicateurs examinés sont liés à la santé de la mère et de l'enfant, au paludisme, à l'eau et à l'assainissement. Tous les indicateurs des ASC ne sont pas des indicateurs de FBRc. L'idée est que les indicateurs contractés renforceraient les autres indicateurs, non liés au FBRc. Il n'existe cependant aucune preuve qu'un tel mécanisme soit en jeu.

Tous les ASC officiels ne peuvent pas devenir des ASC de FBRc. Une liste des ASC admissibles est établie par le programme de FBRc. Cela comprend l'alphabétisation, l'expérience en tant qu'ASC (au moins deux ans) et la formation antérieure comme critères essentiels. La liste est validée par les leaders communautaires et un programme conjoint de FBRc : l'équipe des autorités de santé forme les ASC qui souhaiteraient faire partie du FBRc sur deux aspects, les procédures de FBR et les pathologies les plus courantes. Il a été souligné qu'il est difficile d'organiser une véritable élection et, qu'être un ASC n'est pas assez lucratif pour en faire un travail à temps plein.

Pour assurer un continuum sans heurt entre la communauté et la FS locale, les ASC sont directement contractés par leurs FS locales. L'architecture classique du FBR a été adaptée à cet effet et, dans la pratique, le contrat avec les ASC est un contrat de sous-traitance.

L'agence d'achat (l'Unité de Coordination du Projet, UCP) relève du Ministère de la Santé et contracte les prestataires de services, qui passent ensuite un contrat avec les ASC pour effectuer certaines tâches. À cet égard, le contrat avec les ASC est une forme de sous-traitance avec l'agence d'achat. Les autorités sanitaires au niveau du district sont les régulateurs. Les contrôleurs sont contractés par l'UCP et, tout comme dans un système classique de FBR au niveau de la FS, utilisent les registres de la FS pour contrôler les résultats des ASC, par exemple si le patient a été correctement référé et bien identifié (nom et adresse). Au niveau de la

communauté, les OBC effectuent un dépistage des patients, ce qui est similaire au dépistage standard des patients dans le cadre du FBR au niveau de la FS : 10 ASC sont sélectionnés au hasard et deux patients identifiés et référés par chacun de ces 10 ASC sont trouvés et enregistrés dans la communauté.

Pour la nouvelle série d'indicateurs qui devrait être introduite dans un avenir proche et incluant les services en dehors des FS, la vérification et le dépistage de patients ont été décrits comme vraiment difficiles, en particulier dans les zones où la FS est éloignée de la communauté et compte peu d'agents de santé qualifiés. Le nombre limité des membres du personnel de la FS fait qu'ils ont du mal à effectuer une première et simple vérification des services fournis au sein de la communauté.

Enfin, il est utile de mentionner que le FBR « standard » peut également avoir amélioré la situation des CFS, puisqu'ils reçoivent désormais des primes.

Effets

Un bref rapport d'évaluation/suivi a été réalisé en début 2016. Il met en évidence le bon fonctionnement du programme de FBRc et le ciblage approprié sur l'amélioration de l'accès aux soins.

Le rapport signale également les problèmes. L'un des plus importants est que seulement un tiers des ASC formés au FBRc sont actifs. Les retards et parfois le manque de paiement sont évoqués en tant que la raison principale de cette attrition. D'autres explications possibles incluent le retard important entre la formation des ASC et le début du programme et le manque de compréhension et d'alphabétisation des ASC. Le rapport souligne que les ASC manquent encore souvent de connaissances de base, ce qui est illustré par le taux important d'orientations erronées : près de 30% des cas étaient invalides (jugés inappropriés) au cours des premiers mois du projet. La situation semble s'être améliorée, cependant, avec ce taux actuel de 4 à 5%. Enfin, le rapport suggère que le manque de rémunération fixe peut également expliquer l'attrition importante, d'autant plus que certains ASC ont tenu compte de la rémunération fixe qu'ils recevaient auparavant dans le cadre du projet UNICEF mentionné ci-dessus.

Au sein de la communauté, les ASC semblent être bien connus, mais il subsiste toujours une confusion entre le CFS et les différents programmes et partenaires. Le rapport de 2016 fait valoir que la population comprend bien les problèmes de santé de la mère et de l'enfant et que le FBRc semble avoir réduit l'écart entre les ASC et le personnel de la FS et rapproché les gens de leurs FS. Des changements comportementaux semblent en cours, à la fois en termes d'attitude du personnel de la FS et en termes d'attitude de la population.

Caractéristiques de la mise en œuvre

Une caractéristique intéressante du programme de FBRc au Bénin est qu'il a été fait en même temps que (et en dialogue avec) la réforme du système d'ASC par le Ministère de la Santé. Les paquets d'activités de FBRc sont alors, de facto, un sous-ensemble de l'ensemble des activités des ASC. Le programme prétend, mais n'a pas de preuves solides, que le paquet de FBRc de l'ASC a un impact positif sur d'autres activités, non liées au FBRc. L'approche du FBRc a été validée par les partenaires et le Ministère de la Santé et mise en œuvre avec un maximum de partenaires locaux et de ressources humaines, ce qui a créé une expertise autochtone pour le (c) FBR.

Tel qu'indiqué dans les lignes directrices officielles du FBRc, l'avenir du FBRc au Bénin est très lié au FBR « standard ». Le principal défi que les lignes directrices mentionnent davantage, réside dans l'intégration du système de FBRc au sein de la communauté et du tissu socio-administratif. En particulier, la relation entre le FBRc et les CFS, les municipalités et la société civile locale reste floue.

Enfin, FBRc a été décrit comme fournissant une solution à un problème plus « politique ». Le gouvernement du Bénin reconnaît depuis longtemps que compter uniquement sur les ASC bénévoles pourrait limiter leur efficacité, mais rémunérer les ASC aurait signifié les considérer de facto comme des fonctionnaires. Ce

n'était pas une option pour le Bénin (et pour d'autres pays), pour des raisons budgétaires et aussi en raison des promesses faites à des organisations internationales à l'instar de l'Union Monétaire Ouest-Africaine et des institutions de Bretton Woods de ne pas augmenter le nombre de fonctionnaires. Le FBRc fournit une solution de contournement pour ce problème. Il ouvre également la voie à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et des Objectifs de Développement Durable, éléments cruciaux pour les partenariats politiques du Bénin. Au niveau local, cependant, il semble que les ASC ne sont pas considérés comme des agents politiques, contrairement aux CFS qui ont été élus au sein de leurs communautés pendant des décennies.

Sources

Entretien avec Alphonse Akpamoli, Coordinateur du Programme National de Renforcement de la Santé, 20 mai 2016.

Gbedji, E., de Borman, N. et Soura, Y. (2015) Manuel d'opérationnalisation du FBR Communautaire du PRPSS, Cotonou : AEDS & Scen Afrik.

Kpatchavi, A. (2016) Présentation PowerPoint sur le FBRc

c. La Gambie

Note : le très récent rapport de la Banque Mondiale de 2016, intitulé *Le Mécanismes de FBR Communautaire de la Gambie : les communautés contractantes pour Stimuler la Demande*, présente une discussion exhaustive des éléments examinés ci-dessous. Les extraits sont référencés « Banque Mondiale, 2016 ».

« La performance de la Gambie en matière de nutrition et de santé liée aux Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) a été modeste : la sous-nutrition persiste et les taux de mortalité des moins de cinq ans et de la mère restent élevés » (Banque Mondiale, 2016). Les progrès liés à ces indicateurs sont généralement inégaux et, les principales contraintes concernent à la fois l'offre et la demande. Du côté de l'offre, les principaux problèmes semblent être la formation et la motivation du personnel, ainsi que la disponibilité de l'équipement et de l'infrastructure. Du côté de la demande, les attitudes envers les patients, les perceptions des patients et les normes culturelles concernant l'accouchement sont considérées comme des problèmes majeurs.

« Le Projet de Nutrition et de Résultats de Santé des Mères et des Enfants (PNRSME) de la Gambie fait recours au FBR pour relever directement les défis liés à la nutrition et à la santé de la mère et de l'enfant, y compris l'assainissement ainsi que l'hygiène » (Banque Mondiale, 2016). Le PNRSME combine un mécanisme de FBR du côté de l'offre avec un mécanisme de FBR communautaire (FBRc) conçu pour renforcer les liens entre les communautés et les FS et, un transfert monétaire conditionnel (TMC) pour que les femmes utilisent les services de SAN en temps opportun. « Son innovation découle également de la nature spécifique de son approche de financement axée sur la demande : le mécanisme de FBR communautaire en Gambie implique la contractualisation des communautés pour créer une demande (et adresser les comportements de santé et de nutrition au niveau communautaire) plutôt que de contracter les ménages comme cela est généralement fait dans les interventions de FBR côté demande à travers le monde. » (Banque Mondiale, 2016)

Le PNRSME « a été initialement mis à l'essai dans la région de *North Bank West*, de novembre 2014 à décembre 2015. Sur la base des enseignements tirés, il a ensuite été étendu à trois régions, à savoir les régions de *Central River*, *North Bank West* et *Upper River*. Le PNRSME élargi a été lancé en mars 2015. » (Banque Mondiale, 2016). Deux autres régions - les régions *North Bank East* et *Lower River* - ont été ajoutées en juillet 2016.

Architecture et fonctionnement

En plus d'introduire un système de FBR au niveau des FS, le PNRSME de Gambie met également en place un système de FBR communautaire et un programme de TMC. Le FBRc constitue l'intérêt principal de ce rapport. Le programme de PNRSME comprend également diverses formations sur le FBR pour les différents acteurs de la santé et la communication sur le changement social et comportemental. Les composantes du FBRc et du TMC cherchent à « mobiliser et autonomiser les femmes et les communautés individuelles afin qu'elles participent à l'amélioration des résultats en matière de nutrition et de santé » (Banque Mondiale, 2016).

« Au niveau de la communauté, la partie du FBRc du PNRSME est exécutée à travers les structures communautaires existantes. Ces structures comprennent le Comité de Développement Volontaire (CDV) et le Groupe de Soutien Volontaire (GSV). [Ce dernier] a été créé à l'origine pour mettre en œuvre l'Initiative Communautaire Adaptée aux Bébé (ICAB) de longue date et promouvoir l'allaitement maternel exclusif. Il est élu par la communauté et composé de membres de la communauté, y compris l'accoucheur traditionnel (AT) - maintenant appelé « compagnon d'accouchement communautaire ». Facilement opérationnels et enracinés dans les communautés, ces entités et acteurs constituent un point d'entrée unique pour les interventions communautaires » (Banque Mondiale, 2016).

Par le biais d'une unité dédiée, le Comité de FBR, le Ministère de la Santé agit en tant qu'acheteur et contracte les CDV pour « coordonner et superviser l'atteinte de seuils de performance prédéfinis » (Banque Mondiale, 2016). À leur tour, les CDV sous-traitent avec les membres du GSV pour opérationnaliser les activités liées aux soins de santé primaires (hygiène, orientation) et à l'ICAB, qui consistent principalement en activités liées à la nutrition. À l'origine, seulement trois activités ont été subventionnées dans la région de *North Bank West* et cela, dans le cadre d'un projet pré-pilote :

- Au niveau individuel : les SAN (visites à la FS), qui constituent essentiellement un programme de TMC qui ne fera pas l'objet de cette étude ; et
- Au niveau communautaire : le nombre d'enfants entre 0 et 6 mois qui sont allaités et le nombre de femmes enceintes à risque identifiées en tant que telles et référées à la FS. Cette activité a été interrompue au terme de la phase pré-pilote.

En mars 2015, deux régions supplémentaires ont été ajoutées au programme et, l'ensemble des indicateurs liés au FBRc a été élargi pour le déploiement principal afin d'inclure :

- Proportion de mères de bébés de 6 à 23 mois ayant consommé de la nourriture recommandée au dernier jour (il existe quatre groupes de nourriture recommandée) ;
- Proportion de mères de bébés de 6 à 23 mois, pouvant citer au moins trois pratiques de bonne alimentation complémentaire ;
- Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans pouvant citer les signes de danger au cours de la grossesse
- Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui pouvant citer quatre avantages de l'allaitement maternel
- Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant consommé de la nourriture provenant de quatre groupes appropriés
- Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accès à des toilettes
- Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accès à une station de lavage des mains équipée
- Les communautés ayant au moins un site de décharge correctement géré ; et
- Nombre de femmes enceintes référées à la FS pour accouchement

La Direction Régionale de la Santé est en charge de la réglementation. Les primes communautaires de FBRc sont versées trimestriellement sur les comptes bancaires des communautés et l'argent est dépensé entre

les CDV (70%) pour les activités de développement villageois telles que définies dans le plan d'affaires trimestriel et les GSV (30%). Dans ce dernier cas, l'argent peut être utilisé pour motiver les volontaires.

L'Agence Nationale de Nutrition, qui fait partie du programme avec le Ministère de la Santé, mène le contrôle des résultats du FBRc. Plus précisément, la vérification de la quantité est effectuée au moyen de visites communautaires mensuelles et s'appuie sur les registres et les rapports communautaires et cela, en détaillant le nombre d'activités de sensibilisation menées et le nombre de patients « à risque » référés à la FS la plus proche. Une agence de vérification externe est également recrutée pour effectuer des contrôles aléatoires semestriels, y compris sur les échantillons de bénéficiaires interrogés par les OBC.

Effets

Une évaluation d'impact rigoureuse est en cours. La base de référence est achevée et la collecte de données sur la ligne médiane est en cours. Des preuves anecdotiques suggèrent que le programme de FBRc produit des résultats positifs en termes de perception de la santé maternelle et de mobilisation sociale, certaines communautés « adoptant de nouveaux concepts, comportements et pratiques créant progressivement l'environnement social approprié requis pour susciter des changements individuels ». (Banque Mondiale, 2016)

L'évaluation d'impact permettra de démêler les effets spécifiques des différentes parties du paquet d'intervention (par ex ; information et incitation financière). Fait intéressant, au moins dans quelques communautés, une portion de la prime communautaire semble être investie dans des actifs de production et cela, à la suite des plans d'affaires établis dans le cadre du mécanisme de FBRc. Cet investissement pourrait aider les communautés à maintenir leurs activités de sensibilisation. Un autre changement qui est en cours est la façon dont la population et le personnel de la FS interagissent : le programme diffuse des informations sur les différentes parties, ce qui contribue à développer la compréhension mutuelle et à aligner les intérêts des différentes parties.

Caractéristiques de la mise en œuvre

Une série d'éléments semble cruciale pour l'efficacité et la pérennité de la composante communautaire du programme (FBRc et TMC) : l'implication directe et explicite des hommes, l'acceptation sociale du programme dans la communauté, l'approche de financement de la santé qui traverse le secteur de la santé et le contexte social ainsi que la pression des pairs. Cette dernière constitue une épée à deux tranchants : la pression des pairs pourrait inciter les gens à adopter un « meilleur » comportement sanitaire, mais cela réduit aussi leur capacité d'agir et soulève la question de savoir dans quelle mesure les changements sont « sincères ».

« Le mécanisme de FBR communautaire comprend un important volet de renforcement des capacités, cherchant à renforcer le leadership et la gouvernance communautaires pour se conformer aux principes et processus du FBR ainsi qu'aux normes et directives nationales. Cela suppose des rapports opportuns et précis, spécifie les exigences pour une diffusion de l'information de qualité ainsi que pour les références communautaires. Néanmoins, il subsiste des lacunes dans les capacités communautaires : une alphabétisation limitée restreint les rapports adéquats et précis ; les définitions d'indicateurs mal comprises faussent le suivi et les paiements incitatifs ; la mise en œuvre s'est concentrée sur la quantité plutôt que sur la qualité, c'est-à-dire atteindre le plus grand nombre de bénéficiaires plutôt que de provoquer de manière effective des changements sociaux et comportementaux » (Banque Mondiale, 2016).

« Le PNRSME est mis en œuvre conjointement avec l'Agence Nationale de Nutrition (NaNA) et le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), en consultation avec un large éventail de partenaires nationaux et internationaux et avec le soutien technique et financier de la Banque Mondiale » (Banque Mondiale, 2016). La durabilité financière du programme dépend toujours du financement de la Banque Mondiale.

Sources

Banque Mondiale (2016) Le Mécanisme de FBR Communautaire de la Gambie : Contracter les Communautés pour Stimuler la Demande, Publications de la Banque Mondiale, Washington DC

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de la Gambie et l'Agence Nationale de Nutrition (*NaNA*) (2015) Projet de Nutrition et de Résultats de Santé des Mères et des Enfants (PNRSME). Banjul

d. RD Congo

La RD Congo est l'un des pays les plus pauvres de la planète. Il se situe au bas de la plupart des classements socioéconomiques internationaux et la situation de son système de santé est extrêmement préoccupante et cela, à tous les niveaux : ressources humaines et financières, équipements, infrastructures, qualité de service et gouvernance.

Dans ce contexte, une grande variété de programmes de FBR a été mise en œuvre dans divers endroits du pays depuis 2000. Ces programmes de FBR ont fortement varié en termes de conception et de mise en œuvre et, leur comparaison n'est pas facile. Par exemple, le projet de FBR de longue date du Sud-Kivu géré par l'ONG néerlandaise Cordaid a documenté des résultats positifs (Soeters et al., 2011), alors qu'une étude d'un autre projet dans le Haut-Katanga signale des problèmes de mise en œuvre et ne montre aucun effet (Huillery et Seban, 2014). La conception et la mise en œuvre devraient avoir un impact important sur les résultats obtenus dans le cadre des programmes de FBR (Fritsche et al., 2014). Le gouvernement, avec le soutien de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, du Fonds Mondial, de Gavi et de l'USAID, étend actuellement le FBR afin de couvrir 24% de la population de la RD Congo. Il n'existe pas de composante de FBRc en soi dans ce nouveau programme de FBR, mais ces dernières années, la Banque Mondiale a financé un programme de renforcement de CFS mis en œuvre par Cordaid qui présente des caractéristiques de FBRc.

La participation de la communauté fait partie des politiques de santé en RD Congo depuis les années 1970. Dans ce territoire vaste et souvent difficile d'accès, les acteurs communautaires semblent souvent les mieux placés pour faciliter l'accès aux services de santé. Selon les directives du Ministère de la Santé, les ASC (relais communautaires) sont élus dans chaque village. Ils élisent entre eux les membres du CFS (Comités de Développement de Santé, CODESA). L'efficacité et la fonctionnalité du système de santé communautaire ne sont pas documentées, mais des preuves anecdotiques suggèrent qu'il est souvent mal fonctionnel, peut-être parce qu'il n'est souvent pas pris en charge (Falisse, 2016). Une étude de base menée dans quatre zones de santé du Sud-Kivu en 2012 a révélé que les membres du CFS étaient rarement impliqués dans la gestion des FS, malgré leur rôle normalement important dans la conception des plans d'affaires de la FS. Du côté des ASC, la situation était davantage confuse : certains ASC étaient simplement des « façades », mais d'autres étaient clairement impliqués dans la promotion de la santé, l'hygiène et l'assainissement. Les déterminants majeurs semblent être l'existence de programmes de soutien et de motivation intrinsèque.

La justification du renforcement du CFS Cordaid était que le CFS n'était pas encore un acteur suffisamment fort dans le FBR du côté de l'offre. En outre, le manque de financement et de formation des membres des CFS a été perçu comme une entrave à l'amélioration de la réactivité des services de santé et de la demande pour eux.

Architecture et fonctionnement

Le programme de renforcement des CFS a débuté en 2012 dans quatre zones de santé de la province orientale du Sud-Kivu. Il a été mis en œuvre par l'ONG néerlandaise Cordaid et cela, avec le soutien du Fonds de la Société Civile de la Banque Mondiale. Sa composante de base consiste à former les membres des CFS sur leur mission et le fonctionnement des FS. Une évaluation d'impact réalisée en 2013 a conclu que cette formation avait conduit à des changements significatifs et positifs dans la gestion des ressources humaines des FS, des infrastructures et des stocks de médicaments. En 2015, avec le soutien du Partenariat

Mondial pour la Responsabilité Sociale de la Banque Mondiale, le projet a été étendu à quatre autres zones de santé au Sud-Kivu et trois autres dans la province du Bas Congo.

Pour maintenir la fonctionnalité des CFS et booster leur développement, le nouveau programme a inclus des mécanismes d'incitation empruntés aux dispositifs de FBR. Une fois que leurs membres sont complètement formés, les CFS sont invités à signer un contrat avec les autorités de la zone de santé. Ce contrat est basé sur le modèle de FBR standard en place et fait recours à la même architecture : l'agence d'achat est l'ONG Cordaid, qui met en œuvre le projet et, différentes autorités sanitaires sont chargées du contrôle et du suivi.

Le contrat est divisé en deux parties. Le premier est un programme de subventions pour les CFS : il vise à garantir que les CFS satisfont aux exigences de base en matière de fonctionnalité. Les indicateurs suivants ont été utilisés :

- Existence de fiches de résultats communautaires et de termes de référence du CFS (indicateurs annuels) ;
- Affichage, à la FS, des programmes du CFS et du prix des services
- Existence de sous-comités du CFS pour les ressources, la mobilisation sociale et la mise en œuvre du paquet minimal d'activités de la FS
- Réunions entre le personnel du CFS et le personnel de la FS, entre le CFS et la population, et entre le CFS et les membres ; et
- Existence d'une liste mise à jour des membres actifs et inactifs des ASC et du CFS

La deuxième partie est liée au rôle des ASC que les membres du CFS ont également et, les indicateurs reflètent les missions des ASC qui consistent à la diffusion de l'information et à la prestation de services de base :

- Formation sur la planification familiale dispensée par les membres du CFS (en leur qualité d'ASC) ;
- Des sessions de sensibilisation sur la planification familiale (en leur qualité d'ASC) ;
- Adhésion aux méthodes contraceptives se trouvant dans les livres des ASC
- Implication des hommes dans les réunions de planification familiale ; et
- Les activités communautaires ont produit des résultats

Chaque indicateur est divisé en sous-indicateurs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Pertinent, Traçable). Il existe une cible trimestrielle ou annuelle pour chaque indicateur. La plupart des indicateurs sont binaires et le paiement maximum pour les indicateurs annuels est de 250US\$, tandis que le paiement maximum pour tous les indicateurs trimestriels est de 67,50US\$. C'est un FBR incomplet dans le sens où les fonctions ne sont pas totalement séparées. L'organisme de réglementation, le Ministère Provincial de la Santé, est également l'organisme de réglementation. Il n'existe pas de suivi adéquat des patients : une seule vérification est effectuée par les autorités sanitaires locales. Dans ce projet pilote, les fonds sont restés entre les mains de Cordaid.

Les CFS ont également la possibilité de solliciter une subvention « d'appariement » biannuelle du CFS. À travers un processus d'appel d'offres concurrentiel, le CFS soumet un plan pour un projet lié à la santé dans la région. Cela a un triple objectif : améliorer l'accès à la santé, renforcer le débat et le dialogue au niveau communautaire et, renforcer la légitimité du CFS. Les subventions se situent entre 300US\$ et 500US\$, avec quelques « super subventions » de 1 000US\$ accordées une fois par an. Pour postuler, le CFS doit produire une application qui démontre qu'il est fonctionnel ; que le projet est fiable et approprié ; et que la communauté contribuera, en espèces ou en nature, à au moins la moitié du coût du projet proposé. Les autorités sanitaires sélectionnent les projets en utilisant une liste de critères objectifs et, l'ONG chargée de la mise en œuvre valide la liste. Le système de FBR est utilisé pour vérifier que l'argent a été dépensé pour

le projet. Le type de projet varie selon les zones sanitaires, reflétant différents problèmes locaux d'infrastructure (bâtiments, installations sanitaires, équipements, etc.).

Effets

L'impact de la formation de base sur le CFS a été signalé ci-dessus : il permet d'améliorer les infrastructures, les ressources humaines et le sentiment d'appartenance des communautés à leurs FS. Les effets des subventions de contrepartie et des subventions des CFS sont plus difficiles à mesurer et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation d'impact appropriée, mais le programme s'est avéré populaire auprès des CFS et les subventions ont aidé à reconstruire les centres de santé et, ce faisant, en tenant compte des priorités de la population (ou au moins son CFS).

L'adoption des différents programmes de soutien aux CFS a été excellente, mais en même temps, les CFS et les ASC peuvent également atteindre leurs limites car les problèmes fondamentaux du système de santé, en particulier les ressources, ne peuvent être résolus uniquement par l'implication de la communauté. Les FBR/FPB au niveau de la FS ont souvent été interrompus au Sud-Kivu, rendant les CFS (et dans une certaine mesure, les ASC) non pertinents pendant un certain temps.

Caractéristiques de la mise en œuvre

Les programmes de soutien aux CFS ne sont mis en œuvre que dans une poignée de zones de santé du vaste territoire de la RD Congo. Ils dépendent clairement du financement externe. Le module de formation sur les CFS bon marché est cependant facile à mettre à l'échelle et est maintenant utilisé par les autorités du Sud-Kivu dans les zones non pilotes.

Les programmes de soutien aux CFS suscitent un intérêt croissant de la part des autorités nationales, mais ils ne font pas encore partie de la politique nationale.

Sources

Entretien avec Michel Zabiti, Chef des Programmes de Santé, Cordaid RD Congo, 07 Juin 2016.

Cordaid RD Congo (2015) Rapport d'impact du projet CODESA I et rapports relatifs au projet CODESA II. Bukavu

Cordaid RD Congo (2014) Note conceptuelle : subvention de contrepartie. Bukavu

Falisse, J.-B. (2016) « The community governance of basic social services in fragile states: HFCs in Burundi and South Kivu, DR Congo », thèse de doctorat, Université d'Oxford

e. Congo

Au Congo, la santé communautaire a été négligée pendant des décennies, sans doute plus encore que dans les autres cas présentés dans ce rapport. Des directives claires sur le travail des ASC (et des CFS) existent, mais elles ne reflètent pas la situation sur le terrain. Les réseaux d'ASC sont peu développés et les ASC ont reçu peu de soutien, même de programmes verticaux.

Cette négligence signifie qu'il existe potentiellement beaucoup de marge d'amélioration de la sensibilisation et de l'engagement de la population auprès des prestataires de soins de santé, ce qui pourrait s'avérer crucial à l'amélioration de l'accès général aux services de santé. Un nouveau programme de FPB de 120 millions d'US\$ (le Deuxième Projet de Développement des Systèmes de Santé, le PDSS-II) comprend un important volet axé sur la demande en plus de son mécanisme (essentiellement axé sur l'offre). Le PDSS-II est une réforme de la santé qui couvre 86% du système de santé, y compris les deux plus grandes villes que sont Brazzaville et Pointe Noire. Le PDSS-II vise à améliorer l'accès à un paquet de

services de base et complémentaires dans tout le réseau de prestation de services, publics et privés (dans les deux villes, plus de 75% des contrats sont avec le secteur privé).

L'une des composantes du PDSS-II, appelé Arc-en-Ciel, vise à améliorer les comportements liés à la santé et cela, à travers un engagement direct avec la population. Son épine dorsale est les visites à domicile par une équipe dédiée à aider les membres du ménage à identifier les zones où un changement de comportement est possible. Le programme Arc-en-Ciel vise à sensibiliser la population à la santé, à accroître l'utilisation des services et à faciliter l'accès aux soins. Sa conception a été influencée par les programmes de coupons, de TMC et de mobilisation sociale et de changement de comportement (par exemple en Amérique latine). Il intègre également les enseignements tirés de l'achat d'une « visite à domicile » par le personnel des FS et est conçu pour permettre au programme national des Maladies Tropicales Négligées d'accéder au niveau des ménages et cela, avec un paquet de médicaments à réaction rapide ciblant des conditions relativement négligées qui affectent largement l'état de santé publique.

La théorie du changement derrière le programme Arc-en-Ciel est que le comportement de recherche de santé sera amélioré et cela, en prodiguant des conseils de santé publique essentiels aux ménages individuels; fournir une incitation non financière et tangible pour le changement (bons et contrat qui servent de rappels et peuvent être échangés contre des services); et l'établissement d'un système permettant de vérifier la promesse d'action du ménage une fois qu'un accord a été conclu sur les questions de santé du ménage (en retournant dans le ménage au cas où ils ne le feraient pas).

Architecture et fonctionnement

Les visites des ménages font partie intégrante de l'ensemble des activités de l'ASC dans le monde. Ils consistent généralement à mettre à jour les registres de population. Les programmes de FBP au Burkina Faso, au Cameroun et au Nigeria ont expérimenté l'achat d'une visite à domicile, qui a remplacé les tentatives précédentes d'achat d'activités communautaires telles que la construction de latrines et la distribution de moustiquaires imprégnées. Cependant, ces expériences semblent indiquer que l'objectif des visites à domicile doit être bien défini pour voir un impact sur la santé. Dans le programme Arc-en-Ciel, l'objectif est clairement défini : la visite est une évaluation ciblée de la situation sanitaire du ménage, qui se transforme ensuite en réflexion avec les membres du ménage sur les changements possibles et un engagement, formalisé par un contrat, pour mettre en œuvre ces changements. Le contrat énumère les engagements : par exemple, l'amélioration de l'eau et de l'assainissement, des pratiques de lavage des mains et du statut vaccinal, du respect des calendriers de suivi de la croissance pour les enfants, des visites anténatales, de la planification familiale, de l'utilisation de moustiquaires imprégnées, etc. Au cœur du programme Arc-en-Ciel se trouve le flux d'informations des ménages vers les ASC et les FS et vice versa.

Les équipes qui mettent en œuvre le programme sont mixtes : l'un des membres est un ASC qui vient de la communauté et, l'autre membre est un membre du personnel de la FS locale. Cela se rapproche d'un emploi à temps plein : chaque tandem devrait couvrir 300 à 400 ménages et, viser deux à trois visites par an (la première devrait durer entre 45 et 60 minutes et, la visite suivante ne devrait prendre que la moitié de ce temps).

A la fin de la première visite, le contrat est signé avec le chef de famille. Le contrat est essentiellement un plan d'action formalisé : le ménage s'engage à améliorer les aspects de comportement de santé discutés avec l'équipe en visite. Le ménage et l'équipe d'Arc-en-Ciel conservent une copie de ce contrat.

Pour chaque engagement listé, un coupon avec une couleur spécifique et un numéro de suivi est émis. L'idée est que les coupons identifient de manière tangible un problème et la promesse d'aller chercher des soins pour ce problème/cette condition. Ils sont également censés servir de rappels de l'engagement. Les couleurs signalent les différentes zones à améliorer (par ex ; hygiène, santé de la mère, etc.), d'où le nom du programme (Arc-en-Ciel). Certains coupons peuvent être échangés contre un accès gratuit aux services

de santé (vaccination, soins curatifs, contraception, nutrition, hygiène et assainissement, soins prénataux et prophylaxie antipaludique) et (b) donner un accès prioritaire à ces services (éviter la file d'attente à l'arrivée). Les bons sont également utilisés pour le suivi : les bons inutilisés montrent où le ménage rencontre des difficultés et le numéro sur le coupon permet à l'équipe d'Arc-en-Ciel d'identifier le ménage.

Les équipes d'Arc-en-Ciel reçoivent une somme attrayante à travers le programme de FBP pour visiter chaque ménage. La rémunération de l'ASC s'effectue par l'intermédiaire d'un outil d'indice développé à la FS. La « visite à domicile » par l'ASC fait partie de la liste des indicateurs de FBP de la FS. Le mécanisme de vérification ainsi que le processus de rémunération de la visite à domicile déclarée est effectué selon la même fréquence que celle des autres indicateurs du paquet minimum d'activités.

Les ménages ne reçoivent pas de récompense monétaire pour l'utilisation des services, mais ils bénéficient du programme d'exemption de frais introduit à travers ce mécanisme de bons et des faibles taux de paiements directs négociés avec les prestataires contractés par le programme de FBP.

Effets

Jusqu'à présent, le principal défi d'Arc-en-Ciel (qui en est encore à ses débuts) semble être qu'il nécessite un tout nouveau système d'ASC dont pratiquement aucun n'existait auparavant. Le programme ne peut pas construire beaucoup sur les structures existantes et doit mettre en place une toute nouvelle structure et cela, en contact avec un grand nombre d'agents. Un autre défi, similaire aux cas du Bénin ou du Cameroun, constitue le niveau d'anticipation et de planification nécessairement élevé pour s'assurer que le financement parvient aux districts de santé et éventuellement aux ASC et cela, dans un délai raisonnable.

Le programme de FBP incluant la composante Arc-en-Ciel est le fruit de discussions prolongées avec le Ministère de la Santé et le Gouvernement, qui finance 86% du projet. L'idée est que le programme devrait pouvoir survivre sans la participation de la Banque Mondiale ; cet aspect se reflète également dans le choix des partenaires locaux pour la mise en œuvre. Le programme semble être devenu une priorité pour le Ministère de la Santé, ce qui est essentiel compte tenu des défis logistiques et administratifs importants (des projets similaires, tels que Kore Famni en Haïti, n'ont jamais démarré, compte tenu de pareil défis).

Arc-en-Ciel fait partie d'un vaste essai contrôlé randomisé, qui devrait fournir des conclusions utiles quant à son impact final (les différentes branches sont : le FBP uniquement, le FBP avec des exemptions de frais pour les plus pauvres parmi les pauvres (20 à 25% des ménages), le FBP avec Arc-en-Ciel, le FBP avec Arc-en-Ciel et exonérations de frais pour les plus pauvres et, le contrôle).

Sources

Entretien avec le Dr Cédric Ndizeye, Consultant à la Banque Mondiale, Congo, 08 juin 2016.

Projet Arc-en-Ciel (2016) Manuel du Protocole de Visite à Domicile. Brazzaville

f. Rwanda

Note : Le très récent rapport de la Banque Mondiale de 2016, Le Financement Basé sur la Performance Communautaire au Rwanda : Évaluation d'Impact, fournit une discussion détaillée des éléments discutés ci-dessous. La plupart de cette étude de cas reproduit simplement le résumé de cet excellent rapport. Les extraits sont référencés « Banque Mondiale, 2016b ».

« Depuis juin 2006, le Rwanda a mis en œuvre un programme national de financement basé sur la performance (FBP) axé sur l'offre dans les hôpitaux et les centres de santé. Ce programme de FBP de "première génération" a fourni des récompenses financières aux formations sanitaires afin de promouvoir les soins de santé de la mère, de l'enfant et du VIH/SIDA ». (Banque Mondiale, 2016b). Une évaluation

d'impact de ce premier programme élargi de FBP montre une augmentation du nombre d'accouchements médicalisés et de visites de soins préventifs chez les jeunes enfants mais aucun effet sur les visites prénatales et les calendriers de vaccination (Basinga et al., 2011).

« En 2010, la “deuxième génération” du FBP au Rwanda, le programme de Financement Basé sur la Performance Communautaire (FBPc), a été lancée pour s'attaquer au problème persistant de la faible utilisation des services de santé par les mères et leurs enfants. Le FBP communautaire a mis en œuvre les trois interventions suivantes : (i) des incitations en nature du côté de la demande pour les femmes, (ii) des récompenses financières pour les coopératives d'agents de santé communautaires (ASC) et, (iii) des récompenses combinées du côté de la demande et des ASC. Les trois interventions du FBPc ont été introduites en octobre 2010 dans des secteurs choisis au hasard. Une évaluation d'impact (EI) prospective et rigoureuse a été élaborée avec l'engagement du Gouvernement rwandais (GR) pour évaluer les impacts du FBP sur les résultats sanitaires et, déterminer la possibilité d'étendre l'initiative du FBP à l'échelle nationale » (Banque Mondiale, 2016b).

Le système s'appuie sur le système d'ASC déjà existant mais partiellement fonctionnel et a été mis en œuvre dans un contexte où la majorité de la population rurale vit loin du centre de santé et, où le gouvernement a reconnu d'autres obstacles à l'accès aux soins, tels que l'information et les normes culturelles.

Le FBRc faisait partie du Deuxième Plan Stratégique du Secteur de la Santé (2009 à 2010), dont les domaines prioritaires comprenaient l'amélioration de la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et, la nutrition, en particulier chez les moins de 5 ans. Le plan était lui-même perçu comme un moyen d'atteindre des objectifs socio-économiques plus importants tels que la Vision 2020 du Rwanda et les OMD. L'ambition du programme, tel qu'expliqué précédemment, était que le FBRc augmenterait l'accès à l'utilisation des principaux services de santé de la mère et de l'enfant et aiderait à accroître le nombre de visites, d'accouchements médicalisés et l'utilisation de contraceptifs modernes restés faibles avec le FBP (Ministère de la Santé du Rwanda, 2011).

Architecture et fonctionnement

Deux approches de FBRc ont été mises en œuvre au Rwanda.

La première représente « des incitations conditionnelles en nature pour les femmes. La stratégie d'incitation conditionnelle en nature pour les femmes vise à accroître le recours précoce aux soins prénatals, les accouchements médicalisés et les soins postnatals afin de diagnostiquer et traiter les menaces évitables à la santé de la mère au cours de l'accouchement et les menaces immédiates pour la santé de la mère et du nouveau-né après l'accouchement. Cette approche axée sur la demande offre des cadeaux aux mères pour avoir reçu des soins prénatals et postnatals précoces, ainsi que pour avoir accouché dans un centre de santé » (Banque Mondiale, 2016b).

Dans cette première approche, les FS distribuent les biens en utilisant un registre de distribution qui enregistre les utilisateurs. Un système de bons, avec des copies carbone, est utilisé pour suivre et auditer le processus de distribution. Les femmes peuvent échanger les bons contre des biens (à l'origine : des draps pour adultes + des pastilles d'eau, ou des lingettes pour bébé + des pastilles d'eau). Le rapport se fait en grande partie par téléphone et la vérification de la quantité d'incitations en nature distribuées est effectuée, optionnellement, au cours des visites de suivi mensuelles régulières dans les centres de santé par l'hôpital de district.

La deuxième approche consiste en un système d'incitations financières « axées sur l'offre » pour les coopératives d'ASC. Les objectifs de la stratégie d'incitation des ASC comprennent : (i) améliorer la qualité des données rapportées au niveau sectoriel, (ii) accroître l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant et, (iii) améliorer la motivation et le comportement des ASC. L'approche axée sur l'offre fournit des récompenses financières directement aux coopératives d'ASC. Il existe deux composantes à ce modèle :

Une approche de « paiement pour les indicateurs », selon laquelle les coopératives d'ASC reçoivent un paiement trimestriel basé sur la performance des indicateurs cibles. Le programme a commencé avec les cinq indicateurs incitatifs de santé de la mère et de l'enfant suivants :

- Suivi nutritionnel : nombre d'enfants (âgés de 6 à 59 mois) suivis et référés pour l'état nutritionnel) ;
- SAN : nombre de femmes accompagnées/référées au centre de santé pour les soins anténatals avant ou au cours du 4ème mois de grossesse ;
- Accouchements : nombre de femmes accouchant dans les formations sanitaires
- Implication des hommes dans les réunions de planification familiale ; et
- Planification familiale : nombre de nouveaux usagers de la planification familiale référés par l'ASC au centre de santé
- Planification familiale : nombre d'usagers réguliers de contraceptifs modernes au centre de santé ; et

Dans le cadre du modèle « paiement pour les indicateurs », les coopératives d'ASC reçoivent une taxe unitaire pour chaque service référé à la FS au cours d'un trimestre.

Une approche de « rémunération pour les rapports » selon laquelle les coopératives d'ASC reçoivent une rémunération trimestrielle basée sur la soumission en temps opportun de rapports de données de qualité relatives à 29 indicateurs. L'approche de « rémunération pour les rapports » est née des enseignements tirés au cours d'une phase antérieure avec une expérimentation (ratée) avec le FBRc (2005 à 2008). Il a été décidé de mettre en place une approche de " rémunération pour les rapports " qui inciterait les coopératives d'agents de santé communautaires (chacune composée d'environ 150 ASC) à collecter des rapports crédibles et en temps opportun de leurs circonscriptions. C'était le programme de FBRc original : les deux autres approches, les incitations en nature du côté de la demande et « l'achat de cibles » ont été ajoutées à ce programme national de « rémunération pour les rapports ». L'impact de la « rémunération pour les rapports », qui a été étendue à l'échelle nationale en 2009, n'a pas pu être évalué. L'EI de la Banque Mondiale de 2016 mentionnée plus haut ne pouvait faire état que des deux branches du « FBRc » ajoutées en plus du programme de « rémunération pour les rapports » du FBPC.

Quatre indicateurs, liés à la tuberculose et au VIH, ont été ajoutés aux cinq indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant incités par la partie du FBRc des coopératives d'ASC (l'intervention « FBRc » du côté de l'offre). En outre, les montants d'incitation ont progressivement diminué. En 2011, les montants d'incitation étaient environ 50% de leur niveau en 2010 et en 2014, ils représentaient environ 36% des taux initiaux. En ce qui concerne les incitations en nature axées sur la demande, les centres de santé individuels ont délaissé les achats centraux des cadeaux pour les achats individuels. De nombreux centres de santé ont connu des ruptures de stock au cours de la mise en œuvre du programme, ce qui a conduit à des bénéficiaires éligibles ne recevant pas les transferts. Une raison possible à cela est que le fardeau logistique de la distribution des cadeaux à tous les centres de santé était trop important pour le bureau de santé communautaire du ministère.

Puisque les indicateurs concernent l'orientation, la vérification peut facilement suivre des procédures de FBR relativement standard et comprend: (1) un contrôle standard trimestriel au niveau de la FS par «un comité directeur dirigé par l'administration du gouvernement local» (Banque Mondiale, 2016b); 2) une évaluation trimestrielle de la qualité des coopératives d'ASC (Banque Mondiale, 2016b) par le même comité; et (3) le dépistage intentionnel ou sélectif des patients par le comité de district et le comité sectoriel. Un rapport de 2014 de Renaud et Semasaka a souligné le besoin d'une plus grande rigueur et d'une fréquence accrue dans cette recherche de patients.

Les districts de santé sont chargés de la supervision et du suivi. Le Trésor National transfère l'argent dans les comptes de la FS et il incombe ensuite à la FS de transférer l'argent dans les comptes de la coopérative des ASC. Les contrats sont ratifiés avec le comité de pilotage sectoriel du FBP au niveau du district.

Effets

L'EI réalisée en 2016 résume les résultats du FBRc de la façon suivante :

« Les incitations liées à l'offre aux coopératives d'ASC n'ont eu aucun impact sur les indicateurs de résultats. Lorsque l'on comparait le groupe d'intervention du côté de l'offre au groupe de contrôle, il n'y a pas eu de différence significative dans le taux de femmes qui ont signalé des consultations anténatales et prénatales en temps opportun ou des accouchements dans des centres spécialisés. Il n'existe non plus de différence dans les comportements autodéclarés des ASC par des indicateurs tels que le nombre d'heures consacrées au travail de santé, le nombre de ménages visités ou la fréquence de consultation avec d'autres ASC. De même, pour les mesures de satisfaction et de motivation des ASC, aucun effet n'a été observé, bien qu'il y ait globalement très peu de variation dans les réponses à la plupart de ces questions.

D'un autre côté, les incitations en nature du côté de la demande ont un impact positif significatif sur les soins anténatals et postnatals. Comparativement au groupe de contrôle, les femmes du groupe d'étude qui mettaient uniquement en œuvre l'intervention du côté de la demande étaient 9,6 points de pourcentage plus susceptibles de suivre un programme de soins anténatals au cours des quatre premiers mois de leur dernière grossesse et de 7,2 points de pourcentage plus susceptibles de suivre un programme de soins postnatals dans les 10 jours après l'accouchement. Ces effets sont significatifs aux niveaux de 1% et 5% respectivement. Aucun effet significatif n'a été constaté sur les accouchements dans des centres spécialisés. Les accouchements à l'intérieur des formations sanitaires ont continué de progresser dans tout le pays, commençant à des niveaux bas en 2005 (environ 40%) et atteignant des niveaux d'environ 90% en 2015.

L'impact des incitations en nature sur les soins anténatals et les soins postnatals en temps opportun est remarquable étant donné que les données de l'enquête démontrent que les cadeaux n'étaient pas toujours disponibles. Quarante-deux pour cent des centres de santé des deux groupes d'étude qui ont mis en œuvre le programme ont signalé des ruptures de stock de cadeaux et 31% ont signalé des ruptures de stock souvent ou très souvent. Seule une minorité de femmes ayant déclaré avoir droit aux transferts ont également déclaré les avoir reçus. Il est également important de noter que certains centres de santé ont mis en œuvre leurs propres mesures incitatives du côté de la demande en tant que stratégie visant à accroître la couverture des services incités par le mécanisme national de FBP au niveau de la FS. Les impacts ont été détectés bien que certains centres de santé de contrôle aient mis en place leurs systèmes d'incitation indépendants.

Il n'y a pas eu d'effets multiplicatifs sur les résultats obtenus lorsque les interventions du côté de la demande et de l'offre ont été combinées. Dans l'ensemble, les résultats mesurés au groupe de traitement combiné sont très similaires à ceux mesurés dans le groupe de traitement de la demande » (Banque Mondiale, 2016b).

Caractéristiques de la mise en œuvre

« L'évaluation a montré que les incitations liées à la demande peuvent accroître les comportements de recherche de soins de santé même si les incitations sont en nature et même si les prestataires de santé sont déjà incités à couvrir les mêmes services ciblés. Les impacts importants sur les soins anténatals et postnatals ont été détectés, bien que de nombreux centres de santé aient connu des ruptures de stock de cadeaux et seule une minorité de femmes éligibles ont déclaré avoir reçu les transferts. Théoriquement, il se pourrait qu'un impact plus important sur la demande puisse être réalisé si les femmes étaient certaines de recevoir les transferts lorsqu'elles répondraient aux critères d'éligibilité. [...] Le financement de l'achat des cadeaux a cessé d'être transféré aux centres de santé vers février 2013 [certains centres de santé continuant à acheter des cadeaux avec leurs propres ressources

pendant un certain temps]. Cependant, environ un an plus tard, les formations sanitaires dans les branches d'étude mettant en œuvre les incitations liées à la demande étaient encore beaucoup plus susceptibles de fournir des cadeaux aux services ciblés » (Banque Mondiale, 2016b).

L'étude propose quelques explications possibles de l'absence d'effets du FBRc sur l'offre: en plus des défauts potentiels du modèle expérimental (confusion au sujet des règles), les montants incitatifs étaient potentiellement trop bas (environ 7,26US\$ par ASC, par terme); l'organisation dans les coopératives aurait pu affaiblir les efforts individuels: puisque 70% des paiements doivent de toute façon être investis dans la coopérative, des comportements de parasitisme peuvent s'être développés; et il pourrait être possible que les incitations financières pour la performance ne soient pas très efficaces lorsque les ASC sont déjà sous contrat (et ont été formés) pour transmettre des informations sur les mêmes indicateurs (en bref: le changement dans le comportement des ASC résultant de la transmission de l'information compense l'effet de rémunération pour les résultats du FBRc).

Enfin, il faut noter que le Rwanda est un cas particulier en termes de gouvernance et de politique, peut-être plus que d'autres cas présentés dans ce rapport. Le FBR (FBP) faisait partie d'une gestion très soigneusement conçue des apports d'aide et des nouvelles politiques de santé contrôlées par l'État, limitée à quelques partenaires externes et, clairement orientée vers des objectifs (de développement) bien définis par le gouvernement. Un fonds à donateurs multiples a été créé, comprenant la Banque Mondiale et le Fonds Mondial. Les mécanismes (de FBRc) sont maintenant revus à la baisse dans le cadre de la nouvelle politique du système de santé et probablement en tant qu'une conséquence de nouvelles contraintes financières.

Sources

Entretien avec Gil Shapira, Banque Mondiale, 14 juin 2016.

Renaud, A. et Semasaka, J.-P. (2014) «Verification of performance in Results-Based Financing (RBF): the case of community and demand-side RBF in Rwanda », Document de Travail de la HNP (91772).

Banque Mondiale (2016b) Financement Basé sur la Performance Communautaire au Rwanda : Évaluation d'Impact. Publication de la Banque Mondiale, Washington DC.

Ministère de la Santé du Rwanda (2011) Financement Basé sur la Performance de la Communauté Nationale : Paiement pour Rapport, Paiement des Indicateurs et Transferts Conditionnels en Nature : Un Manuel de Mise en œuvre. Kigali