

# Contribution du FBR à l'amélioration de la qualité technique des soins : cas du Burkina Faso

Dr Rita ZIZIEN, Dr Watton Rodrigue DIAO, Dr Oumar OUATTARA

## Introduction

Le Burkina Faso s'est engagé à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) faisant suite aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Ainsi, depuis l'an 2000 dans cette optique, de nombreuses initiatives ont été adoptées et mises en œuvre. Les résultats obtenus, non négligeables, sont restés en deçà des attentes et le ministère de la santé avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) a fait le choix de la mise en œuvre de stratégies novatrices dont le Financement Basé sur les Résultats (FBR).

Cette stratégie a débuté au deuxième trimestre de l'année 2011 par une phase test dans trois districts sanitaires (Boulsa, Léo et Titao). Après 18 mois de mise en œuvre de la phase test, trois évaluations, l'une interne et les deux externes ont été réalisées et ont montré des tendances encourageantes dont l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires. Suite à cela, le Ministère de la santé du Burkina Faso a bénéficié d'un financement de la Banque Mondiale (BM) pour la mise en œuvre d'une phase pilote de la stratégie dans quinze districts sanitaires (y compris les 3 districts de la phase test) issus de six régions que sont les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-est, du Centre-ouest, du Centre-nord, du Nord et du Sud-ouest.

Débutée le 26 décembre 2013, la stratégie vise l'achat des résultats produits par le personnel de santé. Elle consiste à payer des subsides pour la quantité des indicateurs produits et un bonus en lien avec la qualité de ces indicateurs appréciée à la fois au niveau des structures de soins et auprès des bénéficiaires dans la communauté. Ainsi, cette stratégie s'oppose au financement classique dans lequel l'Etat fournissait très souvent sans l'avis des bénéficiaires des intrants et sans exiger de résultats. Dans un contexte marqué par la rareté des ressources et le débat sur la qualité de soins dans les structures sanitaires, on peut se poser la question suivante : Le FBR a-t-il contribué à améliorer la qualité des soins et des services de santé ?

## Objectif général :

Montrer la contribution du FBR dans l'amélioration de la qualité technique des soins dans les formations sanitaires le mettant en œuvre au Burkina Faso.

## Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire l'évolution des scores techniques de la qualité dans les structures de mise en œuvre du FBR au cours des 18 premiers mois
- ✓ Identifier les facteurs qui pourraient expliquer les variations de ces scores techniques de qualité ;
- ✓ Décrire les effets produits au cours de la mise en œuvre du FBR, qui ont un impact sur l'amélioration de la qualité de soins.
- ✓ Identifier les leçons apprises au cours des 18 mois de mise en œuvre du FBR
- ✓ Formuler des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires mettant en œuvre le FBR.

## Hypothèses :

- Hypothèse principale :

Les variations constatées dans l'amélioration de la qualité des soins sont liées à des facteurs internes et externes aux formations sanitaires sous FBR.

- Hypothèses secondaires :

1. L'amélioration de la qualité des soins de santé est liée à la présence des infrastructures sanitaires, des ressources humaines, des équipements sanitaires répondant aux normes et standards d'une formation sanitaire.
2. Il existe des facteurs liés aux professionnels de la santé qui déterminent l'amélioration de la qualité des soins dans les structures de santé impliquées dans la mise en œuvre du FBR.
3. L'amélioration de la qualité technique des soins de santé est effective dans les établissements de santé où les travailleurs bénéficient de l'appui des structures d'encadrement.

## Méthodologie :

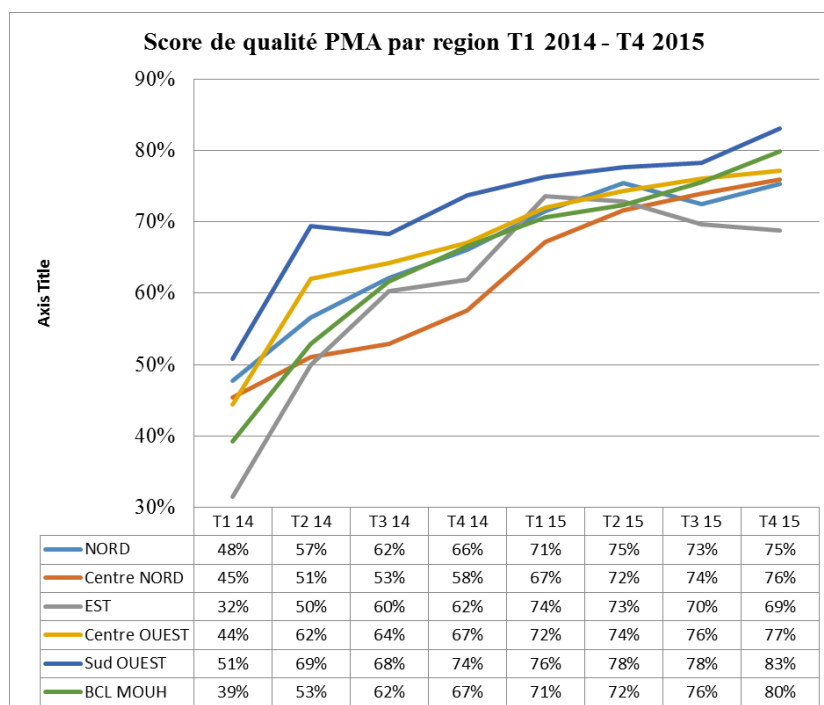
Sur la base des résultats des vérifications qualitatives trimestrielles réalisées dans les formations sanitaires du premier échelon, du second échelon et du deuxième niveau, une compilation puis une analyse des données a été faite. Le minimum acceptable de score technique qualité d'une structure à une vérification qualitative était de 50%.

Les domaines et les éléments de vérification suivants ont été retenus pour la vérification de la qualité au niveau des formations sanitaires du 1<sup>er</sup> échelon, 2<sup>ème</sup> échelon, 2<sup>ème</sup> niveau et sont présentés dans les tableaux 1, 2, 3 ci-dessous.

## Résultats

Les graphiques suivants présentent l'évolution des scores de qualité de 2014 à 2015 obtenus par les formations sanitaires du premier échelon.

### Résultats 1 : Evolution des scores de qualité de T1 2014 à T4 2015 au niveau du 1er échelon

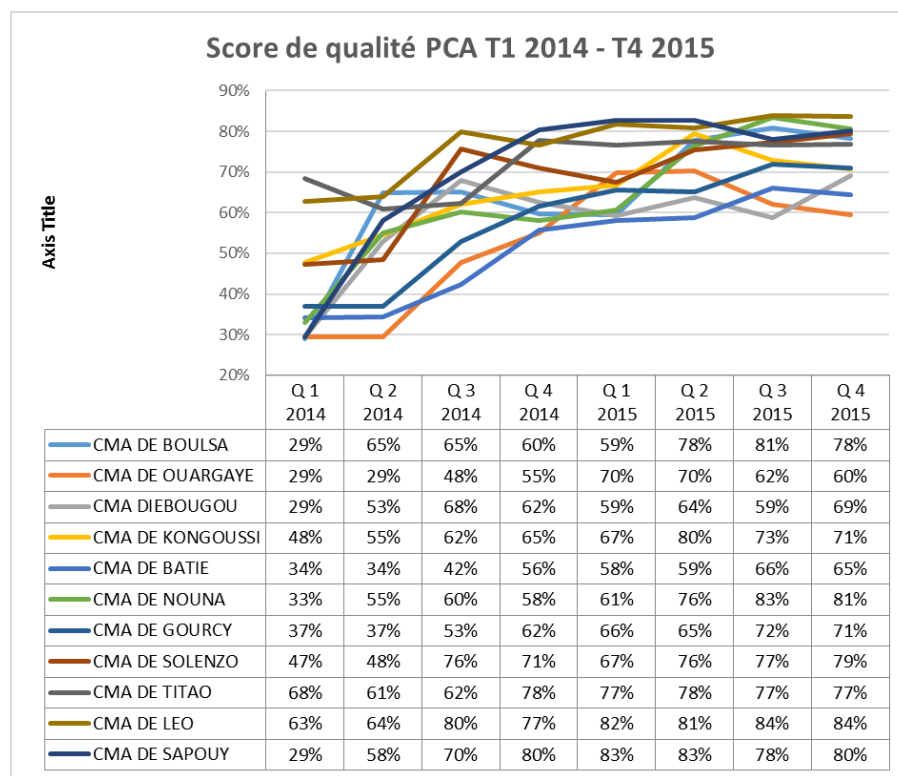


On constate une évolution croissante des scores de qualité au cours de ces deux années de mise en œuvre. En effet, le score moyen de qualité à la première évaluation trimestrielle variait entre 32% dans la région de Centre-est à 51% au sud-ouest. A partir du deuxième trimestre de l'année 2014, le

score moyen de la qualité dans toutes les régions est resté supérieur à 50% et l'évolution a été graduelle pour atteindre des extrêmes de 69% et 83% respectivement dans les mêmes régions.

## Résultats 2 : Evolution des scores de qualité de T1 2014 à T4 2015 au niveau du 2nd échelon

Les graphiques suivants présentent l'évolution des scores de qualité de 2014 à 2015 obtenus par les formations sanitaires du second échelon.



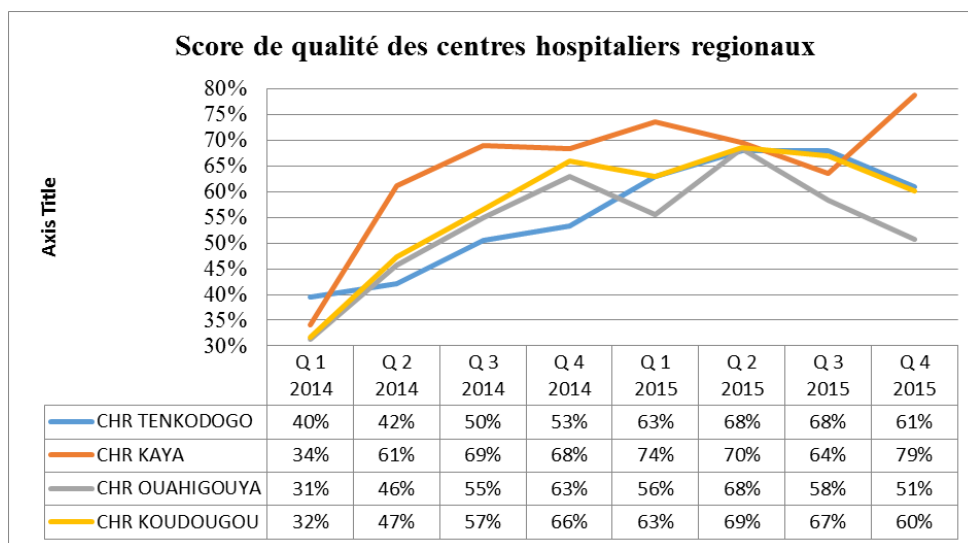
L'allure des courbes est ascendante dans l'ensemble des formations sanitaires et est croissante.

Dans la même période, au niveau du second échelon, le score qualité est passé des extrêmes de 29% (dans les CMA de Sapouy, Dédougou, Ouargaye respectivement dans les régions du centre ouest, sud-ouest et centre-est) et 68% (au CMA de Titao dans la région du nord) pour atteindre des extrêmes de 60% (au CMA de Ouargaye dans la région du centre-est) et 84% (au CMA de Léo dans la région du centre-ouest). L'ensemble des CMA ont franchi le seuil de 50% du score technique de qualité à la fin de la première année de mise en œuvre et depuis le score est resté relativement croissant.

Entre Q2 2014 et Q2 2015, on constate une croissance positive de la courbe, montrant une amélioration du score technique de qualité. Tandis que de Q3 à Q4 2015, les scores sont restés constants et pourraient être liés aux modifications apportées aux grilles qualités, initiées par le service en charge du FBR afin de susciter plus d'efforts de la part des prestataires.

### Résultats 3 : Evolution des scores de qualité de T1 2014 à T4 2015 au niveau du 2ème niveau

Les graphiques suivants présentent l'évolution des scores de qualité de 2014 à 2015 obtenus par le deuxième niveau.



Les scores de qualité sont aussi ascendants sur les deux années de mise en œuvre au niveau du 2<sup>ème</sup> niveau.

Dans les centres hospitaliers régionaux, la première évaluation qualitative a donné des scores qualité de départ variant entre 32% à Ouahigouya et Koudougou et 40% Tenkodogo. Le seuil de 50% du score technique qualité a été franchi par l'ensemble des CHR à partir du troisième trimestre de l'année 2014. Par la suite, l'évolution est différente d'un CHR à un autre.

De façon générale les scores moyens techniques de qualité des structures ont peu ou pas augmenté entre le deuxième trimestre et le quatrième trimestre de l'année 2015. Cela s'explique d'une part par le mouvement des agents vers d'autres régions pour des raisons sociales et surtout pour la formation professionnelle. D'autre part c'est la période où les subsides qui devaient servir à financer les plans d'amélioration des performances de la même période ont été virés. Cela a occasionné une démotivation de certains agents. Ainsi des structures ont pu maintenir leur niveau de performance, tandis que d'autres ont baissé.

Hypothèses qui pourraient expliquer les résultats :

*On peut poser la question : qu'est ce qui pourrait expliquer l'amélioration du score technique de la qualité des soins?*

On constate une amélioration des scores techniques de qualité qui pourraient s'expliquer par la motivation du personnel, la formation continue et l'encadrement grâce aux vérifications qualité, le développement et la mise en œuvre des plans d'amélioration de la performance (PAP), la prévision de réserve financière dans l'outil d'indice en vue du renforcement des équipements des structures, l'appréciation des bénéficiaires à travers l'enquête communautaire, l'existence la disponibilité permanente d'un personnel qualifié, la disponibilité des médicaments et l'existence d'un environnement sociopolitique stable.

#### 1. La motivation du personnel :

Elle est externe. La motivation externe du personnel n'est autre que les incitatifs financiers payés sous forme de subsides dans lesquels une prime individuelle calculée sur la base des critères définis dans l'outil d'indice revient à chaque prestataire indépendamment des salaires qui sont régulièrement payés par l'Etat. Cette prime individuelle est variable et est fonction d'une part de la productivité de la structure en termes de quantité et de qualité et d'autre part de la contribution individuelle de chaque prestataire. Aussi, la présence chaque trimestre des équipes de vérificateurs qualité est également un

aspect certain de la motivation externe du personnel. Cela pourrait expliquer la tendance à l'amélioration continue des scores techniques de qualité dans notre cas.

La motivation est aussi interne. En effet les obstacles à la qualité sont avant tout d'ordre humain. La qualité ne se décrète pas dans un bureau. Il ne suffit pas d'écrire une procédure, une norme ou un protocole pour que les choses progressent. Le FBR aurait créé une dynamique d'entreprise dans les structures de mise en œuvre où les prestataires se plaisent à voir leur entreprise grandir. Cela pourrait expliquer la bonne appropriation des normes et protocoles et leur respect surtout, la mise à niveau des structures, l'amélioration des conditions d'accueil des utilisateurs ; toute chose qui contribue à améliorer la qualité des soins.

## 2. Les évaluations qualitatives

Elles mesurent les écarts entre la qualité voulue (contenue dans les critères de qualité FBR) et la qualité réalisée (le niveau obtenu par les structures mettant en œuvre le FBR). Elles apprécient également les écarts entre la qualité attendue (représentée surtout dans notre contexte par l'accueil) et la qualité perçue c'est-à-dire la satisfaction des usagers. Ainsi, elles font ressortir des dysfonctionnements que les structures travaillent à résoudre par un cercle vertueux de démarche qualité<sup>1</sup> à savoir planifier, mettre en œuvre, vérifier, agir pour améliorer la qualité. Ce mécanisme du FBR, régulier dans notre contexte pourrait en partie expliquer le progrès des scores qualité obtenu durant cette période de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso et impacter positivement sur la qualité de soins.

## 3. Quelques effets pouvant améliorer la qualité des soins

Au cours de la mise en œuvre du FBR, un certain nombre d'effets ont été notés :

- L'amélioration de l'accueil des utilisateurs des services de santé avec la création et l'identification d'un service d'accueil, l'achat de banc et de chaises pour les patients, la confection de rideau et paravent pour garantir la discrétion visuelle.
- L'amélioration de l'offre des soins avec l'achat de matériel médicotechnique (comme ballon d'oxygène, aspirateur à pédale, lits, matelas, table d'accouchement, table de consultation, etc.), l'utilisation de moustiquaires par tous les patients mise en observation ou hospitalisés et la contractualisation avec des agents qualifiés pour mener des soins de qualité.
- Le renforcement des infrastructures avec la construction de dépôts de vente de médicaments essentiels génériques (MEG), de logement pour les agents et de normalisation de certains centres (construction de dispensaire ou de maternité).
- Le renforcement de la logistique roulante à travers l'acquisition de motocyclette pour la réalisation des activités de prévention dans les aires de responsabilité en stratégie avancée.

## Limites

Le mixage des indicateurs de processus et de résultats dans l'appréciation des scores de qualité pourrait être une limite à faire le lien entre le score qualité élevé et la qualité des soins.

## Enseignements Tirés

On peut retenir de la mise en œuvre du FBR au BF ceci :

Le niveau élevé des scores techniques de la qualité, obtenus dans des conditions où se conjuguent la motivation du personnel, elle-même soutenue par les évaluations trimestrielles régulières et l'allocation des subsides, produit nécessairement des effets en lien avec l'amélioration de la qualité des soins.

## Conclusion

Le FBR est une stratégie innovante de financement au BF. Sa mise en œuvre a contribué à améliorer la qualité des soins au regard de l'évolution croissante des scores techniques de qualité dans les

structures pilotes. Cependant des limites à sa mise en œuvre existent et des actions devaient être prises afin de les lever, ce qui optimiserait l'atteinte des objectifs en matière de santé.

## ANNEXES

Tableau 1 : Éléments de vérification de la qualité au niveau du premier échelon

N°	Domaines	Éléments de vérification
1	Indicateurs généraux	Indicateurs généraux
		Tenue des supports de collecte de données
2	Infrastructures - équipements - prévention des infections	Conditions d'accueil des utilisateurs
		Disponibilité du matériel médico – technique
		Prévention des infections
3	Médicaments et consommables	Gestion des médicaments, consommables et intrants
		Respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités
4	Planification et gestion des finances	Gestion Financière
		Plan d'amélioration de la performance (PAP)
5	Visites à domicile	
6	Consultations curatives et mise en observation ; Prise en charge des nouveaux consultants de 5 ans et plus reçus en CCI	Prise en charge des enfants de 2 mois à moins de 5 ans malades
		Mise en observation des malades
7	Santé des enfants	Vaccination des enfants de 0 à 11 mois,
		Consultation du nourrisson sain de 0 à 11 mois
		Consultation du nourrisson sain de 12 à 23 mois
8	Santé de la mère	Consultations prénatales
		Consultations postnatales
		Accouchement
		PF (toute méthode)
9	Malnutrition	Prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAM)
		Prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAS sans

N°	Domaines	Éléments de vérification
		complication)
10	VIH/SIDA	Dépistage de l'infection à VIH
		Prise en charge des femmes enceintes séropositives
		Suivi des PVVIH sous ARV
		Application à la naissance du protocole PTME aux nouveau-nés de mères séropositives
11	Tuberculose	Dépistage de la tuberculose
		Prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)
<b>TOTAL</b>		

Tableau 2 : Éléments de vérification de la qualité au niveau du second échelon

N°	Domaines	Éléments de vérification
1	Indicateurs généraux	Indicateurs généraux
		Tenue des supports de collecte de données
2	Infrastructures - équipements - prévention des infections	Conditions d'accueil des utilisateurs
		Disponibilité du matériel médico - technique
		Prévention des infections
3	Médicaments et consommables	Gestion des médicaments, consommables et intrants
		Respects des normes réalisation de certaines activités
4	Planification et gestion des finances, du matériel, et de l'immobilier	Gestion Financière
		Plan d'amélioration de la performance (PAP)
5	Consultations externes et contre-références	Consultations externes
		Contre – références réalisées et transmises au niveau du CISSE/SIM
6	Santé des enfants	Prise en charge des enfants de 29 jours à 59 mois (selon l'approche TETU)
		Prise en charge des urgences néonatales

N°	Domaines	Eléments de vérification
		Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère avec complications
7	Hospitalisations chirurgie et	Hospitalisations
		Interventions chirurgicales majeures
8	Santé de la mère	Accouchements eutociques assistés
		Césariennes
		Prise en charge des GEU
		Accouchements dystociques
		Consultations prénatales
		Consultations postnatales
		Soins post avortements
		Prise en charge des utilisatrices de la PF (contraceptifs oraux, injectables, DIU, implants)
		Prise en charge des utilisateurs de la PF (ligature des trompes)
9	VIH/SIDA	Dépistage volontaire de l'infection à VIH
		Mise sous protocole ARV des femmes enceintes VIH+
		Prise en charge des bébés nés de mères séropositives
		Initiation sous ARV des PV VIH
		Suivi des PVVIH sous ARV
10	Tuberculose	Dépistage des cas de TPM+
		Prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)
<b>TOTAL</b>		



Tableau 3 : Éléments de vérification de la qualité au niveau du 2ème niveau

N°	Domaines	Éléments de vérification
1	Indicateurs généraux	Indicateurs généraux
		Tenue des supports de collecte de données
2	Infrastructures - équipements - prévention des infections	Conditions d'accueil des utilisateurs
		Disponibilité du matériel médico - technique
		Prévention des infections
3	Médicaments et consommables	Gestion des médicaments, consommables et intrants
		Respects des normes réalisation de certaines activités
4	Planification et gestion des finances, du matériel, et de l'immobilier	Gestion Financière
		Plan d'amélioration de la performance (PAP)
5	Consultations externes et contre-références	Consultations externes
		Contre – références réalisées et transmises au niveau du CISSE/SIM
6	Santé des enfants	Prise en charge des enfants de 29 jours à 59 mois (selon l'approche TETU)
		Prise en charge des urgences néonatales
		Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère avec complications
7	Hospitalisations et chirurgie	Hospitalisations
		Interventions chirurgicales majeures
8	Santé de la mère	Accouchements eutociques assistés
		Césariennes
		Prise en charge des GEU
		Accouchements dystociques
		Consultations prénatales
		Consultations postnatales

N°	Domaines	Éléments de vérification
		Soins post avortement
		Prise en charge des utilisatrices de la PF (contraceptifs oraux, injectables, DIU, implants)
		Prise en charge des utilisateurs de la PF (ligature des trompes)
9	VIH/SIDA	Dépistage volontaire de l'infection à VIH
		Mise sous protocole ARV des femmes enceintes VIH+
		Prise en charge des bébés nés de mères séropositives
		Initiation sous ARV des PVVIH
		Suivi des PVVIH sous ARV
10	Tuberculose	Dépistage des cas de TPM+
		Prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)
<b>TOTAL</b>		