

# Contribution des Agences de Contractualisation et de Vérification à l'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires au Burkina Faso

Zénab K. KOUANDA<sup>1</sup>, Moussa KABORE<sup>2</sup>, Abdoulaye SOROMOYE<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Coordonnateur Agence de contractualisation e de vérification de la région du Centre-Est*

<sup>2</sup> *Assistant technique Service financement basé sur les résultats Burkina Faso*

<sup>3</sup> *Banque mondiale, Burkina Faso*

Septembre 2016

## Introduction- Contexte

En vue de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Burkina Faso – soutenu par la Banque Mondiale (BM) – a décidé d’adopter l’approche du financement basé sur les résultats (FBR) pour stimuler les indicateurs de santé, particulièrement ceux liés à la santé maternelle et infantile. Malgré une amélioration certaine, les taux de mortalité restent élevés, particulièrement au parmi les mères et les enfants vulnérables.<sup>1</sup>

Egalement motivé par les résultats produits par les stratégies de financement basé sur les résultats/les performances dans des pays comme le Rwanda, le Burundi et le Cameroun, le Burkina Faso a initié en 2009 la mise en œuvre progressive du FBR dans le secteur de la santé.

## Financement Basé sur les Résultats au Burkina Faso

Le FBR finance les formations sanitaires en fonction des services prestés et sur la base d’indicateurs quantitatifs et qualitatifs vérifiés. La phase pré-pilote du FBR a d’abord été introduite en 2011 dans trois districts sanitaires (Sapouy, Léo, Boulsa). En 2014, une phase pilote a permis d’étendre le FBR à 12 districts supplémentaires – impliquant une mise en œuvre dans six régions sanitaires. L’intervention couvre plus de 650 centres de santé du premier échelon, 11 centres médicaux avec antenne chirurgicale et, quatre centres hospitaliers régionaux, desservant conjointement 4 450 000 de personnes en est bénéficiaire.

## Gouvernance dans le FBR

La gouvernance est un concept relativement nouveau dans le secteur de la santé qui renvoie à trois idées fortes. Pour la Banque Mondiale, la gouvernance est traduite comme « la manière par laquelle le pouvoir est exercé dans la gestion des ressources économiques et sociales d'un pays au service du développement. »<sup>2</sup> Selon la Commission européenne, la gouvernance désigne « les règles, les processus et les comportements qui influent sur l’exercice des pouvoirs, particulièrement du point de vue de l’ouverture, de la participation, de la responsabilité, de l’efficacité et de la cohérence. »<sup>3</sup> Ce sont là les cinq "principes de la bonne gouvernance"<sup>3</sup>.

La gouvernance de santé se base sur trois dimensions fondamentales<sup>4</sup> :

- Un système de gestion qui est l’ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités.
- Un système d’information, englobant les données et les systèmes d’exploitation requis pour assurer l’intelligibilité et la transparence pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population.
- Un système de financement, avec des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d’allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs.

La bonne gouvernance dans le secteur santé est donc un concept qui suppose un ensemble d’attributs que sont la qualité, l’efficacité et l’efficience, l’équité, la participation et le consensus, la transparence et la redevabilité sociale<sup>5</sup>. Derek Luyt, rappelle que le « Centre for Social Accountability (CSA) » d’Afrique du Sud définit la redevabilité sociale comme « le droit d’obtenir une justification et une explication de l’utilisation des biens et des services publics de la part de ceux qui sont chargés de leur gestion et de leur utilisation »<sup>6</sup>. Par cette définition, il est clair que les fournisseurs de ces services de santé devraient rendre compte aux

---

<sup>1</sup> Plan National de Développement Sanitaire du Burkina Faso, 2011-2020

<sup>2</sup> Définition tirée d’un rapport de la Banque Mondiale intitulée « Gouvernance et développement » paru en 1992

<sup>3</sup> Source : « Livre blanc sur la gouvernance européenne », Commission européenne, juillet 2001.

<sup>4</sup> Source : André-Pierre Contandriopoulos « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. » Santé publique 2008, volume 20, n° 2, pp. 191-199

<sup>5</sup> Source : « Booster la gouvernance de la santé publique », Applied Social Sciences Forum (ASSF), décembre 2014

<sup>6</sup> Réseau affilié pour la responsabilité sociale en Afrique ([ANSA](#)) (Social Accountability in Africa : Practitioners Experiences and Lesson)

citoyens en général et les utilisateurs de ces services en particulier. La redevabilité peut ainsi être appréhendée comme un élément de la responsabilité.

Dans le cadre de l'intervention des agences de contractualisation et de vérification (ACV) dans le FBR, la gouvernance dans les systèmes de santé est vue sous l'angle de la gestion des ressources matérielles, financières et humaines, du rapportage des données et de la redevabilité sociale, de l'implication des agents de santé dans la gestion des structures de santé et dans l'organisation des services de santé.

### Les Agences de Contractualisation et de Vérification au Burkina Faso

Le FBR est une stratégie basée sur des principes dont la séparation des fonctions : celles de la contractualisation et de la vérification de celles de la prestation et de la régulation.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette stratégie, le ministère de la santé du Burkina Faso a recruté des organisations accompagnantes issues de la société civile pour assurer le rôle d'agences de contractualisation et de vérification (ACV). Par conséquent, dans chacune des régions concernées par la mise en œuvre du FBR, il est mis en place une ACV. Six ACV ont alors été recrutées pour couvrir les six régions. Ces ACV ont pour mission d'accompagner les agents de santé dans la mise en œuvre du FBR. Ainsi, en plus d'effectuer mensuellement la vérification quantitative des prestations en vue du paiement des subsides, les ACV doivent travailler à inculquer la culture de la bonne gestion de leurs structures de santé aux agents de santé à travers l'élaboration de plan d'amélioration de la performance (PAP), l'utilisation de l'outil d'indice. A travers leu la redevabilité sociale.

Le PAP est un outil de planification trimestrielle des activités issue de l'analyse faite lors des vérifications quantité mensuelle et des vérifications qualité trimestrielle. Il contient une analyse de situation conduisant à l'identification des principaux problèmes qui handicapent l'atteinte des objectifs. Il contient également la liste des activités à réaliser *afin d'arriver aux résultats escomptés dans le contrat* mensuellement avec leurs coûts. Le PAP sert de référentiel pour mener les activités concourant à l'atteinte des objectifs de la formation sanitaire et le personnel participe à son élaboration. Il est objet d'une évaluation trimestrielle avant l'élaboration du prochain PAP. C'est donc un business plan trimestriel de la FS dont l'existence conditionne le renouvellement du contrat de toute formation sanitaire pour bénéficier des financements. Il est le fruit de l'ensemble des agents, des membres du comité de gestion (COGES) de la formation sanitaire (FS).

Par ailleurs l'outil d'indice (OI) est un outil de gestion financier élaboré mensuellement. Il permet de faire le point des recettes du mois et des dépenses prévisionnelles du mois suivant afin de déterminer la prime globale puis la prime individuelle à percevoir issue des fruits de la performance de la FS. Cette prime globale correspond donc aux bénéfices mensuels générés par la FS après déduction des dépenses prévisionnelles du mois suivant. Les critères pour établir la prime individuelle du personnel comprennent la qualification de l'agent de santé, son ancienneté dans le district sanitaire, son niveau de responsabilité dans la FS, le nombre de jours d'absence, la note de l'évaluation individuelle du rendement de l'agent par son supérieur hiérarchique direct permettent de calculer les primes individuelles.

Il est à noter que l'ACV reste comptable de la qualité de ces deux outils contractuels tous les PAP de toutes les formations sanitaires sous sa responsabilité.

Près de deux ans de travail des ACV sur le terrain, que peut-on percevoir comme résultats en matière de bonne gouvernance dans les formations sanitaires qui mettent en œuvre le FBR ?

### Méthodologie

Notre analyse est faite suite à une capitalisation des expériences et des connaissances à la fois de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV), du Service Technique en charge du Financement basé sur les résultats et de la Banque Mondiale au Burkina Faso sur la mise en œuvre du FBR dans le pays mais aussi sur les données de la base des données FBR (Portail FBR) du Burkina Faso.

## Résultats

La mise en œuvre de la stratégie FBR pendant la phase pré pilote au sein des formations sanitaires avant l'intervention des ACV souffrait de nombreuses insuffisances. En effet la plupart des formations sanitaires ne disposaient pas de plan d'action servant de cadre de référence à la réalisation des activités. Les quelques rares formations sanitaires qui en disposaient ne s'en référaient pas. De même, la gestion des ressources matérielles et financières était du ressort de l'infirmier chef de poste qui n'impliquait que très rarement les membres du COGES (président et trésorier) qui sont cosignataires sur les comptes des formations sanitaires. Il a été souvent vu des formations sanitaires qui ne disposaient pas de rapport de trésorerie.

Depuis leur installation, chacune des ACV dans leur zone d'intervention ont travaillé à ce que chaque formation sanitaire dispose d'outils de planification et de gestion. Il s'agit notamment du plan d'amélioration de la performance (PAP) et de l'outil indice.

L'ACV a procédé à l'appui à l'élaboration des PAP des formations sanitaires grâce à une organisation minutieuse qui impliquait une coordination avec les agents de santé afin d'éviter les chevauchements avec d'autres activités (rencontre au niveau district, organisation de campagnes nationales ou locales de vaccination ou de distribution de médicaments...). En effet, trimestriellement une équipe conjointe composée des membres du staff de l'ACV et d'un représentant de l'équipe cadre de district si disponible, se rend au sein des FS afin d'aider l'ensemble des agents de santé à rédiger leur PAP. Cet appui se fait selon un programme d'appui établi et diffusé à l'ensemble des structures sanitaires.

L'ACV a ainsi réussi au cours de ces appuis à outiller les agents de santé à l'élaboration des PAP de qualité grâce à l'implication effective de l'ensemble des agents de santé, des membres du Comité de gestion de la FS avec l'accompagnement de l'équipe cadre de district. Les agents de santé et les membres COGES ont eu donc l'opportunité, chaque trimestre d'avoir des échanges francs et directs sur la conduite de la gestion de la FS, de définir ensemble les options de planification et d'en assumer les résultats chacun selon son niveau de responsabilisation.

Ce cadre de travail a également permis à l'ACV d'aplanir certaines tensions et conflits d'ordre relationnel entre d'une part les agents de santé entre eux et d'autre part entre agent de santé et membres de comité de gestion ; difficultés relationnelles qui souvent étaient source de démotivation, de comportement néfaste pour la performance de la structure de santé.

Les ACV ont appuyé également mensuellement les agents de santé dans l'élaboration et l'utilisation de l'outil d'indice (OI). Au départ, cet outil qui s'élaborait avec l'ordinateur était non maîtrisé et les agents ne se pressaient pas de l'élaborer. Au fil des appuis les responsables des structures sanitaires ont acquis l'utilisation de l'OI. Pour cela il a fallu inciter toutes les FS à acquérir un ordinateur et apprendre à utiliser le logiciel Excel, logiciel sur lequel s'élabore l'OI. Tout le personnel de la formation sanitaire est impliqué dans l'élaboration de l'outil d'indice et les résultats sont affichés. Cet apprentissage a également aplani les conflits sur la répartition des primes individuelles car chaque agent était assuré par sa participation à la fidélité des résultats générés de l'OI.

En somme parce que l'ACV a réussi le défi de l'inclusion et de la participation des autres agents de santé à l'élaboration des deux outils contractuels nécessaires pour un contrat FBR que sont le PAP et l'OI, elle a assuré la transparence dans la planification des activités et dans la gestion financière des formations sanitaires. Cette transparence a sans nul doute contribué à l'amélioration constante de la performance de l'ensemble des FS.

Il est prévu dans la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso, l'organisation trimestrielle de vérifications communautaires couplées à une enquête de satisfaction des utilisateurs des services de santé<sup>7</sup>. Elle est organisée par l'ACV en collaboration avec des enquêteurs recrutés par des associations locales. Cette vérification a pour but de renforcer la voix de la communauté, d'une part par la vérification de l'effectivité des prestations supposées avoir été délivrées et d'autre part en recueillant sa satisfaction de l'utilisation des services de santé. Elle permet de déterminer un score de qualité dit perçu qui compte pour 15% du score globale de qualité de chaque formation sanitaire. L'utilisateur est ainsi au cœur de l'analyse des problèmes de la structure de santé et son jugement influence le score de qualité et donc le montant du bonus de la qualité perçu par les agents de santé. A travers cette vérification communautaire, les agents de santé rendent compte de la qualité des services qu'ils offrent à leur population. Certaines formations sanitaires n'ont ainsi pas perçu de bonus de la qualité car leur score de satisfaction perçu était suffisamment bas pour faire chuter leur score global de qualité en dessous de cinquante pourcent (50%).

Il est à noter que seulement deux vérifications communautaires ont pu être organisées compte tenu des contraintes budgétaires.

Avec les ACV, les données transmises par les formations sanitaires au SNIS sont plus fiables en ce sens que les données sont vérifiées avant le paiement des subsides. Cette vérification a permis de rendre disponible tous les supports de collecte de données en quantité et en qualité ; Ce qui n'étaient pas forcément le cas avant (exemple de cas d'absence de registre de consultation du nourrisson sain, d'existence de registre de vaccination du nourrisson sain de qualité non conforme). Un système de pénalité instauré et appliqué par les ACV pour sanctionner les discordances dans le rapportage des données au système national d'information sanitaire des formations sanitaires a rapidement permis de corriger sur le terrain les négligences dans le décompte des indicateurs. La qualité de la vérification quantité donne toute sa crédibilité aux indicateurs qui sont par ailleurs achetés à la hauteur de ce qu'ils valent.

Ces résultats ont été possibles car les ACV ont organisé un coaching rapproché et suffisamment efficace des formations sanitaires du 1<sup>er</sup> échelon ayant permis la mise en place et l'utilisation des outils de planification et de gestion, à travers la formation continue du personnel de santé sur la stratégie du FBR. L'organisation d'évaluation périodique systématique de la qualité des structures de santé et de la performance des structures d'encadrement, le volume du flux financier injecté dans le système de santé a certainement également contribué à l'atteinte de ces résultats au niveau des formations sanitaires.

Après plus de 2 ans d'intervention, les ACV ont certainement contribué à :

- La mise en place et à l'utilisation des outils de planification et de gestion que sont les PAP et les outils d'indices
- La transparence dans la Gestion financière des FS avec élaboration de l'outil d'indice mensuelle avec tous les agents de santé, ce qui permet de faire le point de la trésorerie mensuelle et de planifier les dépenses à exécuter le mois suivant en conformité avec le plan d'affaire (PAP) initialement élaboré.
- Avoir un consensus autour des stratégies à mettre en œuvre avec l'ensemble du personnel pour atteindre les objectifs en santé
- Obtenir une certaine redevabilité sociale par le renforcement de la voix de la communauté
- Avoir une meilleure prise en compte de la satisfaction des utilisateurs des services de santé

## Difficultés

Pour autant les ACV ont connu certaines difficultés dans la réalisation de leur mission. Ces difficultés ont été surtout d'ordre organisation, institutionnel, réglementaire et financière. En effet, l'un des écueils dans

---

<sup>7</sup> Guide de la vérification communautaire couplée à l'enquête de satisfaction du FBR au Burkina Faso. Avril 2015

l'atteinte des objectifs des ACV a d'une part, été l'organisation structurelle des ACV définie dans le design du FBR au Burkina. Ainsi il n'est prévu que trois membres comme staff régional de l'ACV que sont le coordonnateur, le coordonnateur adjoint et l'opérateur de saisie, et cela au détriment de la taille de la population de la région ou le nombre FS sous la responsabilité de cette ACV. Par ailleurs, seul le staff ACV avait pour mission d'assurer le coaching du PAP et de l'OI de toutes les structures de santé. Cette obligation contractuelle a eu pour conséquence que trois, parfois seulement deux agents (le coordonnateur et le coordonnateur adjoint) ont eu en charge de visiter et appuyer chaque trimestre l'ensemble des formations sanitaires d'une région sous FBR (de quinze à cent cinquante formations sanitaires par région).

D'autre part les ACV ont certes été installées officiellement dans la plupart des régions par les gouverneurs de région ou leurs représentants où elles ont pris fonction, mais cette introduction a satisfait plus le volet protocolaire que le volet institutionnel de la mission des ACV. Aussi aucune note officielle n'a été prise pour entériner la présence des ACV aux côtés des structures régaliennes de l'état. Le rôle des ACV n'a ainsi pas été suffisamment compris et accepté par certaines structures d'encadrement. Cela a eu pour conséquence, que ces structures n'ont parfois pas systématiquement invité l'ACV lorsqu'elles l'auraient dû comme lors des vérifications de la qualité des formations sanitaires du second échelon ou lors de l'évaluation de la performance des structures d'encadrement auxquelles l'ACV participe en tant qu'observateur de la régularité de l'activité. Les cadres de concertation Equipe cadre de district et ACV n'ont pas toujours été systématiquement conviées par les premiers responsables des districts sauf parfois sous l'insistance des ACV. Ces insuffisances dans la collaboration entre les administrateurs publiques et les ACV n'ont pas toujours permis une action synergique sur le terrain et une totale transparence dans la gestion financière des structures de santé, et la redevabilité que ces acteurs devraient avoir envers les communautés n'ont pas toujours été observées.

Les retards accusés dans la disponibilité des fonds à allouer aux ACV tout au long de leur action a impacté négativement sur l'effectivité de certaines activités telles que l'organisation de la vérification communautaire. Aussi seulement deux vérifications communautaires ont pu être organisées par les ACV en deux ans de fonctionnement. Il va s'en dire que l'avis de la communauté n'a pas pu suffisamment être pris en compte dans l'amélioration des prestations de santé.

Enfin l'ACV a été confrontée à l'insuffisance dans la préparation de l'introduction des agents de santé dans l'approche du FBR notamment dans sa notion de la contractualisation et des obligations inhérentes et cela même au niveau des structures d'encadrement. En effet, avant la mise en place des ACV, toutes les structures sanitaires publiques étaient systématiquement sous la stratégie FBR sans aucune condition, donc sans aucune forme de contrat. Pour cela, des tensions vives ont parfois été observées au début de l'élaboration des PAP et des outils d'indice car aucune disposition d'élaboration en termes de disponibilité des outils (information des membres COGES, rapport de trésorerie, draft de PAP) n'était prise pour faciliter l'élaboration des PAP et des OI. Par ailleurs la rupture de contrat de certaines FS suite à l'absence de PAP a créé des mécontentements au sein de ces FS à l'encontre de l'ACV.

S'il est réel que l'intervention des ACV a contribué à améliorer la gouvernance dans les formations sanitaires du 1<sup>er</sup> échelon, les recommandations suivantes peuvent être faites pour améliorer leurs actions : i) augmenter la légitimité des ACV par la prise de notes officielles entérinant leurs actions sur le terrain, ii) allouer plus de ressources humaines, matérielles et financières aux ACV afin de leur permettre d'assurer au mieux leurs missions.

Mais dans la perspective d'une généralisation de ce mode de financement à l'ensemble du pays, et surtout du fait de la réduction du montant du financement alloué à la stratégie, il serait judicieux de penser à une évolution de la forme structurelle actuelle des ACV. En effet une des critiques faites à la stratégie FBR est la part financière importante des ACV. D'autres alternatives sont alors proposées, certes moins onéreuses mais elles devront relever le défi de l'efficacité et du respect de la séparation des fonctions gage de la crédibilité des résultats achetés.