

Boîte à outils : financement basé sur la performance

FBP

György Bèla Fritsche, Robert Soeters,
Bruno Meessen



BANQUE MONDIALE



Boîte à outils : financement basé sur la performance



Boîte à outils : financement basé sur la performance

György Béla Fritsche, Robert Soeters et Bruno Meessen
avec

Cedric Ndizeye, Caryn Bredenkamp,
et Godelieve van Heteren



Banque mondiale
Washington, DC

This work was originally published by the World Bank in English as *Performance-Based Financial Toolkit* in 2014. In case of discrepancies, the English version will govern.

La version originale de cet ouvrage a été publiée en anglais par la Banque mondiale en 2014 sous le titre *Performance-Based Financial Toolkit*. En cas de divergence, le texte en langue originale prévaut.

[Avertissement]

The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of the World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent.

The World Bank do not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Les analyses et conclusions de ce livre sont formulées sous la responsabilité ne reflètent pas ne reflètent pas nécessairement le point de vue de la Banque mondiale, de son Conseil d'administration ou des États qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données citées dans cet ouvrage. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent rapport n'impliquent de la part de la Banque mondiale ni aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement que l'institution reconnaît ou accepte ces frontières.

Rien dans les présentes ne constituera ou ne sera considéré comme une limitation ou une dispense des privilèges et immunités de la Banque mondiale, qui sont expressément réservés.

Performance-Based Financial Toolkit

Copyright © 2014 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

Boîte à outils : Financement basé sur la performance

© 2014 Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement / Banque mondiale

Publié par Pearson France
74, rue de Lagny
93100 Montreuil
France

Réalisation PAO : Graph'im64

ISBN : 978-2-3260-0072-8



Sommaire

<i>Avant propos</i>	<i>xvii</i>
<i>Remerciements</i>	<i>xix</i>
<i>Auteurs et contributeurs</i>	<i>xxi</i>
<i>Acronymes</i>	<i>xxv</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
I.1 La Boîte à outils	1
I.2 Bref historique du FBP	4
I.3 Financement basé sur les résultats : une profusion de termes	7
I.4 Un exemple simple d'application du FBP à un établissement de santé	11
Notes	13
Références	14
Partie 1	
Questions conceptuelles, FBP pour les établissements de santé	17
1 Acheter une certaine quantité de services	19
Principaux messages	19
Les sujets abordés dans ce chapitre	19
1.1 Comment procéder à l'achat d'une certaine quantité de services par voie de FBP : quatre points à considérer	20
1.2 Comment faut-il aborder les différentes questions conceptuelles liées à l'achat de services ?	21
1.3 Comment procéder à la sélection des services : le processus concret	31
1.4 Comment gérer les demandes d'inclusion de services supplémentaires	41
Liens aux documents et outils	42

Notes	43
Références	43
2 Vérifier la quantité des services	45
Principaux messages	45
Les sujets abordés dans ce chapitre	45
2.1 Introduction : la vérification en tant que pierre angulaire du FBP	46
2.2 Modalités de vérification d'un FBP	46
2.3 Vérification <i>ex ante</i> et <i>ex post</i> de la quantité des services	47
2.4 Défis opérationnels	50
2.5 Questions liées à la transition : une mise en œuvre rigoureuse	55
Liens aux documents et outils	56
Notes	57
Référence	57
3 Mesurer et vérifier la qualité	59
Principaux messages	59
Les sujets abordés dans ce chapitre	59
3.1 Introduction	60
3.2 Diversification des mesures de stimulation de la qualité : l'approche de la carotte et carotte vs la méthode de la carotte et du bâton et leurs différents effets	62
3.3 Outils de mesure de la qualité : comment le financement basé sur la performance rémunère-t-il la qualité ?	70
3.4 Conseils sur l'élaboration d'une <i>check-list</i> de la qualité	73
3.5 Des contextes différents : divers exemples de fiches de vérification de la qualité	76
Liens aux documents et outils	84
Notes	84
Références	85
4 Fixer les prix unitaires et calculer les coûts	87
Principaux messages	87
Les sujets abordés dans ce chapitre	87
4.1 Introduction	88
4.2 Contexte du calcul des coûts : le FBP en tant qu'approche de la réforme du secteur santé	88

4.3	L'importance d'équilibrer les revenus et les dépenses de l'établissement de santé	90
4.4	Le budget nécessaire	91
4.5	Fixer des tarifs unitaires qui permettent de respecter le budget	93
4.6	Un exemple testé de calcul des coûts d'un paquet minimum d'activités	96
4.7	Achat stratégique	109
	Liens aux documents et outils	110
	Notes	110
	Références	111
5	Tenir compte de l'équité	113
	Principaux messages	113
	Les sujets abordés dans ce chapitre	113
5.1	Introduction : pourquoi faut-il se préoccuper de l'équité ?	114
5.2	FBP : une approche novatrice à l'amélioration de l'équité	116
5.3	Comment améliorer le caractère pro-pauvre des FBP	117
5.4	Mesurer et suivre l'équité d'un FBP	131
5.5	Ressources recommandées	134
	Notes	136
	Références	136
6	Autonomie et gouvernance de l'établissement de santé	139
	Principaux messages	139
	Les sujets abordés dans ce chapitre	139
6.1	Introduction : l'importance de l'autonomie de l'établissement de santé	140
6.2	Principales composantes de l'autonomie de l'établissement de santé	141
6.3	Accroître l'autonomie : améliorer les résultats	141
6.4	L'autonomie doit aller de pair avec la redevabilité	144
6.5	Fixation des tarifs et fonds renouvelables de médicaments	146
	Note	147
	Référence	147

7	Gestion financière de l'établissement de santé et outil d'indice	149
	Principaux messages	149
	Les sujets abordés dans ce chapitre	149
	7.1 Introduction	150
	7.2 Sources générales d'entrées financières d'un établissement de santé	150
	7.3 Vérification des montants	151
	7.4 Le processus de paiement des établissements de santé	153
	7.5 L'outil d'indice	155
	Liens aux documents et outils	162
8	Cadres de performance pour administrations de la santé : inciter à la régulation	165
	Principaux messages	165
	Les sujets abordés dans ce chapitre	165
	8.1 Introduction : les raisons justifiant l'application de cadres de performance FBP aux administrations sanitaires	166
	8.2 Cadres de performance pour administrations sanitaires : leur fonctionnement	166
	8.3 Quels cadres de performance faut-il inclure et qui les évalue ?	168
	8.4 Combien faut-il budgétiser pour les cadres de performance FBP ?	171
	Liens aux documents et outils	171
	Note 172	
	Partie 2	
	Structures de conception et problématiques	173
9	Investissements pour aider les établissements de santé à démarrer	175
	Principaux messages	175
	Les sujets abordés dans ce chapitre	175
	9.1 Introduction	176
	9.2 L'unité d'investissement	176
	9.3 Pourquoi les unités d'investissements sont-elles nécessaires ?	176
	9.4 Quels sont les montants en cause ?	176
	9.5 Comment fonctionnent les unités d'investissement	178
	Référence	179

10 Améliorer la gestion de l'établissement de santé	181
Principaux messages	181
Les sujets abordés dans ce chapitre	181
10.1 Introduction	181
10.2 Les trois outils de renforcement de la gestion	182
10.3 Stratégies avancées pour l'amélioration des résultats de l'établissement de santé : enseignements tirés des pratiques optimales	190
Liens aux documents et outils	199
Références	199
11 Structures et questions de gouvernance	201
Principaux messages	201
Les sujets abordés dans ce chapitre	201
11.1 Introduction	201
11.2 Séparation des fonctions : favoriser la transparence, la voix et la redevabilité	202
11.3 Structures de gouvernance d'un FBP : défis et types d'acheteurs	205
11.4 Contractualisation en vertu d'un FBP : mise à l'échelle, marché intérieur, contrats et gouvernance	211
Liens aux documents et outils	214
Note	215
Références	215
12 Collecte des données et diffusion	217
Principaux messages	217
Les sujets abordés dans ce chapitre	217
12.1 Introduction : la collecte des données et leur exploitation sont essentielles au FBP	217
12.2 Comment se distingue la collecte des données pour les besoins d'un FBP	218
12.3 Comment fonctionnent les applications Internet d'un FBP	220
12.4 Comment rendre fonctionnelle l'application Internet d'un FBP	221
Liens aux documents et outils	226
Notes	226
13 Analyse des données et apprentissages	227
Principaux messages	227
Les sujets abordés dans ce chapitre	227

13.1 Introduction	227
13.2 Comparaison de la performance	228
13.3 Stratégies de développement des capacités d'analyse des données	236
Liens aux documents et outils	238
Note238	
Références	238
14 Assistance technique et formation sur les FBP	239
Principaux messages	239
Les sujets abordés dans ce chapitre	239
14.1 Introduction	239
14.2 Types d'assistance technique nécessaires à un FBP	240
14.3 Le dispositif d'équipe élargie	245
14.4 Renforcement des capacités, formation, et travail Sud-Sud	249
Liens aux documents et outils	254
Références	255
15 Élaborer et actualiser un manuel FBP	257
Principaux messages	257
Les sujets abordés dans ce chapitre	257
15.1 Introduction	257
15.2 Contenus d'un manuel FBP	258
15.3 Révisions régulières des outils	260
Liens aux documents et outils	261
16 Mise à l'épreuve pilote d'un FBP	263
Principaux messages	263
Les sujets abordés dans ce chapitre	263
16.1 Introduction	264
16.2 Pourquoi un FBP pilote ?	264
16.3 Comment démarrer un FBP pilote : réunir les informations et évaluer le contexte	265
16.4 Comment démarrer un FBP pilote : adapter l'approche au contexte local	274
16.5 Intervention pilote : information des parties prenantes, partage de connaissances et formation	276
16.6 <i>Check-list</i> pour responsables de la mise en œuvre	279

Liens aux documents et outils	283
Notes	283
Références	284

Partie 3

Données factuelles sur les FBP 287

17 Évaluations de FBP et questions fréquemment posées 289

Principaux messages	289
Les sujets abordés dans ce chapitre	289
17.1 Introduction	290
17.2 La génération de données de recherche factuelles sur les FBP est un travail continu	290
17.3 Les programmes FBP des pays à revenu faible et intermédiaire et de l'OCDE présentent à la fois des différences et des similitudes	300
17.4 Pour être réussis, les programmes FBP doivent avoir été bien conçus et être mis en œuvre de façon appropriée	305
17.5 Questions fréquemment posées	310
Notes	313
Références et autres sources	314

Encadrés

1.1	Le FBP et l'accès universel aux soins de santé	2
1.2	Centre de santé <i>Mayo-Ine</i> , Nigéria	5
1.1	Payer pour la performance au Sénégal	22
1.2	Acheter un pourcentage de couverture en Haïti	23
1.3	Acheter un pourcentage de couverture au Libéria	23
1.4	Comment s'assurer que les services sont de type FBP-SMART	26
1.5	Comment les travailleurs de santé peuvent-ils influencer la quantité des services	26
1.6	Enseignements tirés de l'expérience	33
1.7	Utiliser la technique Delphi modifiée	35
1.8	Utilisation de la technique Delphi modifiée dans les processus de FBP : une analyse en profondeur au Rwanda	38
2.1	Méthodes d'échantillonnage pour enquêtes de satisfaction des usagers communautaires menées dans le cadre d'un FBP	50
2.2	Défis en matière de vérification et de contre-vérification	56

3.1	<i>Check-list</i> de la qualité nigériane	71
3.2	Message important	75
3.3	Gestion de la qualité optimale et indicateurs d'assurance-qualité élaborés pour le FBP en République Kirghize	83
4.1	Décentralisation de la gestion des ressources humaines aux centres de santé : le cas du Rwanda	93
4.2	Calcul des coûts moyens	95
4.3	La différence entre l'achat de soins curatifs et l'achat stratégique à travers un FBP qui cible les soins préventifs	110
5.1	Burundi : une approche multiforme à l'équité dans le financement et l'utilisation	123
5.2	Gratuité partielle des soins de santé à travers le FBP du Burundi : l'histoire personnelle d'une femme Batwa ^a	127
6.1	Définir la gestion des ressources humaines	143
6.2	Participation communautaire et dispositifs de voix communautaire	145
7.1	Processus décisionnel décentralisé sur les résultats du FBP au Nigéria	151
7.2	Payer pour la performance au Burundi	153
7.3	Acheminer l'argent aux établissements	155
7.4	Les trois outils du FBP des établissements de santé	156
8.1	Le besoin de cadres de performance : un apprentissage difficile	167
8.2	Une seconde mise à l'échelle au Burundi : appliquer les enseignements tirés du Rwanda	171
9.1	République Démocratique du Congo : les unités d'investissement sont plus sensées	177
9.2	Le recours aux unités d'investissement pour une amélioration rapide de la qualité dans un projet FBP du Nigéria	179
10.1	Le plan d'affaires diffère du plan d'action	183
10.2	Développer un outil d'évaluation de la performance individuelle à partir des besoins exprimés par les gestionnaires des établissements de santé	187
11.1	La société civile convainc le ministère de la Santé d'utiliser des enquêtes de satisfaction des usagers communautaires	204
12.1	Le Rwanda et son centre de données sur le FBP	223
12.2	Le Burundi et son centre de données sur le FBP	224
B12.1.1	Facture mensuelle, Rwanda	224
B12.2.1	Rapport trimestriel	225

13.1	Prévision des accouchements en établissement par le FBP du Rwanda	230
13.2	Indicateurs indirects de la performance et de l'efficacité générale	232
13.3	Étalonnage de la performance dans le FBP du Nigéria	233
14.1	Calculer les coûts de l'assistance technique du FBP du Rwanda	244
14.2	Les facteurs prévisibles de succès du FBP Rwandais	246
15.1	Les manuels utilisateurs du FBP rwandais et burundais	259
16.1	Le fantôme dans l'arbre	269
16.2	Adaptation de l'approche FBP : Le cas du Nigéria	275
16.3	Mettre à l'échelle un FBP : le cas de la Sierra Leone	276
17.1	Tendances très positives dans les FBP : le cas des services de planification familiale au Rwanda	297
17.2	Les différentes façons d'améliorer la performance des systèmes de santé	305

Figures

I.1	L'articulation de la Boîte à outils	3
I.2	Financement basé sur les résultats : une profusion de termes	8
2.1	Séparation des fonctions	54
3.2.1	Différences entre la vérification <i>ex ante</i> et <i>ex post</i> de la qualité dans les hôpitaux du Burundi au cours de 2011	75
4.1	Courbe de croissance typique des services cibles d'un FBP	103
4.2	Sur la base d'un tarif préétabli, les décaissements commencent lentement, augmentent rapidement puis atteignent un certain plateau, FBP du Lesotho	103
5.1	Pourcentage d'utilisation des services de soins prénataux et d'accouchements assistés par un prestataire qualifié dans les quintiles plus pauvres et les mieux nantis.	115
5.2	Carte de pointage équilibrée avec cibles et scores moyens associés aux indices de concentration de l'Afghanistan	124
5.3	Couverture vaccinale aux Philippines, analyse par quintile et indice de concentration	132
7.1.1	Modèle administratif du FBP du NSHIP	152
11.1	La séparation des fonctions et les questions de gouvernance soulevées	203
11.2	Modèle administratif, centre de santé sous FBP	206
13.1.1	Nombre total d'accouchements dans les centres de santé de 23 districts FBP du Rwanda, 2006-2008	230

13.1	Couverture des accouchements dans cinq centres de santé du Rwanda, 2006-2008	231
13.3.1	Performance du FBP dans les districts sélectionnés du Nigéria, décembre 2011-juin 2012	233
13.2	Étalonnage de la performance des établissements de santé en matière d'accouchements en établissement dans le district de Nyaruguru au Rwanda, janvier 2006- juin 2008	234
13.3	Étalonnage de la performance des établissements de santé en matière d'accouchements en établissement dans le district de Gicumbi, Rwanda, janvier 2006-juin 2008	235
13.4	Exemple de tableau de bord du FBP du Burundi	238
14.1	Variation des besoins en assistance technique au fil du temps au Rwanda	243
14.2	Cycle de développement du formateur	251
17.1.1	Nombre moyen d'usagers utilisant une méthode de PF moderne dans un établissement de santé FBP, 2006-08	298

Cartes

I.1	Expansion rapide des programmes FBP en Afrique entre 2006 et 2013	6
13.1	Couverture en nouvelles consultations, centres de santé rwandais, 2007	236

Tableaux

I.1	Le FBR et ses différents acronymes et abréviations	8
I.2	Exemple simple d'introduction d'un financement basé sur la performance dans un établissement de santé	13
1.1	Exemples d'intitulés de colonnes à intégrer dans un registre des soins curatifs	25
B 1.4.1	Exemple de liste à cocher : un registre inadéquat	26
1.2	Exemples de services de santé communautaire acquis par FBP et observations sur leur mise en œuvre.	28
1.3	Liste de services acquis par FBP fréquemment utilisée pour un hôpital de première référence	30
1.4	Les 20 principaux services achetés auprès de centres de santé par 16 projets FBP	31
1.5	Exemples de scores attribués à des services achetés par un FBP	36

1.6	Exemple de scores pour services du PMA	36
1.7	Exemple de tri des services du PMA	37
1.8	Exemple de scores pondérés des services inclus à un PMA	40
3.1	Scénario A : l'approche de la carotte et carotte	64
3.2	Scénario A : méthode de la carotte et du bâton avec augmentation des prix unitaires, en assumant une qualité moyenne de 60 %	65
3.3	Scénario B : l'approche de la carotte et carotte	66
3.4	Scénario B : la méthode de la carotte et du bâton	67
3.5	Scénario C : l'approche de la carotte et carotte avec un seuil de paiement des primes établi à 60 %	68
3.6	Scénario C : la méthode de la carotte et du bâton	69
3.7	Comparaison des scénarios A, B, et C	69
B3.1.2	Extrait de la <i>check-list</i> de la qualité du service de consultations ambulatoires du Nigéria	72
B3.1.3	Extrait de la <i>check-list</i> de la qualité du service de gestion des médicaments essentiels du Nigéria	72
B3.1.4	Extrait de la <i>check-list</i> de la qualité du service de gestion des médicaments traceurs	72
B3.3.1	Gestion de la qualité optimale et indicateurs d'assurance-qualité, carte de pointage équilibrée utilisée pour les hôpitaux de <i>raion</i> (district) en République Kirghize	83
4.1	Exemples de services et de leurs objectifs mensuels pour une pleine couverture du PMA.	98
4.2	Exemples de couverture de référence pour chacun des services (2011)	100
4.3	Exemple de cibles établies pour 2012, 2013, 2014.	102
4.4	Exemple d'augmentation des pourcentages	104
4.5	Fixer le tarif indiciel de façon à consommer le budget disponible	107
4.6	Budget par service et pourcentage respectif du budget total disponible	108
5.1	Dispositions adoptées par un FBP et effets anticipés sur l'équité	118
6.1	Composantes de l'autonomie d'un établissement de santé	142
6.2	Accroître l'autonomie et améliorer les résultats étape par étape	144
7.1	Exemple d'état financier trimestriel	157
7.2	Exemple de revenus passés et projetés	159
7.3	Exemple de dépenses passées et projetées	159
7.4	Exemple de budgétisation des primes à la performance versées aux employés	160

7.5	Exemples de valeur indicielle des employés	161
7.6	Valeurs indicielles consolidées et évaluations de la performance des employés	163
8.1	Exemple de cadre de performance	169
B9.1.1	Approche par unité d'investissement en République Démocratique du Congo, 2007-2009	177
10.1	Contenu général d'un plan d'affaires	184
10.2	Exemple d'évaluation de la performance individuelle des personnels de santé	188
10.3	Certaines stratégies avancées pour FBP	191
11.1	Les fonctions des parties prenantes clés d'un FBP au niveau du district	204
11.2	Cadre des structures et questions de gouvernance	207
11.3	Exemples d'adoption d'une approche d'acheteur privé et d'acheteur quasi public	210
11.4	Distinction entre les approches d'acheteur privé et d'acheteur quasi public	210
11.5	Contrats en vertu du FBP utilisés au Rwanda	212
11.6	Contrats en vertu du FBP utilisés au Burundi	213
13.1	Analyse de la couverture des services du FBP au Rwanda, 2006-2007	229
B13.2.1	Exemple de revenus en tant qu'indicateurs indirects de la performance et de l'efficacité	232
14.1	Domaines d'assistance technique pour un FBP	241
B14.1.1	Frais généraux sous forme de pourcentage des coûts totaux	244
16.1	<i>Check-list</i> pour responsables de la mise en œuvre d'un FBP	280
17.1	Caractéristiques de conception et de mise en œuvre liées à des résultats améliorés	306
17.2	Effets potentiels d'une faible conception et mise en œuvre	308
17.3	Questions fréquemment posées et réponses correspondantes	310



Avant propos

Les progrès du monde en développement vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), un ensemble de cibles internationales à atteindre en 2015, ont été encourageants, mais inégaux. Alors même que des défis de taille persistent, notamment en santé et dans d'autres secteurs déterminants, nos ambitions immédiates et post-2015 doivent faire preuve d'audace et refléter un changement fondamental vers l'adoption de solutions qui font une différence réelle chez nos véritables clients – les millions d'individus du monde en développement qui vivent dans une pauvreté extrême et sont vulnérables à la malnutrition, aux maladies et à un décès prématuré.

Le *Health Results Innovative Trust Fund* (Fonds fiduciaire pour la santé basé sur les résultats) (HRITF) a été mis en place en 2007 sous financement des gouvernements de la Norvège et du Royaume-Uni afin de soutenir les pays dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de financement basés sur les résultats qui devaient accélérer les progrès vers les OMD de santé des femmes et des enfants. Le HRITF soutient actuellement 31 programmes nationaux et des subventions à hauteur de 400 millions \$ EU cofinancé actuellement le 1,6 milliard \$ EU versé par l'Association Internationale de Développement (IDA), le fonds du Groupe de la Banque mondiale destiné au financement des pays les plus pauvres.

Ces programmes sont axés sur une meilleure santé reproductive, maternelle et infantile et mettent en avant des approches innovantes telles que le « financement basé sur les résultats ». Suite aux effets très concluants obtenus dans les pays pionniers en la matière, notamment au Cambodge, au Rwanda et au Burundi, plusieurs autres pays ont commencé à appliquer des dispositifs similaires, par exemple la Zambie, le Cameroun, le Zimbabwe et le Nigéria. Le Groupe de la Banque mondiale s'est engagé à faire progresser les approches qui permettront de s'assurer que les individus bénéficient des soins de santé abordables et de qualité nécessaires à une vie longue, productive et en bonne santé. En septembre 2013, le Groupe de la Banque mondiale – dans le cadre de sa mission d'élimination de la pauvreté extrême et de stimulation d'une prospérité partagée – a engagé 700 millions \$ EU supplémentaires, qui aideront d'ici la fin 2015 les pays en

voie de développement à atteindre les OMD en matière de santé et de survie des femmes et des enfants. Ce nouvel investissement aidera les gouvernements à mettre rapidement à l'échelle au niveau national les programmes pilotes en cours.

En première ligne – c'est-à-dire au niveau des centres de santé et des hôpitaux de district – cette approche de financement basé sur les résultats est souvent mieux connue sous l'expression « financement basé sur la performance ». À travers l'assujettissement de paiements directs aux centres de santé et hôpitaux à l'atteinte de résultats spécifiques mesurables et vérifiables, par exemple le nombre d'enfants immunisés ou d'accouchements assistés par un centre de santé, le financement basé sur la performance s'est acquis une solide réputation, a encouragé l'atteinte de résultats et donné un nouveau souffle à des établissements de santé délabrés. Mais l'approche n'est pas que financière ; elle implique des changements fondamentaux dans la responsabilisation, la transparence et la redevabilité. Dans une perspective de soutien à l'adoption d'une approche fondée sur les résultats tangibles, cette boîte à outils a été élaborée par et pour des praticiens et tire profit de la richesse des expériences menées sur le terrain au cours des deux dernières décennies. Bien qu'aucune approche ne soit uniformément applicable, il y a beaucoup à gagner de l'étude des différents cas qui aident à mieux comprendre pourquoi certains dispositifs fonctionnent et d'autres non, comme de la mise en pratique des savoirs relatifs à la prestation de services. En effet, la prestation de services aux pauvres est une science comme une autre et il est important de repousser sans cesse les frontières du savoir. Comme cette Boîte à outils le démontre, les stratégies basées sur la performance ont beaucoup évolué à travers la mise à l'épreuve et l'adaptation. Une large vague d'améliorations s'amorce dans toute l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine ; elle permettra aux personnes pauvres d'avoir accès à des services de santé de qualité, et aux établissements de santé de motiver leurs personnels et de reconstruire leurs infrastructures dilapidées.

Le Groupe la Banque mondiale collabore à la réorientation des financements et des incitations à la performance vers les points de service qui assurent les prestations. Il s'agit d'un exercice tout à fait transformationnel, non seulement en raison de l'injection de nouveaux financements, mais aussi parce que nous visons, avec les gouvernements des pays en développement, à optimiser le rapport coût-efficacité en santé. La couverture universelle en santé sera possible si cette transformation se poursuit à travers l'ensemble du monde en développement.

J'espère que vous trouverez cette boîte à outils utile.

TIMOTHY GRANT EVANS
DIRECTEUR SECTORIEL, SANTÉ, NUTRITION, ET POPULATION
RÉSEAU DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN
BANQUE MONDIALE
WASHINGTON, DC



Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les milliers de travailleurs de santé qui nous ont tant appris sur le financement basé sur la performance (FBP) et les membres de la Communauté de pratique du financement basé sur la performance avec lesquels nous sommes en interaction constante et qui travaillent très fort à faire du FBP un processus constant d'améliorations et de découvertes. Merci également aux experts qui ont remis en question certains aspects du FBP et dont la dialectique nous a aidés à améliorer les approches stratégiques du FBP. Nous remercions également le *Health Results Innovative Trust Fund* (Fonds fiduciaire pour la santé basé sur les résultats) (HRITF) qui a financé cette Boîte à outils. Les auteurs tiennent également à remercier les membres de « l'Équipe-conseil d'experts sur le FBP » qui a contribué à la revue de l'ébauche de la Boîte à outils : Nicolas de Borman, Maud Juquois, Christophe Lemiere, Benjamin Loevinsohn, Shun Mabuchi, Ronald Mutasa, Jumana Qamruddin, Sunil Rajkumar, Claude Sekabaraga, Gaston Sorgho, Petra Vergeer, et Monique Vledder. Merci également à Maud Juquois qui a traduit certains documents clés du Burundi. Nos remerciements les plus sincères également à Trina Haque, Abdo Yazbeck, et Hadia Samaha qui ont joué un rôle important dans l'évolution de ce travail. Les auteurs sont également très reconnaissants envers les réviseurs internes et externes qui ont consacré un temps considérable à la revue du produit final : Nicolas de Borman, Jerry de la Forgia, Jumana Qamruddin, Louis Rusa, et Monique Vledder.



Auteurs et contributeurs

Les auteurs

György Béla Fritsche est un médecin spécialiste des maladies tropicales. Il détient un diplôme de 3^e cycle en politique, planification et financement de la santé du London School of Hygiene and Tropical Medicine. Au cours des vingt dernières années, il a vécu et œuvré comme praticien, gestionnaire de santé publique et conseiller en Zambie, au Sénégal, en Afghanistan, au Kenya, au sud Soudan et au Rwanda. Depuis une dizaine d'années, il a été étroitement associé à la conception, à la réalisation et à la mise à l'échelle de programmes de financement basé sur la performance (FBP) en Afghanistan, au Rwanda, au Burundi, en République Kirghize, au Nigéria, à Djibouti, au Lesotho, en République Démocratique du Congo et en République du Congo. Depuis 2009, il travaille au siège de la Banque mondiale à Washington DC en temps que spécialiste principal en santé. Il conseille ses collègues et les gouvernements sur les questions de conception et de mise en œuvre de programmes de financement basé sur les résultats.

Robert Soeters, un spécialiste indépendant de la santé publique et du financement de la santé est directeur de SINA Health, une firme de consultants qui organise des cours, mène des études et assure un soutien technique, particulièrement aux programmes de financement basé sur la performance. Depuis le début des années 1980, il a réalisé environ 200 missions liées aux soins de santé pour la Banque mondiale, l'ONG internationale néerlandaise Cordaid, l'Union européenne, plusieurs organismes bilatéraux, des gouvernements locaux et l'Organisation mondiale de la Santé. Il a travaillé dans plus d'une trentaine de pays, principalement en Afrique, en Asie et en Europe de l'Est. R. Soeters détient un diplôme de médecine de l'Université d'Amsterdam, une Maîtrise en santé publique du Royal Tropical Institute d'Amsterdam et un Doctorat en santé publique et économie de la santé de l'Université d'Amsterdam. En 2013, il a été fait Chevalier de l'Ordre royal néerlandais pour l'ensemble de son œuvre.

Bruno Meessen détient une Maîtrise dans le domaine des arts et un Doctorat en économie (Université Catholique de Louvain, Belgique). Il a débuté sa carrière internationale auprès de Médecins Sans Frontières, où il a œuvré pendant six ans à titre d'économiste, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie. En 1999, il s'est joint à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers en Belgique, où il est maintenant professeur en économie de la santé. En tant que chercheur et conseiller politique, il a joué un rôle avant-gardiste dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de financements basés sur la performance au Cambodge et au Rwanda. Ses travaux théoriques et empiriques ont contribué à une diffusion mondiale de la stratégie. Il agit actuellement comme facilitateur principal de la Communauté de pratique sur le financement basé sur la performance, un groupe qui rassemble plus de 1 000 experts.

Les contributeurs

Cedric Ndizeye détient un diplôme de médecine de l'Université catholique de Bukavu, en République Démocratique du Congo et une Maîtrise en santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers en Belgique. Cedric collabore à la mise en œuvre du financement basé sur la performance depuis 2002, alors qu'il était Directeur du district sanitaire de Gakoma où les premiers FBP avaient été introduits de façon pilote. Depuis, il a travaillé comme conseiller technique auprès de HealthNet-TPO et auprès de Management Sciences for Health à titre de spécialiste en suivi et évaluation. Il a été étroitement associé au processus de mise à l'échelle des FBP du Rwanda et du Burundi et a agi à titre de conseiller technique pour les FBP de la République Démocratique du Congo et de Madagascar. Il est actuellement Conseiller technique principal sur les dispositifs de financement basé sur la performance pour *Management Sciences for Health*.

Caryn Bredenkamp, PhD, est une spécialiste de l'équité et de la protection financière en santé ; elle conseille et renforce les capacités des professionnels du développement et des fonctionnaires de plusieurs pays du monde sur la mesure de l'équité et l'élaboration de politiques de santé pro-pauvres. Attirée par la capacité du financement basé sur les résultats à améliorer les services de santé aux pauvres, elle s'est jointe à l'équipe du financement basé sur les résultats de la Banque mondiale en 2008 et a travaillé sur les FBP, entre autres en RDC et au Vietnam. Caryn détient une Maîtrise en économie de l'Université de Stellenbosch, Stellenbosch, Afrique du Sud, et un Doctorat en politiques publiques (économie de la santé) de l'Université de Caroline du Nord-Chapel Hill. Elle a entrepris sa carrière à titre de professeur d'université dans son Afrique du Sud natale avant d'occuper un poste à la Banque mondiale à Washington, où elle a travaillé sur l'Inde et l'Albanie en 2006. Elle est maintenant installée à Manille où elle occupe le poste d'Économiste principale en santé pour les Philippines.

Godelieve Van Heteren est à la fois médecin, spécialiste principale de la réforme des systèmes de santé et directrice de la *Rotterdam Global Health Initiative*, une coalition mondiale sur les innovations en santé à laquelle participent les instituts de l'Université Erasmus, plusieurs ONG internationales spécialisées en santé, la ville de Rotterdam et plusieurs entrepreneurs sociaux. G. Van Heteren a reçu sa formation à Leyden (faculté de médecine) et à Londres (études de 3^e cycle à l'Institut Wellcome/UCL). Elle a travaillé entre 1988 et 2002 en tant que professeure d'université à plein temps et chercheuse en études comparatives des systèmes de santé à la faculté de médecine de l'Université de Nijmegen. Elle est ensuite entrée au Parlement néerlandais où elle a agi comme porte-parole sur les questions de santé, de biotechnologies, d'innovation et de sécurité et présidé le Comité permanent sur les affaires européennes. En 2008-2009, et avant d'occuper son poste actuel, G. Van Heteren a été Directrice de l'agence de développement international Cordaid. Elle s'intéresse actuellement tout particulièrement aux politiques de la santé et aux processus de réforme, aux innovations dans le secteur social, à la gestion de la transition et aux dispositifs favorisant l'apparition de nouvelles institutions pour le XXI^e siècle. Elle applique ses intérêts dans son travail de consultante et formatrice internationale sur les FBP.



Acronymes

AEDES	Agence européenne pour le Développement et la Santé
AGL	Autorité gouvernementale locale
Aide-COD	Aide basée sur le paiement à la livraison ou CODAID (<i>Cash on Delivery Aid</i>)
ARV	antirétroviral
ASC	Agent de santé communautaire
At	Assistance technique
BAAR +	Bacille Acido-Alcool-Résistant positif
BCG	Bacillus Calmette-Guérin (vaccin)
CAAC	Cellule d'appui à l'approche Contractuelle
CBP	Contractualisation basée sur la performance ou PBC (<i>Performance Based Contracting</i>)
CCC	Communication pour le changement de comportement
CDIP	Conseil dépistage du VIH initié par le prestataire
CDV	Conseil dépistage volontaire du VIH
CGD	Centre pour le développement global (<i>Center for Global Development</i>)
CO	Contraceptifs oraux
COD	Paiement à la livraison (<i>cash on delivery</i>)
CORDAID	<i>Catholic Organisation for Relief and Development Aid</i>
COSA	Comité de santé
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation postnatale
CPVV	Comité provincial de vérification et de validation
CS	Centre de santé
CTB	Coopération technique belge
DHIS 2	Système d'information sanitaire de district - 2 (<i>District Health Information Software</i>)

DIU	Dispositif intra-utérin
DLI	Indicateur lié au décaissement (<i>Disbursement-Linked Indicator</i>)
DOTS	Traitement de courte durée sous surveillance directe de la tuberculose (<i>Directly Observed Therapy for the Treatment of Tuberculosis</i>)
DPT3	Diphtérie, Coqueluche, Tétanos (<i>Diphtheria, Pertussis, Tetanus</i>)
DS	District sanitaire
EDS	Enquête démographique et de santé
FASO	Fonds d'assurance santé obligatoire
FBP	Financement basé sur la performance
FBR	Financement basé sur les résultats
FVV	Fistule vésico-vaginale
HG	Hôpital général
HNI-TPO	<i>Health Net International–Transcultural Psychosocial Organization</i>
IBP	Incitatif basé sur la performance
IEC	Information, éducation, et communication
IST	Infection sexuellement transmissible
JSY	Janani Suraksha Yojana
MICS	Enquête en grappe à indicateurs multiples (<i>Multiple Indicator Cluster Surveys</i>)
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
ML	Monnaie locale
MNT	Maladie non transmissible
MS	Ministère de la Santé
NSHIP	Projet d'investissement national en santé (<i>Nigeria State Health Investment Project</i>)
OBA	Assistance basée sur le résultat (<i>output based aid</i>)
OBC	Organisation à base communautaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODM	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PBP	Païement basé sur la performance (<i>Pay for Performance</i> ou P4P)
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (<i>US President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>)
PF	Planification familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PPR	Programme pour les résultats
PFR-PRI	Pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire

PRP	Programme de reconnaissance des prestataires de services
PTME	Prévention de la transmission mère enfant du VIH
RA	Rémunération à l'acte
RC	Renforcement des capacités
SDC	Agence Suisse pour le Développement et la Coopération
SGIS	Système de gestion de l'information sanitaire
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMART	Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini
SN	Soins néonataux
SP	sulfadoxine/pyriméthamine
SSP	Soins de santé primaire
SSP	Sous le seuil de pauvreté
TB	Tuberculose
TBP	Tuberculose pulmonaire
TCI	Technologies de la communication et de l'information
TI	Technologies de l'information
TMC	Transfert monétaire conditionnel
TMM	Taux de mortalité maternelle
TPIp	Traitement présomptif intermittent du paludisme chez la femme enceinte
TT	Tétanos-toxoïde (vaccin antitétanique)
TT2	Stades 2 à 6 de vaccination antitétanique
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (<i>United States Agency for International Development</i>)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Note

Pour tous les termes qui font référence aux usagers, travailleurs, administrateurs, employés ou autres désignations similaires, le terme est employé au masculin, qui est non marqué ou extensif en ce sens qu'il a capacité à représenter à lui seul les éléments relevant de l'un et l'autre genre.



Introduction

I.1 La Boîte à outils

Qu'est-ce qu'un financement basé sur la performance (FBP) ? Pourquoi est-il utilisé pour le financement des services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur ? Lorsque les praticiens veulent introduire un FBP dans leur pays, comment doivent-ils procéder ?

Cette Boîte à outils répond aux deux premières questions tout en mettant l'accent sur la troisième. Bien qu'elle réponde abondamment au « quoi » et au « pourquoi », la Boîte à outils se concentre essentiellement sur le « comment » : le processus, la planification, la conception et la mise en œuvre de FBP. Elle a été élaborée et revue par des praticiens qui ont expérimenté différentes méthodes et participé à leur conception, à leur application, à leur observation et à l'évaluation de leurs effets. Les approches et les dispositifs de FBP évoluent constamment. Par conséquent, même si la Boîte à outils fournit des indications qui s'appuient sur les expériences menées, ces dernières sont elles-mêmes fondées sur des processus constants d'essai-erreur, de mise à l'épreuve, d'évaluation et de réévaluation. Pour cette raison, la Boîte à outils n'a rien d'un produit arrêté. Au contraire, elle tente de saisir l'état actuel des choses, de tirer parti des pratiques exemplaires et de rester à la fine pointe des développements en actualisant régulièrement les méthodes, les expériences et les outils utilisés.

L'introduction d'un FBP peut s'avérer ardue et le praticien concerné devra notamment :

- introduire le principe d'autonomie ;
- créer des fonds renouvelables de médicaments ;
- mettre en place des outils spécifiques de gestion d'un établissement de santé, notamment pour la mesure des indices, l'établissement d'un plan d'affaires, et l'évaluation de la performance individuelle ;
- élaborer et rédiger des contrats ;
- fixer la tarification ;

- concevoir des fiches de vérification de la qualité ;
- s'assurer de la collaboration communautaire ;
- créer des comités de pilotage nationaux et de district ;
- adopter des dispositifs fondés sur les technologies de l'information.

Comment le praticien réussira-t-il à accomplir toutes ces tâches ? La Boîte à outils lui fournit les instruments et les explications nécessaires à cet effet.

La Boîte à outils se veut un guichet unique où chaque praticien trouvera des exemples de formulaires, d'outils, de feuilles de calcul, de contrats, de termes de référence, de cadres d'évaluation de la performance, etc. qui ont été élaborés dans le cadre de FBP mis en œuvre avec succès en Asie et en Afrique.

La Boîte à outils a été élaborée par et pour des praticiens. Elle résume les enseignements tirés et les connaissances empiriques nécessaires à l'adoption d'un FBP ou encore à sa mise à l'échelle au niveau national. La Boîte à outils contient ce que nous, les praticiens, aurions voulu savoir lorsque nous avons commencé à développer des interventions de ce type.

Les approches et les FBP évoluent constamment. C'est pourquoi cette Boîte à outils n'a rien d'un ouvrage achevé, mais reste au contraire un produit itératif qui sera régulièrement actualisé. Elle a été conçue comme un ensemble organisé et structuré d'outils et de documents qui permettent d'appliquer un FBP dans les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur.

Grâce à la Boîte à outils, les pays seront en mesure non seulement d'introduire une approche FBP, mais aussi de franchir avec davantage de diligence les étapes de conception et de mise en œuvre de leur dispositif (Encadré I.1). En outre, l'utilisation des outils conseillés ici réduira certainement les obstacles à la participation des gouvernements et des partenaires au développement à ce type d'initiative.

ENCADRÉ I.1

Le FBP et l'accès universel aux soins de santé

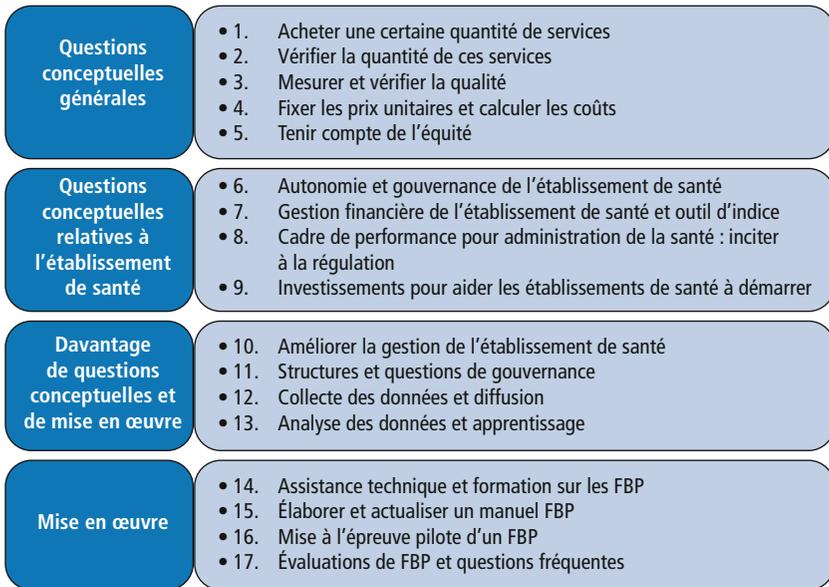
En tant qu'instrument d'appui à des services de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles, le FBP peut s'avérer déterminant pour l'atteinte d'une couverture universelle des soins de santé (OMS 2010). L'interaction entre le FBP et la couverture universelle est particulièrement importante dans les trois domaines suivants : (a) définition de paquets minimums et complémentaires d'activités en santé et leur prestation ; (b) expansion de la couverture des services de santé à la population en général, mais particulièrement aux personnes les plus pauvres ; (c) amélioration de l'accès à des services de santé de haute qualité.

Cette introduction présente la Boîte à outils, fait un bref historique du FBP, résume la terminologie utilisée et fournit un exemple simplifié des implications concrètes de l'introduction d'un FBP dans un établissement de santé.

Dans la majorité des chapitres, l'information conceptuelle est associée à des directives concrètes sur les processus (le « comment »). Certains chapitres

contiennent davantage d'informations conceptuelles alors que d'autres sont plutôt axés sur les conseils pratiques. Cette approche est volontaire, elle permet au lecteur de consulter librement le chapitre qui l'intéresse. Les sujets abordés ont été classés en deux catégories : **tout d'abord, les questions qui concernent directement** l'établissement de santé, soit les services, la qualité des prestations, la fixation des tarifs, l'équité et l'autonomie ; et, **en second lieu, les problématiques de niveau supérieur**, liées par exemple à la gouvernance, à l'analyse des données et à l'assistance technique. (Figure I.1).

Figure I.1 L'articulation de la Boîte à outils



Source : Données de la Banque mondiale.

Note : FBP = financement basé sur la performance.

La Partie 1 (Chapitres 1 à 8) aborde les questions conceptuelles qui se posent au niveau de l'établissement de santé. Elle traite de divers sujets, notamment des services spécifiques à acheter ; des modalités de vérification et de contre-vérification ; de l'examen et de la gratification de la qualité des services accomplis ; de la fixation du prix unitaire ; de la prévision des risques financiers ; de l'équité ; de l'autonomie ; de la gestion financière et des paiements ; et des cadres de performance applicables à l'administration sanitaire.

La Partie 2 (Chapitres 9 à 16) est consacrée à la mise en place des structures et aux questions de mise en œuvre. Elle porte essentiellement sur les unités d'investissement ; la gestion d'un établissement de santé et son amélioration ; la gouvernance ; la saisie et l'analyse des données ; les exigences en matière d'assistance technique ; la conception de manuels ; et la mise à l'épreuve pilote des interventions.

La Partie 3 (Chapitre 17) examine les données factuelles sur les FBP et compare les approches adoptées par les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur avec celles mises en avant par les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En outre, cette partie fournit certains conseils sur la conception et présente un tableau qui résume les questions les plus fréquentes.

On trouvera à la fin de chaque chapitre une liste de documents et outils accessibles à travers les liens Internet indiqués.

1.2 Bref historique du FBP

L'apparition du financement basé sur la performance dans les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur remonte à la toute première expérience d'introduction des forces du marché dans la prestation de soins de santé primaire. Celle-ci, qui s'est déroulée à la fin des années 1980 – début des années 1990 – entendait introduire le cofinancement des soins de santé primaire dans la province ouest de la Zambie, dans un contexte où les services de santé étaient encore à la fois financés et effectués par le secteur public (Soeters et Nzala 1994).¹ L'approche s'est ensuite développée plus avant en 1999, lorsque le Cambodge a procédé à la contractualisation externe de certains services de santé et confié à des organisations non gouvernementales (ONG) la prestation de services de santé ou de soutiens à la gestion des services de santé par le gouvernement (Bhushan, Keller, et Schwartz 2002 ; Bhushan et *al.* 2007 ; Soeters et Griffiths 2003). Des ONG ont également été contractualisées pour la prestation de services de santé en Haïti (Eichler et *al.* 2009).

Au Cambodge comme en Haïti, il s'agissait essentiellement de contrats basés sur les résultats ou encore de contrats à coûts déterminés, mais assortis d'une prime au rendement, une formule maintenant connue comme la « contractualisation basée sur la performance » (CBP) (Loevinsohn 2008). En Afghanistan par ailleurs, le FBP fait depuis 2003 partie intégrante de la stratégie nationale de prestation de services de santé (Arur et *al.* 2009 ; Loevinsohn et Sayed 2008 ; Palmer et *al.* 2006).

Le modèle actuel de FBP a fait son apparition au Rwanda dès 2002, alors que des intervenants mettaient à profit leur expérience préalable au Cambodge (Meessen et *al.* 2006 ; Meessen, Kashala, et Musango 2007 ; Soeters, Habineza, et Peerenboom 2006). À partir de 2006, ce mouvement s'est amplifié et des approches similaires se sont développées en République Démocratique du Congo et au Burundi. Une petite intervention pilote a été initiée au Cameroun en 2008, puis sur l'île de Florès en Indonésie en 2009. La même année, la République centrafricaine mettait en œuvre une initiative pilote dans une seule préfecture, intervention qui a ensuite été mise à l'échelle dans six autres préfectures (depuis janvier 2010). Le Rwanda (en 2006), le Burundi (en 2010), et la Sierra Leone (en 2011) ont tous mis à l'échelle leur FBP dans tout le pays.

Actuellement (2013), des programmes et projets additionnels FBP sont planifiés et mis en œuvre dans une vaste gamme de pays, notamment en Afghanistan, au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, au Tchad, à Djibouti, au Gabon, en Gambie, au Kenya, en République Kirghize, en République démocratique populaire du Laos, au Lesotho, au Libéria, au Mozambique, au Nigéria, au Sénégal, au Sud Soudan, au Tadjikistan, en Tanzanie, au Vietnam, en Zambie, à Zanzibar (Tanzanie), et au Zimbabwe (voir Encadré 1.2). Il est certain que ces pays ne seront pas les seuls dans cette voie.

ENCADRÉ 1.2

Centre de santé *Mayo-Ine*, Nigéria

Le centre de santé *Mayo-Ine* est situé dans le district de *Fufore* de l'État d'*Adamawa* dans le nord-est du Nigéria. Il s'agissait, il y a tout juste un an, d'un centre de santé typique du Nigéria rural. Les nombreuses années de négligence y avaient laissé des traces. La clôture était endommagée, le toit menaçait de s'effondrer, les fenêtres étaient brisées et l'équipement avait disparu. Des déchets biomédicaux jonchaient l'arrière-cour, souvent à moitié brûlés. Les chèvres fouillaient les débris et grignotaient les morceaux de carton comestibles. Le centre n'avait pas d'eau courante et ses latrines étaient défectueuses. Il y avait rupture de stock en médicaments essentiels et les vaccins étaient rarement disponibles. Aucune supervision par les autorités de district n'avait été effectuée depuis longtemps ; les personnels étaient démoralisés et en grève.

La population, qui s'était habituée à la situation, se rendait rarement au centre. En décembre 2011, seulement quatre femmes avaient accouché à *Mayo-Ine*, et le nombre de consultations ne dépassait pas quatre par jour. Les quelques patients qui se présentaient se voyaient prescrire des traitements très coûteux, basés sur des médicaments revendus avec une marge bénéficiaire substantielle par les travailleurs de santé. Les populations avaient donc essentiellement recours aux guérisseurs traditionnels et au vendeur local de médicaments dont les pratiques moins ruineuses – notamment la vente par comprimé – étaient plus conformes au budget des ménages.

Au cours de 2012, des changements drastiques ont été introduits. Le centre de santé de *Mayo-Ine* est passé en six mois seulement de quatre à 45 accouchements par mois. Il a en outre maintenu ce rythme au cours du reste de l'année, ce qui signifie que le centre a évolué d'une couverture de 10 à 100 % des accouchements du sous-district qu'il dessert. Le centre de santé *Mayo-Ine* a donc atteint une couverture universelle des accouchements en établissement.

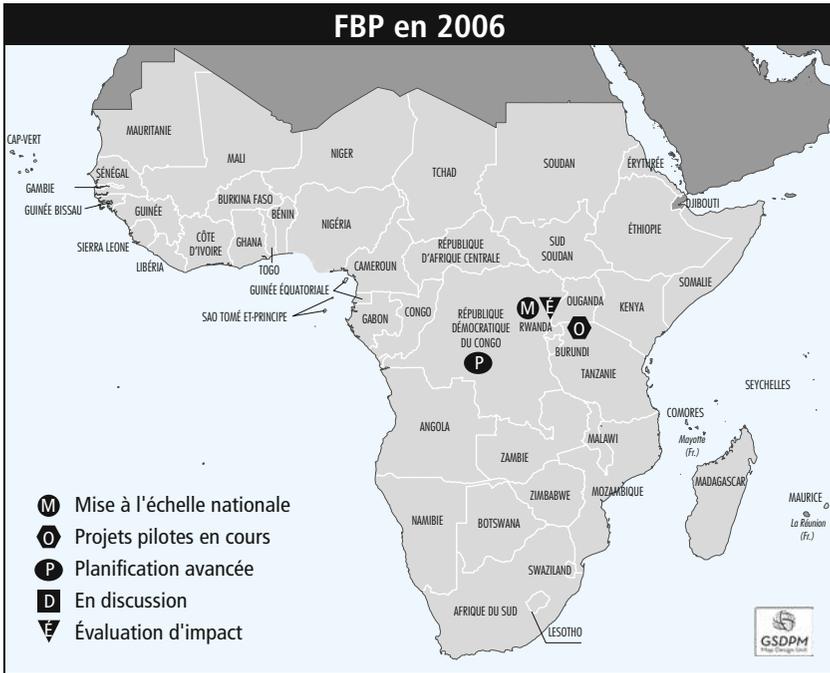
À quoi est dû ce changement ? L'État d'*Adamawa* a introduit le financement basé sur la performance.^a

a. Voir <http://www.rbfhealth.org/blog/2013/01/30/719/10-100-coverage-institutional-deliveries-nigeria-case-mayo-ine-health-center> (accès le 19 mars 2013).

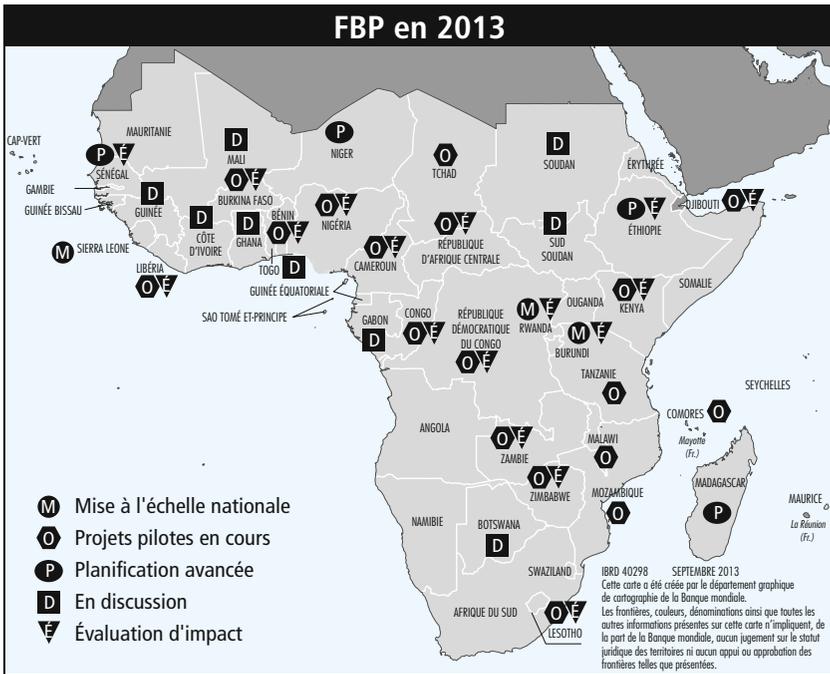
Actuellement, les FBP sont en pleine expansion, en termes de pays participants, mais aussi d'approches méthodologiques (notamment en matière de conception, de qualité, d'équité, d'intervention induite par la demande et d'application aux soins de santé secondaires).

Les FBP ont connu une expansion rapide en Afrique. En 2013, trois pays² ont mis en œuvre des programmes nationaux et 17 autres³ des interventions pilotes. Six pays en sont à un stade de planification avancée et l'adoption d'un FBP fait l'objet de discussions dans neuf autres pays. La Banque mondiale appuie la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de financement basés sur les résultats (FBR) en fonction du contexte et des priorités nationales du secteur santé – ceci à partir des fonds accordés par l'Association Internationale de Développement (IDA) et le *Health Results Innovation Trust Fund* (Fonds fiduciaire pour la santé basé sur les résultats, HRITF). Tous les programmes qu'elle soutient font l'objet d'évaluations d'impact rigoureuses. La Carte 1.1 résume l'avancée des FBP en Afrique entre 2006 et 2013.

Carte 1.1 Expansion rapide des programmes FBP en Afrique entre 2006 et 2013



Source : Données de la Banque mondiale.
 Note : FBP = Financement basé sur la performance

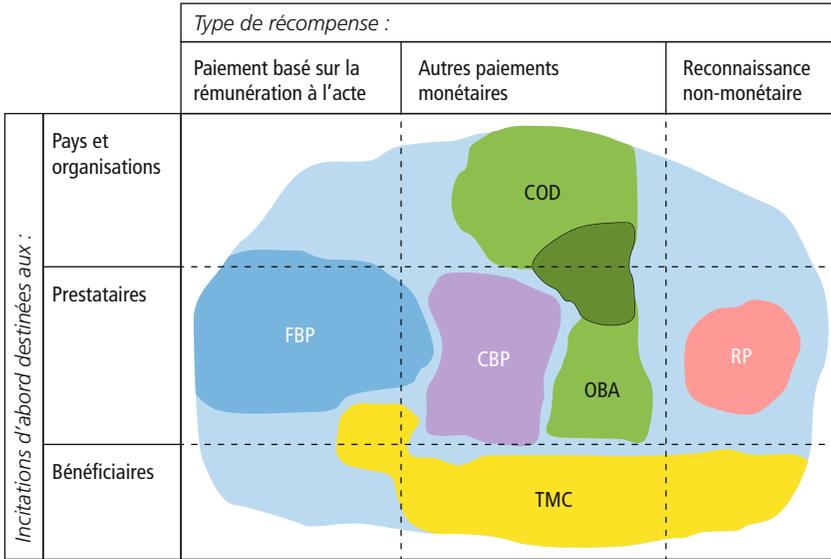


Source : Données de la Banque mondiale.
 Note : FBP = Financement basé sur la performance

I.3 Financement basé sur les résultats : une profusion de termes

Plusieurs acronymes et abréviations désignent les programmes qui versent une rémunération au rendement, mais cette multitude de dénominations génère souvent une certaine confusion. En fait, il s'agit le plus souvent de synonymes et seules quelques désignations font référence à des sous-ensembles précis de programmes généraux. Musgrove a dressé en 2011 un glossaire qui allait permettre de clarifier les choses. La Figure I.2, qui est tirée de ses travaux, présente certains des acronymes et abréviations par niveau d'intervention. Le FBP, qui occupe une place distincte au sein des autres programmes de FBR, cible essentiellement les établissements de santé qui ont instauré un dispositif de rémunération à l'acte (conditionnel à sa qualité).

Figure I.2 Financement basé sur les résultats : une profusion de termes



Source : à partir de Musgrove 2011.

Note : TMC = Transfert monétaire conditionnel ; COD = Paiement à la livraison ; OBA = Assistance basée sur le résultat ; RA = Rémunération à l'acte ; CBP = Contrat basé sur la performance ; FBP = Financement basé sur la performance ; PRP = Reconnaissance du prestataire

Le Tableau I.1, explique le sens des principaux acronymes et abréviations et présente leurs cibles respectives. Par exemple, les incitations d'un FBP s'adresseront essentiellement à l'établissement de santé, au district et aux instances nationales.

Tableau I.1 Le FBR et ses différents acronymes et abréviations

Acronyme ou abréviation	Épellation complète	Explication	Cibles des mesures incitatives
TMC	Transferts monétaires conditionnels (Fiszbein et Schady 2009)	Incitations à la demande incluant un versement monétaire aux usagers de certains services sociaux, notamment en santé ou en éducation.	Utilisateur des services, zone géographique ciblée et groupes vulnérables – souvent les mères de famille.
Aide-COD (CODAID)	Aide basée sur le paiement à la livraison (Birdsall et Savedoff 2010)	Le paiement est effectué sur atteinte de résultats prédéterminés.	Gouvernements
DLI	Indicateurs liés aux décaissements	Les incitations sont liées à certains processus ou politiques. L'expression est utilisée par la Banque mondiale.	Selon la conception : gouvernement, niveaux infranationaux
OBA	Assistance basée sur le résultat (<i>output based aid</i>) ³ (Mumssen, Johannes, et Kumar 2010)	La subvention comble l'écart de financement et permet aux pauvres d'avoir accès aux services de base.	Selon la conception : prestataire de services, usager.

Acronyme ou abréviation	Épellation complète	Explication	Cibles des mesures incitatives
CBP (PBC)	Contrat basé sur la performance (Loevinsohn 2008)	Désigne les divers modes de sous-traitance de services de santé à des organisations non gouvernementales. Le CBP peut également désigner la contractualisation pour assistance technique aux établissements de santé publics (soutien à une gestion basée sur la performance).	Selon la conception : établissement de santé, instance de gestion au niveau du district ou au niveau provincial.
FBP	Financement basé sur la performance (Basinga et al. 2010 ; de Walque et al. 2013 ; Gertler et Vermeersch 2012 ; Meessen et al. 2006 ; Meessen, Kashala, et Musango 2007 ; Meessen, Soucat, et Sekabaraga 2011 ; Soeters, Habineza, et Peerenboom 2006 ; Soeters et al. 2011)	Incitations à une offre surtout quantitative de services, mais conditionnelle à leur qualité. Les expériences concernent essentiellement la levée des obstacles du côté de la demande par la subvention des prestataires, qui peuvent alors appliquer une exemption de paiements directs aux personnes vulnérables. Les cadres de performance s'appliquent à plusieurs niveaux du système de santé. Les FBP prévoient l'introduction d'outils de gestion susceptibles d'améliorer la performance des établissements de santé. Le FBP est en fait une variante de l'OBA.	Selon la conception, mais une intervention multi-niveaux est caractéristique : établissement de santé, équipe du district sanitaire, équipe sanitaire provinciale, centrale nationale d'approvisionnement en médicaments, ministère de la Santé, unité de gestion de projet, etc.
IBP	Incitatif basé sur la performance (Eichler et Levine 2009)	L'IBP englobe la gamme complète des incitations du côté de l'offre comme de la demande. L'expression est souvent utilisée par l'USAID et le CGD. Le terme IBP désigne également le FBR et le PBP.	Selon la conception ; tout niveau.
PPR (PforR)	Programme pour les résultats	Le programme pour les résultats est un instrument de financement qui subordonne le décaissement à l'obtention de résultats tangibles. Il est utilisé par la Banque mondiale et analogue à l'aide-COD.	Gouvernement
PBP (P4P)	Paiement basé sur la performance	Le paiement basé sur la performance comprend toute la gamme des incitations du côté de l'offre comme de la demande. La désignation est souvent utilisée par l'USAID et les pays de l'OCDE. Le PBP est également synonyme FBR et de IBP.	Selon la conception : tous niveaux.
PRP	Programme de reconnaissance des prestataires de services	Il s'agit d'un programme à caractère non monétaire.	Établissement de santé, prestataire individuel
FBR	Financement basé sur les résultats ^b	Le FBR comprend la gamme complète des incitations, du côté de l'offre comme de la demande. Le terme est synonyme de PPR et IBP. L'expression est fréquemment utilisée par la Banque mondiale.	Selon la conception : tous niveaux.

Acronyme ou abréviation	Épellation complète	Explication	Cibles des mesures incitatives
Coupon	Principe d'aide basée sur les résultats (Bellows, Bellows, et Warren 2011)	Les coupons peuvent être utilisés du côté de l'offre ou de la demande. (Ils aident certains groupes ciblés à avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin. Les coupons représentent également un revenu pour les prestataires de services).	Établissements de santé et prestataires, usagers individuels

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : CGD = Centre pour le développement mondial (*Center for Global development*) ; OCDE = Organisation de coopération et de développement économiques ; FBR = Financement basé sur les résultats ; USAID = Agence des États-Unis pour le développement international (*United States Agency for International Development*).

a. Voir <http://www.gpoba.org/>.

b. Voir <http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/>.

Les programmes de FBR ont de plus en plus tendance à combiner différents dispositifs. Par exemple, le Programme d'investissement étatique en santé (*State Health Investment Program*) du Nigéria a conjugué les différentes approches suivantes :

- une aide-COD (aide basée sur le paiement à la livraison) qui cible les différents États ;
- une application de DLI (indicateurs liés aux décaissements) aux États et aux autorités gouvernementales locales ;
- un FBP à l'intention des établissements de santé et des autorités du district sanitaire ;
- un programme de TMC (transferts monétaires conditionnels) qui cible les mères et leurs jeunes enfants.

Le CBP et le FBP se distinguent essentiellement par le type d'organisme contractualisé. Le CBP s'adresse essentiellement aux ONG (Loevinsohn 2008 ; Loevinsohn et Harding 2005), alors que le FBP implique la contractualisation d'établissements de santé individuels, qu'ils soient publics ou privés (Meessen et al. 2006 ; Meessen, Kashala, et Musango 2007 ; Soeters, Habineza, et Peerenboom 2006 ; Soeters et al. 2011). Le FBP fait appel à une « contractualisation de services à l'interne » : le dispositif est appliqué aux systèmes public et privé existants et demande la participation importante d'acteurs non étatiques.⁴

Le contexte sera déterminant dans le choix de l'une ou de l'autre de ces approches (Gorter, Ir, et Meessen 2013). Le CBP convient bien aux États fragiles (par exemple, en Haïti, au Cambodge, ou en Afghanistan), alors que le FBP est efficace à la fois dans les États fragiles et dans des conjonctures plus stables.

Cette Boîte à outils est essentiellement consacrée à l'utilisation du FBP dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans plusieurs cas, le secteur de la santé englobe à la fois le système public et les établissements de santé portés par des organisations fondées sur la foi. En zone urbaine, le secteur privé lucratif en croissance est surtout ciblé à travers des dispositifs novateurs tels que celui de Douala au Cameroun.

Plusieurs dispositifs de FBP peuvent être utilisés dans les établissements de santé et hôpitaux des pays à revenu faible et intermédiaire. Lorsque le programme s'adresse aux établissements de santé, la rémunération à l'acte pour la prestation du paquet minimum d'activités et le paiement conditionnel à la qualité des services assurés sont les plus couramment employés. Dans le cas des hôpitaux, il y a plutôt combinaison d'approches : la première prévoit une rémunération à l'acte conditionnelle à la qualité du service, alors que la seconde est fondée sur l'utilisation d'une fiche de pointage équilibré de la qualité. Les approches communautaires de FBP font actuellement l'objet d'expériences pilotes.

Les différents FBP étudiés dans cette Boîte à outils ont été soumis à des évaluations d'impact rigoureuses, qui n'ont pu que constater leurs résultats impressionnants (Basinga *et al.* 2010 ; de Walque *et al.* 2013 ; Gertler et Vermeersch 2012). En fait, outre la complexité et les défis associés à la mise en œuvre, l'approche des FBP a été maintes fois validée, notamment à travers leur mise à l'échelle nationale au Burundi en 2010 et par un nombre croissant de pays.

Les auteurs sont tout à fait conscients de la quantité ahurissante de termes utilisés dans la définition du FBP. Dans cette Boîte à outils, il sera donc fait référence au *financement basé sur la performance* (FBP) lorsqu'il s'agira de désigner la « rémunération d'une prestation conditionnelle à sa qualité – FBR ». Le terme FBP a été retenu pour deux raisons. Tout d'abord, il est largement utilisé pour ce type de FBR en Afrique, d'où il est originaire.⁵ Ensuite, les dispositifs de FBR introduits dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont essentiellement fondés sur une approche de « rémunération d'une prestation conditionnelle à sa qualité » (Gorter, Ir, et Meessen 2013).

I.4 Un exemple simple d'application du FBP à un établissement de santé

Le Tableau I.2 présente un exemple simple de FBP. La liste numérotée ci-après illustre comment la performance de l'établissement de santé peut être rémunérée, puis l'affectation potentielle des fonds reçus. Dans cet exemple, chaque établissement de santé reçoit un financement conditionnel à la quantité et à la qualité des services effectués, vérifiés de façon indépendante. Chaque numéro entre parenthèses renvoie à une cellule spécifique du Tableau I.2. Par exemple, [1] fait référence au nombre d'enfants pleinement immunisés par l'établissement de santé au cours du dernier trimestre.

- [1] L'établissement de santé a assuré la pleine immunisation de 60 enfants au cours du dernier trimestre.
- [2] L'établissement de santé recevra 120 \$ EU (60×2 \$ EU par enfant complètement vacciné).
- [3] L'établissement de santé recevra en outre 1 080 \$ EU pour 60 accouchements rémunérés à un tarif de 18 \$ EU chacun. Le paquet minimum d'activités types d'un établissement de santé couvert par un FBP comprend généralement de 15 à 25 services.

- [4] Cet établissement de santé recevra donc un total partiel non ajusté de 2 196 \$ EU en vertu de la rémunération à l'acte des services accomplis au cours du dernier trimestre.
- [5] Le montant total sera ensuite ajusté en fonction de l'éloignement ou des difficultés particulières de l'établissement (prime à l'équité), ce qui permettra d'éviter que les établissements urbains ou périurbains reçoivent des rémunérations excessives. Dans l'exemple du Tableau I.2, l'établissement considéré verra sa rémunération augmenter de 20 % en raison des difficultés auxquelles il fait face.
- [6] Le montant total sera également ajusté en fonction du score de qualité établi à partir d'une fiche de pointage appliquée tous les trimestres. Ici, l'établissement considéré recevra, à la suite de la correction qualitative, une rémunération équivalente à 60 % de ce à quoi il aurait droit. Par contre, cette correction (à la hausse ou à la baisse) ne dépasse pas 25 % des revenus du dernier trimestre [6]. En raison de la qualité des services effectués, l'établissement recevra donc 60 % des 25 % potentiels.
- [7] Les montants gagnés (3 030 \$ EU ici) seront transférés au compte bancaire de l'établissement.
- [8] Dans cet exemple, l'établissement de santé dispose également de sources alternatives de revenus (970 \$ EU) qui s'ajouteront à la rémunération à l'acte par le FBP.
- [9] L'établissement de santé aura donc bénéficié d'entrées de 4 000 \$ EU au cours du dernier trimestre ; la section consacrée aux dépenses illustre comment ce montant pourrait être utilisé :
- (a) frais d'exploitation de l'établissement de santé, notamment en matière de médicaments et consommables, de sensibilisation et d'entretien/réparations ;
 - (b) prime à la performance des travailleurs de santé (jusqu'à 50 % du montant) attribuée sur la base de critères prédéfinis ; cet établissement a décidé d'allouer 26 % de ses recettes totales aux primes à la performance (soit 34 % des revenus tirés du FBP ; cependant, en raison de la présence d'autres sources d'entrées monétaires, ces fonds sont gérés de façon intrinsèque) ;
 - (c) épargne ; cet établissement de santé épargne non seulement pour acheter une motocyclette qui faciliterait la sensibilisation communautaire, mais aussi afin de disposer de réserves de trésorerie.

Tableau I.2 Exemple simple d'introduction d'un financement basé sur la performance dans un établissement de santé

Recettes de l'établissement de santé au cours de la période concernée	Nombre de prestations	Prix unitaire (\$ EU)	Total gagné (\$ EU)
Enfant complètement vacciné	60 [1]	2,00	120,00 [2]
Accouchement dans un établissement de santé	60	18,00 [3]	1,080
Soins curatifs	1 480	0,50	740,00
Soins curatifs à des patients vulnérables (maximum de 20 % des consultations curatives)	320	0,80	256,00
[Le paquet minimum d'activités types d'un établissement de santé comprend généralement de 15 à 25 services.]	–	–	–
Sous total des revenus			2 196,00 [4]
Prime à l'éloignement (équité)	+20 % [5]		439,00
Prime à la qualité	60 % de 25 % [6]		395,00
Total de la subvention du FBP			3 030,00 [7]
Autres revenus (paiements directs : au moment de la prestation, assurance, etc.)			970,00
Revenu total			4 000,00 [8]
Dépense de l'établissement de santé			
		Salaire du personnel	800,00
		Frais d'exploitation	350,00
		Médicaments et consommables	1 000,00
		Dépense pour sensibilisation	250,00
		Réparation de l'établissement de santé	300,00
		Épargne versée au compte de banque de l'établissement	250,00
Sous total des dépenses			2 950,00
Primes versées aux personnels de l'établissement = revenu total moins sous total des dépenses			1 050,00
Dépense totale			4 000,00 [9]

Source : Données de la Banque mondiale.

Notes

1. Voir <http://www.rbhealth.org/rbhealth/news/item/347/personal-story-seeking-roots-performance-based-financing-pbf> (accès le 26 janvier 2013).
2. Burundi, Rwanda, et Sierra Leone.
3. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, République Centrafricaine, Chad, République Démocratique du Congo, République du Congo, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mozambique, Nigéria, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

4. Le « contrat de sous-traitance » désigne un contrat qui confie des mandats à une tierce partie alors que le « contrat de gestion » fait référence à un contrat de soutien. Au Cambodge, où cette désignation a tout d'abord été utilisée, le contrat de gestion était réservé aux interventions dans lesquelles les ONG travaillaient avec et à travers le secteur public. Le « contrat de gestion » répond bien aux besoins des FBP puisque plusieurs structures gouvernementales et organismes de la société civile – généralement non rémunérés à partir de fonds publics – ont été créés dans une perspective d'amélioration de la redevabilité et de la transparence.
5. En Afrique francophone, où le FBP gagne en popularité (Burundi, République Démocratique du Congo et Rwanda), il est également désigné sous les termes « incitations à la performance » ou « approche contractuelle ».

Références

- Arur, A., D. Peters, P. Hansen, M. A. Mashkoo, L. C. Steinhardt, et G. Burnham, « Contracting for Health and Curative Care Use in Afghanistan between 2004 and 2005 », *Health Policy and Planning* 25 (2), 2009 : 135–44.
- Basinga, P., P. Gertler, A. Binagwaho, A. Soucat, J. Sturdy, et C. Vermeersch, « 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), 2010 : 1421–28.
- Bellows, N. M., B. W. Bellows, et C. Warren, « The Use of Vouchers for Reproductive Health Services in Developing Countries : Systematic Review », *Tropical Medicine and International Health* 16 (1), 2011 : 84–96.
- Bhushan, I., E. Bloom, D. Clingingsmith, R. Hong, E. King, M. Kremer, B. Loevinsohn, and B. Schwartz, « Contracting for Health : Evidence from Cambodia », École de gestion Weatherhead, Université de Case Western Reserve, Cleveland, OH, 2007, <http://faculty.weatherhead.case.edu/clingingsmith/cambodia13JUN07.pdf>.
- Bhushan, I., S. Keller, et B. Schwartz, « Achieving the Twin Objectives of Efficiency and Equity : Contracting Health Services in Cambodia », Note de politique ERD No. 6, Banque asiatique de développement, Manille, 2002.
- Birdsall, N., et W. Savedoff, éds., *Cash on Delivery, A New Approach to Foreign Aid*, Washington, DC : Center for Global Development, 2010.
- de Walque, D., P. J. Gertler, S. Bautista-Arredondo, A. Kwan, C. Vermeersch, J. de Dieu Bizimana, A. Bingawaho, et J. Condo, « Using Provider Performance Incentives to Increase HIV Testing and Counseling Services in Rwanda », Document de recherche de politique 6364, Banque mondiale, Washington, DC, 2013.
- Eichler, R., P. Auxila, U. Antoine, et B. Desmangles, « Haiti : Going to Scale with a Performance Incentive Model », in *Performance Incentives for Global Health : Potential and Pitfalls*, publié par R. Eichler et R. Levine, 165–88. Washington, DC : Center for Global Development, 2009.
- Eichler, R., et R. Levine, éds., *Performance Incentives for Global Health : Potential and Pitfalls*, Washington, DC : Center for Global Development, 2009.
- Fiszbein, A., et N. Schady, « Conditional Cash Transfers : Reducing Present and Future Poverty », rapport de recherche sur les politiques, Banque mondiale, Washington, DC, 2009.
- Gertler, P., et C. Vermeersch, « Using Performance Incentives to Improve Health Outcomes », document de recherche de politique WPS6100, Banque mondiale, Washington, DC, 2012.

- Gorter, A. C., P. Ir, et B. Meessen, « Evidence Review : Results-Based Financing of Maternal and Neonatal Health Care in Low- and Lower-Middle-Income Countries. » Étude, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Eschborn, Allemagne, 2013.
- Loevinsohn, B., *Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries : A Toolkit*. Série sur la santé, la nutrition et les populations, Washington, DC : Banque mondiale, 2008.
- Loevinsohn, B., et A. Harding, « Buying Results ? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries », *The Lancet* 366 (9486), 2005 : 676–81.
- Loevinsohn, B., et G. D. Sayed, « Lessons from the Health Sector in Afghanistan : How Progress Can Be Made in Challenging Circumstances », *Journal of the American Medical Association* 300 (6), 2008 : 724–26.
- Meessen, B., J. P. Kashala, et L. Musango. 2007. « Output-based Payment to Boost Staff Productivity in Public Health Centres : Contracting in Kabutare District, Rwanda », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 85 (2) : 108–15.
- Meessen, B., L. Musango, J. P. Kashala, et J. Lemlin, « Reviewing Institutions of Rural Health Centres : The Performance Initiative in Butare, Rwanda », *Tropical Medicine and International Health* 11 (8), 2006 : 1303–17.
- Meessen, B., A. Soucat, et C. Sekabaraga, « Performance-Based Financing : Just a Donor Fad or a Catalyst Towards Comprehensive Health-Care Reform ? » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 89 (2), 2011 : 153–56.
- Mumssen, Y., L. Johannes, et G. Kumar, *Output-Based Aid : Lessons Learned and Best Practices*, Washington, DC : Banque mondiale, 2010.
- Musgrove, P., « Financial and Other Rewards for Good Performance or Results : A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary », Banque mondiale, Washington, DC, 2011. <http://www.rbhealth.org/system/files/RBF%20glossary%20long%20revised.pdf>.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé), *Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Genève : OMS, 2010.
- Palmer, N., L. Strong, A. Wali, et E. Sondorp, « Contracting Out Health Services in Fragile States », *British Medical Journal* 332 (7543), 2006 : 718–21.
- Soeters, R., et F. Griffiths, « Improving Government Health Services through Contract Management : A Case from Cambodia », *Health Policy and Planning* 18 (1), 2003 : 74–83.
- Soeters, R., C. Habineza, et P. B. Peerenboom, « Performance-Based Financing and Changing the District Health System : Experience from Rwanda », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 84 (11), 2006 : 884–89.
- Soeters, R., et S. Nzala, « Primary Health Care Trading Companies for Sustainable Development », *World Health Forum* 15 (1), 1994 : 51–55.
- Soeters, R., P. B. Peerenboom, P. Mushagalusa, et C. Kimanuka, « Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care in the Democratic Republic of Congo », *Health Affairs* 30 (8), 2011 : 1518–27.



Partie 1

Questions conceptuelles, FBP pour les établissements de santé



Acheter une certaine quantité de services

PRINCIPAUX MESSAGES

- Lors de l'achat d'une certaine quantité de services par voie de FBP, il faut accorder la priorité aux services qui présentent une couverture inadéquate, mais dont l'effet est déterminant sur la santé publique.
- La nature des services acquis renseigne les travailleurs de santé sur les choix stratégiques effectués aux niveaux supérieurs.
- Certains services sont plus faciles à acheter que d'autres, notamment en raison de la facilité avec laquelle ils peuvent être mesurés.
- Les praticiens qui utilisent le FBP ont établi un certain consensus sur la nature des services à acheter.
- Il est possible de diminuer la pression des lobbies pour l'ajout de services additionnels en incitant ces derniers à trouver les ressources additionnelles nécessaires.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

- 1.1 Comment procéder à l'achat d'une certaine quantité de services par voie de FBP : quatre points à considérer
- 1.2 Comment faut-il aborder les différentes questions conceptuelles liées à l'achat de services : quels services sont – ou ne sont pas — faciles à acheter et quels sont les plus communément acquis ?
- 1.3 Comment les services sont-ils sélectionnés (de façon concrète) : combien de services faut-il acheter et comment évalue-t-on la quantité nécessaire ?

1.4 Comment faut-il traiter toute demande d'introduction de services additionnels : comment gérer les services non inclus au paquet de FBP ?

1.5 Liens aux documents et outils

1.1 Comment procéder à l'achat d'une certaine quantité de services par voie de FBP : quatre points à considérer

Le fait de relier un paiement à la fourniture d'une quantité particulière de services paraît tout à fait pertinent. Dans les pays à revenu élevé, cette pratique, la « rémunération à l'acte » est d'ailleurs couramment utilisée depuis longtemps. Lors de l'achat de services de santé, il faut considérer les quatre points essentiels suivants :

- ***Acheter des services à bon rapport coût-efficacité.*** L'achat de services inefficaces ou inefficients présente peu d'intérêt. Depuis la parution du *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé* (Banque mondiale 1993) l'identification consensuelle des services ou interventions les plus rentables a beaucoup progressé. Par exemple, l'immunisation des enfants, la supplémentation en vitamine A et l'accouchement assisté par un professionnel de la santé qualifié sont maintenant largement considérés comme très efficaces et peu coûteux par rapport au nombre de vies épargnées. Même si l'identification des services les plus efficaces suscite encore une certaine controverse, les opinions des praticiens qui procèdent à la mise en œuvre d'un FBP convergent généralement et la nature des services à acheter fait l'objet d'un accord croissant (voir Tableau 1.3 plus loin dans ce chapitre).
- ***Sélectionner soigneusement les services, puisque ces choix seront très révélateurs des prestations que les travailleurs de santé doivent considérer prioritaires.*** Les gouvernements et autres acheteurs considèrent souvent certains services comme hautement prioritaires. Cette gradation est essentielle à toute bonne stratégie du secteur santé : si tous les services sont prioritaires, aucun n'a vraiment préséance sur l'autre ! Cependant, la sélection d'un service en particulier ne signifie pas que les autres n'ont aucune valeur. Au contraire, ce choix indique que dans une situation donnée, davantage d'efforts et de ressources doivent être consentis à la prestation de certains services. Par exemple, en cas d'épidémie du virus d'immunodéficience humaine (VIH) dans un groupe ayant des comportements à haut risque, les services s'adresseront tout d'abord aux populations les plus sensibles. En revanche, dans la population en général, le conseil dépistage volontaire (CDV) du VIH sera probablement considéré moins prioritaire que l'augmentation des soins prénataux, particulièrement si les risques liés à la grossesse sont importants.

- ***Procéder à des achats stratégiques : ne pas dépenser pour un achat quantitatif si l'offre n'est pas un problème.*** Lorsque la couverture d'un service spécifique est faible, le FBP peut contribuer à son accroissement. Lorsque cette dernière est élevée, ou lorsque l'offre est trop abondante, il n'est pas nécessaire d'acheter des services sur une base quantitative. Ainsi, si le taux d'accouchements assistés par un professionnel de la santé atteint déjà 94 % et ceci depuis plusieurs années, leur achat sera tout à fait inefficace. Dans une telle situation, il sera certainement plus approprié de mettre l'accent sur la qualité des soins par exemple. Il ne s'agit pas que d'une question théorique. Ainsi, en République Kirghize où près de 100 % des accouchements ont déjà lieu dans les hôpitaux, le gouvernement a décidé de concentrer ses achats sur l'amélioration de la qualité (voir Chapitre 3).
- ***Ne pas oublier que les services préventifs sont déjà déficients : leur offre est probablement insuffisante et devra être stimulée.*** Dans plusieurs pays, la promotion de la santé et la prévention sont habituellement « gratuites au point de prestation ». Ceci sous-entend qu'en pratique, ces services sont financés à travers les profits tirés d'autres intrants, par exemple les médicaments et les consommables médicaux. Les services de prévention souffrent à la fois d'une sous-utilisation par la population et d'une offre largement insuffisante. Les FBP se sont avérés très efficaces dans la subvention de ce type de services et l'augmentation de l'attention accordée par les travailleurs de santé à leur prestation.¹ La mise en œuvre d'une telle d'approche pourra donc favoriser une augmentation rapide de la couverture d'interventions hautement efficaces, mais encore sous-estimées.

1.2 Comment faut-il aborder les différentes questions conceptuelles liées à l'achat de services ?

Acheter des services plutôt que des indicateurs

L'achat de résultats en santé constitue un défi

Il peut s'avérer très difficile d'acheter la réduction des taux de mortalité maternelle ou des taux de mortalité infantile chez les moins de cinq ans. Même si le déclin de ces indicateurs reste l'un des objectifs prioritaires de tout système de santé, leur utilisation dans un FBP n'est pas vraiment réaliste, et ceci pour plusieurs raisons : (a) leur mesure est très difficile, tout particulièrement au niveau de la zone couverte par un établissement de santé ; (b) le délai entre la prestation de services et l'apparition d'un effet observable dans la population est trop long pour justifier l'introduction d'incitations auprès des travailleurs ou gestionnaires de la santé ; et (c) l'évolution d'un indicateur de ce type est difficilement attribuable aux seuls services effectués par les travailleurs de santé ; les changements observés sont en effet probablement aussi dus à différents facteurs hors du contrôle de ces derniers. Cependant, même si l'achat de services sur la base de résultats en santé est difficile, il n'est pas impossible et pourrait être tenté lorsque la situation l'exige. Par

exemple, l'achat de résultats nutritionnels, de la guérison de la tuberculose (TB) ou encore de chirurgies de la cataracte pourrait s'avérer concluant.

L'achat d'une amélioration des taux de couverture ne semble pas très efficace

Certains praticiens ont fait face à de nombreuses difficultés concrètes lorsqu'ils ont tenté d'acheter une hausse des indicateurs de résultats, par exemple en matière de taux d'immunisation. Tout d'abord, l'ampleur de la population couverte par un établissement de santé est souvent imprécise et relativement variable (avec un décompte croissant ou décroissant des individus desservis). Cette approximation ne permet pas de calculer avec exactitude le taux de couverture. Deuxièmement, un établissement de santé plus performant risque d'attirer des patients résidant dans une zone limitrophe. Ces mouvements de clientèle peuvent brouiller la mesure du taux réel de couverture et entraîner des résultats supérieurs à 100 %. Ce contexte risque de complexifier le travail de l'acheteur et de mécontenter le prestataire, qui pourrait considérer que ses efforts ne sont pas adéquatement récompensés. Les Encadrés 1.1-1.3 font état de ce type de complication. Troisièmement, l'achat d'une amélioration des taux de couverture risque de pénaliser les prestataires efficaces à la base, mais qui pourraient difficilement étendre leurs services. En outre, l'importance accordée à l'amélioration de la couverture pourrait compromettre les initiatives d'appui aux populations les plus pauvres et marginalisées. Cette approche dite par « fonction échelonnée », par opposition à l'attribution de primes de valeur constante, peut également décourager les prestataires : les incitations sont élevées près du seuil visé, mais les mesures dissuasives lorsque les résultats se situent très au-dessus ou en dessous de ce seuil sont également substantielles (Miller et Babiarz 2013).

ENCADRÉ 1.1

Payer pour la performance au Sénégal

Au Sénégal, le ministère de la Santé a lancé son projet pilote de financement basé sur la performance en avril 2012. Trois districts ont été sélectionnés (Darou Mousty, Kaffrine et Kolda). Jusqu'à maintenant, 16 établissements de santé ont signé un contrat FBP. Ces établissements (et leurs travailleurs de santé) sont récompensés en fonction de l'atteinte de neuf indicateurs quantifiés (principalement liés à la santé maternelle et infantile) et de leurs résultats à une évaluation qualitative des soins (la fiche de pointage équilibrée). La conduite de cette intervention pilote a permis d'identifier plusieurs limites dans la conception initiale :

1. La part du FBP versée en primes aux personnels est faible (moins de 10 % de leur salaire) par rapport aux taux offerts par d'autres initiatives de ce type (40 % au Rwanda et au Bénin par exemple). Cette part est trop faible pour inciter fortement les travailleurs de santé à atteindre l'ensemble des objectifs du FBP.

(Suite de l'encadré page suivante)

2. Contrairement aux autres FBP, le projet pilote du Sénégal récompense l'atteinte de cibles/seuils (en matière de couverture) et non la prestation de service. Même si cette option est très attirante en théorie, il est notoire que sa mise en œuvre peut s'avérer très difficile (particulièrement lors du démarrage d'un programme FBP). En fait, elle demande la présence d'une base de données de référence détaillée sur chacun des services disponibles (et ceci pour tous les établissements de santé). Les travailleurs de santé considèrent également que cette approche est plus difficile à comprendre.
 3. La vérification des résultats atteints est assurée par un cabinet d'audit indépendant très coûteux. Ce mandat pourrait être confié à une organisation non gouvernementale (ONG) ou encore à un centre de recherche dont les tarifs sont moins élevés.
 4. Aucune mesure incitative ne subventionne la demande des ménages en soins de santé.
-

ENCADRÉ 1.2

Acheter un pourcentage de couverture en Haïti

En Haïti, l'organisme Management Sciences for Health, un sous-traitant de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) gère depuis 1998 un programme de contractualisation basée sur la performance. Des organisations non gouvernementales ont été recrutées pour assurer un appui gestionnaire aux établissements de santé et 10 % du budget total a été réservé à l'augmentation de la couverture en soins de santé essentiels. Au cours des premières années de mise en œuvre, la validation statistique des enquêtes menées par le programme s'est avérée difficile, ce qui a entravé l'efficacité d'une rémunération de la performance basée sur les résultats de ces mêmes enquêtes. (Eichler, Auxila, et Pollock 2001).

ENCADRÉ 1.3

Acheter un pourcentage de couverture au Libéria

Depuis 2009, les financements de l'USAID ont permis le développement d'une contractualisation basée sur la performance. Des organisations non gouvernementales ont été recrutées pour le soutien à la gestion des établissements de santé et une part prédéterminée (environ 10 %) de leur budget a été soumise à l'augmentation de la couverture en soins de santé primaire par les établissements concernés. Une fois par an, l'ONG devait remettre à l'établissement de santé les primes accordées en fonction de la performance. Certains établissements ont été sur-performants, mais la plupart d'entre eux ont présenté des résultats insatisfaisants, ce qui incité la partie contractante à ne pas verser aux ONG performantes les primes qui leur étaient dues. Ces dernières, nettement désavantagées, ont été contrariées par cette décision.

(Banque mondiale 2011)

Acheter le premier service ou acheter à partir d'une donnée de référence

Jusqu'à maintenant, les FBP ont été fondés sur l'achat du premier service – soit la première immunisation ou la première consultation ambulatoire – puis des services subséquents au même tarif. Il s'agit d'une approche sensée : les données sont faciles à calculer et la performance antérieure est souvent mal connue. Les systèmes basés sur les rapports périodiques sont souvent peu performants et ne font généralement l'objet d'aucune vérification régulière ou rigoureuse. Avec l'évolution des FBP et la présence accrue de données *ex ante* plus robustes, il devient possible d'envisager l'utilisation d'approches qui mesurent la progression à partir d'une donnée de référence convenue.

Acheter une certaine quantité de services de qualité

Dans de nombreux endroits du monde, la quantité des services de santé est loin d'être optimale. Il n'est donc pas étonnant que les FBP s'intéressent tout particulièrement à son accroissement à travers la rémunération à l'acte de chaque service effectué. Cependant, on peut légitimement craindre que l'accent porté ici à la quantité incite les prestataires à lésiner sur la qualité. Par conséquent, tout FBP doit s'assurer que cette dernière n'est pas compromise, mais plutôt largement améliorée, ce qui représente en soi un défi important. Les moyens qui permettent de résoudre les questions liées à la qualité des soins sont abordés au Chapitre 3.

S'assurer de la compatibilité entre les services et le système de gestion de l'information

Lorsque vous connaissez la nature des services à acheter par FBP, il faut vous assurer que leur formulation correspond bien à celle des formulaires de collecte de données du système de gestion de l'information sanitaire (SGIS). Ce n'est souvent pas le cas. Par exemple, plusieurs FBP mentionnent l'achat de « nouveaux services de planification familiale » (PF). Il s'agit ici d'une référence directe aux « méthodes modernes » (notamment les injections de Depo-Provera, les contraceptifs oraux, les dispositifs intra-utérins et les implants). Or les SGIS considèrent généralement la PF dans son ensemble, soit également les méthodes les plus traditionnelles (par exemple la méthode rythmique) qui ont peu d'intérêt pour les FBP en raison de leurs difficultés de vérification objective.

Tout d'abord, il faudra certainement adapter les outils de collecte de données, par exemple les registres du SGIS, afin de pouvoir saisir les informations additionnelles nécessaires au suivi du patient. On pourra par exemple réserver une colonne à l'identification du chef du ménage, du village, de l'adresse civique (si disponible), d'un numéro téléphone du ménage (si disponible) ou de téléphone mobile. Cette information sera nécessaire lors de la vérification des données requises (voir Tableau 1.1. L'importance de l'amélioration de la tenue des registres est abordée plus en détail au Chapitre 2).

Tableau 1.1 Exemples d'intitulés de colonnes à intégrer dans un registre des soins curatifs

Nb	Date	Nom de famille	Prénom	Nom du chef du ménage	Village	Numéro	Numéro de téléphone mobile	Autre
----	------	----------------	--------	-----------------------	---------	--------	----------------------------	-------

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : Nb = nombre.

Soyez OPTIMAL (SMART) dans le choix des services FBP

Plusieurs considérations pratiques peuvent rendre exigeant le processus de sélection des services à acheter par voie de FBP. Certains critères SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini) se sont révélés utiles lors de ce type d'achat et sont mentionnés ci-dessous. Leur explication sera complétée par des exemples concrets d'achat par différents FBP et de la performance des services sur le terrain.

- *Spécifique* : tout service acquis dans le cadre d'un FBP devrait avoir fait l'objet d'une définition opérationnelle claire et facile à comprendre. Par exemple, l'achat de « soins prénataux » est trop général. S'agit-il ici de l'achat d'une première visite prénatale ou de la quatrième ? Quels services la prestation minimale doit-elle comprendre pour être considérée comme un « soin prénatal » ?

Astuce – être attentif aux groupes d'âge : une rémunération basée sur « la consultation pour un enfant de moins de cinq ans » peut paraître signifiante au plan programmatique, mais la vérification des prestations sur le terrain peut s'avérer un véritable cauchemar. En outre, il s'agit d'une donnée facilement manipulable que les prestataires peuvent modifier en comptabilisant les enfants plus âgés dont l'âge exact est difficilement vérifiable.

- *Mesurable* : pour être viable, un service assuré par FBP doit être facilement mesurable (voir l'Encadré 1.4). Concrètement, ceci signifie :
 - que la date de prestation peut être facilement extraite du registre standardisé ou encore du dossier du patient de façon à permettre une vérification indépendante de la véracité de la déclaration et du lieu de prestation ;
 - que le nombre de prestations peut être facilement comptabilisé à partir du registre ou du dossier du patient (ce type d'addition est plus facile que le calcul d'un taux ou d'un ratio) ;
 - que les patients peuvent être localisés et enquêtés pour vérification : (a) de leur existence effective ; (b) de la réception ou non des services mentionnés et de la date de prestation ; et (c) de la satisfaction du patient sur les services accordés.

ENCADRÉ 1.4**Comment s'assurer que les services sont de type FBP-SMART**

Pour qu'un FBP soit SMART, il doit être mesurable. Il faut pouvoir retracer un usager communautaire, questionner le patient sur le service reçu (ou non) et obtenir des réponses fiables aux questions posées. Si la réponse à ces exigences est non, il est probable que l'indicateur considéré ne soit pas SMART.

Plusieurs difficultés sont à prévoir. La traçabilité peut avoir été confiée à des membres de la communauté peu formés et sans antécédents médicaux. En outre, la mesure n'est pas possible si les registres ne permettent pas de vérifier l'identité de l'utilisateur ou encore, lorsque ce dernier est interviewé, la nature détaillée de la prestation fournie.

Les listes à cocher sont un exemple typique de registre inadéquat. Ici, les usagers et les patients sont au mieux mentionnés par indication de la case adéquate. Aucune information relative à l'identification n'est fournie (voir le Tableau B 1.4.1). Dans certains endroits, ce type de registre est encore couramment utilisé pour le suivi de la croissance des enfants de moins de cinq ans ou l'enregistrement des vaccinations effectuées dans le cadre d'un programme de sensibilisation.

Tableau B 1.4.1 Exemple de liste à cocher : un registre inadéquat

DPT1	√ √ √ √ √ √ √ √ √ √ √ √
DPT2	√ √ √ √ √ √ √ √
DPT3	√ √ √ √

Source : Données de la Banque mondiale.
Note : DPT = Diphtérie, Coqueluche, Tétanos (vaccination).

L'utilisation des listes à cocher limite la capacité à identifier et à retracer un usager de la communauté, une fonction pourtant à la base d'un FBP performant !

ENCADRÉ 1.5**Comment les travailleurs de santé peuvent-ils influencer la quantité des services**

Les travailleurs de santé se plaignent parfois de leur peu d'influence sur le nombre de patients qu'ils reçoivent. Ils attribuent ce fait à la faiblesse de la demande en services, aux difficultés d'accès à l'établissement de santé, à l'état délabré de l'infrastructure ou au manque de stocks de médicaments et consommables.

En fait, certains services sont effectivement difficiles à promouvoir. Par exemple en raison des obstacles culturels, il est souvent délicat de convaincre une femme enceinte d'effectuer une première consultation prénatale avant le quatrième mois de grossesse. Néanmoins, les travailleurs de santé peuvent influencer le nombre de prestations en ayant recours aux différentes mesures suivantes : (a) modification des heures d'ouverture de l'établissement de santé ; (b) organisation de campagnes de sensibilisation ;

(Suite de l'encadré page suivante)

(c) mobilisation des agents de santé communautaire et des sages femmes traditionnelles ; (d) amélioration de la qualité des soins ; (e) ajout de personnel supplémentaire (grâce aux revenus améliorés et à l'autonomie de gestion financière), (f) amélioration de la motivation du personnel (à travers une répartition équitable et transparente des primes) ; (g) traitement de tous les patients sur place (plutôt qu'interruption des services à midi) ; et (h) renforcement des connaissances techniques du personnel (une maîtrise des protocoles fondée sur la demande plutôt qu'imposée par un niveau supérieur de gestion). Pour des stratégies plus détaillées, consulter le Chapitre 10.

- *Atteignable* : le prestataire doit pouvoir assurer le service ciblé. Par exemple, la ligature des trompes ou la conduite d'une césarienne ne font évidemment pas partie des services à acheter au niveau du centre de santé. Cependant, il faut prendre soin de ne pas fournir aux personnels des prétextes à la non-prestation de services. Les établissements de santé doivent utiliser à cet effet les différents moyens de renforcement de la prestation dont ils disposent (voir Encadré 1.5).
- *Réaliste/pertinent* :
 - un service assuré par FBP est réaliste s'il fait déjà l'objet d'une collecte de données régulières par le SGIS, s'il est doté d'outils d'enregistrement routinier et si sa définition ne pose aucun problème aux personnels ou aux vérificateurs.
 - La surcharge du travail de vérification de nombreux services ou d'indicateurs composites difficiles, notamment lorsque leur vérification régulière passe par la consultation de plusieurs dossiers et registres, risque fort d'inciter les vérificateurs à arrondir les angles. Il est important de garder en tête la charge de travail qui sera imposée aux vérificateurs et de procéder à une sélection de services réaliste, qui prend en considération le temps nécessaire à la vérification de leurs résultats. Il est également recommandé de mettre à l'épreuve les différents outils du FBP, notamment les registres, ce qui permettra d'évaluer à la fois l'importance de la charge de travail des vérificateurs et la reproductibilité intra-observateur mais aussi inter-observateur.
- *Temporellement définis* : le paiement des services acquis par FBP devrait être effectué à intervalles réguliers. Généralement, plus la période entre la conduite d'une action et sa rémunération est longue, moins la récompense est efficace. Le cycle de paiement typique est trimestriel, la performance doit donc pouvoir être mesurée en fonction de ce laps de temps.

Tirer parti de l'expérience concrète des FBP actuels sur des services spécifiques

Le Tableau 1.2 présente une liste de services de santé communautaire acquis par FBP et émet certaines observations sur leur performance concrète. Le Tableau 1.3 présente une liste de services similaires, cette fois pour un hôpital de première référence.

Les indicateurs/services mentionnés au Tableau 1.2 ont été classés de « très satisfaisant » ou FBP-SMART, à « impossible ». Chaque service a été clairement défini (on trouvera des exemples illustrant ces définitions dans les liens mentionnés à la fin du Chapitre 2 sous la rubrique « Guides de référence pour services » dans les liens aux documents et outils), quoique les significations varient parfois légèrement d'un pays à l'autre. La compilation d'une telle liste pour l'ensemble des services acquis par FBP demanderait la disponibilité d'outils de collecte de données primaires très efficaces, notamment de registres et de fiches individuelles des patients (voir Chapitre 2). Cependant, une liste longue de services est disponible à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre. Les numéros figurant aux Tableaux 1.2 et 1.3 font référence aux numéros de la liste longue.

Tableau 1.2 Exemples de services de santé communautaire acquis par FBP et observations sur leur mise en œuvre.

N°	Services acquis par FBP : paquet minimum d'activités	Notation	Observations sur la mise en œuvre
1	Nouvelle consultation ambulatoire	Très satisfaisant	Facile à mettre en œuvre. Le versement d'une subvention pour chaque consultation curative favorise la régulation de la qualité des prestations. L'acheteur peut négocier à la baisse les dépenses remboursables. Cet indicateur facilite la subvention d'une exemption des paiements directs pour soins de santé.
13	Accouchement dans un établissement de santé	Très satisfaisant	Facile à mettre en œuvre. Le versement d'une rémunération suffisante permettra à l'établissement de payer les sages-femmes traditionnelles et les agents de santé communautaire afin qu'ils assurent la référence des accouchements à l'établissement de santé. Ceci permettra de renoncer à la tarification formelle ou informelle et de distribuer des cadeaux aux mamans : le « paquet bienvenue bébé ». Pour plus de détails sur la mise en œuvre et les stratégies complémentaires voir le Chapitre 10, Tableau 10.3 de cette Boîte à outils.
15	Toute référence d'urgence et admission d'un patient à l'hôpital	Satisfaisant	Relativement facile à mesurer, mais demande un formulaire de référence et contre-référence standardisé. Le formulaire de contre-référence de l'établissement de santé constitue la base de paiement. Le formulaire prouve que le patient a été admis à l'hôpital et a reçu des soins. Cette approche est fréquemment combinée avec une rémunération de la référence au niveau de l'hôpital. Cependant, les formulaires de référence et de contre-référence sont sujets à la fraude.
5	Première consultation prénatale	Satisfaisant	Facile à mettre en œuvre et à vérifier. Cependant, cette formulation n'encourage pas les femmes à consulter au tout début de leur grossesse.
3	Nouvelle consultation ambulatoire pour un enfant de moins de cinq ans.	Modérément satisfaisant	Présente certains risques de fraude par comptabilisation d'enfants plus âgés. Cependant, peut s'avérer important si des maladies facilement traitées telles que la diarrhée ou la pneumonie entraînent de nombreuses mortalités infantiles.

N°	Services acquis par FBP : paquet minimum d'activités	Notation	Observations sur la mise en œuvre
4	Nouvelle consultation ambulatoire par une personne pauvre.	Modérément satisfaisant	Réglementation et application difficiles, facile à manipuler. La subvention des soins aux individus les plus pauvres est souhaitable. S'il y a des paiements directs à verser, ils peuvent être financés à travers cette catégorie de remboursement. Fréquemment, l'acheteur a recours à une subvention croisée partielle. Le nombre de patients pauvres peut être limité, par exemple à 20 % de l'ensemble des consultations. Un engagement communautaire important est essentiel.
2	Nouvelle consultation ambulatoire avec diagnostic de paludisme	Insatisfaisant	Facile à manipuler et impossible à vérifier. Le paiement entraînera une attribution de trop nombreux cas à la catégorie paludisme, particulièrement lorsque le diagnostic de paludisme rapporte plus que la « consultation courante ». En outre, il peut y avoir sur-prescription non nécessaire de médicaments antipaludiques coûteux.
35	Référence pour fistule vésico-vaginale (FVV)	Insatisfaisant	Même si le traitement de la FVV est souhaitable, la rémunération de ce type de référence n'a de sens que si l'offre en matière de services chirurgicaux pour FVV est adéquate. Il peut également s'avérer difficile de vérifier la prestation effective.
Jamais tenté	Taux de mortalité maternelle (TMM)	Impossible	Heureusement, le TMM n'est pas un indicateur très fréquemment utilisé. Sa mesure demanderait la conduite d'enquêtes coûteuses avec intervalles de confiance très importants. Les résultats ne seraient pas disponibles suffisamment rapidement pour rémunérer les prestataires régulièrement. En outre, le versement de sommes importantes pour une réduction minimale des mortalités pourrait favoriser la manipulation des rapports.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : « N° » fait référence au numéro du service sur la liste longue des services disponibles à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre. FBP = financement basé sur la performance

Sur quels services les FBP actuels se concentrent-ils ?

Même si plusieurs facteurs contextuels doivent être considérés lors de l'achat de services par FBP, les praticiens s'entendent maintenant sur les différents services les plus pertinents, ce qui indique tout au moins que des intervenants confrontés à des situations très différentes s'entendent sur ce qui paraît sensé. Les 20 services les plus fréquemment acquis par 16 FBP distincts sont présentés par ordre de fréquence au Tableau 1.4. Le tableau complet, qui inclut également certains services moins fréquemment sous-traités, est disponible à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Tableau 1.3 Liste de services acquis par FBP fréquemment utilisée pour un hôpital de première référence

N°	Service acquis par FBP	Notation	Observations sur la mise en œuvre
1	Nouvelle consultation ambulatoire auprès d'un médecin	Très satisfaisant	Facile à documenter et à vérifier. Encourage la consultation des cas référencés par un médecin plutôt que par un personnel médical moins qualifié.
4	Chirurgie mineure	Très satisfaisant	Facile à documenter et à vérifier.
7	Accouchement avec complications	Satisfaisant	Facile à documenter, mais plus difficile à vérifier. Si le tarif pour un accouchement assisté est beaucoup plus élevé que celui d'un accouchement normal, il y a risque de mauvaise classification.
8	Césarienne	Satisfaisant	Facile à documenter et à vérifier. Si le tarif pour une césarienne est très élevé, leur nombre pourrait augmenter. Cependant, dans plusieurs régions, les césariennes ne sont pas suffisamment fréquentes. Il serait souhaitable de fixer un nombre limite inférieur et supérieur de pratiques.
10	Jours d'hospitalisation d'une personne pauvre	Modérément satisfaisant	Difficile à régler et à appliquer. Cependant, la subvention des soins aux plus pauvres est nécessaire. Si des paiements directs sont exigés, ils peuvent être financés à travers cette catégorie de remboursement. L'acheteur a fréquemment recours à une subvention croisée partielle. L'approche peut être mise en œuvre à travers une limitation du nombre de jours d'hospitalisation, par exemple 20 % de l'ensemble.
3	Formulaire de contre-référence du patient au centre de santé	Modérément satisfaisant	Difficile à vérifier. Il faut en effet disposer d'un document signé par l'hôpital qui prouve que le centre de santé a reçu le formulaire de contre-référence rédigé par le médecin. En fait, ce dispositif sert à renforcer les modalités de référence entre les différents niveaux du système sanitaire.
17	Mortalité documentée	Insatisfaisant	Quelquefois, les programmes nationaux tentent d'enquêter sur les mortalités maternelles. Il ne s'agit pas de services fréquemment sous-traités. Cependant, ils pourraient être utilisés pour contre-balancer les mortalités de ce type sous-déclarées.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : « N° » fait référence au numéro du service sur la liste longue des services disponibles à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre. FBP = financement basé sur la performance

Tableau 1.4 Les 20 principaux services achetés auprès de centres de santé par 16 projets FBP

N°	Paquet minimum d'activités – services achetés par un FBP	Pourcentage
1	Nouvelle consultation ambulatoire	100
2	Nouvel utilisateur ou utilisateur existant d'une méthode moderne de planification familiale	100
3	Accouchement dans un établissement de santé	100
4	Deuxième, troisième et quatrième consultation prénatale	93,8
5	Enfant avec immunisation complète	87,5
6	Vaccinations deux à cinq contre le tétanos chez une femme enceinte	81,3
7	Toute référence d'urgence et admission du patient à l'hôpital	75,0
8	Enfant né d'une mère VIH+ et sa mère traités aux ARV dans le cadre d'une PTME	62,5
9	Première consultation prénatale	56,3
10	Nouveau cas de BAAR+ ; TBP	56,3
11	Cas de BAAR+ ; TBP guéris	56,3
12	Jours d'admission/hospitalisation	50,0
13	Insertion d'un DIU/Norplant	50,0
14	CDV	50,0
15	Consultation postnatale	43,8
16	Seconde dose de sulfadoxine/pyriméthamine (TPIp)	43,8
17	Consultation de suivi la croissance d'un enfant âgé de 11 à 59 mois	43,8
18	IST traitée	43,8
19	Femme testée dans le cadre de la PTME	43,8
20	Distribution de moustiquaires imprégnées	37,5

Nombre moyen de services contractualisés par les 16 projets FBP = 20 (éventail de 9 à 31)

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : « N° » fait référence au numéro du service sur la liste longue des services disponibles à travers le lien au document mentionné à la fin du chapitre. BAAR+ = bacille acido-alcool-résistant positif ; ARV = antirétroviral ; TPIp = traitement présomptif intermittent du paludisme au cours de la grossesse ; DIU = dispositif intra-utérin ; PTME = prévention de la transmission mère enfant ; TBP = tuberculose pulmonaire ; IST = infection sexuellement transmissible ; CDV = conseil dépistage volontaire du VIH ; FBP = financement basé sur la performance.

1.3 Comment procéder à la sélection des services : le processus concret

Questions générales

Les questions suivantes doivent être soulevées lors de la sélection des services à acheter : (a) de quels types de services a-t-on besoin ? ; (b) le paquet de services est-il équilibré en termes de couverture des différentes maladies/santé préventive ? ; et (c) combien de services convient-il d'inclure et quelle devrait être leur pondération respective ?

Dans certains cas, on peut tout simplement avoir recours à un paquet de services achetés par FBP qui a déjà fait la preuve de son efficacité dans un environnement similaire, ou encore le modifier légèrement afin qu'il puisse être facilement applicable. Dans d'autres cas cependant, il faudra négocier âprement l'introduction ou l'exclusion de certains services. Le processus peut être long et risqué, et s'il n'est pas bien géré, il peut augmenter les tensions entre les parties prenantes.

**« Vous n'aimez pas les services que je propose ;
par conséquent, vous ne m'aimez pas ? »**

Il peut également arriver que des individus haut placés demandent l'inclusion de certains services, notamment pour des motifs politiques (on peut citer en exemple le cas des services pour fistules vésico-vaginales au Rwanda). Il est probable que ces choix ne seront pas SMART, mais face à des pressions politiques importantes, les arguments techniques pourraient ne pas l'emporter. Il y a donc risque de confrontation avec les partisans d'un programme vertical de soins, qui voudront qu'une part significative de « leurs indicateurs » soit incluse au paquet acheté par le FBP.

En outre, en raison de contraintes temporelles, la discussion risque de s'enliser ; les parties prenantes se verraient alors forcées d'adopter un paquet de compromis, qui ferait surtout penser à « un gnou assemblé par un comité » (dans la mythologie africaine, le gnou, soit la dernière créature créée par Dieu, a été créé à partir des restes des autres animaux). Par conséquent, il faudra peut-être déployer des compétences diplomatiques considérables pour en arriver à la définition du paquet le plus approprié (voir Encadré 1.6). Dans les paragraphes suivants, nous aborderons les questions d'évaluation du nombre de services requis et de pondération de leur importance.

Combien de services faut-il acheter ?

Combien de services faut-il acheter par voie de FBP ? Les directives suivantes ont été fondées sur les connaissances pratiques accumulées par les praticiens et tiennent compte de leur évolution rapide. Les 16 projets FBP examinés ont acheté 20 services en moyenne (soit des paquets composés de 9 à 31 services). Voir également le Tableau 1.3 pour les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Il faut toujours garder en tête les points suivants. Tout d'abord, *l'équilibre* : le paquet de services doit être équilibré et former un ensemble pouvant être raisonnablement effectué. Les services non achetés pourraient faire l'objet d'une offre inférieure. Même si cela n'a pas été prouvé, il serait sage d'envisager cette possibilité. Par conséquent, il vaut mieux opter pour la formulation de catégories générales :

- « nouvelle consultation curative » saisit simultanément toutes les nouvelles consultations ambulatoires pour soins curatifs ;
- « enfant avec vaccination complète » englobe l'ensemble des vaccinations infantiles obligatoires avant l'âge d'un an ;
- « CPN 2 – 4 » fait référence à l'ensemble des consultations prénatales (CPN) recommandées au cours de la grossesse et sous-entend que la première a déjà eu lieu ;

ENCADRÉ 1.6**Enseignements tirés de l'expérience**

La gestion inclusive des processus politiques peut s'avérer difficile lorsque plusieurs parties prenantes sont impliquées, comme le Rwanda en a d'ailleurs fait l'expérience en 2005-2006. Il s'agissait alors de maintenir à un niveau gérable le nombre de services des centres de santé achetés par le FBP (le dispositif initial comprenait 30 services dont 14 liés au VIH). Or, chaque rencontre avec les autorités politiques semblait mener à un « fluage » dans le nombre de services offerts. Ceci était partiellement attribuable au manque de connaissances sur l'achat de services liés au VIH auprès d'organismes partenaires. Un an plus tard, après une revue du dispositif, des partenaires techniques plus expérimentées ont décidé de réduire à 24 le nombre de services achetés par le FBP (14 services dans le cadre du paquet minimum et 10 services liés au VIH) ; plusieurs services qui n'étaient ni pratiques ni faciles à vérifier sur le terrain ont donc été éliminés. En outre, les parties prenantes avaient pu constater que chaque service impliquait un coût de transaction et que la vérification s'était relâchée en raison du nombre important de services à vérifier. En réalité, l'achat d'une telle quantité de services dans un pays où la prévalence au VIH ne dépassait pas 3 % avait été encouragé par la désignation du Rwanda comme pays de concentration du PEPFAR (Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida). Ce statut allait renforcer considérablement le nombre de partenaires de mise en œuvre du programme sida et par conséquent, les financements disponibles pour une rémunération de services de VIH.

- « nouvelle ou consultation subséquente pour adoption d'une méthode de planification familiale moderne » saisit l'ensemble des consultations de planification familiale (PF) liées à une méthode moderne (toutes nouvelles consultations pour une méthode moderne ; consultation subséquente pour un approvisionnement trimestriel en contraceptifs oraux ou une nouvelle injection).

Deuxièmement, le *contexte* : les défis et facteurs contextuels sont déterminants dans la mise en œuvre d'un paquet minimum de services. Quels services souffrent d'une offre insuffisante ?

Troisièmement, le *budget* : l'ampleur du budget opérationnel disponible est décisive (voir Chapitre 4). Lorsque ce dernier est plus élevé, il devient possible de hausser la rémunération et d'offrir un paquet de services plus important. En outre, ceci laisse à l'acheteur la possibilité de procéder à des compromis entre l'augmentation du nombre de services et le versement d'une rémunération à l'acte plus élevée.

Quatrièmement, les *coûts de transaction* (en temps et en argent) qu'impliquent la vérification et la contre-vérification de la prestation de services (voir Chapitre 2), notamment à travers l'examen des registres des établissements de santé. Il reste possible d'en augmenter l'efficacité, mais la multiplication du nombre de services rend le travail des vérificateurs plus difficile.

En général, l'achat d'un paquet de 15 à 25 services pour chaque niveau considéré (centre de santé et hôpital) paraît raisonnable, même si certains experts

conseillent de porter ce nombre à 30 services. Cependant, comme mentionné, le choix relève essentiellement du contexte, du budget et des coûts de transaction impliqués. On pourra consulter à ce propos le Tableau 1.4 qui résume certaines des pratiques adoptées par les projets FBP.

Utiliser une technique Delphi modifiée pour sélectionner et pondérer les services achetés par FBP

La prise de décisions sur l'allocation des ressources reste certainement l'un des défis majeurs posés au secteur santé. Pour ce faire, les décideurs doivent disposer de méthodes rationnelles et transparentes qui leur permettront de considérer simultanément plusieurs variables (Baltussen et Niessen 2006).

Le recours à une technique Delphi modifiée peut certainement aider à sélectionner et à pondérer les services achetés par un FBP. Elle repose sur l'établissement d'un consensus et a été développée après la Seconde Guerre mondiale pour estimer l'impact des nouvelles technologies sur la guerre. Elle a ensuite été adaptée pour la concertation et la prise de décisions collectives, particulièrement dans les cas où certains groupes paraissent plus dominants que d'autres. La technique permet d'éviter l'apparition d'une « pensée ordonnée » en groupe, qui risque d'apparaître en présence de nombreuses influences politiques, lorsque le temps imparti est court et que les enjeux sont élevés. Le phénomène de pensée ordonnée en groupe émerge lorsque les participants tentent à tout prix d'éviter les conflits et d'établir un consensus, ceci aux dépens de la pensée rationnelle et d'une évaluation claire des options.

Si la technique Delphi modifiée a d'abord été employée pour prévoir l'impact des nouvelles technologies, elle a ensuite beaucoup aidé à la prise de décisions politiques participatives dans les pays en développement, à l'élaboration de politiques sur les outils Internet interactifs (e-démocratie²), et à différentes évaluations de programmes (Wilson *et al.* 2010). De la même manière, les acheteurs de services financés par FBP peuvent appliquer avec succès la technique Delphi modifiée pour établir de façon équitable et consciencieuse une liste d'indicateurs consensuelle.

L'application de la technique Delphi modifiée ne demande généralement qu'une seule journée d'atelier. Cependant, si le processus de sélection des services doit être complété par leur pondération et la prévision des risques financiers liés aux frais d'exploitation, l'exercice complet pourrait demander **deux jours** d'atelier.

Exercice : la technique Delphi modifiée en neuf étapes

Plusieurs pays africains ont employé la technique Delphi modifiée lors de la préparation de leurs FBP (voir Encadré 1.7). Pour mener à bien le processus, les items suivants seront nécessaires :

- Fichier Microsoft Power Point d'introduction au processus.
- Fichier Microsoft Excel ou liste longue de services/indicateurs et formulaire type de calcul des scores respectifs.
- Exemple d'outil de calcul des coûts (consulter les liens aux documents mentionnés dans ce chapitre).

ENCADRÉ 1.7**Utiliser la technique Delphi modifiée**

La technique Delphi modifiée a été largement testée au Rwanda. En février 2006, elle a été utilisée lors d'un atelier de conception du dispositif de Financement basé sur la performance national (Rusa et Fritsche 2007), puis ultérieurement, dans l'identification des indicateurs/prestations à inclure au paquet de services sur le VIH. Au cours du second semestre 2007, la technique a également été employée pour l'atteinte d'un consensus sur la pondération des différents items figurant sur la *check-list* qualitative du FBP du Rwanda. À la suite de cette expérience, l'utilisation de la technique modifiée s'est propagée. En septembre 2009, elle a été mise à contribution pour la constitution des paquets minimums et complémentaires d'activités à financer par le FBP du Burundi puis, en juin 2010, elle a été appliquée au Bénin dans le cadre d'un atelier national de définition de la liste des services FBP à inclure au paquet minimum d'activités.

Les neuf étapes d'application de la technique Delphi modifiée

Étape 1. *Former un panel d'experts chargé de la sélection des indicateurs du FBP.* Avant l'atelier, réfléchir et discuter avec les décideurs de la composition du panel. Dans les pays qui disposent déjà d'une certaine expérience en matière de FBP, le panel ne comprend généralement que des experts sur la question. Cette approche est préférable ; les discussions sont en effet souvent teintées d'éléments de désirabilité tels que « cet indicateur/service est important » sans que les difficultés d'achat par FBP ne soient considérées (difficultés de mesure par exemple). Les membres de panels expérimentés dans l'application de FBP ont l'avantage de connaître mieux que d'autres ce type de contraintes. Dans tous les cas, le panel devrait au moins comprendre des spécialistes en santé publique d'intérêt général qui connaissent très bien le contexte local. Un panel devrait être composé de 7 à 9 experts.

Étape 2. *Organiser un atelier.* Introduire la technique en plénière et désigner un facilitateur. Ce dernier doit bien connaître la technique appliquée et être considéré neutre par l'ensemble des parties impliquées.

Étape 3. *Tirer parti des services déjà achetés par voie de FBP* (par exemple à travers l'exemple de pays limitrophes ou d'un projet pilote dans le pays) pour établir la liste longue. Cette liste pourra comprendre jusqu'à 40 services et sera élaborée à partir d'une liste longue similaire utilisée avec succès ailleurs. La liste longue doit être disponible en copies suffisantes (voir le dossier Microsoft Excel dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre).

Étape 4. *Limiter le nombre de services pouvant être retenus par le panel.* Il faut toujours fixer une quantité cible inférieure au nombre idéal de services. Par exemple, si l'on considère que le paquet minimum devrait comprendre environ 18 services, il faut indiquer au panel que 15 services devront être retenus, ce qui permet une certaine marge de manœuvre au cours des négociations.

Étape 5. *Chaque membre du panel classe les services mentionnés sur la liste longue selon trois catégories : le score « 1 » indique que l'achat du service est très souhaitable ; le score « 3 » qu'elle ne l'est que peu ou pas ; alors que le score « 2 » désigne une approbation mitigée. Il s'agit d'un travail individuel. En outre, les membres du panel doivent limiter leur nombre de scores « 1 » au nombre maximum de services éventuellement achetés (15 par exemple). Dans les pays qui mettent en œuvre des programmes de riposte au VIH importants, il faut discuter au préalable du nombre maximal de services y afférents potentiellement inclus au paquet minimum d'activités (par exemple 3 ou 4/15), ce qui permettra de maintenir un certain équilibre dans la couverture sanitaire offerte (voir Tableau 1.5). On trouvera au Tableau 1.5 un exemple indiquant que l'un des experts a recommandé l'inclusion des services 1, 4 et 5, le rejet du service 2 et l'insertion potentielle du service 3.*

Tableau 1.5 Exemples de scores attribués à des services achetés par un FBP

N°	Services achetés par voie de FBP	Score accordé par l'expert A
1	Nouvelle consultation ambulatoire	1
2	Nouvelle consultation ambulatoire avec diagnostic de paludisme	3
3	Nouvelle consultation ambulatoire pour un enfant de moins de cinq ans	2
4	Nouvelle consultation ambulatoire pour un indigent	1
5	Première consultation prénatale	1
	Autre	

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : « N° » fait référence au numéro du service ; FBP = financement basé sur la performance.

Étape 6. *Le facilitateur compile l'ensemble des scores sur la feuille de calcul prévue à cet effet (voir le fichier Delphi.xlsx dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre) et présente les résultats aux experts du panel. Le Tableau 1.6 résume les résultats hypothétiques obtenus pour quatre des services évalués.*

Tableau 1.6 Exemple de scores pour services du PMA

N°	Services du PMA	A	B	C	D	E	F	G	Moyenne	Déviat ion standard
1	Nouvelle consultation ambulatoire	1	1	1	1	1	1	1	1	0
2	Nouvelle consultation ambulatoire avec diagnostic de paludisme	3	1	2	3	3	3	3	2,42857	0,78680
3	Nouvelle consultation ambulatoire pour un enfant de moins de cinq ans	2	2	1	1	1	1	2	1,42857	0,53452
4	Nouvelle consultation ambulatoire pour un indigent	1	2	2	1	3	2	1	1,71429	0,75593

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : « N° » fait référence au numéro du service ; PMA = paquet minimum d'activité.

La moyenne de la déviation standard est calculée automatiquement. Ceci permet de procéder à un « tri » (Menu>Accueil>Trier et filtrer>Trier de A à Z) qui permet d'établir une liste décroissante qui va du score le plus faible (le service le plus souhaitable) au plus élevé (le service le moins souhaitable). Les résultats de cet exercice sont présentés au Tableau 1.7.

Tableau 1.7 Exemple de tri des services du PMA

N°	Services du PMA	A	B	C	D	E	F	G	Moyenne	Déviati on standard
1	Nouvelle consultation ambulatoire	1	1	1	1	1	1	1	1	0
3	Nouvelle consultation ambulatoire pour un enfant de moins de cinq ans	2	2	1	1	1	1	2	1,42857	0,53452
4	Nouvelle consultation ambulatoire pour un indigent	1	2	2	1	3	2	1	1,71429	0,75593
2	Nouvelle consultation ambulatoire avec diagnostic de paludisme	3	1	2	3	3	3	3	2,42857	0,78680

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : « N° » fait référence au numéro du service ; PMA = paquet minimum d'activité.

Ici, il y a donc accord sur les services 1, 3 et 4. Le service 2 a obtenu un score de 2,42857, ce qui signifie qu'il rencontre davantage d'opposition que de soutien ; le service 2 a également obtenu le score le plus bas. Lorsque la feuille de calcul est complète, il est préférable de fixer le seuil de rupture en fonction de 2. Tous les scores entre 1 et 2 obtiennent un soutien plus important que les scores entre 2 et 3. La déviation standard donne des indications sur le niveau de désaccord entre les experts. Le service 2 présente la déviation standard la plus élevée.

Il s'agira ensuite de procéder en plénière à l'évaluation technique des résultats de l'étape antérieure d'application de la technique Delphi. Le plafond du paquet correspondra ici au nombre de services sur lesquels il y a eu déjà eu accord initial, par exemple 15. Il peut quelquefois s'avérer judicieux de retirer les services de riposte au VIH et de discuter de leur introduction à une étape ultérieure (les experts VIH ont en effet tendance à retenir un nombre de services liés au VIH plus important que les trois ou quatre déjà convenus). Ceci permettra également leur achat par des partenaires verticaux intéressés au FBP.

Les questions les plus importantes à aborder au cours des discussions en plénière sont les suivantes :

- Le paquet est-il équilibré ?
- Combien y a-t-il de services dont le score se situe entre 1 et 2 ?
- Y a-t-il duplication de services ou encore présence de services implicites ou subsumés à d'autres ?
- Des raisons techniques justifient-elles le retrait ou l'introduction de certains services (importance, rapport coût-efficacité, etc.) ?
- Y a-t-il accord ?

Étape 7. Si, après toutes ces discussions, le panel est toujours en désaccord sur le nombre de services à inclure au paquet minimum (même après son extension à 18 services par exemple, soit ce que le facilitateur avait en tête), il reste possible de procéder à un second tour d'application de la technique Delphi en répétant les étapes 5 à 7. Cependant, le premier tour suffit généralement largement à l'obtention d'un consensus (voir Encadré 1.8).

ENCADRÉ 1.8

Utilisation de la technique Delphi modifiée dans les processus de FBP : une analyse en profondeur au Rwanda

En 2006, le gouvernement du Rwanda a décidé de mettre à l'échelle ses initiatives FBP (Gouvernement du Rwanda, 2005). Ses trois programmes pilotes couvraient en effet déjà depuis décembre 2005 près de 40 % des services de santé effectués par le secteur public et les organisations fondées sur la foi (Rusa et al. 2009). Le premier programme avait été mis en œuvre dans l'ex-province de Cyangugu (Soeters, Habineza, et Peerenboom 2006), le second dans l'ex-province de Butare (Meessen et al. 2006) et le troisième dans le centre du Rwanda (Katengwa et al. 2010 ; Rusa et al. 2009).

Il s'agissait de la première mise à l'échelle d'un FBP dans un pays à faible revenu et le gouvernement du Rwanda était confronté à un problème important : chacun des promoteurs des trois initiatives en cours tenait à son propre FBP. Les opinions et les points de vue divergeaient sur des éléments déterminants, notamment sur le type de montage institutionnel (qui contractualise qui ?, ou encore, doit-il vraiment il y avoir contractualisation ?) ; le rôle du ministère de la Santé (la décentralisation avait remis au cours de 2005-2006 différents pouvoirs au ministère de l'Administration locale, ce qui avait entraîné une certaine confusion sur les rôles respectifs) ; la nature et le nombre d'indicateurs/services à acheter ; la nature et la fréquence des activités de suivi ; l'importance à accorder à la qualité (la quantité et la qualité devraient-elles être mesurées distinctement et par des entités différentes ?) ; la séparation des fonctions ; et enfin les questions d'enquêtes communautaires, de plans d'affaires, etc.

Pour résoudre cette impasse, deux techniques de recherche de consensus ont été utilisées au cours d'un atelier de trois jours qui s'est déroulé en février 2006 : tout d'abord une technique Delphi modifiée qui devait permettre de fixer les objectifs et les attributs d'un FBP national destiné aux centres de santé ; puis l'application de la méthode des « Six chapeaux de la pensée rationnelle » qui devait favoriser l'obtention d'un consensus sur certaines questions plus délicates telles que la mesure de la qualité et l'identification de l'institution qui en serait responsable (de Bono 1985). La première technique s'est avérée plus ou moins performante dans la définition d'une séparation des fonctions et du rôle respectif des différentes institutions en la matière. La seconde technique a échoué. Un membre influent qui connaissait bien la méthode a réussi à bloquer son application, ce qui a empêché l'atteinte d'un consensus, même après une quatrième journée de négociations. En juin 2007, le ministère de la Santé a repris le contrôle du processus et a graduellement réussi à établir un certain consensus.

(Suite de l'encadré page suivante)

Un panel d'experts avait été créé pour l'application de la technique Delphi modifiée. Chaque expert devait lister les cinq objectifs les plus importants d'un FBP national. Les résultats ont été harmonisés (les objectifs similaires ont été regroupés), et une liste longue d'objectifs a été établie, imprimée et remise à chacun des experts pour identification d'un score. Deux tours de technique Delphi ont été nécessaires à l'atteinte d'un accord sur les objectifs et le nouveau FBP (consulter les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre).

Après la conduite de cet exercice, les experts du panel devaient finalement établir une liste individuelle des cinq attributs optimaux de chacune des composantes suivantes du FBP : (a) suivi et vérification ; (b) fonction de régulation ; et (c) indicateurs. Ces attributs ont ensuite été repris dans la création d'une liste longue qui a été triée en fonction des composantes considérées. Après deux tours d'application de la technique Delphi, le panel d'experts s'est enfin entendu sur les résultats.

Étape 8. *Accorder une pondération à chaque service.* La pondération permet d'évaluer les coûts des services achetés par un FBP. Chaque coefficient reflète la valeur relative, l'importance, et la désirabilité d'un service par rapport aux autres. De plus amples informations sur l'utilisation des coefficients lors de l'identification des coûts des services achetés par un FBP sont disponibles au Chapitre 4. La technique Delphi modifiée peut aider à identifier les coefficients des services considérés.

- a. Imprimer des copies de la feuille de calcul intitulée « `weighting_MPA_Round1` » après y avoir copié la liste des services retenus. Imprimer une ou deux copies par expert.
- b. Établir le service « nouvelle consultation ambulatoire » comme premier service (en assumant que ce dernier a été retenu comme dans la majorité des cas) et lui attribuer un indice, par exemple 100, auquel aura été allouée une valeur monétaire locale équivalente à environ 0,30-0,40 dollar des EU (recommandé). De plus amples informations sur cette question sont disponibles au Chapitre 4.
- c. Demander aux experts de pondérer chaque service en fonction de cet indice de référence puis répéter les étapes 5 à 7. Le Tableau 1.8 illustre l'application de ce procédé. Chaque expert alloue un indice à chaque service retenu en fonction de la valeur de référence (100) ; la compilation permet d'établir ensuite une pondération/indice moyen. La déviation standard reflète le niveau d'accord entre les experts. Une discussion en assemblée plénière peut favoriser l'adoption d'un indice final, qui sera présenté dans une colonne séparée (« plénière »). Dans cet exemple hypothétique, le premier tour d'application de la technique Delphi avait conclu qu'un accouchement valait 10 fois plus que l'indice de référence et que le coefficient associé au diagnostic d'un nouveau cas de TBP serait équivalent à 37 fois l'indice de référence.
- d. Lorsqu'un consensus est atteint, il faut saisir les coefficients dans l'outil de calcul des coûts (voir Chapitre 4).

Tableau 1.8 Exemple de scores pondérés des services inclus à un PMA

No	Services inclus au PMA	Indice de base	A	B	C	D	E	F	G	Indice moyen	Pfénère	Déviatiion standard
1	Nouvelle consultation ambulatoire	100	100	100	100	100	100	100	100	100		0,00
2	Première consultation prénatale		50	20	200	50	75	25	50	67		61,3
3	Vaccinations 2 à 5 contre le tétanos		25	25	50	35	100	50	75	51		27,6
4	Deuxième dose de sulfadoxine /pyriméthamine		50	75	25	150	50	75	25	64		42,9
5	Accouchement dans un établissement de santé		500	1 000	750	2 000	1 500	500	750	1 000		559
6	Femmes testées dans le cadre de la PTME		200	250	300	250	500	600	150	321		165,4
7	CDV pour les couples		250	200	500	150	250	350	200	271		118,5
8	Nouveau cas de BAAR+ ; TBP		8 000	5 000	1 500	5 000	2 500	2 500	2 000	3 786		2 324,8
9	Autre											

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : « N° » fait référence au numéro du service. BAAR+ = bacille acido-alcool-résistant positif ; PTME = prévention de la transmission mère enfant ; TBP = tuberculose pulmonaire ; CDV = conseil dépistage volontaire du VIH ; PMA = paquet minimum d'activités ; FBP = financement basé sur la performance.

Étape 9. *Saisir les coefficients dans l'outil* de calcul des coûts (un exemple tiré du Nigéria est disponible dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre) :

- a. Saisir dans l'outil de calcul des coûts les données de couverture de base, la taille de la population, le budget disponible et les différentes hypothèses d'augmentation des taux de couverture suite à l'application du FBP.
- b. Utiliser cette ébauche au cours du deuxième jour d'atelier (après avoir réservé une période à son élaboration en fin d'après-midi du premier jour) pour finaliser les coefficients et obtenir un consensus sur les subventions unitaires et les hypothèses sous-jacentes.
- c. Les spécialistes en santé publique seront fréquemment surpris de voir leur décision d'allocation des ressources traduite en données budgétaires.
- d. S'assurer de l'adoption de cette approche par les experts du panel et les laisser se l'approprier. En fait, cette approche permet de s'assurer qu'après le second jour d'atelier, l'élan nécessaire à la poursuite des travaux aura été initié.

1.4 Comment gérer les demandes d'inclusion de services supplémentaires

Comment gérer les demandes d'inclusion supplémentaires

Tout responsable de la mise en œuvre d'un FBP doit demeurer proactif et discuter avec les partenaires de leur contribution potentielle à certaines composantes du paquet minimum d'activité. Par exemple, les services de riposte au VIH et de soins de la tuberculose et des IST forment généralement un ensemble de 6 à 7 services susceptibles d'être financés par le Fonds Mondial, l'Alliance GAVI, ou le PEPFAR/USAID (Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA/Agence des États-Unis pour le développement international). Dans cette éventualité, les systèmes informatiques qui gèrent les bases de données des FBP doivent être en mesure de tenir compte simultanément des financements en provenance de différents bailleurs de fonds (voir Chapitre 12). En outre, une plus grande implication des partenaires au développement favorise généralement une meilleure pérennité financière et une coordination plus poussée entre les partenaires.

Lors de la recherche de financements, il faut constamment garder en tête l'équilibre du paquet de services sélectionnés. Cet équilibre est important, notamment en raison du fait que les contenus de certains paquets achetés par voie de FBP pourraient être biaisés si un accent trop important était porté au VIH ou à d'autres programmes verticaux. Ceci peut s'avérer particulièrement difficile lorsque les partenaires au développement mettent des sommes substantielles sur la table.

Le paquet de services acheté par le FBP devrait être examiné une fois par an. Si les résultats attendus ne se sont pas concrétisés (faibles sur certains services, trop élevés sur d'autres) il est alors possible de modifier la rémunération unitaire (pour un achat stratégique, voir le Chapitre 4). Quelquefois, il peut s'avérer

nécessaire d'ajouter ou de retirer certains services du paquet. Cependant, il faut se méfier d'une trop grande amplification et conserver plutôt un paquet significatif, assorti de rémunérations à l'acte importantes. L'augmentation du nombre de services dispensés à partir du budget fixé entraînera nécessairement une dilution des montants accordés aux indicateurs déjà inclus. En outre, un paquet qui comprend trop de services (plus de 25-30) court le risque d'avoir à assumer des frais de transaction très élevés (vérification et contre-vérification).

Par conséquent, il faudra peut-être prendre des décisions d'allocation des ressources difficiles. La technique Delphi modifiée peut rendre ces choix plus faciles.

Qu'arrive-t-il aux services qui ne font l'objet d'aucune incitation et comment devraient-ils être gérés ?

Lorsque l'on incite à la prestation de certains services au détriment des autres, les services exclus risquent de faire l'objet de sous-performances. Par conséquent, lors de l'élaboration du FBP, il est recommandé de : (a) définir des catégories générales de services ; (b) retenir entre 15 et 30 services ; et (c) identifier un paquet équilibré qui reflète les priorités en santé de la communauté locale.

Il est également important d'assurer le suivi des services reçus et de la qualité des prestations (voir les Chapitres 4 et 13).

Il faut noter que dans certains contextes, un paquet de 15 à 30 services est nettement supérieur à la charge de travail antérieure des établissements visés. Il s'agit certainement d'un domaine de recherche prospective.

Liens aux documents et outils

On pourra avoir accès aux dossiers de la Boîte à outils à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter01>.

- Delphi.xlsx : feuille de calcul Microsoft Excel à utiliser lors de l'application de la technique Delphi modifiée pour la sélection des services du FBP.
- Delphi.pptx : dossier Microsoft Power Point, peut être adapté et servir d'introduction à la technique Delphi.
- Basic_Costing_Tool_Nigeria.xlsx : exemple d'outil de calcul des coûts de base ; peut être adapté au contexte local (voir également le Chapitre 4).
- Liens vers les dossiers contenant des indicateurs ou services, incluant leurs prix unitaires ou leurs coefficients respectifs :
 - trois programmes FBP pilotes, Rwanda (2002-06) ;
 - FBP pilote, Sud Kivu, RDC (2005-actuel) ;
 - FBP pilote, Burundi (2006-2009) ;
 - FBP national du Rwanda, centres de santé et hôpitaux (2006-actuel) ;
 - FBP pilote, République Centrafricaine (2008-actuel) ;
 - FBP pilote, Flores, Indonésie (2008-actuel) ;
 - FBP pilote, Katete, Zambie (2009-actuel) ;
 - FBP national, Burundi (2010-actuel) ;

- FBP pilote, Bénin (2011-actuel) ;
- FBP pilote, Cameroun (2011-actuel) ;
- FBP pilote, Chad (2011-actuel) ;
- FBP pilote, Nigéria (2011-actuel) ;
- FBP pilote, Zimbabwe (2011-actuel) ;
- FBP pilote, Afghanistan (2012-actuel) ;
- FBP pilote, République du Congo (2012-actuel) ;
- FBP pilote, Burkina Faso (2013-actuel).
- Tableaux 1.2 et 1.3, version complète.
- Tableau 1.4, version complète.

Notes

1. Les FBP ciblent les établissements de santé et non les travailleurs de santé. Cependant, ils s'intéressent particulièrement aux gestionnaires et travailleurs de santé impliqués dans la prestation des services que l'on souhaite acheter.
2. http://wapedia.mobi/en/Delphi_method (accès le 2 janvier 2011 2011).

Références

- Baltussen, R., et L. Niessen, « Priority Setting of Health Interventions : The Need for Multi-criteria Decision Analysis », *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 4 : 14. Doi, 2006 :10.1186/1478-7547-4-14.
- Banque mondiale, « *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé* », Presses de l'Université d'Oxford, New York, 1993.
- de Bono, E., *Six Thinking Hats*, New York et Boston : Little, Brown, 1985.
- Eichler, R., P. Auxila, et J. Pollock, « Promoting Preventive Health Care : Paying for Performance in Haiti. » Dans *Contracting for Services : Output Based Aid and its Applications*, publié par P. J. Brook et S. Smith, 2001 : 65–72. Washington, DC : Banque mondiale.
- Gouvernement du Rwanda, *Plan stratégique du secteur santé 2005–2009*, Kigali, 2005.
- Kantengwa, K., L. De Naeyer, C Ndizeye, A. Uwayitu, J. Pollock, et M. Bryant, « PBF in Rwanda : What Happened after the BTC-Experience ? », *Tropical Medicine and International Health* 15 (1), 2010 : 148–49.
- Meessen, B., L. Musango, J. P. Kashala, et J. Lemlin, « Reviewing Institutions of Rural Health Centres : The Performance Initiative in Butare, Rwanda », *Tropical Medicine and International Health* 11 (8) 2006 : 1303–17.
- Miller, G., et K. S. Babiarz, « Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs », Document de travail du NBER 18932, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2013.
- Rusa, L., et G. Fritsche, « Rwanda : Performance-Based Financing in Health. » Dans *Emerging Good Practice in Managing for Development Results : Sourcebook*, 2e éd., 105–16, Washington, DC : Banque mondiale, 2007.
- Rusa, L., W. Janssen, S. van Bastelaere, D. Porignon, J. de Dieu Ndirabega, et W. Vandembulcke, « Performance-Based Financing for Better Quality of Services in Rwandan

- Health Centres : 3-Year Experience », *Tropical Medicine and International Health* 14 (7), 2009 : 830–37.
- Rusa, L., M. Schneidman, G. Fritsche, et L. Musango, « Rwanda : Performance-Based Financing in the Public Sector. » Dans *Performance Incentives for Global Health : Potentials and Pitfalls*, publié par R. Eichler, R. Levine, et le Performance-Based Incentives Working Group, 189–214, Washington, DC : Centre pour le développement mondial, 2009.
- Soeters, R., C. Habineza, et P. B. Peerenboom, « Performance-Based Financing and Changing the District Health System : Experience from Rwanda », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 84 (11), 2006 : 884–89.
- Wilson, D., J. Koziol-McLain, N. Garrett, et P. Sharma, « A Hospital-Based Child Protection Programme Evaluation Instrument : A Modified Delphi Study », *International Journal for Quality in Health Care* 22 (4), 2010 : 283–93.
- « Aide Memoire : Technical Assistance Mission for Performance-Based Contracting, May 2–13, Monrovia, Liberia », Banque mondiale, Washington, DC, 2011.



Vérifier la quantité des services

PRINCIPAUX MESSAGES

- La vérification constitue la pierre angulaire des FBP.
- La vérification utilise l'audit systématique des données inscrites aux registres de l'établissement de santé et retrace les usagers dans la communauté.
- Avant la mise en œuvre d'un FBP, il faut introduire un ensemble d'outils de collecte des données primaires qui serviront lors de la vérification (registres et dossiers sur les patients), notamment lorsqu'il s'agira de retracer le bénéficiaire (adresse et numéro de téléphone).
- Les vérifications devraient être menées par une instance indépendante : la séparation des fonctions est essentielle et il doit y avoir une démarcation claire entre les fonctions d'achat, de gestion des fonds, de prestation, de régulation et de voix communautaire.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

- 2.1 Introduction : la vérification en tant que pierre angulaire du FBP
 - 2.2 Systèmes de vérification d'un FBP
 - 2.3 Vérification *ex ante* et *ex post* des services
 - 2.4 Défis opérationnels : l'importance des registres et de la séparation des fonctions
 - 2.5 Questions liées à la transition : une mise en œuvre rigoureuse
 - 2.6 Liens aux documents et outils
-

2.1 Introduction : la vérification en tant que pierre angulaire du FBP

La vérification est au cœur de tout dispositif de financement basé sur la performance (FBP). Il s'agit d'une fonction essentielle, qui permet de s'assurer que les services pour lesquels un paiement est demandé ont bien été faits, et ceci avec une qualité satisfaisante. Un ensemble d'outils de collecte des données primaires (registres et dossiers sur les patients) doit être mis en place au niveau de l'établissement de santé si l'on veut pouvoir procéder à une vérification de la quantité et de la qualité des services dispensés. Pour que ces vérifications soient efficaces, il est nécessaire que la présentation des registres soit adéquate ; que l'expertise appropriée soit disponible dans les établissements de santé et chez l'acheteur ; et qu'une séparation des fonctions adéquate ait été établie entre les acheteurs, les vérificateurs et les prestataires. Ce chapitre traitera des différents outils de vérification de la quantité des prestations ; le Chapitre 3 sera consacré à la mesure de la qualité.

2.2 Modalités de vérification d'un FBP

Les modalités de vérification doivent être rigoureuses, mais les méthodes les plus efficaces sont maintenant mieux connues. En fait, la vérification d'un FBP est généralement complexe puisqu'elle implique simultanément plusieurs niveaux d'intervention et différentes institutions. La vérification de la quantité et de la qualité des services achetés par FBP a été abordée de façon distincte pour plusieurs raisons :

- Leur application fait appel à des méthodes différentes : la vérification quantifiée est compatible avec la conduite d'audits, alors que la vérification qualitative demande une rétroaction technique plus importante.
- Chacune d'entre elles demande un travail considérable : la combinaison des deux processus de vérification pourrait facilement mener à une charge de travail excessive, qui pourrait mettre en péril la conduite des procédures minutieuses nécessaires. En effet, les fiches de vérification de la qualité des services du FBP sont substantielles et relativement longues ; elles impliquent souvent la conduite de visites répétées à un établissement de santé au cours d'une période donnée. Si cette charge de travail n'est pas prise en considération, les vérificateurs pourraient prendre des raccourcis lors de certaines étapes.¹
- La distinction entre les vérifications de la quantité et de la qualité favorise la gouvernance et la transparence. Elle permet, dans une perspective de séparation des fonctions, d'allouer des mandats divers à différentes institutions et de recourir aux organisations locales.

Généralement, l'agence d'achat² *vérifie la quantité* des prestations de services rémunérées par le FBP. Elle utilise à cet effet des modalités qui lui permettent

de s'assurer que les prestations mentionnées – et qui font l'objet d'une réclamation – ont bien été effectuées auprès du bénéficiaire concerné. Elle vise également à obtenir la rétroaction du bénéficiaire sur les services dispensés.

La *vérification de la qualité* des services assurés par voie de FBP est généralement confiée au « régulateur », soit, par exemple, à l'équipe du district sanitaire. Dans ce cas, cette dernière est en quelque sorte recrutée à travers un contrat basé sur la performance, en vertu duquel elle assume cette fonction de façon adéquate et régulière. L'implication des autorités locales dans le processus de vérification a l'avantage de renforcer leur rôle de superviseur et par conséquent le système de santé en général, tout en évitant la mise en place de dispositifs parallèles.

2.3 Vérification *ex ante* et *ex post* de la quantité des services

La vérification peut demander beaucoup de travail.

Deux types de processus permettent de vérifier la quantité : la vérification effectuée avant le paiement des services du FBP (*ex ante*) et la vérification effectuée après le paiement (*ex post*). Cette dernière inclut les enquêtes de satisfaction des usagers communautaires et les autres formes de contre-vérification.



© G. B. Fritsche.

Vérification *ex ante* de la quantité

La vérification *ex ante* comprend essentiellement le recomptage des services mensuels réclamés – soit la performance – à partir des registres de collecte des données primaires des établissements. Cet exercice permet de s'assurer que tous les services sont correctement, complètement et lisiblement consignés dans les différents registres et de garantir que les quantités de services réclamés ont été documentées de façon suffisamment rigoureuse. En outre, la vérification *ex ante* prépare son pendant ultérieur, la vérification *ex post* : elle s'assure que cette dernière ne posera aucune difficulté majeure, par exemple en vérifiant la présence des informations relatives à l'adresse et au numéro de téléphone des usagers. Elle favorise également la tenue rigoureuse de données sur la clientèle de l'établissement, incluant un numéro de référence dûment consigné sur la liste de numérotation continue allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année.

La conduite de ces différentes tâches *ex ante* est fréquemment confiée à des vérificateurs, qui visitent chaque mois les différents établissements santé. Le profil

des personnes recrutées à cet effet est relativement défini : elles ont souvent un diplôme médical et une certaine expérience de travail dans le système de santé local. En outre, elles ont reçu une formation sur le FBP, présentent des compétences de formateur et sont familières des différentes stratégies qui permettent d'augmenter la productivité et la qualité des différents FBP (voir les exemples de termes de référence d'un vérificateur dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre). Dans la plupart des districts sanitaires, le recrutement d'un vérificateur à plein temps pour 7 ou 8 établissements semble adéquat, notamment en raison du fait que ce dernier agit souvent également comme conseiller et formateur. Pour appuyer les vérificateurs dans ces différents rôles, les districts pourront utiliser le *Guide de référence sur les services*, un instrument fort utile qui énumère chaque service du FBP, en donne la définition et présente les différents outils de collecte des données primaires et secondaires nécessaires (registres et dossiers individuels sur les patients).

Compte tenu de la rigueur exigée, les modalités de vérification d'un FBP n'utilisent généralement *pas* les systèmes de collecte de données primaires existants. Par exemple, dans les systèmes conventionnels de gestion de l'information sanitaire (SGIS), les données sur les coordonnées des usagers – essentielles à la contre-vérification des services assurés – ne sont pas suffisamment détaillées (voir Chapitre 12). En fait, toute vérification effectuée dans le cadre d'un FBP devrait être considérée comme un audit systématique de la qualité des données disponibles. Il s'agit d'un processus intensif et laborieux qui incite à limiter à 20 ou 30 le nombre de services achetés par un FBP, à la fois au niveau du centre de santé/municipal et au niveau de l'hôpital de première référence.

En préparation à la vérification *ex ante*, chaque établissement de santé dresse une facture mensuelle provisoire pour les services achetés par le FBP. En principe, le processus de vérification concorde avec ce calendrier mensuel, mais en pratique, la vérification peut être effectuée tous les deux ou trois mois si les contraintes locales l'imposent, notamment en raison des distances et de l'accessibilité des zones concernées. Lors du démarrage d'un FBP, il est conseillé de respecter autant que possible un cycle mensuel de vérification ; ceci permettra de corriger rapidement toute difficulté d'enregistrement ou d'utilisation des autres outils nécessaires au FBP, par exemple l'outil d'indice ou le plan d'affaires. Des mesures d'accompagnement importantes sont souvent nécessaires au cours de cette première étape de mise en œuvre.

Après que la vérification *ex ante* a été complétée, et après que les données ont été consolidées avec le score de qualité (voir Chapitre 3) et validées par le comité de pilotage FBP de district, les établissements de santé peuvent être rémunérés en fonction de leur performance. Généralement, les paiements effectués du FBP sont trimestriels. Au niveau de l'établissement de santé, les outils de gestion – tels que l'outil d'indice (voir Chapitre 7) et l'évaluation de la performance individuelle (voir Chapitre 10) – permettent de convertir une partie de ce paiement trimestriel en prime mensuelle à la performance des personnels. Ces derniers doivent être rémunérés à des intervalles acceptables.

Vérification *ex post* de la quantité

La vérification *ex post* est menée *après* le versement du paiement effectué en vertu du FBP. Elle permet de s'assurer que les services rémunérés ont bien été effectués auprès d'usagers réels et non de patients fantômes. En outre, la vérification *ex post* tente d'évaluer le niveau de satisfaction sur les services reçus. Ce type de processus est fréquemment désigné par les termes « *enquête de satisfaction des usagers communautaires* ». Les vérifications *ex post* envoient deux messages. Elles indiquent aux prestataires qu'ils ont de grandes chances d'être découverts s'ils manipulent les données (par exemple en réclamant pour des patients fantômes)³ et elles démontrent aux prestataires, usagers et communautés que le programme FBP entend prendre sérieusement en considération la rétroaction sur la qualité des services assurés.

Les précisions sur la conduite d'enquêtes de satisfaction des usagers communautaires mentionnées ci-dessous sont tirées de Soeters (2013).

Pour la conduite de l'une des principales formes de vérification *ex post* de la quantité – l'enquête de satisfaction des usagers communautaires –, l'acheteur sélectionne une organisation à base communautaire (OBC) ou une organisation non gouvernementale locale (ONG) pour chaque centre de santé contractualisé en vertu du FBP. Même si la préférence devrait être accordée à une organisation dont les objectifs sont liés à la santé, à la reproduction ou à la lutte contre la pauvreté, il pourrait également s'agir d'un organisme qui œuvre dans un tout autre domaine, par exemple un club de *soccer* local. L'organisation locale doit jouir d'un statut formel depuis au moins deux ans, être connue des autorités locales et bénéficier d'une bonne réputation. Elle ne doit avoir aucun lien avec l'établissement de santé concerné. Les membres de l'organisation qui présentent le profil adéquat sont sélectionnés pour la conduite des entrevues et formés à l'administration de l'enquête. Ils doivent donc être alphabétisés, maîtriser les langues locales et pouvoir consacrer environ six jours de travail par mois à la conduite des entrevues. Ils doivent également être aptes et disposés à rencontrer des ménages situés à l'équivalent de deux heures de marche à pied, ceci par leurs propres moyens de transport (bicyclette par exemple). En outre, ils doivent avoir les habiletés sociales nécessaires à la conduite de leur mandat de façon amicale, responsable, disciplinée, honnête et intègre. L'équipe devrait comprendre au moins une femme pour la conduite de l'audit des activités de planification familiale ; celle-ci aura été au préalable formée en conseil sur les questions sensibles et la confidentialité.

L'acheteur procède à un échantillonnage randomisé dans les registres des établissements de santé et transmet l'information sur les usagers (nom et adresse) aux vérificateurs, sans mentionner la nature de la prestation de services, par exemple la date exacte et les services reçus. Le travail du vérificateur est fondé sur la performance : il est rémunéré à tarif fixe pour chaque questionnaire dûment complété. Le montant forfaitaire unitaire varie selon les contextes, mais se situe généralement entre 5 \$ EU et 8 \$ EU.

2.4 Défis opérationnels

Identification d'un échantillon d'ampleur adéquate

Les responsables de la mise en œuvre de FBP sont souvent empêtrés dans des débats portant sur l'ampleur idéale de l'échantillon à solliciter lors de l'enquête de satisfaction des usagers communautaires. Si l'enquête vise à générer des analyses statistiques et à évaluer la pertinence, elle risque de s'avérer rapidement très coûteuse et de demander un temps considérable. En pratique, il faut donc effectuer un compromis entre la validité des données statistiques, les coûts et l'effet désiré sur le prestataire (par exemple, limiter la manipulation des données) (voir Encadré 2.1). Par conséquent, la sélection de la taille de l'échantillon enquêté sera directement liée à la présence d'autres mesures de redevabilité au niveau du pays et du district, notamment les termes des contrats, les dispositifs de vérification, et les procédures de transparence et de gouvernance. Ces mesures de redevabilité doivent faire partie intégrante de tout FBP bien conçu et adéquatement mis en œuvre. En fait, elles peuvent réduire de façon importante les risques de fraude et par conséquent l'obligation de procéder à des enquêtes *ex post* très coûteuses.

ENCADRÉ 2.1

Méthodes d'échantillonnage pour enquêtes de satisfaction des usagers communautaires menées dans le cadre d'un FBP

Quelles méthodes d'échantillonnage les enquêtes de satisfaction des usagers communautaires ont-elles déjà été utilisées ? On trouvera ci-après quelques exemples des pratiques employées :

1. *L'expérience Cordaid* : la plupart des projets FBP/Cordaid utilisent chaque trimestre un échantillon randomisé de 60 à 80 ménages de la zone desservie par le centre de santé concerné. Une OBC est sélectionnée pour chacune des zones desservies et encadrée par un agent de vérification communautaire de l'organisme contractant/de vérification. Cette OBC doit être connue par les autorités locales, disposer d'une bonne réputation et être en activité depuis au moins deux ans. Elle ne doit avoir aucun lien particulier avec l'établissement de santé en cause. Ses vérificateurs terrain sont sélectionnés à partir des critères suivants³ :
 - capacité à lire et à écrire, compréhension des langues locales, la maîtrise d'autres langues est un atout ;
 - disponibilité pour six jours de travail par trimestre, qui seront consacrés à la conduite des entrevues ;
 - capacité et disposition à rencontrer des ménages situés à l'équivalent de deux heures de marche à pied, ceci par leurs propres moyens de transport (bicyclette par exemple) ;
 - habiletés sociales nécessaires à la conduite de leur mandat de façon amicale, responsable, disciplinée, honnête et intègre ;

(Suite de l'encadré page suivante)

- présence d'au moins une femme pour la conduite de l'audit des activités de planification familiale ; celle-ci aura été au préalable formée en conseil sur les questions sensibles et la confidentialité ;
 - rémunération forfaitaire de 8 \$ EU pour chaque questionnaire dûment complété par le vérificateur. L'OBC transmet ensuite les informations à l'agence contractante/de vérification qui utilise en retour ces informations dans la rétroaction aux établissements de santé ou encore au moment des discussions entourant le renouvellement du contrat.
2. Enquêtes nationales de satisfaction des usagers communautaires sur la prestation des centres de santé au Rwanda :
- Méthode initiale (2007-2010) : après la mise à l'échelle du FBP destiné aux centres de santé en 2006, un protocole de conduite d'enquêtes de satisfaction des usagers communautaires a été mis à l'épreuve et appliqué dès 2007. Chaque trimestre, 15 des 500 centres de santé étaient sélectionnés de façon randomisée pour examen du dernier trimestre de prestations (ou six mois selon l'intervalle en cause). On procédait ensuite à une sélection (toujours randomisée) de 6 ou 7 des services d'un paquet qui en comprenait en moyenne 25. Enfin, dans les registres correspondants, (soit ici la matrice d'échantillonnage), on désignait 15 usagers au hasard à partir d'un intervalle prédéterminé (prestations totales au cours de la période définie/15) ; le premier numéro identifié au hasard initiait l'échantillonnage. Cette méthode *ex post* avait l'avantage de vérifier implicitement la bonne tenue des registres.
 - Méthode actuelle (2011-actuel) : la méthode d'échantillonnage initiale a été revue au cours de 2011. En raison de la petite taille du groupe enquêté (seulement 15 patients par service ou l'équivalent, ceci quelle que soit l'importance de la prestation annuelle moyenne), l'intervalle de confiance pour l'indicateur « % de patients identifiés dans la communauté » a été considéré trop large (et seulement légèrement signifiant lorsqu'agrégé par centre de santé). Il paraissait donc probable qu'une fraude, par exemple l'ajout d'un patient à la fin de la journée ou à la fin de la semaine, ne pourrait pas être détectée. Une nouvelle méthode d'assurance de la qualité de l'échantillonnage a donc été introduite pour générer des tailles d'échantillons appropriées et de nouvelles règles décisionnelles. La nouvelle méthode prévoit la sélection randomisée de 15 centres de santé. Ensuite, 3 ou 4 des 25 services du PMA achetés par le FBP sont sélectionnés au hasard. Puis, pour chacun des services retenus, on retient au hasard 70 contacts usager-prestataire dans les registres primaires de l'établissement. Si le nombre de contacts est inférieur à 64, le lot tout entier est abandonné. En fait, l'établissement n'est classifié « satisfaisant » que lorsque 74 patients ou plus ont été retracés et ont admis avoir reçu le service en cause au jour dit. À travers cette méthode, la probabilité qu'un établissement honnête soit par erreur considéré frauduleux s'élève à 6 % ; la probabilité inverse s'élève à 8,4 %.^{b,c}
3. *Le dispositif de contre-vérification du Burundi* (2010-actuel) : ce dispositif comprend à la fois une enquête décentralisée de satisfaction des usagers communautaires menée par l'acheteur public de niveau provincial (Comité provincial de vérification et de validation) (CPVV) et une contre-vérification *ex post* effectuée chaque trimestre par un agent externe. Celui-ci identifie de façon randomisée un échantil-

(Suite de l'encadré page suivante)

lon des évaluations de la performance réalisées à tous les niveaux du système de santé (unité centrale de soutien technique ; direction sanitaire provinciale ; autorités du district sanitaire et établissements de santé). Dans le cas des établissements de santé, quatre des 17 districts sont retenus. L'agent externe sélectionne ensuite 25 % des établissements de santé (l'hôpital de district est automatiquement inclus) d'un district puis examine et triangule la prestation réelle au cours des trois mois précédents avec les données certifiées par le CPVV. Dans chaque établissement de santé considéré, l'agent externe identifie un échantillon de six services effectués en vertu d'un FBP, pour lesquels il retient 10 contacts usager-prestataire au cours des six derniers mois. L'agent procède ensuite à la sélection et au recrutement de personnels appartenant à une OBC compétente, assure leur formation et leur confie le mandat de retracer les usagers dans les communautés.^d

- a. Ces derniers ne devraient pas être membres du comité de santé de l'établissement concerné ou un de ses fournisseurs ; une situation qui pourrait se produire puisque les personnels de santé sont quelquefois actifs au sein de différentes associations locales.
- b. Il peut s'avérer impossible de retracer un patient pour plusieurs raisons. Il peut s'agir par exemple d'une femme qui, pour des raisons de confidentialité lors d'une consultation pour planification familiale, fournit un nom et une adresse inexacts de façon que son mari ne puisse pas savoir qu'elle utilise une méthode de contraception. Il peut également s'agir de travailleurs saisonniers, de patients provenant de districts limitrophes, de migrants vers les pâturages, etc. Par conséquent, les résultats obtenus par l'OBC doivent être analysés en profondeur pour identifier les raisons réelles justifiant l'absence de traçabilité avant de conclure prématurément que les données ont été manipulées.
- c. Un rapport expliquant cette méthode de façon détaillée est disponible à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre : « Report of Audit on : Quantity Verification and Client Satisfaction, Quality Counter Verification and Performance-Based Financing System and Procedures, period February–March 2011, » L. de Naeyer, J. B. Habaguirwa, et C. Ndizeye.
- d. Un rapport expliquant cette méthode de façon détaillée est disponible à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre : « Synthèse Globale de la Contre Vérification du FBP au Burundi (2011-2012), » République du Burundi, ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA.

Après leur sélection, les usagers retenus pour enquête sont contactés. En zone urbaine, le vérificateur utilise le numéro de téléphone mobile expressément exigé lors de l'enregistrement du bénéficiaire par l'établissement de santé. En zone rurale, il retrace les usagers à travers le numéro de téléphone mobile, le numéro de téléphone du ménage ou encore l'adresse exacte du ménage (village et identité du chef de ménage). L'augmentation croissante de l'utilisation de la téléphonie mobile dans les pays à revenu faible et intermédiaire permet souvent de réduire considérablement les coûts d'une enquête. Une fois ceci terminé, les ONG ou OBC locales sont contactées et peuvent démarrer leur travail.

L'importance des registres fiables : ils constituent la pierre angulaire d'un FBP

Toute vérification *ex post* adéquate dépend dans une large mesure des registres dans lesquels sont consignés de façon détaillée les contacts entre les usagers et l'établissement de santé. Seuls les registres bien tenus permettent la sélection randomisée des usagers pour une vérification *ex post*.

Les registres et les dossiers individuels des patients sont au cœur de tout FBP. Il faut donc, lors de sa création, accorder un soin particulier à la mise en place d'outils de collecte des données primaires et secondaires qui soient adéquats et conformes aux standards recherchés. Il faut tout d'abord analyser en profondeur le SGIS existant, qui permettra probablement d'identifier des carences majeures dans les modalités de collecte régulière des données. Les établissements sont souvent surchargés par l'abondance des outils de consignation régulière des données et registres spéciaux de contrôle à compléter, notamment dans le cadre des besoins de chaque programme médical vertical mis en œuvre à leur niveau. Les rapports aux instances supérieures sont au mieux incomplets et au pire totalement inexistant. Les données consolidées font rarement l'objet d'une rétroaction à l'établissement de santé et à plus forte raison à la source de la prestation.

L'introduction d'incitations financières par le FBP change radicalement les règles d'enregistrement et de collecte des données. Lorsque celles-ci ne sont pas complètement et lisiblement consignées, l'établissement de santé n'est pas rémunéré. Ainsi, à travers les instruments spécifiques du FBP, par exemple la *check-list* de la qualité au niveau de l'établissement de santé, la gestion de la collecte régulière des données et l'auto-analyse des tendances se voient dorénavant récompensées. En outre, le cadre de performance qui régit l'équipe de gestion du district sanitaire (voir Chapitre 8) rémunère à la fois la collecte des données et leur analyse (c'est-à-dire, la collecte et l'analyse des données en provenance des établissements de santé, la transmission au niveau supérieur de gouvernance et la rétroaction aux établissements de santé, le renforcement des capacités des personnels des établissements de santé sur des problématiques spécifiques soulevées au cours de l'analyse technique des données).

Pour plus de détails sur l'utilisation des registres par les FBP, on peut consulter les exemples d'intitulé de colonnes pour un PMA (paquet minimum d'activité) et un PCA (paquet complémentaire d'activités) dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

L'importance toute particulière de la séparation des fonctions dans la vérification

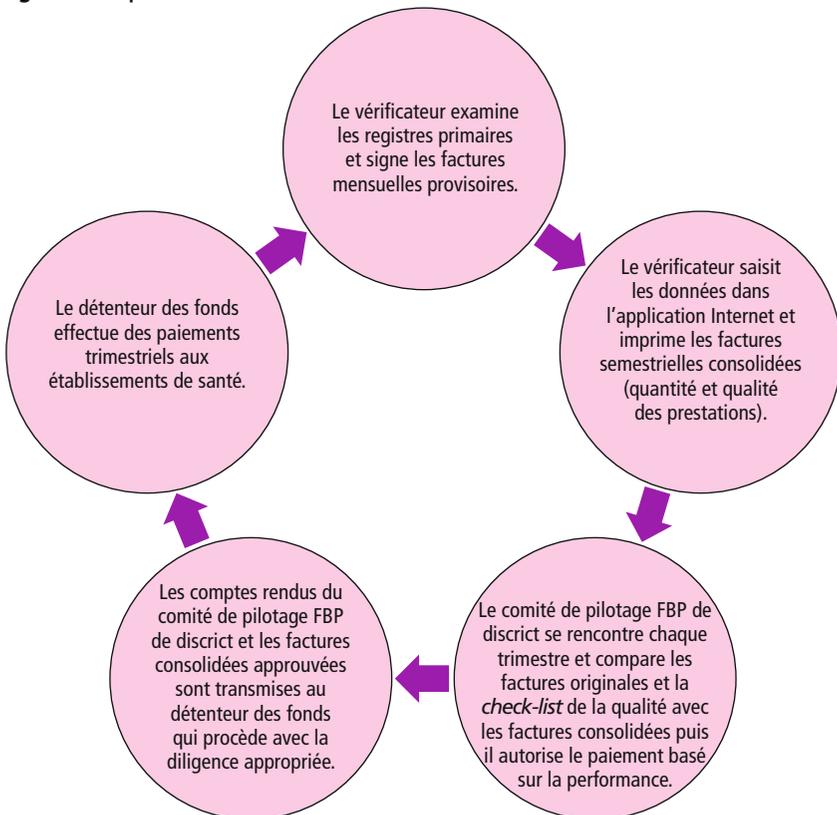
Les FBP utilisent des incitations puissantes. La vérification/validation des performances afférentes est liée à des sommes importantes. Il est donc essentiel que les vérifications soient effectuées par des personnes qualifiées et très intègres, qui ont été recrutées à travers un processus de sélection au mérite. Elles devraient être bien rémunérées par l'agence d'achat. Il est également évident que l'agent d'achat doit demeurer aussi indépendant que possible du prestataire afin de pouvoir assurer ses fonctions d'achat et de vérification avec intégrité.

En général, les FBP ont introduit le principe de séparation des fonctions pour améliorer la transparence et de la gouvernance du FBP (pour une description complète, voir le Chapitre 11). Si l'on veut minimiser les conflits d'intérêts potentiels par exemple, il faut cloisonner les fonctions de détenteur des fonds, d'acheteur, de prestataire, de régulateur, et de bénéficiaire communautaire.

L'expression *ségrégation des tâches* désigne également la séparation des fonctions, souvent dans un contexte d'affaires, de comptabilité et d'expertise en développement des technologies de l'information. La ségrégation des tâches a pour objet d'éviter qu'une seule personne ou agence soit responsable de la conduite d'une ou de plusieurs tâches sensibles ; qui sont plutôt alors partagées entre différentes personnes, agences ou institutions.

L'une des problématiques les plus fréquemment rencontrées lors de l'élaboration d'un FBP public – et lorsque l'on traite directement avec le gouvernement (en tant qu'acheteur) – reste la séparation des fonctions entre les prestataires, l'acheteur et le vérificateur. La question « Pourquoi faut-il dépenser des sommes aussi importantes sur un achat indépendant ? » est fréquente. La réponse est simple : il est difficile (et non recommandé) de mettre en œuvre un FBP sans avoir d'abord établi une séparation minimale des fonctions. En fait, son absence constitue l'erreur de conception d'un FBP la plus fréquente. La Figure 2.1 illustre la ségrégation des tâches de vérification, d'autorisation, de tenue de registres et de réconciliation dans le cadre d'un FBP (pour les questions de gouvernance, consulter également le Chapitre 11).

Figure 2.1 Séparation des fonctions



Source : Données de la Banque mondiale.

2.5 Questions liées à la transition : une mise en œuvre rigoureuse

Le FBP modifie les règles stratégiques. Lorsque le FBP est correctement conçu et mis en œuvre, les travailleurs et les gestionnaires de la santé s'impliquent dans son fonctionnement et cherchent à atteindre de bons résultats. Dans la plupart des pays, les travailleurs de santé ont été formés en fonction de leur mission essentielle : assurer des services de santé adéquats aux populations. Cependant, il arrive fréquemment que leur emploi soit frustrant, particulièrement s'ils ne peuvent pas influencer la quantité ou la qualité de leur prestation ou de ses résultats. En fait, ces travailleurs sont souvent sous-payés, soumis à des conditions adverses et incapables d'allouer le temps nécessaire au bien public. Les FBP bien élaborés offrent donc à ces travailleurs et aux gestionnaires de la santé l'occasion d'accomplir les tâches pour lesquelles ils ont été initialement formés et d'offrir des services de haute qualité aux patients des zones couvertes par leur établissement.

Il est important de rappeler qu'outre le renforcement de la motivation personnelle des travailleurs de santé, le FBP offre des incitations monétaires substantielles. Le dispositif doit donc être bien protégé. Le fait de permettre à quelques travailleurs ou gestionnaires de frauder le système en toute impunité risque fort de désinciter une majorité de personnels qui travaillent fort à l'atteinte de résultats. Par conséquent, il est essentiel que les règles du dispositif soient non équivoques et qu'elles soient scrupuleusement appliquées.

D'abord et avant tout, il est important que les nouvelles règles soient expliquées. Le soutien continu au cours des premières phases d'introduction d'un FBP – alors que les individus cherchent encore à comprendre le dispositif – est tout à fait essentiel (pour plus de détails sur l'assistance technique, voir le Chapitre 14). Il faudra en effet dorénavant gérer l'autonomie nouvellement acquise, travailler en fonction de résultats, renouveler la gestion des ressources et du personnel et satisfaire aux nouvelles exigences en matière de rapports. Toutes ces responsabilités posent de nouveaux défis et entraînent différentes erreurs, généralement consécutives à un manque de compréhension du fonctionnement du FBP. Par conséquent, le soutien technique et les mesures d'accompagnement de bonne qualité ne constituent en aucun cas une dépense superflue à cette étape.

Dans les dispositifs plus matures, l'accent sera porté sur les mesures de lutte contre l'escroquerie ou la fraude, ce qui demandera l'application de dispositifs de vérification et de contre-vérification efficaces et la prise rapide de sanctions en présence d'irrégularités (voir Encadré 2.2).

ENCADRÉ 2.2**Défis en matière de vérification et de contre-vérification**

Le maintien d'un certain équilibre entre le fait d'être considéré comme faisant autorité et digne de confiance et l'exercice de la redevabilité en cas de fraude n'est pas facile, comme illustré dans les exemples suivants :

- Au cours de la mise à l'échelle du FBP au Rwanda en 2005-2006, les partenaires techniques ont fortement conseillé au ministère de la Santé d'introduire des mesures de contre-vérification. Les données tirées des projets pilotes avaient en effet démontré que celles-ci s'avéraient nécessaires. La conduite d'enquêtes de satisfaction des usagers communautaires a donc démarré en décembre 2008, après que la première enquête a démontré que 5 % – un faible pourcentage relativement acceptable – des usagers communautaires ne pouvaient être retracés. Le ministère craignait qu'un pourcentage plus important ne mine la crédibilité du dispositif.
- Au Rwanda, les visites inopinées de l'agent de vérification indépendant dans les hôpitaux ont donné lieu à une mesure de la qualité des prestations très différente de celle figurant aux fiches de vérification établies lors des évaluations officielles par les pairs. Il paraît évident que ces derniers étaient trop proches des prestataires pour être en mesure de procéder à une notation objective.
- Au Burundi, l'agent de validation des vérifications effectuées à tous les niveaux du FBP a mis en lumière des divergences importantes entre les résultats des évaluations de la qualité dans les centres de santé et les hôpitaux effectuées par les administrations de santé et par les pairs. Ces constats ont mené à la définition de règles plus strictes et à la prise de sanctions.
- Au Burundi, afin d'améliorer les rapports de collecte régulière des données, le comité de vérification provincial a mis en place un dispositif de sanctions financières à l'intention des établissements de santé qui présentaient des rapports incorrects sur leurs performances.

Le message doit être clair et fort : la fraude ne sera en aucun cas tolérée. « Si vous trichez, vous serez pris et vous perdrez probablement votre emploi (par exemple, en tant que responsable du centre de santé) ; en outre, votre fraude sera de notoriété publique. Suite aux preuves irréfutables de votre escroquerie, votre centre de santé fera l'objet de pressions pour que les sommes gagnées malhonnêtement soient remboursées et votre équipe de district devra prendre les mesures qui s'imposent. » En résumé, un FBP doit être mis en œuvre avec rigueur. Il faut fonctionner selon les règles et prendre les mesures appropriées lorsqu'une fraude a été décelée.

Liens aux documents et outils

On pourra avoir accès aux dossiers de la Boîte à outils à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter02>.

- Modèle de facture mensuelle provisoire d'un FBP.

- Modèle de guide de référence de services pour le PMA et le PCA.
- Exemple de rapports d'enquêtes des usagers communautaires au Rwanda et au Burundi (en français et en anglais).
- Exemple d'intitulés de colonnes pour un PMA et un PCA.
- Exemple de termes de référence d'un vérificateur.
- Exemple de termes de référence d'une agence de contre-vérification
- Burundi ; rapport annuel du FBP 2010 et rapport annuel 2011.

Notes

1. Lorsque l'on soupçonne une fraude, il est important de procéder à un contre-examen des services, notamment en retraçant un échantillon de patients depuis leur accueil jusqu'à la consultation, puis à la pharmacie et au laboratoire afin de vérifier leur existence effective.
2. Également désignée comme Agence de contractualisation et de vérification (ACV) parce que, dans plusieurs dispositifs d'achat quasi publics, le gouvernement (central ou local) qui agit comme acheteur a recours à une agence de gestion des contrats et de vérification de la performance. Dans ce cas, les fonctions de l'acheteur et de détenteur des fonds sont distinctes, ce qui laisse à cette dernière uniquement les tâches essentielles de négociation, de gestion des contrats (au nom du gouvernement) et de vérification de la performance.
3. Les réclamations fantômes sont fréquentes dans les systèmes de santé de l'OCDE ; aux États-Unis, on estime que 10 % de toutes les dépenses effectuées par le système d'assurance-santé (Medicare) sont fondés sur des déclarations frauduleuses. On estime qu'en 2010, sur les 528 milliards \$ EU investis dans l'assurance-santé, 47,2 milliards \$ EU ont été versés pour des remboursements non justifiés. La dépense totale en santé des EU était estimée en 2010 à 2,6 trillions \$ EU. Le Bureau fédéral d'investigation estime que pour la même année, environ 3 % de cette dépense totale étaient attribuables à la fraude du système d'assurance.
4. Les fonctions d'achat, de vérification, de contre-vérification et d'assistance technique peuvent demander jusqu'à 30 % du budget d'un FBP. Le montant réel dépendra du budget disponible et du contexte (produit intérieur brut, facteurs géographiques, etc.).

Référence

Soeters, R., ed. *PBF in Action : Theory and Instruments—Course Guide, Performance-Based Financing*, La Haie : Cordaid-SINA, 2013. http://www.sina-health.com/?page_id=585 (accès le 23 avril 2013).



Mesurer et vérifier la qualité

PRINCIPAUX MESSAGES

- L'achat des services à travers un FBP est conditionnel à leur qualité : les prestataires qui assurent des services de meilleure qualité sont mieux rémunérés.
- Les FBP utilisent des *check-lists* de la qualité ; ils mesurent et récompensent des aspects spécifiques de cette qualité. Les fiches de vérification sont établies en fonction du contexte et peuvent concerner des mesures structurelles, de processus et parfois de contenu des soins.
- Les fiches de vérification de la qualité doivent être actualisées régulièrement pour prendre en compte les enseignements tirés et relever progressivement les standards de qualité.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

3.1 Introduction

3.2 Diversification des mesures de stimulation de la qualité : l'approche de la « carotte et carotte » vs la méthode de la « carotte et du bâton » et leurs différents effets

3.3 Outils de qualité : comment le FBP rémunère-t-il la qualité ?

3.4 Conseils sur l'élaboration d'une *check-list* de la qualité

3.5 Des contextes différents : divers exemples de fiches de vérification de la qualité

3.6 Liens aux documents et outils

3.1 Introduction

L'évaluation de la qualité des services achetés par un financement basé sur la performance (FBP) génère souvent de vifs débats. Dans plusieurs pays à faible revenu, la simple augmentation des services effectués en vertu du PMA reste de la plus haute importance. Cependant, l'augmentation quantitative des services ne devrait pas mettre en péril leur qualité, qui reste déterminante pour l'amélioration de l'efficacité des prestations.

Par conséquent, les FBP acquièrent généralement les services *conditionnellement* à leur qualité. En fait, ils apportent les fonds supplémentaires nécessaires à une augmentation simultanée du volume et de la qualité des prestations. Cet achat stratégique est caractéristique et distingue les FBP des autres dispositifs de gratification des prestataires.

La plupart des systèmes de santé n'analysent la qualité que de façon fragmentée – avec par exemple très peu d'analyse au niveau des équipes du district sanitaire. En outre, la présence de programmes verticaux dotés de leurs propres modalités de mesure de la qualité complique souvent les choses et ajoute à la fragmentation générale (Soeters 2012).

Les FBP postulent que la qualité ne peut être améliorée si les gestionnaires proches du terrain ne possèdent pas certains pouvoirs de gestion :

- Les gestionnaires des établissements de santé doivent avoir l'autonomie décisionnelle et financière nécessaire à l'exercice d'une influence directe sur la qualité. Ils doivent par exemple pouvoir recruter si nécessaire du personnel qualifié additionnel, acheter de nouveaux équipements et consommables ou encore réhabiliter leur infrastructure lorsque celle-ci se dégrade.
- Les gestionnaires des établissements de santé doivent disposer des outils et des compétences nécessaires à l'établissement de contrats de performance individuelle avec leurs personnels de santé, ce qui leur permettra d'influencer leur comportement.

Dans un FBP, les établissements de santé font l'objet de vérifications régulières et doivent respecter certains standards :

- Les autorités sanitaires locales et les membres des groupes de vérification par les pairs des autres hôpitaux assurent un suivi régulier de la qualité des services dispensés par les établissements de santé. Pour ce faire, ils disposent d'indicateurs composites de qualité de type SMART préapprouvés (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, et temporellement définis).
- Les autorités sanitaires locales et les groupes de pairs qui procèdent à la vérification régulière de la qualité des prestations utilisent systématiquement des fiches d'indicateurs composites, c'est-à-dire décomposés en sous-indicateurs, qui doivent tous satisfaire aux exigences afin que le pointage de qualité recherché soit accordé à l'indicateur concerné. La pondération d'un indicateur peut varier d'un à cinq points, selon son importance relative. Par exemple, pour se conformer à l'indicateur composite « chaîne de froid » et

obtenir un point, les établissements de santé doivent satisfaire à l'ensemble des critères suivants : (a) présence d'un thermomètre et contrôle régulier de la température ; (b) présence d'un réfrigérateur et d'un relevé de la température effectué deux fois par jour, incluant le jour de la visite ; (c) le relevé indique que la température se maintient entre 2 et 8 °Celsius (C) ; (d) le superviseur vérifie que le thermomètre fonctionne bien ; (e) le thermomètre indique que la température se situe entre 2 et 8 °C ; et (f) l'étiquette de température n'a pas changé de couleur.

- À partir du score de qualité, des mesures incitatives positives et négatives peuvent être établies afin de récompenser une bonne qualité et de dissuader une faible performance.
- Le régulateur et l'acheteur ne doivent en aucun cas accepter qu'un établissement de santé présente un score de qualité inférieur aux standards fixés. Le régulateur doit pouvoir procéder à la fermeture d'un établissement de santé si sa performance représente un risque sanitaire pour la population.
- Les agences d'achat peuvent verser aux établissements santé une avance sur leur paiement si cette mesure stimule l'amélioration de la qualité. Il est également possible de créer de petites avances d'investissement (par exemple l'équivalent en monnaie locale de 1 000 \$ EU pour un centre de santé et de 5000 \$ EU pour un hôpital) qui sont versées sur présentation d'un plan d'affaires pour amélioration de l'infrastructure et de l'équipement. Les fonds sont versés lorsque l'établissement de santé fait certains progrès dans la réalisation des travaux, et sur vérification par un ingénieur. Cette approche d'investissement à la demande s'est avérée plus efficace qu'une planification centralisée (Soeters 2012).

L'assurance-qualité fait maintenant partie intégrante des contrats basés sur la performance et les FBP lui accordent davantage d'attention au moment de la prise de décisions relatives à l'offre et à la demande. Ce concept peut-être reformulé en termes économiques. L'amélioration de la qualité augmente le coût de la prestation, mais diminue en retour la quantité de services rendus. Par conséquent, le nouvel équilibre des prix entraîne un nouvel équilibre du marché (Barnum et Kutzin 1993 ; Barnum, Kutzin, et Saxenian 1995).

Pour mesurer et récompenser la qualité, les FBP ont établi des *check-lists* de la qualité. Même si certaines dimensions de la qualité peuvent être aisément mesurées et récompensées, certaines ne s'y prêtent pas facilement. Cette divergence tend à réduire la capacité des FBP à récompenser une amélioration de la qualité des soins assurés et explique pourquoi il est nécessaire que ces dispositifs soient associés à d'autres stratégies telles que l'assurance-qualité, la supervision formative et la formation continue.

Outre la mesure de la qualité de la performance des centres de santé ou de l'hôpital (prestataires), le FBP fournit des incitations liées au renforcement de la capacité qualitative au niveau du district (autorités sanitaires ; voir Chapitre 8). Comme l'a très bien indiqué l'évaluation d'impact récente du FBP du Rwanda, cette interaction incite souvent les travailleurs de santé à formuler des demandes de renforcement des capacités (Basinga et al. 2010).

3.2 Diversification des mesures de stimulation de la qualité : l'approche de la carotte et carotte vs la méthode de la carotte et du bâton et leurs différents effets

Qualité à tous les niveaux

Les FBP utilisent des cadres de performance formés d'ensembles de critères individuels pondérés et objectivement vérifiables dont la somme représente 100 % de la performance désirée. Ils incluent généralement certaines mesures des processus et ciblent le niveau du système sanitaire pour lequel ils ont été élaborés. Ils concernent essentiellement :

- Le centre de santé.
- L'hôpital de première référence.
- L'administration de district.
- Le comité de pilotage FBP de district.
- L'acheteur public semi-autonome.
- Les vérificateurs des OBC qui procèdent aux enquêtes de satisfaction des usagers communautaires.
- Les coopératives de travailleurs de santé communautaires.
- L'unité centrale de soutien technique, de coordination et de pilotage du FBP.
- Les institutions responsables de la rémunération de la performance.
- Les autres secteurs (scolaire, etc.).

Ce chapitre examine les cadres de performance qui s'appliquent aux centres de santé et aux hôpitaux de première référence. Les autres cadres de performance (par exemple à l'intention des instances administratives) sont abordés au Chapitre 8.

Cadres de performance pour centres de santé et hôpitaux de première référence : les approches de la carotte et carotte et de la carotte et du bâton

Deux cadres de performances légèrement différents peuvent être utilisés pour évaluer la performance d'un centre de santé. Ce sont tous deux des outils de rémunération à l'acte du prestataire en fonction de la qualité du service fourni. Il s'agit des approches de la carotte et carotte et de la carotte et du bâton. L'approche de la carotte et carotte consiste à rémunérer la quantité de services assurés, puis à lui ajouter une prime à la qualité (par exemple de 25 %). En revanche, la méthode de la carotte et du bâton, qui implique également la rémunération quantitative, prévoit cette fois une diminution du versement en cas de faible qualité des services. Lorsque cette dernière méthode est utilisée, on peut accroître un peu de la carotte (rémunération quantitative) afin d'obtenir un certain effet sur la qualité.

Les sciences du comportement indiquent que les êtres humains sont généralement plus sensibles à la crainte d'une perte monétaire qu'à une offre de revenus plus élevés. Donc, théoriquement, la méthode de la carotte et du bâton devrait

être plus efficace (Mehrotra, Sorbrero, et Damberg 2010 ; Thaler et Sunstein 2009). Dans la pratique cependant, les gens font des choix différents. L'Afghanistan, le Bénin, le Rwanda et la Zambie ont opté pour la méthode de la carotte et du bâton¹, mais le Burundi, le Cameroun, le Tchad, la République Centrafricaine, la République Démocratique du Congo, la République Kirghize, le Nigéria et le Zimbabwe ont retenu l'approche de la carotte et carotte. De même, les organisations non gouvernementales (ONG) qui agissent comme agence d'achat d'un FBP semblent préférer l'approche de la carotte et carotte, telle qu'illustrée par les cas suivants :

- FBP pilote du Rwanda (2002-2005)
- FBP pilote du Burundi (2006-2010)
- FBP pilote de la République Centrafricaine (2008-actuel)
- FBP pilote du Cameroun (2009-actuel)
- FBP pilote au Sud Kivu, République Démocratique du Congo (2006-actuel)
- FBP pilote à Flores, Indonésie (2008-2011).

Quels que soient leurs effets exacts respectifs, ces deux types de cadres de la performance ont l'avantage d'assurer simultanément : (a) l'augmentation de la quantité des services de santé et (b) l'amélioration de la qualité de ces services (Basinga *et al.* 2011).

Privilégier la carotte et carotte ou la carotte et le bâton

Le choix de l'une ou de l'autre de ces méthodes repose essentiellement – outre les considérations philosophiques et les préférences locales – sur l'importance du dénuement des établissements de santé et la disponibilité de sources alternatives d'entrées monétaires. L'approche de la carotte et carotte (ici, la qualité représente une prime plutôt qu'un risque) permet aux gestionnaires des établissements de santé de prévoir avec plus de précision la teneur de leurs revenus – un revenu qui, dans plusieurs situations, dépend essentiellement du FBP. Par conséquent, cette approche est conseillée lorsque les sources alternatives de revenus sont limitées, par exemple lorsque les soins de santé ou certains d'entre eux sont exempts de paiements directs ou encore lorsque les subventions en provenance du niveau central sont insuffisantes et que la situation est aggravée par la dégradation des infrastructures, le manque de procédures et l'absence d'équipement. Dans des systèmes plus matures – particulièrement lorsque diverses sources d'entrées monétaires sont disponibles –, on pourra avoir recours à la méthode de la carotte et du bâton.

Effets différents : scénarios impliquant l'approche de la carotte et carotte et la méthode de la carotte et du bâton

Ces deux méthodes affectent de façon différente les revenus des établissements de santé et envoient des signaux distincts aux prestataires. L'exemple suivant illustre comment le calcul de la qualité s'effectue de façon concrète. Commençons par la formule utilisée dans les deux cas, en assumant que le budget est le même.

Dans la méthode de la carotte et carotte, le calcul est effectué de la façon suivante :

$$\begin{aligned} & \text{Paiement total à l'établissement de santé} = \\ & \quad [\text{paiement total dû en vertu de la quantité}] \\ + & [\text{paiement total dû en vertu de la quantité} \times \text{score de qualité} \times X \%] \quad (3.1) \\ & \quad \text{où } X \% \text{ correspond à } 25 \%. \end{aligned}$$

Lorsque l'on utilise la méthode de la carotte et du bâton, le calcul est effectué de la façon suivante :

$$\begin{aligned} & \text{Paiement total à l'établissement de santé} = \\ & [\text{paiement total dû en vertu de la quantité}] \times [\text{score de qualité} \%] \quad (3.2) \end{aligned}$$

Dans les deux cas, le score de qualité peut osciller entre 0 et 100 %. Cependant, les résultats obtenus par la méthode de la carotte et carotte et par la méthode de la carotte et du bâton sont différents.

Le score de qualité atteindra rarement 100 %. Si l'on assume que ce dernier sera de 60 % lors de l'application de la méthode de la carotte et du bâton, l'acheteur pourra augmenter le tarif unitaire sans porter atteinte au budget. Lorsque l'approche de la carotte et carotte est privilégiée, il y a souvent application d'un seuil de qualité en deçà duquel la prime à la qualité n'est pas versée. Dans l'exemple proposé, ce seuil a été établi à 60 %.

Afin d'illustrer les différents effets, trois scénarios ont été élaborés : le Scénario A qui prévoit un score total de qualité de 100 % (Tableaux 3.1 et 3.2) ; le Scénario B dans lequel le score total de qualité a été fixé à 0 % (Tableaux 3.3 et 3.4) ; et le Scénario C, où les scores ont été établis à 59 % (Tableaux 3.5 et 3.6). Les Tableaux 3.1 à 3.6 fournissent des indications sur les différents effets respectifs de l'application des méthodes de la carotte et carotte et de la carotte et du bâton. Le Tableau 3.7 compare les deux approches.

Scénario A : haute qualité (100 %)

Les Tableaux 3.1 et 3.2 présentent les résultats respectifs lorsque le Scénario A est appliqué et que les scores de qualité atteignent 100 %

Tableau 3.1 Scénario A : l'approche de la carotte et carotte

Recettes de l'établissement de santé au cours de la période précédente	Nombre de prestations	Tarif unitaire (\$ EU)	Total gagné (\$ EU)
Enfant avec vaccination complète [1]	60 [2]	2,00	120,00
Accouchement assisté par un personnel qualifié	60	18,00 [4]	1 080,00
Soins curatifs	1 480	0,50	740,00
Soins curatifs à un patient vulnérable (jusqu'à un maximum de 20 % des consultations curatives)	320	0,80	256,00
Sous total des revenus	[5]		2 196,00
Prime d'éloignement (équité)	+ 20 %		439,00
Prime à la qualité	100 % de 25 % [3]		594,00
Total de la subvention du FBP			3 184,00 [6]
Autres revenus (paiements directs : au moment de la prestation, assurance, etc.)			970,00
Revenu total			4 154,00

Recettes de l'établissement de santé au cours de la période précédente	Nombre de prestations	Tarif unitaire (\$ EU)	Total gagné (\$ EU)
Dépenses de l'établissement de santé			
		Salaires du personnel [7]	800,00
		Frais d'exploitation	350,00
		Médicaments et consommables	1 000,00
		Dépense pour sensibilisation	250,00
		Réparation de l'établissement de santé	300,00
		Épargne versée au compte de banque de l'établissement	250,00
Sous total des dépenses			2 950,00
		Primes versées aux personnels de l'établissement = revenu total moins sous total	1 204,00
Dépense totale			4 154,00

Source : Données de la Banque mondiale.

Tableau 3.2 Scénario A : méthode de la carotte et du bâton avec augmentation des prix unitaires, en assumant une qualité moyenne de 60 %^a

Recettes de l'établissement de santé au cours de la période précédente	Nombre de prestations	Tarif unitaire (\$ EU)	Total gagné (\$ EU)
Enfant avec vaccination complète [1]	60 [2]	3,33	200,00
Accouchement assisté par un personnel qualifié	60	30,00 [4]	1 800,00
Soins curatifs	1 480	0,83	1 228,00
Soins curatifs à un patient vulnérable (jusqu'à un maximum de 20 % des consultations curatives)	320	1,33	425,00
Sous total des revenus	[5]		3 653,00
Prime d'éloignement (équité)	+ 20 %		731,00
Prime à la qualité	100 % [3]		
Total de la subvention du FBP (4,384,00 × 100 % = 4,384,00)			4 384,00 [6]
Autres revenus (paiements directs : au moment de la prestation, assurance, etc.)			970,00
Revenu total			5 354,00
Dépenses de l'établissement de santé			
		Salaires du personnel [7]	800,00
		Frais d'exploitation	350,00
		Médicaments et consommables	1 000,00
		Dépense pour sensibilisation	250,00
		Réparation de l'établissement de santé	300,00
		Épargne versée au compte de banque de l'établissement	250,00
Sous total des dépenses			2 950,00
		Primes versées aux personnels de l'établissement = revenu total moins sous total	2 404,00
Dépense totale			5 354,00

Source : Données de la Banque mondiale.

a. Dans cette méthode, les tarifs unitaires ont été augmentés puisque la mesure de la qualité affecte les revenus à la baisse. Un tarif plus élevé peut donc être offert sans modifier l'ampleur du budget.

Scénario B : très faible qualité (0 %)

Une qualité de 0 % est purement hypothétique. Cependant, dans certains contextes, la qualité ne dépasse parfois pas 20 % (voir les Tableaux 3.3 et 3.4). Généralement, les établissements de santé qui sont dans cette situation présentent également une performance quantitative très faible. Les deux aspects – quantité et qualité – vont habituellement de pair.

Tableau 3.3 Scénario B : l'approche de la carotte et carotte

Recettes de l'établissement de santé au cours de la période précédente	Nombre de prestations	Tarif unitaire (\$ EU)	Total gagné (\$ EU)
Enfant avec vaccination complète [1]	60 [2]	2,00	120,00
Accouchement assisté par un personnel qualifié	60	18,00 [4]	1 080,00
Soins curatifs	1 480	0,50	740,00
Soins curatifs à un patient vulnérable (jusqu'à un maximum de 20 % des consultations curatives)	320	0,80	256,00
Sous total des revenus	[5]		2 196,00
Prime d'éloignement (équité)	+ 20 %		439,00
Prime à la qualité	0 % [3]		0,00 [6]
Total de la subvention du FBP			2 635,00
Autres revenus (paiements directs : au moment de la prestation, assurance, etc.)			970,00
Revenu total			3 605,00
Dépenses de l'établissement de santé			
	Salaires du personnel [7]		800,00
	Frais d'exploitation		350,00
	Médicaments et consommables		1 000,00
	Dépense pour sensibilisation		250,00
	Réparation de l'établissement de santé		300,00
	Épargne versée au compte de banque de l'établissement		250,00
Sous total des dépenses			2 950,00
	Primes versées aux personnels de l'établissement = revenu total moins sous total		655,00
Dépense totale			3 605,00

Source : Données de la Banque mondiale.

Tableau 3.4 Scénario B : la méthode de la carotte et du bâton

Recettes de l'établissement de santé au cours de la période précédente	Nombre de prestations	Tarif unitaire (\$ EU)	Total gagné (\$ EU)
Enfant avec vaccination complète [1]	60 [2]	3,33	200,00
Accouchement assisté par un personnel qualifié	60	30,00 [4]	1 800,00
Soins curatifs	1,480	0,83	1 228,00
Soins curatifs à un patient vulnérable (jusqu'à un maximum de 20 % des consultations curatives)	320	1,33	425,00
Sous total des revenus			3 653,00
Prime d'éloignement (équité)	+ 20 % [5]		731,00
Prime à la qualité	0 % [3]		0,00
Total de la subvention du FBP (revenu × 0 = 0)			0,00 [6]
Autres revenus (paiements directs : au moment de la prestation, assurance, etc.)			970,00
Revenu total			970,00
Dépenses de l'établissement de santé			
	Salaires du personnel [7]		800,00
	Frais d'exploitation		0,00
	Médicaments et consommables		170,00
	Dépense pour sensibilisation		0,00
	Réparation de l'établissement de santé		0,00
	Épargne versée au compte de banque de l'établissement		0,00
Sous total des dépenses			970,00
Primes versées aux personnels de l'établissement = revenu total moins sous total			0,00
Dépense totale			970,00

Source : Données de la Banque mondiale.

Scénario C : qualité moyenne (59 %)

Dans le Scénario C, les Tableaux 3.5 et 3.6 s'appuient sur un score de qualité de 59 %, ce qui permet d'illustrer les différences entre les résultats obtenus par l'approche de la carotte et carotte et celle de la carotte et du bâton. Le Tableau 3.7 compare les trois scénarios.

Tableau 3.5 Scénario C : l'approche de la carotte et carotte avec un seuil de paiement des primes établi à 60 %

Recettes de l'établissement de santé au cours de la période précédente	Nombre de prestations	Tarif unitaire (\$ EU)	Total gagné (\$ EU)
Enfant avec vaccination complète [1]	60 [2]	2,00	120,00
Accouchement assisté par un personnel qualifié	60	18,00 [4]	1 080,00
Soins curatifs	1 480	0,50	740,00
Soins curatifs à un patient vulnérable (jusqu'à un maximum de 20 % des consultations curatives)	320	0,80	256,00
Sous total des revenus			2 196,00
Prime d'éloignement (équité)	+ 20 % [5]		439,00
Prime à la qualité	< 60 % = 0 % [3]		0,00
Total de la subvention du FBP			2 635,00 [6]
Autres revenus (paiements directs : au moment de la prestation, assurance, etc.)			970,00
Revenu total			3 605,00
Dépenses de l'établissement de santé			
	Salaires du personnel [7]		800,00
	Frais d'exploitation		350,00
	Médicaments et consommables		1 000,00
	Dépense pour sensibilisation		250,00
	Réparation de l'établissement de santé		300,00
	Épargne versée au compte de banque de l'établissement		250,00
Sous total des dépenses			2 950,00
	Primes versées aux personnels de l'établissement = revenu total moins sous total		655,00
Dépense totale			3 605,00

Source : Données de la Banque mondiale.

Tableau 3.6 Scénario C : la méthode de la carotte et du bâton

Recettes de l'établissement de santé au cours de la période précédente	Nombre de prestations	Tarif unitaire (\$ EU)	Total gagné (\$ EU)
Enfant avec vaccination complète [1]	60 [2]	3,33	200,00
Accouchement assisté par un personnel qualifié	60	30,00 [4]	1 800,00
Soins curatifs	1 480	0,83	1 228,00
Soins curatifs à un patient vulnérable (jusqu'à un maximum de 20 % des consultations curatives)	320	1,33	425,00
Sous total des revenus			3 653,00
Prime d'éloignement (équité)	+ 20 % [5]		731,00
Prime à la qualité	59 % [3]		
Total de la subvention du FBP (4 384 × 59 % = 2 587)			2 587,00 [6]
Autres revenus (paiements directs : au moment de la prestation, assurance, etc.)			970,00
Revenu total			3 557,00
Dépenses de l'établissement de santé			
		Salaires du personnel [7]	800,00
		Frais d'exploitation	350,00
		Médicaments et consommables	1 000,00
		Dépense pour sensibilisation	250,00
		Réparation de l'établissement de santé	300,00
		Épargne versée au compte de banque de l'établissement	250,00
Sous total des dépenses			2 950,00
Primes versées aux personnels de l'établissement = revenu total moins sous total			607,00
Dépense totale			3 557,00

Source : Données de la Banque mondiale.

Tableau 3.7 Comparaison des scénarios A, B, et C

Scénario	Qualité (%)	Approche de la carotte et carotte, revenus de l'établissement prestataire (\$ EU)	Méthode de la carotte et du bâton, revenus de l'établissement prestataire (\$ EU)	Conclusion
Scénario A	100	4 154,00	5 354,00	Lorsque la qualité est élevée, les revenus de l'établissement prestataire sont plus élevés à travers la méthode de la carotte et du bâton
Scénario B	0	3 605,00	970,00	Lorsque la qualité est équivalente à 0 (très faible) les revenus sont plus élevés à travers l'approche de la carotte et carotte ; ils sont très faibles lorsque la méthode de la carotte et du bâton est utilisée
Scénario C	59	3 605,00	3 557,00	Lorsque la qualité est moyenne, les revenus tirés de l'une ou l'autre approche sont équivalents

Source : Données de la Banque mondiale.

Conclusions et implications

Trois principales conclusions peuvent être tirées de ces scénarios concrets :

- Lorsque la qualité est très élevée, la méthode de la carotte et du bâton permet aux établissements de santé les plus performants d'avoir des revenus plus élevés.
- Lorsque la qualité est très faible, l'approche de la carotte et carotte protège mieux les revenus des établissements de santé de base tout en pénalisant ceux qui présentent des résultats quantifiés et qualitatifs insuffisants.
- Lorsque la qualité est moyenne, les deux méthodes génèrent des niveaux de revenus similaires.

Ces constats ont des implications importantes :

- Lorsque les sources de revenus monétaires d'un établissement de santé sont diversifiées et que le FBP ne constitue que l'une d'entre elles, la méthode de la carotte et du bâton paraît préférable. En effet, le FBP aura un effet de levier sur toutes les autres sources de revenus et les orientera vers la maximisation de la quantité et de la qualité des services. C'est alors la qualité qui agit comme moteur de la performance de l'établissement.
- Lorsque les revenus proviennent essentiellement du FBP, l'approche de la carotte et carotte convient mieux. Elle protège le revenu de base de l'établissement (en rémunérant la quantité des prestations) et assure simultanément les ressources additionnelles nécessaires à l'augmentation de la quantité et à la diminution de la faiblesse qualitative des services. La quantité devient alors le moteur de la performance de l'établissement.

3.3 Outils de mesure de la qualité : comment le financement basé sur la performance rémunère-t-il la qualité ?

Les instruments voyagent

Les FBP ont élaboré des outils de mesure de la performance qualitative, à la fois pour la prestation du PMA par les centres de santé et pour le PCA mis en œuvre par les hôpitaux de première référence. Les instruments destinés au centre de santé ont initialement été élaborés par les ONG qui agissaient comme agences d'achats d'un FBP (voir Soeters 2012). Les instruments de mesure de la qualité élaborés pour les hôpitaux sont tirés des *check-lists* de la qualité utilisées par la Coopération technique belge au cours de la mise en œuvre du FBP pilote au Rwanda (Rusa et al. 2009). Le développement progressif de ces instruments a été marqué par plusieurs phases. Il est certain que les outils voyagent :

- Les *check-lists* de la qualité et les cartes de pointage équilibrées utilisées par les hôpitaux de *raions* (districts) de la République Kirghize dérivent directement des listes rwandaises de vérification par les pairs utilisées lors des évaluations des hôpitaux de district.

- Les fiches de vérification de la qualité des prestations des centres de santé du Bénin s'inspirent directement des outils de vérification de la qualité des centres de santé du Burundi.
- Les fiches de vérification de la qualité des prestations des centres de santé et des hôpitaux du Burundi ont été adaptées à partir des modèles rwandais.
- Les outils nigériens d'évaluation de la qualité ont été montés à partir de sources éclectiques adaptées au contexte local (approche FBP d'ONG détentrice des fonds ; outils du Rwanda et du Burundi) (Encadré 3.1).

ENCADRÉ 3.1

Check-list de la qualité nigériane

La *check-list* de la qualité des prestations des centres de santé est utilisée par les États d'Adamawa, de Nasarawa, et d'Ondo. Elle comprend 15 services auxquels peuvent être attribués 249 points, répartis à travers 169 indicateurs composites. Chaque indicateur est pondéré individuellement et reçoit un certain nombre de points. Le Tableau B3.1.1 résume les scores obtenus par les différents services considérés.

Tableau B3.1.1 *Check-list de la qualité nigériane*

N°	Service	Points	Pondération %
1	Gestion générale	11	4,4
2	Plan d'affaires	9	3,6
3	Finance	10	4,0
4	Comité Indigents	7	2,8
5	Hygiène	25	10,0
6	Service ambulatoire	34	13,7
7	Planification familiale	22	8,8
8	Laboratoire	10	4,0
9	Unité d'hospitalisation des patients	10	4,0
10	Gestion des médicaments essentiels	20	8,0
11	Médicaments traceurs	30	12,0
12	Maternité	21	8,4
13	Programme élargi vaccination	18	7,2
14	Soins prénataux	12	4,8
15	VIH/TB	10	4,0
		249	100,0

Source : Consulter les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Note : « N° » indique le numéro du service. SPN = soins prénataux ; PEV = programme élargi de vaccination ; VIH = virus d'immunodéficience humaine ; SCE = service de consultations ambulatoires ; TB = tuberculose.

La *check-list* nigériane a été modulée afin de refléter les questions prioritaires de qualité des soins au niveau du centre de santé. Ainsi, elle porte une attention particulière à la gestion des médicaments essentiels, au maintien d'un niveau minimum de stocks et à

(Suite de l'encadré page suivante)

une prescription rationnelle. Quelques exemples de ces indicateurs sont présentés aux Tableaux B3.1.2-B3.1.4.

Tableau B3.1.2 Extrait de la *check-list* de la qualité du service de consultations ambulatoires du Nigéria

6.16	Proportion des consultations ambulatoires traitées par antibiotiques < 30 cas	4	0
6.16.1	Voir les 100 derniers cas inscrits au registre, vérifier le diagnostic et calculer le taux (< 30 cas)		

Source : Consulter les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Tableau B3.1.3 Extrait de la *check-list* de la qualité du service de gestion des médicaments essentiels du Nigéria

10.3	La pharmacie remet les médicaments aux différents départements de l'établissement de santé sur la base des réquisitions reçues	10	0
10.3.1	Le contrôleur vérifie que la quantité réquisitionnée correspond à la quantité utilisée		
10.3.2	Les médicaments ne sont dispensés aux patients que sur prescription. Celles-ci sont archivées et accessibles.		
10.3.3	Les médicaments et consommables médicaux prescrits sont de type générique		

Source : Consulter les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Note : cet indicateur composite a un caractère de tout ou rien

Tableau B3.1.4 Extrait de la *check-list* de la qualité du service de gestion des médicaments traceurs

11	Médicaments traceurs (stock min. = consommation mensuelle moyenne/2) [max 30 points]	Disponible Oui > CMM/2	Disponible Non < CMM/2
11.1	Paracétamol comp. de 500 mg	1	0

Source : Consulter les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Note : CMM = consommation mensuelle moyenne ; max = maximum ; mg = milligramme ; min. = minimum ; comp. = comprimé.

Les instruments évoluent

Au tout début, les tenants des réformes en santé entretenaient de profonds désaccords sur les méthodes susceptibles de traduire la notion de « qualité » en termes opérationnels. Au cours de la mise à l'échelle des FBP du Rwanda et du Burundi, la mesure de la qualité a d'ailleurs fait l'objet de discussions virulentes. Ainsi, même si la première *check-list* de la qualité a été introduite dès 2002, son utilisation dans une perspective d'impact direct sur les entrées monétaires reçues en vertu d'un FBP a été longtemps considérée avant-gardiste. En fait, cet outil itératif tire parti des expériences et est encore en évolution.

Malgré la lenteur de l'intégration de la fiche de contrôle, son applicabilité et son adéquation ont été largement démontrées, notamment à travers les résultats enregistrés suite à son utilisation croissante par plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire inférieur. Au Rwanda, des évaluations d'impact rigoureuses ont démontré que cet outil — appliqué dans tout le pays à partir de 2006 — avait eu des effets positifs importants sur la qualité. Ces constats ont contribué à faire de la *check-list* de la qualité un élément clé des FBP (Basinga et al. 2010 ; 2011). En outre, ses usagers ont été à même d'observer une augmentation de la qualité

structurelle des soins, il est bien connu qu'une augmentation de la qualité structurelle des soins influence fortement la demande (Acharya et Cleland 2000). La récompense des hôpitaux des pays à faible revenu pour l'adhésion aux protocoles de traitement a permis de décroître la morbidité et la mortalité en Guinée Bissau (Biai et al. 2007).

Par ailleurs, les *check-lists* de la qualité ne sont pas des outils statiques. Ils évoluent. Ils ont pris naissance dans les premières compilations de formulaires de supervision utilisés dans les districts sanitaires défavorisés. Différents éléments de ces formulaires ont graduellement été modifiés afin de se conformer aux indicateurs de qualité SMART et de les rendre objectivement vérifiables. Ils ont évolué à travers l'introduction de formulaires de supervision standard, par exemple dans le programme élargi de vaccination, la planification familiale ou la santé maternelle et infantile. Les indicateurs sont devenus quantifiables, ce qui permettait de calculer les variables de façon non arbitraire (par exemple avec 0 ou 1). Puis les variables ont été pondérées, ce qui permettait de quantifier leur importance relative (subjective) d'un ensemble à l'autre. Les fiches de vérification de base ont été mises à l'épreuve sur le terrain pendant plusieurs années et de précieuses remarques des usagers finaux ont été incorporées.

Au Rwanda, au cours du dernier trimestre de chaque année, un groupe de travail désigné (regroupant des techniciens de l'équipe élargie mandatés par cette dernière ; voir Chapitre 14) revoit l'articulation des formulaires en fonction de la rétroaction des usagers et des observations faites par les équipes techniques terrain. Ensuite, au cours du premier trimestre de l'année suivante, une *check-list* légèrement modifiée est introduite. Celle-ci entraîne généralement une faible chute des résultats qualitatifs enregistrés dans le pays. Puis, lorsque les usagers s'ajustent aux nouvelles conditions, les résultats s'améliorent au cours de l'année et le cycle recommence. En fait, la performance qualitative peut faire l'objet d'améliorations constantes. L'outil est éminemment flexible : on peut y introduire un protocole de traitement, un standard ou une norme dès son adoption. Cependant, la rémunération de la qualité à travers une *check-list* présente certaines limites. Quoique celle-ci mesure de façon relativement fiable plusieurs dimensions de la qualité, notamment les intrants et l'accréditation, certaines de ses autres dimensions ne peuvent pas être saisies aussi facilement, notamment en raison de leur caractère invérifiable, du manque de temps, ou de contraintes financières. Si l'on souhaite encourager la qualité, cet outil du FBP doit être complété par d'autres stratégies.

3.4 Conseils sur l'élaboration d'une *check-list* de la qualité

Lorsque l'on prépare une *check-list* pour un pays en particulier, il faut tout d'abord sélectionner l'un des exemples présentés à la section 3.5 et l'utiliser comme point de départ du processus consultatif.

Identifier les indicateurs mesurés par la *check-list* de la qualité

La nature de l'indicateur mesuré sera essentiellement fonction du contexte local, notamment des circonstances suivantes :

- Quelle est la taille de l'établissement de santé, combien y a-t-il de travailleurs de santé et combien de services sont offerts ?
- Le réseau de prestation de services est-il peu ou très sophistiqué ? Ici, il faut prendre en considération les protocoles actuellement utilisés :
 - au Bénin par exemple, la *check-list* de la qualité du Burundi a été adaptée au contexte béninois. Celle-ci était déjà moins complexe que celle du Rwanda ;
 - en Zambie, une version très simplifiée de la *check-list* rwandaise a été adaptée au contexte local
- L'établissement de santé est-il en mauvais état ? Si oui, il faudra tout d'abord se concentrer sur la restauration des infrastructures – eau, électricité, latrines et mesures d'hygiène et d'équipement. L'importance accordée à l'amélioration des conditions de base peut-être introduite au système de pondération. Ultérieurement, des mesures plus sophistiquées pourront être insérées.

Neuf points à considérer

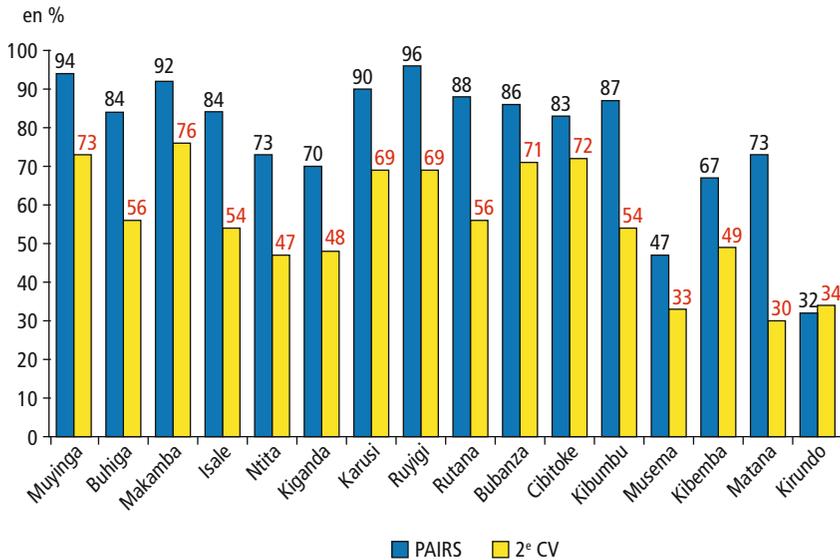
Lors de l'élaboration de la *check-list*, les neuf points suivants doivent être pris en considération.

- Il faut toujours garder en tête l'utilisateur final d'une *check-list*. Il s'agira probablement d'un superviseur de district ou d'hôpital. Il faut utiliser un langage accessible et approprié et formater la *check-list* à son intention. Si elle est bien conçue, celle-ci pourra s'avérer très formative.
- S'assurer que les critères sont objectivement vérifiables. La *check-list* générera un score de qualité qui sera utilisé pour déterminer la rémunération de la performance. Il faut s'assurer que lors de la contre-vérification (c'est-à-dire la contre-vérification de la vérification des résultats), le score atteint sera plus ou moins équivalent au score initial (voir Encadré 3. 2).
- Il faut également garder en tête le fait que certaines variables de qualité qui ont pourtant une valeur médicale peuvent s'avérer parfaitement inutiles en tant qu'indicateurs objectivement vérifiables de la performance.
- Il ne faut pas simplifier à outrance la *check-list* ou rendre les cibles trop faciles. Les travailleurs de santé pourraient apprécier le fait d'être tenus au respect des standards. Il n'est pas nécessaire que ces derniers soient tous respectés simultanément, mais il faut au moins rendre les personnels redevables des plus importants.
- Il ne faut pas oublier qu'une *check-list* de la qualité a notamment pour effet systémique d'augmenter la période de contact entre les travailleurs de santé et leurs superviseurs. Il faut donc configurer la fiche de façon que ces périodes soient perçues comme un temps de qualité. En effet, les superviseurs sont eux-mêmes régis par un cadre de performance qui relie une large part de

ENCADRÉ 3.2**Message important**

Puisque la vérification primaire de la qualité est effectuée par les instances administratives du district sanitaire (évaluation qualitative des centres de santé) ou à travers une revue par les pairs (évaluation qualitative des hôpitaux), la séparation des fonctions est incomplète (voir Chapitre 11). L'expérience a démontré qu'en l'absence de mesures de contre-vérification, les résultats peuvent progressivement devenir moins fiables. Il est important qu'une contre-vérification crédible qui expose une non-conformité entre les contrôles *ex ante* et *ex post* débouche sur la prise d'actions concrètes (Figure B3.2.1).

Figure 3.2.1 Différences entre la vérification *ex ante* et *ex post* de la qualité dans les hôpitaux du Burundi au cours de 2011



Source : Burundi, ministère de la Santé 2011.

Note : « PAIRS » fait référence à la revue par les pairs (vérification *ex ante*) ; « 2° CV » fait référence à la contre-vérification effectuée par une tierce partie (vérification *ex post*). L'axe X désigne nommément les hôpitaux, l'axe Y indique le score en pourcentage atteint sur la *check-list* de la qualité.

leurs revenus à une exécution adéquate et selon les calendriers fixés de leurs mandats d'évaluation, ce qui les incite généralement à prendre ce travail très au sérieux. De leur côté, les travailleurs de santé mentionnent fréquemment apprécier ces contacts plus importants, qui leur permettent d'obtenir une certaine rétroaction sur leur travail (Kalk, Paul, et Grabosch 2010).

- Utiliser la technique Delphi modifiée (voir Chapitre 1) pour la finalisation de la conception de la *check-list* de la qualité. La technique facilitera l'élaboration de la fiche et maximisera la transparence du processus de décision sur l'allocation des coefficients à ses différents indicateurs et sous-indicateurs.

- Mettre la *check-list* à l'épreuve pour documenter la fiabilité inter et intra-observateurs.
- Tester la fiche de façon pilote dans un nombre limité d'établissements pour en affiner le contenu.
- Actualiser la *check-list* régulièrement (par exemple une fois par an) en impliquant les utilisateurs finaux dans le processus (assistants techniques, personnels du district sanitaire et directeurs d'établissements de santé).

La contre-vérification est essentielle

Une rémunération substantielle de la performance qualitative a de nombreuses implications. Il faudra prendre en considération la séparation des fonctions (voir les Chapitres 2 et 11). En outre, il serait sage d'introduire certains dispositifs de contre-vérification des processus. Les enseignements tirés du terrain établissent en effet clairement qu'en l'absence de contre-vérification de la performance qualitative rapportée, les rapports deviennent facilement inexacts. Pour procéder à la contre-vérification, utiliser un indicateur randomisé d'une *check-list* sélectionnée au hasard.

3.5 Des contextes différents : divers exemples de fiches de vérification de la qualité

Certaines *check-lists* de la qualité sont présentées ici à titre d'exemple et peuvent être consultées à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre. Les moyens de mesure de la performance sont très nombreux et chacun a ses propres fondements. On trouvera ci-après une brève description des différents contextes dans lesquels ces outils ont été conçus et appliqués.

- FBP pour un centre de santé avec ONG en tant que détentrice des fonds ;
- FBP pour un centre de santé au Rwanda ;
- FBP pour un hôpital de district au Rwanda ;
- FBP pour un centre de santé au Burundi ;
- FBP pour un hôpital de district au Burundi ;
- FBP pour un centre de santé en Zambie ;
- FBP pour un hôpital de *raion* (district) en République Kirghize.

Afin de bien comprendre la teneur des différents outils de mesure de la qualité, il faut étudier le manuel d'exécution afférent et s'entretenir directement avec ses utilisateurs (voir Chapitres 14 et 15).

Centre de santé avec ONG en tant que détentrice des fonds

Ce type de FBP avec ONG détentrice des fonds est couramment employé lorsque l'acheteur est privé (Chapitre 11).

- Cet outil de mesure de la qualité est utilisé pour l'évaluation du centre de santé et de la conduite du PMA lorsque le FBP utilise une approche avec ONG détentrice des fonds.

- La mesure de la qualité est confiée aux autorités de régulation qui s'appuie sur un contrat basé sur la performance. Selon le contexte, il pourra s'agir soit de l'hôpital de première référence soit de l'équipe de gestion du district sanitaire. En principe, l'autorité de régulation est rattachée au ministère de la Santé.
- L'application correcte et dans les délais requis du questionnaire de vérification trimestriel dans tous les centres de santé d'un district donné détermine le versement du paiement basé sur la performance du régulateur concerné.
- Le FBP avec ONG détentrice des fonds applique l'approche de la carotte et carotte. Chaque trimestre, jusqu'à 25 % des revenus du trimestre précédent peuvent être versés sous forme de prime supplémentaire (pour une qualité de 100 %). La mesure de la qualité est généralement pondérée de la façon suivante : 50 % sont attribués aux résultats de la *check-list* de la qualité et 50 % à l'indice de satisfaction du patient obtenu à la suite de la conduite d'enquêtes de satisfaction des usagers communautaires.

L'outil comprend les 15 éléments du questionnaire de qualité utilisé par le FBP pilote mis en œuvre par Cordaid. Voir les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Centre de santé du Rwanda

Au Rwanda, la *check-list* de la qualité appliquée dès 2006 à l'évaluation des centres de santé a été élaborée sur la base des outils initialement utilisés par les FBP avec ONG détentrice des fonds. Depuis lors, la *check-list* a été amendée annuellement (modifications de 2008 à 2011). Dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre, on trouvera les versions 2008-2011. La version 2008 est la dernière à avoir subi des modifications substantielles ; après cette date, la fiche n'a fait l'objet que de changements mineurs.

Le FBP rwandais appliqué aux centres de santé utilise la méthode de la carotte et du bâton. Chaque trimestre, des scores de qualité sont appliqués aux revenus du trimestre précédent, qui sont réduits en conséquence. Il a été démontré que cette méthode avait un effet puissant sur l'écart de performance entre la théorie (la connaissance des meilleures pratiques par le prestataire) et la pratique (la teneur effective des prestations) (Gertler et Vermeersch 2012). De façon similaire, l'effet s'exerce également sur la qualité telle que mesurée par les outils utilisés au niveau du centre de santé (Basinga et al. 2011). Voir les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Hôpital de district du Rwanda

Le FBP appliqué aux hôpitaux de district du Rwanda a été élaboré en juillet 2006 à partir d'une combinaison des différentes expériences pilotes antérieures. La *check-list* a été fondée sur les outils d'évaluation des hôpitaux développés par la Coopération technique belge. L'approche prévoyait une évaluation par les pairs telle que testée à travers le FBP avec ONG détentrice des fonds (Rwanda et ministère de la Santé 2006). L'approche rwandaise a été bien documentée.

Ses deux principales caractéristiques sont les suivantes : (a) la pondération et le financement ; et (b) le concept d'évaluation par les pairs.

Pondération

Dans l'outil employé en 2008-2009, la pondération se résumait à allouer 20 % à l'administration, 25 % à la supervision et 55 % à l'ensemble des prestations médicales. À cette époque, tous les fonds investis dans l'achat de la performance hospitalière au Rwanda étaient mis en commun (gouvernement du Rwanda, gouvernement des États-Unis, Organisation allemande de coopération technique, etc.). Les modalités d'allocation étaient établies pour chaque hôpital de district en fonction de critères spécifiques à sa situation. Subséquemment, avec le recrutement d'agences détentrices des fonds, les différents partenaires financiers se sont portés acheteurs de la performance individuelle de chaque hôpital. Suite à la soumission de la facture établie en fonction de la performance, l'agence détentrice des fonds transférait les revenus en cause directement dans le compte bancaire de l'établissement de santé.

Ces modalités ont favorisé la création d'un marché d'achat de la performance hospitalière. Au cours des ans, les entrées et sorties de ce marché ont été harmonieusement coordonnées par l'Unité technique centrale du FBP. Le principal acheteur de la performance hospitalière reste le Gouvernement. Comme dans le cas du marché intérieur du FBP pour centres de santé du Rwanda, les agences collaborant avec le gouvernement des États-Unis ont été en mesure d'acheter la performance sur ce marché interne. Ce marché interne a eu des implications considérables sur le renforcement du dispositif en démontrant comment des financements bilatéraux hors budget pouvaient être utilisés à cette fin.

La rémunération de la performance peut représenter jusqu'à 30 % des revenus d'un hôpital ce qui en fait une source importante d'entrées monétaires additionnelles. En fait, à travers une gestion intégrée et autonome des ressources, le FBP a contribué de façon substantielle à la rémunération variable du personnel hospitalier. Il a également permis aux établissements de recruter rapidement de nouveaux médecins et de faire passer leur nombre moyen d'un à deux par hôpital avant les réformes (2005) à six ou sept médecins par hôpital dans les quelques années suivantes. Ces médecins provenaient non seulement de Kigali, la capitale du Rwanda, mais aussi du marché du travail des pays limitrophes.

Le coefficient total du « personnel » d'un hôpital était ajouté à la pondération des 20 % alloués à son administration. (La pondération du personnel est généralement basée sur le coefficient accordé à une catégorie de personnel par rapport à un coefficient de base).²

Le nombre de centres de santé supervisés par un hôpital a été retenu comme facteur d'allocation. Au Rwanda, les superviseurs des centres de santé sont souvent logés dans les hôpitaux de district et, par conséquent, un « budget de supervision » a été alloué à chaque hôpital. Ceci a permis d'établir un lien important entre la vérification de la performance quantitative du centre de santé et la vérification hospitalière. Ce dernier est en effet rémunéré en fonction d'une supervision adéquate et dans les délais requis des centres de santé. Les cadres de perfor-

mance du centre de santé et de l'hôpital sont donc étroitement liés. Ce processus, qui s'est avéré très efficace – et rentable – illustre bien comment fonctionne un FBP mis à l'échelle. Le renforcement de la fonction de soutien d'un hôpital envers les échelons inférieurs du système sanitaire constitue également une incitation et pourra se traduire par des activités de renforcement des capacités, notamment d'analyse/rétroaction des données tirées du système de gestion de l'information sanitaire.

Dix-sept services médicaux ont été retenus pour évaluation. Le nombre total de prestations nationales annuelles a été déterminé dans chaque cas et une pondération a été appliquée à chacun des services. La confrontation des indicateurs sélectionnés au budget disponible a permis de déterminer la valeur unitaire de chaque service médical/prestation.

En outre, compte tenu de la tendance à « laisser l'argent suivre la prestation », certaines mesures de la performance quantitative ont été intégrées à la *check-list* de la qualité.

Chacun des indicateurs catégoriels s'est vu attribuer un certain nombre de critères composites, eux-mêmes générateurs de points de performance souvent basés sur le tout ou rien. Un nombre total de points attribués à la supervision et à l'administration a été prédéterminé et attribué à chaque hôpital (en raison des différences entre les budgets prospectifs de performance).

Dans le cas des soins médicaux, la quantité des prestations déterminait en grande partie le nombre de points gagnés, mais ici aussi, leur attribution était conditionnelle à une liste longue de critères composites, souvent basés sur le tout ou rien. En résumé, les prestations médicales étaient soumises à une évaluation à la fois quantitative et qualitative des services, qui déterminait finalement l'ampleur des revenus perçus. Par conséquent, la seule augmentation du nombre de prestations ne permettait pas d'accroître les revenus puisque les critères composites de qualité avaient un effet très important sur la valeur des primes à la performance.

Le dispositif appliqué aux hôpitaux de district du Rwanda utilisait également la méthode de la carotte et du bâton. (Pour de plus amples informations, on pourra consulter le manuel FBP destiné aux hôpitaux de district du Rwanda dans les liens mentionnés à la fin du chapitre).

Concept d'évaluation par les pairs

L'évaluation par les pairs a été mise à l'échelle après la phase pilote initiale. Dans ce processus, trois personnels clés attachés à trois hôpitaux différents tenaient chaque trimestre une session de revue par les pairs au cours de laquelle ils examinaient la performance d'un quatrième hôpital. Il s'agissait généralement du directeur médical ou de son adjoint, d'une infirmière-chef ou de son adjointe et de l'administrateur ou du comptable principal. L'évaluation par les pairs était coordonnée par l'Unité technique centrale de soutien du FBP et effectuée à travers la structure d'équipe élargie (voir Chapitre 14). Chaque trimestre, un représentant du niveau central du ministère de la Santé et un agent technique du partenaire financier assistaient aux évaluations par les pairs en tant qu'observateurs.

La participation à l'évaluation par les pairs (sur la base du critère composite de « complétion » et de « respect des délais » et du tout ou rien) était elle-même considérée et pondérée dans le cadre de l'évaluation de la performance de chaque hôpital participant. La participation s'élevait à 100 %. Les équipes d'évaluation par les pairs étaient généralement composées d'environ 10 à 14 participants et observateurs qui consacraient environ une demi-journée par trimestre à l'évaluation d'un hôpital. Habituellement, le groupe était scindé en trois sous-groupes qui travaillaient en parallèle à la mesure de la performance et se réunissaient ensuite pour établir un pointage et assurer la rétroaction des constats et résultats lors d'une séance plénière avec les gestionnaires et les personnels de l'hôpital considéré.

En outre, toujours dans le cadre de la mesure de la performance, le personnel hospitalier procédait à une auto-évaluation sur la base de la même liste de contrôle. Suite à ce processus, le score attribué devait se situer dans un intervalle prédéterminé du score attribué par les pairs.

Des formulaires électroniques ont été conçus sur Microsoft InfoPath, un logiciel qui permettait de convertir les résultats en facture sommaire soumise à l'agence détentrice des fonds. En raison de l'ampleur des données (la *check-list* rwandaise contenait environ 350 items différents), leur analyse efficace représentait un défi important. En outre, les critères faisaient souvent l'objet de modifications annuelles. La plate-forme de collecte des données élaborée à cette fin devait donc s'avérer suffisamment flexible pour être en mesure d'intégrer ces changements sans heurts. C'est pourquoi, après 2009, le programme de compilation et d'analyse a été monté sur Microsoft Excel.

Les fiches de vérification et l'évaluation par les pairs sont fondées sur l'hypothèse voulant que les micro-systèmes hospitaliers doivent être pleinement opérationnels pour qu'un hôpital soit en mesure d'assurer des soins de bonne qualité. Les systèmes, notamment de gestion, d'élimination des déchets dangereux, d'hygiène, d'entretien des équipements et d'adhésion aux protocoles de traitement doivent tous être en place. En outre, les dispositifs de gestion externe et interne des médicaments et consommables médicaux, d'assurance-qualité, d'analyse des données, de renforcement des capacités internes et « d'apprentissage par l'enseignement » sont tout aussi essentiels et doivent être opérationnels pour que l'hôpital puisse assurer des soins de bonne qualité.

Le dispositif d'évaluation par les pairs rwandais inclut des modalités d'accréditation, de gestion de la qualité optimale et d'amélioration continue de la qualité. Il récompense le processus plutôt que les effets. En fait, plutôt que de valoriser les résultats, par exemple la diminution des taux de mortalité, le dispositif accorde des primes en fonction de la présence d'une équipe d'assurance-qualité qui évalue la performance de son propre département, fixe ses priorités et en assure le suivi. La revue par les pairs rwandais repose sur le concept voulant que les professionnels et gestionnaires médicaux soient responsables – et récompensés – pour l'introduction de dispositif de revue, et professionnellement redevables des succès ou échecs d'un système.

Il est intéressant de constater que les revues par les pairs renforcent souvent la coordination et la communication au sein d'un département et entre ce dernier et l'administration. Cette observation est cohérente avec l'état des réflexions sur les processus d'assurance-qualité dans les soins de santé, l'importance déterminante de la communication entre les personnels et la coordination interdépartementale (Gawande 2010 ; Klopper-Kes et al. 2011 ; Wauben et al. 2011).

En résumé, la conduite d'évaluations par les pairs pendant plusieurs années a permis de tirer les conclusions suivantes :

- Les évaluations par les pairs sont généralement considérées utiles par leurs utilisateurs finaux.
- Les revues par les pairs ont stimulé l'apparition de changements positifs importants dans la performance hospitalière, et ceci sur une période de temps relativement courte.
- La *check-list* de la qualité destinée à l'évaluation des hôpitaux doit, comme celle qui est appliquée aux centres de santé, faire l'objet de modifications annuelles.
- On a pu observer, au cours de la conduite de contre-évaluations indépendantes de la performance, certaines différences importantes entre les résultats rapportés et leur contre-vérification. On peut donc conclure que, malgré le recours à des méthodes de vérification relativement ouvertes et transparentes telles que l'évaluation par les pairs, il n'est pas impossible que le processus soit entaché de conflit d'intérêts et de distorsions.

Sur la base de cette expérience, il est donc conseillé de procéder dès le démarrage à l'introduction de dispositifs de contre-vérification, à la définition de sanctions claires en cas de fraude aux contrats d'achat et à la mention de ces stratégies au cours des différentes formations. On peut également procéder à des évaluations inopinées plutôt qu'à des revues planifiées et programmées. On pourra consulter à cet effet les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Centre de santé du Burundi

La *check-list* de la qualité des prestations des centres de santé a été basée sur le FBP avec ONG détentrice des fonds, et un groupe de travail mandaté à cet effet a procédé à l'adoption du modèle type. Ensuite la conduite d'évaluations qualitatives adéquates et selon les calendriers fixés a été introduite au cadre de performance des autorités sanitaires provinciales et de district. Les indicateurs et sous-indicateurs de la *check-list* de la qualité ont été saisis dans la base de données Internet de façon à permettre l'obtention de données comparatives exhaustives sur les différents résultats qualitatifs.

Le FBP du Burundi utilise l'approche de la carotte et carotte. La *check-list* de la qualité est complétée chaque trimestre et pour chaque centre de santé du pays ; ses résultats constituent 60 % de la valeur des primes à la qualité versées (seconde carotte). Les 40 % résiduels sont déterminés à partir du quotient de satisfaction des patients tel qu'établi par les enquêtes sur les usagers communautaires. La

prime à la qualité dans son ensemble ne peut dépasser une valeur équivalente à 25 % des revenus supplémentaires versés suite à l'évaluation quantitative des activités menées en vertu du FBP au cours du trimestre précédent. La *check-list* de la qualité utilisée par le Bénin a été tirée du modèle burundais applicable aux centres de santé. Lorsque le Bénin a démarré la mise en œuvre de son FBP en 2011, la *check-list* du Burundi a été retenue parce qu'elle semblait moins complexe que celle du Rwanda. Le Bénin applique la méthode de la carotte et du bâton. Pour plus d'informations sur le FBP appliqué aux centres de santé du Burundi, on pourra consulter les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Hôpital de district du Burundi

La *check-list* de la qualité des services dispensés par un hôpital de district du Burundi est basée à la fois sur la fiche élaborée pour les centres de santé du pays et sur le modèle développé pour les hôpitaux de district du Rwanda. Le processus prévoit la tenue d'une évaluation par les pairs suivie d'une contre-vérification par une tierce partie (comme d'ailleurs dans tous les cadres de performance du FBP Burundais). La *check-list* de la qualité utilise la méthode de la carotte et carotte. La prime à la qualité ne peut dépasser 25 % des revenus supplémentaires obtenus suite à l'évaluation quantitative du trimestre précédent (Burundi et ministère de la Santé 2010). Voir les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Centre de santé de la Zambie

La *check-list* de la qualité des prestations des centres de santé de la Zambie a été élaborée à partir du modèle rwandais correspondant. Cependant, elle a été amplement modifiée et simplifiée en raison du fait qu'un centre de santé zambien dispose, en moyenne, de beaucoup moins de personnels qualifiés qu'un centre de santé rwandais. La *check-list* a été testée sur le terrain dans le district de Katete avant la mise en œuvre du projet FBP pilote.

La *check-list* de la qualité utilisée par la Zambie utilise la méthode de la carotte et du bâton ; le score de qualité obtenu est déduit des revenus du trimestre précédent. Un contrat basé sur la performance avec l'hôpital de district régit l'utilisation adéquate et selon les calendriers fixés de la fiche de contrôle.

Le FBP de la Zambie, qui est essentiellement fondé sur une contractualisation interne, a démarré sous une forme pilote dans plusieurs districts du pays en 2012 et devrait faire l'objet sous peu d'une évaluation d'impact rigoureuse. On pourra consulter sur cette question les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Hôpital de raion en République Kirghize

En République Kirghize, l'évaluation des hôpitaux de première référence contractualisés en vertu du FBP a été basée sur le modèle correspondant du Rwanda (Encadré 3.3) et ses critères ont été adaptés pour correspondre au contexte du pays.

ENCADRÉ 3.3**Gestion de la qualité optimale et indicateurs d'assurance-qualité élaborés pour le FBP en République Kirghize**

Le Tableau B3.3.1 présente certains des indicateurs utilisés par le FBP de la République Kirghize.

Tableau B3.3.1 Gestion de la qualité optimale et indicateurs d'assurance-qualité, carte de pointage équilibrée utilisée pour les hôpitaux de *raion* (district) en République Kirghize

20	4,2	Groupe d'assurance-qualité départementale [80]			
			Oui	Non	Score
Composite : il faut satisfaire aux critères suivants : un groupe d'AQ dans chacun des quatre départements : (Gyn/Obs ; Péd./Interne ; chirurgie, maladies infectieuses) et les rapports mensuels incluent :					
[Règle décisionnelle] : tout ou rien pour trois rapports de chacun des quatre départements (12 rapports valides au total) si <i>n</i> groupe AQ département échoue, alors $(4 - n/4)$ score					
4.2.1	Description des activités introduites au cours du dernier mois pour améliorer la qualité				
4.2.2	Évaluation de l'amélioration de la qualité				
4.2.3	Conclusions, décisions et recommandations d'amélioration de la qualité				
4.2.4	Preuve écrite de transmission au comité d'AQ de l'hôpital des conclusions, décisions et recommandations d'amélioration de la qualité				

Source : voir les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Note : GYN/OBS = Gynécologie et obstétrique ; Ped. = Pédiatrie ; AQ = assurance-qualité.

La République Kirghize fait face à une mortalité maternelle et infantile relativement élevée. Le pays dispose pourtant d'un réseau élaboré de services d'accouchements assistés et d'un système public relativement bien établi qui assure une bonne couverture en soins de santé de base. La vaccination atteint presque 100 % et tous les accouchements ont lieu dans des hôpitaux de première référence ou des établissements de santé de niveau supérieur. Les parties prenantes s'entendent sur le fait que les taux de mortalité maternelle et infantile relativement élevés sont en grande partie attribuables à la faible qualité des soins hospitaliers. En effet, ces établissements souffrent d'un manque d'entretien, d'un accès limité aux réserves de sang et d'un faible respect des protocoles et procédures modernes. En outre, les paiements informels – qui sont tout à fait courants dans la plupart des systèmes de santé de l'ère post-soviétique – concerneraient en République Kirghize près de 50 % des usagers et seraient versés soit directement aux personnels, soit pour l'obtention de médicaments (République Kirghize et ministère de la Santé 2008, 31).

En 2013, le FBP devait être testé sur le terrain dans un seul district, puis appliqué à la vaste majorité des établissements du réseau de santé. Une évaluation d'impact rigoureuse est en voie de planification. Elle consultera la société civile pour l'élaboration du renforcement des capacités nécessaire, mais aussi à des fins de transparence et aura recours à un dispositif d'évaluation par les pairs.

En fait, les hôpitaux de la République Kirghize disposent déjà d'une autonomie relativement importante. Le tiers de leurs revenus monétaires provient de primes quantitatives (les paiements sont assurés par le *Mandatory Health Insurance Fund* [MHIF] (Fonds d'assurance santé obligatoire) accordés sur la base du nombre de cas traités et ajustés en fonction du diagnostic et de certaines autres variables). Les primes du FBP, qui seront calculées à partir de la méthode de la carotte et carotte, viendront compléter ce dispositif de paiement. Le personnel du département de qualité du MHIF sera étroitement impliqué dans le processus d'évaluation par les pairs. Voir les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Liens aux documents et outils

On pourra avoir accès aux dossiers de la Boîte à outils à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter03>.

- *check-lists* de la qualité suivantes :
 - FBP du Rwanda, hôpital de district (2008, 2010) ;
 - FBP du Rwanda, centre de santé (2008, 2009, 2010, 2011) ;
 - FBP du Burundi, hôpital de district (2010, 2011) ;
 - FBP du Burundi, centre de santé (2010, 2011) ;
 - FBP avec ONG détentrice des fonds, centre de santé (2011) ;
 - FBP du Nigéria, hôpital de district (2011) ;
 - FBP du Nigéria, centre de santé (2011) ;
 - FBP de la République Kirghize, hôpital de *raion* (district) (2012) ;
 - FBP de la Zambie, centre de santé (2012).
- Manuel du FBP, hôpital de district rwandais (2009).

Notes

1. La Zambie adoptera progressivement l'approche de la carotte et carotte.
2. Une allocation budgétaire fondée sur la dotation antérieure en personnels ou le nombre de lits risque de se heurter à des problèmes importants. Cependant, le Rwanda applique déjà une politique de décentralisation importante de ses ressources humaines. Par conséquent, les établissements de santé sont maintenant beaucoup plus autonomes et les travailleurs contractuels, soit environ la moitié des personnels, sont rémunérés à partir des recettes de l'hôpital. Le seuil initial en matière de dotation en personnels qui, pour le FBP de 2008, avait été basé sur les données de 2007, a été subséquemment maintenu ce qui empêchait les gestionnaires de modifier la teneur de leurs prévisions budgétaires en augmentant le nombre de personnels.

Références

- Aarva, P., I. Ilchenko, P. Gorobets, et A. Rogacheva, « Formal and Informal Payments in Health Care Facilities in Two Russian Cities, Tyumen and Lipetsk », *Health Policy and Planning* 24 (5), 2009 : 395–405.
- Acharya, L. B., et J. Cleland, « Maternal and Child Health Services in Rural Nepal : Does Access or Quality Matter More ? », *Health Policy and Planning* 15 (2), 2000 : 223–29.
- Barnum, H., et J. Kutzin, éditeurs, *Public Hospitals in Developing Countries : Resource Use, Cost, Financing*, Baltimore : Presses de l'Université Johns Hopkins, 1993.
- Barnum, H., J. Kutzin, et H. Saxenian, « Incentives and Provider Payment Methods », *International Journal of Health Planning and Management* 10 (1), 1995 : 23–45.
- Basinga, P., P. Gertler, A. Binagwaho, A. Soucat, J. Sturdy, et C. Vermeersch, « Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda », document de recherche de politique 5190, Banque mondiale, Washington, DC, 2010.
- Basinga, P., P. Gertler, A. Binagwaho, A. Soucat, J. Sturdy, et C. Vermeersch, « 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), 2011 : 1421–28.
- Biaï, S., A. Rodrigues, M. Gomes, I. Ribeiro, M. Sodemann, F. Alves, et P. Aaby, « Reduced In-Hospital Mortality after Improved Management of Children under 5 Years Admitted to Hospital with Malaria : Randomised Trial », *British Medical Journal* 335 (7625), 2007 : 862–65.
- Burundi, Ministry of Health, *Manuel des Procédures pour la mise en œuvre du financement basée sur la performance au Burundi*, Bujumbura : Ministry of Health, 2010.
- Synthèse Globale de la Contre Vérification du FBP au Burundi (2011–2012)*, Bujumbura : Ministère de la Santé, 2011.
- Gawande, A., *The Checklist Manifesto : How to Get Things Right*, New York : Metropolitan Books Henry Holt, 2010.
- Gertler, P., et C. Vermeersch, « Using Performance Incentives to Improve Health Outcomes », document de recherche de politique WPS6100, Banque mondiale, Washington, DC, 2012.
- Kalk, A., F. A. Paul, et E. Grabosch, « 'Paying for Performance' in Rwanda : Does It Pay Off ? » *Tropical Medicine and International Health* 15 (2), 2010 : 182–90.
- Klopper-Kes, A. H. J., N. Meerdink, C. P. M. Wilderom, et W. V. H. Harten, « Effective Cooperation Influencing Performance : A Study in Dutch Hospitals », *International Journal for Quality in Health Care* 23 (1), 2011 : 94–99.
- Kyrgyz Republic, Ministry of Health, « Mid-term Review Report : Manas Taalimi Health Sector Strategy », ministère de la Santé, Bishkek, 2008. <http://www.un.org/kg/en/publications/article/5-Publications/3483-mid-term-review-report-manas-taalimi-health-sector-strategy> (accès le 23 avril 2013).
- Mehrotra, A., M. Sorbrero, et C. Damberg, « Using the Lessons of Behavioral Economics to Design More Effective Pay-for-Performance Programs », *American Journal of Managed Care* 16 (7), 2010 : 497–503.
- Rusa, L., W. Janssen, S. van Bastelaere, D. Porignon, J. de Dieu Ndirabeya, et W. Vandembulcke, « Performance-Based Financing for Better Quality of Services in Rwandan Health Centres : 3-Year Experience », *Tropical Medicine and International Health* 14 (7), 2009 : 830–37.

- Rwanda, ministère de la Santé, *Compte rendu d'un atelier de 2 jours de création d'un modèle national de FBP pour les hôpitaux de district*, Kigali, janvier 2006.
- Soeters, R. éd., *PBF in Action : Theory and Instruments—PBF Course Guide*, 4^e éd. La Haye : Cordaid-et de SINA, 2012.
- Thaler, R. H., et C. R. Sunstein, *Nudge : Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, New York : Livres Penguin, 2009.
- Wauben, L. S. G. L., C. M. Dekker-van Doorn, J. D. van Wijngaarden, R. H. Goossens, R. Huijsman, J. Klein, et J. F. Lange, « Discrepant Perceptions of Communication, Teamwork and Situation Awareness among Surgical Team Members », *International Journal for Quality in Health Care* 23 (2), 2011 : 159–66.

Chapitre 4



Fixer les prix unitaires et calculer les coûts

PRINCIPAUX MESSAGES

- Le FBP procède à l'achat stratégique. L'objectif consiste à générer le maximum d'avantages à travers une gestion efficace des coûts. Dans un FBP, l'acheteur identifie l'entité auprès de laquelle il veut acheter des services et les montants en cause. Le gouvernement identifie les services disponibles à l'achat et fixe les standards de qualité.
- Pour qu'un FBP atteigne les résultats souhaités, il est important de procéder à des réformes spécifiques du secteur santé, notamment en matière d'amélioration du pouvoir décisionnel sur les ressources humaines et financières, de capacités à générer un profit, de possibilité de verser des primes à la performance et de renforcement de la gestion générale.
- La disponibilité d'un budget solide est cruciale ; il vaut mieux plus que moins.
- La rémunération est négociable ; l'acheteur doit pouvoir renégocier régulièrement les tarifs fixés.
- Le FBP utilise la rémunération à l'acte conditionnelle à la qualité ; ce dispositif de paiement du prestataire est ouvert au niveau micro mais fermé au niveau macro.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

4.1 Introduction

4.2 Contexte de calcul des coûts : le FBP en tant qu'approche de réforme du secteur santé

- 4.3 L'importance d'équilibrer les revenus et les dépenses de l'établissement de santé
 - 4.4 Le budget nécessaire
 - 4.5 Fixer les tarifs unitaires et respecter le budget
 - 4.6 Un exemple testé de calcul des coûts d'un PMA
 - 4.7 L'achat stratégique
 - 4.8 Liens aux documents et outils
-

4.1 Introduction

Comment peut-on calculer les coûts du financement basé sur la performance (FBP) et fixer des tarifs qui permettent de respecter le budget ? Cette question cruciale est au cœur de ce chapitre. Il met l'accent sur les préalables nécessaires au succès d'un FBP, discute de l'importance d'équilibrer les revenus et les dépenses d'un établissement de santé et explique la teneur du budget nécessaire. Les conséquences financières de la qualité seront également examinées puisqu'elles sont liées aux revenus totaux quantifiés de l'établissement de santé. Une fois que les paquets minimums et complémentaires d'activité ont été déterminés, les prix unitaires peuvent être calculés. Un exemple pratique illustre la méthode de calcul des coûts.

La méthode de rémunération à l'acte du prestataire tend à augmenter la demande en services, ce qui accentue la pression sur les budgets disponibles. Le chapitre traitera donc en conclusion des questions liées à la gestion de ces pressions et d'adoption d'un processus d'achat stratégique.

4.2 Contexte du calcul des coûts : le FBP en tant qu'approche de la réforme du secteur santé

Dans un FBP nous considérons « la forêt » avant « les arbres ». Dans l'analyse d'un FBP, examinez l'ensemble des interventions systémiques et la réingénierie du système, qui génèrent ensemble des effets particuliers (la forêt), ceci avant les incitations individuelles ou le dispositif de paiement du prestataire (les arbres). Comme cela a été maintes fois souligné, la réflexion sur le système est essentielle à la compréhension du FBP, particulièrement lorsqu'il s'agit d'en déterminer les coûts (de Savigny et Adam 2009 ; Meessen, Soucat, et Sekabaraga 2011 ; von Bertalanffy 1969).

Le financement basé sur la performance est une approche de réforme de la santé qui introduit un type spécifique de paiement des prestataires – la rémunération à l'acte conditionnelle à la qualité. Cette approche récompense

directement les établissements de santé pour la quantité et la qualité de leurs prestations. Cependant, le type de rémunération ne constitue qu'une dimension du FBP. Le dispositif dans son ensemble est beaucoup plus complexe et utilise plusieurs cadres de performance, qui sont respectivement appliqués au niveau concerné du système de santé – depuis les enquêtes de satisfaction des usagers communautaires jusqu'au pilotage et à la coordination de la mise en œuvre par l'unité technique centrale du gouvernement. Le dispositif complet demandera donc l'adoption des pratiques suivantes :

- Accroître l'autonomie des établissements de santé.
- Stimuler la gestion intégrée des fonds au niveau de l'établissement de santé.
- Promouvoir une gestion autonome des ressources humaines et un achat efficace des médicaments et consommables médicaux nécessaires.
- Cibler l'achat stratégique des services essentiels et accroître de façon itérative les standards de qualité de la performance (voir section 4.6 plus loin dans le chapitre).
- Encourager la gestion par résultat et assurer la capitalisation nécessaire à l'atteinte de ces résultats (accroître la quantité et la qualité des services).
- Introduire de nouvelles formes de gouvernance et de redevabilité à travers l'implication des communautés et de la société civile dans les conseils d'administration des établissements de santé et comités de pilotage FBP de district ; recueillir de façon formelle la rétroaction sur la satisfaction des usagers et s'assurer que les autorités publiques et les établissements de santé considèrent ces perceptions comme des éléments essentiels du FBP.
- Renforcer la direction gouvernementale en augmentant la capacité d'analyse des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et en fournissant l'assistance technique nécessaire.
- S'assurer que les données sur le rapport coût-efficacité des PMA et PCA et les résultats quantitatifs et qualitatifs alimentent les prises de décisions des dirigeants sur l'allocation des ressources.

Les changements systémiques nécessaires au succès d'un FBP peuvent être à la fois déterminants et ambitieux. En fait, plusieurs des réformes sont initiées à partir de l'expérience acquise ou des pressions exercées sur le terrain et sont ensuite discutées dans le cadre de la création d'un contexte favorable à la mise en œuvre du FBP. Ce dernier démarre souvent sous une forme pilote. Si elle est réussie, cette étape permet la disponibilité dans les districts ou provinces concernés des données indispensables à l'amorce des changements nécessaires au dispositif dans son ensemble. Les travailleurs de santé de première ligne, les gestionnaires et les autorités de districts sanitaires des zones dans lesquelles un programme pilote FBP a été implanté avec succès sont souvent ses plus ardents défenseurs. Ils se font les promoteurs et les « champions » du FBP et considèrent ce dernier comme une opportunité de changement que les décideurs ne peuvent repousser.

4.3 L'importance d'équilibrer les revenus et les dépenses de l'établissement de santé

Dans les pays à faible revenu, les établissements publics de santé ont peu accès aux ressources monétaires, particulièrement lorsqu'ils sont de niveau périphérique. Les quelques sommes touchées, qui proviennent essentiellement des paiements directs pour consultation ou autres procédures, doivent généralement être transmises au niveau administratif supérieur. Ainsi, même si les dispositifs de fonds renouvelables proposés par l'Initiative de Bamako ont permis de générer des revenus qui auraient pu être directement gérés par les établissements de santé, les décisions relatives à l'allocation de ces ressources sont encore soumises à l'approbation d'instances administratives supérieures.

Le FBP présuppose la présence d'un écart de financement au niveau des établissements de santé. Cet écart n'est peut-être pas perceptible d'emblée, mais une pléthore de signes et de symptômes trahissent son existence, notamment l'absentéisme du personnel, la double pratique, le travail au noir, la pénurie et le détournement de médicaments, les prescriptions irrationnelles et la poly-pharmacie (fréquemment reliée à la conduite d'activités génératrices de revenus alternatifs), mais aussi le manque d'hygiène, l'entretien inadéquat de l'infrastructure, le volume insuffisant des prestations et la faible qualité des soins.

Le FBP s'attaque à ces différents problèmes à travers une diminution de l'écart de financement. En substance, une intervention FBP est définie comme : *injecter des sommes d'argent basées sur la performance dans l'établissement de santé, tout en augmentant le pouvoir décisionnel local sur l'ensemble des ressources financières et productives, mais aussi en renforçant la redevabilité locale et les dispositifs de supervision*. En outre, la supervision formative améliorée et le suivi intensif de la quantité et de la qualité des prestations font maintenant partie intégrante des FBP. Les principaux outils d'un FBP sont par conséquent de nature financière.

Ainsi, les principaux outils de soutien administratif et d'appui-conseil concernent essentiellement la gestion des revenus et des dépenses (outil d'indice, voir Chapitre 6) ; les stratégies d'amélioration de la quantité et de la qualité des prestations (plan d'affaires, voir Chapitre 10) ; et, la mesure de la performance individuelle des personnels (voir Chapitre 10). Suivent l'évaluation externe régulière et rigoureuse de la performance quantitative et qualitative et la rémunération de la performance des personnels.

Lorsqu'un établissement de santé bénéficie d'un FBP, la combinaison des revenus monétaires provenant de différentes sources doit favoriser l'augmentation graduelle de la qualité et de la quantité des prestations. À travers le FBP, les travailleurs de santé deviennent à la fois des parties prenantes de la performance de leur propre établissement et des entrepreneurs sociaux – ils travaillent à l'atteinte d'objectifs de santé publique, mais ont un intérêt direct dans la viabilité financière de l'institution. Si les revenus sont trop faibles pour

assumer les dépenses, il faut soit identifier de nouvelles sources d'entrées, soit réduire les dépenses. En fait, pour que les prestations puissent se conformer à des standards de qualité plus élevés, les établissements de santé doivent disposer de revenus plus importants et, par conséquent, équilibrer leurs revenus et leurs dépenses.

Cet équilibre n'est pas facile à atteindre lorsque les prestations sont gratuites ou nominales et que les fonds versés par une tierce partie ne permettent pas de compenser les pertes de revenus. Pourtant, les établissements de santé devraient normalement disposer des revenus nécessaires à la prestation de services de qualité et équitables, mais aussi à une rémunération du personnel qui permet de couvrir ses besoins essentiels (consulter également sur cette question la théorie du choix public et la pyramide des besoins de Maslow [Maslow 1943]). Ces constats débouchent sur deux recommandations pratiques : (a) il faut offrir aux personnels un paquet incitatif suffisamment attrayant pour assurer leur présence durable dans l'établissement ; et (b) toute obligation du prestataire dictée par une décision politique, par exemple la gratuité des soins de santé, doit être compensée pour assurer sa pérennité.

4.4 Le budget nécessaire

Pour que le budget du FBP soit efficace, les calculs doivent prendre en considération le manque à gagner. Si le budget élaboré est inadéquat, l'effet du FBP pourrait s'avérer trop faible et les déceptions importantes.

Il faut établir de façon relativement précise le budget nécessaire à la résorption de l'écart financier. Pour ce faire, il faut considérer les revenus de l'établissement de santé. Il s'agit ici de l'ensemble des coûts récurrents et de l'investissement nécessaire à son fonctionnement. En outre, il faut estimer l'importance des ressources additionnelles requises si l'on veut que les primes variables augmentent le salaire des travailleurs de santé jusqu'à un niveau acceptable. La minimisation de l'écart de salaire des personnels est essentielle : le montant approximatif nécessaire à verser à travers la rémunération de la performance doit être fixé en conséquence. En réalité, l'écart salarial reste un concept imprécis. Il pourra donc s'avérer utile de commander, dès les premières étapes de conception, des études susceptibles de renseigner sur le salaire réel qu'un travailleur de santé tire de ses sources de revenus parallèles. Il s'agit de déterminer le revenu qui permet aux travailleurs de santé de subvenir à leurs besoins là où ils habitent.

Le salaire fixe des travailleurs de santé est déterminant dans la constitution du budget, puisque les primes gagnées à travers le FBP vont fluctuer¹ et seront fonction d'un pourcentage variable qui dépend en grande partie de la localisation. L'identification correcte de ce facteur est donc de la plus haute importance, tel qu'illustré par les exemples suivants :

- Au Ghana, les travailleurs de santé gagnent un bon salaire. Le panel d'experts réuni pour fixer les primes variables du FBP a pris ce facteur en

considération et a recommandé l'allocation d'un modeste 15 à 20 % du salaire net en revenus variables, tout en octroyant davantage de ressources aux budgets récurrents hors primes.

- Au Rwanda, les primes accordées par le FBP représentent entre 60 et 100 % du salaire de base des travailleurs de santé ; au Burundi, ces montants grimpent à 100-200 % du salaire.
- Ailleurs, par exemple en République Kirghize, l'ampleur de la prime est influencée par l'estimation du montant que le système de santé pourra assumer à plus long terme. Dans un tel cas, deux scénarios peuvent être envisagés. D'une part si la prime aux personnels diminue en raison de considérations sur la pérennité, les effets du FBP pourraient décroître eux aussi. En retour, ceci pourrait menacer la durabilité de l'intervention, notamment à travers des impacts moins importants, qui auraient eux-mêmes un effet dissuasif sur les décideurs et les partenaires au développement. D'autre part, si les interventions ont entraîné des changements substantiels – et qu'il y a présence de liens explicites de cause à effet avec le budget consacré à la performance – il est possible que les fonds disponibles soient réinvestis dans un budget FBP et que, par conséquent, la pérennité soit assurée. Les budgets substantifs de performance qui sont appuyés par des liens de cause à effet favorisent la durabilité. Il est important de garder ces considérations en tête.

Évidemment, le budget ne sert pas qu'à payer des primes variables aux travailleurs de santé. Dans la majorité des FBP, environ 50 % des revenus sont consacrés à la rémunération de la performance du personnel ; les montants résiduels servent à financer les coûts récurrents hors salaires. En fait, tout dépend de la localisation et des modalités financières. En outre, il faut considérer les données financières dans une perspective intégrée et systémique. Par exemple, une fonction publique rigide et marquée par une mauvaise allocation des ressources humaines pourrait avoir besoin de réformes majeures pour qu'un FBP puisse être efficacement mis en œuvre (voir Encadré 4.1). Il n'y a aucune directive préétablie sur l'ampleur du budget idéal, mais, dans les pays à faible revenu, on considère généralement qu'un budget général équivalent à 3 \$ EU par habitant sera nécessaire. Néanmoins, même si les subventions aux soins curatifs font partie des paquets pris en charge par le FBP, ce 3 \$ EU prend en considération le fait qu'une large part de leur financement sera assumée à travers des fonds personnels ou une tierce partie et que ces entrées s'ajouteront au FBP³. Dans les pays à revenu intermédiaire ou qui présentent des défis d'infrastructures importants, il faudra probablement prévoir un budget plus élevé.⁴ En pratique cependant, le dispositif semble fonctionner avec ce montant si ses deux tiers sont consacrés aux centres de santé/niveau communautaire et le tiers aux hôpitaux de première référence (Fritsche et Vergeer 2010 ; Soeters, Habineza, et Peerenboom 2006 ; Soeters *et al.* 2011).

ENCADRÉ 4.1**Décentralisation de la gestion des ressources humaines aux centres de santé : le cas du Rwanda**

En 2005, le ministère de la Santé du Rwanda a conclu que l'administration centrale des établissements publics et des travailleurs de santé était inefficace. Cependant, le Gouvernement ne souhaitait pas privatiser son réseau et a donc procédé à certaines réformes qui ont mené en 2008 à l'autonomisation de la gestion des établissements publics de santé, notamment en matière de recrutement et de paiement des personnels. Les emplois ont été directement liés aux établissements et le gouvernement central n'a conservé que la répartition du personnel infirmier de haut niveau (A0). La gestion de l'ensemble des ressources humaines a été confiée aux districts. Dans un contexte où la moitié des personnels des établissements de santé avait déjà un statut contractuel, les nouvelles instructions ministérielles ont établi de nouvelles règles voulant que l'ensemble des travailleurs d'un établissement de santé soit payé selon les mêmes droits et règles, quelle que soit la source de financement ou le statut en cause (fonctionnaire ou non). En outre, le transfert inter-établissement des personnels exigeait dorénavant l'affichage d'une ouverture de poste par l'établissement en cause, la soumission d'une candidature et, si celle-ci était approuvée, l'accord des autorités du district sanitaire.

Le Gouvernement verse une subvention forfaitaire à chaque établissement de santé. Celle-ci couvre généralement les salaires de base des fonctionnaires, mais ce sont essentiellement les paiements variables en vertu du FBP, les remboursements versés par l'assurance santé à base communautaire et des revenus tirés du recouvrement des coûts qui défraient les salaires des travailleurs contractuels et les primes individuelles aux gestionnaires de l'établissement. Cette politique a eu rapidement des effets importants, particulièrement sur l'allocation en ressources humaines des établissements de santé. En 2008, le personnel qualifié présent en zone rurale avait augmenté de 90 % par rapport à 2005. Le nombre de médecins avait augmenté de 151 % et le nombre d'infirmières de 32 %. La même année, les hôpitaux de district disposaient de huit médecins et de 30 infirmières. En fait, le nombre de médecins et d'infirmières fonctionnaires présents en zone rurale s'est accru beaucoup plus rapidement que dans la capitale. Ainsi, même si le nombre de médecins pratiquant à Kigali est passé de 24 à 27, le nombre de médecins est passé au cours de la même période de 153 à 285 en zone rurale. En outre, alors que le nombre d'infirmières dans la capitale passait de 283 à 254, leur nombre augmentait simultanément de façon fulgurante de 3 481 à 4 554 en zone rurale.

Source : informations additionnelles du Dr. Claude Sekabaraga, ex-Directeur de la Politique et de la Planification, ministère de la Santé du Rwanda.

4.5 Fixer des tarifs unitaires qui permettent de respecter le budget

Les FBP se caractérisent par leur capacité à attribuer des tarifs unitaires aux prestations de santé. Dans un tel contexte, le respect du budget alloué est prioritaire. À la section 4.6, on trouvera un exemple déjà testé de calcul des coûts unitaires. La section 4.7 traitera de l'achat stratégique dans le respect du budget alloué.

Caractéristiques générales importantes des budgets et tarifs unitaires des FBP

Les budgets des FBP présentent les principales caractéristiques suivantes :

- Un budget FBP couvre généralement trois à quatre ans.
- Le dispositif de rémunération à l'acte du prestataire est ouvert au niveau micro. Ceci signifie que, dans le cadre des paramètres du contrat d'achat et des tarifs entendus, les établissements sont rémunérés pour chaque service contractualisé. Il n'y a aucun plafond. Si les établissements réalisent davantage de prestations, ils sont rémunérés pour ces services.
- Le dispositif de rémunération à l'acte du prestataire est fermé au niveau macro. Ceci signifie que les paiements effectués en vertu du FBP – combinés au cours d'une période donnée – sont effectués à partir d'un budget prédéterminé.
- Les budgets des FBP sont établis à partir d'un coût moyen par habitant.
- À l'intérieur de cette moyenne, et pour des considérations d'équité, certaines régions peuvent bénéficier d'allocations par habitant plus importantes que d'autres. Il doit y avoir eu entente sur les pourcentages d'allocation.
- Le processus d'identification des tarifs unitaires d'un FBP débouche généralement sur l'approbation d'une grille modulée de tarification des services. Dans certaines régions, des établissements ruraux pourraient se voir offrir une grille tarifaire plus élevée en raison des conditions difficiles alors que certains autres établissements – situés dans des régions moins désavantagées – se verront offrir des tarifs unitaires moins importants.
- La tarification peut être modifiée si nécessaire. Généralement, les contrats d'achat en vertu d'un FBP sont établis pour un an et spécifient que les tarifs peuvent être renégociés trimestriellement.

L'effet de levier du FBP

La relation entre les tarifs unitaires et le coût des services est souvent mal comprise. En fait, le coût réel des services assurés par les établissements de santé a peu à voir avec les tarifs unitaires du FBP. Mais ce dernier a un effet de levier. Il exploite tous les biens productifs de l'établissement de santé : ses ressources humaines, son infrastructure, son terrain, ses équipements, les dons en médicaments et consommables médicaux et les revenus (s'ils existent). En ce sens, et en raison de leur rôle, les tarifs unitaires du FBP sont souvent considérés comme des *subventions unitaires*.

Le FBP augmente les ressources monétaires disponibles au niveau de l'établissement de santé et favorise l'autonomie entourant l'utilisation des diverses entrées monétaires. En réalité, le FBP augmente les revenus de trésorerie de l'établissement de santé tirés de la multiplication graduelle des prestations subventionnées. Ainsi, peu après la mise en œuvre d'un FBP, on assiste généralement à une remontée substantielle de la quantité de prestations (voir Encadré 4. 2 pour un exemple simplifié sur cette question), mais aussi de leur qualité. À moyen et à long termes, le FBP hausse la tarification des services en réponse aux investissements plus importants des établissements de santé dans leurs ressources humaines,

ENCADRÉ 4.2**Calcul des coûts moyens**

Le calcul des tarifs unitaires peut-être facilement compris à partir des trois exemples suivants (consultation, accouchement et planification familiale [PF]). On assume tout d'abord que le centre de santé dessert une population de 5 000 individus. Si le budget moyen du secteur de la santé publique s'élève à l'équivalent (en monnaie locale) d'environ 3 \$ EU par habitant et par année, le centre de santé considéré coûte chaque année au gouvernement une somme équivalente à 15 000 \$ EU. Avant l'introduction du FBP, le niveau d'activité se situait à environ 100 patients par mois (0,24 consultation par personne et par année) parmi lesquels on comptait quatre accouchements mensuels (23 % du total ciblé) et quatre consultations pour planification familiale (4 % des attentes). Avec les quelques autres prestations assurées, le centre de santé dispensait un total de 108 services par mois.

Supposons qu'au cours d'une période donnée, le FBP injecte en moyenne 2 \$ EU additionnels par habitant et par année dans le financement basé sur la performance du système de santé. Ceci porterait le total du financement public à environ 5 \$ EU par habitant et par année et donc à 25 000 \$ EU pour le centre de santé considéré. Si le FBP permet d'augmenter, en deux ans seulement, les soins curatifs à 1,5 consultation par personne et par année, les accouchements à 65 % et les services de PF à 25 %, le centre considéré aura réalisé en moyenne 625 consultations, 13 accouchements et 93 demandes de PF par mois. Plusieurs autres services pourraient être offerts, mais seuls ces trois services ont été considérés dans cet exemple. Au total, le même établissement de santé présente maintenant une prestation de 713 services par mois. Au cours de la période pré-FBP, le coût moyen s'établissait à $15\,000\ \$\text{EU}/(108 \times 12) = 11,60\ \EU par prestation. Après son application, le coût moyen est considérablement réduit et passe à $25\,000\ \$\text{EU}/(713 \times 12) = 2,93\ \EU par service. Outre l'augmentation quantitative, la qualité est également passée en deux ans d'un niveau *ex ante* établi à 17 % à une moyenne de 65 %. Ceci signifie que chaque service assuré est également de meilleure qualité. Ce résultat est désigné par l'expression « optimisation des ressources » [« *value for money* »] (OCDE 2010).

leurs infrastructures et l'équipement, investissements qui permettent en retour d'atteindre les résultats quantitatifs et qualitatifs prescrits par les mesures de la performance.

L'augmentation du nombre de prestations est l'un des principaux effets recherchés. Puisque les subventions versées par un FBP s'adressent directement à des services de santé de base insuffisants ou à faible couverture, il est essentiel de bien maîtriser les objectifs prioritaires de santé publique au moment de leur achat. En outre, chaque service doit être assorti de données de référence et de valeurs cibles. Si par exemple 4,8 % des femmes sont enceintes dans un lieu donné, cette donnée permet non seulement d'estimer le nombre de grossesses par an, mais aussi l'objectif en matière d'accouchements dans un centre de santé qui assure des soins obstétriques de bonne qualité. Ici, la cible absolue d'accouchements assistés est de 100 %. Il faudra donc présupposer, dans l'outil d'évaluation des coûts du

FBP (voir section 4.6) que la part des femmes accouchant dans un établissement de santé passera d'un faible 16 % aux 65 % et plus ciblés, et ceci au cours d'une période de trois ans.

Actuellement, les données de référence relatives à la couverture sont souvent compilées à partir d'enquêtes démographiques et de santé et d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Dans un monde idéal, des enquêtes spécifiques sur les besoins de santé fourniraient des données de référence plus précises sur la population cible. Lorsque les projets pilotes FBP sont bien conçus, des enquêtes sur les besoins de santé fournissent généralement à l'acheteur des informations précises sur les effets du projet. Même si ces enquêtes des ménages ont essentiellement pour but d'obtenir des données de référence et de valider l'augmentation de la couverture des services suggérée, elles constituent également une source valable de données *ex ante* et *ex post* additionnelles (Soeters et Kimanuka 2005 ; Soeters, Musango, et Meessen 2005 ; Soeters *et al.* 2011).

En résumé, l'établissement de seuils et de cibles de couverture pour chaque service, puis l'insertion de ces données dans un modèle permettent à l'acheteur non seulement de déterminer les tarifs, mais aussi de prévoir les risques financiers liés aux dispositifs de rémunération à l'acte du prestataire (voir Encadré 4.2). On trouvera dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre différents exemples d'évaluation des coûts d'un FBP, notamment d'établissement des tarifs unitaires au Rwanda, au Burundi et au Nigéria.

4.6 Un exemple testé de calcul des coûts d'un paquet minimum d'activités

Deux cas permettront d'illustrer le processus de calcul des coûts et de prévision des risques financiers associés à un FBP. Le premier exemple, qui a été inclus à cette section, présente essentiellement les concepts de base. Le second exemple, disponible à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre (Outil de calcul des coûts de base, explication de l'outil de calcul) (*Basic Costing Tool, Explanation of Basic Costing Tool*), introduit l'outil d'évaluation des coûts de base (*basic costing tool*) utilisé par les concepteurs de FBP lors de l'élaboration des programmes. Ce second exemple comprend le calcul des frais généraux liés à l'administration, à l'appui-conseil, à la vérification et à la contre-vérification. Il sera particulièrement utile aux chargés de programmes responsables de la préparation d'un FBP et aux partenaires du développement qui prévoient d'investir dans ce type de dispositif. Le premier exemple s'appuie sur le cas du Nigéria. Le dossier Microsoft Excel (*Nigeria_Costing_Example1.xlsx*) correspondant est disponible à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Exemple d'évaluation des coûts au Nigéria

Le processus a été fondé sur les tarifs unitaires et les prévisions des risques financiers établis pour le projet pilote FBP mis en œuvre dans trois districts de trois

états nigériens différents. Les principales hypothèses de départ ont été précisées dans la feuille de calcul intitulée « *Key_assumptions* » du dossier Microsoft Excel. Il s'agit notamment des *a priori* suivants :

- En 2011, la population s'établissait à 385 242 habitants.
- Le taux annuel de croissance de la population est estimé à 3,2 %.
- Chaque année, le pays dispose de 1,8 \$ EU par habitant pour le PMA.
- Chaque année le pays dispose de 0,9 \$ EU par habitant pour le PCA.
- En 2012, la qualité moyenne était estimée à 60 %.
- La prime à la qualité est fixée à 25 % (si la qualité est égale ou supérieure à 50 %).
- La méthode de la carotte et carotte a été retenue : les sommes réservées aux primes à la qualité sont ajustées à la baisse pour prendre en considération l'effet moyen de qualité.
- Le taux de change entre le dollar EU et le Naira (₦) est fixé à 1,00 \$ EU pour 157,00 ₦.
- L'intervention aura une durée de trois ans.

Avant de démarrer l'exercice de calcul des coûts, il faudra déterminer les éléments suivants :

- Étape 1. Les services que l'on souhaite acheter (voir le Chapitre 1)
- Étape 2. La pondération accordée à chacun des services (voir le Chapitre 1)

Dans cet exemple, les résultats des étapes 1 et 2 sont déjà disponibles. Par conséquent, seules les étapes subséquentes seront traitées en détail :

- Étape 3. Identifier le nombre de services à acheter chaque mois pour une pleine couverture.
- Étape 4. Évaluer la couverture de référence de chaque service.
- Étape 5. Déterminer l'ampleur de la couverture visée pour chaque service.
- Étape 6. Répartir l'augmentation de la couverture en services (à travers la différence entre les valeurs de référence-ciblées).
- Étape 7. Fixer le tarif indiciel et ajuster les indices afin de consommer l'ensemble du budget disponible.
- Étape 8. Revoir la répartition budgétaire entre les différents services.

Étape 3. Identifier le nombre de services à acheter chaque mois pour une pleine couverture

- Ouvrir la seconde feuille de calcul intitulée « *ControlPanel_MPA* ».
- Le PMA est détaillé à la colonne B. Ces services sont assurés par le centre de santé et au niveau communautaire.
- Les cibles mensuelles sont mentionnées à la colonne F (voir le Tableau 4.1).
- Chaque service mentionné à la colonne B est assorti d'une cible mensuelle à la colonne F. Ces objectifs sont spécifiques au lieu considéré. Au Nigéria par exemple, on a présumé que chaque habitant devait se rendre chaque année dans un centre de santé pour recevoir des soins curatifs. Par conséquent, si

la cible de couverture de 100 % est atteinte en 2011 (colonne G), le nombre de consultations ambulatoires s'élève à 32 104 (population mensuelle/12 ou $385\,242/12 = 32\,104$ consultations ambulatoires). On trouvera au Tableau 4.1 les valeurs cibles pour chacun des 21 services.

- Les colonnes G, H, I et J indiquent le nombre réel de services assurés par mois lorsque la couverture est complète (nombre maximum), en 2011, 2012, 2013 et 2014 respectivement.

Tableau 4.1 Exemples de services et de leurs objectifs mensuels pour une pleine couverture du PMA.

N°	Indicateur/Service du PMA	Cible mensuelle	Explication
1	Nouvelle consultation ambulatoire	pop/12	L'hypothèse cible d'une nouvelle consultation curative par habitant et par année est relativement courante en Afrique subsaharienne. Fixer l'objectif en fonction des données de référence. Au Nigéria, les chiffres de base étaient très bas.
2	Nouvelle consultation ambulatoire par un patient indigent	pop/12 × 20 %	La subvention à un tarif supérieur ne dépassera pas 20 % de toutes les nouvelles consultations curatives (et l'exemption des paiements directs pour cette catégorie).
3	Chirurgie mineure	pop/12 × 5 %	5 % de la population ciblée aura besoin d'une forme quelconque de chirurgie mineure chaque année.
4	Admission d'un patient référencé dans un hôpital de première référence	pop/12 × 1 %	1 % de consultations pour soins curatifs fera l'objet d'une référence à un niveau plus élevé. Le FBP acquiert la preuve d'admission du patient référé à l'hôpital (fiche de contre-référence).
5	Enfant avec vaccination complète	pop/12 × 4,3 %	Les enfants de moins de un an représentent 4,3 % de la population.
6	Consultation pour suivi de la croissance de l'enfant	pop/12 × 17,1 % × 4	Les enfants âgés de 11 à 59 mois représentent 17,1 % de la population ciblée. Le FBP acquiert un maximum de quatre « consultations standard » par enfant. (Officiellement, les directives établissent que les enfants doivent être évalués une fois par mois. Le FBP acquiert une visite par trimestre.)
7	2-5 doses de vaccin anti-tétanique à une femme enceinte	pop/12 × 4,8 %	Les femmes enceintes constituent 4,8 % de la population ciblée.
8	Consultation postnatale	pop/12 × 4,8 %	Les femmes qui ont accouché constituent 4,8 % de la population ciblée.
9	Première consultation prénatale avant le 4 ^e mois de grossesse	pop/12 × 4,8 %	Les femmes ayant besoin d'une première CPN avant le 4 ^e mois de grossesse représentent 4,8 % de la population ciblée.
10	Consultation prénatale « standard » (2-4)	pop/12 × 4,8 % × 3	Les femmes ayant besoin d'une deuxième, troisième et quatrième consultation prénatale « standard » (selon les protocoles) représentent 4,8 % de la population ciblée. Il est possible que les femmes consultent plus fréquemment, mais seules les visites standard seront achetées.

11	Seconde dose de SP à une femme enceinte	$pop/12 \times 4,8 \%$	Selon les protocoles, 4,8 % de la population ciblée aura besoin de deux doses de SP ; seule la seconde dose est achetée.
12	Accouchement normal	$pop/12 \times 4,8 \% \times 80 \%$	4,8 % de la population ciblée accouchera dans un établissement de santé : 80 % au niveau du centre de santé (10 % à l'hôpital pour un accouchement normal et 10 % à l'hôpital pour un accouchement avec complications).
13	PF : total d'utilisatrices (nouvelles et existantes) d'une méthode de planification familiale moderne	$pop \times 22,5 \% / 12 \times 25 \% \times 4 \times 90 \%$	Les femmes en âge de reproduction (16-49 ans) constituent 22,5 % de la population ciblée ; les besoins non comblés de cette population s'élèvent à 25 % ; seules les méthodes de PF moderne sont achetées (DIU, injections de Depo-Provera) ; au cours de chaque consultation pour PF, un stock de trois mois de couverture est remis à la patiente ; 90 % de ces stocks sont remis par le centre de santé et 10 % par l'hôpital. Le FBP acquiert « trois mois de couverture ».
14	PF : implants et DIU	$pop \times 22,5 \% / 12 \times 8 \% \times 90 \%$	Les femmes en âge de reproduction (16-49 ans) constituent 22,5 % de la population ciblée ; on assume ici que 8 % d'entre elles souhaiteront recevoir un implant ou un DIU, soit 90 % à travers un centre de santé et 10 % dans un hôpital.
15	Tests CDV/PTME/CDIP	$pop/12 \times 5 \%$	7 % de la population ciblée sera testée chaque année, 5 % des tests seront effectués au niveau du centre de santé.
16	PTME : mère et enfant séropositifs traités selon les protocoles	$pop/12 \times 4,8 \% \times 5 \% \times 90 \%$	5 % de toutes les femmes enceintes sont séropositives (dans la population ; le chiffre varie selon les États), le protocole en vigueur est acheté ; 90 % recevront le traitement au centre de santé et 10 % à l'hôpital.
17	Traitement d'IST	$pop \times 5 \% / 12 \times 70 \%$	On estime que 5 % de la population ciblée aura besoin d'un traitement pour IST chaque année ; 70 % des traitements seront effectués par un centre de santé.
18	Nouveau patient avec BAAR+/TBP	$pop/100\ 000 \times 151 \times 60 \% / 12$	L'incidence de la TBP est de 151/100 000 ; on estime que 60 % des cas seront diagnostiqués par un centre de santé.
19	Patient avec TBP : traitement complété et guérison	$pop/100\ 000 \times 151 \times 60 \% / 12$	Le taux de guérison ciblé est de 100 % ; on assume que 60 % des nouveaux patients avec TBP seront suivis par le centre de santé et communautaire.
20	Distribution de MIILDA	$pop/3/12/4,6 \times 2$	Chaque ménage aura besoin d'au moins deux moustiquaires (cible nationale) ; le ménage moyen comprend 4,6 individus ; une moustiquaire a une durée de vie moyenne de trois ans.
21	Utilisation d'une nouvelle latrine par le ménage	$pop/3/12/4,6$	Chaque ménage a besoin d'une latrine ; le ménage moyen comprend 4,6 individus ; une latrine a une durée de vie de trois ans.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : BAAR+ = bacille acido-alcoolo-résistant positif ; CPN = Consultation prénatale ; PF = planification familiale ; VIH = Virus de l'immunodéficience humaine ; MIILDA = Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue Durée d'Action ; DIU = Dispositif intra-utérin ; PMA = paquet minimum d'activité ; N = nombre ; Pop = population ; CDIP = conseil dépistage du VIH initié par le prestataire ; PTME = Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ; FBP = financement basé sur la performance ; TBP = tuberculose pulmonaire ; SP = sulfadoxine/pyriméthamine ; IST = Infestation sexuellement transmissible ; CDV = Conseil dépistage volontaire du VIH.

Étape 4. Évaluer la couverture ex ante de chaque service

- La couverture *ex ante* de référence des services figure à la colonne K de la seconde feuille de calcul intitulée « ControlPanel_MPA ».
- Les couvertures sont exprimées en pourcentage (voir Tableau 4.2).
- Dans un FBP, toute la population d'une zone géographique donnée est couverte, ce qui correspond à une province ou à un district dans son ensemble plutôt qu'uniquement à la zone desservie par un établissement de santé.
- Dans plusieurs cas, les données de référence n'existent pas. Idéalement, il aurait fallu procéder à une évaluation des besoins dans la zone ciblée (à travers une enquête des ménages) ; celle-ci n'a pas été effectuée.
- La mise en œuvre initiale générera une certaine productivité. Celle-ci sera considérée comme la donnée de référence. Le dispositif devra ensuite être adapté en fonction de ces premières données.

Tableau 4.2 Exemples de couverture de référence pour chacun des services (2011)

N°	Indicateur/Service du PMA	Donnée de référence_11	Explications
1	Nouvelle consultation ambulatoire	20,0 %	Le nombre de consultations par personne et par année au Nigéria a été estimé à 0,2 dans les districts ciblés, et sur la base des observations effectuées, il s'agit probablement de 0,10 à 0,20 consultation. L'utilisation des services publics de santé est donc extrêmement faible.
2	Nouvelle consultation ambulatoire par un patient indigent	n/a	En moyenne, 22,5 % des Nigériens sont indigents (5 ^e quintile). Selon l'EDS, cette donnée varie largement entre les États. Cependant, on a assumé ici que les établissements de santé mentionneront jusqu'à 20 % de prestations auprès de cette catégorie de la population. L'utilisation actuelle des services de santé par les indigents est inconnue (et probablement très faible).
3	Chirurgie mineure	10,0 %	On a estimé que 5 % de la population ciblée aurait besoin d'une chirurgie mineure une fois par an. Ceci représente, pour les 35 établissements contractualisés, 45 interventions par établissement et par mois. On a assumé que la performance actuelle ne dépassait pas 10 % de la performance ciblée.
4	Admission d'un patient référé dans un hôpital de première référence	10,0 %	On a assumé que, parmi les patients qui consultent et ont besoin d'être référés, 50 % feraient effectivement l'objet de référence.
5	Enfant avec vaccination complète	19,2 %	EDS
6	Consultation pour suivi de la croissance de l'enfant	10,0 %	Aucune donnée de référence disponible. Le montant correspond à une estimation
7	2-5 doses de vaccin anti-tétanique à une femme enceinte	45,0 %	EDS
8	Consultation postnatale	38,0 %	EDS
9	Première consultation prénatale avant le 4 ^e mois de grossesse	16,0 %	EDS (la donnée semble élevée)

10	Consultation prénatale « standard » (2-4)	45,0 %	EDS
11	Seconde dose de SP à une femme enceinte	12,0 %	EDS
12	Accouchement normal	16,0 %	EDS
13	PF : total d'utilisatrices (nouvelles et existantes) d'une méthode de planification familiale moderne	25 %	La donnée de référence de l'EDS pour la population s'établit à 9,7 %. Si les besoins non comblés étaient satisfaits, la population cible serait couverte à 35 % ; ceci correspond à $9,7/35 \times 90 \% = 25 \%$.
14	PF : implants et DIU	5,0 %	Il s'agit d'une estimation. (L'utilisation d'un DIU dans les zones rurales s'établit à 0,4 %, l'utilisation d'implants n'était pas mesurable).
15	Test CDV/PTME/CDIP	n.a.	n.a.
16	PTME : mère et enfant séropositifs traités selon les protocoles	n.a.	n.a.
17	Traitement d'IST	n.a.	n.a.
18	Nouveau patient avec BAAR+/TBP	n.a.	n.a.
19	Patient avec TBP : traitement complété et guérison	n.a.	n.a.
20	Distribution de MIILDA	25,0 %	Données d'enquêtes les plus récentes (EDS 2008 : 17 %)
21	Utilisation d'une nouvelle latrine par le ménage	24,6 %	EDS

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : BAAR = bacille acido-alcoolo-résistant ; CPN = Consultation prénatale ; EDS = Enquête démographique et de santé ; PF = planification familiale ; VIH = Virus de l'immunodéficience humaine ; MIILDA = Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action ; DIU = Dispositif intra-utérin ; PMA = paquet minimum d'activité ; N = nombre ; pop = population ; CDIP = conseil dépistage du VIH initié par le prestataire ; PTME = Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ; FBP = financement basé sur la performance ; TBP = tuberculose pulmonaire ; SP = sulfadoxine/pyriméthamine ; IST = infection sexuellement transmissible ; CDV = Conseil dépistage volontaire du VIH ; n.a. = non applicable.

Étape 5. Déterminer l'ampleur de la couverture visée pour chaque service

- Les valeurs cibles sont établies pour 2012, 2013 et 2014 (voir Tableau 4.3).
- L'allocation maximale pour prestation auprès de personnes indigentes est fixée 20 % des nouvelles consultations ambulatoires prévues.
- Les observations terrain confirment que les niveaux actuels d'utilisation sont très bas.
- Certaines valeurs cibles sont établies à bien moins que 100 %. On présume ici que l'objectif en cause ne sera pas atteint au cours des trois prochaines années.

Tableau 4.3 Exemple de cibles établies pour 2012, 2013, 2014.

N°	Indicateur/service du PMA	Donnée de référence_11	Cible_12	Cible_13	Cible_14
1	Nouvelle consultation ambulatoire	20,0 %	40 %	60 %	80 %
2	Nouvelle consultation ambulatoire par un patient indigent	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
3	Chirurgie mineure	10,0 %	20 %	35 %	50 %
4	Admission d'un patient référé dans un hôpital de première référence	10,0 %	20 %	30 %	40 %
5	Enfant avec vaccination complète	19,2 %	35 %	50 %	55 %
6	Consultation pour suivi de la croissance de l'enfant	10,0 %	20 %	40 %	60 %
7	2-5 doses de vaccin antitétanique à une femme enceinte	45,0 %	55 %	65 %	75 %
8	Consultation postnatale	38,0 %	55 %	65 %	75 %
9	Première consultation prénatale avant le 4 ^e mois de grossesse	16,0 %	20 %	30 %	40 %
10	Consultation prénatale « standard » (2-4)	45,0 %	55 %	65 %	75 %
11	Seconde dose de SP à une femme enceinte	12,0 %	20 %	65 %	75 %
12	Accouchement normal	16,0 %	25 %	45 %	65 %
13	PF : total d'utilisatrices (nouvelles et existantes) d'une méthode de planification familiale moderne	25,0 %	35 %	50 %	65 %
14	PF : implants et DIU	5,0 %	15 %	25 %	45 %
15	Test CDV/PTME/CDIP	n.a.	50 %	75 %	100 %
16	PTME : mère et enfant séropositifs traités selon les protocoles	n.a.	50 %	75 %	100 %
17	Traitement d'IST	n.a.	10 %	25 %	40 %
18	Nouveau patient avec BAAR+/TBP	n.a.	50 %	75 %	100 %
19	Patient avec TBP : traitement complété et guérison	n.a.	40 %	70 %	95 %
20	Distribution de MIILDA	25,0 %	40 %	60 %	80 %
21	Utilisation d'une nouvelle latrine par le ménage	24,6 %	30 %	40 %	50 %

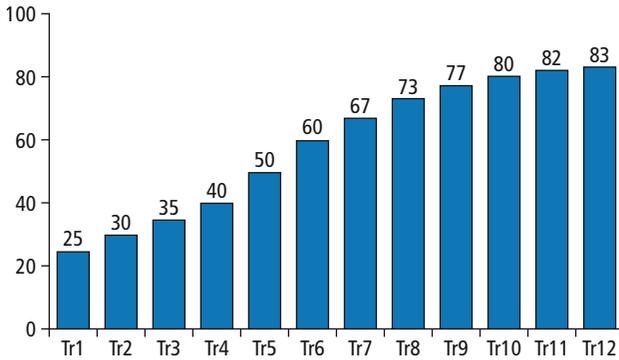
Source : Données de la Banque mondiale.

Note : BAAR+ = bacille acido-alcoolo-résistant positif ; CPN = Consultation prénatale ; EDS = Enquête démographique et de santé ; PF = planification familiale ; VIH = Virus de l'immunodéficience humaine ; MIILDA = Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action ; DIU = Dispositif intra-utérin ; PMA = paquet minimum d'activités ; N = nombre ; pop = population ; CDIP = conseil dépistage du VIH initié par le prestataire ; PTME = Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ; FBP = financement basé sur la performance ; TBP = tuberculose pulmonaire ; SP = sulfadoxine/pyriméthamine ; IST = Infection sexuellement transmissible ; CDV = Conseil dépistage volontaire du VIH ; n.a. = non applicable.

Étape 6. Répartir l'augmentation de la couverture en services, soit la différence entre les valeurs de référence et les valeurs ciblées

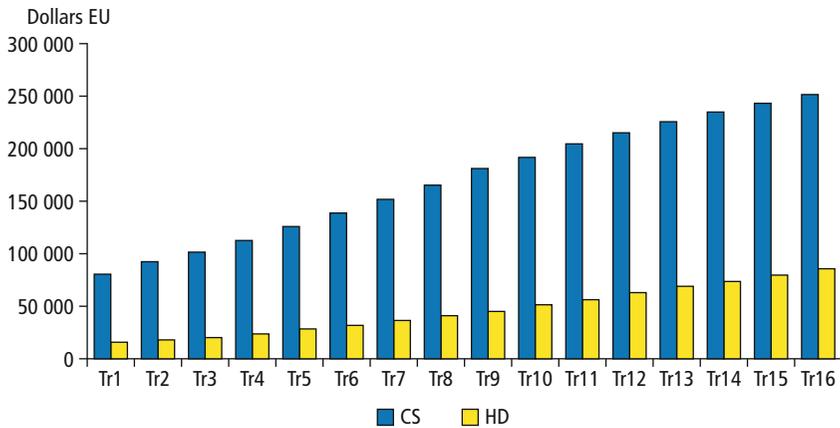
- Si le démarrage est bon, la plupart (mais pas tous) des services couverts par un FBP suivent généralement une courbe ascendante qui augmente rapidement puis se stabilise graduellement (voir les Figures 4.1 et 4.2).
- Certains services démarrent plus rapidement que d'autres.
- Le dispositif prend en compte des centaines d'hypothèses.
- Il faut répartir l'augmentation de couverture pour chaque trimestre en fonction des cibles annuelles (voir le Tableau 4.4).

Figure 4.1 Courbe de croissance typique des services cibles d'un FBP



Source : Données de la Banque mondiale.
 Note : FBP = financement basé sur la performance ; Tr = trimestre.

Figure 4.2 Sur la base d'un tarif préétabli, les décaissements commencent lentement, augmentent rapidement puis atteignent un certain plateau, FBP du Lesotho



Source : Données de la Banque mondiale.
 Note : HD = Hôpital de district ; CS = Centre de santé ; FBP = Financement basé sur la performance.

Tableau 4.4 Exemple d'augmentation des pourcentages

N°	Service MPA	Donnée réf_11	Cible_12	1Tr	2Tr	3Tr	4Tr	Cible_13	1Tr	2Tr	3Tr	4Tr	Cible_14	1Tr	2Tr	3Tr	4Tr	N2
				12	12	12	12		13	13	13	13		14	14	14	14	
1	Nouvelle consultation ambulatoire	20,00 %	40 %	25 %	30 %	35 %	40 %	60 %	45 %	50 %	55 %	60 %	80 %	65 %	70 %	75 %	80 %	1
2	Nouvelle consultation ambulatoire par un patient indigent	n.a																
3	Chirurgie mineure	10,00 %	20 %	12 %	15 %	17 %	20 %	35 %	24 %	28 %	32 %	35 %	50 %	38 %	42 %	46 %	50 %	3
4	Arrivée d'un patient référé à l'hôpital de 1 ^{re} référence	10,00 %	20 %	13 %	15 %	18 %	20 %	30 %	23 %	25 %	28 %	30 %	40 %	32,5 %	35 %	37,5 %	40 %	4
5	Enfant avec plénière vaccination	19,20 %	35 %	23 %	25 %	30 %	35 %	50 %	40 %	43 %	45 %	50 %	55 %	47 %	50 %	53 %	55 %	5
6	Visite de suivi de la croissance de l'enfant	10,00 %	20 %	12 %	15 %	17 %	20 %	40 %	25 %	30 %	35 %	40 %	60 %	45 %	50 %	55 %	60 %	6
7	2-5 doses de vaccin contre le tétanos à une femme enceinte	45,00 %	55 %	47 %	50 %	52 %	55 %	65 %	57 %	60 %	62 %	65 %	75 %	67 %	70 %	72 %	75 %	7
8	Consultation postnatale	38,00 %	55 %	40 %	45 %	50 %	55 %	65 %	57 %	60 %	62 %	65 %	75 %	67 %	70 %	72 %	75 %	8
9	Première CPN avant le 4 ^e mois de grossesse	16,00 %	20 %	17 %	18 %	19 %	20 %	30 %	22 %	25 %	27 %	30 %	40 %	32 %	35 %	37 %	40 %	9
10	CPN de routine (2-4)	45,00 %	55 %	47 %	50 %	52 %	55 %	65 %	57 %	60 %	62 %	65 %	75 %	67 %	70 %	72 %	75 %	10
11	Seconde dose de SP à une femme enceinte	12,00 %	20 %	13 %	15 %	18 %	20 %	65 %	30 %	40 %	50 %	65 %	75 %	67 %	70 %	72 %	75 %	11
12	Accouchement normal	16,00 %	25 %	18 %	20 %	30 %	35 %	55 %	40 %	45 %	50 %	55 %	65 %	60 %	65 %	70 %	75 %	12
13	PF : total des utilisatrices nouvelles/existantes d'une méthode moderne de PF	25,00 %	35 %	27 %	30 %	35 %	40 %	60 %	45 %	50 %	55 %	60 %	65 %	62 %	63 %	64 %	65 %	13
14	PF : implants et DIU	5,00 %	15 %	7 %	10 %	13 %	15 %	25 %	17 %	20 %	23 %	25 %	45 %	30 %	35 %	40 %	45 %	14
15	CDV/PTIME/CDIP	n.a	50 %	20 %	30 %	40 %	50 %	75 %	60 %	65 %	70 %	75 %	100 %	85 %	90 %	95 %	100 %	15

N°	Service MPA	Donnée réf_11	Cible_12	1Tr	2Tr	3Tr	4Tr	Cible_13	1Tr	2Tr	3Rt	4Tr	Cible_14	1Tr	2Tr	3Tr	4Tr	N2
				12	12	12	12	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14
16	PTME : mère VIH+ et enfants traités selon les protocoles	n.a	50 %	20 %	30 %	40 %	50 %	75 %	60 %	65 %	70 %	75 %	100 %	85 %	90 %	95 %	100 %	16
17	Traitement IST	n.a	10 %	3 %	5 %	7 %	10 %	25 %	15 %	20 %	23 %	25 %	40 %	27 %	30 %	35 %	40 %	17
18	Nouveau patient BAAR+/TBP	n.a	50 %	20 %	30 %	40 %	50 %	75 %	60 %	65 %	70 %	75 %	100 %	85 %	90 %	95 %	100 %	18
19	Patient TBP : traitement complété et guéri	n.a	40 %	20 %	30 %	35 %	40 %	70 %	50 %	60 %	65 %	70 %	95 %	80 %	85 %	90 %	95 %	19
20	Distribution MILDA	25,00	40 %	30 %	32 %	35 %	40 %	60 %	45 %	50 %	55 %	60 %	80 %	65 %	70 %	75 %	80 %	20
21	Nouvelle famille qui utilise une latrine	24,60	30 %					40 %	32 %	34 %	37 %	40 %	50 %	42 %	44 %	47 %	50 %	21

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : Dans la feuille de calcul, le pourcentage de couverture correspond aux quantités réelles tirées des cibles établies pour chaque service à la population.

BAAR+ = bacille acido-alcool-résistant positif ; CPN = Consultation prénatale ; EDS = Enquête démographique et de santé ; PF = planification familiale ; VIH = Virus de l'immunodéficience humaine ; MILDA = Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action ; DIU = Dispositif intra-utérin ; PMA = paquet minimum d'activité ; N = nombre ; pop = population ; CDIP = conseil dépistage du VIH initié par le prestataire ; PTME = Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ; FBP = financement basé sur la performance ; TBP = tuberculose pulmonaire ; SP = sulfadoxine/pyriméthamine ; IST = Infection sexuellement transmissible ; CDV = Conseil dépistage volontaire du VIH ; n.a. = non applicable

Étape 7. Fixer le tarif indiciel et ajuster les indices afin de consommer l'ensemble du budget disponible

- Le premier ensemble tarifaire identifie les tarifs indiciels respectifs à la colonne D, rang 2 (la cellule D2) de la seconde feuille de calcul intitulée « *ControlPanel_MPA* ». ⁵
- Puisque tous les autres tarifs sont liés aux indices figurant à la colonne C, les tarifs s'inscrivent automatiquement dans la colonne D.
- Sélectionner le tarif indiciel concerné tout en observant la cellule AA24, qui est liée à la feuille de calcul « *Key_assumptions* » où se trouve le budget trisannuel disponible pour l'achat des services du PMA : ajuster le tarif de l'indice jusqu'à ce que la dépense prévue corresponde au budget disponible.
- Les indices sont fréquemment ajustés, notamment lorsque la tarification réelle d'un service paraît trop élevée ou trop faible. Cet exercice est subjectif et il est préférable de le pratiquer au cours d'une session plénière qui réunit des experts en santé publique. Ce processus a été décrit dans le cadre de la section consacrée à la technique Delphi modifiée au Chapitre 1 de cette Boîte à outils.
- La subvention des services 2 et 21 est inexistante pour les six premiers mois. Ils ne seront achetés qu'après cette période.
- L'exemple illustre, à partir des centaines d'hypothèses considérées, les tarifs initiaux qui pourraient être utilisés (voir Tableau 4.5).

Étape 8 : Revoir la répartition budgétaire entre les différents services

- Ouvrez la 3^e feuille de calcul intitulée « PMA ».
- Cette feuille de calcul est liée aux données de la seconde feuille de calcul intitulée « *ControlPanel_MPA* ».
- La subvention maximale pour la catégorie « nouvelle consultation curative par un indigent » est fixée à 20 % de la prévision pour la catégorie « nouvelle consultation pour soins curatifs ».
- Cet exercice convertit le pourcentage de couverture et les données numériques en informations financières. Ainsi, sur la base de la couverture trimestrielle de chacun des services et de la tarification retenue, à combien s'élèverait le décaissement trimestriel maximum si la cible fixée était atteinte ?
- Faire défiler l'écran jusqu'à la colonne AN qui présente le budget réel pour chaque service. La colonne AO indique le pourcentage correspondant du budget total. Il vaut la peine de vérifier si les budgets alloués sont sensés.
- Comme l'illustre la feuille de calcul, environ 52,4 % du budget est consacré à la santé maternelle et 13,9 % à la santé de l'enfant (voir Tableau 4.6).

Les autres feuilles de calcul permettent d'appliquer le même processus méthodologique au paquet complémentaire d'activités (PCA). Les tarifs et budgets trimestriels prévus ont été introduits dans une application Internet, ce qui permettra d'assurer un suivi de la quantité et de la qualité des services comme des décaissements budgétaires. On pourra consulter le Chapitre 12 pour plus de détails.

Les prévisions relatives aux risques financiers doivent être examinées par au moins une autre personne. En raison de la multiplicité des formules, il peut facilement se produire des erreurs.

Tableau 4.5 Fixer le tarif indiciel de façon à consommer le budget disponible

N°	Indicateur/service du PMA	Indice	Tarif (\$)
1	Nouvelle consultation ambulatoire	1	0,40
2	Nouvelle consultation ambulatoire par un patient indigent	3	1,20
3	Chirurgie mineure	3	1,20
4	Admission d'un patient référé dans un hôpital de première référence	8	3,20
5	Enfant avec vaccination complète	5	2,00
6	Consultation pour suivi de la croissance de l'enfant	0,3	0,12
7	2-5 doses de vaccin antitétanique à une femme enceinte	1	0,40
8	Consultation postnatale	3	1,20
9	Première consultation prénatale avant le 4 ^e mois de grossesse	5	2,00
10	Consultation prénatale « standard » (2-4)	2	0,80
11	Seconde dose de SP à une femme enceinte	3	1,20
12	Accouchement normal	25	10,00
13	PF : total d'utilisatrices (nouvelles et existantes) d'une méthode de planification familiale moderne	8	3,20
14	PF : implants et DIU	15	6,00
15	Test CDV/PTME/CDIP	2	0,80
16	PTME : mère et enfant séropositifs traités selon les protocoles	40	16,00
17	Traitement d'IST	15	6,00
18	Nouveau patient avec BAAR+/TBP	50	20,00
19	Patient avec TBP : traitement complété et guérison	100	40,00
20	Distribution de MIILDA	3	1,20
21	Utilisation d'une nouvelle latrine par le ménage	15	6,00

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : BAAR+ = bacille acido-alcoolo-résistant positif ; CPN = Consultation prénatale ; EDS = Enquête démographique et de santé ; PF = planification familiale ; VIH = Virus de l'immunodéficience humaine ; MIILDA = Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action ; DIU = Dispositif intra-utérin ; PMA = paquet minimum d'activité ; N = nombre ; pop = population ; CDIP = conseil dépistage du VIH initié par le prestataire ; PTME = Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ; FBP = financement basé sur la performance ; TBP = tuberculose pulmonaire ; SP = sulfadoxine/pyriméthamine ; IST = Infection sexuellement transmissible ; CDV = Conseil dépistage volontaire du VIH.

Tableau 4.6 Budget par service et pourcentage respectif du budget total disponible

Budget_Total (\$ EU)	%_Budget	Indicateur/service du PMA	N°
260 638	14,86 %	Nouvelle consultation ambulatoire	1
150 419	8,58 %	Nouvelle consultation ambulatoire par un patient indigent	2
21 627	1,23 %	Chirurgie mineure	3
10 426	0,59 %	Admission d'un patient référé dans un hôpital de première référence	4
43 936	2,50 %	Enfant avec pleine vaccination	5
35 418	2,02 %	Consultation pour suivi de la croissance de l'enfant	6
14 470	0,82 %	2-5 doses de vaccin antitétanique à une femme enceinte	7
42 610	2,43 %	Consultation postnatale	8
31 935	1,82 %	Première consultation prénatale avant le 4 ^e mois de grossesse	9
77 779	4,43 %	Consultation prénatale « standard » (2-4)	10
32 025	1,83 %	Seconde dose de SP à une femme enceinte	11
223 900	12,77 %	Accouchement normal	12
319 062	18,19 %	PF : total d'utilisatrices (nouvelles et existantes) d'une méthode de planification familiale moderne	13
28 256	1,61 %	PF : implants et DIU	14
32 310	1,84 %	Test CDV/PTME/CDIP	15
25 008	1,43 %	PTME : mère et enfant séropositifs traités selon les protocoles	16
74 914	4,27 %	Traitement d'IST	17
14 637	0,83 %	Nouveau patient avec BAAR+/TBP	18
27 036	1,54 %	Patient avec TBP : traitement complété et guérison	19
114 531	6,53 %	Distribution de MILDA	20
173 062	9,87 %	Utilisation d'une nouvelle latrine par le ménage	21
1 753 997	100,00 %		
1 768 261	52,36 %	Santé maternelle	
	13,90 %	Santé de l'enfant	

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : BAAR+ = bacille acido-alcoolo-résistant positif ; CPN = Consultation prénatale ; EDS = Enquête démographique et de santé ; PF = planification familiale ; VIH = Virus de l'immunodéficience humaine ; MILDA = Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action ; DIU = Dispositif intra-utérin ; PMA = paquet minimum d'activité ; N = nombre ; pop = population ; CDIP = conseil dépistage du VIH initié par le prestataire ; PTME = Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ; FBP = financement basé sur la performance ; TBP = tuberculose pulmonaire ; SP = sulfadoxine/pyriméthamine ; IST = Infestation sexuellement transmissible ; CDV = Conseil dépistage volontaire du VIH.

4.7 Achat stratégique

Maintenant que tous ces instruments sont en place, il devient possible de procéder à un achat stratégique par FBP et de déterminer clairement la teneur des services achetés, l'identité du vendeur et les coûts respectifs (Preker *et al.* 2000). L'achat stratégique est essentiel, mais il n'est pas facile. Il est truffé de complications, même lorsqu'il s'agit de systèmes de santé de pays développés, comme l'ont d'ailleurs constaté il y a plusieurs années Figueras, Robinson, et Jakubowski (2005) lors de leur examen des expériences de réforme de la santé en Europe.

Au début de 2002, les organisations non gouvernementales (ONG) responsables de FBP pilotes ont pu procéder à des achats stratégiques. La petite échelle du projet initial permettait en effet aux gestionnaires de contrôler les tarifs à travers des feuilles de calcul Microsoft Excel. Les FBP mis à l'échelle, notamment du Rwanda et du Burundi, ont cependant rapidement demandé le recours à des outils plus complexes. Au Rwanda, les gestionnaires se sont tournés vers des technologies de l'information qui permettaient un achat de niveau national (démarrage en 2007). Au Burundi, une version de seconde génération de ces technologies de la communication et de l'information (TCI) a servi à des achats au niveau régional (démarrage en 2010).

Ces applications Internet fournissent des informations complètes sur les tarifs unitaires et les décaissements associés à des résultats quantitatifs et qualitatifs. Un acheteur de services en vertu d'un FBP qui dispose d'un budget déterminé peut donc gérer les tarifs et les résultats de façon proactive. Les applications incluent en outre des mesures de protection contre les dépenses excessives. Elles permettent à l'acheteur de suivre les décaissements en temps réel, de modifier les tarifs et de procéder à des amendements. Les services à fort volume de prestations, par exemple les soins curatifs, ont un effet de levier et peuvent – avec quelques ajustements seulement – influencer rapidement les décaissements (voir Encadré 4.3). Les tarifs unitaires et les prévisions de décaissements trimestriels extraits des modèles Microsoft Excel semblables à ceux de la section 4.6 peuvent être introduits dans l'application considérée.

Il est possible d'obtenir des renseignements précis sur l'état d'avancement des services financés par FBP à travers l'utilisation d'un tableau de bord avec graphiques et diagrammes à barres. Ce type d'information est essentiel au suivi des aléas moraux entourant l'offre, par exemple lorsqu'un prestataire se concentre uniquement sur les services de santé les plus faciles, au détriment de ceux – plus complexes – qui pourraient s'avérer tout aussi importants dans une perspective de santé publique. L'utilisation combinée d'un plan d'affaires (voir Chapitre 10) dans lequel chaque service acheté par le FBP relève d'une stratégie explicite et de principes d'achats stratégiques – la capacité à établir des tarifs pour chaque établissement et à procéder à des amendements trimestriels – permet à l'acheteur de prendre les dispositions qui s'imposent lorsque cette éventualité se concrétise.

Les différents dispositifs institutionnels d'achat sont abordés au Chapitre 11 de la Boîte à outils et les technologies de l'information qui favorisent l'achat stratégique sont traitées plus avant au Chapitre 12.

ENCADRÉ 4.3**La différence entre l'achat de soins curatifs et l'achat stratégique à travers un FBP qui cible les soins préventifs**

Il y a une différence entre l'achat de soins curatifs et l'achat stratégique à travers une approche FBP. En principe, le FBP cible essentiellement les services préventifs. Ces services préventifs auront été assortis d'une cible maximale bien définie dans la population. Par exemple, 4,5 % d'une population donnée pourrait être constituée d'enfants de moins d'un an à cibler ou encore 4,8 % de cette même population pourrait être formée de femmes enceintes qu'il faut convaincre d'accoucher dans un établissement de santé. Alors qu'il y a toujours risque de dépassement des coûts lors de l'achat de soins curatifs (particulièrement lorsqu'un dispositif de remboursement est utilisé), cette possibilité n'existe pas si le FBP concerne essentiellement des services préventifs. En effet, lorsqu'un acheteur finance des services préventifs, il prend en considération le maximum de services « à acheter » dans la population, ce qui lui permet de mieux prévoir les risques. La prestation excessive de services préventifs à la suite d'une rémunération à l'acte n'a jamais été documentée (Xingzhu et O'Dougherty 2004 ; voir Davis et al. 1990).

Liens aux documents et outils

On pourra avoir accès aux dossiers de la Boîte à outils à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter04>.

- Instrument de calcul des coûts de base (exercice pour l'exemple 2).
- Établissement des coûts du PMA et du PCA du Burundi.
- Explication de l'instrument de calcul des coûts de base.
- *Nigeria_Costing_Example1.xlsx* (exercice).
- Calcul des coûts du PMA et du PCA du Nigéria.
- Évaluation des coûts pour services de VIH au Rwanda.
- Évaluation des coûts du PMA au Rwanda.

Notes

1. Dans les établissements de santé gérés de façon autonome et disposant de différentes sources de revenus, les primes variables à la performance payées aux travailleurs de santé sont tirées du profit global réalisé par l'établissement, qui n'est pas uniquement composé des fonds versés par le FBP. En outre, il est important de souligner que ces derniers ne servent pas uniquement au versement des primes.
2. Cette perception explique le fait que, dans un FBP, les tarifs négociés doivent permettre à l'établissement de santé de défrayer pleinement ses coûts. Les tarifs établis au niveau central qui ne permettent pas de combler cet écart n'aident pas l'établissement à réduire son manque à gagner.

3. Les dispositifs d'allocation budgétaire des FBP soulèvent de plus en plus d'intérêt. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une combinaison de services gratuits ou d'exemption des paiements directs pour certaines catégories d'usagers (pour lesquels le prestataire est remboursé par le FBP).
4. Dans l'exemple du Nigéria mentionné à la section 4.5, un budget de 2,70 \$ EU a été utilisé. Le Nigéria est un pays à revenu intermédiaire inférieur et ce montant pourrait s'avérer insuffisant. Cependant, en raison de la faiblesse des investissements préexistants dans les services de première ligne, les fonds apportés par le FBP représentent un investissement additionnel important. En outre, le système public de santé du Nigéria fait face à de nombreux problèmes systémiques, notamment à un dispositif inefficace d'approvisionnement central des médicaments et à une répartition tout à fait inefficace des ressources humaines. Il s'agit en fait de voir les résultats atteints grâce à ces 2,70 \$ EU par habitant additionnels, particulièrement en conjonction avec les autres réformes importantes nécessaires (programme de renforcement de la gestion, appui-conseil, etc.) et l'adaptation du système lorsque nécessaire.
5. Le service « nouvelle consultation ambulatoire » a été identifié comme valeur indicelle de base puisqu'elle peut facilement être comparée avec l'effort relatif demandé par toute autre activité.

Références

- Davis, K., R. Bialek, M. Parkinson, J. Smith, et C. Velozzi, « Reimbursement for Preventive Services : Can We Construct an Equitable System ? », *Journal of General International Medicine* 5, 1990 : S93–98.
- de Savigny, D., et T. Adam, eds., *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*, Genève : Organisation mondiale de la santé, 2009.
- Figueras, J. R. Robinson, et E. Jakubowski, eds., *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Série de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, New York : Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2005.
- Fritsche, G., et P. Vergeer, « Performance-Based Financing Drill Down », présentation : l'atelier de la Banque mondiale, « Financement basé sur les résultats », Washington, DC, 2010.
- Maslow, A. H., « A Theory of Human Motivation », *Psychological Review* 50, 1943 : 370–96.
- Meessen, B., A. Soucat, et C. Sekabaraga, « Performance-Based Financing : Just a Donor Fad or a Catalyst towards Comprehensive Health Care Reform ? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 89 (2), 2011 : 153–56.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), *Value for Money in Health Spending*. Études sur les politiques de santé de l'OCDE, Paris : OCDE, 2010.
- Preker, A. L. Xingzhu, E. Velenyi, et E. Baria, eds., *Public Ends Private Means : Strategic Purchasing of Health Services*, Washington, DC : Banque mondiale, 2007.
- Soeters, R., C. Habineza, et P. B. Peerenboom, « Performance-Based Financing and Changing the District Health System : Experience from Rwanda », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 84 (11), 2006 : 884–89.
- Soeters, R., et C. Kimanuka, « Enquête ménage d'évaluation, du programme d'appui aux soins de santé de base dans la province de Cyanguu », Rwanda, 2005.

- Soeters, R., L. Musango, et B. Meessen, « Comparison of Two Output Based Schemes in Butare and Cyangugu Provinces with Two Control Provinces in Rwanda », rapport, Global Partnership on Output-Based Aid, Washington, DC, et ministère de la Santé, Rwanda, Kigali, 2005.
- Soeters, R., P. B. Peerenboom, P. Mushagalusa, et C. Kimanuka, « Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care in the Democratic Republic of Congo », *Health Affairs* 30 (8), 2011 : 1518–27.
- von Bertalanffy, L., *General System Theory : Foundations, Development, Applications*, New York : George Braziller, 1969.
- OMS (Organisation mondiale de la santé), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système plus performant*, Genève : OMS, 2000.
- Xingzhu, L., et S. O’Dougherty, « Purchasing Priority Public Health Services », document de discussion HNP, Washington, DC, Banque mondiale, 2004.



Tenir compte de l'équité

PRINCIPAUX MESSAGES

- Il y a un décalage entre l'utilisation des services de santé par les pauvres et par les mieux nantis. En outre, les coûts des soins de santé risquent d'appauvrir davantage les personnes démunies.
- Le FBP incite les travailleurs de santé à accroître la quantité et la qualité des prestations et favorise une meilleure équité dans l'utilisation des soins de santé.
- La probabilité d'atteinte de l'équité est renforcée si la conception du FBP prévoit des modalités pro-pauvres, notamment le ciblage des ressources vers des régions défavorisées, les paiements directs par les usagers pro-pauvres, des incitations pour les agents de santé communautaire et des modalités incitatives complémentaires du côté de la demande.
- Les gestionnaires de programmes FBP doivent régulièrement suivre et évaluer les effets des interventions sur l'équité. Il faut pour cela maîtriser les techniques analytiques nécessaires à l'analyse de l'équité et à la collecte des données appropriées.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

- 5.1 Introduction : pourquoi faut-il se préoccuper de l'équité ?
 - 5.2 FBP : une approche novatrice à l'amélioration de l'équité
 - 5.3 Comment améliorer le caractère pro-pauvre des FBP
 - 5.4 Mesurer et suivre l'équité dans un FBP
-

5.1 Introduction : pourquoi faut-il se préoccuper de l'équité ?

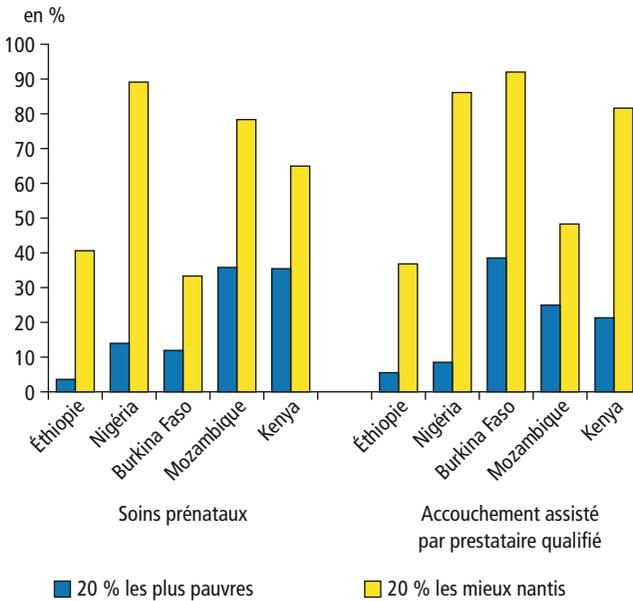
Il est bien connu que l'état de santé et l'utilisation des soins de santé par les pauvres et les mieux nantis présentent des écarts importants, qui peuvent être attribuables à la distance (beaucoup de personnes pauvres habitent loin des services de santé dont ils ont besoin, particulièrement en zone rurale), à l'inaccessibilité financière des services (les coûts des services de santé et d'une alimentation de qualité sont souvent trop élevés pour les pauvres), au manque d'informations (les connaissances sur les pratiques adéquates de santé sont plus faibles chez les pauvres), à un accès inadéquat à d'autres services qui favorisent la santé (par exemple en matière d'eau potable, d'assainissement, et d'habitat sécuritaire), ou encore à un manque d'habilitation (manque de voix pour revendiquer les services sociaux qui leur conviennent).

L'écart d'utilisation des soins santé entre les mieux nantis et les plus pauvres peut-être très important et concerne fréquemment des services ciblés par un financement basé sur la performance (FBP), par exemple en matière de santé maternelle et infantile. Ainsi, les données tirées de la dernière enquête démographique et de santé (EDS) indiquent qu'en Afrique subsaharienne, l'utilisation par les ménages plus pauvres des services de soins prénataux (quatre visites ou plus) et d'accouchement assisté par un prestataire qualifié présente un écart de facteur huit avec le recours à ces mêmes services par les 20 % les mieux nantis (voir Figure 5.1).

La relation entre la pauvreté et la maladie est bidirectionnelle : non seulement les pauvres sont plus à risque d'être malades et moins susceptibles de consulter pour soins de santé, mais en plus l'occurrence de la maladie et la recherche de soins constitue en elle-même une source importante de pauvreté. Cette situation est en partie attribuable aux coûts des soins de santé, incluant la dépense en consultations, en tests de diagnostic, en médicaments et en paiements informels. Le Rapport mondial de la santé 2010 a révélé que chaque année environ 150 millions d'individus devaient faire face à des dépenses de santé « catastrophiques » et que 100 millions d'entre eux s'enfonçaient sous le seuil de pauvreté à la suite de leurs dépenses de santé (OMS 2010). En outre, les coûts de déplacement associés à la recherche de soins peuvent être relativement élevés. Enfin, il faut considérer la perte de revenus du ménage lorsque le pourvoyeur tombe malade et cesse de travailler. Dans certains cas, d'autres membres du ménage pourraient devoir cesser leur activité économique pour dispenser les soins au malade, vendre certains biens, assumer les dépenses médicales, emprunter à de forts taux d'intérêt ou s'endetter envers la communauté.

Par conséquent, il n'est pas étonnant que l'amélioration de l'équité et la protection financière soient explicitement mentionnées au nombre des objectifs des systèmes de santé ou de leurs critères de performance (Roberts *et al.* 2004 ; OMS 2010 ; Banque mondiale 2007). Les systèmes de santé performants tentent en effet non seulement d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, mais tout particulièrement celui des pauvres – qui sont souvent victimes de maladies

Figure 5.1 Pourcentage d'utilisation des services de soins prénataux et d'accouchements assistés par un prestataire qualifié dans les quintiles plus pauvres et les mieux nantis.



Sources : Banque mondiale à partir des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) d'Éthiopie (2005), du Nigéria (2008), du Burkina Faso (2006), du Mozambique (2003), et du Kenya (2008-2009).

et d'un faible accès aux soins – mais aussi de protéger les ménages contre les effets potentiellement catastrophiques du versement des paiements directs.

Traditionnellement, les gouvernements ont mis en place des politiques et programmes qui devaient permettre de réduire les iniquités en matière de résultats de santé et d'utilisation des services tout en améliorant de façon simultanée la protection financière (voir les études de cas par Gwatkin, Yazbeck, et Wagstaff 2005, ainsi que par Yazbeck 2009). Généralement, les mesures associées à ces programmes devaient permettre à la fois de surmonter les obstacles financiers, géographiques, sociaux et psychologiques à l'accès aux soins et de réduire les coûts des traitements. Il s'agit par exemple des mesures générales suivantes :

- Réduction des paiements directs perçus au point de services, par exemple à travers la diminution ou l'abolition des paiements directs pour les pauvres, l'expansion de l'assurance-santé aux pauvres (incluant la couverture, la profondeur et l'ampleur y afférent), et la réduction du co-paiement.
- Réduction des coûts indirects liés à l'accès aux soins, par exemple les coûts de déplacement, de gardiennage des enfants ou d'absentéisme, notamment en construisant davantage d'infrastructures de santé à proximité des pauvres, en utilisant des services mobiles dans les endroits difficiles à rejoindre, en distribuant des coupons pour frais de transport et en offrant des transferts monétaires conditionnels.

- Élimination des obstacles sociaux et psychologiques à l'accès aux soins, par exemple à travers la sensibilisation communautaire ciblée et la promotion de la santé.
- Amélioration de l'efficacité des soins afin de réduire l'utilisation répétée des services, par exemple en limitant « la prescription irrationnelle de médicaments », en renforçant le système de référence et en améliorant la qualité des soins fournis (particulièrement à la périphérie de la pyramide sanitaire).
- Renforcement de la réglementation générale et de la structure des marchés publics et privés de soins de santé.

5.2 FBP : une approche novatrice à l'amélioration de l'équité

Le FBP constitue une stratégie novatrice d'atteinte des pauvres. En effet, les incitations financières aux prestataires liées à l'amélioration de la quantité et de la qualité d'un ensemble de services ciblés et le suivi rapproché de leur mise en œuvre pourraient avoir un impact significatif sur l'utilisation des services par les pauvres et, par conséquent, sur leur état de santé.

Le FBP fonctionne de la façon suivante :

- *FBP et équité dans l'utilisation des services.* Lorsque les travailleurs de santé sont uniquement rémunérés sur une base salariale (comme dans plusieurs pays), leur motivation à recevoir des patients additionnels sera faible, à moins que ces consultations ne soient soumises à un paiement informel ou effectuées dans le cabinet privé du travailleur de santé (autrement dit dans le cadre d'une « pratique au noir »).¹ Même dans les pays où les pauvres ne versent pas de paiement direct, cette structure de rémunération du prestataire favorise les patients les mieux nantis, qui sont en mesure d'assumer les frais additionnels demandés. En revanche, lorsque le paiement salarial de base est complété par un dispositif de rémunération à l'acte (FBP), le travailleur de santé tend à recevoir le plus de patients possible, quelle que soit leur capacité à payer.
- *FBP et protection financière.* En incitant à l'utilisation des services, particulièrement des services préventifs figurant à son paquet d'activités type, le FBP rend plus probable une consultation avant les progrès de la maladie, soit avant que les coûts des soins (et les conséquences financières afférentes) soient plus élevés. En outre, puisque le FBP récompense également la qualité des soins accordés, l'efficacité améliorée des traitements réduit la probabilité d'une consultation additionnelle et, par conséquent d'une nouvelle dépense directe en santé.

Il est clair que le FBP favorise l'amélioration de l'équité et de la protection financière en santé. Comme dans toute réforme des soins de santé, il n'y a cependant aucune garantie. Très peu d'études rigoureuses se sont intéressées aux effets du

FBP en matière d'offre (tels qu'identifiés dans cette Boîte à outils) aux pauvres. En fait, la capacité du FBP à améliorer l'équité et la protection financière dépend essentiellement de la réponse comportementale du prestataire/travailleur/établissement aux mesures incitatives du FBP. Celle-ci relève en retour du contexte institutionnel général (par exemple du degré d'autonomie du prestataire sur la dotation en personnel et la rémunération) et de l'importance des autres incitations (salaire, paiement informel, paiement direct de l'utilisateur, opportunité de la pratique au noir et conditions de travail). Par conséquent, les responsables de la conception, de la gestion et de l'évaluation d'un FBP doivent considérer avec soin ses différents piliers ; formuler des hypothèses sur ses effets probables sur l'équité, ceci en considérant le contexte institutionnel et la structure des incitations aux travailleurs de santé (ainsi que les contraintes auxquelles font face les patients) ; et, examiner les modifications à apporter au FBP afin que celui-ci ait de meilleures chances de rejoindre les pauvres. Comme le précise la mise en garde de Gwatkin (2010, 1) :

« Plusieurs approches potentielles permettent de concentrer les retombées sur les pauvres... Même lorsque ces dernières sont appliquées, la prévision de l'impact sur l'équité d'une stratégie donnée [financement basé sur le résultat (FBR)] et appliquée dans un contexte particulier relève plus de l'art que de la science ; c'est seulement après le fait, et à travers un suivi minutieux qu'il devient possible d'évaluer avec une certaine certitude les conséquences sur l'équité d'un projet de FBR. »

Dans ce chapitre, nous examinerons les différentes approches auxquelles on peut avoir recours pour s'assurer qu'un FBP remplit pleinement son potentiel d'atteinte des pauvres.

5.3 Comment améliorer le caractère pro-pauvre des FBP

Au cours de son histoire relativement courte, le FBP s'est révélé très versatile et modulable, notamment en fonction d'une orientation pro-pauvre plus poussée. Cette section décrit les différentes dispositions susceptibles d'améliorer la capacité du FBP à s'adresser aux prestataires des régions défavorisées, à s'assurer que les services rejoignent les pauvres et à réduire les frais connexes assumés par les usagers. En pratique, il faut pour cela inclure aux FBP certaines des modalités plus traditionnelles (souvent du côté de la demande) décrites ci-après.

Le Tableau 5.1 résume les différentes dispositions prises par un FBP qui seront considérées dans cette section, leurs effets sur l'équité et certains exemples nationaux.

Chacune de ces dispositions est actuellement ou a déjà été utilisée dans le cadre d'un FBP mis en œuvre par les pays mentionnés au tableau. Cependant, on trouvera plusieurs autres exemples de conception et d'application de ces dispositions – par exemple l'exemption de paiements directs ; les incitations en nature de la demande ; les coupons et les transferts monétaires conditionnels – par des programmes qui ne relèvent pas d'un FBP mais qui les appliquent depuis longtemps.

Tableau 5.1 Dispositions adoptées par un FBP et effets anticipés sur l'équité

Disposition	Effets sur l'équité et la protection financière	Exemple
Sélectionner des services sous-utilisés par les pauvres.	Utilisation accrue des services sélectionnés par les pauvres.	Tous les FBP axés sur les objectifs du Millénaire pour le Développement 1, 4, et 5.
Rémunérer davantage une prestation lorsque le bénéficiaire est pauvre.	Utilisation par les pauvres plus importante que par les non-pauvres.	Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Lesotho, Libéria.
Rémunérer davantage les services assurés dans les zones pauvres.	Utilisation dans les zones pauvres plus importantes que dans les régions non pauvres ; davantage de financements dirigés vers les zones pauvres.	Burundi, Sud Kivu, Rép. Dém. Congo, Djibouti, Lesotho, Nigéria, Zimbabwe.
Inclure dans la Carte de pointage équilibrée un indicateur d'équité ou une valeur cible	Utilisation par les pauvres plus importante que par les non-pauvres	Afghanistan, Argentine.
Subventionner les paiements directs.	Réduction des coûts directs, ce qui entraîne une meilleure protection financière et une utilisation accrue.	La plupart des programmes FBP ; le Cambodge en est un très bon exemple.
Introduire des incitations auprès des agents de santé communautaire.	Levée des obstacles à l'information et sociaux chez les pauvres.	Inde, FBP communautaire du Rwanda.
Ajouter des incitations supplémentaires du côté de la demande.	Levée les obstacles financiers (coûts de transport et autres dépenses afférentes).	Incitations en nature : FBP communautaire du Rwanda. Coupons : Bangladesh, Bolivie, Cambodge, Kenya, Pakistan, Ouganda, Yémen. Transferts monétaires conditionnels : Rép. Dém. Congo, Nigéria.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : FBP = Financement basé sur la performance.

Les programmes FBP bien élaborés intègrent souvent plusieurs de ces approches dans un concept homogène. En fait, il n'est pas impossible qu'un programme davantage orienté vers les pauvres combine toutes les dispositions à la fois :

- a. *Sélectionner des services sous-utilisés par les pauvres.* Se concentrer sur un paquet de services qui prévoit des prestations aux niveaux communautaires, du centre de santé et de l'hôpital.
- b. *Rémunérer davantage une prestation lorsque le bénéficiaire est pauvre.* Fixer un tarif plus élevé pour des soins curatifs à un individu pauvre/pour un ensemble présélectionné de services du FBP.
- c. *Subventionner les paiements directs par les usagers.* Presque tous les programmes FBP prévoient une subvention des soins curatifs ; celle-ci permet aux prestataires de diminuer les paiements directs par les usagers et à l'acheteur de négocier leur taux à la baisse.
- d. *Introduire des incitations auprès des agents de santé communautaire.* Plusieurs FBP appliqués au niveau des centres de santé prévoient l'incitation des agents

de santé communautaire à rejoindre davantage leur population cible. Il peut s'agir par exemple de récompenses lorsque l'un de ces agents ou une sage-femme traditionnelle recommande une femme prête à accoucher au centre de santé.

- e. *Introduire des incitations supplémentaires du côté de la demande.* Certains FBP utilisent des incitations conditionnelles en nature, par exemple la remise d'une pièce de tissu ou d'un parapluie à une femme qui accouche dans un établissement de santé. D'autres programmes versent une récompense en argent.

Sélectionner des services sous-utilisés par les pauvres

Comme souligné dans l'introduction au chapitre, les iniquités dans l'utilisation de plusieurs services et les écarts entre les besoins et la couverture sont importants. L'ampleur de ces iniquités varie selon les services et reflète l'écart d'utilisation entre les pauvres et les mieux nantis. Lorsque les ressources disponibles sont faibles et que la gamme des services inclus au PDF est limitée, les concepteurs doivent tout d'abord considérer l'introduction des services les moins utilisés par les pauvres.

Les services liés à la santé maternelle (accouchement assisté, consultation prénatale, utilisation d'une MIILDA pendant la grossesse) souffrent généralement d'une répartition inéquitable importante. Cependant, si les FBP sont axés sur l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), ils seront implicitement pro-pauvres puisque la plupart des maladies et problématiques sanitaires considérées par les OMD sont à forte prévalence dans les populations pauvres. Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) fait figure d'exception : dans la plupart des pays en développement, sa prévalence est concentrée chez les mieux nantis. En outre, même si les maladies non transmissibles (MNT) sont en croissance et représentent une part croissante de la charge de morbidité mondiale, même dans les pays à faible revenu, il s'agit encore d'un problème qui concerne surtout les individus bien nantis. Cependant, avec l'expansion rapide des programmes FBP en Asie et en Asie du Sud (par exemple en République Kirghize, en République démocratique populaire du Laos, au Tadjikistan, au Vietnam et ailleurs), il est certain que les services liés aux MNT feront l'objet de plus d'expériences d'achat.

Les iniquités dans la prestation de services dépendent largement du contexte, puisque les obstacles à l'accès varient d'un pays à l'autre, au sein d'un même pays et souvent d'une région à une autre. Par conséquent, les concepteurs de programmes doivent bien connaître les iniquités locales qui affectent l'utilisation locale des soins de santé. Pour de bonnes sources d'information sur les iniquités dans l'utilisation des soins de santé propres à chaque pays, on pourra consulter les fiches de données nationales sur l'équité en santé et la protection financière de la Banque mondiale, la base de données *HealthStats* de la Banque mondiale et le compilateur stat MEASURE DHS (voir la liste des ressources recommandées à la fin du chapitre). Une liste des services achetés par les programmes FBP peut être consultée à travers les liens aux documents mentionnés au Chapitre 1.

Rémunérer davantage une prestation lorsque le bénéficiaire est pauvre

L'ajustement à la hausse du tarif d'une prestation de service à une personne pauvre (par rapport à la même prestation envers une personne non pauvre) encourage directement les prestataires à tenter de rejoindre cette clientèle cible. En pratique, il faut pour cela différencier la grille tarifaire du FBP en fonction de l'état de pauvreté du patient.

Le FBP pilote du Bénin constitue un bon exemple de ce procédé. Parmi les 18 activités du PMA financées, seuls deux services – consultation prénatale et accouchement dans un établissement de santé – voient leur tarification doubler lorsque le bénéficiaire est pauvre. La différenciation entre les femmes pauvres et non pauvres est effectuée grâce à un « certificat de pauvreté » (qui, dans la moitié des districts, a été remplacé par une carte biométrique). Ces certificats ont été remis aux bénéficiaires d'un Fonds d'équité en santé (mis en œuvre il y a plusieurs années) à la suite d'un processus d'identification à base communautaire des indigents.

Le programme FBP urbain mis en œuvre à Douala au Cameroun constitue un autre exemple pertinent. Le programme verse systématiquement davantage pour un bénéficiaire pauvre que pour un patient mieux nanti. Trois des 25 services (soins curatifs, jours d'hospitalisation et chirurgie mineure) offerts au niveau communautaire/du centre de santé font l'objet d'une tarification supérieure lorsque le patient est pauvre.

En fait, la distinction entre les patients pauvres et non pauvres représente certainement ici le défi le plus important. Trois méthodes sont couramment utilisées par les programmes sociaux pour identifier les pauvres :

- Dans la méthode d'évaluation des ressources, un représentant du programme évalue la pauvreté d'un individu/ménage à partir de l'examen direct de ses revenus. Cette approche, qui peut s'avérer très précise, demande de forts taux d'alphabétisation et un dispositif administratif important.
- Le *Test d'éligibilité multidimensionnel (Proxy means test)* attribue un score à chaque ménage à partir de certains biens et caractéristiques facilement observables. Les données obtenues sont facilement vérifiables, mais la méthode demande une capacité administrative relativement élevée.
- Le *ciblage communautaire* demande généralement qu'un groupe ou un dirigeant identifie les membres de la communauté qui devraient être considérés comme pauvres (aux fins du programme). Cette approche, probablement la plus facile dans un programme FBP à petite échelle, prend en considération la connaissance locale des situations individuelles, favorise une définition des besoins à la base et transfère les coûts de l'identification des bénéficiaires du programme vers la communauté. Cependant, outre l'identification exacte des bénéficiaires, les instances locales peuvent être animées d'autres motifs qui risquent de maintenir ou d'exacerber l'exclusion sociale dans la communauté. On pourra consulter Coady, Grosh, et Hoddinott (2004) pour de plus amples informations sur ces méthodes, leurs forces et leurs faiblesses et certains exemples d'application dans le secteur de la santé.

Ces quelques éléments indiquent que l'identification des pauvres peut s'avérer difficile et entraîner des coûts administratifs importants qui devront être compensés par des avantages substantiels. Par conséquent, si un FBP entend appliquer un ciblage individuel (rémunérer davantage l'atteinte des pauvres), ce ciblage devrait être utilisé dans les endroits où une intervention sociale comme celle du Bénin a déjà identifié les pauvres et émis des cartes d'identité qui les reconnaissent comme bénéficiaires. Dans le cas contraire, le FBP doit procéder lui-même au ciblage. L'exploitation d'un ciblage existant, lorsqu'elle est possible, ne fait pas que réduire les coûts et la complexité, elle minimise la stigmatisation et diminue les risques politiques additionnels, particulièrement en raison du fait que l'identification des individus résulte d'un processus conduit par une tierce partie indépendante.

Les Fonds d'équité en santé ont une vaste expérience de ciblage des pauvres, par exemple au Cambodge (Annear 2010). Dans ce Fonds, les cibrages par pré-identification et par post-identification des pauvres sont tous deux efficaces, mais le premier reste le plus efficace et le plus rentable. Dans de nombreux programmes pilotes FBP, les gestionnaires des établissements de santé disposent d'un pouvoir discrétionnaire et peuvent classer dans la catégorie « pauvre » une certaine proportion de patients ayant bénéficié de soins curatifs (par exemple, entre 10 et 20 %) (Soeters 2012). Cette approche est analogue au ciblage post-identification utilisé par les programmes du Fonds d'équité en santé cambodgien. Cependant, il faudra davantage de recherches opérationnelles pour déterminer les processus les plus appropriés.

Rémunérer davantage une prestation de services dans les zones pauvres – primes supplémentaires à l'équité, à l'éloignement et à l'isolement

Cette stratégie d'atteinte des pauvres implique l'ajustement des grilles tarifaires afin que la rémunération des services assurés dans les zones pauvres soit supérieure à celle des mêmes services effectués dans une zone mieux nantie. Cette rémunération additionnelle constitue une prime supplémentaire à l'éloignement (par exemple au Zimbabwe), à l'isolement (par exemple dans certaines régions de la République Démocratique du Congo) ou à l'équité (par exemple au Burundi). Ces primes supplémentaires constituent en fait une certaine forme de ciblage géographique – ou encore un moyen d'investir davantage de ressources dans les établissements sous-financés des régions éloignées et généralement pauvres où les résultats sanitaires ont tendance à être pires qu'ailleurs. Cette méthode accroît l'enveloppe générale des financements alloués à certaines zones géographiques considérées désavantagées. En outre, elle contribue à une utilisation plus efficace des maigres ressources et évite d'avoir à élaborer des processus difficiles et coûteux de distinction entre les individus pauvres et non-pauvres.

Cette approche repose sur le concept fondamental voulant que les établissements de santé démunis doivent investir davantage de ressources et défrayer des coûts plus élevés s'ils veulent offrir une prestation de services de qualité à leurs populations. L'adoption d'une telle approche est donc généralement motivée par le besoin d'attirer et de conserver des travailleurs de santé qualifiés, mais aussi de compenser les coûts de transport supplémentaires impliqués.

Le FBP du Burundi en est un excellent exemple (voir Encadré 5.1) ; ici, les versements effectués aux établissements combinent deux types de paiements : (a) une prime d'équité interprovinciale versée aux provinces désavantagées (à partir d'indicateurs tels que le score de pauvreté provincial) ; et (b) une prime d'équité infraprovinciale versée aux établissements de santé désavantagés (le nombre de personnes pauvres dans la zone de couverture et les caractéristiques de l'établissement de santé figurent au nombre des indicateurs considérés). En République Démocratique du Congo – dans les dispositifs distincts du Sud Kivu, du Bas Congo, du Kasai Oriental, du Kasai Occidental, de la Province Orientale, du Nord Kivu, et de la province de Bandundu – les établissements de santé situés en zone éloignée peuvent accumuler une prime qui dépasse de 20 % la prime versée aux établissements des zones urbaines (Brendenkamp 2009).

Lors d'un ciblage des ressources d'un FBP vers les zones pauvres, il faut d'abord décider du seuil de différenciation des primes. Les primes à l'équité peuvent varier entre les subdivisions administratives (état, province ou district) ou, comme souvent dans un FBP, en fonction de la zone couverte par l'établissement (l'hôpital ou le centre de santé). En général, plus la taille de la zone géographique de différenciation de la prime est faible, plus le ciblage des ressources sera précis et spécifique.

Il faut ensuite déterminer quelles zones de santé sont pauvres et lesquelles ne le sont pas. L'expérience internationale en la matière est importante et confirme que plusieurs approches de ciblage géographique peuvent être utilisées² (voir par exemple l'excellente compilation de Coady, Grosh, et Hoddinott 2004, 62-69). La méthode de ciblage géographique la plus simple repose sur un seul indicateur, facilement disponible et fortement lié aux objectifs du programme :

- Le programme de transferts monétaires du Honduras (*Programa de Asignación Familiar* [programme d'allocations familiales]), PRAF) a par exemple ciblé ses ressources en fonction de l'état nutritionnel des enfants.
- Le ciblage peut également reposer sur le jugement des responsables du programme familiaux des conditions de terrain des établissements qui desservent les zones pauvres. Malheureusement, cette approche est également moins transparente, moins formelle et plus subjective.
- La forme la plus sophistiquée de ciblage géographique est axée sur le calcul statistique (généralement l'analyse de la composante principale) d'un indicateur agrégé de pauvreté appliqué à différentes zones, lui-même constitué de différents indicateurs associés à la pauvreté et basés soit sur les données des enquêtes de ménages, soit sur des données administratives (notamment le taux d'alphabétisation dans la zone, les conditions d'habitat, l'accès aux services, etc.). Cette approche a été utilisée pour le ciblage géographique initial du PROGRESA (*Programa de Educación, Salud y Alimentación*, programme d'éducation, de santé et de nutrition du Mexique, maintenant désigné sous le nom d'*Oportunidades*).

La troisième étape consiste à déterminer l'ampleur des ressources accordées aux différentes zones identifiées. Dans certains cas, la progression est faible afin

ENCADRÉ 5.1**Burundi : une approche multiforme à l'équité dans le financement et l'utilisation**

En avril 2010, le FBP pilote du Burundi a été mis à l'échelle au niveau national. En 2006, afin d'améliorer *l'équité d'utilisation* et la *protection financière*, le pays avait introduit une politique de gratuité des soins de santé qui éliminait les paiements directs par les groupes vulnérables aux différents points de services. Cette politique de gratuité sélective a cependant connu certaines difficultés de mise en œuvre, notamment en matière de remboursement des prestataires dans les délais requis et de maîtrise des coûts. Par conséquent, les fonds afférents ont été fusionnés avec ceux du nouveau FBP national.

Le FBP du Burundi entend améliorer *l'équité de financement* entre les provinces. Ici, la subvention accordée par le FBP est modulée en fonction de deux types de primes à l'équité : (a) une prime d'équité interprovinciale pour les provinces désavantagées ; et (b) une prime d'équité infraprovinciale pour les établissements de santé désavantagés.

L'ampleur de la prime d'équité interprovinciale est fixée à partir de quatre indicateurs : le score provincial de pauvreté, l'isolement de la province ; la population provinciale et le nombre d'établissements de santé dans la province. Ces indicateurs permettent de classer les provinces en cinq catégories.

La taille de la prime d'équité infraprovinciale versée à chaque établissement est déterminée à partir des indicateurs suivants : population couverte par l'établissement ; ses besoins en personnels médicaux ; ses besoins en petit équipement ; la distance du bureau au district sanitaire ; l'isolement géographique ; et le *nombre d'indigents soutenus par l'établissement de santé*. Ces indicateurs permettent de classer les établissements en cinq catégories.

La rémunération à l'acte de chacun des types de services est fonction du tarif de base, du score provincial lié à la prime d'équité interprovinciale et du score de l'établissement lié à la prime d'équité infraprovinciale. La combinaison de ces incitations permet aux établissements d'ajouter 40 % au tarif de base grâce au score d'équité interprovinciale, et 40 % additionnels grâce au score d'équité infraprovinciale. Ainsi, les établissements de santé qui présentent la pire cotation et qui sont situés dans les provinces au score le plus bas sont éligibles à un taux de rémunération des services supérieur de 80 % à celui des établissements les mieux cotés situés dans les provinces qui présentent le meilleur score.

Les primes à l'équité du Burundi ont essentiellement pour objectif d'améliorer l'équité de financement et de diminuer le risque (dans le cadre du FBP) voulant que les établissements mieux équipés tirent davantage profit des incitations et attirent par conséquent des financements plus importants alors que les établissements moins favorisés sont maintenus dans une position relativement désavantagée. Au moment de l'élaboration de cette Boîte à outils, les gestionnaires du programme rapportaient que la prime à l'équité interprovinciale ne présentait aucune difficulté d'application et qu'il y avait effectivement réduction des iniquités de financement entre les provinces. La prime à l'équité infraprovinciale avait été appliquée dans certains hôpitaux, mais avec une certaine difficulté et n'était pas encore disponible au niveau des centres de santé par manque de financement. Par conséquent, au moment de l'élaboration de la Boîte à outils, tous les centres de santé recevaient un taux de base uniforme (en fonction de la province en cause).

que, sur une base de calcul par habitant, les établissements les plus pauvres ne reçoivent pas plus de 10 % de plus par habitant que les établissements situés dans des zones mieux nanties. Ailleurs, la progression est rapide et les zones les plus pauvres bénéficient d'une prime plusieurs fois supérieure à celle accordée aux plus riches. Les principaux facteurs à considérer lors de la prise de décision concernent l'enveloppe budgétaire disponible ; la fluctuation des taux de pauvreté et de l'état de santé ; et, plus important encore, les préférences politiques et sociales.

Rétribuer explicitement l'équité à travers la Carte de pointage équilibrée

L'une des options consiste à rémunérer directement la performance en matière d'équité des établissements ou des districts en introduisant une rubrique « score d'équité » à la Carte de pointage équilibrée. Certains programmes de FBR, par exemple le *Plan Nacer* en Argentine³, ou le FBR de l'Afghanistan procèdent à la mesure de l'équité mais, dans la vaste majorité des FBP qui contractualisent directement les établissements de santé et les rémunèrent régulièrement, l'introduction d'une telle mesure présente des difficultés importantes.

L'approche sera mieux comprise à travers un exemple. En Afghanistan, la Carte de pointage équilibrée (voir la Figure 5.2) comprend notamment ; (a) un indice de concentration des consultations ambulatoires ; et (b) un indice de concentration de la satisfaction des patients. L'indice de concentration mesure le degré d'iniquité au moyen d'une valeur positive, si l'utilisation du service de santé et la satisfaction du patient sont pro-riches, et d'une valeur négative, si l'utilisation du service et la satisfaction du patient sont pro-pauvres. Plus la valeur de l'indice de concentration est élevée, plus la répartition est pro-riches (si positive) ou pro-pauvres (si négative). Les établissements qui atteignent leur cible en matière d'équilibre des prestations et de satisfaction relative des patients entre les pauvres et les riches reçoivent les primes associées à la rubrique concernée.

Figure 5.2 Carte de pointage équilibrée avec cibles et scores moyens associés aux indices de concentration de l'Afghanistan

		Seuil		Badakhshan		
		Inférieur	Supérieur	2004	2005	2006
A. Patients et Communauté						
1	Satisfaction générale du patient	66,4	90,9	86,4	94,2	86,8
2	Indice de perception de la qualité par le patient	66,2	83,9	77,6	82,9	77,5
3	Activités Shura-e-sehie mentionnées dans la communauté	18,1	66,5	35,6	8,4	73,4
B. Personnels						
4	Indice de satisfaction des travailleurs de la santé	56,1	67,9	63,5	64,8	70,6
5	Salaires actuels	52,4	92,0	54,9	83,0	75,2
C. Capacité de prestation de services						
6	Indice de fonctionnement de l'équipement*	61,3	90,0	69,6	49,5	73,3

	Seuil		Badakhshan			
	Inférieur	Supérieur	2004	2005	2006	
7	Indice de disponibilité des médicaments	53,3	81,8	52,9	81,5	74,0
8	Indice de disponibilité de la planification familiale	43,4	80,3	54,2	65,5	80,2
9	Indice de fonctionnement des laboratoires (Hôpitaux et Cs)	5,6	31,7	31,7	32,3	38,2
10	Indice dotation pers. – satisfait directives minimales	10,1	54,0	38,0	37,2	66,3
11	Score sur les connaissances du prestataire	44,8	62,3	48,6	67,3	61,8
12	Personnels formés l'année précédente	30,1	56,3	68,9	87,3	53,7
13	Indice d'utilisation du SGIS	49,6	80,7	60,9	27,6	72,0
14	Indice pour directives médicales	22,5	51,0	18,3	40,2	48,1
15	Indice d'infrastructure	49,3	63,2	63,2	35,5	38,9
16	Indice pour dossiers patients	56,1	92,5	51,5	51,4	66,4
17	Établissements avec registres de TB	8,3	26,6	32,5	38,1	46,3

D. Prestation de services

18	Indice pour historique du patient, examen physique	55,1	83,5	54,2	67,7	72,6
19	Indice pour conseil au patient	23,3	48,9	23,3	31,1	35,0
20	Élimination adéquate des objets tranchants	34,1	85,0	64,4	34,4	75,6
21	Moyenne nouv. Consult. Ambulatoire/mois (Cs > 750 cons.)	6,7	57,1	27,3	26,7	23,1
22	Temps accordé à la consultation (> 9 minutes)	3,5	31,2	21,0	12,0	23,1
23	Cs avec PMA offrant soins prénataux	28,9	82,8	28,9	35,8	90,6
24	Accouchement selon le PMA	10,5	39,3	38,0	20,5	31,5

E. Systèmes financiers

25	Établissements avec les directives sur droits d'utilisateurs	80,3	100,0	94,8	84,4	70,7
26	Établissements avec exemptions pour pauvres	64,4	100,0	68,5	70,9	100,0

F. Vision générale

27	Femmes en % des nouveaux patients ambulatoires	46,5	59,7	46,9	52,4	54,6
28	Indice de concentration des consultations ambulatoires	48,0	52,7	48,9	49,0	49,8
29	Indice de concentration de la satisfaction des patients	49,0	50,9	50,9	50,0	50,0

Scores composites

30	Seuil supérieur (cible) atteint	10,3	30,8	17,2	17,2	24,1
31	Seuil inférieur atteint	75,9	89,7	86,2	82,8	93,1

	Moyennes des scores des indicateurs 1 à 29	48,8	56,5	50,9	51,1	61,4
--	---	------	------	------	------	------

Score supérieur à la cible	
Score entre le seuil inférieur et supérieur	
Score sous le seuil inférieur	

* Seuil fixé à 90 %, même si le quintile supérieur de 2004 s'établissait à 74,1

Source : ministère de la Santé Publique d'Afghanistan, Université Johns Hopkins et IIHMR (*Indian Institute of Health Management Research*) 2006

Note : Cons. = Consultations ; Cs = Centre de santé ; PMA = Paquet minimum d'activités ; SGIS = Système de gestion de l'information sanitaire ; TB = tuberculose.

Les gestionnaires du programme afghan auraient pu, au lieu de mesurer l'équité à travers des indices de concentration (parfois difficiles à expliquer aux décideurs), avoir recours à des mesures plus simples de l'équité des services. Par exemple, au lieu d'utiliser l'indice de concentration, le responsable du programme aurait pu mesurer le ratio d'utilisation chez les riches et chez les pauvres. Il aurait également pu tout simplement fixer des cibles d'utilisation par les pauvres et les personnes vulnérables. Dans le programme *Plan Nacer* d'Argentine, l'un des 10 indicateurs sur lesquels repose le transfert des financements du ministère de la Santé aux provinces concerne l'inclusion des populations indigènes (Banque mondiale 2009).

Il faut noter que ce type de paiement direct de l'équité est soumis à la capacité des établissements de santé à collecter des informations sur le statut socio-économique des usagers de services. Même l'utilisation d'un ratio entre les mieux nantis et les pauvres demande la conduite d'une identification qui, en retour, impliquera l'attribution aux pauvres d'une carte de pauvreté ou d'une autre forme quelconque d'identification.

Subventionner les paiements directs par les usagers

La subvention des paiements directs par les usagers – même complète afin que le patient n'ait rien à payer au prestataire – lève l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins de santé et élimine l'une des principales sources d'indigence ; en outre, elle a l'avantage de pouvoir être facilement intégrée à un FBP. Cependant, il faut absolument que cette annulation soit accompagnée d'une compensation du prestataire pour la perte de revenus qui en découle ; en effet, les programmes d'abolition des paiements directs mal conçus et mal appliqués sont souvent voués à l'échec (Hercot et al. 2011 ; Meessen, Gilson, et Tibouti 2011 ; Meesen et al. 2011 ; Orem et al. 2011). La réduction des paiements directs peut être modulée : subvention des frais versés par l'ensemble des patients ; subvention des frais versés par quelques catégories de patients seulement, par exemple les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans ; ou subvention uniquement applicable aux personnes pauvres et vulnérables.

Les paiements directs perçus pour la prestation de services essentiels comme les accouchements peuvent s'avérer très élevés pour les groupes vulnérables (Perkins et al. 2009) et leur annulation à travers un FBP peut avoir des effets substantiels, comme le démontre cette histoire personnelle du Burundi (voir Encadré 5.2).

Cependant, l'annulation des paiements directs par les usagers peut également avoir différents effets pervers. Tout d'abord, elle prive les établissements de sources importantes de revenus qui sont souvent nécessaires à l'absorption des coûts opérationnels ou à la complémentation des faibles salaires aux employés. Ensuite, elle peut mener à des aléas moraux et à une demande excessive en services qui surchargerait le personnel et compromettrait la qualité. Troisièmement, lorsque l'exemption des paiements directs ne s'applique qu'aux pauvres (comme c'est souvent le cas), il y a un risque de discrimination par des prestataires qui ont

ENCADRÉ 5.2**Gratuité partielle des soins de santé à travers le FBP du Burundi : l'histoire personnelle d'une femme Batwa^a**

Madame Kamurenzi Esperance raconte sa grande joie d'être soignée gratuitement (extrait d'un entretien mené auprès des groupes vulnérables Batwa de Mukoni, Province de Muyinga).

« Je m'appelle Kamurenzi Espérance. Je suis mutwakazi. J'ai 28 ans. Avec mon premier mari, j'ai eu cinq enfants, mais tous sont morts ! Maintenant je suis avec un autre mari et nous avons deux enfants seulement !

Pendant la période de crise, j'habitais dans les sites des déplacés. Oui, c'est là où j'habitais avec d'autres Batwa. Dans les sites des déplacés, la vie était très dure. Je ne me rendais jamais au centre de santé : ISHWI DA !^b Jamais au grand jamais, je ne me rendais à l'hôpital. Je n'ai jamais été voir un médecin. Aucune fois. J'avais peur d'aller à l'hôpital sans l'argent. ISHWI DA ! ! ! Je ne pouvais pas y aller. Les autres allaient se moquer de moi !

J'ai toujours accouché à la maison. Je ne savais même pas ce qu'est la consultation prénatale. Je n'emmenais jamais l'enfant à la vaccination. ISHWI DA ! Je crois d'ailleurs que c'est pourquoi mes enfants sont morts (elle semble pleurer). Mon mari ne savait pas lui aussi aller consulter le médecin ! On restait tous à la maison. Nous étions très malheureux ! ! !

Aujourd'hui les choses ont changé. D'abord, j'habite une belle maison ici à Mukoni ! L'État nous a donné ces belles maisons couvertes de tôles. Moi, je n'ai plus le souci permanent de chercher toujours de la paille pour couvrir la maison. C'est très bien (le sourire aux lèvres).

Un jour, je faisais mon commerce ambulancier des pots et je me suis arrêtée pour écouter la radio. On disait que les femmes enceintes ne vont rien payer ni à la consultation ni à l'accouchement. J'ai demandé : est-ce que les BATWA sont aussi concernés ? J'en ai alors parlé à mon mari. Nous avons dansé. Toute la nuit nous avons dansé. Même celui-là^c est venu nous sensibiliser d'aller au centre de santé. Il nous a dit que désormais la question d'argent n'est plus un obstacle.

Aujourd'hui, je vais à la consultation prénatale et on ne me demande rien. Aucune fois on ne m'a demandé de l'argent. Chaque fois je subis une césarienne. Les infirmiers m'accueillent très bien. Ils ne regardent pas que je suis MUTWA. Non, ils ne me détestent pas. Après avoir recouvré un peu d'énergie, j'entends leur voix me dire, SPE^d, lève-toi et rentre chez toi. Les choses se sont bien passées ! Et je prends mon enfant. Et nous rentrons à la maison. Sans rien payer ! ! ! Nous sommes très contentes. Je leur adresse mes vifs remerciements. Eh ! MUNTU WE^e, tu diras aux médecins ceci : Espérance a dit, grand merci ! Même Dieu vous dit merci. »

Source : MSPLS 2012.

- a. Les Batwa constituent la population pygmée indigène du Burundi.
- b. Une expression forte pour exprimer le « non » catégorique
- c. Elle montre le TPS qui nous accompagne comme guide.
- d. Mot elliptique utilisé pour appeler « ESPERANCE ».
- e. Une expression utilisée pour apostropher quelqu'un, attirer son attention.

des incitations (financières) plus importantes lorsqu'ils effectuent une prestation auprès d'un patient non-pauvre que d'un patient pauvre. Quatrièmement, il faut également considérer le risque que l'établissement cherche à remplacer les revenus perdus en réclamant des paiements informels (sous la table), une formule qui n'a aucun avantage pour le patient.

Lorsque l'exemption des paiements directs par les usagers est appliquée dans le cadre d'un FBP, certains de ces effets adverses peuvent être en grande partie atténués, particulièrement si la première (perte de revenus) et la quatrième préoccupation (paiements informels) sont prises en considération. En fait, lorsque les prestataires de services ont l'autonomie nécessaire à la fixation des paiements directs chargés par leur établissement, la réduction des paiements directs formels constitue souvent une réponse rationnelle qui permet de maximiser les revenus offerts par le FBP : pour accroître la demande en services, les établissements peuvent par exemple décider de diminuer les paiements directs afin d'augmenter la subvention globale accordée par le FBP (Soeters 2012). Ceux qui souhaitent compléter l'introduction du FBP par la subvention des paiements directs doivent renseigner les prestataires sur cette opportunité à la fois d'entrées monétaires importantes et d'amélioration de l'accessibilité par un plus grand nombre de patients.

Les Fonds d'équité en santé, qui sont un type très particulier de FBP, prévoient généralement l'exemption des paiements directs pour les pauvres (voir Annear 2010 pour une revue documentaire). En Asie de l'Est, il y a des Fonds d'équité en santé au Cambodge depuis 2002, mais aussi dans une moindre mesure en République démocratique populaire du Laos et au Vietnam. En Afrique, ils ont été utilisés au Bénin. Ici, il est essentiel de bien séparer l'évaluation de l'éligibilité à l'exemption (organisation non gouvernementale [ONG] ou État) ; la prestation des soins (établissement de santé) ; et la compensation des prestataires pour les recettes perdues (le Fonds). Dans ce dispositif, les prestataires assurent gratuitement des soins aux patients pauvres, mais sont remboursés pour la prestation de services sur la base d'une rémunération à l'acte par le Fonds d'équité en santé. Ce modèle peut facilement être adopté par d'autres FBP existants.

Enfin, les deux derniers aspects de la subvention des paiements directs à considérer dans le cadre d'un FBP sont les suivants : tout d'abord, il faut noter que puisque les paiements directs ne représentent qu'une part des coûts de l'accès aux soins, leur subvention pourrait ne pas suffire à induire le niveau de recherche des soins souhaité, particulièrement dans les ménages les plus pauvres. Chaque consultation de santé implique en effet certaines dépenses, incluant les frais de transport et les différents coûts d'opportunité. Ensuite, il faut noter que dans les FBP qui prévoient le remboursement de la rémunération à l'acte par une tierce partie (soit aux prestataires par l'État), les paiements directs (des patients) neutralisent la demande induite par le prestataire (c'est-à-dire les prestations plus nombreuses que nécessaire pour des motifs financiers). Ainsi, même si l'exemption des paiements directs dans le cadre d'un FBP peut améliorer l'équité, elle peut également entraver son efficacité.

Introduire des incitations conditionnelles en nature pour les agents de santé communautaire

La motivation des agents de santé communautaire permet de surmonter efficacement les obstacles sociaux, psychologiques et d'information qui limitent l'accès des pauvres aux services de santé.

Lorsque les agents de santé communautaire sont formellement ou informellement intégrés à un programme FBP, ils reçoivent une rémunération en nature ou financière à la suite de la référence de certains patients à l'établissement de santé ou d'une prestation directe de services dans la communauté. Par exemple, le programme *Janani Suraksha Yojana* (JSY) indien a prévu des mesures incitatives formelles de rémunération des agents de santé communautaire (militants sociaux de la santé accrédités ou ASHA) lorsque ceux-ci accompagnent les femmes et les enfants au centre public de santé pour un accouchement en établissement, une visite postnatale ou un vaccin BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) ainsi que des mesures incitatives à l'intention des prestataires du secteur privé qui procèdent à un accouchement par césarienne d'urgence (voir par exemple Dagur, Senauer, et Switlock-Prose 2010). Au Bangladesh, l'ONG BRAC récompense les agents de santé communautaire pour la supervision du traitement de courte durée sous surveillance directe de la tuberculose (DOTS) (*directly observed therapy for the treatment of tuberculosis*). L'agent de santé communautaire supervise quotidiennement le traitement et est rémunéré lorsque le patient a complété l'ensemble du DOTS avec succès.

Outre ces modalités formelles, il est bien connu que les prestataires impliqués dans les FBP utilisent des incitations informelles qui encouragent les agents de santé communautaire à référer leurs patients à l'établissement de santé. Celles-ci sont plus fréquentes que les incitations formelles. En fait, les prestataires ont vite constaté que le versement d'un petit montant à un agent santé communautaire – suite à l'identification d'une femme enceinte et à sa référence dans l'établissement de santé par exemple – permettait d'augmenter sensiblement leurs revenus grâce aux primes versées pour les consultations prénatales et l'accouchement en établissement que cette femme peut leur rapporter. Une formation appropriée peut sensibiliser les personnels de santé de l'établissement sur la possibilité et la faisabilité d'un dispositif de ce type.

Introduire des incitations financières/en nature supplémentaires à l'intention des patients

Plusieurs incitations de la demande prennent la forme de transferts monétaires conditionnels à l'utilisation de certains services qui compensent les coûts financiers et d'opportunité liés à l'accès aux soins. Par exemple, le programme JSY indien verse des incitations financières aux femmes enceintes qui accouchent dans un établissement de santé accrédité par le gouvernement ; ces incitations sont complémentaires aux primes versées aux agents de santé communautaire dont il a été question plus haut (mesure incitative à l'offre). Dans une perspective d'équité, le programme fait des efforts particuliers pour atteindre les pauvres et éliminer les obstacles qui limitent leur accès aux soins, notamment en modulant les montants

accordés en fonction du profil de l'établissement (plus performant ou moins performant), de sa localisation (rurale/urbaine) et du fait que la patiente concernée vive ou non « sous le seuil de pauvreté ». Les femmes enceintes reçoivent également des coupons pour les frais de déplacement.

Les coupons ont un rôle incitatif puisqu'ils permettent aux ménages de recevoir gratuitement ou à très faible coût des services de santé, notamment pour le traitement de la tuberculose ou des infections sexuellement transmissibles. Les coupons associés aux services de santé maternelle sont relativement courants. Ils sont utilisés dans plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, quoique généralement à petite échelle et dans le cadre du soutien par une ONG (Bellows et Hamilton 2009 ; Bellows, Bellows, et Warren 2011 ; Bellows et *al.* 2013 ; Obare et *al.* 2013). Les établissements santé collectent les coupons et sont rémunérés par le gouvernement ou un organisme privé sur la base du nombre de services accomplis. Comme dans le cas des transferts monétaires conditionnels types, ils sont généralement beaucoup plus utiles aux pauvres, non seulement en éliminant certains obstacles financiers et d'information, mais aussi en augmentant la sensibilisation sur l'importance de services particuliers.

Les petites incitations en nature servent essentiellement à rendre l'interaction avec le patient ou la consultation plus confortable. Elles ont surtout été utilisées dans la promotion de l'utilisation des services de santé reproductive, mais peuvent également être appliquées à d'autres types de prestations. Par exemple, dans le district de Katete en Zambie, certains établissements préparent à l'intention des mères qui viennent d'accoucher des « paquets bienvenue bébé » qui comprennent notamment du savon, des serviettes, des vêtements de bébé usagés, etc. Au Rwanda, le programme national de transferts en nature est maintenant lié au FBP du pays. Les femmes reçoivent un paquet-cadeau lorsqu'elles utilisent certains services (notamment les soins prénataux, l'accouchement assisté et les soins postnataux). La mise à l'échelle nationale a été effectuée à partir des expériences pilotes menées de 2002 à 2005 alors que certains établissements de santé attiraient avec succès de nouveaux usagers en offrant aux nouvelles mamans des « paquets bienvenue bébé ».

Il est intéressant de constater que même si ces programmes conditionnels de transferts en nature peuvent facilement être réalisés en l'absence d'un FBP, ce dernier facilite leur mise en œuvre en améliorant l'infrastructure administrative des établissements. En effet, grâce à l'autonomie additionnelle des établissements due au FBP et à l'ouverture dans ce cadre d'un compte bancaire d'établissement (souvent pour la première fois), le gouvernement peut maintenant y transférer directement des ressources monétaires que le comité d'achat de l'établissement investira dans l'achat sur le marché des intrants nécessaires (en remplacement d'une chaîne d'approvisionnement centralisée). Cette interaction illustre bien les effets de complémentarité et de synergie entre l'offre du FBP et les programmes incitatifs de la demande en services par les pauvres. Le FBP établit les préalables en matière d'offre (soit l'autonomie, le compte bancaire, et la capacité à répondre à une demande accrue) nécessaires à la mise en œuvre d'un programme d'incitation de la demande qui, en retour, contribue à l'atteinte des objectifs de services du FBP.

5.4 Mesurer et suivre l'équité d'un FBP

Les effets d'un FBP sur l'équité ne sont pas encore très bien documentés. Ceci est en grande partie attribuable à la faible disponibilité d'études rigoureuses sur les FBP implantés dans les pays en développement. Lorsque ces dernières seront plus nombreuses, les gestionnaires de programmes, les vérificateurs principaux et les analystes de données pourront travailler à la constitution d'une base de données factuelles sur les effets des FBP en matière d'équité. Pour ce faire, il faudra (a) que les évaluations d'impact et autres études collectent les données nécessaires à la mesure des effets du FBP sur l'équité ; et (b) que la communauté intéressée aux FBP dispose des outils analytiques nécessaires à la mesure de l'équité.

On trouvera dans les sections suivantes un synopsis des éléments à considérer dans la mesure et le suivi des effets d'un FBP sur l'équité. Cependant, il faut noter que pour être adéquatement menées, plusieurs des étapes mentionnées demanderont le recrutement de spécialistes expérimentés.

Appliquer les techniques d'analyse adéquates

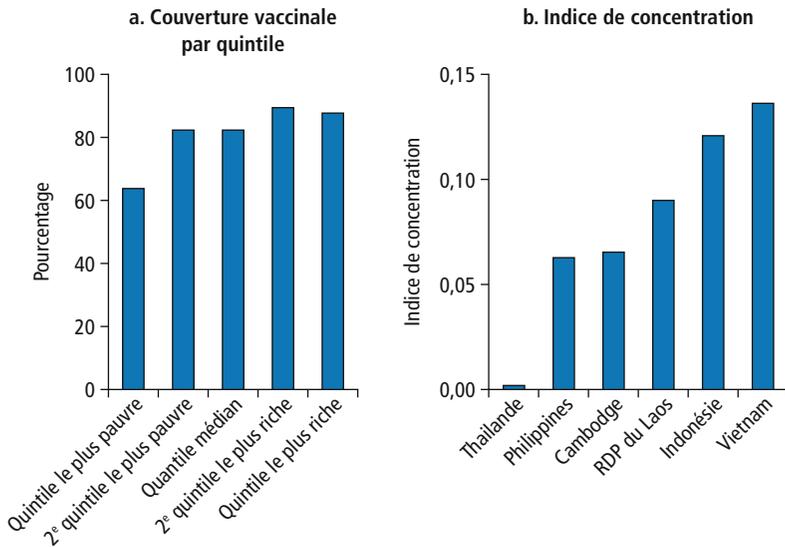
La mesure et le suivi des effets d'un FBP sur l'équité soulèvent les trois principales questions suivantes.

Les iniquités dans l'utilisation des soins de santé et l'état de santé ont-elles diminué ?

On peut répondre à cette question à travers trois techniques différentes. Tout d'abord, une désagrégation des résultats de santé par quintile, ce qui permettra de démontrer l'ampleur de la fluctuation entre les différents niveaux. Les répartitions par quintile (des 20 % les plus pauvres de la population aux 20 % les plus riches) ou par déciles (par dizaines de pourcentages) sont les plus couramment utilisées. Les résultats sont ensuite intégrés dans un graphique à barres (voir Figure 5.3 a). Cependant, même si les résultats de cette analyse sont très faciles à interpréter lorsqu'une seule série de données temporelles est considérée, la comparaison de plusieurs graphiques à barres qui couvrent des périodes différentes (soit le type d'exercice nécessaire à l'évaluation des effets d'un FBP sur l'équité) est beaucoup plus difficile à réaliser avec précision.

La deuxième technique permet d'obtenir une mesure synthétique de l'iniquité. Ici, la correspondance entre le quintile le plus élevé et le plus bas est exprimée sous forme de ratio et donc l'obtention d'une mesure agrégée (par exemple, dans la Figure 5.3 : 80 % dans le quintile le plus riche/60 % dans le quintile le plus pauvre = ratio de 1,4).

La troisième technique, également une mesure synthétique de l'iniquité, repose sur un indice de concentration. Comparativement à la mesure d'un ratio, elle a pour principal avantage de prendre en considération les iniquités sur l'ensemble de la répartition des revenus plutôt que le seul écart entre les quintiles supérieurs et inférieurs. L'indice de concentration se situe entre - 1 et + 1. Lorsque l'indice est négatif, la valeur de l'indicateur est plus élevée chez les pauvres alors que lorsque l'indice est positif, l'indicateur a une plus forte valeur

Figure 5.3 Couverture vaccinale aux Philippines, analyse par quintile et indice de concentration

Source : Diverses EDS.

chez les mieux nantis. Plus l'indice est important en termes absolus, plus les iniquités sont importantes (voir Figure 5.3 b). Par exemple, si dans l'avenir l'indice de concentration de la couverture vaccinale aux Philippines passe de 0,062 (comme illustré) à 0,04, cela signifiera que même si la couverture vaccinale reste concentrée chez les mieux nantis au cours des deux dernières années examinées, son caractère pro-riches aura tout de même diminué.

L'amélioration de la protection financière permet-elle de protéger les ménages contre les risques d'une dépense directe substantielle en santé ?

La première technique qui permet de répondre à cette question détermine si la dépense directe en santé est « catastrophique » ou non. Une dépense est catastrophique si la dépense en soins de santé excède un pourcentage prédéterminé (par exemple 10 %, 20 %, 25 % ou 40 %) de la dépense totale du patient ou de sa dépense non alimentaire. L'*incidence* du paiement catastrophique correspond au pourcentage de ménages qui doivent faire face à une dépense en santé qui excède le pourcentage prédéterminé. La *sévérité* du paiement catastrophique correspond au montant moyen que le ménage doit déboursier au-dessus du seuil prédéterminé.

La seconde technique qui permet de répondre à cette question examine si la dépense directe en santé est une source « d'appauvrissement ». Si cette dépense est suffisamment importante pour faire passer un ménage sous le seuil de pauvreté, la dépense est considérée comme une source d'appauvrissement. L'*incidence* des paiements catastrophiques correspond ici au pourcentage de ménages qui font face à une dépense de santé qui les fait passer sous le seuil de pauvreté.

La dépense gouvernementale en santé devient-elle plus ou moins pro-pauvre ?

Après quelques années de mise en œuvre d'un FBP, particulièrement si ce dernier a fait des efforts importants pour atteindre les pauvres, les décideurs voudront savoir si le caractère pro-pauvre de la dépense gouvernementale en santé s'améliore. Les résultats dépendent de deux facteurs : tout d'abord de la solidité de l'orientation pro-pauvre des services de santé gouvernementaux ; et deuxièmement, de l'ampleur des fonds alloués aux services gouvernementaux subventionnés effectivement utilisés par les pauvres. Un FBP aura probablement des effets sur ces deux facteurs. Pour évaluer leurs effets nets, on peut procéder à une analyse incidence-avantages. Celle-ci répond en effet aux questions du « si », et « dans quelles proportions », la dépense en santé du gouvernement profite-t-elle largement aux pauvres.

L'application de ces techniques demandera non seulement une bonne connaissance de leur fonctionnement, mais l'accès au logiciel approprié. Heureusement, plusieurs sources d'assistance sont disponibles. Pour mieux connaître ces techniques et leurs modalités d'application à travers le logiciel gratuit ADePT, on pourra se rendre sur le site du centre de ressources ADePT à l'adresse suivante <http://www.worldbank.org/povertyandhealth> et télécharger le logiciel, les manuels, les cours de formation et les matériels afférents. Pour une excellente source d'information sur l'application de ces techniques dans STATA, voir O'Donnell *et al.* (2008).

Collecter les bonnes données

Les données administratives – les données du système de gestion de l'information sanitaire (SGIS) – sont rarement utilisées lors des différentes évaluations de l'équité. Tout d'abord, l'absence de données sur le niveau de pauvreté des usagers limite leur utilisation.⁴ Plus important encore, les SGIS ne collectent des données que sur les usagers des services de santé et non sur la population dans son ensemble. Par conséquent, le SGIS n'est pas en mesure d'établir si le FBP a amélioré l'équité des soins de santé ou la protection financière dans la population en général. Pour mesurer et suivre efficacement l'équité, il faudra souvent par conséquent se tourner vers les données des enquêtes de ménages. Celles-ci impliquent la sélection d'un échantillon représentatif de ménages ou d'individus de la zone d'intervention ; l'administration d'un questionnaire de collecte des informations sur les différentes caractéristiques des ménages (par exemple le revenu, la localisation et les biens) et de leurs membres (par exemple l'âge, le sexe, l'éducation, la maladie, l'utilisation des soins de santé et la dépense en santé).

Pour mesurer l'équité dans l'état de santé et l'utilisation des services sanitaires, il faut également disposer de données sur le niveau de vie (informations sur le bien-être ou le statut économique des ménages qui permettent d'établir une variable continue de classification du plus pauvre au plus riche, par exemple données sur les biens, la consommation ou la dépense) ; la taille des ménages ; les variables relatives aux maladies ; et les variables d'utilisation des soins de santé (information sur les services ciblés par le FBP, par exemple soins prénataux,

accouchements assistés et immunisation). Les EDS constituent un bon modèle de référence, à la fois pour la définition d'un indice des biens (en tant que mesure du niveau de vie) mais aussi pour la mesure des soins préventifs et des services de santé maternelle et infantile typiquement ciblés par un FBP.

Pour évaluer la protection financière, les données disponibles doivent porter sur la consommation ou la dépense du ménage (l'information sur les actifs ne suffit pas), sa taille et sa dépense directe en santé. L'outil d'enquête des ménages inclus dans la Boîte à outils pour évaluation d'impact d'un FBR de la Banque mondiale constitue un excellent modèle de collecte des données sur la consommation et la dépense en santé.⁵

Pour mener à bien une analyse de l'incidence des bénéficiaires, il faut disposer de données sur le niveau de vie (consommation, dépenses ou actif), sur l'utilisation des soins de santé et, essentiellement, d'informations sur la dépense du gouvernement dans les différents types d'établissements de santé. Les données sur la dépense gouvernementale en santé peuvent être tirées des Rapports sur les comptes nationaux en santé ou directement obtenues des ministères de la Santé.

Utiliser l'analyse de l'équité pour informer les politiques

L'analyse de l'équité sert à informer les politiques – celles qui sont directement liées au FBP et celles qui lui sont complémentaires. La maîtrise des processus d'analyse de l'équité et la collecte des données nécessaires ne représentent qu'une première étape. Il est essentiel que les résultats obtenus soient utilisés dans le suivi des effets à moyen terme des FBP et contribuent à leur conception et mise en œuvre dans l'avenir. Même si tout FBP qui améliore l'utilisation générale de soins de santé doit être considéré comme un succès, sa capacité à faire une différence pour les plus pauvres est encore plus importante. Si le FBP n'atteint pas cet objectif, sa conception et ses modalités de mise en œuvre devront être soigneusement examinées pour déterminer les changements à effectuer. L'introduction de certaines des dispositions abordées dans ce chapitre pourrait constituer une première étape appropriée.

5.5 Ressources recommandées

section 1

Pour des données statistiques facilement accessibles sur l'iniquité dans l'utilisation des soins de santé par pays et par région, voir :

Les Fiches techniques sur l'équité en santé et la protection financière, Banque mondiale Washington, DC, <http://www.worldbank.org/povertyandhealth> : Fiches techniques pays sur l'équité des résultats en santé et l'utilisation des services, incluant les données par quintile et la protection financière.

HealthStats (base de données), Banque mondiale, Washington, DC, <http://datatopics.worldbank.org/hnp> : indicateurs de santé sélectionnés, incluant les données par quintile.

MEASURE DHS STATcompiler, ICF International, Calverton, MD, <http://www.statcompiler.com> : tableaux pays adaptables sur la santé, y compris par quintile et par région, tirés des enquêtes démographiques et de santé

Pour des études de cas portant sur les interventions de soins de santé conçues pour réduire les iniquités et améliorer la protection financière, voir :

Gwatkin, D., A.Yazbeck, et A.Wagstaff, éd., *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services : What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, DC, Banque mondiale, 2005.

Yazbeck, A., *Attacking Inequality in the Health Sector : A Synthesis of Evidence and Tools*. Washington, DC, Banque mondiale, 2009.

section 3

Pour davantage d'informations théoriques et pratiques sur le ciblage des services de santé dans les zones pauvres ou auprès des populations pauvres, voir :

Coady, D., M. Grosh, et J. Hoddinott, *Targeting of Transfers in Developing Countries : Review of Experience and Lessons*. Washington, DC, Banque mondiale, 2004.

Pour des exemples de FBP davantage pro-pauvres, voir :

Les références mentionnées dans chacune des parties de la section 3.

Se joindre aux conversations en ligne avec le groupe de travail sur l'équité et les FBP à l'adresse <http://www.healthfinancingafrica.org/join-our-cops.html> : cliquez sur « financement basé sur les résultats », cliquez sur « connexion », puis ensuite sur « s'inscrire ».

section 4

Pour davantage d'informations sur la mesure et le suivi de l'équité, voir :

Équité et protection financière en santé, Banque mondiale, Washington, DC, <http://www.worldbank.org/povertyandhealth> : Centre de ressources de formation ADePT, incluant le logiciel ADePT, le manuel de santé ADePT et des matériels de formation en ligne.

Boîte à outils pour évaluation d'impact. Banque mondiale, Washington, DC, <http://go.worldbank.org/IT69C5OGL0> : informations sur la réalisation d'enquêtes et un modèle d'outil d'enquête qui inclut les variables nécessaires à la mesure de l'équité.

MEASURE DHS, Banque mondiale, Washington, DC, <http://www.measure-dhs.com> : outils d'enquêtes démographiques et de santé représentatifs des meilleures modalités de mesure du niveau de vie et de l'accès aux soins

O'Donnell, O., E. van Doorslaer, A. Wagstaff, and M. Lindelow, *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data : A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC : Banque mondiale, 2008 (pour des conseils sur les techniques statistiques et les STATA *do-files*).

Notes

1. Nous ne suggérons pas ici que les travailleurs de santé ne sont motivés que par l'argent ; nous savons qu'ils se sentent moralement tenus de répondre à tous les patients. Nous tenons simplement à indiquer qu'au-delà de ces principes moraux, les dispositifs salariaux n'offrent que peu de motivations *financières* additionnelles à la prestation lorsque comparés avec d'autres dispositifs de rémunération.
2. Le processus de distinction entre les zones riches et pauvres est souvent désigné comme la cartographie de la pauvreté.
3. Un nouveau programme de suivi national dénommé *Plan Sumar*.
4. Il y a certaines exceptions. Dans les systèmes où les ménages pauvres sont identifiés par une carte de pauvreté (par exemple la carte BPL en Inde) ou un autre type de carte d'assurance-santé (comme dans le programme *Jamkesmas* indonésien), il serait possible de collecter des données sur la pauvreté au nom du bénéficiaire à partir du système de gestion de l'information sanitaire.
5. Consulter <http://www.worldbank.org/health/impacetevaluationtoolkit>.

Références

- Ministère de la Santé publique d'Afghanistan, Université Johns Hopkins, et IIHMR (Indian Institute of Health Management Research), *Afghanistan Health Sector Balanced Score Card National and Provincial Results : Round Three 2006*, Kabul : ministère de la Santé publique d'Afghanistan, Université Johns Hopkins, et IIHMR, 2006.
- Annear, P., « A Comprehensive Review of the Literature on Health Equity Funds in Cambodia 2001–2010 and Annotated Bibliography », document de travail du groupe de recherches sur les politiques de santé et le financement de la santé, n° 9, Institut Nossel sur la santé mondiale, Université de Melbourne, Melbourne, 2010.
- Banque mondiale, *Un développement sain : la stratégie de la Banque mondiale pour obtenir des résultats dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la population*, Washington, DC, Banque mondiale, 2007.
- « Argentina : Provincial Maternal and Child Health Insurance : A Results-Based Financing Project at Work. », En Breve 150, Banque mondiale, Washington, DC.
- Bellows, N. M., B. W. Bellows, et C. Warren, « The Use of Vouchers for Reproductive Health Services in Developing Countries : Systematic Review », *Tropical Medicine and International Health* 16(1), 2011 : 84–96.
- Bellows, B., et M. Hamilton, « Vouchers for Health : Increasing Use of Facility-Based STI and Safe Motherhood Services in Uganda », Étude de cas en santé maternelle et infantile P4P, Systèmes de santé 20/20 Abt Associates Inc., Bethesda, MD, 2009.
- Bellows, B., C. Kyobutungi, M. K. Mutua, C. Warren, et A. Ezech, « Increase in Facility-Based Deliveries Associated with a Maternal Health Voucher Programme in Informal Settlements in Nairobi, Kenya », *Health Policy and Planning* 28(2), 2013 : 134–42.
- Bredenkamp, C., « The Puzzle of Isolation Bonuses for Health Workers », note technique sur les FBR, Banque mondiale, septembre 2009. <http://www.rbhealth.org/rbhealth/library/doc/214/puzzle-isolation-bonuses-health-workers>.
- Coady, D., M. Grosh, et J. Hoddinott, *Targeting of Transfers in Developing Countries : Review of Experience and Lessons*, Washington, DC : Banque mondiale, 2004.

- Dagur, V., K. Senauer, et K. Switlock-Prose, « Paying for Performance : The Janani Suraksha Yojana Program in India », Étude de cas P4P, Systèmes de santé 20/20, Bethesda, MD, 2010. <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2609/>.
- Gwatkin, D. R., « Ensuring that the Poor Share Fully in the Benefits of Results-Based Financing Programs in Health », document de travail sur les FBR, Banque mondiale, Washington, DC, 2010. http://www.rbfhealth.org/system/files/RBF_Tech_Equity_03.pdf.
- Gwatkin, D., A. Yazbeck, et A. Wagstaff, éd., *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services : What Works, What Doesn't, and Why*, Washington, DC : Banque mondiale, 2005.
- Hercot, D., B. Meessen, V. Ridde, et L. Gilson, « Removing User Fees for Health Services in Low-Income Countries : A Multi-Country Review Framework for Assessing the Process of Policy Change », *Health Policy and Planning* 26 (supl 2), 2011 : ii5–15.
- Meessen, B., L. Gilson, et A. Tibouti, « User Fee Removal in Low-Income Countries : Sharing Knowledge to Support Managed Implementation », *Health Policy and Planning* 26 (supl 2), 2011 : ii1–4.
- Meessen, B., D. Hercot, M. Noirhomme, V. Ridde, A. Tibouti, C. K. Tashobya, et L. Gilson, « Removing User Fees in the Health Sector : A Review of Policy Processes in Six Sub-Saharan African Countries », *Health Policy and Planning* 26 (sup 2), 2011 : ii6–29.
- MSPLS (Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA), *Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi*, Bujumbura : MSPLS, 2012.
- Obare, F., C. Warrren, R. Njuki, T. Abuya, J. Sunday, I. Askew, et B. Bellows, « Community-Level Impact of the Reproductive Health Vouchers Programme on Service Use in Kenya », *Health Policy and Planning* 28 (2), 2013 : 165–75.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, A. Wagstaff, et M. Lindelow, *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data : A Guide to Techniques and Their Implementation*, Banque mondiale : Washington DC, 2008.
- Orem, J. N., F. Mugisha, C. Kirunga, J. Macq, et B. Criel, « Abolition of User Fees : The Uganda Paradox », *Health Policy and Planning* 26 (suppl 2), 2011 : ii41–51.
- Perkins, M., E. Brazier, E. Themmen, B. Bassane, D. Diallo, A. Mutunga, T. Mwakajonga, et O. Ngobola, « Out-of-Pocket Costs for Facility-Based Maternity Care in Three African Countries », *Health Policy and Planning* 24 (4), 2009 : 289–300.
- Roberts, M. J., W. Hsiao, P. Berman, et M. Reich, *Getting Health Reform Right : A Guide to Improving Performance and Equity*, New York : Presses de l'Université Oxford, 2004.
- Soeters, R., éd., *PBF in Action : Theory and Instruments, Performance-Based Financing Course Guide*, La Haye : Cordaid, 2012.
- OMS (Organisation mondiale de la santé), *Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Genève : OMS, 2010.
- Yazbeck, A., *Attacking Inequality in the Health Sector : A Synthesis of Evidence and Tools*, Washington, DC : Banque mondiale 2009.



Autonomie et gouvernance de l'établissement de santé

PRINCIPAUX MESSAGES

- L'accroissement de l'autonomie des établissements de santé est essentiel au succès d'un FBP.
- L'introduction d'un FBP et l'autonomisation des établissements de santé s'apparentent à la création d'une coopérative dans laquelle les travailleurs de santé agiraient comme parties prenantes.
- Le FBP encourage les travailleurs de santé à agir comme entrepreneurs sociaux.
- L'autonomie va de pair avec la redevabilité et les structures de gouvernance.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

- 6.1 Introduction : l'importance de l'autonomie de l'établissement de santé
 - 6.2 Les principales composantes de l'autonomie
 - 6.3 Accroître l'autonomie : améliorer les résultats
 - 6.4 L'autonomie doit aller de pair avec la redevabilité
 - 6.5 Fixation des tarifs et fonds renouvelables de médicaments
-

6.1 Introduction : l'importance de l'autonomie de l'établissement de santé

Le financement basé sur la performance (FBP) de services de santé est fondé sur une autonomie substantielle des établissements de santé. Pour qu'un programme FBP soit réussi, les établissements de santé doivent disposer d'une flexibilité considérable. Ils doivent avoir accès à des fonds suffisants et pouvoir gérer librement ces ressources afin d'accroître la quantité et la qualité des services de santé.

Les établissements de santé devraient avoir pleine liberté en matière de gestion autonome du recrutement et du renvoi des ressources humaines, d'acquisition de matériels sur un marché compétitif et bien réglementé, et d'administration indépendante d'actifs fixes et liquides. En outre, les établissements de santé devraient avoir le droit de décider des modalités d'amélioration de la quantité et de la qualité des services dispensés. En tant qu'agences prestataires de services, ils ont une connaissance approfondie des méthodes qui permettent une production de services optimale. Dans un scénario idéal, les gestionnaires des établissements de santé sont très familiers des conditions de vie de la population de la zone et connaissent les détails importants relatifs à la dispersion de la population, à la localisation des villages et aux distances à parcourir. Ils participent régulièrement aux rencontres avec la population, à l'église, à l'école ou ailleurs. Ils connaissent les leaders traditionnels et la teneur des coutumes de santé locales. Ils savent quelles infrastructures, dotations en personnel et équipements sont nécessaires. Guidés par ces connaissances, les établissements de santé devraient être autorisés à gérer leurs activités et leurs fonctions selon un plan d'affaires solide, avec une évaluation précise des ressources disponibles et un œil attentif sur l'amélioration de la qualité.

Malheureusement, dans la plupart des systèmes de santé dysfonctionnels ou qui posent des défis, la réalité est très différente de cette situation idéale. Dans les pays pauvres, les établissements de santé font face à une vaste gamme de problèmes. En général, les établissements de santé publics sont gérés à travers des dispositifs centralisés de planification et de financement des salaires et matériels. Fréquemment, il n'y a aucune gestion financière par l'établissement lui-même. Si celle-ci existe, l'établissement est soumis à plusieurs contraintes, notamment à la remise de son revenu à un niveau administratif supérieur ou à l'obtention d'une approbation de dépense par un administrateur éloigné. Or, un système central de commande, de vérification et de planification fonctionnel pourrait être efficace si la mise en œuvre correspondait à la conception, ce qui est rarement le cas. Les personnels de santé reçoivent des instructions sur les tâches à effectuer et les comportements à adopter, mais ne disposent pas des intrants nécessaires à l'accomplissement de leur travail.

Dans de telles circonstances, l'expression « autonomie de l'établissement de santé » pourrait soulever des craintes et une certaine anxiété. Dans plusieurs districts, le fait de demander par quels moyens les établissements de santé pourraient effectivement être considérés « autonomes » paraît une question raisonnable. Cependant, la gamme importante des règles et réglementations existantes relatives à la manipulation d'argent, à la gestion des revenus monétaires et aux

ressources humaines constitue un obstacle évident et bloque toute propension de développement de l'autonomie des établissements de santé. Dans une telle situation, certains syndicats de travailleurs et personnels pourraient même s'avérer réticents à l'autonomie par crainte des effets imprévisibles que ces changements risquent de provoquer sur l'emploi et les salaires.

Néanmoins, les FBP considèrent l'engagement sur la voie de l'autonomie des établissements de santé essentiel à l'atteinte d'améliorations durables. Les résultats concrets obtenus par les FBP dans plusieurs contextes où l'autonomie était plus importante confirment ce fait. Au cours des dernières décennies, les FBP ont proliféré dans des contextes plutôt hétérogènes. Ils ont démarré au Sud Kivu, en République Démocratique du Congo, alors que le gouvernement est virtuellement absent, que les salaires des personnels de santé ne sont pas versés et que les établissements de santé survivent grâce aux paiements directs versés par la population. Ils se sont développés de façon exponentielle au Rwanda, où le gouvernement dirige le pays avec une main de fer. Ils ont été mis en œuvre avec succès dans des situations comme celles du Burundi, où le gouvernement se relève d'un conflit et tente de rétablir son autorité. Une variable commune émerge des contextes de débrouillardise de la République Démocratique du Congo, de forte gouvernance du Rwanda ou de faiblesse initiale des structures de gouvernance du Burundi¹. Cette variable explique en partie pourquoi, dans trois situations totalement différentes, le FBP réussit des avancées importantes : cette variable c'est l'autonomie de l'établissement de santé.

6.2 Principales composantes de l'autonomie de l'établissement de santé

Les différentes composantes nécessaires à la facilitation de la gestion autonome d'un établissement de santé sont énumérées au Tableau 6.1. Le tableau pourra appuyer utilement les discussions sur l'autonomie avec les contreparties gouvernementales.

6.3 Accroître l'autonomie : améliorer les résultats

Le processus

L'accroissement de l'autonomie d'un établissement de santé ne se produit pas du jour au lendemain. Il faut beaucoup de travail pour changer des modes opératoires établis et surmonter des traditions de direction et de contrôle central. Le processus de recrutement et de renvoi du personnel ne peut pas être modifié immédiatement, pas plus que les systèmes d'approvisionnement et de passation de marchés rigides ou dysfonctionnels d'acquisition de médicaments au niveau central ne peuvent être réformés sans effort considérable. La perception voulant que « les personnels de santé ne soient pas habilités à gérer de l'argent » ne peut

Tableau 6.1 Composantes de l'autonomie d'un établissement de santé

Capacité décisionnelle	Raisons
Utiliser les revenus monétaires.	<p>Le revenu monétaire peut provenir de différentes sources, notamment des paiements directs des usagers (fonds renouvelables de médicaments), de la rémunération basée sur la performance et autres sources.</p> <p>Les ressources monétaires sont nécessaires à la conduite des activités mentionnées au plan d'affaires, à l'application de stratégies avancées, à l'acquisition des médicaments et équipements médicaux, à la conduite des réparations mineures et au versement des primes à la performance aux personnels.</p>
Acquérir les intrants localement (plutôt que depuis un système d'approvisionnement central).	<p>Les médicaments et consommables médicaux devraient être acquis auprès de distributeurs certifiés, c'est-à-dire possiblement, mais non nécessairement des systèmes centraux d'approvisionnement médical.</p> <p>Ces modalités, appliquées en conjonction avec la vérification trimestrielle de la qualité, assureront une utilisation efficiente des ressources, notamment en raison du fait que les achats sont effectués directement à partir des revenus de l'établissement et qu'il y a moins de gaspillage. La dissipation des ressources pourrait diminuer les primes à la performance du personnel. Une gestion efficace des stocks aura des retombées à la fois sur les scores de performance et l'accroissement des revenus.</p> <p>Les autres intrants, par exemple les produits de nettoyage, les réparations mineures et le petit équipement peuvent également être acquis de façon efficiente. Les produits achetés à partir des revenus de l'établissement seront gérés avec soin.</p>
Ouvrir et utiliser un compte de banque désigné.	Le compte de banque est nécessaire à la gestion des revenus monétaires.
Recruter, congédier et appliquer des mesures de discipline aux personnels recrutés de l'établissement. ^a	Avec l'expansion des activités, les revenus peuvent être utilisés pour recruter du personnel supplémentaire si nécessaire. L'établissement de santé est le mieux placé pour gérer ce personnel.
Organiser les services médicaux et les activités de sensibilisation.	Les gestionnaires de l'établissement devraient pouvoir déterminer les heures de service, y compris les heures d'ouverture. Les jours où des activités spécifiques seront menées et la fréquence/population cible de la sensibilisation devraient être déterminés par des gestionnaires locaux qui connaissent bien la teneur des contraintes locales. Par exemple, malgré la présence de directives centrales sur la fréquence des cliniques de planification familiale (une ou deux fois par semaine) ou des consultations prénatales (une ou deux fois par semaine), les gestionnaires des établissements de santé devraient pouvoir adapter ces directives afin de maximiser la quantité et la qualité des prestations.
Élaborer et négocier un plan d'affaires.	En collaboration avec le comité de l'établissement de santé, les gestionnaires d'un établissement de santé sont les mieux placés pour négocier le plan d'affaires avec l'acheteur.
Appliquer l'outil d'indice.	L'outil d'indice aide les gestionnaires de l'établissement de santé à gérer les revenus et les dépenses de façon globale et à calculer la performance et la prime individuelle du personnel. Ce processus favorise la transparence.

Source : Données de la Banque mondiale.

a. Une gestion autonome de l'ensemble des personnels serait idéale.

être écartée non plus du revers de la main. Au début, la résistance peut s'avérer considérable. Cependant, chacune des transformations mentionnées est nécessaire au fonctionnement d'un FBP et il vaut par conséquent la peine d'examiner avec soin les différents processus porteurs de changement. L'expérience en matière de FBP indique que ces questions litigieuses devraient être abordées au tout début des discussions avec les contreparties de votre FBP.

La tâche des responsables de la mise en œuvre pourrait en être facilitée par le fait que plusieurs des transformations nécessaires peuvent être liées à des réformes sociales ou administratives générales en cours. Par exemple, les politiques de recrutement et de renvoi peuvent être liées au protocole général de réglementation de la fonction civile. Si un pays décide de procéder à une réforme de cette fonction publique (comme cela s'est produit au Rwanda), cette décision pourrait également faciliter l'introduction du recrutement autonome des personnels par les établissements santé liés à un FBP (voir Encadré 6.1). Dans le cas où l'autonomie de l'établissement de santé demanderait l'ouverture de ses propres comptes bancaires, il est possible que cette transformation soit également demandée pour des raisons autres que la mise en œuvre d'un FBP.

ENCADRÉ 6.1

Définir la gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines peut être définie comme le « degré ou niveau de liberté et de discrétion accordés à l'employé(e) au cours de son travail. En règle générale, les emplois qui présentent un degré élevé d'autonomie génèrent un sens des responsabilités et une satisfaction au travail accrus de l'employé(e). Ce ne sont cependant pas tous les employés qui préfèrent un emploi qui demande un niveau élevé de responsabilités ».

Source : *BusinessDictionary.com*, <http://www.businessdictionary.com/definition/autonomy.html#ixzz1vhH-G00QC>. (Traduction libre)

Au Rwanda par exemple, le gouvernement a décidé de décentraliser la gestion des ressources humaines au niveau du district et a lié les différents postes de fonctionnaires disponibles à des établissements de santé spécifiques. En outre, il a maintenu ses investissements – surtout à travers les financements bilatéraux disponibles – dans l'amélioration de la performance de sa centrale d'achat des médicaments essentiels qui utilise un système « à la demande », et un modèle de fonds renouvelable des médicaments basé sur l'Initiative de Bamako. Cette approche répondait aux exigences du FBP. Au Rwanda, près de la moitié des travailleurs de santé sont contractuels et directement employés par l'établissement de santé. Au Burundi, leur nombre représente 10 à 30 % des personnels. Ce type de développement peut être catalysé plus avant lorsque la qualité et la quantité des services de santé dispensés augmentent et que, grâce au FBP, les revenus s'accroissent à leur tour. Cette situation pourrait encourager les gestionnaires d'établissements de santé à identifier les modèles de dotation en personnel les plus efficaces, ce qui aura pour effet d'augmenter les pouvoirs de gestion y afférents.

Étape par étape

Le Tableau 6.2 résume les différentes situations porteuses d'une amélioration de l'autonomie et des résultats qui en découlent. Le passage par étapes de la

situation 1 à la situation 5 illustre la progression vers une autonomie accrue. Dans la situation 5, les membres du personnel reçoivent des instructions sur les tâches à effectuer sur la base des services à rendre et normes de qualité en vigueur, mais ils ont toute latitude sur les modalités qui permettront d'atteindre les objectifs. Cette situation favorise la participation des personnels de santé. Ils deviennent parties prenantes de leur propre établissement de santé et peuvent gagner des primes à la performance importantes. Les circonstances sont radicalement différentes dans la situation 1. Dans la situation 5, les personnels de santé reçoivent l'argent nécessaire à la prestation de services et à l'amélioration de la qualité et peuvent gagner des revenus supplémentaires en travaillant plus fort et en assurant des prestations de meilleure qualité. Dans la situation 5, les personnels sont autonomes et responsables de leurs propres résultats. L'approche 5 est conforme au FBP.

Tableau 6.2 Accroître l'autonomie et améliorer les résultats étape par étape

Situation	Niveau d'autonomie de l'établissement de santé et résultats attendus
1 Dire à l'établissement ce qu'il faut faire et comment le faire. Ne pas fournir les médicaments et les équipements nécessaires.	Autonomie sévèrement compromise et résultats limités
2 Dire à l'établissement ce qu'il faut faire et comment le faire. Lui fournir les médicaments et l'équipement nécessaires.	Autonomie compromise et résultats limités
3 Dire à l'établissement ce qu'il faut faire, mais pas comment le faire. Lui fournir le budget nécessaire.	Autonomie accrue et résultats améliorés
4 Dire à l'établissement ce qu'il faut faire, mais pas comment le faire. Rémunérer l'établissement sur la base des résultats et de la qualité, mais ne pas laisser le personnel partager les bénéfices.	Autonomie accrue et résultats améliorés
5 Dire à l'établissement ce qu'il faut faire, mais pas comment le faire. Rémunérer l'établissement sur la base des résultats et de la qualité et partager les bénéfices avec le personnel.	Autonomie accrue et résultats encore meilleurs

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : cette typologie n'est qu'un exemple et ne reflète pas nécessairement la réalité, qui est beaucoup plus complexe. Il s'agit d'une simplification de différentes situations existantes.

6.4 L'autonomie doit aller de pair avec la redevabilité

Une autonomie accrue demande une plus grande redevabilité. Le FBP utilise une vaste gamme d'instruments de redevabilité : la gestion locale des fonds, au niveau de l'établissement de santé ; la régulation du revenu ; le versement de primes aux personnels ; et l'assurance que les sommes versées aux établissements de santé sont dépensées de façon transparente.

Les outils qui aident à gérer l'ensemble des revenus de l'établissement de santé et à allouer simultanément des primes à la performance individuelle des personnels à partir de ces revenus sont : l'outil d'indice (voir Chapitre 7) et les évaluations de la performance individuelle (voir Chapitre 10).

Le stimulus des primes aux personnels

Les primes allouées aux personnels sont tirées des revenus de l'établissement de santé. Ces derniers proviennent des paiements directs des usagers, de l'assurance-santé, du FBP et d'autres sources éventuelles. Par conséquent, les primes accordées ne sont pas uniquement tirées des versements du FBP, mais résultent d'une gestion holistique de l'ensemble des revenus de l'établissement de santé.

Dans la plupart des contextes où l'autonomie est plus importante et où les responsabilités en matière de résultats se sont accrues, le versement des primes est fréquemment soumis à certaines règles de dépenses. Fréquemment, un plafond est identifié et détermine le montant maximum qui peut être versé en primes à la performance. Par exemple, entre 40 et 60 % des revenus d'un établissement de santé peuvent être versés en primes et salaires aux personnels.

Le pourquoi et le comment des comités d'établissement de santé

Une autonomie accrue dans l'utilisation des fonds publics doit être accompagnée d'une supervision rapprochée, ce qui demande la création d'un comité d'établissement de santé. Outre les instruments standard de gestion financière utilisés à des fins comptables, par exemple les registres des revenus et dépenses et les états trimestriels des revenus et dépenses qui seront audités selon les dispositifs de contrôle bureaucratique réguliers, la supervision publique est effectuée à travers la création d'un comité de gestion de l'établissement de santé (voir Encadré 6.2).

Même si elle est relativement nouvelle, l'expérience de travail avec des comités d'établissement de santé mis sur pied pour un FBP paraît prometteuse ; cependant, une expérimentation accrue sera nécessaire à une meilleure connaissance des modalités qui permettront à ces comités d'être plus efficaces dans le renforcement de la voix communautaire (Falisse et *al.* 2012).

ENCADRÉ 6.2

Participation communautaire et dispositifs de voix communautaire

Quel rôle les communautés assument-elles dans la gestion des services de santé ? Au Burundi, une recherche qualitative sur le rôle des comités de santé (COSA) et des organisations à base communautaire (OBC) a été entreprise. Elle a révélé qu'en général, les COSA d'établissements de santé intégrés à un FBP fonctionnaient mieux que les autres ; ces COSA étaient impliqués dans le développement des plans d'affaires et les membres communautaires recevaient un jeton de présence, contrairement aux COSA d'établissements non participants à un FBP. Cependant, de façon générale, le rôle des COSA était axé sur le soutien aux personnels de santé et non sur la représentation de la population. Le rôle des OBC dans les établissements bénéficiaires d'un FBP semblait plus prometteur : elles étaient recrutées par des ONG pour vérifier si les patients avaient bien reçu les services déclarés et recueillir leurs opinions sur les prestations reçues. Il faudra davantage d'analyses et d'expérimentations pour être en mesure de développer des dispositifs de redevabilité plus performants. (Falisse et *al.* 2012).

La taille et la composition exactes de ces comités varient en fonction de la localisation, mais généralement : (a) le comité devrait être de petite taille et (b) il devrait prévoir la participation d'un ou deux membres de l'établissement de santé mais sans droit de vote.

Dans plusieurs systèmes de santé primaire, on trouve différents comités reliés à l'établissement de santé, soit des « comités de quartier », soit des « comités de développement de secteur ». Cependant, dans presque tous les cas, l'effectif est trop important pour que ce comité soit ramené au format souhaité, qui demande un nombre de membres beaucoup moins important. Une bonne approche consiste à créer un sous-comité réunissant les représentants essentiels (président, trésorier et autres) d'un comité de plus grande ampleur.

Le président du comité de l'établissement de santé cosigne le contrat d'achat avec le responsable de l'établissement de santé. L'un des membres de ce comité (son président ou le trésorier) peut contresigner les chèques. Le fonctionnement du comité d'établissement de santé est évalué chaque trimestre à travers une *check-list* de la qualité.

Les membres des comités d'établissement de santé ont fréquemment demandé à être rémunérés. Ceci n'est pas à conseiller ; s'ils sont payés, ils perdront leur impartialité. Les petites dépenses en jetons de présence et *per diem* pour remboursement des frais de transport, d'alimentation et de boisson au cours des réunions peuvent aider à compenser les membres pour le temps accordé.

6.5 Fixation des tarifs et fonds renouvelables de médicaments

Le FBP subventionne les services à partir de fonds publics. Le FBP cherche à augmenter les ressources monétaires des établissements santé. La décision par l'établissement de santé de maintenir ou non des entrées monétaires provenant d'autres sources (par exemple les paiements directs des usagers ou la tarification des médicaments pour un fonds renouvelable de médicaments) reste du ressort de cet établissement et de la communauté. Les membres de la communauté, qui siègent au comité de gestion de l'établissement (le comité de direction), agiront comme interface entre la communauté et l'établissement de santé et aideront à fixer les tarifs en cause. La mise en commun de toutes les autres entrées monétaires (par exemple tirées des paiements directs des usagers ou des fonds renouvelables de médicaments) et leur gestion holistique constituent l'un des objectifs explicites du FBP. Les fonds publics seront ainsi mieux gérés (et ciblés), comme d'ailleurs toutes les autres sources d'entrées monétaires.

Généralement, les paiements versés par un FBP sont surtout axés sur la prestation de services préventifs. Il est préférable d'orienter une large part des financements du FBP sur des services qui font l'objet d'une offre insuffisante par les prestataires ou sont sous-utilisés par les patients. Bien sûr, les FBP ciblent également les soins curatifs, ce qui permet à l'acheteur de commander une certaine

qualité de soins, par exemple la prescription rationnelle des médicaments et le respect des protocoles de traitement. Les services curatifs sont généralement en forte demande. Leur subvention constitue donc une bonne stratégie de diminution des obstacles financiers à l'accès aux services. Cependant, la capacité de subvention de l'offre dépend du budget disponible. Les pays très pauvres disposent rarement des fonds publics qui leur permettraient de payer pour la prestation de soins préventifs et curatifs de façon durable tout en maintenant une bonne qualité de soins et en améliorant la couverture.

Une bonne stratégie consiste à introduire un fonds renouvelable de médicaments et à expliquer aux personnels les relations entre la diminution des coûts financiers assumés par les patients (prescription rationnelle ; majoration limitée) et une utilisation accrue des services, elle-même porteuse d'une augmentation des revenus grâce à la limitation des opportunités manquées (par exemple vaccination, soins prénataux, planification familiale). Une stratégie de ce type appuie la pérennité financière (multiples sources d'entrées monétaires, outre le financement public) et ouvre la porte à l'introduction d'un dispositif de mise en commun des risques (qui résulte du signal sur les coûts associés aux services curatifs).

Note

1. La mise à l'échelle nationale réussie du FBP du Burundi constitue un cas de référence sur la façon d'introduire la bonne gouvernance dans un État fragile.

Référence

Falisse, J.-B., B. Meessen, J. Ndayishimiye, et M. Bossuyt, « Community Participation and Voice Mechanisms under Performance-Based Financing Schemes in Burundi », *Tropical Medicine and International Health* 17 (5), 2012 : 674–82.



Gestion financière de l'établissement de santé et outil d'indice

« Le manque d'argent est à la source de tous les maux. »

George Bernard Shaw

PRINCIPAUX MESSAGES

- Les entrées monétaires des établissements de santé proviennent de diverses sources, incluant le FBP. L'outil d'indice aide le responsable de l'établissement de santé à gérer de façon holistique toutes les entrées et dépenses et à allouer une part des profits tirés de la performance à chacun des travailleurs de santé.
- Le FBP fait des travailleurs de santé des parties prenantes de la santé financière de leur établissement.
- L'effort individuel du travailleur de santé est récompensé chaque mois. Si vous travaillez plus fort, votre prime à la performance sera plus élevée. Si vous travaillez moins, votre prime à la performance sera moindre.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

7.1 Introduction

7.2 Sources générales d'entrées monétaires des établissements de santé

7.3 Vérification des montants

7.4 Le versement des paiements aux établissements de santé

7.5 L'outil d'indice

7.6 Liens aux documents et outils

7.1 Introduction

Les entrées monétaires des établissements de santé proviennent de sources diverses, notamment du financement basé sur la performance (FBP). Dans un FBP, le renforcement des capacités nécessaires à une gestion intégrée et redevable de ces entrées par l'établissement de santé est crucial. L'outil d'indice aide le responsable de l'établissement de santé à gérer toutes les entrées et dépenses et à allouer une part des profits tirés de la rémunération à la performance à chacun des travailleurs de santé.

La corrélation entre les résultats et les ressources monétaires demande la présence de bonnes structures de redevabilité :

- Générer des données de bonne qualité sur les résultats, qui confirment que les résultats attendus ont bien été atteints.
- Introduire des dispositifs de redevabilité dans la gouvernance des fonds publics, ce qui favorise en retour l'implication de la société civile et des communautés.
- Utiliser les décaissements budgétaires comme indicateurs de mesure de la performance globale, ce qui permettra une évaluation comparative des prestataires.

7.2 Sources générales d'entrées financières d'un établissement de santé

Le FBP tient pour acquis que les fonds seront gérés par les établissements de santé. Les sources potentielles d'entrées monétaires d'un établissement de santé sont (a) les paiements directs ; (b) les soutiens financiers préétablis versés par le gouvernement ou des partenaires au développement, par exemple pour les salaires de base ou les frais d'exploitation ; (c) les revenus tirés des paiements en vertu de l'assurance-santé ; et (d) le versement des subventions du FBP ou les entrées monétaires en provenance d'autres sources. L'importance relative de chacune de ces entrées monétaires dépend largement du contexte.

Il faudra, tout particulièrement au moment de l'élaboration du FBP, déterminer les sources d'entrées monétaires actuelles et leur contribution respective aux revenus totaux d'un établissement de santé. Les scénarios potentiels vont de l'établissement qui ne reçoit aucune entrée monétaire formelle à celui qui a accès à des sources de revenus très diversifiées. Il est certain qu'idéalement, un établissement de santé devrait disposer d'un spectre bien diversifié de sources de revenus, auxquelles le FBP pourrait s'ajouter. Le FBP doit normalement avoir un effet démultiplicateur sur toutes les ressources productives : terrain, édifices, équipements, fournitures médicales, ressources humaines et finalement, entrées monétaires.

L'outil d'indice a été développé dans une perspective de gestion transparente des revenus monétaires. Cet outil aide à gérer toutes les sources d'entrées monétaires de façon intégrée.

7.3 Vérification des montants

Pour que les versements monétaires du FBP soient transférés à l'établissement de santé à la suite de la prestation de services de qualité, les montants dus doivent être vérifiés à différents niveaux (voir Encadré 7.1) Les sommes en cause sont vérifiées par les gestionnaires et le comité de l'établissement de santé, qui scrutent avec soin la facture avant son approbation (voir le modèle de facture d'un établissement de santé dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre).

- Les montants font l'objet d'une vérification mensuelle par le vérificateur de l'acheteur, qui contrôle directement auprès de l'établissement de santé la performance quantitative mentionnée aux registres et approuve la facture mensuelle (voir Chapitre 2).
- Les montants sont ensuite vérifiés trimestriellement lors des réunions des comités de pilotages provinciaux ou de district du FBP, qui valident alors la performance quantitative et qualitative et approuvent la facture consolidée au niveau du district.
- L'acheteur vérifie les montants à travers la conduite diligente de diverses procédures (comptes rendus des rencontres du comité de pilotage, signature et validation des factures des districts) qui lui permettent d'établir un ordre de paiement consolidé et de le soumettre au détenteur des fonds (voir le modèle de facture trimestrielle consolidée dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre).
- Les montants sont vérifiés au niveau du détenteur des fonds, qui transfère les montants en cause aux établissements de santé.

ENCADRÉ 7.1

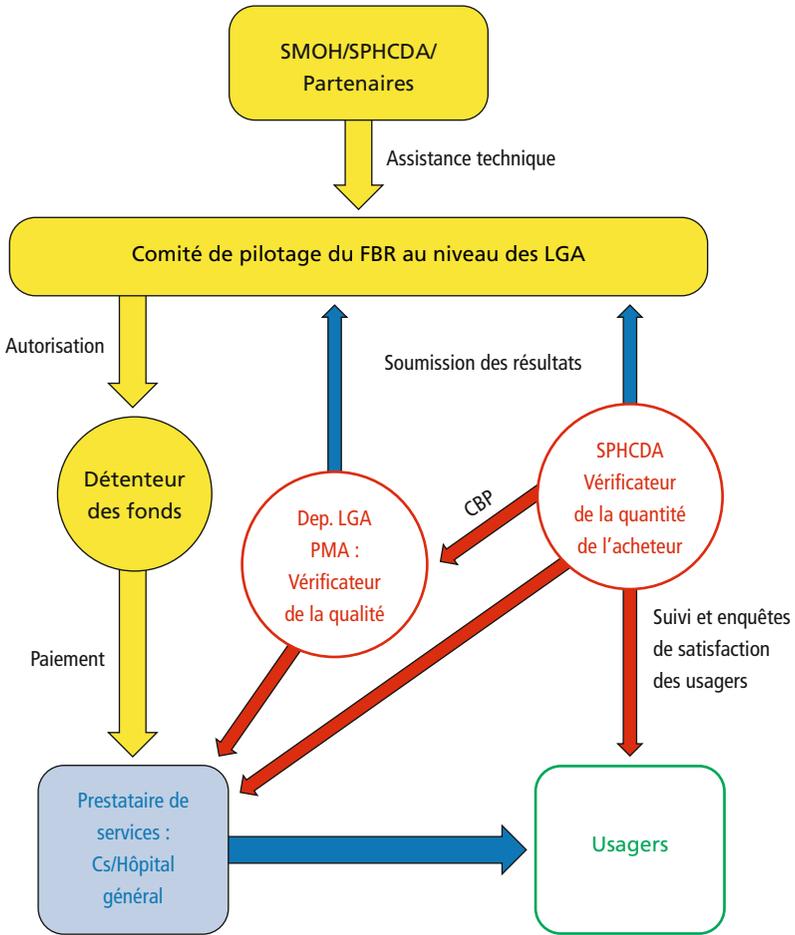
Processus décisionnel décentralisé sur les résultats du FBP au Nigéria

Dans le *State Health Investment Project* (Projet d'investissement étatique en santé) (NSHIP) du Nigéria, la prise des décisions relatives aux montants à payer a été décentralisée (voir Figure B7.1.1). Les autorités gouvernementales locales (*local government authority*) (LGA) – au niveau du district – ont chacune mis en place une entité dénommée Comité de pilotage du financement basé sur les résultats (FBR) du LGA. C'est à ce niveau décentralisé que les résultats de la performance quantitative (soit les montants à payer sur la base de la quantité de prestations) et de la performance qualitative (soit les montants à payer en vertu du score de qualité calculé chaque trimestre pour chaque établissement de santé) sont examinés avec soin. Une application Internet génère une facture trimestrielle consolidée pour chaque comité de pilotage du FBR de district. Lors des rencontres des comités de pilotage de district, les preuves de la performance réelle (les factures mensuelles originales et les résultats des évaluations qualitatives trimestrielles) sont comparées

(Suite de l'encadré page suivante)

aux factures de district générées par la base de données. Les comités de pilotage sont en fait les conseils de gouvernance du FBR. Ils comprennent des représentants des autorités locales, de la direction étatique du ministère de la Santé, de l'acheteur (l'agence étatique de développement des soins de santé primaires, *state primary health care development agency*) (SPHCDA) et de la société civile.

Figure 7.1.1 Modèle administratif du FBR du NSHIP



Source : Données de la Banque mondiale.
 Note : Cs = Centre de santé ; LGA = Autorité gouvernementale locale (*Local government authority*) ; NSHIP = *State Health Investment Project* du Nigéria ; CBP = Contrat basé sur la performance ; PMA = Paquet minimum d'activités ; FBP = financement basé sur la performance ; FBR = Financement basé sur les résultats ; SMOH = Direction étatique de la santé ; SPHCDA = Agence étatique de développement des soins de santé primaires.

La performance est ratifiée lors de ces rencontres décentralisées. Ensuite, les niveaux supérieurs (l'acheteur et le détenteur des fonds) entreprennent les procédures nécessaires avec la diligence appropriée.

7.4 Le processus de paiement des établissements de santé

Une fois que les parties se sont entendues sur les paiements basés sur la performance, les montants doivent être directement transférés du détenteur des fonds au compte de banque de l'établissement de santé. Les délais de rémunération de la performance doivent être réduits au minimum. Cependant, en pratique, la rémunération de la performance à travers des structures publiques de gestion financière peut s'avérer longue et fastidieuse, comme l'illustre l'Encadré 7.2.

Il faut, dans chaque FBP, formuler certaines des dispositions de paiement aux établissements santé, notamment :

- paiement initial de la performance ;
- fréquence des paiements ;
- absence de services bancaires ;
- justification de l'utilisation des fonds.

Paiement initial de la performance

Les personnels de santé pourraient devoir attendre longtemps leur premier paiement en vertu de la performance. Considérez cette question au moment de la

ENCADRÉ 7.2

Payer pour la performance au Burundi

Dans le FBP du Burundi, qui est fondé sur une approche d'achat quasi public, le versement des sommes dues en vertu de la performance peut demander 43 à 50 jours ouvrables. Les différents détenteurs des fonds (une dizaine au total dans le pays) utilisent différents cycles de paiement. Le cycle le plus long – soit 50 jours – est utilisé par le détenteur de fonds publics, qui défraie actuellement près de 70 % de l'ensemble des dépenses du FBP du Burundi. Le cycle de paiement de ce détenteur public des fonds passe par les étapes suivantes : (a) élaboration d'une facture relative au mois précédent par l'établissement de santé (5 jours) ; (b) vérification à la source de cette facture mensuelle par l'acheteur provincial (14 jours) ; (c) validation des données par l'acheteur provincial (une journée) ; (d) synthèse, compilation, et transmission avec diligence de l'ordre de paiement à la Direction générale des ressources (5 jours) ; (e) traitement diligent par la Direction générale des ressources et transfert de la demande de paiement au ministère des Finances (3 jours) ; (f) paiement du ministère aux établissements de santé (21 jours). Le paiement de la performance quantitative est mensuel. Chaque trimestre, le résultat du troisième mois est combiné à la prime additionnelle à la qualité calculée à partir de la qualité obtenue. Cependant, même si ce processus semble long, les procédures antérieures de remboursement des prestataires pour les services de soins de santé gratuits (pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans) pouvaient souvent demander jusqu'à six mois. Le temps de traitement a changé après la mise à l'échelle du FBP en avril 2010. Actuellement, le FBP du Burundi combine le versement des fonds dus en vertu du FBP avec celui des financements disponibles pour les services de santé gratuits sélectionnés.

mise à l'échelle d'un FBP. Les attentes des personnels pourraient être très élevées : ils ont travaillé fort à faire une différence, mais doivent attendre deux mois après la fin du premier trimestre pour recevoir leur premier paiement (soit cinq mois après le démarrage du programme). La longueur de ce délai initial peut générer un certain ressentiment. Deux méthodes permettent de contourner cette difficulté : (a) introduire des unités d'amélioration de la qualité et financer le plan d'affaires (voir le Chapitre 9) et (b) verser une somme forfaitaire à la fin du deuxième mois du premier trimestre de mise en œuvre du FBP (en vertu de la performance du trimestre précédent). Ce montant forfaitaire prouvera aux personnels que le FBP est bien réel et aidera à démarrer le cycle des paiements trimestriels (puisque la rémunération de la performance du premier trimestre sera effectuée au mois 5).

Fréquence des paiements

Il est préférable de procéder à des paiements trimestriels. Même s'ils peuvent être mensuels, comme au Burundi, il est probablement plus facile pour le dispositif d'effectuer des versements une fois par trimestre. L'outil d'indice n'aide pas seulement le gestionnaire de l'établissement de santé à répartir les primes à la performance de façon trimestrielle (en divisant la prime sur trois mois), mais aussi à effectuer une planification financière.

Absence de services bancaires

Certains établissements de santé ne peuvent avoir accès à des services bancaires formels. Cette absence d'institutions formelles constitue un obstacle pour le FBP, et des solutions innovantes seront souvent nécessaires, comme le démontre l'Encadré 7.3.

Justification de l'utilisation des fonds

La justification de l'utilisation des fonds fait partie intégrante des pratiques du FBP. Les établissements de santé utilisent, pour les fonds qu'ils manipulent, des registres de revenus et dépenses qui documentent les flux financiers quotidiens. L'état des revenus et dépenses trimestriel, qui fait partie de l'outil d'indice du FBP (voir ci-après) et le plan d'affaires de l'établissement sont utilisés par le comité de gestion de l'établissement de santé, l'agence d'achat et les équipes de gestion du district sanitaire (voir Chapitre 10). Les personnels de l'établissement de santé participent étroitement aux décisions relatives aux dépenses (combien et pourquoi). Les gestionnaires les informent régulièrement des résultats des évaluations de leurs performances individuelles et du versement des primes à la performance. Les personnels des établissements de santé sont également étroitement consultés lorsque des investissements qui demanderaient le renoncement à une partie ou à l'ensemble de leur prime à la performance sont considérés. Pour que les personnels agissent comme parties prenantes dans la santé financière de leur établissement de santé, il faut un travail d'équipe intensif, une transparence financière importante et une prise de décision partagée. Les établissements de santé peuvent faire l'objet d'audits financiers de routine par des représentants de l'administration publique.

ENCADRÉ 7.3**Acheminer l'argent aux établissements**

Cordaid, une organisation non-gouvernementale hollandaise gère depuis 2007 un projet FBP multisectoriel dans la province du Sud Kivu en République Démocratique du Congo. Dans cette région reculée, les établissements de santé ne pouvaient pas ouvrir de compte bancaire dans une institution formelle. Les seules succursales bancaires se trouvaient dans la capitale de la province, Bukavu. Cordaid s'est donc tournée vers les coopératives agricoles et les prêteurs de microcrédit. Même si ces organisations n'étaient pas des institutions bancaires, elles étaient enregistrées et constituaient des entités légitimes. Shabunda ne disposait même pas d'une coopérative agricole, ce qui a tout d'abord obligé Cordaid à manipuler de l'argent comptant dans une région non sécuritaire. Pour résoudre cette difficulté, les frais de démarrage d'une coopérative ont été financés (soit moins de 20 000 \$ EU). Aujourd'hui, Shabunda dispose d'une banque utilisée par les commerçants et l'agent d'achat. Depuis que ces dispositifs sont en place, les transferts d'argent entre l'agent d'achat et les établissements de santé ne posent aucun problème.

Au Tchad, un projet financé par la Banque mondiale emploie une agence d'achat de la performance, l'Agence Européenne pour le Développement et la Santé, (AEDES) qui assume la fonction d'achat au nom du gouvernement. La couverture en services bancaires est très faible au Tchad. Le FBP est mis en œuvre dans huit districts éloignés. Pour des raisons de sécurité, l'AEDES n'était pas prête à transporter de l'argent comptant depuis la banque jusqu'aux 120 établissements contractualisés. Initialement, l'AEDES craignait que l'absence de moyens d'acheminement ne constitue un obstacle majeur. En réalité, il y avait beaucoup plus d'options sur le terrain que ce que l'agence avait envisagé. Les agences de transferts d'argent, les institutions de microcrédit et les systèmes de paiement des organismes religieux étaient tous prêts à s'impliquer. Finalement, près de la moitié des établissements contractualisés ont ouvert un compte bancaire à l'*express union* – une agence locale de transferts monétaires qui a accepté d'ouvrir un compte séparé pour chaque établissement. L'autre moitié des établissements a choisi d'avoir recours aux services d'une institution de microcrédit (par exemple les caisses d'épargne et de retraite de Koumra, PARCEC, Moissala, et CECI Lai). Cinq établissements de santé (surtout des hôpitaux), ont opté pour l'ouverture d'un compte dans une banque formelle.

7.5 L'outil d'indice

L'outil d'indice est essentiellement un instrument de gestion financière qui aide le gestionnaire à : (a) gérer l'ensemble des revenus monétaires et des dépenses de l'établissement de façon holistique et intégrée ; (b) générer un instantané résumé des états de revenus et dépenses de l'établissement de santé, ce qui en fait également un outil de planification budgétaire ; et (c) allouer de façon transparente aux travailleurs de santé les primes à la performance individuelle.

Cet outil d'indice existe sous format papier et sous Microsoft Excel (voir Encadré 7.4). Pour des directives sur son utilisation sous Microsoft Excel, voir le document qui explique ses fonctions dans les liens mentionnés à la fin du chapitre. Le format sous Microsoft Excel est généralement utilisé par les

ENCADRÉ 7.4**Les trois outils du FBP des établissements de santé**

L'outil d'indice fait partie des trois outils du FBP dont disposent les établissements de santé, soit : (a) le plan d'affaires ; (b) l'outil d'indice ; et (c) l'évaluation mensuelle de la performance individuelle des travailleurs de santé. Il serait certainement plus facile de présenter ces outils ensemble au Chapitre 10, qui s'intitule « Améliorer la gestion de l'établissement de santé » mais, en raison de la nature de l'outil d'indice, il est plutôt abordé ici.

établissements plus importants qui ont accès à l'électricité et aux ordinateurs. La forme papier est surtout employée dans les plus petits établissements tels que les centres de santé.

L'outil d'indice sur support papier

Il y a plusieurs variantes d'outils d'indice. L'exemple retenu ici a été tiré de l'expérience du Nigéria (voir les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre). L'outil nigérian compte quatre sections :

- a. Revenus et dépenses du dernier trimestre : états financiers trimestriels.
- b. Revenus et dépenses du dernier mois et des revenus et dépenses mensuels projetés pour le prochain trimestre.
- c. Budget consacré aux primes à la performance ; valeur des points et primes à la performance mensuelle.
- d. Valeur indiciaire individuelle et primes.

Revenus et dépenses du dernier trimestre : états financiers trimestriels

La première partie de l'outil d'indice liste les revenus monétaires de l'établissement de santé et spécifie la provenance des entrées monétaires au cours du trimestre précédent. Il répartit de façon détaillée dans les différentes catégories les dépenses de l'établissement au cours du même trimestre, puis établit le solde bancaire. On trouvera un exemple de cet instrument au Tableau 7.1.

Dans cet exemple, les entrées monétaires du dernier trimestre se sont élevées à 771 055 ₦ et les dépenses à 771 055 ₦. Cet état des revenus et dépenses est également mentionné à la rubrique financière de la *check-list* de la qualité (voir Chapitre 3).

Les observations suivantes peuvent être faites :

- Au cours du dernier trimestre, l'établissement de santé a reçu un paiement FBP de 427 980 ₦. (Ce versement est en fait dû à la performance du trimestre précédant le trimestre concerné, parce que les paiements FBP ne sont effectués qu'une fois par trimestre et que leur traitement demande environ deux mois.) Outre le FBP, les entrées monétaires mentionnées dans cet exemple proviennent des paiements directs des utilisateurs. Plusieurs autres catégories de revenus n'ont généré aucune entrée monétaire, par exemple les subventions du gouvernement et autres sources de financement.

Tableau 7.1 Exemple d'état financier trimestriel

État trimestriel des opérations financières			Trimestre/année		
N_R	Catégories de revenus	Revenus (₦)	N_D	Catégories de dépenses	Dépenses (₦)
1	Recouvrement des coûts (paiements directs d'utilisateurs)	242 550	9	Salaires	0
2	Recouvrement des coûts (dispositifs de prépaiement)	0	10	Primes à la performance	140 000
3	Salaires du gouvernement/autres sources	0	11	Médicaments et consommables médicaux	195 000
4	Subventions du FBP versées par les détenteurs des fonds	427 980	12	Subventions pour sous-traitances	0
5	Contributions d'autres sources	0	13	Frais de nettoyage et de bureau	50 000
6	Autre	0	14	Frais de transport	46 200
7	Encaisse	55 525	15	Marketing social	24 855
8	Solde bancaire au début du trimestre	45 000	16	Réhabilitation de l'infrastructure	150 000
	Revenu total	771 055	17	Équipement et mobilier	150 000
			18	Autre	15 000
			19	Montants mis en réserve (argent disponible + solde bancaire à la fin du trimestre)	0
				Dépenses totales	771 055
				Solde (revenu total – dépenses totales)	0

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : N_D = nombre de dépenses ; N_R = nombre de revenus ; FBP = financement basé sur la performance ; ₦ = Naira

- Le revenu pour salaires a été établi à zéro, parce que ces derniers sont versés directement aux travailleurs et ne sont par conséquent pas comptabilisés dans cet état des revenus et dépenses. Si une partie ou l'ensemble des salaires était versé à l'établissement de santé, par exemple si la gestion des ressources humaines était décentralisée aux établissements, alors cette entrée monétaire destinée aux salaires figurerait sous la catégorie de revenu appropriée de la feuille indicelle.
- Si l'on considère les dépenses, seulement 140 000 ₦ ont été investis ici dans les primes à la performance. Or, au Nigéria, le FBP permet d'allouer 50 % des revenus qu'il génère, soit 213 990 ₦ (427 980 ₦/2) au versement des primes à la performance. Cependant, les gestionnaires de cet établissement ont décidé pour une raison quelconque d'investir davantage dans la réhabilitation de l'infrastructure (150 000 ₦) et l'acquisition d'équipement et de mobiliers (150 000 ₦).
- L'établissement a tiré 242 550 ₦ des paiements directs, mais n'a dépensé que 195 000 ₦ en médicaments et consommables médicaux. Il est probable

que cet établissement de santé utilise un fonds renouvelable de médicaments basé sur le modèle de Bamako. Le personnel sanitaire a certainement été formé et dispose probablement de conseils systématiques sur la compréhension des liens entre une prescription rationnelle de médicaments génériques (à plus faible coût pour l'utilisateur) et une utilisation accrue (réduction des obstacles financiers à l'accès aux services), elle-même porteuse de revenus supplémentaires en vertu du FBP (qui cible surtout les services préventifs).

- La catégorie « marketing social » fait état des dépenses liées à la sensibilisation (vaccination, moustiquaires imprégnées, construction de latrines, campagnes d'information, éducation et communication, etc.).
- La catégorie « subventions pour sous-traitance » permet à l'établissement de payer un sous-traitant. Dans cet exemple du dispositif nigérian, le détenteur principal du contrat en vertu du FBP est autorisé à sous-traiter certains services à d'autres prestataires de santé (publics ou privés), ce qui lui permet de réclamer leur performance lors de sa facturation mensuelle. Dans l'exemple présenté ici, l'établissement n'a pas encore commencé la sous-traitance.
- Dans ce projet FBP nigérian en particulier, les données des états trimestriels des revenus et dépenses, qui sont collectées à travers les *check-lists* de la qualité, sont saisies dans l'application Internet. Elles seront utilisées dans les résumés et analyses comparatives.

Revenus et dépenses du dernier mois et revenus et dépenses mensuels projetés au cours du prochain trimestre

La seconde section de l'outil d'indice permet de compléter le tableau des revenus et dépenses planifiés au cours du trimestre à venir. Cette section comprend deux tableaux : le premier sert aux revenus, l'autre aux dépenses. Les gestionnaires de l'établissement connaissent la performance quantitative des trois derniers mois (les factures quantitatives mensuelles précédentes ont déjà été complétées). Ainsi, s'il connaît son score de qualité, l'établissement est en mesure de prédire de façon relativement exacte les montants que lui versera le FBP au cours du prochain trimestre. En outre, l'établissement peut utiliser ces tableaux dans sa planification financière générale. On trouvera au Tableau 7.2 un exemple du calcul des revenus projetés (basé sur des chiffres fictifs).

Les éléments suivants du volet revenus méritent d'être soulignés :

- Les entrées monétaires du dernier mois servent d'indication tendancielle. Les influences saisonnières ont été prises en considération. Les entrées peuvent en effet être plus élevées au cours de la saison des pluies qu'au cours de la saison sèche en raison du nombre important de patients qui consultent pour paludisme ou diarrhées.
- Dans le cas des subventions du FBP, le tiers du revenu reçu en vertu du FBP pour le trimestre précédent est considéré (soit le montant alloué au paiement des primes à la performance pour le mois considéré). Les primes sont payées une fois par mois, mais les revenus tirés du FBP ne sont versés qu'une fois par trimestre.

Tableau 7.2 Exemple de revenus passés et projetés

Revenus	Revenus au cours du dernier mois (₦)	Revenus projetés au cours du prochain trimestre (₦)
Recouvrement des coûts (paiements directs d'usagers)	80 850	350 000
Recouvrement des coûts (dispositifs de prépaiement)	0	0
Salaires du gouvernement/autres sources	0	0
Subventions du FBP versées par le détenteur des fonds	142 660	600 000
Contributions d'autres sources de financement	0	0
Autre	0	0
Encaisse	55 525	xxxxxx
Solde bancaire à la fin du trimestre	45 000	100 000
Total	324 035	1 050 000

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : FBP = Financement basé sur la performance ; ₦ = Naira

- Sur la base de la performance du trimestre antérieur, l'établissement s'attend à recevoir 600 000 ₦ du FBP.
- L'établissement a budgétisé 100 000 ₦ qu'il compte mettre en réserve.

Le Tableau 7.3 présente les dépenses passées et projetées.

Tableau 7.3 Exemple de dépenses passées et projetées

Dépenses	Dépenses du mois précédent (₦)	Dépenses projetées au prochain trimestre (₦)
Salaires	0	0
Primes à la performance	47 000	300 000
Médicaments et consommables médicaux	100 000	300 000
Subvention de sous-traitances	0	0
Frais de nettoyage et de bureau	35 000	60 000
Coûts de transport	30 000	65 000
Marketing social	17 000	50 000
Réhabilitation de l'infrastructure	100 000	50 000
Équipement et mobilier	75 000	100 000
Autre	15 000	25 000
Montants mis en réserve	0	100 000
Total	419 000	1 050 000

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : ₦ = Naira

Les éléments suivants du volet dépenses méritent d'être soulignés :

- Aucun salaire n'est versé. Dans cet établissement de santé, seuls les fonctionnaires reçoivent directement leur salaire.
- L'établissement de santé prévoit de verser 300 000 ₦ en primes à la performance, soit 50 % des revenus perçus en vertu du FBP, un montant qui correspond au plafond autorisé par le FBP nigérian. L'établissement pourrait

décider de dépenser moins en primes à la performance – comme il l’a fait au cours du trimestre précédent – mais il ne peut dépasser les 50 % autorisés.

- Le revenu projeté est égal à la dépense projetée.

Budget consacré aux primes à la performance ; valeur des points et primes à la performance mensuelles

Dans la troisième section de l’outil d’indice (voir Tableau 7.4) le gestionnaire doit consigner les informations suivantes :

- Il indique sur la première ligne le budget en primes à la performance attendu pour le trimestre à venir (soit 600 000 ₺). Cette composante est désignée par **(a)**.
- Il indique à la deuxième ligne le nombre de points indiciels obtenus par l’ensemble du personnel disponible au cours du dernier trimestre. Cette composante est désignée par **(b)**.
- À la troisième ligne, la valeur des points (**vp**) attendus au cours du prochain trimestre est calculée en divisant **(a)/(b)**. Dans cet exemple, **(vp)** = 454 ₺. La valeur des points est exprimée en monnaie locale.
- À la quatrième ligne, la valeur mensuelle des points (**pm**) est établie : **(vp)/3** = 151 ₺. Ce calcul indique que pour chacun des mois du prochain trimestre, un point vaut 151 ₺. Par conséquent, si une infirmière ou une sage-femme travaille bien et que sa performance mensuelle est évaluée à 100 %, il ou elle aura droit à 90 (indice pour une infirmière) \times 151 (**pm**) = 13 590 ₺ en prime à la performance pour le mois en cause. (Voir le Chapitre 10 sur les questions d’évaluation de la performance individuelle.) En revanche, si la performance mensuelle de cette infirmière ou sage-femme est évaluée à 50 %, il ou elle aura droit à $90 \times 50 \% \times 151$ (**pm**) = 67 950 ₺.
- Pr conséquent, cet instrument ne permet pas seulement de répartir au cours des trois mois considérés les versements trimestriels du FBP à l’établissement, mais également d’allouer à un travailleur de santé individuel une part de l’ensemble de la prime à la performance versée.

Tableau 7.4 Exemple de budgétisation des primes à la performance versées aux employés

Composante budgétaire	Naira ou points	Naira (₺) ou points
Budget des primes à la performance pour le prochain trimestre (a)	600 000	₺
Nombre de points pour l’ensemble du personnel au cours du dernier trimestre (b)	1 320	points
Valeurs en points (vp) au cours du prochain trimestre = (a)/(b)	454	₺
Valeur maximum en points par mois (pm) = (vp)/3	151	₺
Prime mensuelle à la performance individuelle = (% du score de performance individuelle (p)) \times (valeur indicielle individuelle (i)) \times (pm)		₺

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : VP = valeur en points ; PM = par mois ; p = % du score de performance individuelle ; i = valeur indicielle individuelle.

Assumons par exemple que le personnel de l'établissement considéré détient 1 320 points. Tel qu'illustré au Tableau 7.5, chaque catégorie de personnel de santé a sa valeur indicielle spécifique. Le responsable de l'établissement vaut 100 points, ce qui indique qu'il s'agit d'un personnel plus indispensable alors qu'un chargé d'entretien vaut 10 points et est par conséquent moins essentiel. Le nombre total de points pour l'ensemble des personnels présents au cours du dernier trimestre (un nombre qui peut fluctuer) est, comme indiqué plus haut, de 1 320 points. La valeur de l'indice individuel sera donc équivalente, quel que soit le montant en cause, à 100/1 320 pour le responsable de l'établissement et à 10/1 320 pour un chargé d'entretien ou un garde de sécurité. Les indices peuvent être adaptés à la situation locale. Dans le Tableau 7.5, il y a de nombreux gardes de sécurité et chargés d'entretien (20). Le fait de leur donner une valeur indicielle plus faible permet que plus de points alloués à la prime à la performance soient accordés aux personnels plus indispensables.

Tableau 7.5 Exemples de valeur indicielle des employés

N°	Catégories de travailleurs de santé	Valeurs de l'indice Cs de Samina	Nb personnels du Cs de Samina	Points
1	Responsable d'établissements	100	1	100
2	Chargé de santé communautaire	80	2	160
3	Infirmière et sage-femme	90	3	270
4	Vulgarisateur en santé communautaire	60	4	240
5	Technicien	60	3	180
6	Vulgarisateur en santé communautaire junior	25	2	50
7	Aide en salle et assistant	20	6	120
8	Garde de sécurité et chargé d'entretien	10	20	200
Total				1 320

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : Cs = centre de santé ; Nb = nombre.

Valeur indicielle individuelle et primes

La valeur indicielle individuelle est consignée au contrat de motivation que chaque travailleur de santé signe avec le comité de santé de l'établissement (voir Chapitre 10). Dans le FBP Nigérian, les règles sont les suivantes :

- L'outil d'indice utilise : (a) la valeur maximale de points attribuée à chaque membre du personnel par son contrat de motivation (voir Chapitre 11) ; (b) l'évaluation de la performance individuelle de chaque personnel (voir Chapitre 10) ; et (c) la valeur des points estimés pour le trimestre à venir obtenue à partir du budget des primes à la performance aux employés (voir le Tableau 7.4, ligne 3).
- Au cours du chaque mois du trimestre subséquent, les membres du personnel font l'objet d'une évaluation de la performance individuelle (voir Chapitre 10). Le score est inscrit dans un registre réservé à cet effet.

- Les scores indiciels sont discutés avec l'équipe de gestion de l'établissement et présentés au comité de santé de l'établissement.
- Chaque mois, avant le milieu du mois suivant et après vérification par le comité de santé de l'établissement, les personnels reçoivent leur prime à la performance variable.
- Les travailleurs qui ne travaillent pas au cours du mois au cours duquel la prime est versée (par exemple parce qu'ils ont quitté l'établissement et ne travaillent plus) n'ont pas droit à la prime à la performance.
- Les montants alloués aux primes qui n'ont pas été dépensés sont automatiquement versés au fonds de réserve.
- Les gestionnaires de l'établissement se réservent le droit, en collaboration étroite avec le comité de santé de l'établissement, d'investir dans l'infrastructure ou l'acquisition d'équipements au lieu de verser des primes à la performance. La décision devrait être endossée par la majorité du personnel.

L'outil d'indice se termine par une liste de tous les membres du personnel avec leurs valeurs indicielles respectives et les résultats des évaluations mensuelles de la performance individuelle (voir Tableau 7.6).

Liens aux documents et outils

Les fichiers suivants de la Boîte à outils sont accessibles à travers le lien suivant : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter07>

- Modèle de facture mensuelle par un établissement de santé
- Modèle de facture trimestrielle d'un comité de pilotage FBP de district
- Outil d'indice nigérian
- Outil d'indice sur Microsoft Excel
- Document explicatif des fonctions de l'outil d'indice sur Microsoft Excel

Tableau 7.6 Valeurs indicielles consolidées et évaluations de la performance des employés

N°	Nom, prénom	Indice	Valeur_ Points_mois	%_Eval._ Perform.	Prime _ brute	Taxes	Prime _ nette
		(i)	(pm)	(p)	(pb) = (i) × (p) × (pm)	(t)	(pb) – (t)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
Total (b)							

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : i = valeur indicielle individuelle ; N° = nombre ; p = % du score individuel de performance ; pb = prime à la performance ; pm = valeur en. Par mois ; t = taxes.



Cadres de performance pour administrations de la santé : inciter à la régulation

PRINCIPAUX MESSAGES

- Les administrations FBP devraient travailler avec des cadres de performance.
- Les cadres de performance sont axés sur les fonctions clés qui sont du ressort de l'administration de la santé et sont déterminantes pour l'atteinte des résultats du FBP au niveau de l'établissement de santé : assurer une supervision soutenante régulière ; appliquer chaque trimestre la *check-list* de la qualité ; organiser le renforcement des capacités sur des questions spécifiques ; maintenir le dispositif d'approvisionnement en vaccin ; veiller à l'hygiène dans les autres secteurs, notamment dans les hôtels et les marchés ; veiller au bon fonctionnement du secteur pharmaceutique ; et agir en tant que secrétariat du comité de pilotage FBP de district.
- Les récompenses financières liées au cadre de performance doivent être suffisamment élevées pour couvrir la rémunération de la performance individuelle et les frais récurrents.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

- 8.1 Introduction : les raisons justifiant l'application de cadres de performance FBP aux administrations de la santé
- 8.2 Cadres de performance pour administrations sanitaires : leur fonctionnement
- 8.3 Quels cadres de performance faut-il inclure et qui les évalue ?

8.4 Combien faut-il budgétiser pour un cadre de performance FBP ?

8.5 Liens aux documents et outils

8.1 Introduction : les raisons justifiant l'application de cadres de performance FBP aux administrations sanitaires

Les cadres de performance pour administrations sanitaires sont une composante essentielle du financement basé sur la performance (FBP). Ils facilitent l'implication régulatrice de ces administrations sanitaires dans le FBP. Les cadres de la performance sont axés sur les fonctions clés qui relèvent de la responsabilité des administrations sanitaires – supervision soutenante, *check-list* de la qualité et secrétariat des comités de pilotage FBP de district – et sont déterminants dans l'atteinte des résultats du FBP au niveau de l'établissement de santé. Il est essentiel que les récompenses financières liées au cadre de performance soient suffisamment élevées pour couvrir la rémunération de la performance individuelle et les frais récurrents.

Ce chapitre aborde le contexte entourant l'application de ces cadres de performance. Il indique comment ils doivent être élaborés et l'ampleur des montants nécessaires. Le contenu d'un cadre de performance moyen est illustré. À travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre, vous pourrez avoir accès à des exemples précis du Burundi, du Nigéria, du Rwanda et de la Zambie.

8.2 Cadres de performance pour administrations sanitaires : leur fonctionnement

Les agences d'achat utilisent les cadres de performance pour évaluer le niveau de performance des entités administratives. Ces dernières, qu'elles soient de niveau central, régional ou de district, peuvent être rémunérées pour leur performance si elles mènent à bien certaines tâches spécifiques.¹ Les cadres de performance sont définis par des contrats (pour les contrats voir le Chapitre 11) où des montants sont associés aux différents résultats.

Dans les tous premiers FBP pilotes du Rwanda (2002-2005), les cadres de performance servaient à l'implication des gestionnaires des districts sanitaires. Ces derniers étaient rémunérés en fonction du niveau de complétude de tâches préconvenues, telles que la supervision soutenante, la formation, la coordination et, dans certains cas, l'application de la *check-list* de la qualité.

Ce dispositif a été démantelé lors du passage d'une approche basée sur un acheteur privé (organisation non gouvernementale (ONG), ou agence bilatérale du FBP pilote où l'acheteur agit également comme détenteur des fonds) à un dispositif d'acheteur public dans lequel les fonds étaient gérés à travers le ministère des Finances. Le concept voulant que les personnels administratifs de santé

reçoivent une récompense financière pour des tâches qui relevaient directement de leurs mandats a rencontré une vive opposition.

Avec ce nouveau régime, les modalités de rémunération de la performance de plusieurs établissements de santé ont connu des difficultés importantes. Les unités administratives chargées de procéder à la vérification quantitative et d'appliquer la *check-list* de la qualité ne jouaient pas leur rôle. Elles accumulaient les retards et n'accomplissaient pas leurs tâches. Les établissements de santé, qui ne recevaient par conséquent aucun montant, ont commencé à protester. Finalement, il a été décidé d'appliquer un paiement à la performance au sein du système d'administration publique (voir Encadré 8.1).

ENCADRÉ 8.1

Le besoin de cadres de performance : un apprentissage difficile

En 2006, le modèle rwandais FBP mis à l'échelle utilisait une approche d'acheteur public. Les contrats d'achat étaient signés entre les maires de district – au nom du ministère de la Santé – et les établissements de santé. Les administrations décentralisées au niveau du district qui relevaient du ministère de l'Administration locale, ont été chargées de procéder à la vérification mensuelle de la quantité pour le FBP. Les hôpitaux de district, logés au ministère de la Santé, ont été chargés de l'application trimestrielle de la *check-list* de la qualité à chaque établissement contractualisé. En outre, les hôpitaux de district devaient participer aux revues par les pairs qui évaluaient leur performance qualitative respective. Un comité de pilotage de district devait se rencontrer chaque trimestre pour valider les résultats et faire le suivi de la performance rapportée.

Au début, rien n'a bien fonctionné. Les membres de l'administration locale devaient être transportés en voiture par les ONG de soutien à l'établissement de santé afin de pouvoir procéder aux vérifications mensuelles. Les personnels prétendaient n'avoir ni voiture, ni carburant. Le personnel hospitalier était réticent à l'idée de compléter les *check-lists* de la qualité, y parvenait difficilement et gonflait les résultats pour couvrir ses incompétences. Les évaluations par les pairs des différents hôpitaux n'étaient pas menées dans des délais raisonnables.

Avec le temps, plusieurs solutions ont été adoptées. Dans le cas des hôpitaux, la participation selon les échéanciers au processus d'évaluation par les pairs et l'application en temps voulu de la *check-list* de la qualité au centre de santé ont été intégrées à la carte de pointage équilibrée de l'hôpital où un indice substantiel leur a été attribué (avec conséquences financières). L'administration de district a été poussée à l'action à travers les contrats *Imihigo* – soit entre le Président du Rwanda et les maires – qui spécifiaient certains des indicateurs de performance liés à la santé. Les administrations des districts sanitaires ont rapidement apporté des correctifs et alloué des fonds à la conduite de la vérification quantitative mensuelle. Finalement, les comités de pilotage FBP de district ont été dotés d'un cadre de performance qui récompensait les procédures correctes et respectueuses des calendriers. Par exemple, les rapports des réunions du comité, accompagnés de la facture consolidée du district dûment signée devaient être acheminés au niveau central avant la date fixée (le 10^e jour du 5^e mois). Même si la rémunération financière des comités de pilotage de district n'était pas très élevée, ce système de critères, de compétition et dénonciation/condamnation a favorisé une excellente adhésion aux directives.

8.3 Quels cadres de performance faut-il inclure et qui les évalue ?

Les cadres de performance des FBP mesurent et récompensent des tâches objectivement vérifiables liées au renforcement du dispositif. L'administration du district sanitaire est bien placée pour mener à bien ces tâches systémiques, notamment :

- L'application de la *check-list* de la qualité aux centres de santé (voir Chapitre 3).
- Les fonctions liées au secteur pharmaceutique et aux pharmacies de district.
- Le contrôle de l'hygiène à différents niveaux – ménages, hôtels, bars, marchés et élimination des déchets par les autorités urbaines.
- La coordination générale et le renforcement des capacités.
- La gestion du secrétariat du comité de pilotage FBP de district.
- La supervision formative ou l'appui-conseil lié au plan d'affaires ; outil d'indice.
- La coordination du dispositif d'approvisionnement en vaccins.

On trouvera un exemple générique de cadre de performance au Tableau 8.1. Cet exemple peut être adapté à des besoins spécifiques. Il illustre le fait qu'en tant que concepteur de FBP, il faut prendre soin d'utiliser des mesures de performance objectivement vérifiables. Spécifiez la nature des pièces justificatives requises et formulez très clairement les sous-critères. Une pondération doit être accordée à chaque indicateur. Les pondérations peuvent être adaptées en fonction de l'accent porté à une activité en particulier et de la performance afférente exigée. L'utilisation de contrats clairs permet, à chaque fin de trimestre, de juger et d'étalonner la performance de l'administration d'un district par rapport aux autres.

La performance des administrations est généralement mesurée une fois par trimestre. Dans la majorité des cas, l'évaluation est menée par le personnel de l'agence d'achat. D'autres modalités peuvent être suggérées, pourvu que les conflits d'intérêts soient évités. La performance peut-être validée par les comités de pilotage FBP de district, qui constituent une excellente plate-forme de discussion ouverte et garantissent une certaine transparence. Dans la pratique, les systèmes de compétition sur les critères et de dénonciation/condamnation ont eu une influence importante sur la performance des personnels de l'administration du district sanitaire. Les revenus associés aux cadres de performance constituent de bons *stimuli* et facilitent la mise en œuvre concrète du travail. En outre, les administrateurs de la santé sont souvent confrontés à des priorités concurrentes, par exemple la participation à des formations pour lesquelles des *per diem* sont versés. Les cadres de performance du FBP aident le personnel à se concentrer sur les tâches qui sont essentielles au fonctionnement du FBP. Ils offrent simultanément d'excellents outils que les directeurs du district sanitaire peuvent employer pour la gestion et l'orientation de leurs personnels.

Tableau 8.1 Exemple de cadre de performance

N°	Mesure de la performance	Source des données	Critères de validation	Pondération
1	50 % des centres de santé ont été supervisés au moins une fois par trimestre	Rapport de supervision. Formulaire de demande de déplacement approuvé et signé. Formulaire de déplacement cosigné par le directeur des établissements visités.	Rapport de supervision disponible auprès des administrations de districts sanitaires. Au moins 50 % de tous les centres de santé ont été supervisés au cours du dernier trimestre, ces derniers sont différents de ceux visités au cours du trimestre précédant le trimestre évalué. Ces visites de supervision ont un caractère formatif et ne sont pas les mêmes que les visites d'audit de la quantité ou de la qualité. Les rapports devraient mentionner les dates et au minimum, un résumé des constats et des interventions relatives à chaque visite. Si l'un des critères n'est pas satisfait : 0 point	15
2	Au moins deux rencontres mensuelles avec les centres de santé FBP aux bureaux de l'administration du district sanitaire au cours du dernier trimestre	Compte rendu de la rencontre. Liste des participants.	Chacun des deux rapports de rencontre doit comprendre les éléments suivants : - la date et l'heure sont indiquées ; - l'agenda est disponible ; - la liste signée des participants est disponible. Discussions sur les contenus des derniers rapports mensuels des centres de santé sur la base des rapports imprimés (depuis la base de données du SGIS). Suivi des recommandations et des tâches mentionnées lors de la rencontre précédente. Points d'action énumérés et attribution de tâches. Si un seul critère n'est pas satisfait : 0 point ; 5 points par rencontre valide en fonction des critères	10
3	Au moins une demi-heure de formation sur un sujet spécifique au cours des rencontres mensuelles avec les personnels des centres de santé	Comptes rendus des rencontres. Liste des participants.	Les principaux points sont mentionnés au compte rendu de la rencontre : - objectifs de la formation ; - courte description de la session en fonction du protocole national disponible. Si les deux critères ne sont pas satisfait : 0 point	5
4	Rapports mensuels SGIS des centres de santé intégrés à la base de données SGIS et imprimés	Rapports cumulatifs mensuels SGIS des centres de santé imprimés. Données disponibles dans la base de données du SGIS. Rapports SGIS des centres de santé (originaux).	Les rapports SGIS des centres de santé imprimés sont disponibles et classés dans un dossier spécifique. Les rapports SGIS des centres de santé originaux sont disponibles et classés dans les dossiers spécifiques du centre de santé au niveau de l'administration du district sanitaire. Tous les rapports SGIS des centres de santé du district sont disponibles. Si l'un ou plusieurs critères ne sont pas satisfait : 0 point	5

N°	Mesure de la performance	Source des données	Critères de validation	Pondération
5	Calendrier mensuel d'activités disponible	Calendrier d'activités	La planification des activités mensuelles est disponible et décrit clairement les activités prévues avec des dates de début et de fin. Le calendrier d'activités du mois en cours est affiché à la vue de tous sur les murs des bureaux de l'administration du district sanitaire. Si l'un ou les deux critères ne sont pas satisfaisants : 0 point	5
6	Participation aux réunions trimestrielles du comité de pilotage FBP de district	Compte rendu de la réunion du comité de pilotage du FBP de district. Liste des participants.	La réunion du comité de pilotage FBP de district s'est déroulée avant la fin du 4 ^e mois. Le secrétariat du comité de pilotage FBP de district a été assuré conformément aux procédures. Les changements éventuels au compte rendu de la réunion précédente ont tous été inclus. Il y a eu présentation et discussion du compte rendu de la rencontre précédente du comité de pilotage FBP de district. Les comptes rendus ont été transmis par courriel à toutes les parties cinq jours calendaires avant la tenue de la réunion. Les discussions et la validation éventuelle des factures trimestrielles consolidées préparées en vertu du FBP (une par mois par Cs contractualisé) ont eu lieu au cours de la réunion du comité de pilotage FBP de district. La réunion a fait l'objet d'un quorum légal tel que défini dans l'accord avec le comité de pilotage FBP de district. Si l'un ou plusieurs critères ne sont pas satisfaisants : 0 point	20
7	Les évaluations trimestrielles de la qualité de la performance de tous les centres de santé contractualisés en vertu du FBP ont été effectuées.	Check-lists de la qualité des centres de santé complétées. Formulaires de demande de déplacement signés et approuvés.	Toutes les évaluations de la performance qualitative des centres de santé du dernier trimestre ont été menées avant la fin du 4 ^e mois et l'évaluation a été complétée avant la tenue de la réunion du comité de pilotage FBP de district, à l'aide des check-lists réservées à cet effet. Les check-lists de la qualité des prestations des centres de santé (toutes les cases ont été complétées) sont adéquatement complétées, y compris la section recommandations. Toutes les check-lists de la performance des centres de santé ont été correctement archivées dans un dossier spécifique. Si l'un ou plusieurs critères ne sont pas satisfaisants : 0 point	40

(Maximum 100 points) Grand Total

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : SGS = Système de gestion de l'information sanitaire ; N° = nombre ; FBP = Financement basé sur la performance.

8.4 Combien faut-il budgétiser pour les cadres de performance FBP ?

Le budget réservé aux cadres de performance de FBP doit être suffisant. Le montant exact dépendra du contexte. En règle générale, considérez les coûts habituellement nécessaires à la conduite de la supervision et l'ampleur des revenus additionnels susceptibles d'inciter le personnel du district sanitaire à accomplir les tâches liées au FBP. Le personnel de l'administration dispose peut-être déjà des moyens de transport nécessaires à la supervision. Cependant, il faut également considérer l'entretien du véhicule, l'absence de fonds pour le carburant, ou encore les automobiles ou motocyclettes utilisées pour d'autres services. Les personnels du district sanitaire ont souvent des priorités concurrentes puisque leurs revenus tendent à être faibles et ne suffisent pas à assurer leur subsistance.

Dans plusieurs pays, les opportunités de visite des centres de santé sont nombreuses en raison de la présence de programmes verticaux parallèles qui ont leur propre structure budgétaire et de *per diem*. Les revenus qui peuvent être tirés du FBP pousseront les personnels du district sanitaire à utiliser les ressources existantes de façon plus efficace (voir Encadré 8.2).

Liens aux documents et outils

De brèves études de cas et des exemples de cadres de performance sont disponibles *via* cette adresse Internet : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter08>.

ENCADRÉ 8.2

Une seconde mise à l'échelle au Burundi : appliquer les enseignements tirés du Rwanda

Les enseignements tirés au cours de la mise à l'échelle du FBP du Rwanda et de l'adoption d'un dispositif de gestion par le secteur public ont été appliqués au Burundi dès la conception de la mise à l'échelle du FBP (2009-2010).

Au Burundi, l'incitation des administrations de la santé a été appliquée dès les tout débuts et aux niveaux du district, de la province et central (où une unité du ministère de la Santé gère le FBP). Les modalités incitatives appliquées au niveau central ont généré beaucoup d'intérêt chez les différents partenaires et ont favorisé le dialogue politique sur la réforme de la fonction publique du ministère de la Santé. Cette expérience constitue un bon exemple d'apprentissage Sud-Sud et de l'application de pratiques optimales.

L'incitation des administrations de santé publique à travers l'application de cadres de performance basés sur les résultats a été intégrée à l'approche de renforcement du FBP. Elle fait partie des pratiques optimales de mise à l'échelle d'un FBP à travers les mécanismes du marché intérieur.

- Rwanda :
 - Comité de pilotage FBP de district au Rwanda.
 - Comité de pilotage sectoriel FBP au Rwanda.
 - Unité centrale de soutien au FBP du Rwanda (Cellule d'Appui à l'Approche Contractuelle, CAAC).
- Burundi :
 - Cellule technique nationale de soutien au FBP au Burundi (CTN).
 - Comité provincial de vérification et de validation du Burundi (CPVV).
 - Bureau provincial de la santé du Burundi.
 - Bureau du district sanitaire du Burundi.
- Zambie :
 - Équipe-cadre de district sanitaire de la Zambie.
- Nigéria :
 - Autorités gouvernementales locales chargées du département des soins de santé primaire du Nigéria.

Note

1. Les systèmes administratifs de santé diffèrent d'un pays à l'autre et s'articulent par préfecture en République Centrafricaine, par district dans les pays anglophones ; par province au Burundi ; et par département en République du Congo.



Partie 2

Structures de conception et problématiques



Investissements pour aider les établissements de santé à démarrer

PRINCIPAUX MESSAGES

- Les établissements de santé participent plus rapidement aux FBP si ces derniers sont accompagnés d'investissements.
- Les investissements sont budgétisés sous forme d'unités et versés en argent.
- Les sommes disponibles sont notifiées aux gestionnaires de l'établissement de santé et à la communauté et ces derniers sont invités à fixer leurs propres priorités et à planifier en conséquence. Les gestionnaires de l'établissement de santé préparent un plan d'affaires qui est négocié avec l'acheteur.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

- 9.1 Introduction
 - 9.2 L'unité d'investissement
 - 9.3 Pourquoi les unités d'investissements sont-elles nécessaires ?
 - 9.4 Quels sont les montants en cause ?
 - 9.5 Comment fonctionnent les unités d'investissement
-

9.1 Introduction

Les établissements de santé répondent plus rapidement au financement basé sur la performance (FBP) s'il y a place aux investissements ciblés. Dans un FBP, les investissements ciblés sont disponibles à travers un plan d'affaires négocié. Les investissements seront effectués en argent et l'établissement de santé est redevable à travers le suivi du plan d'affaires.

9.2 L'unité d'investissement

L'unité d'investissement, également désignée sous l'expression « unité d'amélioration de la qualité » désigne le montant qui vient appuyer l'amélioration de la qualité des services de l'établissement de santé (Soeters 2013). Les unités d'investissement sont utilisées par l'acheteur à des fins de budgétisation. Ce dernier peut en effet budgétiser un certain montant, qui sera réservé à ce type d'activités, puis verser subséquemment des « unités » ou montants pour financer les activités en cause menées par l'établissement de santé. Une unité peut par exemple valoir 1 000 ou 2 500 \$ EU. Les unités d'investissement sont versées en argent.

9.3 Pourquoi les unités d'investissements sont-elles nécessaires ?

Les unités d'investissement sont souvent nécessaires puisque plusieurs établissements de santé sont en piètre état après plusieurs années de sous-investissement ou de négligence complète. Dans plusieurs endroits, des années de turbulence ou d'entretien insuffisant ont entraîné la dilapidation des infrastructures, l'absence ou le bris d'équipement et de mobilier et le manque d'accès à l'eau ou à l'assainissement. La mise en place des préalables de base nécessaires à la prestation de services de santé de qualité doit être au cœur de tout programme d'amélioration de la santé, incluant les FBP.

9.4 Quels sont les montants en cause ?

Les sommes d'argent nécessaires à ces investissements de base dépendent largement du contexte. Aucune formule ne convient partout. Cependant, s'il s'agit par exemple d'un établissement de santé moyen qui couvre une population de 10 000 à 15 000 personnes dans un pays à faible revenu, on pourrait budgétiser à cet effet environ 5 000 \$ EU par année. Dans cet exemple précis, on pourrait également décider d'utiliser des unités d'investissement d'une valeur de 1 000 \$ EU (voir Encadré 9.1). Cette approche permet d'allouer davantage d'unités (de petite ampleur) aux zones les plus défavorisées ou aux établissements de santé qui ont besoin de plus d'investissement. Néanmoins, les sommes requises ne dépendent

pas uniquement des besoins, mais également des sommes qui peuvent être réunies ou coordonnées à travers d'autres partenaires. Enfin, outre les besoins et les disponibilités monétaires *via* d'autres sources, les unités d'investissement dépendent également du budget dont dispose l'acheteur.

ENCADRÉ 9.1

République Démocratique du Congo : les unités d'investissement sont plus sensées

L'approche par unités d'investissement a été adoptée en République Démocratique du Congo après le tremblement de terre de 2008 qui a touché la zone d'intervention du FBP. Plusieurs établissements de santé et habitations des personnels ont été détruits. L'acheteur a reçu un don d'urgence du gouvernement néerlandais. Au lieu d'adopter l'approche traditionnelle voulant que les réhabilitations soient sous-traitées à une agence externe, l'acheteur a demandé aux gestionnaires des établissements de santé d'inclure les rénovations dans leur plan d'affaires et de procéder eux-mêmes aux réparations. Les paiements ont été effectués après l'atteinte des cibles déterminées d'un commun accord et la vérification de la qualité par un architecte. Six mois plus tard, les 37 établissements de santé et six habitations destinées aux personnels, incluant les infrastructures endommagées par le tremblement de terre, avaient été réhabilités pour un montant de 220 000 \$ EU. Environ 30 % des contrats accordés concernaient de nouvelles constructions.

Ces résultats ont dépassé de loin les attentes et une étude du rapport coût-efficacité a été menée par le même projet multisectoriel en vue de la construction d'écoles primaires standard de six classes. L'organisation non gouvernementale Cordaid avait dû payer 240 000 \$ pour la construction antérieure par une agence externe de quatre écoles dans la même zone. Sur la base de l'expérience acquise avec les établissements de santé, l'approche par unités d'investissement a été adoptée et 14 écoles ont été construites. Les administrateurs de l'école étaient chargés de la supervision entière des travaux et y ont même investi leurs propres ressources. Les résultats ont démontré un rapport coût-efficacité de 3.2 (voir le Tableau B9.1.1).

Tableau B9.1.1 Approche par unité d'investissement en République Démocratique du Congo, 2007-2009

Unité	Programmes d'urgence de Cordaid novembre 2007–août 2009	Cordaid en tant qu'acheteur du FBP septembre 2008–décembre 2009
Écoles standard construites	5	14
Investissements	240 000 \$ EU	182 200 \$ EU
Coût unitaire	48 000 \$ EU	15 000 \$ EU
Amélioration du rapport coût efficacité 2009/2008 = 48 000 \$ EU/15 000 \$ EU = 3,2		

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : FBP = financement basé sur la performance.

9.5 Comment fonctionnent les unités d'investissement

Les unités d'investissement sont négociées au moment de la préparation du plan d'affaires par l'établissement de santé et la communauté. Elles sont établies à travers une priorisation décentralisée effectuée par les gestionnaires d'établissements de santé autonomes.

En rendant les établissements de santé et leurs communautés responsables et en leur accordant l'autonomie nécessaire à la conduite de certains investissements aux fins entendues, le FBP crée une situation gagnant-gagnant. Les établissements de santé et leurs communautés sont gagnantes parce qu'elles peuvent résoudre leurs propres problèmes et l'acheteur est gagnant parce que l'approche représente une solution plus efficace à la construction d'infrastructures. Les unités d'investissement sont remises en argent comptant parce que cette disposition est plus efficace qu'une tentative de micro-gestion de la construction et de la fourniture à l'établissement de santé des intrants nécessaires à partir d'une planification et d'un financement central.

La remise des fonds et de l'autonomie aux gestionnaires de l'établissement de santé sera novatrice dans plusieurs contextes. Il y aura certainement plusieurs essais et erreurs. La *check-list* de la qualité (voir Chapitre 3) s'est avérée très utile dans la gestion de cette nouvelle situation. Les gestionnaires de l'établissement de santé peuvent être guidés à travers un processus initial de planification des moyens qui permettront d'investir un certain montant dans la réhabilitation de l'infrastructure, et des dispositions qui permettront le mieux de satisfaire aux nouveaux standards de qualité. L'établissement de standards de qualité est exigeant et le choix entre des priorités concurrentes peut s'avérer difficile. Mieux vaut laisser cette tâche aux gestionnaires de l'établissement de santé. Les personnels de l'établissement connaissent en effet souvent mieux les besoins et l'importance des efforts qui pourront être consentis. Cette approche décentralisée rend les gestionnaires de l'établissement de santé et les communautés responsables du bon entretien des infrastructures nécessaires aux services de santé et leur permet d'adopter des solutions locales à des problèmes difficiles (voir Encadré 9.2).

Les personnels des établissements savent très bien quels médicaments et consommables médicaux sont en rupture de stock et probablement aussi où les obtenir localement avec un bon rapport qualité-prix. De même, ils connaissent les endroits où le petit équipement peut être acquis, par exemple les tensiomètres, les balances et les items nécessaires au kit d'accouchement. Ils savent, avec la communauté, quelle solution immédiate et rentable permet de retaper ou de fabriquer du mobilier, de réparer un toit qui croule ou une porte brisée, etc. Les choix effectués de façon ouverte et formulés dans un plan d'affaires permettent la négociation et d'arriver à un accord avec les gestionnaires de l'établissement de santé. Le plan d'affaires est un outil tout aussi important pour l'acheteur que pour l'établissement de santé et doit faire partie intégrante du contrat d'achat (pour plus de détails, voir le Chapitre 10).

ENCADRÉ 9.2**Le recours aux unités d'investissement pour une amélioration rapide de la qualité dans un projet FBP du Nigéria**

Au Nigéria, les établissements de santé publics ont souffert de plusieurs années de sous-investissement. La majorité du budget servait à payer les salaires, ce qui ne laissait presque aucun budget récurrent pour les médicaments et autres items essentiels. Un FBP pilote a été mis en œuvre dans trois districts de trois États différents. Les établissements de santé ont ouvert un compte bancaire et un nouveau dispositif de gouvernance publique impliquant les communautés locales a été institué. Dans le cadre du renforcement des capacités, le responsable de l'établissement de santé et le président des gestionnaires de l'établissement ont été formés à l'utilisation d'un plan d'affaires. Les gestionnaires ont été autorisés à budgétiser jusqu'à l'équivalent de 3 000 \$ EU en améliorations ; ils disposaient de deux semaines pour finaliser le plan d'affaires et le négocier avec les autorités du district sanitaire et un représentant de l'agence d'achat. Dans les deux semaines suivant l'accord sur le plan d'affaires, l'argent était versé au compte bancaire de l'établissement. Tous les établissements ont acquis un stock initial de médicaments et de consommables médicaux pour démarrer un fonds renouvelable de médicaments et ont dépensé le reste de l'argent en réparations mineures, équipement, mobilier, etc. Après une période de quatre mois seulement, la qualité de référence des établissements de santé telle que mesurée à travers la *check-list* de la qualité était passée de 22 % à 55 %. Après six mois de mise en œuvre du projet, les établissements de santé ont eu l'opportunité de faire, à travers leur plan d'affaires, la planification d'un second investissement de 3000 \$ EU^a.

a. Pour certains des résultats, consulter le portail Internet du FBP de la *Nigeria National Primary Health Care Development Agency*, <https://nphcda.thenewtechs.com>.

Référence

Soeters, R., éd., *PBF in Action : Theory and Instruments – Course Guide, Performance-Based Financing*, La Haye : Cordaid-SINA, 2013. http://www.sina-health.com/?page_id=585.



Améliorer la gestion de l'établissement de santé

PRINCIPAUX MESSAGES

- Le FBP doit être accompagné d'améliorations dans la gestion de l'établissement de santé.
- Le FBP introduit trois outils importants de renforcement de la gestion de l'établissement : (a) le plan d'affaires ; (b) l'évaluation de la performance individuelle ; et (c) l'outil d'indice.
- Le FBP applique des stratégies avancées pour améliorer les résultats atteints par l'établissement de santé.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

10.1 Introduction

10.2 Les trois outils de renforcement de la gestion du FBP

10.3 Stratégies avancées pour l'amélioration des résultats atteints par l'établissement de santé : enseignements tirés des pratiques optimales

10.4 Liens aux documents et outils

10.1 Introduction

Le financement basé sur la performance (FBP) contribue et tire parti de la bonne gestion de l'établissement de santé. Il peut, dès le démarrage, améliorer considérablement la gestion des établissements en utilisant trois outils de renforcement de la gestion de base et en exposant les gestionnaires à des stratégies qui ont permis d'atteindre de bons résultats ailleurs.

10.2 Les trois outils de renforcement de la gestion

Les trois outils de renforcement de la gestion de base susceptibles de contribuer à améliorer la gestion d'un FBP sont : (a) le plan d'affaires du FBP ; (b) l'évaluation de la performance individuelle ; et (c) l'outil d'indice. Ces outils aident les gestionnaires de l'établissement de santé à mener à bien les processus de planification, la gestion de la performance individuelle et l'allocation des primes à la performance. Deux de ces outils, le plan d'affaires et l'évaluation individuelle de la performance seront abordés dans ce chapitre-ci. Le troisième, soit l'outil d'indice, a été discuté au Chapitre 4 (« Fixer les prix unitaires et les coûts ») de cette Boîte à outils en raison de son importance déterminante dans l'équilibre budgétaire et l'allocation des primes à la performance.

Trois outils de renforcement de la gestion d'un FBP :

1. Plan d'affaires.
2. Évaluation de la performance individuelle.
3. Outil d'indice.

Outil principal de gestion numéro un : le plan d'affaires du FBP

Le plan d'affaires est essentiellement un document de planification élaboré par les gestionnaires de l'établissement de santé. Il est négocié avec l'acheteur et approuvé par la direction de l'établissement de santé. Le plan d'affaires décrit la situation de référence d'un établissement et précise les résultats attendus. Il propose des stratégies claires d'atteinte des objectifs fixés. Le plan d'affaires aide l'acheteur à procéder à un achat stratégique (voir Chapitre 4).

La plupart des personnels de l'établissement de santé connaissent la population couverte, mais ne sont pas habitués à planifier et à mesurer des activités en fonction de cibles réelles. Même lorsque la planification est basée sur des objectifs, le suivi des résultats est souvent faible. En outre, lorsque les cibles ont une forte visibilité, par exemple dans le cas de la vaccination (Murray *et al.* 2003), la sur-déclaration n'est pas rare. Le plan d'affaires aide les personnels de l'établissement de santé à définir les objectifs qui les concernent et à évaluer dans quelle mesure ils sont en voie de les atteindre.

« Soyez très prudents si vous ne savez pas où vous allez, car vous ne pourriez pas y arriver. »

Yogi Berra

Les plans d'affaires sont nécessaires pour les raisons suivantes :

- Ils aident les prestataires à évaluer la situation actuelle et à planifier l'atteinte de cibles réalistes (voir Encadré 10.1).
- Ils aident à clarifier la nature des ressources qui seront investies par l'établissement et les stratégies adoptées à cet effet.

ENCADRÉ 10.1**Le plan d'affaires diffère du plan d'action**

On confond souvent les plans d'affaires avec les plans d'action. Même si ces deux outils se ressemblent, ils présentent des différences importantes. Tout d'abord, les plans d'affaires font partie intégrante des contrats d'achat du FBP et font l'objet de négociations minutieuses entre le prestataire et l'acheteur. Un contrat en vertu du FBP n'est pas valide si le plan d'affaires approuvé n'y figure pas. En second lieu, les plans d'affaires fixent des cibles réalistes et décrivent les stratégies qui permettront de les atteindre. En raison de ces différences, les pionniers en matière de FBP font référence à un plan d'affaires plutôt qu'à un plan d'action (Soeters 2013).

- Ils permettent à l'acheteur de mieux vérifier la performance de l'établissement de santé et de corriger plus rapidement une déviation des objectifs.

Les plans d'affaires peuvent adopter différents formats (voir les différents exemples dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre). On trouvera ci-après un exemple déjà mis à l'épreuve. Cependant, plusieurs autres présentations sont possibles.

Plan d'affaires : un exemple

Le plan d'affaires pourrait être formulé selon le schéma général présenté au Tableau 10.1. On trouvera à la colonne « contenu » du Tableau 10.1, les questions guides liées à la cible visée par un service spécifique et une formule de calcul de la cible absolue pour ce service (*en italique*). À la suite de cette présentation générale, le fonctionnement du plan d'affaires sera analysé plus en détail à travers deux sections : consultation externe et accouchement en établissement.

Les sections 2 et 9 du Tableau 10.1, respectivement consacrées aux consultations ambulatoires et aux accouchements en établissement sont abordés plus en détail ci-dessous. Elles sont révélatrices du type de problématiques auxquelles les gestionnaires sont confrontés.

Consultations ambulatoires

- Quelle est la cible mensuelle du service de consultations ambulatoires dans votre sous-district sanitaire ?

(Population totale de la zone de couverture de l'établissement/12).

- Quels sont les principaux problèmes rencontrés par le service de consultations ambulatoires de votre établissement de santé ?

Analysez les facteurs potentiels de difficultés, notamment : (a) le pouvoir d'achat de la population vs les paiements directs d'usagers ; (b) le tarif de la rémunération à l'acte ou les tarifs fixes ; (c) la compétition avec les autres établissements de santé ; (d) le manque de médicaments ; (e) l'éloignement des villages ; (f) l'absence de personnel qualifié ; et (g) la motivation du personnel. Y a-t-il d'autres problèmes ?

Tableau 10.1 Contenu général d'un plan d'affaires

N°	section	Contenu
1	Information générale	<ul style="list-style-type: none"> • Région administrative • Population • Personnels (qualifié et de soutien) • Établissements éventuellement sous-traités • Résumé des statistiques relatives à l'établissement de santé, par exemple sur certains services de santé reproductive et infantile, les consultations ambulatoires et les jours d'hospitalisation
2	Consultation ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est votre population cible par mois ? <i>(Population totale de la zone de couverture/12.)</i> <i>(Le nombre de nouvelles consultations curatives s'élève dans cet exemple à une par personne et par année.)</i>
3	Référencement de patients	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la cible mensuelle de référence de patients sérieusement malades dans votre zone de couverture ? <i>(Population/12 × 5 %.)</i> <i>(Dans cet exemple, le nombre de patients sérieusement malades a été fixé à 5 %.)</i>
4	Distribution de vitamine A (enfants âgés de 6 à 59 mois) Consultation préscolaire (enfants âgés de 12 à 59 mois)	<ul style="list-style-type: none"> • Combien d'enfants âgés de 6 à 59 mois de votre zone de couverture devraient recevoir chaque mois une capsule de vitamine A ? <i>(Population × 18 %/12 × 2 capsules.)</i> • Combien d'enfants âgés de 12 à 59 mois devraient terminer chaque mois un cycle de six visites standard de consultation préscolaire ? <i>(Population × 16 %/12.)</i>
5	Vaccinations	<ul style="list-style-type: none"> • Il est nécessaire de calculer les cinq cibles de vaccination suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • BCG • DPT3 • Rougeole • Enfants pleinement immunisés • Femmes enceintes avec immunisation complète (TT2+) <i>(Le groupe cible d'enfants de moins d'un an a été évalué à [4,3 %] de la population de la zone de couverture)</i> <i>(Le nombre de grossesses dans la zone de couverture a été estimé à [4,8 %].)</i>
6	Distribution de moustiquaires imprégnées	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de moustiquaires imprégnées sont distribuées mensuellement dans votre zone de couverture si la cible est de 100 % ? (La population de la zone de santé/5 ans/12 mois/1,5 individu. Une moustiquaire a une durée de vie de cinq ans et est utilisée par 1,5 individu en moyenne [enfant avec la mère-couple].) • Quel a été le taux de couverture en moustiquaires imprégnées au cours du dernier trimestre ? <i>(Nombre de moustiquaires distribuées au cours du dernier trimestre/population de la zone de couverture/4 trimestres/5 ans/1,5 individu.)</i>
7	Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les cibles mensuelles de détection de la TB (<i>population/100 000 × 150/12</i>) et les traitements de la TB (<i>population/100 000 × 150/12</i>) effectués dans votre zone de couverture ? (L'incidence de BAAR+ TBP dans cet exemple a été établie à 100 nouveaux cas de BAAR+ TBP par 100 000 personnes et par année.)

N°	section	Contenu
8	Nouveaux ménages avec latrines	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la cible mensuelle de nouveaux ménages avec latrines dans votre zone de couverture ? <p><i>(Population/4,6 personnes par ménage/12 mois/3 ans.)</i></p> <p>(Dans cet exemple, le ménage moyen comprend 4, 6 personnes et une latrine par ménage ; une latrine moyenne dure trois ans.)</p>
9	Planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Calculer le nombre de couples (femmes) qui devraient utiliser chaque mois une méthode de planification familiale moderne (contraceptifs oraux et injection) dans votre zone de couverture, si la cible a été fixée à 22,5 % <p><i>(nouvelles + utilisatrices actuelles = population × 25 %/12 × 22,5 % × 4.)</i></p> <p>(Dans cet exemple, 22,5 % de la population est constituée de femmes en âge de procréer et les besoins non satisfaits ont été estimés à 25 %. Seules les méthodes modernes sont comptabilisées en fonction de cycles de trois mois. Les contraceptifs modernes sont de type injectable, les implants, les DIU et les contraceptifs oraux.)</p>
10	Soins prénataux	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la valeur cible en matière de nouvelles consultations pour soins prénataux par mois ? <p><i>(Population × 4,8 %/12.)</i></p> <p>Quel nombre cible de consultations prénatales par mois est nécessaire pour l'atteinte du nombre cible de femmes enceintes qui consultent au au cours de la grossesse ?</p> <p><i>(Population × 4,8 %/12 × 3.)</i></p>
11	Accouchement et avortement	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle a été la couverture d'accouchements dans l'établissement au cours du dernier trimestre ? <p><i>(Nombre d'accouchements assistés au cours du dernier trimestre/population.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la cible mensuelle d'accouchements assistés dans votre zone de couverture ? <p><i>(Population × 4,8 %/12 mois.)</i></p>
12	Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle rémunération l'établissement de santé verse-t-il aux personnels à partir de ses différents revenus ? (En provenance du gouvernement, sources propres, etc.)
13	Autres ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments et consommables médicaux • Équipement médical • Mobiliers et fournitures de bureau • Infrastructure
14	Planification financière	<ul style="list-style-type: none"> • Planification financière – prévisions des revenus et des dépenses trimestrielles • État des revenus et des dépenses au cours du dernier trimestre

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : BAAR+ = bacille acido-alcoolo-résistant positif ; BCG = *Bacillus Calmette-Guérin* (vaccin) ; DPT3 = Diphtérie, Coqueluche, Tétanos ; PF = planification familiale ; DIU = Dispositif intra-utérin ; TBP = tuberculose pulmonaire ; TB = tuberculose ; TT2+ = deuxième au sixième vaccin d'anatoxine tétanique.

- Quelles stratégies proposées permettront de résoudre ces difficultés ?

Considérez les options suivantes : (a) accroître le personnel qualifié ; (b) augmenter la sensibilisation ; (c) proposer de nouveaux sous-contrats avec les postes de santé et cliniques privées ; (d) diminuer les paiements directs d'usagers ; (e) fixer des paiements forfaitaires ou par activité ; (f) discuter avec des praticiens non formés de la cessation de pratique ; et (g) impliquer les autorités locales.

Accouchement en établissement

- Quel était le taux de couverture en matière d'accouchements dans l'établissement au cours du dernier trimestre ?

(Nombre d'accouchements assistés/population.)

- Quelle est la cible mensuelle d'accouchements assistés dans votre zone de couverture ?

(Population \times 4,8 %/12 mois.)

- Quels sont les problèmes rencontrés dans votre zone de couverture ?

Analysez les éléments suivants : (a) personnel qualifié avec présence d'un registre permanent des services ; (b) salle d'accouchement propre ; (c) confidentialité assurée ; (d) équipement (kit d'accouchement, boîte d'accouchement stérile, ventouses, sutures) ; (e) procédures de stérilisation (gants, tabliers en plastique et désinfections) ; (f) conditions d'hospitalisation (espace, ventilation, moustiquaire imprégnée) ; et (g) présence d'un partogramme et utilisation correcte.

- Quelles stratégies proposez-vous suite à la prise en considération des facteurs mentionnés ci-dessus ?

Prenez en considération les points suivants : (a) accroître le personnel qualifié ; (b) acquérir des équipements ; (c) modifier les procédures d'hygiène et de stérilisation ; (d) réhabiliter l'infrastructure ; (e) former le personnel ; et (f) ouvrir une nouvelle aile de maternité.

- Quels sont les problèmes d'avortement non sécuritaire dans votre zone de couverture ?
- Considérez les points suivants : (a) mortalités maternelles suite à un avortement illégal ; (b) cas de grossesse suite à un viol ; et (c) manque d'accès à un avortement sécuritaire.
- Quelles stratégies proposez-vous pour résoudre les problèmes identifiés ci-dessus ?

Outil principal de gestion numéro deux : évaluation mensuelle de la performance individuelle

La performance individuelle des personnels est évaluée chaque mois à travers l'application d'un outil d'évaluation de la performance (voir Tableau 10.2 et Encadré 10.2). Le personnel est évalué par les gestionnaires de l'établissement. Les résultats de cette évaluation permettent de déterminer la prime individuelle à la performance.

ENCADRÉ 10.2**Développer un outil d'évaluation de la performance individuelle à partir des besoins exprimés par les gestionnaires des établissements de santé**

Les évaluations de la performance individuelle ont été développées au cours de la mise à l'échelle du FBP du Rwanda en 2006- 2007. Plusieurs gestionnaires d'établissements de santé ont adopté l'évaluation de la performance afin de contrer l'impression que leur appréciation favorisait certains membres du personnel. Plusieurs gestionnaires ont développé des procédures allant en ce sens. Une revue du FBP national menée au cours du second semestre de 2007 a documenté ces pratiques et les a considérées très utiles en matière d'enseignement. Subséquemment, un groupe de travail a élaboré un outil national susceptible de guider les gestionnaires des établissements de santé. Ces derniers ont été encouragés à l'adapter en fonction de leurs propres besoins. Un outil national standardisé a été introduit au début 2008.

L'outil d'évaluation de la performance est essentiellement une grille qui aide à évaluer de façon objective la performance individuelle. Cet outil encourage les individus à donner leur plein rendement afin d'atteindre les résultats souhaités par l'établissement de santé.

L'outil est appliqué une fois par mois. Selon la taille de l'établissement, cette tâche est assumée par le responsable de l'établissement (centre de santé) ou par un comité (hôpital). L'évaluation objective de la performance du gestionnaire est novatrice et fait l'objet d'une expérience pilote au Nigéria. Dans cette intervention pilote, les vérificateurs de l'agence d'achat évaluent la performance du gestionnaire une fois par trimestre. Ils utilisent une grille spécifiquement conçue pour la mesure et la récompense du niveau d'application par le gestionnaire des différents outils de gestion dont il dispose (plan d'affaires, outils d'indice, et évaluation de la performance individuelle des personnels).

L'évaluation de la performance individuelle fait partie intégrante du contrat de motivation que tous les travailleurs de santé signent avec leur établissement de santé (voir Chapitre 11). La valeur indicielle du travailleur de santé concerné est mentionnée au contrat de motivation (voir Chapitre 4). La valeur indicielle correspond à la part, exprimée par un nombre de points déterminés par le rang professionnel, à laquelle le travailleur de santé a droit en vertu du budget total des primes à la performance disponibles pour un mois donné. Par exemple, le responsable pourrait avoir une valeur indicielle de 200, son adjoint une valeur indicielle de 90, une infirmière une valeur de 80 et un gardien de sécurité ou chargé d'entretien une valeur de 20. Si le score d'une infirmière s'élève à 75 % lors de l'évaluation de sa performance individuelle, elle aura droit à 75 % de 80 points, soit 60 points.

Outil principal de gestion numéro trois : l'outil d'indice

Pour plus de détails sur l'outil d'indice et son rôle dans le renforcement de la gestion, voir les Chapitres 4 et 7.

Tableau 10.2 Exemple d'évaluation de la performance individuelle des personnels de santé

N°	Critères	Score 25 %	Score 50 %	Score 100 %	Max	Score
1	La conscience professionnelle sur les points suivants : (20 points)					
	Ponctualité	Arrive fréquemment en retard (au moins 4 fois par mois)	Arrive parfois en retard (1 à 3 fois par mois)	N'est jamais en retard		8
	Disponibilité	Fréquemment absent du service sans motif clair (au moins 4 fois par mois)	Quelquefois absent du service sans motif clair (1 à 3 fois par mois)	Jamais absent du service sans motif valide et connu		8
	Conformité vestimentaire	Ne porte pas l'uniforme au cours des heures de travail (même une fois par mois)	Uniforme négligé (sale, déchiré ou non repassé)	L'uniforme est toujours porté et propre (lavé, repassé et non déchiré)		4
2	L'esprit d'équipe sur les points suivants : (30 points)					
	Relations interpersonnelles	Fréquemment en conflit avec ses collègues (rapport par un collègue soumis au supérieur hiérarchique plus d'une fois par mois)	Parfois en conflit avec ses collègues (rapport par un collègue soumis au supérieur hiérarchique une seule fois)	Jamais en conflit avec ses collègues		8
	Esprit de collaboration	Refuse fréquemment d'aider ses collègues sur demande (plus d'une fois par mois)	Refuse quelquefois d'aider ses collègues (une seule fois)	Ne refuse jamais d'aider ses collègues		8
	Dévouement	Laisse fréquemment un travail non terminé sans reprise par un autre membre du personnel sous prétexte que les heures officielles de travail sont terminées (plus de 3 fois par mois)	Laisse quelquefois un travail non terminé sans reprise par un autre membre du personnel sous prétexte que les heures officielles de travail sont terminées (1 à 3 fois par mois)	Ne laisse jamais un travail non terminé sans reprise par un autre membre du personnel		8
	Initiative	Ne fait jamais de travail additionnel	Attend toujours un ordre du supérieur pour procéder à un travail additionnel	A effectué du travail additionnel au moins une fois sans demande du superviseur		6

N°	Critères	Score 25 %	Score 50 %	Score 100 %	Max	Score
3	Compétences techniques et flexibilité au cours du travail : (40 points)					
	Organisation	N'utilise jamais un programme de travail quotidien (évalué au cours de la supervision interne du travail)	Utilise parfois un programme de travail quotidien (au moins une fois au cours de la supervision interne)	Fixe toujours un programme de travail quotidien	10	
	Qualité du travail	N'applique jamais les normes et standards liés au travail (évalué au cours de la supervision interne)	Applique parfois les normes et standards liés au travail (au moins une fois au cours de la supervision interne)	Applique toujours les normes et standards applicables	14	
	Quantité de travail	Ne finit jamais ses tâches journalières en fonction de son programme de travail quotidien (évalué au cours de la supervision interne)	Termine parfois ses tâches en fonction de son programme de travail quotidien (au moins une fois au cours de la supervision interne)	Termine toujours ses tâches en fonction de son programme de travail quotidien	16	
4	Dispositions et aptitudes au développement personnel : (10 points)					
	Prend en considération les conseils et recommandations des visites de supervision internes et externes	Ne tient aucun compte de ces recommandations (tel que constaté au cours des visites de supervision interne et externe)	Prend parfois en considération les recommandations (si plus d'une fois)	Prend toujours considération les recommandations des visites de supervision internes et externes	10	
5	Participation aux résultats et score de performance pour le dernier mois					
	Participation aux résultats et score de performance du dernier mois (quantité et qualité) en fonction des jours de présence au travail au cours du dernier mois :				TOTAL POINTS	100
	<p>Note : on prend ici en considération les jours de travail effectif sans tenir compte des raisons d'absence valides telles que vacances, congés, maladie, absence en raison d'une mesure disciplinaire, formation formelle, etc. Font figure d'exception à cette règle les jours de repos et de récupération (alloués par les gestionnaires de l'établissement de santé) qui, lorsqu'accordés, sont considérés comme des jours de travail officiel.</p>					
	<p>Résultats de l'évaluation de la performance individuelle mensuelle = (Total des scores des items 1 à 4) × P</p> <p>Nombre de jours de travail officiel = (N) Nombre de jours de travail effectif = (n) Pourcentage des jours de travail effectif = (P) (P) = (n/N) × 100</p>					

Source : Données de la Banque mondiale.
 Note : Max = maximum ; N° = Nombre.

10.3 Stratégies avancées pour l'amélioration des résultats de l'établissement de santé : enseignements tirés des pratiques optimales

Outre l'application des outils de gestion de base du FBP, plusieurs stratégies avancées ont été développées pour améliorer les résultats des interventions axées à la fois sur l'offre et sur la demande. Ces stratégies avancées ont été développées par des établissements de santé contractualisés par des FBP réussis dans différents pays et ont donc été mises à l'épreuve dans différents contextes.

Il est utile de partager ces expériences afin d'éviter d'avoir à réinventer la roue. Les stratégies avancées sont par exemple les suivantes :

- Stratégies de renforcement de l'offre :
 - augmenter les heures d'ouverture de l'établissement de santé ;
 - diminuer l'absentéisme du personnel ;
 - améliorer l'attitude des personnels ;
 - accroître le nombre de personnels qualifiés ;
 - améliorer l'infrastructure, l'équipement et la disponibilité en médicaments ;
 - accroître la collaboration avec les agents de santé communautaire ;
 - augmenter la sensibilisation ;
 - sous contracter des établissements de niveau inférieur ou le secteur privé.
- stratégies de renforcement de la demande :
 - diminuer les paiements directs d'usagers pour soins curatifs ;
 - diminuer ou éliminer les paiements directs d'usagers pour planification familiale ;
 - offrir un paquet « bienvenue bébé » aux femmes enceintes ;
 - récompenser en argent les sages-femmes traditionnelles lorsqu'elles transfèrent une femme enceinte à l'établissement de santé ;
 - payer les agents de santé communautaire pour assurer le suivi des patients tuberculeux ;
 - améliorer la qualité en général ;
 - améliorer les attitudes du personnel.

Les stratégies avancées qui ont fait leurs preuves dans certaines situations peuvent être partagées avec les établissements de santé qui démarrent un FBP. Ce dernier demande l'adoption de nouvelles méthodes de travail du personnel. Le partage des enseignements tirés dans d'autres contextes est souvent très apprécié des prestataires. Évitez d'inventer des stratégies avancées qui ont déjà été découvertes par d'autres (apprenez de celles-ci) : inventez-en de nouvelles. Le Tableau 10.3 présente une liste de stratégies avancées.

Tableau 10.3 Certaines stratégies avancées pour FBP

N°	Service	Stratégies avancées	À faire	Explication
0	Gestion générale	Utilisez les outils du FBP.	<ul style="list-style-type: none"> • FBP = tenue de registres. Conservez 100 % des registres et faites-vous payer à 100 % pour votre performance. • La tenue de registres doit être faite selon les standards de rapports du FBP, être complète et lisible et inclure un numéro de téléphone mobile ou fixe. • Utilisez les <i>check-lists</i> de la qualité pour identifier les points faibles de la performance. • Identifiez les items de la <i>check-list</i> pour chaque service (quantité et qualité). Formez le personnel et le Comité de Gestion sur le FBP. • Appliquez l'évaluation mensuelle de la performance individuelle et discutez-la avec le personnel concerné. • Appliquez l'outil d'indice chaque trimestre et discutez des résultats avec le personnel. • Sélectionnez chaque mois un employé du mois. • Tenez chaque semaine une réunion générale des personnels et discutez de la performance. • Partagez les résultats sur la performance avec le personnel, incluant les résultats de l'outil d'indice et les décisions de gestion financière. • Tenez chaque mois au moins une réunion de l'équipe gestionnaire. • Déléguez aux gestionnaires seniors ; ne faites pas de micro-gestion. • Soyez équitables envers le personnel. • Assurez-vous d'un bon travail d'équipe. • Faites des activités ensemble hors des heures de travail. • Rappelez continuellement l'objectif et la mission. • En tant que gestionnaire, travaillez activement à l'apprentissage interne et externe, utilisez les manuels pour enseigner aux personnels, et demandez les formations nécessaires aux gestionnaires de district et aux partenaires éventuels. • Recherchez activement le soutien d'autres partenaires pour vos services de santé. • Partagez les expériences au cours des réunions mensuelles avec les autorités locales et tentez d'apprendre des autres. • Discutez des données sur la performance au cours des rencontres hebdomadaires avec le personnel et des rencontres mensuelles avec les gestionnaires. • Recherchez des formations en gestion. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure utilisation des outils du FBP entraîne de meilleurs résultats, qui conduisent eux-mêmes à plus de satisfaction chez le personnel et dans la communauté. • Des résultats améliorés font grimper les revenus de l'établissement de santé et les primes du personnel. • Une bonne gestion motive le personnel, ce qui conduit à une meilleure performance. • Un bon travail d'équipe permettra de meilleurs résultats et plus de satisfaction chez le personnel. • Un meilleur travail d'équipe et de meilleures relations sociales entre les personnels entraîneront une meilleure performance. • Toujours apprendre de ceux qui ont réussi. • Cherchez activement un soutien gestionnaire pour les outils de la boîte noire et la gestion des données du FBP.

N°	Service	Stratégies avancées	À faire	Explication
1	Nouvelle consultation ambulatoire	<p>Demandez au district de lister tous les ménages de la communauté et utilisez le numéro de téléphone du ménage ou de téléphone mobile pour enregistrer l'utilisateur.</p> <p>Assurez-vous de la disponibilité de médicaments de bonne qualité et conservez un stock adéquat</p> <p>Diminuez les paiements directs d'utilisateurs perçus pour une consultation curative.</p> <p>Augmentez la qualité des soins et améliorez l'attitude d'accueil du personnel.</p> <p>Diminuez les obstacles financiers d'accès aux services par les indigents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez les numéros de téléphone du ménage et mobile pour tous les usagers de services. • Utilisez une liste des médicaments traceurs. • Prescrivez de façon rationnelle (P-CIME). • Subventionnez à partir du FBP (vendez les médicaments moins chers qu'à la pharmacie locale). • Distribuez gratuitement des multi-vitamines, du mebendazole, du fer, et de l'acide folique. • Conservez une boîte de bonbons pour les jeunes enfants (mais dites-leur de se brosser les dents). • Ayez de l'eau potable à portée de main. • Mettez en marche un ventilateur si l'électricité est disponible. • Ayez des chaises pour les patients. • Ayez un système de tickets. • Prévoyez un calendrier systématique d'IEC ; invitez une personne qualifiée de la communauté à parler des bonnes habitudes alimentaires. • Fournissez une radio ou un téléviseur aux patients. • Aidez le comité des indigents à trouver des moyens d'exempter les patients (et d'obtenir un remboursement à travers le FBP). 	<ul style="list-style-type: none"> • Le FBP rémunérera cet enregistrement : si vous ne le faites pas, vous ne serez pas payés. • L'utilisation de médicaments génériques efficaces et moins coûteux diminue les coûts encourus par le patient. • Les médicaments sont moins chers et de meilleure qualité qu'à la pharmacie locale. • La disponibilité constante de médicaments aide à renforcer la confiance communautaire. • Si les prescriptions sont rationnelles, les médicaments seront moins nombreux, l'utilisateur épargnera et les soins de santé seront de meilleure qualité et moins coûteux. • La communauté saura que vous êtes intéressé par la santé publique. • Gagner la confiance des jeunes enfants est très important et on peut profiter de l'occasion pour faire de l'IEC sur l'hygiène dentaire. • Les patients se sentiront comme des clients. • Ne vendez pas l'eau : les patients ont marché depuis longtemps. • Les gens apprendront à utiliser les services de sensibilisation. • Les plus pauvres d'entre les pauvres auront accès à des soins de santé gratuits et de bonne qualité.

N°	Service	Stratégies avancées	À faire	Explication
2	Nouvelles consultations ambulatoires pour un patient indigent ^b		<ul style="list-style-type: none"> • Stérilisez adéquatement. • Conservez une attitude professionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • La population aura davantage confiance dans l'établissement de santé.
3	Chirurgie mineure	Assurez-vous que les procédures sont de bonne qualité.		
4	Arrivée d'un patient référencé à l'hôpital de première référence	Référez efficacement les cas d'urgence.	<ul style="list-style-type: none"> • Conservez à portée de la main les numéros de téléphone mobile du directeur de l'hôpital et de son adjoint. • Conservez à portée de la main le numéro de téléphone mobile du conducteur de l'ambulance. • Utilisez un formulaire de référence. • Subventionnez le carburant de l'ambulance. • Suivez avec le médecin de l'hôpital chaque cas référé (téléphone). • Suivez le patient référé (utilisez le numéro de téléphone mobile). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les usagers sauront que votre établissement de santé s'assure de la continuité des soins : même s'il y a un problème au cours de l'accouchement, l'ambulance sera rapidement demandée. • Les patients auront l'impression d'être considérés et passeront le message que cet établissement est de haute qualité. • Le médecin comprendra que vous êtes concerné par votre patient et en prendra bien soin.
5	Enfant pleinement vacciné	Augmentez la sensibilisation et diminuez les opportunités manquées.	<ul style="list-style-type: none"> • Mettez les personnels à profit. (Ils sont nombreux et devraient être sur le terrain. Encouragez-les à vacciner le monde entier.) • Établissez une liste de tous les enfants de moins d'un an dans la communauté et vaccinez-les. Utilisez l'information figurant à l'enregistrement du ménage. • Assurez-vous que chaque enfant possède une carte prouvant qu'il a moins de cinq ans. • Vérifiez le statut de vaccination de tous les jeunes enfants qui se présentent dans l'établissement (certains ne font qu'accompagner leur mère). • Utilisez les autres postes de santé pour la vaccination : prévoyez une sous-traitance pour qu'ils puissent partager les revenus du FBP. • Conservez un stock suffisant de vaccins et prenez les mesures nécessaires si les réserves sont faibles. • Calculez, sur la base du nombre d'enfants de moins d'un an, les besoins en vaccins pour une couverture à 100 % de la zone. • Identifiez le moment qui convient le mieux aux femmes afin qu'elles puissent amener leurs enfants pour vaccination (certaines mères travaillent dans les champs le matin) : adaptez l'horaire en conséquence. • Pensez à offrir une récompense monétaire à une mère si son enfant est pleinement vacciné. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible d'atteindre une couverture de 100 %. • Il y a suffisamment de personnels : il faut les mettre au travail.

N°	Service	Stratégies avancées	À faire	Explication
6	Suivi de la croissance chez l'enfant	Augmentez le suivi de la croissance des enfants de moins de cinq ans.	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisez la communauté : profitez de toutes les occasions pour rappeler aux leaders traditionnels, aux leaders religieux et au comité FBP de l'établissement de santé que la croissance de chaque enfant doit être suivie chaque mois. • Au cours des deux premières années de vie, l'enfant devrait recevoir du mebendazole chaque trimestre ; après quoi, l'administration passe à chaque semestre. • Visitez les églises pour identifier des enfants de moins de cinq ans. • Visitez les écoles pour identifier les enfants de moins de cinq ans. • A part la pesée et la mesure de l'enfant et la distribution de mebendazole, assurez un IEC de bonne qualité sur l'hygiène personnelle et la préparation alimentaire. • Offrez un bonbon ou un biscuit pour chaque enfant dont la croissance a été suivie (et utilisez l'IEC pour souligner l'importance du brossage des dents). 	<ul style="list-style-type: none"> • Des points peuvent être accordés chaque trimestre par le FBP pour chaque enfant. • Il faut rejoindre directement la communauté ; les personnes sont occupées et pourraient ne pas venir si elles ne sont pas activement invitées et encouragées à le faire.
7	Vaccins 2-5 contre le tétanos aux femmes enceintes	Diminuez les opportunités manquées.	<ul style="list-style-type: none"> • Combinez autant que possible le suivi de la croissance avec la planification familiale. • Vérifiez systématiquement le statut de Tétanos-toxoïde des femmes enceintes. • Suivez le calendrier d'immunisation d'une femme enceinte : ne catégorisez pas comme TT-1 chaque TT. • Planifiez adéquatement afin que le stock de vaccins soit suffisant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs femmes hésitent à avoir recours à la PF dans un établissement de santé en raison de la stigmatisation.
8	Consultation postnatale	Augmentez le taux de CPON.	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentez le nombre de femmes qui accouchent dans l'établissement. • Surveillez étroitement toutes les femmes enceintes et communiquez avec elle (mobile, contact direct) pour s'assurer qu'elles accouchent dans l'établissement ; si ce n'est pas le cas, assurez un suivi afin qu'elles se présentent pour la CPON. • Donnez un cadeau aux femmes qui accouchent dans l'établissement et qui reviennent pour leur CPON (on peut combiner le cadeau offert à ces deux occasions) : donnez un paquet de bienvenue bébé (savon et, par exemple, vêtements d'enfants de seconde main) au cours de la CPON. 	<ul style="list-style-type: none"> • La CPON est très importante pour la santé de la mère (infections éventuelles, etc.) et pour celle du nourrisson.
	Première CPN avant le 4 ^e mois de grossesse	Assurez-vous que les femmes enceintes consultent aussitôt que possible.	<ul style="list-style-type: none"> • Voyez s'il est possible de donner des conseils au cours des mariages ou d'événements de ce type. • Utilisez les consultations de CPN en général pour souligner qu'une consultation avant le 4^e mois est importante. • Au cours de chaque contact avec la communauté, mettez l'accent sur une CPN précoce. • Offrez un cadeau à la femme qui consulte de façon précoce et complète l'ensemble des quatre CPN en fonction du calendrier. • Procédez gratuitement aux tests de grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si les femmes consultent avant le 4^e mois, il est possible de compléter les quatre CPN standard. • Si cela est proposé dans le plan d'affaires, les kits de tests peuvent être financés. • Des cadeaux conditionnels en nature peuvent être proposés (parapluié, tissus, savon, etc.) au plan d'affaires.

N°	Service	Stratégies avancées	À faire	Explication
10	CPN standard (2-4)	Diminuez les opportunités manquées et assurez-vous que la 1 ^{re} CPN a été faite de façon précise.	<ul style="list-style-type: none"> • Voir le numéro 9 ci-avant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir le numéro 9 ci-avant.
11	Seconde dose de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes	Diminuez les opportunités manquées	<ul style="list-style-type: none"> • Voir le numéro 9 ci-avant. • Assurez-vous de la disponibilité de SP. • Fournissez gratuitement la SP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir le numéro 9 ci-avant.
12	Accouchement en établissement	Augmentez les accouchements en établissement.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez l'IEC/la CCC. • Améliorez la qualité de l'établissement de santé : disposez d'équipements récents et d'un environnement relativement confortable. • Surveillez les attitudes du personnel : mettez l'accent sur la gentillesse envers les patients. • Actualisez continuellement les compétences des personnels et utilisez systématiquement les partogrammes. • Recherchez activement des formations internes (autoformation et par les pairs) et externes sur l'obstétrique et la gynécologie (par l'hôpital de première référence, le ministère de la Santé ou les partenaires). • N'exigez pas le remboursement des matériels de nettoyage, des gants et autres items similaires. • Offrez des paquets bienvenue bébé aux femmes qui accouchent dans l'établissement (et se présentent pour leur CPON). • Offrez une référence gratuite en cas de complications au cours de l'accouchement (fournissez le carburant pour l'ambulance, organisez le transport par ambulance, etc.). • Mobilisez la communauté et augmentez la sensibilisation à travers les leaders traditionnels et religieux. • Téléphonez au patient si la date d'accouchement est proche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un service obstétrique d'urgence qui fonctionne bien doit gagner la confiance de la communauté. • Le bouche à oreille est important dans la communauté. Chaque accouchement réussi et mère satisfaite en amèneront beaucoup d'autres. • Gagnez la confiance.

N°	Service	Stratégies avancées	À faire	Explication
13	Planification familiale (méthodes de PF moderne)	Augmentez la couverture de la PF chez les femmes qui souhaitent espacer les naissances.	<ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous de la disponibilité de préservatifs, pilules, injections, implants et DIU. • Respectez la confidentialité et ayez une attitude respectueuse, sans jugement. Restez calme et patient et offrez des choix de produits gratuits. • Offrez des services gratuits (des subventions remboursent les produits). • Recherchez activement des formations sur les DIU et les implants. • Offrez chaque jour de la semaine des services de PF : restez flexible et soyez prêt à donner des conseils à tout moment. • Diminuez les opportunités manquées en assurant la disponibilité des informations au cours de chaque séance d'IEC/CCC, de chaque CPN et de chaque consultation curative par femme en âge de reproduction. • Chaque membre du personnel médical doit participer à l'IEC /CCC. • Intégrez la PF aux activités de sensibilisation et nutritionnelle. • Expliquez et gérez correctement les effets secondaires éventuels. • Utilisez les registres pour rappeler aux clientes qu'une nouvelle visite est due (téléphone mobile). • Remettez à l'usager une carte de PF dotée d'un numéro d'enregistrement (la carte originale est conservée par l'établissement de santé mais une carte d'enregistrement est remise à l'usager). 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs femmes souhaitent consulter pour PF mais ne savent ni ce que c'est, ni où l'obtenir. • Pour plusieurs, la PF est très coûteuse. • S'attacher à expliquer les méthodes, les avantages et les désavantages aidera à gagner la confiance de la communauté. • De toutes les femmes en âge de reproduction (soit 26 % de la population couverte) 25 % ne veulent pas avoir davantage d'enfants ou souhaitent espacer les naissances.
14	PF : implants et DIU	Voir le numéro 13 ci-dessus.	Voir le 13 ci-dessus	<ul style="list-style-type: none"> • Voir le numéro 13 ci-dessus.
15	CDV/PTME/CDIP	Augmentez le CDV/PTME/ CDIP	<ul style="list-style-type: none"> • Si les services de CDV ne sont pas disponibles, suivez des formations et obtenez du soutien pour offrir ce service. • Assurez-vous que chaque femme enceinte reçoit des services de PTME. • Veillez à la disponibilité des produits et équipements et n'imposez pas de frais pour ces services. • Menez des activités d'IEC / CCC. • Diminuez les opportunités manquées et abordez les questions de CDV/PTME/ CDIP avec tous les usagers, particulièrement dans les cas de grossesse et d'IST. • Garantissez la confidentialité et ne portez pas de jugement. • Offrez les préservatifs gratuitement. • Placez les préservatifs dans ou près des toilettes et latrines afin que les individus puissent y avoir accès facilement. • Assurez-vous de la disponibilité des préservatifs dans chaque salle de consultation. • Offrez systématiquement un test de VIH au partenaire d'une femme enceinte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le VIH est un problème sérieux et vous devez pouvoir donner en exemple les professionnels de la santé qui sont là pour aider.

N°	Service	Stratégies avancées	À faire	Explication
16	PTME : mères et enfants VIH+ traités selon les protocoles	Offrez des ARV selon les protocoles à toutes les mères VIH+ et assurez-vous qu'elles accouchent dans l'établissement de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifiez que l'établissement a les capacités nécessaires au traitement selon le protocole des mères VIH+ qui accouchent dans l'établissement. • Lorsque des services d'ARV ne sont pas disponibles, veillez à ce que les mères VIH+ soient référées à un endroit où ce service est disponible. • Recherchez le soutien actif des partenaires pour aider à améliorer la qualité des services. • Identifiez une stratégie (par exemple appels téléphoniques) qui permet de s'assurer que toutes les mères VIH+ accouchent dans un établissement de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Les IST et le VIH sont des problèmes de santé publique importants.
17	Traitement d'IST	Offrez le traitement syndromique de toutes les IST.	<ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous que le personnel est formé au traitement syndromique de toutes les IST. • Assurez-vous d'un stock suffisant de médicaments pour IST. • Offrez le conseil systématique sur le VIH et le test aux couples. 	<ul style="list-style-type: none"> • La TB est un problème de santé publique important.
18	Nouveau patient avec BAAR+ TBP	Offrez le test BAAR dans le laboratoire de l'établissement de santé et recherchez les cas positifs.	<ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous que le laboratoire offre des services de TB. • Recherchez les cas positifs et testez pour BAAR. 	<ul style="list-style-type: none"> • La TB est un problème de santé publique important.
19	Patient atteint de TBP ayant complété ses traitements et guéri	DOTS	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez le personnel de l'établissement et identifiez un point focal TB • Utilisez des récompenses monétaires conditionnelles et des contrats avec le patient atteint de TBP pour adhésion au traitement et guérison. 	<ul style="list-style-type: none"> • La TBP est un problème de santé publique important.
20	MILDA distribuées	Augmentez la couverture en moustiquaires imprégnées dans la communauté.	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuez les opportunités manquées. • Offrez une MILDA à toutes les femmes enceintes. • Assurez-vous qu'un système permet de vérifier que les ménages utilisent les MILDA. • Menez des activités d'IEC/ CCC. • Tentez d'obtenir des donations de moustiquaires ; si ces dernières ne sont pas données, achetez-les et offrez-les à un prix subventionné. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluez la subvention de chaque moustiquaire au plan d'affaires.

N°	Service	Stratégies avancées	À faire	Explication
21	Nouveau ménage qui utilise une latrine au cours du dernier mois	Disponibilité et utilisation accrues de latrines par la communauté.	<ul style="list-style-type: none"> • Menez des activités d'IEC/CCC. • La sensibilisation peut être combinée aux activités nutritionnelles, et à la distribution de vitamine A et à la PF. • Encouragez une politique : un ménage, une latrine. • Assurez-vous de la présence d'un système qui permet de vérifier si les ménages maintiennent et utilisent leur latrine en fonction des directives. • Recherchez activement le soutien des autorités du district sanitaire (conseil et pratiques optimales). 	<ul style="list-style-type: none"> • L'absence de latrines est une menace importante pour la santé.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : BAAR+ = bacille acido-alcool-résistant positif ; ARV = antirétroviral ; CCC = communication pour le changement de comportement ; CDIP = conseil dépistage du VIH initié par le prestataire ; CDV = Conseil dépistage volontaire du VIH ; CPN = Consultation prénatale ; CPON = consultation postnatale ; DIU = Dispositif intra-utérin ; DOTS = Traitement de courte durée sous surveillance directe de la tuberculose ; FBP = financement basé sur la performance ; IEC = Information, éducation, et communication ; IST = Infestation sexuellement transmissible ; MILLDA = Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue Durée d'Action ; N° = nombre ; PCIME = Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance ; PF = planification familiale ; PTME = Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH ; TBP = tuberculose pulmonaire ; TT = Tétanos-toxoïde (vaccin antitétanique) ; VIH = Virus de l'immunodéficience humaine

a. Les outils de la boîte noire sont : (a) le plan d'affaires ; (b) l'outil d'indice ; et (c) l'évaluation de la performance individuelle du travailleur de santé.

b. Le service numéro 2 n'a pas été encore inclus à une intervention pilote.

Les stratégies avancées comme celles qui sont énumérées au Tableau 10.3 aideront l'établissement à améliorer ses résultats. Ces progrès ont d'ailleurs été maintes fois constatés dans la pratique. Plusieurs des stratégies relèvent du simple bon sens et certaines d'entre elles sont appliquées par des établissements non-FBP. Cependant, les travailleurs de santé seront plus enclins à appliquer ces stratégies avancées si, outre l'amélioration des résultats, leur utilisation augmente également leurs revenus. En cela, les FBP diffèrent des approches traditionnelles fondées sur les intrants.

Liens aux documents et outils

Les fichiers suivants de la Boîte à outils sont accessibles à travers le lien suivant : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter10>.

- Plan d'affaires pour un centre de santé du Nigéria (2011).
- Plan d'affaires pour un hôpital de district du Nigéria (2011).

Références

- Murray, C. J., B. Shengelia, N. Gupta, S. Moussavi, A. Tando, et M. Thieren, « Validity of Reported Vaccination Coverage in 45 Countries », *The Lancet* 362 (9389), 2003 : 1022–27.
- Soeters, R., *PBF in Action : Theory and Instruments – Course Guide, Performance-Based Financing*. La Haye : Cordaid-SINA, 2013, http://www.sina-health.com/?page_id=585.



Structures et questions de gouvernance

PRINCIPAUX MESSAGES

- L'introduction de la séparation des fonctions est une étape clé du processus de gouvernance d'un FBP et porteuse de nombreux défis.
- L'implication des communautés et d'acteurs non étatiques dans les processus décisionnels aux divers niveaux du système favorise la bonne gouvernance du FBP.
- Les contrats passés en vertu du FBP aident à clarifier les nouvelles règles du jeu.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

11.1 Introduction

11.2 Séparation des fonctions : favoriser la transparence, la voix et la redevabilité

11.3 Structures de gouvernance d'un FBP : défis et types d'acheteurs

11.4 Contracter en vertu d'un FBP : mise à l'échelle, marché intérieur, contrats et gouvernance

11.5 Liens aux documents et outils

11.1 Introduction

Il y a partout dans le monde des débats intenses sur « la bonne gouvernance » et sur ce que ce terme signifie vraiment. La Banque mondiale a adopté une définition de la bonne gouvernance qui souligne l'importance de : (a) une saine gestion du secteur public (efficacité, efficience et économie) ; (b) la redevabilité ;

(c) l'échange et la libre circulation de l'information (transparence) ; et (d) la présence d'un cadre légal qui favorise le développement, la justice et le respect des droits humains et libertés. Les autres agences internationales ont fait écho à cette définition en associant à la bonne gouvernance quatre composantes majeures : (a) la légitimité (ceux qui gouvernent doivent le faire avec le consentement de ceux qui sont gouvernés) ; (b) la redevabilité (assurer la transparence, répondre de ses actes) ; (c) la compétence (élaboration, application de politiques et prestation de services y afférant efficaces) ; et (d) respect de la loi et protection des droits humains (voir ECOSOC 2006).

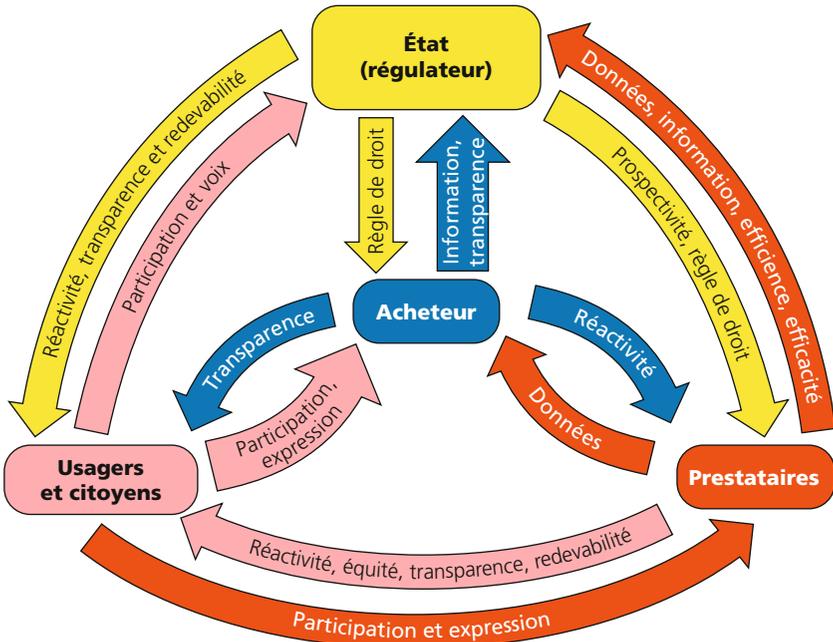
Dans le cadre d'un financement basé sur la performance (FBP), ces notions de bonne gouvernance ont été traduites en pratiques claires. La séparation des fonctions et l'amélioration de la transparence, la voix et la redevabilité des résultats en sont les éléments clés.

Plusieurs structures de gouvernance individuelle sont abordées plus en détail dans d'autres chapitres de cette Boîte à outils. Pour les enquêtes de satisfaction communautaire et les communautés, voir le Chapitre 2 ; pour le comité de santé, voir le Chapitre 6 ; pour de plus amples informations sur l'achat et la détention des fonds, consulter ce chapitre et le Chapitre 12 (application Internet). Il sera surtout question ici de la séparation des fonctions, qui constitue l'un des principaux défis de gouvernance et, en particulier, de la séparation entre le prestataire et l'acheteur. Le chapitre se termine sur des exemples qui illustrent comment les questions de gouvernance peuvent être clairement définies dans les différents contrats établis en vertu d'un FBP.

11.2 Séparation des fonctions : favoriser la transparence, la voix et la redevabilité

Dans de nombreux milieux, le principe de la séparation des fonctions est au cœur de l'amélioration de la gouvernance. Son objectif est essentiellement de diminuer l'occurrence de situations de conflit d'intérêts (voir Chapitre 2). Dans le cas d'un FBP, la pleine séparation des fonctions entre les principaux acteurs de la santé constitue une pratique optimale : le détenteur des fonds, l'acheteur, le prestataire, la communauté, le COSA, le comité de pilotage local du FBP et les instances de coordination nationale du FBP (voir Figure 11.1). La séparation des fonctions permet de distinguer clairement les tâches assignées à ces différents acteurs et aide à assurer la transparence dans le séquençage de l'exécution des différentes activités liées au FBP, notamment sur les aspects suivants :

- Démarrer une tenue de registres adéquate.
- Relier la rémunération de la performance à la présence de registres exacts.
- Procéder à un audit rigoureux de la performance.
- Impliquer les acteurs non étatiques à tous les niveaux du système de santé.

Figure 11.1 La séparation des fonctions et les questions de gouvernance soulevées

Source : Adaptation, avec l'autorisation de Remme et al. 2012.

En associant les acteurs non étatiques du FBP à la mesure, à la revue et à l'amélioration de la prestation de services publics de santé à tous les niveaux, le gouvernement accorde à la société une voix forte sur les différentes questions de prestation des soins publics de santé (voir Encadré 11.1). En fait, à travers la mise en place de systèmes qui mesurent et récompensent la performance de façon fiable, le gouvernement améliore la redevabilité et la transparence de son système public de santé. Dans la séparation des fonctions, des tâches distinctes sont allouées aux différentes parties prenantes du système de santé. Dans un FBP, cette séparation concerne les fonctions suivantes :

- prestation ;
- régulation ;
- achat ;
- détention des fonds ;
- voix communautaire.

Dans le modèle de gouvernance adoptée par le FBP, l'accent porté sur les différents rôles et fonctions de chacune des parties prenantes est associé à la conviction profonde que les parties prenantes du FBP dépendent les unes des autres pour l'atteinte des résultats ciblés. Cette conscience de l'interdépendance, associée à l'équilibre qui permet d'éviter les chevauchements de fonctions, est encouragée afin de diminuer l'occurrence de conflits d'intérêts.

ENCADRÉ 11.1**La société civile convainc le ministère de la Santé d'utiliser des enquêtes de satisfaction des usagers communautaires**

Au Rwanda, le nouveau système public d'achat introduit en 2006 était largement fondé sur les enseignements tirés des trois projets FBP pilotes antérieurs. Le ministère de la Santé s'est initialement montré très réticent à introduire des enquêtes de satisfaction des usagers communautaires, même si leur valeur avait été démontrée au cours des expériences pilotes gérées par des organisations non gouvernementales. Les décideurs craignaient que les résultats rapportés (qui étaient excellents) ne soient pas confirmés par les enquêtes de satisfaction des usagers communautaires. Ils redoutaient en outre que cette disparité mette en péril leur poste de fonctionnaire. Les acteurs non étatiques impliqués dans la mise à l'échelle du FBP du Rwanda ont défendu avec vigueur l'introduction des enquêtes dans les modèles nationaux. À la fin de 2007, les résultats de la première enquête de satisfaction des usagers communautaires étaient publiés et présentaient, malgré les craintes, des résultats positifs (avec une présence de moins de 5 % de patients fantômes). Le ministère a été félicité de ce succès et a subséquemment inclus ce processus à son FBP national.

Les différentes fonctions des parties prenantes sont décrites au Tableau 11.1.

Tableau 11.1 Les fonctions des parties prenantes clés d'un FBP au niveau du district

Fonctions	Explication
Prestation	Dans un FBP, les établissements santé agissent à titre de prestataire (et non les travailleurs individuels de la santé). Les établissements de santé sont contractualisés. Ils peuvent être publics, quasi publics (confessionnels), ou privés à but lucratif. À travers la sous-traitance, une instance contractualisée en vertu du FBP peut sous-traiter un autre établissement de santé qui se trouve dans sa sphère de responsabilité. La prestation est généralement régie par l'un et/ou l'autre des trois types de contrats suivants : (a) le contrat d'achat entre l'acheteur et le prestataire ; (b) le sous-contrat entre le tenant du contrat initial et un second établissement de santé ; et (c) le contrat de motivation entre les gestionnaires de l'établissement de santé et un travailleur de santé.
Régulation	Le régulateur est le ministère de la Santé (MS) (du niveau central au niveau local). Le MS organise le financement, coordonne les détenteurs des fonds dans le pays, détermine le type de service à inclure, calcule les coûts des services et définit les normes et standards des <i>check-lists</i> de la qualité. La coordination et le renforcement des capacités sont également mis sur pied à travers le MS.
Achat	Le rôle d'acheteur est joué au nom du MS et de ses détenteurs des fonds par une agence d'achat. L'acheteur peut être privé ou quasi public. (Pour plus de détails sur les différents dispositifs d'achat, voir la section 3 de ce chapitre).
Détention des fonds	Dans un FBP, la détention des fonds est généralement coordonnée par le ministère des Finances, mais peut impliquer un nombre important de détenteurs des fonds additionnels. La mise en commun virtuelle des fonds est souvent utilisée pour déterminer le budget global et fixer les différents tarifs. Les détenteurs de fonds individuels sont ensuite facturés en fonction de leur part de la facture de rémunération de la performance.
Voix communautaire	La voix communautaire peut être sollicitée de différentes façons : (a) enquêtes de satisfaction des usagers communautaires ; (b) participation communautaire aux comités de l'établissement de santé ; (c) implication de la société civile dans le comité de pilotage de district ; et (d) participation d'acteurs non étatiques dans la coordination au niveau national et le renforcement des capacités. Il s'agit en fait d'obtenir un verdict communautaire sur les services fournis et de permettre aux communautés d'influencer la prestation des services publics de santé.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : MS = Ministère de la Santé ; FBP = financement basé sur la performance.

Il y a eu dans le passé, au moment du démarrage des FBP, certains chevauchements de fonctions, particulièrement entre l'acheteur et le détenteur des fonds. Cependant, les fonctions de prestation et de régulation ou d'achat et de prestation doivent toujours être distinguées dès le début. Dans la plupart des FBP actuels, les fonctions de détenteur des fonds et d'acheteur sont généralement immédiatement séparées et assurées par des agences différentes. Plus les mesures de transparence et de redevabilité des résultats introduites dès la conception sont claires, plus la conception du FBP sera adéquate. La transparence génère la confiance et donne accès à des données crédibles. La redevabilité envers les résultats encourage les individus à améliorer leurs résultats.

11.3 Structures de gouvernance d'un FBP : défis et types d'acheteurs

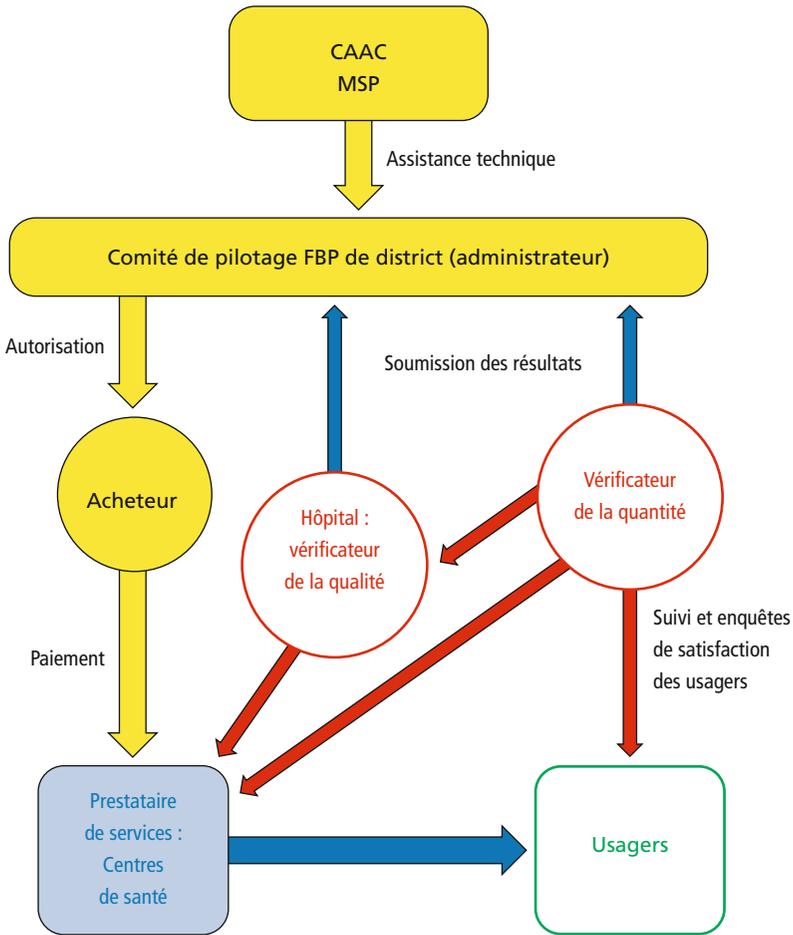
Le programme de bonne gouvernance d'un FBP s'applique à l'ensemble des parties prenantes : l'acheteur, le prestataire, le détenteur des fonds, la communauté, le COSA, le comité de pilotage FBP de district et les chargés de la coordination nationale du FBP. Les principes et structures de gouvernance sont traduits en contrats concrets qui sont censés améliorer la gouvernance.

Plusieurs caractéristiques structurelles des FBP contribuent à la bonne gouvernance, notamment :

- La séparation des fonctions implique une distinction entre l'acheteur et le prestataire qui permet de rémunérer la performance et d'améliorer la vérification des résultats (vérification et transparence).
- La supervision communautaire de la gestion de l'établissement de santé favorise une meilleure gestion des fonds publics, et la séparation des fonctions permet de procéder à une vérification crédible des résultats (vérification, transparence, et implication communautaire).
- La séparation de la fonction de détention des fonds permet un financement crédible (transparence).
- Le comité de pilotage FBP de district constitue une plate-forme qui favorise l'implication plus importante de la société civile dans la gouvernance de la performance publique (implication communautaire et voix).
- Les modalités de coordination nationale du FBP permettent de s'assurer de l'implication des partenaires au développement dans l'amélioration de la performance du système de santé (approche multi-parties prenantes et transparence).

On trouvera un exemple de ces dispositifs institutionnels à la Figure 11.2. Il s'agit de la structure administrative d'un centre de santé contractualisé par FBP au Rwanda (adapté de Brook et Smith 2001).

Figure 11.2 Modèle administratif, centre de santé sous FBP



Source : Adapté de Brook et Smith 2001.

Note : CAAC = Cellule d'Appui à l'Approche Contractuelle ; FBP = financement basé sur la performance.

Défis de gouvernance

On trouvera au Tableau 11.2 une liste des problématiques de gouvernance, des structures de gouvernance et des caractéristiques des FBP. Le tableau identifie également les défis particuliers auxquels il faudra peut-être faire face lorsque ces mesures de gouvernance seront appliquées. La bonne gouvernance est un travail exigeant.

« Eh bien, dis-je, à quoi sert d'apprendre à faire quelque chose correctement si c'est pénible alors que c'est facile de le faire incorrectement et que la paye est la même ? »

Mark Twain, Aventures de Huckleberry Finn, 1884

Tableau 11.2 Cadre des structures et questions de gouvernance

Structure de gouvernance	Question de gouvernance ^a	Dispositif FBP	Défis à la mise en œuvre
COSA	Redevabilité et voix	Redevabilité locale : Supervision communautaire des fonds publics Avis communautaires sur l'établissement des priorités et stratégie d'amélioration de la performance Voix :	Trouver l'équilibre adéquat entre la liberté opérationnelle de l'établissement de santé et la supervision des fonds publics par la société civile. Éviter l'accaparement des fonds du centre de santé par les élites communautaires. Assurer un suivi des comptes rendus des réunions du comité de l'établissement de santé au cours de la vérification de la qualité (parmi les indicateurs des scores de qualité). S'assurer que le COSA est impliqué dans l'élaboration du plan d'affaires préalable à son approbation.
Communauté	Redevabilité et voix	Redevabilité locale : Organisations à base communautaire recrutées pour la conduite des enquêtes de satisfaction des usagers communautaires Voix : Pouvoir d'influence	Pouvoir défrayer les dépenses encourues par la conduite des enquêtes de satisfaction des usagers communautaires ; trouver l'équilibre adéquat entre les coûts et les effets désirés. Travailler avec le manque d'expérience des ONG locales dans la conduite d'enquêtes de satisfaction des usagers communautaires (mais les connaissances peuvent être améliorées). Prendre le temps de discuter des constats avec l'établissement de santé, avec les autorités de district et au niveau national. Convaincre le gouvernement que ces enquêtes sont nécessaires.
Établissement de santé et prestataires autonomes	Redevabilité et informations sur la performance	Conduite systématique d'audits de la performance des établissements de santé	Procéder à des audits rigoureux de la performance quantitative et qualitative de l'établissement de santé. Séparer les fonctions et éviter les conflits d'intérêts
Comité de pilotage FBP de district	Gouvernance inclusive, redevabilité, transparence et voix	Gouvernance inclusive : Participation des ONG à l'évaluation de la performance des établissements de santé financés à partir de fonds publics. Redevabilité : Redevabilité en matière de performance (données du FBP accessibles de façon immédiate à travers le portail Internet du FBP). Transparence :	Convaincre les parties prenantes de créer un comité de pilotage FBP de district doté de mandats spécifiques. Obtenir des appuis sous forme d'assistance technique à ce comité de pilotage FBP de district, notamment pour la définition d'un programme, la préparation des contenus et la rédaction des comptes rendus. Veiller à ce que le comité de pilotage FBP de district se réunisse selon le calendrier fixé afin qu'il n'y ait aucun délai dans l'approbation des factures des établissements de santé ; confier le secrétariat à l'équipe du district sanitaire (et la rémunérer sur base de performance). Utiliser une application Internet pour l'entrée des données, la facturation et le partage d'information (voir Chapitre 12 pour les processus) ; accès aux données à travers une connexion Internet). Utiliser efficacement les données du FBP pour l'amélioration de la performance et le renforcement continu des capacités à tous les niveaux (centre de santé, district et national).

Structure de gouvernance	Question de gouvernance ^a	Dispositif FBP	Défis à la mise en œuvre
<p>Niveau national : ministère de la Santé, comité de pilotage national, dispositifs d'équipe élargie</p>	<p>Voix : Capacité d'acteurs non étatiques à influencer la prestation de services publics de santé</p> <p>Règle de lois : Assurance que les nouvelles règles sont suivies</p> <p>Gouvernance et voix : Forte implication des acteurs non étatiques dans la vérification, l'appui-conseil, la coordination et le renforcement des capacités.</p> <p>Implication d'acteurs non étatiques dans la supervision et le ciblage des fonds publics et des partenaires financiers du FBP.</p> <p>Efficience et efficacité : Recherche d'amélioration de la couverture en services rentables et de bonne qualité.</p> <p>Transparence : Application Internet qui offre un accès facile aux informations sur les résultats et les paiements</p> <p>Redevabilité : Information du public sur les résultats, les paiements et les enquêtes de satisfaction des usagers communautaires à travers le site Internet</p>	<p>Amélioration rapide de la connexion à Internet ; entrée des données et accessibilité dans un café Internet au niveau du district, de la province ou national.</p> <p>Créer des structures institutionnelles efficaces qui assurent une bonne coordination, reviennent systématiquement les progrès et interviennent lorsque nécessaire (le dispositif d'équipe élargie aide le gouvernement à s'assurer que les nouvelles règles sont respectées ; voir le Chapitre 14).</p> <p>Créer des mécanismes de coordination efficaces qui cooptent les acteurs non étatiques à collaborer avec le gouvernement dans la coordination et le pilotage de l'approche FBP (voir « dispositif d'équipe élargie » au Chapitre 14).</p> <p>Monter des tableaux de bord efficaces ; disposer d'une bonne capacité d'analyse des données et d'examen des tendances en matière de prestations de services et de dépenses.</p> <p>Assurer un lobby efficace des décideurs, à partir des données du FBP, pour davantage de financement, mais aussi pour un financement équilibré (centre de santé vs hôpitaux de district vs hôpitaux nationaux).</p> <p>Assurer un lobby efficace auprès des partenaires au développement pour accroître leur soutien aux FBP.</p> <p>Mettre en œuvre des réformes plus profondes, par exemple en matière de ressources humaines pour la santé.</p> <p>Impliquer des acteurs non étatiques à tous les niveaux du FBP : <ul style="list-style-type: none"> – le niveau communautaire pour les enquêtes de satisfaction des usagers communautaires ; – le niveau district (comité de pilotage FBP de district) pour la prise de décisions relatives à la rémunération de la performance ; – le niveau national (entité de coordination et équipes techniques) pour affiner les approches du FBP à partir des enseignements tirés. </p> <p>Convaincre le gouvernement des avantages et de l'importance de la transparence vs le premier réflexe de non-partage des données.</p> <p>Maintien et développement continu de l'application Internet et du site Internet (hôte, sous-comités)</p>	<p>Source : Données de la Banque mondiale. Note : ONG = Organisation non gouvernementale ; FBP = financement basé sur la performance. a. Voir Lewis (2006). b. Voir par exemple le <i>Nigeria National Primary Health Care Development Agency</i>, portail FBP, https://nphcdca.thenewtechs.com.</p>

Deux types d'acheteurs et implications pour la gouvernance

Dans cette section, nous examinerons un peu plus en détail un aspect en particulier : l'acheteur. Il sera plus spécifiquement question des relations entre la séparation des fonctions et l'acheteur. Nous aborderons les modalités d'achat et leurs implications dans la séparation des fonctions.

Dans les programmes FBP en cours, deux types d'acheteurs prédominent : (a) l'acheteur privé ; (b) l'acheteur quasi public. Dans l'approche d'acheteur privé, une agence privée joue le rôle d'acheteur ; lorsque l'acheteur est quasi public, cette fonction est enchâssée dans la structure gouvernementale. Les différents dispositifs d'achat suivants ont été observés sur le terrain :

- approche d'acheteur privé financé à travers des fonds bilatéraux ;
- approche d'acheteur privé financé par le gouvernement ;
- approche d'acheteur public financé par des fonds gouvernementaux et bilatéraux ;
- approche d'acheteur quasi public financé par des fonds bilatéraux et gouvernementaux.

Dans le premier cas, l'approche est typique des FBP pilotes ((Meessen et *al.* 2006 ; Meessen, Kashala, et Musango 2007 ; Rusa et *al.* 2009 ; Soeters, Habineza, et Peerenboom 2006). Une organisation non gouvernementale est engagée afin de procéder à l'achat, à la vérification et à l'appui-conseil. Elle assure typiquement les fonctions de détenteur des fonds (Soeters et *al.* 2011), même si le modèle présente plusieurs variantes, telle la contractualisation d'une entité séparée pour la détention des fonds dans le FBP pilote de la Zambie mis en œuvre par Cordaid (2011-actuel).

Dans le deuxième cas, l'acheteur privé signe un contrat avec le gouvernement pour la conduite de l'achat, de la vérification et de l'appui-conseil. Le ministère des Finances agit cette fois comme détenteur des fonds. Ce type de modalités a été adopté par le FBP pilote du Zimbabwe (2011-actuel).

Dans le troisième cas, l'approche repose sur un acheteur public. Ici, l'unité d'achat est logée au ministère de la Santé et est formée de fonctionnaires qui bénéficient d'une assistance technique financée par les partenaires au développement. Le FBP du Rwanda est un exemple de cette approche (2006-actuel).

Dans le quatrième cas, l'acheteur est quasi public. Dans cette approche, il y a soit création d'une entité distincte du ministère de la Santé qui est dotée de personnels fonctionnaires et consultants, soit contractualisation d'une agence qui agit comme acheteur. Cette approche a été retenue par les FBP du Burundi (2010-actuel) et du Nigéria (2011-actuel). Dans le FBP de la République Kirghize, l'unité d'achat est logée au Fond National d'Assurance Santé. On trouvera au Tableau 11.3 davantage d'exemples sur les acheteurs privés et quasi publics.

Tableau 11.3 Exemples d'adoption d'une approche d'acheteur privé et d'acheteur quasi public

Approche FBP d'acheteur privé	Approche FBP d'acheteur quasi public
Cambodge : Pearang pilote, HNI (1998)	Cambodge : Takeo et Sotnikum, New Deal (1999)
Rwanda : Cyanguu FBP pilote, Cordaid (2002-2005)	Rwanda, Butare : projet pilote FBP, HNI (2002-2005)
Burundi : projets pilotes FBP Cordaid (2006-2010)	Rwanda ville de Kigali : projet pilote FBP, CTB (2005-2006)
République Démocratique du Congo : FBP pilote au Sud Kivu, Cordaid (2006-actuel)	Rwanda : Approches nationales FBP (janvier 2006-actuel)
Burundi : projet pilote PBF, SDC (2008-2010)	RDC : Union européenne S9FED (juin 2006-actuel)
République Centrafricaine : PBF pilote, Cordaid (2008-actuel)	Burundi : Approches nationales FBP (avril 2010-actuel)
Cameroun : PBF pilote, Cordaid (2008-actuel)	Zambie, district Katete : FBP pilote (2009-actuel)
Flores Indonésie : PBF pilote, Cordaid (2008-2011)	Bénin : PBF pilote (décembre 2011-actuel)
Burundi : projet pilote PBF, HNI-TPO (2008-2010)	Nigéria : FBP prépilotes (décembre 2011-actuel)
Zimbabwe : projet pilote FBP, Cordaid (juin 2011-actuel)	République Kirghize : PBF pilote (juillet 2013-actuel)
Tchad : projet pilote FBP, AEDES (2011-actuel)	Burkina Faso : PBF pilote (août/septembre 2013-actuel)

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : AEDES = Agence Européenne pour le Développement et la Santé ; CTB = Coopération Technique Belge ; HNI-TPO = Health Net International-Transcultural Psychosocial Organization ; FBP = Financement basé sur la performance ; RDC = République Démocratique du Congo ; SDC = Agence Suisse pour le Développement et la Coopération.

Lors du choix de l'une de ces approches, il faut garder en tête le concept de séparation des fonctions : comment l'approche garantit-elle la séparation des fonctions ? Comment éviter les conflits d'intérêts ? Et comment favorise-t-elle la bonne gouvernance ? Le Tableau 11.4 précise certaines des distinctions entre les deux approches.

Tableau 11.4 Distinction entre les approches d'acheteur privé et d'acheteur quasi public

Critères	Approche d'acheteur privé	Approche d'acheteur quasi public
Acceptabilité par le ministère de la Santé	Difficile	Élevé
Contractualisation	Possibilité de choisir le meilleur	Par nomination
Flexibilité en matière d'innovation	Probable	Difficile
Compétition pour les contrats	Faisable	Difficile
Durée de contrat limitée (par exemple deux ans)	Applicable	Une fois l'entité nommée, l'annulation du contrat n'est pas facile
Potentiel de chevauchement des rôles, particulièrement en matière de régulation	Moins probable	Plus probable
Identité du détenteur des fonds	Différents organismes	Différents organismes
Au cours du démarrage d'un FBP pilote	Fortement recommandé	Difficile à organiser
Au cours de la mise à l'échelle d'un FBP	Politiquement difficile	Politiquement plus facile

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : FBP = Financement basé sur la performance.

En général, l'approche d'acheteur privé est plus souhaitable puisqu'elle favorise la séparation des fonctions, même si l'approche par acheteur quasi public paraît plus attrayante à plusieurs gouvernements en raison d'un plus grand sentiment d'appropriation. En outre, certains collègues évoquent parfois des arguments de « durabilité » ou de « coût » en appui à leur intérêt envers une approche par acheteur quasi public. Cependant, l'approche par acheteur quasi public n'est pas nécessairement moins coûteuse que celle par acheteur privé (Uwimpuhwe 2011). Pour plus de détails, voir le Chapitre 14.

11.4 Contractualisation en vertu d'un FBP : mise à l'échelle, marché intérieur, contrats et gouvernance

Les contrats incluent des règles de gouvernance

Les contrats utilisés par les FBP permettent de clarifier les nouvelles règles du jeu. Même au niveau micro, les contrats sont des instruments de gouvernance importants. Ils définissent les nouveaux rôles des parties prenantes du système de santé, les services du FBP, les tarifs et formulent les règles de vérification et de rémunération de la performance. Le FBP fonctionne grâce à un mécanisme de marché intérieur créé pour l'achat de la performance d'un système de santé national.

Plusieurs types de contrats sont utilisés, depuis la contractualisation des établissements de santé pour la prestation de services, à la signature par les travailleurs de santé de contrats de motivation individuels qui spécifient la performance attendue et définissent explicitement leur part des primes à la performance gagnées par l'établissement. Certains contrats exigent que les membres des comités de pilotage FBP de district signent des accords qui spécifient leurs nouveaux rôles et responsabilités.

Les formats des contrats varient considérablement. Le FBP du Rwanda utilise par exemple trois types de contrats au niveau du centre de santé, deux de plus au niveau communautaire et encore deux au niveau de l'hôpital. Au Burundi, ce sont neuf contrats différents qui délimitent les structures institutionnelles nouvellement créées.

La contractualisation du FBP est souvent encadrée par un protocole d'accord ou une entente de services. Ces dispositions sont très différentes des cadres légalistes détaillés des contrats standard généralement utilisés par les partenaires au développement. Les contrats internes signés par le FBP ont pour principal objectif de clarifier les nouvelles « règles du jeu » (North 1990). En fait, ces contrats résument souvent le FBP et expliquent dans un langage clair les droits et obligations de chaque partie.¹ Les différents types de contrats utilisés au Rwanda et au Burundi sont décrits aux Tableaux 11.5 et 11.6. Pour un accès aux contrats mentionnés, voir les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Tableau 11.5 Contrats en vertu du FBP utilisés au Rwanda

N°	Acheteur public ou contrat	Signataire
1	Comité de pilotage FBP de district	Ce contrat multilatéral est signé entre le maire du district et les parties impliquées dans le FBP au niveau du district (neuf signataires incluant le ministère de l'Administration locale, le ministère de la Santé ; des représentants des prestataires et de la société civile).
2	Contrat d'achat avec un centre de santé	Le contrat est établi entre le ministère de l'Administration locale et le centre de santé et signé par le représentant du maire (au nom de ce dernier) au niveau sectoriel (sous-district) et le président de l'équipe de gestion de l'établissement de santé (le conseil d'administration) (deux signataires).
3	Contrat de motivation	Le contrat est signé par le représentant de l'équipe de gestion de l'établissement de santé et un travailleur de santé (deux signataires).
4	Contrat d'achat avec un hôpital de district	Le contrat est signé par le ministre de la Santé, le directeur de l'hôpital et le président du conseil d'administration (trois signataires).
5	Comité de pilotage sectoriel du FBP	Le contrat est établi entre le maire et le comité de pilotage sectoriel du FBP ; il est signé par le secrétaire administratif sectoriel (au nom du maire). La personne responsable du centre de santé, le superviseur de la coopérative des agents de santé communautaire du centre de santé, le président de la coopérative des agents de santé communautaire et un représentant local de la communauté (cinq signataires).
6	Contrat d'achat avec la coopérative des agents de santé communautaire	Le contrat est établi entre l'administration sectorielle et la coopérative des agents de santé communautaire ; il est signé par le représentant de l'administration sectorielle, la personne responsable du centre de santé et le président de la coopérative des agents de santé communautaire (trois signataires).

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : FBP = Financement basé sur la performance.

La rédaction des contrats doit être faite avec soin. Quelquefois la copie d'un contrat établi dans un pays qui met en œuvre un FBP comparable peut s'avérer utile, mais il vous faudra adapter le langage et les détails à vos besoins spécifiques. Les contrats forment une part importante des manuels d'utilisateurs des FBP (voir Chapitre 15). Chaque partie prenante doit pouvoir se référer aux contrats lorsque nécessaire. Les contrats constituent une part importante des formations, qui se terminent souvent par une cérémonie de signature de contrats. Plus important encore, les contrats forment la colonne vertébrale d'une bonne gouvernance.

FBP mis à l'échelle : marché, contractualisation et gouvernance

Les FBP mis à l'échelle opèrent à travers un mécanisme de régulation du marché interne. Le concept de marché interne ou de quasi-marché a été associé aux soins de santé au début des années 1990, notamment en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Ces pays entendaient introduire certaines forces du marché dans un système de santé publique extrêmement rigide (Enthoven 1991 ; Grand 2003 ; Walsh 1995). La régulation des marchés en tant que modèle de politique a été élaborée plus avant dans les pays européens, notamment aux Pays-Bas.

Les expressions *marché intérieur* ou *quasi-marché* permettent de bien décrire le fonctionnement d'un FBP mis à l'échelle, qui introduit un marché interne d'achat de la performance. En fait, les FBP distinguent l'acheteur du prestataire de façon à allouer avec transparence différentes fonctions à des entités distinctes.

Tableau 11.6 Contrats en vertu du FBP utilisés au Burundi

N°	Acheteur quasi public ou contrat	Signataires
1	Contrat entre le ministère de la Santé (MS) et le comité provincial de vérification et de validation (CPVV)	Le contrat est signé par les représentants du MS et du CPVV (deux signataires). Le CPVV est une entité semi-autonome créée à partir du personnel du Bureau provincial de la santé et de techniciens contractualisés.
2	Contrat entre le MS et le Bureau provincial de la santé (BPS)	Le contrat est signé par des représentants du MS et du BPS (deux signataires). Il établit les règles liées à l'exécution des fonctions de supervision de la qualité (des établissements de santé) et identifie un ensemble d'autres mesures de la performance décrit au cadre de performance des BPS.
3	Contrat entre le MS et le Bureau de district de la santé (BDS)	Le contrat est signé par des représentants du MS et du BDS (deux signataires). Il établit les règles liées à l'exécution des fonctions de supervision de la qualité (des établissements de santé) et identifie un ensemble d'autres mesures de la performance décrit au cadre de performance des BDS.
4	Contrat d'achat avec un centre de santé	Le contrat est signé par le représentant du CPVV, le responsable du centre de santé et le président du comité du centre de santé (trois signataires).
5	Contrat d'achat avec un hôpital de district	Le contrat est signé par le représentant du CPVV et le directeur de l'hôpital (deux signataires).
6	Contrat d'achat avec un hôpital tertiaire	Le contrat est signé par le représentant du MS et le directeur de l'hôpital (deux signataires).
7	Contrat de motivation	Le contrat est signé par le représentant des gestionnaires de l'établissement de santé et un travailleur de santé (deux signataires).
8	Contrat entre le CPVV et une OBC	Le contrat est établi entre le CPVV et l'OBC pour la conduite d'enquêtes communautaires trimestrielles. Il est signé par les représentants de l'OBC et du CPVV (deux signataires).
9	Contrat entre le niveau central du MS et le gouvernement	Le contrat est signé entre le dirigeant du MS au niveau central et le représentant du MS au sein du gouvernement (chef de Cabinet) (deux signataires).

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : CPVV = Comité provincial de vérification et de validation ; BPS = Bureau provincial de la santé ; BDS = Bureau de district de la santé ; MS = Ministère de la Santé ; OBC = Organisations à base communautaire.

Avec l'introduction de signaux financiers dans des systèmes de santé publique rigides, il y a stimulation de l'entrepreneuriat social des gestionnaires d'établissements de santé et des prestataires. Même dans les milieux ruraux des pays à faible revenu où il n'y a que peu de compétition entre prestataires de santé publique, les établissements appuyés par un FBP qui offrent de meilleurs services pourraient attirer des patients qui se situent dans la zone de couverture d'un autre établissement où les services sont de moins bonne qualité. Même dans ce type de situation, il est devenu clair que le FBP stimule « le vote avec les pieds » et le concept voulant que « l'argent suive le patient ».

Dans le cadre du développement du marché intérieur des FBP, on utilise les expressions « contractualisation interne » et « contractualisation externe ». La première a tout d'abord été employée pour décrire l'approche contractuelle adoptée au Cambodge à la fin des années 1990 (Bhushan *et al.* 2007 ; Loevinsohn et Harding 2005). Le terme faisait référence à la contractualisation d'acteurs non étatiques pour appuyer le gouvernement dans l'amélioration de la prestation

des services de santé. Ce principe différerait de la contractualisation externe, qui veut que la prestation des services de santé soit sous-traitée à des acteurs non étatiques. Dans les deux approches, il s'agit bien sûr de fonds publics.

On pourrait soutenir que le PBF tire ses origines des premières expériences de contractualisation interne du Cambodge (Soeters and Griffiths 2003), alors que des acteurs non étatiques avaient développé des méthodes qui aidaient le système public de santé du gouvernement du Cambodge à améliorer ses performances (Meessen *et al.* 2006 ; Meessen, Soucat, et Sekabaraga 2011).

Au plan conceptuel, les projets FBP ne sont pas si loin des méthodes de contractualisation interne. Il s'agit d'un point important, puisque cette expérience a eu des retombées sur le rôle de l'assistance technique dans les FBP (voir également le Chapitre 14).

Plusieurs gouvernements n'ont pas l'habitude de travailler avec des ONG. En fait, certains gouvernements hésitent souvent à travailler avec elles, particulièrement lorsque le secteur des ONG est important, notamment dans les contextes complexes d'urgence. Cependant, les gouvernements doivent réaliser les conséquences des activités de renforcement du système de santé à travers le FBP. Les acteurs non étatiques sont non seulement essentiels à une bonne séparation des fonctions, mais également déterminants dans l'assistance au gouvernement pour une amélioration de la performance de son système de santé.

Liens aux documents et outils

Les fichiers suivants de la Boîte à outils sont accessibles à travers le lien : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter11>.

- Rwanda :
 - Contrat avec un comité de pilotage FBP de district.
 - Contrat d'achat avec un centre de santé.
 - Contrat de motivation.
 - Contrat d'achat avec un hôpital de district.
 - Contrat avec un comité de pilotage sectoriel du FBP.
 - Contrat d'achat avec une coopérative d'agents de santé communautaire.
- Burundi :
 - Contrat entre le ministère de la Santé (MS) et le comité provincial de vérification et de validation (CPVV).
 - Contrat entre le MS et le Bureau provincial de la santé (BPS).
 - Contrat entre le MS et le Bureau de district de la santé (BDS).
 - Contrat d'achat avec un centre de santé.
 - Contrat d'achat avec un hôpital de district.
 - Contrat d'achat avec un hôpital tertiaire.
 - Contrat de motivation.
 - Contrat entre le CPVV et une OBC.
 - Contrat entre le niveau central du MS et le gouvernement.

Note

1. Il est possible de contacter un avocat pour obtenir des conseils sur la façon de présenter ces contrats. Cependant, parce que ces contrats sont des accords internes et parce qu'un langage clair est utilisé, un avocat non initié pourrait s'opposer à la forme et au contenu.

Références

- Bhushan, I., E. Bloom, D. Clingingsmith, R. Hong, E. King, M. Kremer, B. Loevinsohn, et B. Schwartz, « Contracting for Health : Evidence from Cambodia », *Weatherhead School of Management*, Université Case Western Reserve, Cleveland, OH, 2007. <http://faculty.weatherhead.case.edu/clingingsmith/cambodia13JUN07.pdf>.
- Brook, P., et S. Smith, eds., *Contracting for Public Services : Output-Based Aid and Its Applications*, Washington, DC : Banque mondiale, 2001.
- ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), « Definition of Basic Concepts and Terminologies in Governance and Public Administration », E/C.16/2006/4, Comité d'experts en administration publique, ECOSOC, New York, 2006. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan022332.pdf>.
- Enthoven, A. C., « Internal Market Reform of the British National Health Service », *Health Affairs* 10 (3), 1991 : 60–70.
- Grand, J. L., *Motivation, Agency, and Public Policy*, London : Presses de l'Université d'Oxford, 2003.
- Lewis, M., « Governance and Corruption in Public Health Care Systems », Centre pour le Développement mondial, document de travail 78, Banque mondiale, Washington, DC, 2006.
- Loevinsohn, B., et A. Harding, « Buying Results ? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries », *The Lancet* 366 (9486) 2005 : 676–81.
- Meessen, B., J.-P. Kashala, et L. Musango, « Output-based Payment to Boost Staff Productivity in Public Health Centres : Contracting in Kabutare District, Rwanda », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 85 (2), 2007 : 108–15.
- Meessen, B., L. Musango, J. P. Kashala, et J. Lemlin, « Reviewing Institutions of Rural Health Centres : The Performance Initiative in Butare, Rwanda », *Tropical Medicine and International Health* 11 (8), 2006 : 1303–17.
- Meessen, B., A. Soucat, et C. Sekabaraga, « Performance-Based Financing : Just a Donor Fad or a Catalyst Towards Comprehensive Health-Care Reform ? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 89 (2), 2011 : 153–56.
- North, D. C., *Institutions, Institutional Change, and Economic Performance*, Cambridge, RU : Presses de l'Université de Cambridge, 1990.
- Remme, M., P. B. Peerenboom, P.-M. Douzima, D. M. Batubenga, M. I. Inoussa, et J. van de Weerd, « Le Financement basé sur la Performance et la Bonne Gouvernance : Leçons apprises en République Centrafricaine », PBF CoP document de travail, Séries WP8, Communauté de pratique africaine sur le financement basé sur la performance, Banque mondiale, Washington, DC, 2012. <http://www.hha-online.org/hso/system/files/wp8fbpenrca.pdf>.
- Rusa, L., W. Janssen, S. van Bastelaere, D. Porignon, J. de Dieu Ngirabega, et W. Vandembulcke, « Performance-Based Financing for Better Quality of Services in Rwandan

- Health Centres : 3-Year Experience », *Tropical Medicine and International Health* 14 (7), 2009 : 830–37.
- Soeters, R., et F. Griffiths, « Improving Government Health Services through Contract Management : A Case from Cambodia », *Health Policy and Planning* 18 (1), 2003 : 74–83.
- Soeters, R., C. Habineza, et P. B. Peerenboom, « Performance-Based Financing and Changing the District Health System : Experience from Rwanda », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 84 (11), 2006 : 884–89.
- Soeters, R., P. B. Peerenboom, P. Mushagalusa, et C. Kimanuka, « Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care in the Democratic Republic of Congo », *Health Affairs* 30 (8), 2011 : 1518–27.
- Uwimpuhwe, S., « Cost Analysis of the Performance-Based Financing Scheme in Rwanda », École de santé publique, Université nationale du Rwanda, Kigali, 2011.
- Walsh, K., *Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting, and the New Public Management*, Londres : Presses Macmillan, 1995.



Collecte des données et diffusion

PRINCIPAUX MESSAGES

- Les liens entre l'argent et la redevabilité et la mise en œuvre d'un processus d'audit entraînent des changements positifs dans la gestion des données.
- Les applications Internet constituent la colonne vertébrale de tout système administratif d'un FBP mature.
- Les applications Internet d'un FBP relient la prestation de services et la facturation et favorisent la bonne gouvernance (redevabilité des résultats et transparence).

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

- 12.1 Introduction : la collecte des données et leur exploitation sont essentielles au FBP
 - 12.2 Comment se distingue la collecte des données pour les besoins d'un FBP
 - 12.3 Comment fonctionnent les applications Internet d'un FBP ?
 - 12.4 Comment rendre fonctionnelles les applications Internet d'un FBP
 - 12.5 Liens aux documents et outils
-

12.1 Introduction : la collecte des données et leur exploitation sont essentielles au FBP

La collecte des données et leur exploitation sont au cœur des dispositifs de financement basé sur la performance (FBP). Si les processus sont bien suivis, le FBP permet d'obtenir des données de meilleure qualité et davantage disponibles à tous

les niveaux – depuis le plus petit centre de santé au ministère de la Santé. Le fait de relier les données aux paiements modifie la gestion des données. Des solutions basées sur les technologies de l'information par Internet ont été développées et forment la colonne vertébrale des systèmes administratifs des FBP. Parallèlement, la disponibilité de données de meilleure qualité et la présence de dispositifs basés sur ces données demandent de meilleures capacités d'analyse à tous les niveaux du système. On verra dans ce chapitre comment satisfaire à ces exigences.

12.2 Comment se distingue la collecte des données pour les besoins d'un FBP

Le FBP demande de meilleures données et leur exploitation plus poussée. Les modalités de paiement en vertu d'un FBP exigent et stimulent une gestion plus efficace des données et leur plus grande disponibilité à tous les niveaux. Le FBP stimule une exploitation plus précise des données justement en raison du fait que celles-ci sont directement liées aux paiements. Concrètement, elles sont généralement 100 % disponibles, parce que les établissements de santé ou les agences doivent les transmettre sous peine de non-paiement des incitations à la performance. En outre, la qualité des données est nettement meilleure puisque ces dernières sont vérifiées au niveau de l'établissement de santé, du district et national avant les versements. Si les données ne sont pas disponibles à l'un de ces trois niveaux, les paiements ne peuvent être enclenchés. Ainsi, ces procédures spécifiques de rémunération de la performance permettent de s'assurer que les prestataires transmettent des données complètes et que celles-ci sont disponibles à tous les niveaux du système.

Les liens créés entre les données, les paiements et la redevabilité et l'audit des données modifient la façon dont elles sont gérées. En fait, les données deviennent équivalentes aux revenus. En outre, les données et les revenus font l'objet d'audits à tous les niveaux : communautaire, centre de santé, district et national. Si dans un FBP, la quantité et la qualité des prestations de services déterminent l'ampleur des revenus – et que ces deux aspects sont minutieusement examinés à tous les niveaux – il est certain que la collecte des données prend une nouvelle importance qui dépasse largement la simple « collecte de routine ».

Les données sont scrutées directement auprès de l'établissement de santé, au niveau local (district/variable selon les pays) puis au niveau national. Au niveau de l'établissement de santé, les données sont directement tirées des registres. Au niveau du district, les données qualitatives et quantitatives sont vérifiées et approuvées. Au niveau national, un ordre de paiement consolidé est préparé et les données quantitatives et qualitatives relatives à l'ensemble du pays sont compilées. À chacun de ces trois niveaux, la performance relative fait l'objet d'analyses (pour le type d'analyses utilisées lors de ces exercices, voir le Chapitre 13).

Les différences

En général, les systèmes de données d'un FBP diffèrent sensiblement des systèmes de gestion de l'information sanitaire types (SGIS) :

- Dans le cas du FBP, seul un ensemble limité de données est collecté.
- Dans le FBP, il y a contrôle rigoureux à la source de toutes les données et triangulation à différents niveaux.
- Dans un FBP, toutes les données sont reliées à une facturation automatisée et à un module de paiement.

Le système administratif du FBP a pour fonction essentielle d'apporter des solutions à la facturation et à la rémunération de la performance. Cependant, le fait de relier les données au paiement a également pour effet collatéral de favoriser la disponibilité d'informations précieuses sur la performance.

Collecte d'un ensemble limité de données

Les FBP ne s'intéressent qu'à un ensemble limité de données. Typiquement, seulement 20 services sont achetés à chaque niveau (centre de santé et hôpital de district), ce qui équivaut à un total d'environ 40 services. Les données sont collectées chaque mois et ne sont pas désagrégées en fonction de données personnelles telles que le nom, l'âge, le genre et l'adresse. Ces informations personnelles sont consignées dans les registres des établissements de santé et seules les données quantitatives agrégées sont saisies dans la base de données. Outre les données quantitatives, les données qualitatives consolidées ne sont saisies que pour une quinzaine de services (scores consolidés, mais non l'ensemble complet). Cet exercice est effectué tous les trois mois. En termes de charge de travail, ceci permet de réduire la saisie des données mensuelles, qui dans un SGIS typique sont généralement très nombreuses (soit par exemple 10 000 dans le SGIS rwandais pré-2012).

Contrôle rigoureux des données à la source

Le processus de vérification des données du FBP est rigoureux et les données collectées à la source font l'objet d'une contre-vérification. Au niveau de l'établissement de santé, des outils de collecte des données primaires spécialement prévus à cet effet sont utilisés (registre et dossiers individuels des patients). Chaque mois, tous les services achetés font l'objet d'une vérification à la source. Ces données sont ensuite contre-vérifiées par comparaison avec les données similaires du SGIS des centres de santé. Le processus de vérification de la qualité des données du FBP peut donc entraîner également une meilleure fiabilité des informations figurant au SGIS (voir Chapitre 2).

Données reliées à la facturation automatisée et au module de paiement du FBP

La facturation et le paiement sont des fonctions clés des systèmes de gestion des données du FBP. Ces fonctions ne font généralement pas partie d'un SGIS type. Dans un FBP, les données quantitatives et qualitatives sont saisies dans une application Internet. Une fois par trimestre, une facture consolidée de district est imprimée par le système et soumise au comité de pilotage du district concerné pour approbation. Après que la facture a été validée et approuvée aux niveaux supérieurs, l'ordre de paiement est imprimé. Ce dernier est alors approuvé et envoyé au(x) détenteur(s) des fonds. Un FBP flexible peut en effet gérer différents acheteurs et détenteurs de fonds. En fait, il peut facilement être adapté aux différents besoins contextuels.

12.3 Comment fonctionnent les applications Internet d'un FBP

Deux composantes

Les technologies de l'information par Internet utilisées par les FBP comprennent généralement deux composantes : (a) une base de données accessible par Internet à tout moment ; et (b) un site Internet à travers lequel les outils et résultats du FBP sont partagés.

Base de données disponible sur Internet

La base de données Internet est certainement la technologie de l'information qui convient aux FBP mis à l'échelle qui utilisaient autrefois les feuilles de calcul ou les bases de données hors ligne pour la gestion des données. Maintenant, ces bases de données permettent aux utilisateurs de saisir les données sur la performance du FBP, de définir les paramètres du dispositif (par exemple l'identification des données relatives aux achats et à quel tarif), de calculer les versements dus en vertu du FBP et d'imprimer les ordres de paiement. Le système est également relié aux autres outils analytiques tels que les logiciels Microsoft Excel ou d'information géographique, ce qui permet aux personnels de district et de niveau national d'analyser la performance de la prestation de services.

La gestion des données et le système de validation, qui inclut la base de données Internet, forment actuellement la colonne vertébrale administrative de deux FBP mis à l'échelle (Rwanda et Burundi). L'intérêt envers cette solution croît rapidement dans les FBP, notamment au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, au Congo Brazzaville, au Tchad, en République Démocratique du Congo, au Lesotho, au Nigéria, au Sénégal et en Zambie.

La solution présente en effet plusieurs avantages :

- Les problèmes de non-protection contre les virus d'ordinateurs personnels dans les zones où l'entretien de routine et l'expertise technique sur les logiciels et les infrastructures propres aux technologies de l'information sont contournés ; tout accès Internet opérationnel suffit.
- La plate-forme d'échange multi-directionnel d'informations est assurée ; tous les participants actifs aux différents niveaux ont accès à la même information.
- Il n'est plus nécessaire que l'établissement de santé transmette une facture papier au niveau central ; les factures consolidées de district sont transmises par Internet.
- Il y a création d'un référentiel d'informations sanitaires fiables qui pourront être utilisées ultérieurement pour le suivi et l'évaluation des performances du secteur santé ou pour vérifier que chaque service a été comptabilisé et rémunéré.
- La facturation et l'achat stratégique efficaces et fiables sont facilités.
- La mise en commun virtuelle de tous les fonds du FBP devient possible ; jusqu'à 10 détenteurs de fonds différents sont actuellement gérés par les dispositifs mis à l'échelle du Rwanda et du Burundi.

La grande majorité des pays ont opté pour un logiciel gratuit ou partagiciel qui peut être adapté par des programmeurs. Les logiciels gratuits ou partagiciels ont l'avantage de ne pas être soumis à l'acquisition d'une licence. Un mélange de logiciels gratuits (PHP) et de logiciels libres (Joomla, WordPress, MySQL et PostgreSQL) est généralement utilisé. MySQL et PostgreSQL sont des bases de données libres populaires¹ ; Joomla et WordPress sont des systèmes de gestion de contenu libres et gratuits² ; et PHP, qui avait été initialement conçu pour le développement de pages Internet dynamiques, constitue maintenant un langage de programmation largement utilisé pour le scripting côté serveur.³

Ces solutions basées sur les technologies de la communication et de l'information (TCI) constituent la colonne vertébrale des FBP. Sans elles, l'obtention rapide, précise et complète des ensembles de données nécessaires à une prompte rémunération des prestataires et à la bonne gouvernance (redevabilité des résultats et transparence, voir le Chapitre 11) serait extrêmement difficile.

Site Web public

Les sites Web publics présentent des informations, des photographies, un calendrier des événements liés au FBP et des informations sur la performance et les revenus de l'établissement contractualisé (soit une « information publique de première ligne »).

Il est également possible d'améliorer un système de collecte des données existant pour développer un outil FBP hybride. Ce type de solution a l'avantage de réduire la duplication dans la saisie des données qu'entraîne l'utilisation d'un système parallèle pour le FBP et d'améliorer l'utilisation des données du SGIS en général. Dans ce cas, les données sont collectées dans le cadre des opérations de routine du SGIS et transmises au système du FBP pour analyse, validation et traitement des factures. Les nouvelles plates-formes Internet des SGIS, par exemple le *District Health Information Software 2*, (version française) (DHIS 2) ont prévu des interfaces d'application qui permettent l'échange de données en temps réel avec les autres systèmes.

Analyse des données : renforcement des capacités nécessaire

Les dispositifs fondés sur l'exploitation des données demandent une capacité d'analyse plus importante. En mettant l'accent sur les données, le FBP soulève fréquemment le fait que les capacités d'analyse sont plutôt faibles à plusieurs niveaux du système de santé. Les meilleures techniques d'analyse des données et les différentes stratégies susceptibles d'améliorer la capacité y afférente sont abordées plus avant au Chapitre 13.

12.4 Comment rendre fonctionnelle l'application Internet d'un FBP

Considérations générales

Pour la création d'une application Internet fonctionnelle spécifique à un FBP, avoir recours à l'appui d'un consultant, mais demeurer très clair sur la teneur des besoins en matière d'application. En outre, identifier les moyens de formation

des utilisateurs finaux souhaités et discuter des questions d'entretien et de sécurité. Suivre les étapes suivantes :

- Définir les besoins du système FBP (flux des données, types de données à collecter, méthodes de paiement, détenteurs des fonds, utilisateurs du système, etc.).
- Demander l'appui technique en TCI d'un programmeur ou d'un concepteur de système et lui confier les tâches suivantes :
 - Comparer les exigences aux applications FBP existantes et décider s'il faudra développer un nouveau logiciel ou s'il est possible d'adapter un système existant.
 - Configurer le système en fonction des exigences locales.
 - Développer des rapports personnalisés.
- Former les utilisateurs finaux.
- Planifier l'entretien, la sécurité et le développement continu.

Identifier un consultant pour le développement du logiciel

L'expérience en matière d'application Internet pour un FBP est relativement récente et par conséquent limitée, quoiqu'en croissance. Dans chaque pays, un programmeur local en TCI est formé à l'entretien et au développement plus poussé de l'application Internet, ce qui augmente l'expertise disponible. Des produits commerciaux sont disponibles et peuvent être adaptés par tout programmeur qui possède une certaine expérience avec MySQL et PHP. On trouvera dans les liens aux documents, mentionnés à la fin du chapitre, des termes de référence génériques pour le recrutement d'un consultant spécialisé dans les technologies de l'information.

Former les utilisateurs finaux

Il faudra former les utilisateurs finaux à l'emploi de l'application Internet. Les formations devraient s'adresser aux autorités administratives et de santé de district, aux assistants techniques, et au personnel du ministère de la Santé de niveau national. La formation démarre souvent par une revue générale des connaissances informatiques applicables à une situation donnée : l'utilisation de base d'Internet, les questions de sécurité liées aux comptes et aux mots de passe, l'information utile lorsque l'on utilise un ordinateur public. Deux à trois jours de formation semblent appropriés. Le personnel de district peut utiliser des données de performances réelles dans la pratique de la saisie. Des formations de ce type ont été menées au Rwanda avant la collecte des données de performances en 2006 et au Burundi au cours des six premiers mois de collecte des données de performance en 2010.

En outre, la formation d'un technicien local sur les questions de cryptage sous PHP (logiciel), de gestion de site Internet à travers Joomla ou WordPress et de maintenance de la base de données (incluant les procédures de sauvegarde) peut s'avérer utile.

Plan de maintenance, sécurité et développement continu

La base de données peut être localisée sur un serveur dans la capitale du pays ou ailleurs, dans le nuage Internet. L'utilisation d'un serveur dans le pays présente

différents avantages : elle augmente le sens d'appropriation et offre souvent une plus grande vitesse d'accès. Cependant, le serveur peut être n'importe où, particulièrement si l'accès se fait par connexion satellite. Il est essentiel que le serveur garantisse un accès à toute heure et offre des possibilités de sauvegarde et de stockage professionnel (contrôle climatique et énergétique assurés).

Lorsque l'on recherche un serveur approprié dans la capitale, il faut sélectionner un technicien expérimenté en TCI qui connaît bien l'installation et la maintenance des serveurs. Analyser deux ou trois fournisseurs de services Internet et choisir le plus fiable. Acquérir le serveur, rédiger un contrat avec le fournisseur de services Internet choisi et installer le logiciel sur le serveur. Le travail peut maintenant commencer.

On trouvera un exemple de contrat avec un fournisseur de services Internet dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre.

Finalement, il faut mettre sur pied un comité éditorial du site Web et un comité de gestion de la base de données. Le comité éditorial gère le contrôle de la qualité et supervise l'information diffusée sur le site Web ; il gère également l'accès aux informations réservées aux utilisateurs enregistrés. Le comité de gestion de la base de données supervise la sécurité et l'accès, les questions de sauvegarde, le développement continu de l'application et règle les questions liées à la capacité d'analyse des données sur la performance. Des exemples de termes de référence d'un comité éditorial et d'un comité de gestion de la base de données sont disponibles dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre. Pour des informations sur les centres de données du FBP du Rwanda et du Burundi, on pourra consulter respectivement les Encadrés 12.1 et 12.2 ci-dessous.

ENCADRÉ 12.1

Le Rwanda et son centre de données sur le FBP

L'approche nationale du FBP du Rwanda envers les centres de santé et les communautés repose sur une base de données Internet, qui constitue la colonne vertébrale du système administratif du FBP. Ce système centralisé utilise un ensemble de tarifs unitaires attribués au niveau national aux différents indicateurs quantitatifs. Les mesures composites des indicateurs mentionnés dans la *check-list* de la qualité sont également saisies dans cette base de données.

Quatorze indicateurs différents sont associés aux services mentionnés dans la *check-list* de la qualité. En outre, chaque indicateur de mesure composite comprend plusieurs sous-indicateurs et différentes données secondaires. L'information papier sur les mesures relatives aux sous-indicateurs et aux différentes données secondaires est conservée au niveau décentralisé et n'est pas saisie dans la base de données. Ceci a pour objectif de faciliter la gestion ciblée au niveau décentralisé. En fait, le concept voulait que cette approche décentralisée permette la modification régulière des critères de qualité sous-jacents et des données secondaires (soit le relèvement progressif des objectifs en matière de qualité de la performance), et ceci sans avoir à modifier le logiciel et son interface chaque année.

L'interface génère des factures trimestrielles consolidées (consolidation des données quantitatives avec la mesure de la qualité) pour la prestation du PMA en santé et des services liés au VIH. Elle permet également la production de graphiques qui comparent les tendances des indicateurs.

La capture d'écran B12.1.1 présente la facture mensuelle d'un centre de santé pour les activités du PMA réalisées. Les données correspondent à la facture papier vérifiée, qui est conservée dans les bureaux administratifs du district avec copie validée au centre de santé. Les quantités peuvent être vérifiées dans les registres et par conséquent, les clients peuvent être retracés dans la communauté par les agents externes de contre-vérification.

Capture d'écran B12.1.1 Facture mensuelle, Rwanda

REPUBLIQUE DU RWANDA					
 PROVINCE DU NORD DISTRICT DE GICUMBI					
FACTURE MENSUELLE PROVISoire PMA					
FORMATION SANITAIRE : CS MANYAGIRO			PERIODE : Juillet 2010		
No	Indicateur	Quantité	Validation	Tarif Unitaire	Montant FRW
1	CPC : Nouveaux cas	1,283	1,283	45	57,735
2	CPN: Nombre de femmes enceintes ayant reçu la MIH lors de leur première visite	5	5	180	900
3	CPN : Femmes avec 4 visites	7	7	1,500	10,500
4	CPN : VIT 2 - 5	34	34	225	7,650
5	CPoN: Nombre de nouveaux cas en consultation postnatale andéans 10 jours après l'accouchement	0	0	2,000	0
6	PF : Nouvelle utilisatrice	88	88	900	79,200
7	PF : Utilisatrice en fin de mois	1,227	1,227	90	110,430
8	Vaccination : Enfant complètement Vacciné	57	57	450	25,650
9	Accouchement assisté au CS	35	28	3,750	105,000
10	Accouchement : référence d'urgence pour accouchement	0	0	3,750	0
11	References pour malnutrition severe	0	0	1,800	0
12	Références d'urgence	20	20	900	18,000
Montant total = 415,065					
Arrêté la présente Facture Mensuelle Provisoire PMA de la Formation Sanitaire de CS Manyagiro pour le mois de Juillet 2010 à la somme de (415,065 FRW) quatre cent quinze mille soixante-cinq Francs Rwandais .					

Source : Rwanda, ministère de la Santé, base de données du financement basé sur la performance.

ENCADRÉ 12.2

Le Burundi et son centre de données sur le FBP

L'application Internet du Burundi a d'abord été conçue pour permettre l'achat stratégique décentralisé de services essentiels de santé. Elle diffère en plusieurs points de l'application utilisée par le Rwanda.

Tout d'abord, elle permet de fixer des budgets spécifiques pour chaque province et par conséquent de favoriser l'équité horizontale (soit d'allouer davantage de ressources aux zones défavorisées).

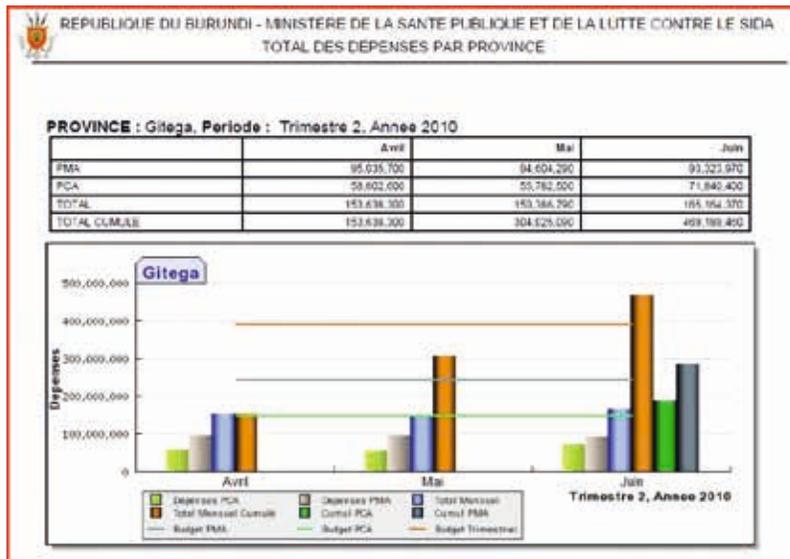
Ensuite, au Burundi, l'entité d'achat provinciale semi-autonome peut allouer davantage de ressources budgétaires aux établissements de santé démunis. Ceci favorise également l'équité horizontale puisque les établissements de santé contractualisés ont été catégorisés qui prévoient une allocation allant de 0 % à 40 % du budget. Chaque catégorie reçoit des tarifs unitaires qui présentent 10 % de différence avec la catégorie suivante.

Troisièmement, le système burundais permet de procéder à un achat stratégique sans dépasser le budget prévu. L'acheteur provincial peut, à travers l'accès au nuage Internet, fixer les tarifs de façon prospective (chaque trimestre si nécessaire, par exemple à travers l'ajout d'amendements d'une page au contrat d'achat principal) et gérer son budget plafonné pour l'année.

La capacité à suivre le solde budgétaire est facilitée par des graphiques interactifs qui présentent avec minutie le niveau de décaissement vs le budget disponible. Des leviers sur les services à fort volume de prestation peuvent être appliqués pour tirer des dépenses vers le haut ou les ajuster à la baisse. Cette fonction a pour objectif de permettre à l'acheteur provincial d'orienter ses subventions de Pigou vers les services qui entraînent la patte.

La capture d'écran B12.2.1 présente le premier rapport trimestriel d'une province collaborant au FBP national (qui a démarré en avril 2010). On y voit les dépenses réelles en vertu du PMA, du PCA ainsi que le budget trimestriel. Les données font état de légères dépenses excessives, ce qui pourra facilement être corrigé en ajustant légèrement un ou deux leviers.

Capture d'écran B12.2.1 Rapport trimestriel



Source : Base de données du financement basé sur la performance du Burundi.

Liens aux documents et outils

<http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter12>.

- Exemple de termes de référence pour un programmeur PHP.
- Modèle de contrat pour un fournisseur de services Internet.
- Termes de référence d'un comité éditorial du site Web.
- Termes de référence d'un comité de gestion de la base de données.

Notes

1. MySQL, <http://www.mysql.com/products/enterprise/database/>, et PostgreSQL, <http://www.postgresql.org/>
2. Joomla, <http://www.joomla.org/>, et WordPress, <http://wordpress.org/>.
3. PHP, <http://en.wikipedia.org/wiki/PHP>.



Analyse des données et apprentissages

PRINCIPAUX MESSAGES

- Les méthodes d'analyse clés d'un FBP comprennent l'analyse de l'augmentation à partir d'une donnée de référence, l'analyse des tendances au fil du temps, l'analyse de la couverture et l'étalonnage de la performance.
- Il y a un besoin urgent de capacités d'analyse des données à tous les niveaux.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

13.1 Introduction

13.2 Comparaison de la performance.

13.3 Stratégies de développement des capacités d'analyse des données.

13.4 Liens aux documents et outils.

13.1 Introduction

On peut beaucoup apprendre des données du financement basé sur la performance (FBP). L'analyse des données et l'apprentissage sont des composantes essentielles des FBP. La comparaison des tendances dans la performance, l'examen des pourcentages de couverture de la population obtenus et l'étalonnage sont les trois méthodes analytiques les plus importantes. La comparaison de la performance peut générer chez les parties prenantes un sentiment d'urgence face aux entités sous-performantes. Dans un FBP, la comparaison de la performance et sa récompense sont étroitement liées, ce qui représente définitivement un atout.

Compte tenu des développements internationaux rapides en matière de gestion des données, les parties prenantes à tous les niveaux doivent développer leurs capacités d'analyse des données. Celles-ci peuvent être renforcées grâce à des tableaux de bord automatisés, mais aussi à travers la familiarisation avec l'analyse par tableaux croisés dynamiques sous Microsoft Excel. Ce chapitre explique comment procéder au renforcement des capacités.

13.2 Comparaison de la performance

Dans un FBP, l'analyse des données et l'apprentissage sont essentiels. Un accent évident sur les résultats peut modifier et améliorer considérablement un système. Un accent sur les résultats et la qualité stimule une prise d'actions différentes de celles qui sont déclenchées par une concentration sur les intrants. Un accent sur les résultats met rapidement en lumière l'ampleur des objectifs atteignables avec des financements additionnels somme toute relativement réduits. Lorsque les systèmes mettent l'accent sur les résultats, ils tendent à devenir plus efficaces et plus efficaces tout en rendant explicites les moyens qui permettront d'atteindre les niveaux de performance désirés.

De la même façon que plusieurs chemins mènent à Rome, il y a plusieurs moyens de parvenir à des résultats. Par conséquent, il est important de comparer les différentes méthodes susceptibles de générer des résultats et de comparer leurs rapports coût-efficacité relatifs respectifs (Maynard 2012).

Les méthodes d'analyse des données les plus couramment utilisées par les FBP sont : (a) l'analyse de l'appréciation par rapport à une donnée de référence ; (b) l'analyse des tendances au fil du temps ; (c) l'analyse de la couverture et (d) l'étalonnage de la performance.

Analyser l'appréciation par rapport à une donnée de référence et les tendances au fil du temps

L'analyse de l'appréciation par rapport à une donnée de référence s'effectue grâce à des graphiques linéaires avec répartition mensuelle. Plus le laps de temps est long, plus le graphique linéaire est significatif. Il est possible d'intégrer au graphique une courbe de tendance linéaire – celle-ci indique l'évolution de la performance à moyen et long termes. La courbe de tendance peut donc être utilisée dans la prévision ; sa fiabilité augmente lorsque la série de données est plus longue. Voir l'Encadré 13.1 plus loin dans ce chapitre.

Analyser la couverture

L'analyse de la couverture est issue du calcul de la population couverte par un service du FBP selon les processus suivants. Chaque service du FBP est associé à une cible saturée. Par exemple, la cible couramment fixée en matière de consultations pour soins curatifs est généralement d'une par personne et par année. En revanche, la cible en matière de pleine vaccination des enfants est équivalente

au nombre total d'enfants de moins d'un an. La couverture en soins curatifs correspond donc à 50 % lorsqu'il y a 0,5 consultation par personne et par année (par rapport à la cible de cet exemple), et la couverture en matière d'enfants pleinement vaccinés s'établit à 75 % si 75 % des enfants de moins d'un an ont été pleinement immunisés (voir également le Chapitre 4).

Le Tableau 13.1 présente la couverture des accouchements en établissement dans 23 districts rwandais au cours d'une période de 24 mois. Ces accouchements ont eu lieu dans des centres de santé ; ce tableau n'a pas tenu compte des accouchements en milieu hospitalier. La couverture moyenne en accouchements était de 23,8 % en janvier 2006 et de 38,2 % en décembre 2007. Ce changement correspond à une augmentation de 60 % de la donnée de référence et à un accroissement de 14,4 points de pourcentage de la couverture. Comme l'illustre le tableau, il y a de larges écarts de couverture entre les districts. En général, environ 80 % des accouchements ont lieu dans un centre de santé, et 20 % dans un hôpital. Le district de Rwamagana est donc très proche de cette cible de 80 %.

Tableau 13.1 Analyse de la couverture des services du FBP au Rwanda, 2006-2007

District	Cible accouchements, 2006	Accouchements, janvier 2006	Couverture, janvier 2006	Accouchements, cible, 2007	Accouchements, décembre 2007	Couverture, décembre 2007	Changements en 24 mois (%)
Nyarugenge	10 796	49	0,05	11 077	82	0,09	63,1
Gasabo	14 601	238	0,20	14 981	336	0,27	37,6
Gisagara	11 941	319	0,32	12 252	321	0,31	1,9
Rusizi	15 122	373	0,30	15 515	411	0,32	7,4
Gicumbi	16 387	317	0,23	16 813	452	0,32	39,0
Nyanza	10 260	191	0,22	10 526	294	0,34	50,0
Nyaruguru	10 546	153	0,17	10 820	316	0,35	101,3
Rubavu	13 332	210	0,19	13 679	411	0,36	90,8
Gatsibo	12 913	135	0,13	13 249	409	0,37	195,3
Nyamasheke	14 807	357	0,29	15 192	470	0,37	28,3
Ngororero	12 858	274	0,26	13 192	413	0,38	46,9
Kickiro	9 467	207	0,26	9 713	309	0,38	45,5
Rulindo	11 447	307	0,32	11 744	385	0,39	22,2
Ruhango	11 199	353	0,38	11 490	383	0,40	5,8
Burera	14 612	465	0,38	14 992	517	0,41	8,4
Huye	12 093	180	0,18	12 407	432	0,42	133,9
Rutsiro	12 043	230	0,23	12 356	437	0,42	85,2
Ngoma	10 711	107	0,12	10 989	392	0,43	257,1
Gakenke	14 671	180	0,15	15 052	540	0,43	192,4
Bugesera	12 153	349	0,34	12 469	455	0,44	27,1
Kayanza	9 554	140	0,18	9 802	368	0,45	156,2
Muhanga	13 084	423	0,39	13 425	550	0,49	26,7
Rwamagana	10 045	92	0,11	10 306	624	0,73	561,1
Total/Moyenne	284 642	5 649	0,2382	292 043	9 307	0,3824	60,6

Source : Rwanda, ministère de la Santé, base de données du financement basé sur la performance.

Dans l'Encadré 13.1, un graphique linéaire et sa courbe de tendance résument le nombre moyen d'accouchements réalisés. Dans le Tableau 13.1, l'appréciation de la moyenne masque les écarts substantiels dans la performance des différents districts. Dans l'ensemble, les districts sont comparables. Ils sont tous ruraux et surtout agricoles. En outre, leur terrain est vallonné et leur population est dense. Tous les districts sont démunis et leur pauvreté est relativement homogène. Les réseaux des services de santé des districts sont comparables.

Deux mises en garde techniques

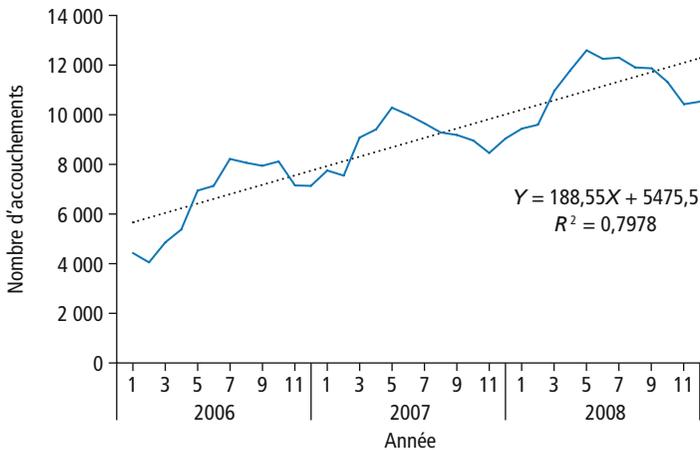
Le fait que la performance moyenne des 23 districts masque d'importants écarts sous-jacents soulève deux mises en garde techniques tirées des expériences en matière de FBP. La première mise en garde concerne la prévision du risque

ENCADRÉ 13.1

Prévision des accouchements en établissement par le FBP du Rwanda

Le 1^{er} janvier 2006, le Rwanda a démarré son FBP dans 23 districts. La Figure B13.1.1, illustre le nombre d'accouchements mensuels réalisés dans l'ensemble des centres de santé de ces 23 districts. Le graphique utilise des données sur 36 mois, toutes disponibles à 100 %. (Dans l'ensemble des centres de santé, tous les registres mensuels relatifs à ces 36 mois étaient accessibles. Cette disponibilité est relativement fréquente dans les systèmes FBP. Voir le Chapitre 12.) La courbe de tendance indique avec une précision raisonnable que le nombre d'accouchements augmente de 188 chaque mois.

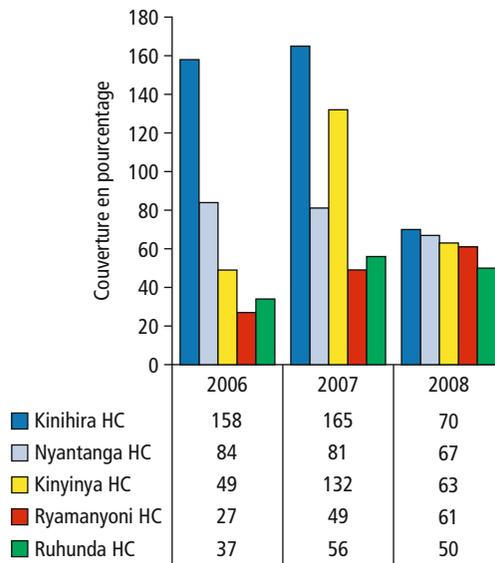
Figure 13.1.1 Nombre total d'accouchements dans les centres de santé de 23 districts FBP du Rwanda, 2006-2008



financier : plus la zone sujette à une prévision est petite, plus la fiabilité est difficile à garantir. Ce résultat est dû à l'imprévisibilité de la croissance. Celle-ci explique la préférence pour un corpus populationnel plus important lors de ce type d'exercice prévisionnel des risques.

La seconde mise en garde concerne la rémunération du nombre de points de pourcentage d'augmentation de la couverture. (Cette question est abordée plus en détail au Chapitre 1). Le Tableau 13.1 démontre que l'établissement d'objectifs de performance précis et la prévision de la performance peuvent s'avérer très difficiles. En fait, il sera plus difficile à un établissement de santé (par opposition à un district) de fixer des objectifs avec exactitude, puisque la variabilité et l'imprévisibilité de la croissance et de la performance futures sont plus accentuées au niveau des établissements de santé (voir Figure 13.1). Comme le démontre la Figure 13.1, certains établissements ont démarré avec une très forte couverture qui a ensuite décliné. Une évaluation erronée de la population couverte explique fort probablement la cause d'une couverture supérieure à 100 %. Ces situations ne sont pas rares. Par conséquent, les FBP utilisent la rémunération à l'acte comme base de récompense de la performance (voir Chapitre 1).

Figure 13.1 Couverture des accouchements dans cinq centres de santé du Rwanda, 2006-2008



Source : Rwanda, ministère de la Santé, base de données sur le financement basé sur la performance.

Note : CS = Centre de santé.

Procéder à l'étalonnage

Quelle pourrait être la cause sous-jacente aux écarts de performance très importants des districts ou des établissements de santé en matière d'accouchements en établissement au Rwanda entre 2006 et 2008 ? Il est important d'examiner cette question. Pour saisir toutes les causes et pour comprendre comment les districts

et les établissements les plus performants ont atteint le niveau de rendement enregistré, il faut procéder à l'étalonnage.

L'étalonnage consiste à comparer la performance individuelle (d'un établissement de santé ou d'une agence) avec la meilleure performance d'un groupe donné. Il peut s'agir par exemple de comparer les résultats d'un centre de santé de district à ceux de l'établissement de santé le plus performant de la zone, notamment sur certains indicateurs tels que la planification familiale, l'accouchement en établissement ou les enfants pleinement vaccinés.

En outre, dans un FBP, la qualité et les revenus peuvent être comparés. En effet, les revenus versés par le FBP constituent un indicateur indirect [*proxy*] de haut niveau de l'ensemble de la performance (voir Encadré 13.2). Mais attention : s'il y a comparaison de la performance quantitative entre différents milieux, il est préférable de normaliser les données (ajuster les valeurs mesurées sur différentes échelles en fonction d'une échelle notionnelle commune) pour obtenir une comparaison signifiante (voir Encadré 13.3).

ENCADRÉ 13.2

Indicateurs indirects de la performance et de l'efficacité générale

Le meilleur indicateur indirect de la performance générale est sans aucun doute le revenu total. Ce dernier correspond aux entrées monétaires tirées du paquet tout entier des services FBP. Le revenu total divisé par le nombre de personnels qualifiés constitue un très bon indicateur indirect de l'efficacité.

On peut obtenir un aperçu rapide de la performance et l'efficacité d'un établissement, d'un district, d'une province ou d'un État en particulier, ce qui signifie qu'en examinant l'argent, soit les revenus totaux, il est possible de comparer soit les établissements de santé entre eux et d'identifier les meilleurs et les pires performeurs, soit encore de comparer les districts entre eux et d'identifier ici aussi les meilleurs et les pires performeurs, etc. (voir Tableau B13.2.1).

Tableau B13.2.1 Exemple de revenus en tant qu'indicateurs indirects de la performance et de l'efficacité

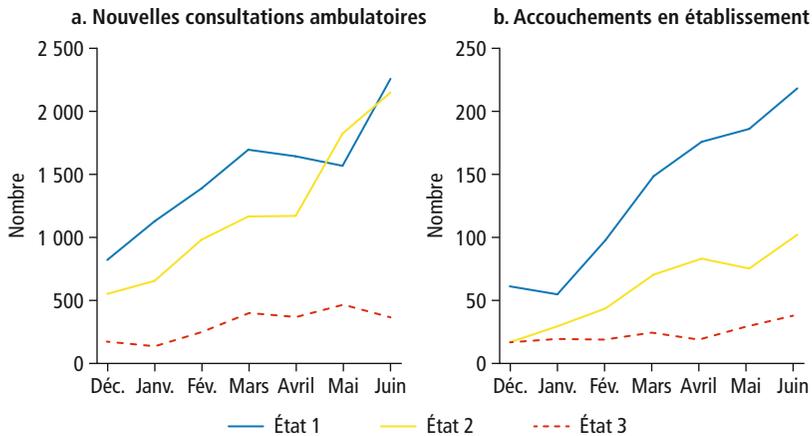
	Revenus Tr1–Tr12 (\$ EU)
CS 1	6 000
CS 4	5 000
CS 3	4 000
CS 2	3 000

Note : CS = Centre de santé, Tr = Trimestre.
Source : Données de la Banque mondiale.

ENCADRÉ 13.3**Étalonnage de la performance dans le FBP du Nigéria**

Dans le *State Health Investment Project* (Projet d'investissement étatique en santé) (NSHIP) du Nigéria, un test sur le terrain a débuté en décembre 2011 dans un district sélectionné de chacun des trois États dans lesquels le projet FBP était mis en œuvre (Adamawa, Nasarawa, et Ondo). Aux fins de comparaison de la performance relative dans ces trois districts très différents, les données quantitatives ont été normalisées sur la base d'une population de 100 000. Cette normalisation a été effectuée en ajustant la quantité réelle effectuée à une population de 100 000. Après une période de sept mois, l'ampleur des écarts était devenue évidente. L'un des trois États était clairement sous performant comparativement aux deux autres (Figure B13.3.1)

Figure 13.3.1 Performance du FBP dans les districts sélectionnés du Nigéria, décembre 2011-juin 2012



Source : Portail Internet du financement basé sur la performance du Nigéria, <https://nphcda.thenewtechs.com>.
 Note : FBP = Financement basé sur la performance. Les données ont été normalisées sur la base d'une population de 100 000. Dans les deux graphiques, les courbes de données ne sont pas identifiées par district.

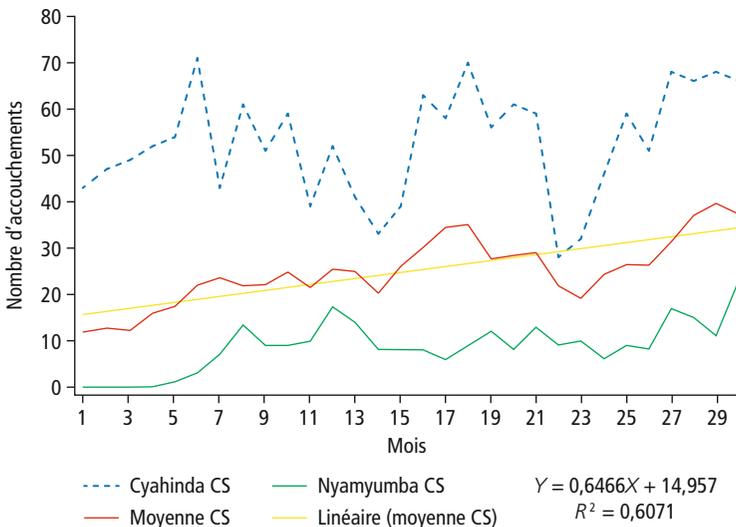
Parmi les différentes méthodes analytiques examinées ici, on peut certainement considérer l'étalonnage de la performance comme la plus importante, et ceci pour les raisons suivantes :

- L'étalonnage de la performance compare des valeurs relatives dans une situation où les valeurs normatives sont inconnues (efficacité et efficience). La comparaison de valeurs relatives permettra l'identification du meilleur résultat possible et ce dernier entraînera une amélioration continue.
- L'étalonnage de la performance favorise l'analyse et la discussion des différentes stratégies qui ont mené à l'atteinte des meilleurs ou des pires résultats. Les stratégies optimales peuvent subséquemment être adoptées par ceux qui souhaitent obtenir des résultats similaires (pour les stratégies avancées, voir le Chapitre 10).

Dans la Figure 13.2, l'axe Y correspond au nombre d'accouchements chaque mois et l'axe X aux différents mois considérés. Le district de Nyaruguru comprend 13 centres de santé, parmi lesquels celui de Cyahinda, qui a réalisé la meilleure performance au cours des 30 mois examinés. La pire performance a été enregistrée par le centre de santé de Nyamyumba. La performance moyenne correspond à la courbe médiane. Ces types d'analyse sont très utiles aux gestionnaires. Par exemple, Nyamyumba présente une sous-performance constante (même si le centre s'est repris au cours des derniers mois). De façon similaire, il semble que quelque chose se soit produit au cours des mois 14 et 21-22 au centre de santé de Cyahinda. Au mois 14, la performance a augmenté de façon substantielle alors qu'au mois 21, elle a soudainement fortement décliné. En moyenne, le nombre d'accouchements a augmenté de 0,65 par établissement de santé et par mois au cours des 30 mois considérés. L'ampleur de la variation se reflète dans la valeur R^2 de 0,6.

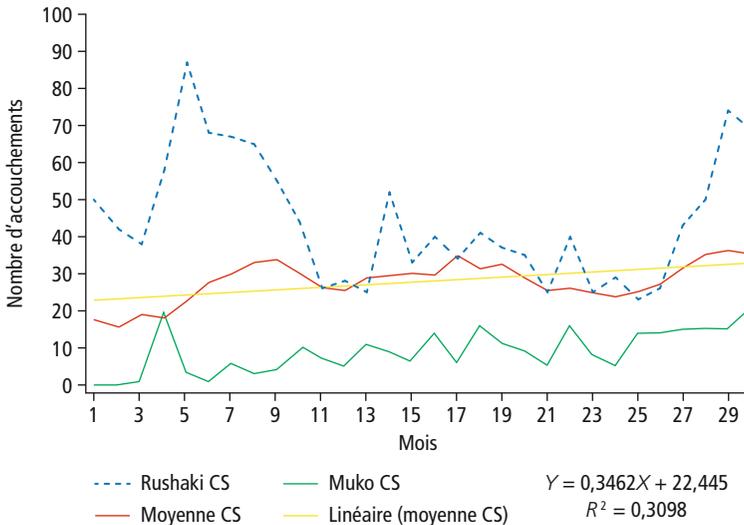
La Figure 13.3 illustre la situation à Gicumbi, un autre district rwandais. La meilleure performance a été réalisée par le centre de santé de Rushaki et la pire par le centre de santé de Muko. Les deux centres enregistrent un pic entre les mois 3 et 4, puis un déclin. Ce pic est attribuable à un FBP non vérifié. Les centres de santé devaient soumettre leur rapport mensuel en janvier 2006, soit avant que le FBP ait été conçu. Ce dernier a été élaboré entre janvier et avril et, dans le district de Gicumbi, les formations n'ont débuté qu'en mai. La première vérification, soit celle qui concernait la performance du mois de mai, a été

Figure 13.2 Étalonage de la performance des établissements de santé en matière d'accouchements en établissement dans le district de Nyaruguru au Rwanda, janvier 2006-juin 2008



Source : Rwanda, ministère de la Santé, base de données du financement basé sur la performance.
Note : CS = Centre de santé.

Figure 13.3 Étalonage de la performance des établissements de santé en matière d'accouchements en établissement dans le district de Gicumbi, Rwanda, janvier 2006-juin 2008



Source : Rwanda, ministère de la Santé, base de données du financement basé sur la performance.
Note : CS = Centre de santé.

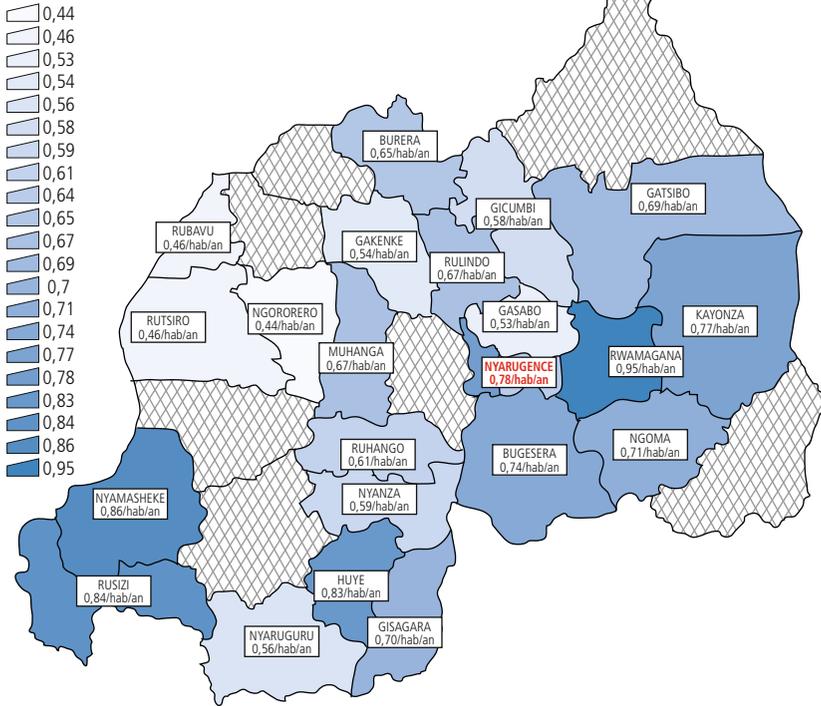
effectuée en juin. En fait, entre janvier et avril, le FBP était opérationnel mais aucune vérification n'était faite, ce qui a donné lieu à certaines sur-déclarations. Cet exemple démontre à quel point la vérification est cruciale dans un FBP (voir également le Chapitre 2). Dans le district de Gicumbi, la contre-vérification (enquête de satisfaction des usagers communautaires) a débuté en janvier 2007 (mois 13 dans la Figure 13.3). À cette période, moins de 5 % de patients fantômes ont été décelés.¹ Le responsable très compétent du centre de santé de Rushaki a quitté l'établissement au mois 15, et le centre de santé a mis longtemps à retrouver le niveau élevé de performance qui prévalait avant son départ. Dans un FBP comme ailleurs, la bonne gestion est très importante pour l'atteinte d'un niveau élevé de performance.

La cartographie thématique est une autre méthode puissante de comparaison de la performance. Les cartes thématiques exploitent les logiciels d'information géographique pour cartographier les résultats. Voir la Carte 13.1, qui utilise un code couleurs pour illustrer le niveau de couverture en nouvelles consultations atteint par les centres de santé rwandais en 2007 – plus la couleur est sombre, plus la couverture est élevée. Aucune donnée n'était disponible pour les sept districts non colorés. Il s'agissait des sept districts de contrôle de l'évaluation d'impact du FBP rwandais dans lesquels il n'y avait eu aucune intervention FBP avant avril 2008.

Carte 13.1 Couverture en nouvelles consultations, centres de santé rwandais, 2007

Nouvelles consultations curatives par habitant et par an

Couverture 2007 par habitant et par an



Source : Rwanda, ministère de la Santé, base de données du financement basé sur la performance.
 Note : Couverture/habitant/Année.

13.3 Stratégies de développement des capacités d'analyse des données

Compte tenu de l'importance d'une gestion solide et fiable des données, les parties prenantes à tous les niveaux d'un FBP doivent renforcer leur capacité d'analyse des données. Dans de nombreux systèmes de santé, les capacités générales d'analyse des données sont insuffisantes chez plusieurs personnels, même si ces capacités sont cruciales pour l'analyse et l'amélioration de la performance.

En fait, les capacités d'analyse des données ne sont pas pleinement développées en raison du fait qu'antérieurement, de nombreux systèmes n'étaient pas fondés sur les résultats. Les données étaient collectées de façon routinière, en l'absence de véritables conséquences lorsqu'elles étaient incomplètes ou erronées. D'ailleurs, l'inexactitude des données reste un véritable fléau dans plusieurs systèmes de rapports de routine des pays à revenu faible et intermédiaire (Murray

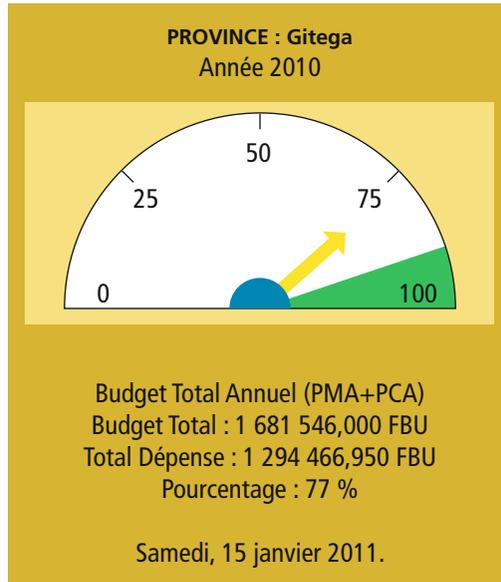
et *al.* 2003). C'est du reste en raison d'un renouveau de l'accent sur les résultats et du besoin concomitant de capacités d'analyse des données que les lacunes en la matière sont devenues flagrantes.

Chaque niveau du système de santé a des besoins différents d'analyse des données, qui demandent des capacités d'analyse distinctes. Au niveau du centre de santé et de la communauté par exemple, les analystes doivent connaître la couverture actuelle et ciblée en services des données qui sont essentielles à la planification et à l'élaboration d'un plan d'affaires. À ce niveau, l'obtention d'estimations précises de la couverture représente toujours un problème. L'un des facteurs confondants est lié à la démarcation souvent problématique de la zone de couverture formelle d'un centre de santé. Bien que cette question soit problématique, il reste important de s'entendre sur une démarcation formelle quelconque des zones de couverture.

Au niveau du district, les données relatives à la couverture effective de l'ensemble des centres de santé, aux tendances au fil du temps à l'étalonnage de la performance sont importantes. C'est à ce niveau que la performance relative et les stratégies qui permettront d'atteindre une meilleure performance sont discutées. Au niveau national, les différents types de couverture et l'étalonnage des districts en fonction de leurs performances respectives sont importants. Un étalonnage au plus haut niveau peut renseigner les stratégies d'appui aux districts peu performants afin qu'ils puissent atteindre de meilleurs résultats. Les districts peuvent traîner la patte pour diverses raisons, qui vont du manque de leadership du district de santé aux défis géographiques liés à un terrain difficile. Les tendances des indicateurs au fil du temps peuvent informer les modèles de prévision des risques financiers qui sont nécessaires à la fixation des tarifs.

Certains outils peuvent aider. Les tableaux de bord automatisés retracent par exemple les indicateurs de performance clés et sont automatiquement actualisés en fonction des plus récents résultats disponibles. Ils permettent de suivre les indicateurs clés avec un minimum d'efforts et fournissent un aperçu de la performance du FBP sur ces indicateurs clés. La Figure 13.4 présente un exemple de ce type de tableau de bord. Au Burundi, les gestionnaires peuvent suivre les décaissements et déterminer si la dépense est excessive ou non. Comme l'illustre la Figure 13.4, en date du 15 janvier 2011, 77 % du budget du FBP de 2010 avait été dépensé.

Une analyse par tableaux croisés dynamiques sous Microsoft Excel permet aux gestionnaires de personnaliser l'analyse à travers des tableaux ou graphiques portant sur n'importe lequel des indicateurs de performance de leur base de données. L'outil est versatile, mais les gestionnaires ont besoin de formations spécifiques et plus avancées afin de pouvoir créer et analyser ces données. En raison de la difficulté relative de la méthode, des formations de mise à niveau pourraient également s'avérer nécessaires.

Figure 13.4 Exemple de tableau de bord du FBP du Burundi

Source : Base de données du financement basé sur la performance du Burundi.

Note : FBU = franc burundais ; PCA = Paquet complémentaire d'activités ; PMA = Paquet minimum d'activité.

Liens aux documents et outils

Les fichiers suivants de la Boîte à outils sont accessibles à travers le lien suivant : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter13>.

- Rapports de deux formations sur les tableaux croisés dynamiques sous Microsoft Excel illustrant la méthodologie et les contenus.

Note

1. Les patients fantômes sont ceux auxquels un centre de santé a déclaré avoir fourni des services, services pour lesquels il les a inscrits dans ses registres et a réclamé la tarification y afférente ; cependant, lors d'une enquête de satisfaction des usagers communautaires, ils ne peuvent pas être retracés dans la communauté ou encore peuvent être retracés, mais affirment ne pas avoir reçu le service en cause. D'où l'expression *patient fantôme*.

Références

- Maynard, A., « The Powers and Pitfalls of Payment for Performance », *Health Economics* 21 (1), 2012 : 3–12.
- Murray, C. J., B. Shengelia, N. Gupta, S. Moussavi, A. Tandon, et M. Thieren, « Validity of Reported Vaccination Coverage in 45 Countries », *The Lancet* 362 (9389), 2003 : 1022–27.



Assistance technique et formation sur les FBP

PRINCIPAUX MESSAGES

- Les FBP demandent une assistance technique ciblée et une formation régulière.
- L'assistance technique est très importante, particulièrement pour les fonctions du FBP de bonne gouvernance et de vérification indépendante.
- L'implication de la société civile est essentielle et améliore la bonne gouvernance.
- La promotion d'une assistance technique Sud-Sud est vitale puisqu'elle renforce plus rapidement l'appropriation locale du FBP.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

14.1 Introduction

14.2 Types d'assistance technique nécessaires à un FBP

14.3 Le dispositif d'équipe élargie

14.4 Renforcement des capacités, formation, et travail Sud-Sud

14.5 Liens aux documents

14.1 Introduction

Le financement basé sur la performance (FBP) demande une assistance technique soutenue. Certaines fonctions requièrent souvent une expertise externe, mais, au fil du temps, le type d'assistance varie et son intensité diminue. Les missions

d'assistance technique peuvent être multiples. Elles couvrent l'ensemble des aspects techniques soulevés par un FBP. Les acteurs non étatiques occupent une place prédominante dans la gouvernance des FBP et jouent un rôle spécifique, notamment dans la séparation des fonctions. Certaines fonctions ne devraient pas être assumées par le gouvernement. La coordination de l'assistance technique d'un FBP est généralement orchestrée par le dispositif d'équipe élargie. En outre, une attention particulière est portée au renforcement des capacités des techniciens et chercheurs locaux et l'assistance technique Sud-Sud est de plus en plus fréquente (coopération ou partage de technologies et de connaissances entre les pays en développement). Ces échanges renforcent l'appropriation.

14.2 Types d'assistance technique nécessaires à un FBP

Dans la plupart des cas, le démarrage d'un FBP demande une assistance technique intensive. Dans de nombreux pays, le FBP suppose de nouvelles façons de financer les services et de renforcer le système de santé. Il introduit le financement de services de santé sur la base de résultats, ceci conditionnellement à leur qualité, une méthode qui remplace le financement basé sur les intrants, largement utilisés dans la plupart des pays avant l'introduction des FBP. En outre, le FBP met en avant une autonomie substantielle de l'établissement de santé, y compris la gestion monétaire, une fonction souvent absente avant sa mise en œuvre. Le FBP renforce le système de santé ; il relève la quantité et la qualité des services de santé et stimule la transparence et la redevabilité du système à travers l'institutionnalisation du rôle de la société civile dans la gouvernance du FBP. Tous ces changements représentent des transitions majeures pour lesquelles une certaine assistance technique pourrait être bienvenue.

Les fonctions qui pourraient demander un soutien externe, particulièrement au démarrage, sont notamment les suivantes :

- contre-vérification ;
- coordination ;
- financement ;
- développement et maintenance d'une base de données ;
- renforcement des capacités des parties prenantes ;
- participation à la gouvernance ;
- formation (qui sera abordée plus loin dans ce chapitre).

Le renforcement des capacités est particulièrement important sur les aspects suivants :

- mise en œuvre ;
- recherche ;
- analyse des données ;
- suivi de la qualité ;
- fonctions de régulation essentielles (génération de revenus, budgétisation et calcul des coûts, etc.).

En outre, la présence d'une entité externe (externe au gouvernement ou encore bien circonscrite afin d'assurer son impartialité relative) est souvent primordiale pour l'appui au gouvernement dans la séparation des fonctions, notamment d'achat, de vérification et de régulation. Sans la présence d'entité externe de ce type, la séparation des fonctions reste souvent insuffisante.

Les exigences spécifiques en matière d'assistance technique dépendent de la situation locale. Le Tableau 14.1 présente un certain nombre de domaines potentiels d'assistance technique à partir des différentes expériences menées au cours de la dernière décennie. Des projets FBP et des FBP mis à l'échelle réussis ont eu recours à une assistance technique plus ou moins soutenue dans les domaines mentionnés.

Tableau 14.1 Domaines d'assistance technique pour un FBP

Éléments du FBP	Domaines d'assistance technique	Type : durée, intensité et personnel
Évaluation pré-FBP	<ul style="list-style-type: none"> • Mix public-privé. • Stratégies compensatoires des personnels de santé. • Problématiques de qualité. • Paquet du FBP. • Évaluation du SGIS. • Estimation budgétaire. • Faisabilité et volonté. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2-4 semaines. • Expert principal en FBP.
FBP pilote (dans 1-2 districts)	<p>Si aucune expérience dans le pays avec un FBP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contractualisation externe d'une agence. • Contractualisation interne d'une agence. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 années. • Agence avec expertise en FBP.
Fixation des tarifs	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des données de référence de diverses provenances, principalement des établissements de santé. • Calcul des coûts des services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux semaines • Expert principal en FBP avec expertise en santé publique.
Applications Internet (création, maintenance, développement)	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation d'un logiciel commercial. • Formation de programmeurs locaux en TI et à la maintenance. • Formation et appui aux utilisateurs finaux. • Maintenance et développement. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30-40 jours au cours de l'an 1. • Environ 12 jours par an au cours des années 2-4. • Programmeur de logiciels PHP. • Implication de l'AT avec les contreparties locales sur la maintenance et le développement continu de la base de données et du site Internet.
Outils FBP (registres, services, contrats, <i>check-lists</i> , manuels, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Standardisation des registres et outils de collecte des données à utiliser par le FBP. • Contrats. • <i>Check-list</i> de la qualité. • Cadre de performance pour administration sanitaire. • PMA/PCA. • Manuel. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 mois (selon les processus).

Éléments du FBP	Domaines d'assistance technique	Type : durée, intensité et personnel
Formation (RC initial, démultiplication de la formation au cours du déploiement)	<ul style="list-style-type: none"> Formation initiale intensive des décideurs clés et des responsables de la mise en œuvre. Formation de formateurs. Manuel de formation. Démultiplication de la formation et supervision. 	<ul style="list-style-type: none"> RC initial : deux semaines de formation intensive. FdF : 2-4 semaines. Manuel : deux semaines Démultiplication de la formation et supervision : 4-6 semaines.
Séparation des fonctions	<ul style="list-style-type: none"> Achat. Vérification. Enquête de satisfaction des usagers communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Contractualisation d'un agent d'achat (séparation idéale des fonctions) ou contractualisation interne d'une agence pour appuyer l'achat à travers une approche d'acheteur quasi public. Implication des organisations à base communautaire. Durée entière du FBP.
Renforcement des capacités (recherche, analyse des données)	<ul style="list-style-type: none"> Recherche. Suivi. Analyse des données. 	<ul style="list-style-type: none"> Besoins en AT variables. Intensité typiquement élevée. Besoins typiquement élevés. Courante et ponctuelle.
Suivi de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> Mise à l'épreuve sur le terrain de la <i>check-list</i> de la qualité. RC des personnels du district sanitaire. Développement continu. Contre-vérification des scores de qualité au niveau des centres de santé et hôpitaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à l'épreuve initiale sur le terrain : deux semaines. Intensité de l'AT soumise à l'ampleur de l'intervention. Une fois par trimestre.
Suivi budgétaire, achat stratégique	<ul style="list-style-type: none"> Budgétisation. Incorporation de multiples détenteurs de fonds dans une mise en commun virtuelle. Ajustements au calcul des coûts à partir des résultats obtenus. Adaptation des tarifs en cas de surplus budgétaire, dépenses excessives, résultats insuffisants, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Au moins un poste à plein temps au cours de la mise en œuvre du FBP, ceci jusqu'à ce que la capacité créée au niveau national soit suffisante.
Dialogue politique avec le ministère des Finances, les partenaires au développement	<ul style="list-style-type: none"> Conseil et soutien technique. Lobby auprès des partenaires nationaux et internationaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Continu au cours du projet FBP. L'intensité dépend du soutien nécessaire.
Plaidoyer, communication	<ul style="list-style-type: none"> Conseil et soutien technique. Lobby auprès des partenaires nationaux et internationaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Continu au cours du projet FBP. L'intensité dépend du soutien nécessaire.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : RC = Renforcement des capacités ; PCA = Paquet complémentaire d'activités ; SGIS = Système de gestion de l'information sanitaire ; TI = Technologies de l'information ; PMA = Paquet minimum d'activités ; FBP = Financement basé sur la performance ; AT = Assistance technique ; FdF = Formation de formateur.

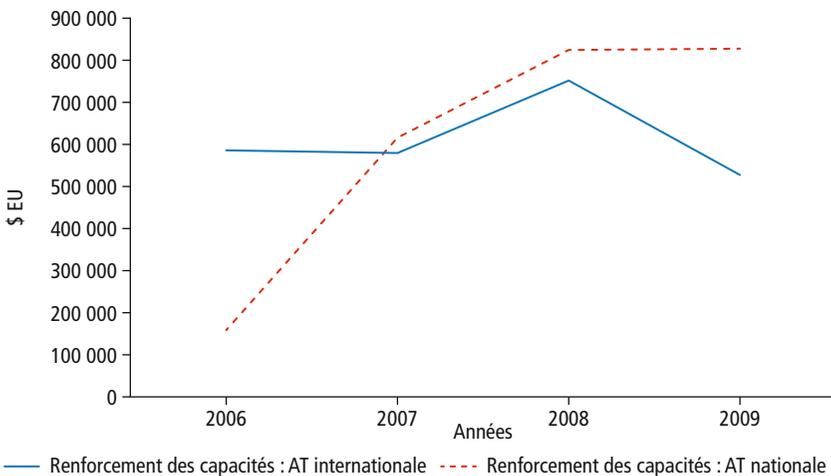
a. La *check-list* de la qualité est appliquée à l'ensemble du personnel de santé du district. La contre-vérification des résultats est effectuée à travers la revérification d'un échantillon randomisé de résultats rapportés (et déjà rémunérés). La contre-vérification est effectuée à travers l'assistance technique, les personnels du ministère de la Santé de niveau central ou une tierce partie.

Le type et l'ampleur de l'assistance technique varient au fil du temps. Dans l'ensemble, les besoins en assistance technique déclinent au cours de la mise en œuvre après que la capacité locale et l'expertise ont été renforcées. Éventuellement, les techniciens locaux assument eux-mêmes les diverses fonctions nécessaires (voir Figure 14.1).

Les coûts de l'assistance technique dépendent de l'ampleur et du type d'intervention. Généralement, elle peut consommer de 20 à 30 % des coûts totaux d'un projet. L'assistance technique est un domaine d'apprentissage continu. Une étude du FBP Rwandais a calculé le temps du personnel, les frais généraux de l'agence et son implication dans la coordination, le renforcement des capacités et les activités de suivi et vérification (Uwimpuhwe 2011) (voir Encadré 14.1). L'étude a constaté qu'au Rwanda, sur une période de quatre ans (2006-2009), l'assistance technique internationale (du Nord) avait diminué et avait graduellement fait place à une augmentation de l'assistance technique nationale, une conclusion qui confirmait la capacité effective de transfert. Au même moment, les nouveaux experts rwandais devenaient eux-mêmes des assistants techniques internationaux (Sud-Sud) dans d'autres pays en développement.

Il faut se rappeler que le calendrier d'assistance technique couvre la durée tout entière de la mise à l'échelle d'un FBP et même au-delà. L'expérience a montré que les composantes d'assistance technique, particulièrement lorsqu'elles concernent la séparation des fonctions, et les composantes liées à la bonne gouvernance ne peuvent pas être progressivement éliminées sans affaiblir le FBP tout entier. De façon similaire, l'implication de la société civile ne peut pas être éliminée graduellement ; elle a été institutionnalisée lors du montage du FBP et forme une composante structurelle de sa bonne gouvernance. Ces fonctions ne peuvent pas être reprises par le gouvernement.

Figure 14.1 Variation des besoins en assistance technique au fil du temps au Rwanda



Source : Uwimpuhwe 2011.

Note : AT = Assistance technique.

ENCADRÉ 14.1**Calculer les coûts de l'assistance technique du FBP du Rwanda**

Les connaissances relatives aux coûts de l'assistance technique nécessaire à un FBP sont limitées. Ces derniers, qui sont en fait des coûts d'investissement, forment une large part des frais généraux d'un FBP. Généralement, ces investissements et les frais d'exploitation de FBP bien conçus et performants gérés par des ONG demandent 0,30 à 0,40 \$ EU par habitant et par année (Soeters et al. 2011 ; Toonen et al. 2009). Dans des environnements physiques très difficiles (par exemple au Sud Soudan), les coûts peuvent être plus élevés.

Une étude approfondie des coûts de la mise à l'échelle du FBP au Rwanda a constaté qu'au cours d'une période de quatre ans (2006-2009), les frais généraux moyens (à la fois en investissements et en frais d'exploitation) s'étaient élevés à 23,5 % au cours de la quatrième année, soit à environ 0,28 \$ EU par habitant et par année (16,8 % du budget total) (Uwimpuhwe 2011). Le Tableau B14.1.1 résume l'information tirée de cette étude.

Tableau B14.1.1 Frais généraux sous forme de pourcentage des coûts totaux

Année	Paiements (\$ EU)	Frais généraux (\$ EU)	Total (\$ EU)	Frais généraux (%)
2006	3 181 425	1 269 135	4 450 560	28,5
2007	5 997 471	2 137 560	8 135 031	26,3
2008	8 313 465	3 253 925	11 567 390	28,1
2009	13 178 941	2 744 185	15 923 125	16,8
Total	30 671 302	9 404 805	40 076 107	23,5

Source : Basé sur Uwimpuhwe 2011.

La proportion était beaucoup plus élevée au cours des premières années de mise en œuvre du FBP, particulièrement en 2006 alors que 28,5 % du budget total avait été consacré aux frais généraux. Ceci signifie qu'en 2009, les frais nécessaires à l'investissement d'un seul \$ EU dans le FBP s'élevaient à 0,21 \$ EU. Ou alors, formulé différemment, pour chaque dollar dépensé dans le FBP en 2009 il fallait 0,17 \$ EU pour faire fonctionner le dispositif. Cependant, les économies d'échelle restent possibles et l'augmentation du budget permet souvent de diminuer considérablement les coûts.

Afin de mettre ces montants en perspective, il paraît utile de les comparer avec ceux d'un autre dispositif rwandais de financement de la santé. Les frais généraux du FBP sont alors approximativement les mêmes que ceux du premier dispositif rwandais de mise en commun des risques à travers une assurance-santé à base communautaire. Le pourcentage en coûts de transaction des frais d'exploitation d'une mutuelle de santé dans chaque centre de santé rwandais nécessaire à la collecte de 1,77 \$ EU par personne et par année était alors à peu près équivalent à celui du FBP. Les frais généraux du FBP rwandais se situaient alors entre 0,14 et 0,34 \$ EU par habitant et par année.

Ainsi, les fonctions d'assistance technique sur lesquelles le ministère de la Santé peut prendre les commandes ne mettent pas en péril la séparation des fonctions du FBP et ne diminuent pas l'implication de la société civile dans la gouvernance. Après la mise en place du FBP initial, le renforcement continu

des capacités restera nécessaire, par exemple, sur les questions de gestion et d'analyse des données et de capacité de recherche. La présence d'assistance technique dans ces domaines demeure importante.

14.3 Le dispositif d'équipe élargie

La mise en œuvre et la pérennisation d'un programme de réformes de la santé à travers un FBP sont ardues, particulièrement au cours de la mise à l'échelle. Nous analyserons ici certains défis de mise en œuvre et nous concentrerons sur les préalables clés à une mise en œuvre optimale – une information et coordination adéquates.

Ainsi, nous examinerons le cas de la mise à l'échelle du FBP rwandais en 2006 et analyserons comment la coordination et la communication ont été assurées et comment les différents détenteurs de fonds et agents techniques ont été mobilisés. Ce dernier aspect d'une mise à l'échelle est crucial (voir Encadré 14.2). Le ministère de la Santé n'aurait pas pu exercer son leadership ou mettre en œuvre efficacement le programme s'il n'avait pas reçu l'assistance technique nécessaire à cet effet.

Le cas rwandais : deux équipes consécutives – groupe de travail technique suivi par un dispositif d'équipe élargie

Au Rwanda, deux types de groupes formels et d'espaces de rencontre pilotaient le développement du FBP. Il s'agissait en premier lieu du groupe de travail technique puis en second lieu, et à partir d'avril 2007, du dispositif d'équipe élargie.

- Les rencontres du groupe de travail technique étaient nationales et concernaient essentiellement les politiques et la stratégie. Cette instance constituait, pour le ministère de la Santé rwandais, un forum au cours duquel les assistants techniques et les dirigeants des agences pouvaient discuter des principaux détails de l'approche FBP. Il y avait, au cours des rencontres, approbation des outils, des manuels, etc. Le groupe était présidé par le coordonnateur FBP du ministère de la Santé ; le secrétariat était assuré grâce au soutien d'une agence technique.
- Les rencontres de l'équipe élargie, également nationales, réunissaient des techniciens et constituaient en fait un dispositif de coordination axé sur la mise en œuvre. Les rencontres comprenaient des assistants techniques relevant de trois directions du ministère de la Santé et des représentants de huit partenaires au développement surtout actifs dans des districts spécifiques. Les rencontres étaient présidées par un technicien du ministère de la Santé et le secrétariat était assuré à travers une agence technique.

Au cours de la première phase – conception – le groupe de travail technique a tenu 18 séances bien documentées entre février et août 2006. Ensuite, le groupe de travail s'est réuni six fois de plus jusqu'en avril 2007. Après cette date, les séances du groupe de travail ont cessé. Les rencontres de l'équipe élargie ont débuté en avril 2007 et cette dernière a tenu 23 sessions jusqu'en juillet 2009.

ENCADRÉ 14.2**Les facteurs prévisibles de succès du FBP Rwandais**

Le modèle de mise en œuvre parfaite de Hogwood et Gunn's (1984) mentionne 10 pré-alables à la mise en œuvre réussie d'une politique descendante [*top down*] (Hogwood et Gunn 1984) :

1. Des circonstances externes à l'agence de mise en œuvre n'imposent pas de contraintes paralysantes.
2. Le programme disposera du temps nécessaire et des ressources suffisantes.
3. La combinaison des ressources nécessaires est effectivement disponible.
4. La politique à mettre en œuvre est basée sur une théorie valide de cause à effet.
5. La relation de cause à effet est directe et il n'y a que peu ou pas de liens intermédiaires.
6. La relation de dépendance est minimale.
7. Il y a compréhension et accord sur les objectifs.
8. Les tâches sont pleinement spécifiées selon une séquence correcte.
9. La communication et la coordination sont parfaites.
10. Les personnes en situation d'autorité peuvent demander et obtenir une conformité absolue.

Ce modèle de mise en œuvre parfaite peut être utilisé pour évaluer une proposition de politique lorsqu'il est probable qu'elle sera appliquée. Il peut également être employé après le fait pour évaluer ce qui a mal fonctionné ou ce qui pourrait expliquer la situation actuelle. Le modèle a été employé rétrospectivement pour évaluer la mise à l'échelle nationale du FBP rwandais en 2006-2009. Un portrait très contrasté a été dégagé à partir des différentes situations qui étaient à l'origine porteuses d'échec ou de succès.

Les facteurs positifs se sont révélés majoritaires et trois des cinq facteurs négatifs étaient contrebalancés par certaines caractéristiques positives. Les constats étaient tout à fait remarquables : (a) les ressources étaient abondantes, incluant leur combinaison appropriée (ressources pour les paiements et ressources pour l'assistance technique) ; et (b) les tâches avaient été pleinement spécifiées selon une séquence correcte – il y avait présence de communication et coordination parfaites et les personnes en situation d'autorité pouvaient demander et obtenir une conformité absolue. Malgré certains points faibles, on a pu identifier les caractéristiques de mise en œuvre réussie suivantes : (a) ressources disponibles, incluant leur combinaison appropriée ; (b) leadership fort du ministère de la Santé, particulièrement à partir de la seconde moitié de 2007 ; et (c) bonne coordination et communication.

En fait, l'équipe de coordination axée sur la mise en œuvre a pris la relève du groupe de travail technique.

Le dispositif d'équipe élargie en tant qu'outil de renforcement du système

L'équipe élargie rwandaise devait coordonner la fourniture d'assistance technique aux comités de pilotage FBP des districts décentralisés. Elle devait également combler le fossé entre les politiques et la mise en œuvre. Les membres du

personnel de trois directions du ministère de la Santé et des représentants de huit agences de développement ont été réunis, soit un total de plus de 40 assistants techniques. Les réunions avaient lieu de 9 heures du matin à 13 heures tous les derniers jeudis du mois et l'ordre du jour était préparé avec soin. Les minutes étaient distribuées rapidement et, après approbation, affichées sous la rubrique documentation du site Internet du FBP.

L'équipe élargie a rapidement été placée au centre de la majorité des renforcements des capacités. Les membres de l'équipe ont été ciblés afin d'agir comme formateurs en chef du FBP et formateurs avancés en analyse des données. Tous ces efforts étaient appuyés par des activités de renforcement de l'esprit d'équipe.

Quelles ont été les principales stratégies utilisées pour bâtir une équipe élargie qui se révèle un instrument de renforcement du dispositif aussi efficace ? Quatre caractéristiques importantes du processus doivent être soulignées :

- Cartographier les parties prenantes pour identifier les personnes intéressées.
- Mobiliser le soutien du gouvernement et des partenaires clés au développement.
- Recourir à une approche ascendante pour obtenir l'adhésion.
- Établir un ordre du jour, documenter les rencontres et mettre en œuvre le programme.

Cartographier les parties prenantes pour identifier les personnes intéressées

L'équipe élargie a cartographié les parties prenantes en fonction de leur expérience dans un FBP et de leurs champs d'intérêt respectifs. L'équipe a fait la liste des organisations qui procédaient déjà à une rémunération de la performance (ministère de la Santé, *Management Sciences for Health* (MSH), et Coopération Technique belge) et des agences qui avaient déjà géré des programmes FBP pilotes mais avaient cessé depuis de rémunérer la performance (les agences d'aide internationale Cordaid et Health Net International – Transcultural Psychosocial Organization [HNI-TPO]). Les noms des personnels techniques de ces agences ont été pris en note. Puisque MSH achetait la performance de soins préventifs et curatifs liés au VIH auprès d'une centaine d'établissements de santé soutenus par cinq agences collaborant avec le gouvernement des États-Unis, ces dernières ont également été cartographiées. Le ministère de la Santé a contacté les agences qui collaboraient avec le gouvernement des États-Unis afin de nommer les membres de leurs équipes techniques à titre de techniciens en FBP.

Mobiliser le soutien du gouvernement et des partenaires clés au développement

L'équipe élargie a contacté l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et l'a informée de ses objectifs de coordination. La participation de l'ambassade belge au Rwanda a également été sollicitée. L'USAID a convoqué une réunion entre le ministère de la Santé et les agences qui collaboraient avec le gouvernement des États-Unis. Le responsable de la santé de l'USAID a demandé aux dirigeants de ces agences d'accorder un soutien en FBP au MS. Pour encourager leur implication, un paquet de 100 contrats d'achat a été réparti entre ces cinq agences, une stratégie qui permettait de les lier efficacement au FBP. Les agences collaboratrices allaient donc devoir prendre le dispositif national très au sérieux.

Cette adhésion était dans leur propre intérêt : dans le cas contraire, elles ne pourraient pas garantir la véracité des données sur la performance en matière de VIH pour lesquelles elles avaient versé des rémunérations jusqu'à ce moment. En fait, les agences de soin et de traitement du VIH/sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ont été poussées à s'intéresser aux services de santé en général puisque les mesures générales de la qualité allaient dorénavant affecter les paiements en vertu de services de VIH. Tous ces services seraient en effet maintenant mesurés à travers le même dispositif – le même vérificateur au sein de l'administration locale et la même équipe de supervision hospitalière.

À travers cette procédure, les agences techniques spécialisées en VIH/sida financées par le gouvernement des États-Unis ont été efficacement cooptées dans une prise d'intérêt intégrale dans le système de santé tout entier.

Utiliser une approche ascendante pour obtenir l'adhésion

Une approche ascendante a été utilisée pour déterminer l'ampleur des travaux du nouveau dispositif de coordination. Il s'agissait de créer un dispositif horizontal de coordination dans lequel la participation des parties prenantes proviendrait davantage d'un sentiment de but commun et d'objectifs collectifs et moins d'une impression de commande et de contrôle.

Les deux premières réunions de l'équipe élargie se sont tenues à quelques jours d'intervalle. Au cours de la réunion initiale, les participants ont été répartis en groupes restreints afin de dresser une liste des tâches que : (a) l'équipe élargie devrait accomplir (l'ampleur de son travail) et (b) les membres de l'équipe désignés comme points focaux FBP de district seraient chargés de mener à bien. Les groupes restreints ont présenté leurs travaux en session plénière et les éléments communs ont été compilés. Ce travail a permis l'élaboration d'une première ébauche de la portée des travaux de l'équipe élargie et de termes de référence pour les points focaux FBP. Au cours de la seconde rencontre, les documents ont été soumis, discutés, amendés, finalisés et adoptés. Les points focaux FBP de district ont été associés à des districts spécifiques qui coïncidaient généralement avec les zones d'intérêt géographique des organisations auxquelles ils étaient rattachés. Les techniciens qui étaient des spécialistes en FBP à plein temps, se sont vu attribuer de multiples districts à soutenir ; d'autres techniciens n'ont été assignés qu'à un seul district. L'équipe élargie était créée.

Dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre, on trouvera l'ordre du jour de la première réunion de l'équipe élargie, les termes de référence de l'équipe élargie et les termes de référence des points focaux FBP de district.

Établir un ordre du jour, documenter les rencontres et mettre en œuvre le programme

La définition soignée de l'ordre du jour, la tenue précise des minutes et la diffusion rapide de la documentation ont caractérisé les rencontres à la fois du groupe technique de travail et de l'équipe élargie. Le *modus operandi* de leurs autres activités était différent. Les membres de l'équipe élargie corrigeaient les problèmes de comités de pilotage FBP de district dysfonctionnels. Ils étaient appelés à intervenir sur les dispositifs de redevabilité associés à l'évaluation par les pairs des hôpitaux

de district. Ils aidaient à résoudre les difficultés de contre-vérification des mesures de la qualité dans les centres de santé et dirigeaient la revue des différents outils du FBP au cours du dernier trimestre annuel. Les membres de l'équipe intervenaient également de façon extensive en tant que formateurs sur le FBP.

Des représentants du MS présidaient les deux groupes. Les réunions de l'équipe élargie favorisaient une mise en œuvre facile du FBP par le MS.

Le cas rwandais exemplifie les éléments qui pourraient s'avérer nécessaires à une optimisation de l'assistance technique dans un contexte donné.

14.4 Renforcement des capacités, formation, et travail Sud-Sud

Le FBP met toujours l'accent sur l'emploi de chercheurs et techniciens locaux. En fin de compte, les experts locaux sont en effet les mieux placés pour aider à transformer leur système de santé et appuyer les nombreuses transitions nécessaires. Les FBP sont nouveaux et doivent être ajustés aux circonstances locales sur la base de données factuelles. Les experts locaux peuvent facilement devenir les champions qui aideront à gérer et à changer le système avec des messages couleur locale et non des messages en provenance de l'étranger. Les experts locaux possèdent en outre une connaissance fine des moyens de communication efficaces susceptibles de traduire la nature des diverses transformations requises. En résumé, lorsqu'il s'agit d'un FBP, l'assistance technique devrait être aussi locale que possible. Il y a augmentation rapide du nombre de techniciens du Sud qui sont familiers avec les diverses réalités locales et connaissent les savoir-faire locaux au niveau de l'établissement de santé. La formation de ce type de techniciens clés devrait être entreprise dès le début des activités.

Formation de formateurs

Lors du démarrage d'un FBP, il faut diffuser et faire comprendre les nouvelles règles à tous les travailleurs de santé de première ligne des centres de santé et hôpitaux, aux personnels administratifs et de santé de district et aux leaders politiques du pays. Lors de la mise à l'échelle d'un FBP dans tout le pays, il faut donc disposer d'une stratégie de formation complète et bien planifiée. Cette section et la suivante émettent des recommandations sur la façon de procéder.

L'une des composantes clés de la mise à l'échelle d'un FBP reste le développement d'un bassin de personnes capables de mener à bien les tâches suivantes :

- Transfert de connaissances et de compétences sur le FBP à travers l'assistance technique, la formation, la supervision et l'encadrement.
- Soutien aux différents partenaires qui appuient le secteur de la santé nationale dans la transformation de ses financements en FBP.

En fait, il s'agit de former des formateurs qui pourront ensuite : (a) assurer la formation des gestionnaires du centre de santé et des personnels du district sanitaire ;

(b) agir comme personnes-ressources auprès du personnel au cours des étapes de démarrage et de mise en œuvre ; et (c) devenir *de facto* les spécialistes en FBP du pays. L'utilisation des données, leur analyse et interprétation, la diffusion des pratiques optimales et une méthode de travail différente et plus efficace seront à l'avant-plan après l'introduction du FBP. L'éducation permanente permettra le renforcement continu des capacités nécessaires à une mise en œuvre améliorée du FBP.

Les formateurs et assistants techniques de niveau national aideront le MS à renforcer la capacité d'exécution d'un FBP, notamment en matière d'assistance technique, de formation, de gestion et de compétences d'évaluation aux niveaux central, de district, de l'établissement de santé et communautaire. Les formateurs et assistants connaîtront très bien les outils du FBP et sauront comment et quand les utiliser. Ils comprendront également les rôles des différents acteurs du FBP et les processus de gestion des données.

L'équipe élargie constitue un bassin naturel pour ce type de formation de formateurs. Les ressources humaines FBP disponibles ont été identifiées dans les différentes organisations. Il faut se concentrer sur le développement de leurs capacités. Souvent, un nombre substantiel de nationaux à forte capacité ont été contractualisés par des agences bilatérales qui financent des programmes verticaux. Par exemple, les organisations qui mettent en œuvre des initiatives VIH/sida en Afrique subsaharienne et autres agences similaires constituent un bassin naturel au sein duquel il est possible de recruter du personnel pour le renforcement des capacités. Nous présumons que ces agences ont déjà été identifiées et invitées à se joindre à l'équipe élargie.

Identifier un maître-formateur

Le FBP implique un changement de paradigme. Pour que les formateurs saisissent réellement la dimension de la programmation d'un FBP, pour qu'ils puissent apprendre les uns des autres et devenir des promoteurs enthousiastes, ils doivent avoir d'abord été guidés à travers un processus d'apprentissage.

La présence d'un excellent maître-formateur est nécessaire. Les processus demandent que formateurs s'engagent pour environ deux semaines à temps plein, plus une semaine de travail préparatoire avant la formation des formateurs et une à deux semaines après celle-ci pour compiler le manuel de formation. Ce processus d'environ cinq semaines implique également le temps consacré à la supervision des formations sur le terrain. Le maître-formateur, qui connaîtra fort probablement peu de choses sur le FBP, bénéficiera du soutien technique très rapproché et à temps plein des spécialistes principaux en FBP.

Processus de développement de la formation

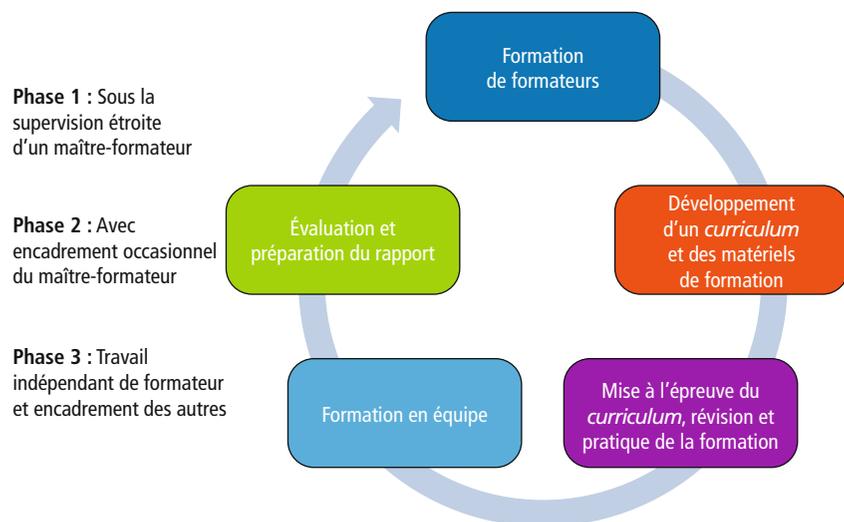
Cette stratégie particulière de renforcement des capacités entend favoriser le développement d'un cadre de formateurs à tous les niveaux qui ont une compréhension solide des principes, des outils et des processus du FBP. Parfois, certains stagiaires font preuve d'un intérêt et d'une aptitude à l'égard du travail de maître-formateur ;

ils devraient dans ce cas recevoir un encadrement supplémentaire qui leur permettra d'élaborer ou d'adapter des programmes de formation pour répondre aux besoins d'un niveau particulier du système de santé. Les programmes de formation de formateurs du FBP utilisent les principes de l'enseignement aux adultes et de l'apprentissage expérimental pour maximiser la participation active et le transfert des capacités. La stratégie retenue pour ces formations de formateurs consiste à laisser les futurs formateurs élaborer le *curriculum* de formation. Le fait de laisser aux futurs formateurs la préparation des *curriculum* leur permet d'apprendre sur le FBP, de confronter leur niveau de compétence et d'approfondir leur sujet, notamment à travers la discussion de leur apprentissage avec des praticiens en FBP plus expérimentés. En outre, en enseignant eux-mêmes les différents modules, les formateurs prendront connaissance de toutes les dimensions techniques des approches du FBP. Ils deviendront des praticiens actifs en FBP et une ressource valable pour le développement plus avant du FBP dans leur pays.

En moyenne, ce processus demande une semaine de formation intensive en techniques d'apprentissage des adultes et une seconde semaine consacrée à l'élaboration avec les formateurs des modules de formation, ceci sur la base des méthodes et des principes appris au cours de la semaine précédente. Les modules de formation sont présentés au groupe, qui fait des commentaires et les finalise. Ensuite, toutes les ébauches sont compilées dans un seul manuel de formation. Voir le manuel de formation en FBP du Rwanda dans les liens aux documents à la fin du chapitre.

Le processus de développement des formateurs en FBP adopté au Rwanda et au Burundi comprend une série d'étapes séquentielles et itératives qui suivent un cycle d'apprentissage expérimental (voir Figure 14.2).

Figure 14.2 Cycle de développement du formateur



Source : Données de la Banque mondiale.

Les étapes à mener au niveau national sont les suivants :

1. Sélection d'un groupe cible (au niveau national par identification des formateurs nationaux).
2. Formation de formateurs de mi-niveau, incluant un module sur les moyens qui permettent d'élaborer un *curriculum* de formation.
3. Développement, avec encadrement par le maître-formateur, du *curriculum* et conception de la formation en FBP pour les groupes cibles identifiés aux différents niveaux par les formateurs qui ont complété la formation de formateurs.
4. Pratiques de coformation avec le maître-formateur afin de tester le *curriculum* et de pratiquer les compétences de formation ; autoévaluations et rétroactions quotidiennes.
5. Remaniement du *curriculum* et modifications basées sur la mise à l'épreuve.
6. Coformation des groupes cibles en équipes de trois ou quatre formateurs en FBP de niveau national avec encadrement du maître-formateur afin de pratiquer les compétences de formation ; autoévaluations et rétroactions quotidiennes.
7. Coformation en équipes de deux ou trois formateurs en FBP de niveau national sans le maître-formateur (répété plusieurs fois afin d'intensifier et de renforcer l'apprentissage sur le FBP).
8. Identification des membres de l'équipe nationale qui ont atteint le niveau de maître-formateur.

Les étapes à mener au niveau provincial et de district sont les suivantes :

1. Sélection d'un groupe cible (niveau sectoriel et du centre de santé).
2. Préparation de la formation.
3. Coformation en équipes de trois ou quatre personnes avec encadrement d'un maître-formateur (répété plusieurs fois afin d'étendre et de renforcer l'apprentissage sur le FBP).

Termes de référence du maître formateur

On trouvera des exemples de termes de référence d'un maître-formateur dans les liens aux documents mentionnés à la fin de chapitre.

Exemples de manuel de formation

On trouvera deux exemples de manuels de formation dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre. Les manuels ont été élaborés de façon que les différentes sections puissent être extraites du dossier Adobe et utilisées sous forme de modules autonomes.

Il faut commencer la planification des formations bien à l'avance. L'impression des manuels d'utilisateur du FBP et la finalisation et impression des manuels de formation du FBP pourraient demander un certain temps. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les délais dans la préparation des matériels de formation doivent être considérés dans le processus : ils constituent souvent des goulots d'étranglement.

Formation pour le déploiement

Comment faut-il planifier et mettre en œuvre des formations qui s'adressent à l'ensemble des personnels de santé d'un pays ? Selon notre expérience, il s'agit d'un travail très difficile. Mais c'est faisable. En outre, le succès est extrêmement gratifiant. Ce travail est concret : il faut s'impliquer.

La stratégie repose sur une formation progressive : commencer doucement et augmenter graduellement. Les formateurs et les stagiaires ont déjà été identifiés. Le manuel FBP a déjà été finalisé. La formation des formateurs a été assurée. Et le manuel de formation sur le FBP est complété.

Typiquement, les formations s'adresseront à deux groupes cibles : (a) les gestionnaires du centre de santé (le responsable du centre de santé et le président du comité de gestion du centre de santé) et (b) les membres du comité de pilotage FBP de district, les vérificateurs de la quantité et les vérificateurs de la qualité.

- *Gestionnaires du centre de santé.* Il s'agit généralement d'une formation de quatre jours. Il faut deux à trois formateurs en FBP et environ 30 à 40 participants (un nombre inférieur est préférable) par session de formation. Il faut que les gestionnaires du centre de santé puissent expliquer le FBP à leurs personnels de santé. La formation se termine par une cérémonie de signature des contrats d'achat. Cette approche formalise agréablement la fin de la formation et l'amorce du nouveau FBP. Les formateurs devraient être ceux qui ont été associés à ce district en particulier puisque ce sont eux qui fourniront ensuite un soutien concret à la mise en œuvre du FBP.
- *Comité de pilotage FBP de district.* Il s'agit généralement d'une formation de 3 à 4 jours. Il faut environ deux à trois formateurs en FBP et de 30 à 40 participants (un nombre inférieur est préférable) par session de formation. La formation se termine par la signature d'un contrat multilatéral qui formalise le comité de pilotage FBP de district. Le contrat multilatéral est signé par le dirigeant de l'administration du district (commissaire ou maire) et par différentes parties, notamment le directeur du district sanitaire et la société civile.

Planifier la formation ultérieure

La planification de formations à plus large échelle est assurée au cours des derniers jours de formation des formateurs. Les plans sont élaborés et les districts sont répartis entre différentes agences et assistants techniques. Ici, l'importance de l'équipe élargie est mise en valeur ; les différentes agences membres de l'équipe ont une capacité opérationnelle combinée qui dépasse de loin la capacité individuelle de chacune d'entre elles.

Il n'est peut-être pas facile de planifier une formation de haute qualité, décentralisée et d'une durée de quatre jours qui s'adresse à une quarantaine de personnels terrain. Maintenant, il faut imaginer organiser une telle formation pour 500 centres de santé et 40 hôpitaux de district et leurs comités de gestion : ce travail implique la formation, en groupes restreints de 30-40 individus, de plus de 1 000 personnes provenant de tout le pays. En fait, il s'agit ici de mettre sur

piéd au moins 25-30 formations de quatre jours à travers l'ensemble du pays. En outre, ces formations devront avoir lieu dans un délai acceptable, puisque la date de démarrage du FBP a souvent été déterminée. Si l'on présume qu'un pays comprend une trentaine de districts, il faudra organiser 20 à 30 formations supplémentaires pour les comités de pilotage FBP de ces districts.

Ainsi, la tâche consiste essentiellement à organiser 50-60 formations de haute qualité d'une durée de trois à quatre jours qui s'adresseront à environ 1 500-2 000 personnes, et ceci, dans un délai d'à peu près huit semaines. Cet objectif serait déjà difficile s'il ne s'agissait que de résoudre les difficultés financières – il faudra environ 6 000 \$ EU par formation, pour un total de 300 000 à 360 000 \$ EU. Mais ce n'est pas tout. Il est physiquement impossible qu'une agence organise toutes les formations et procède simultanément à des sessions de formation dans tous les coins du pays. Par conséquent, il faudra demander la collaboration des chefs d'agences, non pas tant en matière de financement (même si leur participation monétaire démontrerait leur engagement) que d'expertise organisationnelle et logistique. Ils devront aider à informer les districts et les établissements de santé ; organiser les lieux de formation ; et assurer toutes les tâches logistiques détaillées, l'hébergement, etc.

Nous avons appliqué cette méthode avec succès aux formations liées à la mise à l'échelle du FBP dans deux pays. Deux formateurs très compétents formés au cours de la mise à l'échelle dans le premier pays sont devenus maîtres-formateurs dans le second pays. Il s'agit d'un excellent exemple de transferts des capacités Sud-Sud.

Liens aux documents et outils

Termes de référence et autres documents relatifs à un expert technique en FBP (travail terrain) suivants :

- Termes de référence d'un expert technique en FBP (travail au niveau national).
- Exemples de termes de référence pour une agence d'assistance technique sur le FBP
 - Burundi
 - Cameroun
 - Lesotho
 - Nigéria
 - Zimbabwe.
- Ordre du jour pour la première rencontre de l'équipe élargie rwandaise.
- Termes de référence de l'équipe élargie rwandaise.
- Termes de référence d'un point focal FBP de district.
- Minute des rencontres de l'équipe élargie rwandaise (2007-2009).
- Manuel de formation sur le FBP rwandais centres de santé et hôpitaux.
- Manuel de formation sur le FBP rwandais pour communautés FBP.

- Calendrier 2008 des formations des centres de santé et hôpitaux de district du Rwanda (mise à l'échelle nationale).
- Calendrier 2009 des formations des communautés FBP du Rwanda (mise à l'échelle nationale).
- Calendrier 2009-2010 des formations FBP du Burundi (mise à l'échelle nationale).
- Termes de référence d'un maître-formateur.

Références

- Hogwood, B., et L. Gunn, eds., *Policy Analysis for the Real World*, Oxford : Presses de l'Université d'Oxford, 1984.
- Soeters, R., P. B. Peerenboom, P. Mushagalusa, et C. Kimanuka, « Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care in the Democratic Republic of Congo », *Health Affairs* 30 (8), 2011 : 1518–27.
- Toonen, J., A. Cananvan, P. Vergeer, et R. Elovainio, *Performance-Based Financing for Health : Lessons from Sub-Saharan Africa*, Amsterdam : Royal Tropical Institute (KIT), 2009.
- Uwimpuhwe, S., « Cost Analysis of the Performance-Based Financing Scheme in Rwanda », École de santé publique, Université nationale du Rwanda, Kigali, 2011.



Élaborer et actualiser un manuel FBP

PRINCIPAUX MESSAGES

- Un projet FBP a besoin d'un manuel concis, rédigé dans un langage clair.
- Le manuel FBP s'adresse tout d'abord aux travailleurs de santé de première ligne et à leurs gestionnaires.
- Les outils et *check-lists* décrits dans le manuel doivent être mis à l'épreuve et actualisés régulièrement.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

15.1 Introduction

15.2 Contenu d'un manuel FBP

15.3 Révision régulière des outils

15.4 Liens aux documents

15.1 Introduction

Un projet de financement basé sur la performance (FBP) a besoin d'un manuel. Ce dernier devrait comprendre au minimum les rubriques suivantes :

- Description des dispositifs institutionnels, notamment de la séparation des fonctions.
- Rôle des différents acteurs.
- Modalités de suivi et vérification.
- Liste des services du FBP.
- Contrat.
- *Check-lists*.

Le manuel devrait être rédigé simplement puisqu'il s'adresse aux travailleurs de santé de première ligne et à leurs gestionnaires. Il est très important de renforcer l'appropriation du manuel en l'élaborant en collaboration étroite avec les différentes contreparties du FBP. La révision régulière du manuel est conseillée, un délai d'une fois par année est recommandé.

15.2 Contenus d'un manuel FBP

Un FBP doit disposer d'un manuel bien articulé et rédigé de façon concise : il s'agit d'une façon novatrice et différente de faire des affaires. Les diverses règles doivent être énoncées clairement pour éviter toute ambiguïté. Lorsque la pratique diverge des procédures courantes, il est tout particulièrement important de présenter les changements de façon très explicite. Il faut présenter par exemple comment les services de santé seront documentés et dans quel registre, comment l'argent sera géré et comment la performance individuelle des travailleurs de santé sera évaluée et récompensée.

En pratique, les trois plus importants changements dans les procédures usuelles auxquels les praticiens font référence sont : (a) le niveau de détail et de précision dans l'enregistrement des données de routine ; (b) le fait que les services sont rémunérés et que, par conséquent, les personnels sont évalués et payés sur la base de leurs performances respectives ; et (c) le niveau élevé de qualité demandé et sa mesure régulière. La plupart des nouvelles règles concernent certains aspects de ces changements et sont décrites en détail dans les différents contrats qui accompagnent le FBP.

Un manuel FBP contient des modalités standard. Il décrit l'approche et les principes de base du FBP. Par exemple, le manuel introduit la séparation des fonctions comme exigence de gouvernance et illustre comment cette disposition s'applique aux rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs du FBP. Il décrit les modalités de suivi et de vérification et les sanctions potentielles en cas de fraude. Il détaille les services du FBP, les tarifs unitaires et les registres avec les différents intitulés de colonnes nécessaires. Le manuel inclut également les contrats et *check-lists* de la performance des établissements de santé et de l'administration sanitaire.

Compte tenu de ces contenus, le manuel utilisateur est essentiel. Il définit toutes les nouvelles mesures. Les manuels utilisateurs du Rwanda et du Burundi sont disponibles à titre d'exemple à travers les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre. Ces manuels utilisateurs ont été élaborés pour la mise à l'échelle nationale du FBP dans ces deux pays (voir Encadré 15.1). En outre, même si le projet est pilote, l'élaboration d'un manuel utilisateurs constitue une pratique courante.

ENCADRÉ 15.1**Les manuels utilisateurs du FBP rwandais et burundais****Rwanda**

Le premier manuel utilisateurs du Rwanda a été élaboré à la hâte : le gouvernement avait démarré l'achat de la performance le 1^{er} janvier 2006, avant que le modèle national n'ait été développé. Le manuel a été élaboré après l'atelier national de février 2006, au cours duquel la nouvelle approche FBP pour les centres de santé avait été conçue. Il a été utilisé depuis mars 2006 dans la formation du personnel de district.

Le manuel utilisateurs a été révisé au cours du second semestre de 2007. Tous les outils ont été revus et modifiés progressivement sur la base des enseignements tirés. Un manuel de formation a été élaboré sur la base du manuel utilisateurs afin d'introduire l'approche nationale FBP révisée dans l'ensemble des 23 districts FBP et, à partir du 1^{er} avril 2008, dans les huit districts de contrôle où l'évaluation d'impact avait été complétée et qui participaient dorénavant au FBP.

Le manuel FBP était très élaboré ; le groupe de travail a voulu exposer toutes les règles de façon claire et non ambiguë et être très précis et spécifique sur les sujets traités. Par exemple, l'annexe fournissait des instructions pour les rencontres des comités de pilotage FBP de district. En outre, les directives ministérielles émises donnaient des consignes très détaillées sur le contenu et la forme de l'ordre du jour, les processus de rencontre et les contenus, et la documentation.

L'approche FBP pour les hôpitaux a été achevée en juillet 2006, après sa finalisation par un groupe de travail entre mars et juin 2006. Il n'y a pas eu d'élaboration de manuel utilisateurs formel à ce moment ; l'accent a plutôt été mis sur la *check-list* de la qualité et la carte de pointage équilibrée. Cet outil a également fait l'objet de révisions au cours du second semestre de 2007 et un manuel utilisateurs a été préparé.

L'approche FBP communautaire a été révisée au cours du dernier trimestre de 2008. Un manuel utilisateurs a été élaboré, sur la base duquel un manuel de formation a ensuite été développé.

Burundi

Le manuel utilisateurs FBP du Burundi a été élaboré avec l'assistance technique de la Banque mondiale et l'apport d'experts rwandais. Un long processus délibératif s'en est suivi. Les manuels nationaux FBP sont typiquement sujets à des changements progressifs annuels. Un modèle pouvant être utilisé pour le développement d'un manuel utilisateurs FBP est disponible. Le manuel FBP du Burundi a été élaboré à partir d'un modèle semblable.

Les manuels du Rwanda et du Burundi décrivent les approches nationales FBP. L'un des enseignements essentiels tiré consiste à accorder suffisamment d'attention au processus, à la documentation des processus, à la coordination et à la communication. Dans les faits, ces processus sont souvent précipités et menés sans consultation suffisante de toutes les parties prenantes impliquées, ce qui risque d'entraîner des difficultés ultérieures. Il faut s'assurer d'un processus clair et transparent.

Un manuel d'utilisateur FBP contient l'ensemble des outils utilisés par le dispositif. On trouvera ci-après un exemple de table des matières :

- Introduction.
- Contexte et justification d'un FBP.
- Description du dispositif institutionnel (séparation des fonctions ; rôles et responsabilités).
- Énumération et description des indicateurs du FBP et leurs outils de collecte des données (liste des registres en annexe).
- Description de la *check-list* de la qualité (outil en annexe).
- Description du processus de vérification.
- Description du processus de contre-vérification.
- Description des relations contractuelles (contrats en annexe).
- Description du plan d'affaires.
- Description de l'outil d'indice.
- Description des enquêtes de satisfaction des usagers communautaires.
- Description des modalités de coordination.
- Description du rôle de l'assistance technique et de la société civile.
- Description de la base de données avec application Internet.
- Annexe : tous les contrats, *check-lists*, intitulés de colonnes des registres utilisés, etc.
- Date du manuel.

On trouvera dans les liens aux documents mentionnés à la fin du chapitre un modèle qui pourra être adapté au contexte. Le modèle n'est pas exhaustif, mais il contient certaines sections représentatives et constitue un point de départ. Par exemple, le modèle mentionne cinq contrats. Ces derniers démontrent comment les contrats peuvent infiltrer l'ensemble du système de santé et impliquer l'administration de la santé publique à différents niveaux.

Le manuel doit être aussi court et concis que faire se peut. Si le document est trop long, trop difficile à comprendre ou trop bureaucratique, les travailleurs de santé et leurs gestionnaires pourraient être désorientés ou intimidés, ce qui irait à l'encontre de l'objectif visé.

15.3 Révisions régulières des outils

Il est important de créer un sentiment d'appropriation à travers la collaboration étroite avec les contreparties. Les nombreux outils et instruments doivent être discutés soigneusement et adaptés au contexte local. Il faut éviter de prendre un manuel tiré d'un autre contexte et d'en copier ou copier-coller les contenus. Les outils essentiels tels que les registres et dossiers des patients du FBP risquent de différer beaucoup d'un contexte à l'autre, et plus important encore, les *check-lists* de la qualité pourraient nécessiter une adaptation précise aux normes, réalités et infrastructures locales. Par exemple, la *check-list* de la qualité applicable à un centre de santé rwandais ne pouvait pas être transférée au contexte zambien et a dû être soigneusement

adaptée afin de servir les objectifs de la Zambie puisque, entre autres différences, les centres de santé zambiens sont beaucoup plus petits et emploient beaucoup moins de personnels.

S'il y a démarrage d'une intervention pilote dans un pays qui n'a aucune expérience dans la mise en œuvre d'un FBP, il faut être proactif. On peut proposer de tester une approche spécifique, avec un manuel en particulier, ceci en admettant explicitement que le manuel sera probablement révisé dans une année ou plus. Certains éléments du manuel, notamment la *check-list* de la qualité, doivent être testés et adaptés au terrain. Il faudra disposer de la flexibilité nécessaire à la conduite de ces révisions.

Dans tout nouveau contexte, les différents outils devront être mis à l'épreuve :

- *Procédures de vérification quantitative.* Il faut noter le temps nécessaire parce qu'il faudra former le personnel à la conduite de ces procédures ; il faut également s'assurer que les registres et les intitulés de colonnes sont standardisés et participer à la définition des calendriers qui conviennent le mieux à l'entité responsable, etc. En tant que planificateur de la santé, il faudra sans aucun doute s'impliquer à cette étape.
- *Check-list de la qualité.* La *check-list* doit être mise à l'épreuve. Il faut noter le temps nécessaire parce qu'il faudra former le personnel à la conduite de ces procédures ; il faudra également s'assurer que les registres et les intitulés de colonnes sont standardisés et aider à définir les calendriers qui conviennent le mieux à l'entité responsable de ces activités, notamment de la tâche importante de suivi de la fiabilité intra-observateurs et inter-observateurs, etc. Les différences entre les centres de santé et les hôpitaux influencent les décisions. Ici aussi, il faudra s'impliquer en tant que planificateur de la santé.

Il est sage de procéder à une révision régulière du manuel. Les parties prenantes doivent avoir la possibilité d'examiner dans quelle mesure le système est opérationnel et d'adapter l'approche si nécessaire. Il est essentiel d'actualiser régulièrement la *check-list* de la qualité pour inclure les enseignements tirés et introduire des critères adaptés aux nouveaux développements. Il est préférable de procéder à des révisions annuelles du manuel. Il faut rester dynamique dans l'amélioration de la qualité du dispositif.

Liens aux documents et outils

Les dossiers ci-après sont accessibles à travers le lien suivant :

<http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter15>.

- Manuel utilisateurs FBP pour un centre de santé rwandais (2008).
- Manuel utilisateurs FBP pour un hôpital de district de rwandais (2009).
- Manuel utilisateur d'un travailleur de santé communautaire rwandais (2009).
- Manuel utilisateurs FBP du Burundi (2010).
- Manuel utilisateurs FBP du Nigéria (2011).
- Modèle générique de manuel utilisateurs FBP.



Mise à l'épreuve pilote d'un FBP

PRINCIPAUX MESSAGES

- Mettre en œuvre une intervention pilote de petite ampleur avant de mettre à l'échelle un FBP dans un pays sans expérience préalable.
- Une intervention pilote de petite ampleur paraît moins menaçante pour les décideurs et favorise la création d'une capacité locale à mettre en œuvre un FBP.
- Adapter l'approche au contexte local.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

16.1 Introduction

16.2 Pourquoi un FBP pilote ?

16.3 Comment démarrer un FBP pilote : réunir l'information et évaluer le contexte

16.4 Comment démarrer un FBP pilote : adapter l'approche au contexte local

16.5 Intervention pilote : information des parties prenantes, partage des connaissances et formation

16.6 *Check-list* pour responsables de la mise en œuvre

16.7 Liens aux documents

16.1 Introduction

Avant de tenter de mettre en œuvre un financement basé sur la performance (FBP) à grande échelle dans un pays sans expérience préalable en la matière, il est préférable de procéder à une intervention pilote de petite ampleur. L'intervention pilote est moins menaçante pour les décideurs et favorise la création d'une capacité locale à mettre en œuvre un FBP. Avant d'entreprendre un FBP pilote, il faut informer les parties prenantes de l'approche et évaluer le contexte. Il est important que l'approche soit adaptée au contexte local – soit en matière de budget, de services, de *check-list*, d'assistance technique, et de dispositifs institutionnels généraux. Un FBP pilote bien conçu et bien mis en œuvre intéressera les décideurs parce que l'intervention sera perçue comme un programme maison.

On trouvera à la fin du chapitre une *check-list* pour les responsables de la mise en œuvre. Elle énumère de façon chronologique les étapes à compléter lors du démarrage d'un FBP pilote.

16.2 Pourquoi un FBP pilote ?

Une intervention pilote¹ est souhaitable parce que le FBP implique de profonds changements dans le système de santé. Il est possible que des transformations aussi importantes suscitent une résistance considérable, particulièrement si le pays n'a aucune expérience en matière de contenu d'un FBP ou de ses modalités de mise en œuvre. Lorsqu'un pays manque d'expérience sur les FBP, cela signifie souvent qu'il ne dispose pas d'experts locaux capables de concevoir et de mettre à l'échelle le dispositif, d'assurer le plaidoyer du FBP ou d'expliquer les avantages de la réforme. Le démarrage d'un FBP dans une zone réduite présente plusieurs avantages. Les changements nécessaires peuvent être introduits simultanément au renforcement de l'expérience locale et des savoir-faire. Un démarrage à petite échelle est tout à fait sensé.

Lors de l'introduction d'un FBP, les changements suivants sont souvent les plus visibles ou les plus litigieux :

- Autonomisation et gestion monétaire par les établissements de santé.
- Achat direct des intrants par les établissements de santé (*vs* la distribution des intrants par le niveau central).
- Séparation des fonctions.
- Implication de la société civile dans la gouvernance.
- Accent dominant sur les résultats et nécessité accrue d'analyse des résultats.

Certains changements génèrent davantage de frictions que d'autres. Au cours de la dernière décennie, la séparation des fonctions a suscité beaucoup de résistance. En outre, dans certains contextes, il n'est pas permis aux travailleurs de santé d'avoir accès aux revenus du FBP alors qu'ailleurs, des débats importants entourent la gestion d'argent comptant par les établissements en santé.

La résistance au changement est particulièrement importante au niveau central. Les niveaux décentralisés des systèmes de santé – les personnels des établissements de santé, leurs gestionnaires et les autorités du district sanitaire – apprécient généralement les modifications apportées par le FBP. Cependant, dans des systèmes centraux qui ont l'habitude de planifier, de financer et de gérer depuis le sommet le financement des intrants, les transformations proposées par le FBP, particulièrement en matière d'augmentation de l'autonomie des établissements de santé, peuvent être perçues par les planificateurs du niveau central comme une perte de contrôle sur les ressources.

L'intervention pilote offre une opportunité d'expérimenter avec des changements importants sans mettre en péril l'ensemble du système. Il est possible de proposer aux décideurs d'introduire les changements de façon ténue dans une toute petite partie du système de santé, une approche qui s'avère certainement moins menaçante. Le recrutement d'une agence externe ou de consultants chargés de la mise en œuvre introduit automatiquement la séparation des fonctions, si les consultants ou l'agence sont responsables de la contractualisation, de la vérification et de la contre-vérification. La visite terrain avec les décideurs de mises en œuvre réussies permet d'observer de façon pratique un FBP en pleine action.

Si le FBP pilote est bien conçu et bien mis en œuvre, des améliorations tangibles dans la qualité et la quantité des soins et l'enthousiasme croissant des personnels seront souvent visibles très rapidement. Des améliorations sensibles, particulièrement lorsque les données de référence sur la quantité et la qualité des services étaient très basses, peuvent aider à convaincre les décideurs de tenter une mise à l'échelle du FBP.

16.3 Comment démarrer un FBP pilote : réunir les informations et évaluer le contexte

Le démarrage d'un FBP pilote demande une compréhension en profondeur du système de santé, de ses performances, des incitations existantes, de ses contraintes et de ses opportunités. Ici, nous avons considéré un contexte de faible ou d'absence d'expérience de conduite d'un FBP.

Avant même de concevoir le programme FBP, il faut tout d'abord évaluer le contexte. Chaque situation est unique. Le simple copier-coller d'une approche FBP adoptée par un autre pays risque d'occasionner bien des problèmes. Outre l'évaluation du contexte, il faut procéder aux tâches suivantes :

- Recueillir des renseignements.
- Évaluer les contraintes de l'offre et de la demande de prestation de services.
- Identifier des champions du FBP et les fenêtres d'opportunité.
- Évaluer le degré d'autonomie des établissements de santé.
- Évaluer le degré de gestion des paiements directs par les usagers.
- Évaluer le marché des médicaments.

- Évaluer les ressources humaines en santé.
- Considérer les réformes en santé plus générales nécessaires à un meilleur fonctionnement du FBP et en informer les parties prenantes (voir section 16.5 de ce chapitre).

Recueillir des renseignements

Il faut recueillir et analyser les informations spécifiquement liées au contexte de l'intervention pilote. Souvent, ces informations sont dispersées et de piètre qualité. Par conséquent, il faut effectuer un certain travail de terrain et procéder à des études ciblées qui permettront d'obtenir les informations pertinentes pour le FBP. L'importance de cette collecte est triple. Premièrement, les informations sur la santé de base sont nécessaires à l'établissement du bien-fondé du FBP, notamment à travers la comparaison de ces données avec les indicateurs internationaux cibles et les objectifs du Millénaire pour le développement du pays et des pays pairs. Deuxièmement, les données de référence sont essentielles à la prévision des risques financiers. Troisièmement, elles permettent de se familiariser avec les autres programmes de financement basé sur les résultats du pays (par exemple dispositifs de coupons et programmes de transferts monétaires ou en nature conditionnels) ou encore avec les FBP existants.

Pour l'évaluation du FBP, des informations plus détaillées sur les points suivants doivent être rassemblées :

- Niveau d'autonomie des établissements de santé – présence ou non d'un compte bancaire, type de gestion des flux monétaires, si existants et droits décisionnels ou non sur les revenus (perçus à travers les paiements directs des usagers, la vente de médicaments, etc.).
- Revenus et dépenses monétaires des centres de santé et hôpitaux de première référence.
- Tarification (formelle ou informelle) ou non des usagers pour les services reçus, présence ou non de la gratuité des services à l'endroit de certains groupes (par exemple femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans).
- Modèles de dotation en personnels des établissements de santé, incluant les salaires nets des personnels.
- Modalités de paiement et d'emploi des travailleurs de santé (à travers un salaire de base avec indemnités, emploi par l'établissement de santé avec possibilité de primes, etc.).
- Modalités de financement de l'établissement de santé (salaires et intrants, financement, paiements directs par les usagers, ou une combinaison de ces sources de revenus).
- Salaires nécessaires à une amélioration du statut socio-économique des travailleurs de santé et qui seraient déterminants lorsqu'un responsable d'établissement de santé cherche à attirer des personnels qualifiés.
- Dispositif d'approvisionnement en médicaments (fonds renouvelable de médicaments basés sur le modèle de Bamako, magasins centraux, etc.) et leur fonctionnement concret.

- Ressources financières additionnelles nécessaires, outre le budget identifié par l'évaluation de l'écart des revenus, pour faire une différence dans la capacité de l'établissement de santé à assurer des services de santé de bonne qualité.

La plupart des informations mentionnées ci-dessus peuvent être obtenues grâce à des entrevues avec certains informateurs clés (techniciens du ministère de la Santé, personnels d'agences techniques, de partenaires au développement, personnels techniques d'agences multilatérales, gestionnaires de districts sanitaires et personnels d'établissements de santé). Une analyse des parties prenantes peut s'avérer utile à l'examen d'un système de santé complexe dans lequel plusieurs acteurs ont des opinions divergentes sur une proposition telle que l'introduction d'un FBP. Il est essentiel de visiter les établissements de santé – à la fois les centres de santé et les hôpitaux de première référence – et d'étudier les dispositifs administratifs de planification, de supervision, de renforcement des capacités et d'approvisionnement des médicaments et vaccins au niveau du district. Dans certains cas, au Rwanda par exemple, l'administration du district est responsable de ces fonctions alors que la gestion des hôpitaux de district relève du ministère de la Santé. Au Burundi en revanche, le ministère de la Santé est nominalement responsable à la fois de la santé publique et des services hospitaliers.²

Pour obtenir des informations pratiques et des avis sur les questions d'autonomie, de paiements directs, de revenus et dépenses, de médicaments et de ressources humaines, il faut visiter les établissements de santé. Si l'on ne possède aucune expérience en matière de FBP, il s'agit de l'une des étapes au cours desquelles la présence d'un expert en santé publique disposant d'une expérience en FBP pourrait s'avérer très utile. Même s'il est toujours possible d'obtenir une documentation tout à fait pertinente sur les dispositifs, les visites du terrain sont incontournables : elles permettent d'évaluer concrètement le système de santé du district. Cependant, les visites du terrain sont coûteuses et demandent du temps, et les résultats obtenus sont souvent déroutants. La visite de l'établissement de santé pourra s'avérer plus profitable si des guides d'interview structurés sont utilisés. Toute information obtenue sur le terrain doit être revérifiée à différents niveaux. Un débriefing formel avec des praticiens du terrain et des gestionnaires de santé conviendra.

La collecte d'informations sanitaires aussi importantes peut s'avérer fastidieuse, particulièrement si des recherches supplémentaires sur certains aspects du système de santé tels que les ressources humaines ou le secteur pharmaceutique sont nécessaires. Il faut équilibrer la recherche d'informations et les autres contraintes temporelles. Ici aussi, il est préférable d'avoir approximativement raison que précisément tort après un examen exhaustif de tous les détails.

Recueillir des renseignements : exemple d'évaluation du budget nécessaire

La collecte de renseignements est particulièrement importante pour l'identification du budget nécessaire. Des études élaborées peuvent être commandées afin d'améliorer les connaissances sur l'environnement incitatif et les multiples motivations

des travailleurs de santé. Mais ces connaissances pourraient également devenir un obstacle à une prise d'action sérieuse (voir également le Chapitre 4).

Il est important de noter que le budget utilisé par un FBP ne sert pas qu'à payer les différentes primes aux travailleurs de santé. Le budget aide à combler les écarts de revenu en fournissant le montant d'argent approximatif – à travers les primes à la performance – nécessaire à l'amélioration de la performance quantitative et qualitative des prestations. Le budget favorise cet ajustement à travers une série d'interventions (redevabilité, transparence, assistance technique ciblée conduite par la demande, dispositifs de suivi largement améliorés, ressources monétaires adéquates pour les dépenses récurrentes hors primes, revenus basés sur la performance des travailleurs de santé beaucoup plus élevés, etc.). Pour les détails, voir le Chapitre 4.

Évaluer les contraintes du côté de l'offre et de la demande de prestation de services

Dans chaque contexte de travail, il est essentiel d'avoir une idée claire des contraintes liées à l'offre et à la demande de services de santé.

Les obstacles du côté de la demande peuvent notamment être :

- géographiques ;
- financiers ;
- culturels (voir Encadré 16.1) ;
- mixtes (Ensor et Cooper 2004).

Les obstacles du côté de l'offre concernent notamment les aspects suivants :

- inefficacité ;
- piètre qualité des services fournis par les établissements de santé ;
- absence de services.

Les interventions du côté de l'offre comme de la demande peuvent avoir une forte influence sur l'utilisation des services de santé de base. Une large part de l'augmentation de l'utilisation passe par l'influence des prestataires sur la demande, notamment à travers les mesures suivantes :

- Les améliorations qualitatives entraîneront une plus forte demande.
- Une meilleure attitude des personnels envers les usagers entraînera une plus forte demande.
- La proposition systématique de services préventifs réduira la perte d'opportunités de planification familiale, de conseil-dépistage volontaire ou de vaccination.
- Les gestionnaires des établissements de santé utilisent souvent des incitatifs à la demande pour attirer les usagers, comme dans certains établissements de santé du Rwanda qui offrent des paquets bienvenue bébé. Le paquet comprend un savon, une pièce de tissu et des vêtements de bébé que la mère recevra au moment de son accouchement dans l'établissement de santé.

ENCADRÉ 16.1**Le fantôme dans l'arbre**

Une histoire remarquable du Cambodge explique la force potentielle de l'application de solutions à l'offre pour des problèmes qui concernent la demande. Selon les connaissances anthropologiques établies, les femmes khmères n'accouchent pas dans un établissement de santé. Elles croient en effet que les esprits des ancêtres ne permettront pas un accouchement loin de la maison où les grands-parents décédés ont vécu. En effet, deux ans (1999-2000) après la contractualisation d'établissements par le programme, le taux d'accouchements en établissement ne dépassait pas un lamentable 2-3 %, ceci quelles que soient les subventions. Or, les subventions aux établissements de santé versées pour chaque accouchement augmentaient tous les six mois et atteignaient des niveaux toujours plus élevés.

Puis, en 2001, dans un centre de santé khmer, un médecin a réalisé 50 % de couverture en accouchements institutionnels dans sa communauté. Ce résultat était spectaculaire. Lorsqu'on lui a demandé comment il avait fait, il a répondu qu'au cours du régime de Pol Pot, le site du centre de santé avait été un champ d'extermination de masse ; les gens croyaient donc que des esprits mauvais vivaient dans les arbres autour du centre de santé. Cette croyance empêchait les femmes de rester au centre de santé une nuit entière. Le médecin n'était pas disposé à perdre les subventions du FBP. Après consultation des autorités locales, les arbres ont été abattus. À partir de ce moment, les femmes ont commencé à se présenter au centre de santé pour accoucher. Sur la base de ce succès, les chefs des centres de santé environnants ont pris des mesures similaires, notamment la chasse aux esprits ou le versement d'incitations à la demande des bénéficiaires.

Les interventions plus spécifiques à la demande pourraient notamment se rapporter à :

- L'assurance-santé à base communautaire obligatoire (comme au Rwanda) qui réduit de façon importante les obstacles financiers à l'accès aux services et protège contre la dépense catastrophique en santé.
- Les fonds d'équité en santé qui, dans le cas d'une dépense directe élevée, peuvent s'avérer un outil important de protection des plus pauvres d'entre les pauvres (Annear 2010 ; Hardeman et *al.* 2004).

Généralement, une faible utilisation des services de santé a des origines complexes et relève tout autant de l'offre que de la demande. Cette complexité est évidente, par exemple dans le cas d'un programme de transferts monétaires conditionnels aux femmes enceintes qui accouchent dans un établissement de santé. Au Ghana, les experts ont constaté que les femmes encourageaient des frais considérables pour accoucher dans un établissement de santé même si, dans les faits, les accouchements étaient gratuits. On aurait pu penser que cette faible utilisation des services d'accouchements était largement attribuable à des obstacles culturels. Mais la réalité était très différente. En calculant la valeur des items que les femmes devaient apporter pour leur accouchement, les objets retirés par le personnel et non rendus, les frais de transport et autres dépenses, on a pu établir

qu'une femme avait besoin d'un total de 25 \$ EU pour un accouchement. Ce montant dépassait largement le budget disponible à travers le programme de transferts conditionnels (soit 11 \$ EU par accouchement). Cet exemple suggère qu'un accent uniquement porté à la demande est inapproprié lorsqu'il y a des problèmes évidents au niveau de l'offre. Pour que les effets des interventions sur la demande puissent être maximisés, les systèmes de santé doivent disposer de dispositifs de prestations qui fonctionnent relativement bien. Les interventions qui portent sur l'offre et celles qui portent sur la demande doivent être bien conçues et travailler en synchronicité.

La résolution des problèmes liés à l'offre par le biais d'incitations à une prestation qualitative et quantitative de services de santé demande souvent la prise en considération de questions de qualité apparemment insolubles. Il s'agit par exemple de la réception des patients et d'un phénomène désigné comme l'« écart de performance » ou « l'écart de savoir-faire » – soit le fossé entre la connaissance du prestataire et sa pratique. Cet écart est bien documenté. Les prestataires font moins que ce qu'ils savent devoir faire (Gertler et Vermeersch 2012). Dans tous les cas, il convient d'évaluer ce qui se fait en matière d'activités incitatives du côté de l'offre ou de la demande.

Identifier des champions du FBP et des fenêtres d'opportunité

Lorsque l'on procède à une intervention pilote qui implique des réformes de la santé aussi importantes que celles induites par l'introduction d'un FBP, il vaut la peine de considérer les phénomènes bien connus suivants :

- Champions ou agents de changement (Walt 1994).
- Fenêtre d'opportunité (Kingdon 1995).
- Dépendance au chemin emprunté [*path dependency*] (Gómez 2011).

Les champions ou agents de changement sont essentiels à l'introduction et au maintien d'une attitude de changement envers un FBP. Les agents de changement les plus puissants sont les personnels nationaux, les techniciens principaux et les fonctionnaires de haut niveau du ministère de la Santé. Lorsqu'il y a absence d'expérience en matière de FBP, de tels champions doivent être identifiés. Un ministre, un sous-ministre ou un secrétaire permanent, un directeur de politiques et planification ou d'autres personnels techniques de haut niveau du ministère de la Santé peuvent agir comme champions et doivent être sollicités à cet effet. Quelquefois, le lobby d'autres ministères, notamment du ministère des Finances peut constituer une stratégie appropriée. La combinaison du soutien de ces parties et d'un FBP pilote réussi peut s'avérer particulièrement efficace dans l'adhésion générale du gouvernement au FBP (Loevinsohn 2008, 21).

L'expression *fenêtre d'opportunité* fait référence à une ouverture qui favorise le changement du système existant. Il peut s'agir par exemple de la nomination d'un nouveau ministre qui fait de l'innovation une politique ou qui est favorable au FBP. Les objectifs du Millénaire pour le développement, lorsqu'ils ont été tout d'abord défendus, ont offert une fenêtre d'opportunité aux réformateurs de la santé. Mais une telle fenêtre peut aussi, hélas, être fermée.

Finalement, la *dépendance au chemin emprunté* fait référence à l'histoire du pays qui a modelé ses institutions de santé et qui détermine, dans une certaine mesure, les mécanismes de réponse individuels. Par exemple, un passé de socialisme assorti d'un commandement et d'un contrôle central forts – tels que ceux qui caractérisent les systèmes de santé nationaux de type classique – pourrait susciter beaucoup de résistance à l'introduction d'un FBP³, notamment en raison d'une perception de manque d'équilibre dans la rémunération des fonctionnaires et du désaccord avec le principe de gestion monétaire par les établissements de santé. Les difficultés rencontrées par l'administration d'Obama dans l'introduction d'une assurance-santé nationale aux États-Unis sont un bon exemple de dépendance au chemin emprunté. Différentes parties prenantes pensaient qu'elles seraient perdantes suite aux réformes et s'opposaient par conséquent à leur introduction.

Évaluer le degré d'autonomie des établissements de santé

L'autonomie des établissements de santé est préalable à un FBP en santé et les projets FBP ne seront réussis que si ces établissements disposent de l'autonomie suffisante. Dans une situation idéale, cette indépendance concerne : (a) la gestion autonome des ressources humaines (recrutement et licenciement) ; (b) l'acquisition autonome de fournitures sur un marché compétitif et bien régulé ; et (c) la gestion autonome des biens (à la fois fixes et liquides). Dans l'univers des systèmes de santé dysfonctionnels des pays démunis, la réalité est bien loin de cette situation idéale.

L'autonomie est nécessaire à l'amélioration de la quantité et de la qualité des services de santé du FBP. Le gestionnaire de l'établissement de santé doit avoir la liberté (et les fonds suffisants) nécessaire à une gestion des ressources axées sur l'augmentation de la quantité et de la qualité des services de santé.

Il n'est pas possible de régler rapidement ou facilement les problématiques de recrutement et de renvoi des ressources humaines, de dysfonctionnement et de rigidité d'un système central d'acquisition et d'approvisionnement ou encore de lutter contre les idées préconçues voulant que les personnels de santé sont incapables de gérer des fonds. Cependant, il vaut la peine d'étudier en profondeur chacun de ces trois points et de les mentionner dans les discussions initiales avec les contreparties gouvernementales.

Lorsqu'il est question d'autonomie, certains préalables immédiats sont nécessaires, notamment les comptes bancaires et le droit décisionnel de dépense et de recrutement de personnels additionnels. Les droits décisionnels sont importants à l'établissement du FBP, mais ils demandent également des réformes plus profondes de la fonction publique (comme dans le cas du Rwanda). Voir également le Chapitre 6.

Évaluer le degré actuel de gestion des paiements directs des usagers

Les gestionnaires ont besoin d'argent pour réhabiliter l'infrastructure, acheter et entretenir l'équipement, acquérir les médicaments et consommables médicaux,

recruter du personnel additionnel et payer les primes à la performance. Dans plusieurs pays, les gestionnaires de santé de première ligne ne reçoivent aucune contribution monétaire directe du gouvernement pour le paiement des items susmentionnés, qui sont pourtant nécessaires à la prestation de services de santé de qualité.

Les paiements directs perçus des usagers peuvent s'avérer une importante source d'argent comptant au niveau de l'établissement de santé. Lors de l'évaluation d'un établissement de santé, l'ampleur des revenus et dépenses est toujours analysée. Certains systèmes tentent de fonctionner sans flux financiers formels. Dans d'autres systèmes, l'argent collecté est transmis aux niveaux supérieurs où il est inclus au budget général. Dans ce cas, les stratégies de compensation adoptées peuvent comprendre la rétention de revenus monétaires, avec modification des données du système d'information sanitaire afin que celles-ci correspondent au montant rapporté. Le fait de permettre aux établissements de santé de gagner de l'argent à travers les paiements directs constitue également un moyen d'efficace de formaliser les paiements informels.

Lorsque certains soins de santé sont gratuits, les systèmes à court d'argent dans lesquels les personnels sont sous-payés, les coûts récurrents ne sont pas budgétisés et aucun fonds renouvelable de médicaments basé sur le modèle de Bamako n'est disponible, les personnels de santé auront recours à différents mécanismes de compensation, notamment le paiement informel et le détournement de médicaments. Cependant, lorsqu'il y a une forme quelconque de fonds renouvelable de médicaments, de signal sur les prix des médicaments et, par conséquent une valeur à un service, l'ajout d'un FBP peut bien convenir.

Les paiements directs d'usagers peuvent agir comme levier dans l'équilibre budgétaire d'un établissement de santé. Idéalement, ces paiements doivent être négociés avec la communauté locale et approuvés par le ministère de la Santé. Lorsque les déclarations portent sur la prestation de soins de santé gratuits et non négociables, le manque à gagner des établissements doit être comblé à travers les financements du FBP, qui devra par conséquent disposer d'un budget plus important. Malheureusement, l'absence de signal direct sur les prix rend l'introduction d'une assurance-santé peu probable.

Cependant, ces dispositifs FBP demandent la prise de mesures de sauvegarde additionnelles, par exemple la mise en place de fonds d'équité en santé qui protègent les plus pauvres d'entre les pauvres (Annear 2010 ; Hardeman *et al.* 2004).

Évaluer le marché des médicaments

L'évaluation des systèmes d'acquisition et d'approvisionnement en médicaments des établissements de santé est importante dans toute évaluation initiale d'un FBP.

Les médicaments et consommables médicaux forment une part non négligeable des coûts supportés par les établissements de santé.⁴ La façon de les financer renseignera non seulement sur l'ampleur de cette proportion, mais également sur les modalités de gestion et de distribution des médicaments par les établissements de santé.

Dans un monde idéal, un système de centrale d'achat qui assure un approvisionnement complet et en temps opportun à travers un dispositif à la demande – fondé sur la demande du consommateur – devrait fonctionner. Mais dans la réalité, ce type de système mène trop souvent à un approvisionnement incomplet et retardé, à la corruption, à une mauvaise gestion des stocks et au gaspillage (Soeters et al. 2011).

Les FBP offrent aux établissements de santé l'opportunité de décentraliser l'acquisition des médicaments. Une gestion budgétaire intégrée (la gestion des fonds provenant de différentes sources de façon intégrée, par opposition à une approche verticale) permet à tous les gestionnaires d'établissements de santé d'avoir accès aux médicaments auprès de fournisseurs certifiés et ceci à bon prix. Les dépôts de produits pharmaceutiques peuvent agir comme fournisseurs s'ils distribuent des médicaments de qualité à des coûts raisonnables et dans les temps requis.

Le régulateur, c'est-à-dire le ministère de la Santé, peut être incité à réguler la certification des fournisseurs et à appliquer régulièrement la *check-list* de la qualité inhérente au FBP. Les *check-lists* de la qualité ont un effet important sur la mesure de la performance (c'est-à-dire, sur la rémunération de la performance). Les *check-lists* contiennent généralement des sections exhaustives sur la gestion et la disponibilité des produits pharmaceutiques ainsi que sur la mesure de la qualité des processus et des soins (par exemple l'adhésion à des algorithmes de traitement clinique bien établis).

Les perceptions des usagers sur la qualité des soins, incluant la disponibilité des médicaments, font partie des questions de routine des enquêtes de satisfaction des usagers communautaires. Les résultats des enquêtes peuvent, comme au Burundi, être quantifiés et introduits dans la rémunération de la performance.

Évaluer les ressources humaines en santé

Il est important d'analyser les ressources humaines au moment de l'évaluation initiale. Les documents de référence sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé peuvent s'avérer utiles. Il est plus important cependant d'aller sur le terrain et d'évaluer concrètement la situation des ressources humaines dans plusieurs établissements de santé. Les informations recherchées concernent notamment :

- Les fonctions et titres du personnel, fonctionnaires vs travailleurs contractualisés et leur nombre.
- La rémunération, salaire de base et salaire net (taxes, indemnités, primes), et la régularité ou non du versement des salaires.
- L'information sur le coût de la vie des personnels de santé.
- La présence de pratiques privées à proximité de l'établissement de santé (et revenus moyens du personnel de santé concerné).
- Le ratio du personnel qualifié en fonction de la population de la zone de couverture (manque de personnels, surtout en zone rurale et abondance de personnels en milieu urbain, qui rendent les établissements de santé très difficiles à évaluer).
- La discussion ouverte avec les informateurs clés, par exemple à travers des groupes de discussions sur la satisfaction en emploi, la rémunération, les

problématiques auxquelles font face les personnels dans la prestation de services de santé de qualité, etc.⁵

- L'utilisation d'études d'évaluation des contingents disponibles (études qui décrivent les niveaux salariaux) (Serneels et al. 2006).

16.4 Comment démarrer un FBP pilote : adapter l'approche au contexte local

Chaque contexte est différent. Il est important d'adapter l'approche du FBP à la situation locale. Même des différences mineures peuvent demander des ajustements spécifiques.

Certains contextes, notamment les suivants, sont plus favorables à un FBP que d'autres :

- Les contextes dans lesquels un fonds renouvelable de médicaments basé sur le modèle de Bamako a été implanté, où la participation communautaire est bonne et dans lesquels il y a une certaine forme de gestion monétaire des paiements directs d'usagers par l'établissement de santé.
- Les contextes dans lesquels le gouvernement ou les partenaires financiers versent des budgets monétaires.
- Les situations dans lesquelles une large part de la main-d'œuvre est constituée de contractuels (gérés par l'établissement et financés à travers ses propres revenus).
- Les contextes dans lesquels les salaires sont plutôt faibles et les primes à la performance relativement importantes.

Parmi les exemples spécifiques d'adaptation de l'approche FBP aux défis contextuels particuliers, il faut mentionner :

- Le Bénin : le programme d'assurance-santé pour les plus pauvres a été associé aux financements du FBP (le tarif versé par le FBP pour une prestation de services aux plus pauvres était plus élevé).
- Le Burundi : un programme de gratuité en santé pour les groupes vulnérables a été associé aux financements versés par le FBP (le tarif versé par le FBP pour une prestation de services curatifs aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes était plus élevé).
- Le Nigéria (voir Encadré 16.2) : l'étalonnage de la gestion a été introduit pour renforcer la gestion des ressources humaines et exercer une certaine pression sur les gestionnaires d'établissements de santé afin qu'ils améliorent leur gestion des ressources disponibles.
- La Zambie : un comité de pilotage FBP de district distinct ne paraissait pas acceptable ; il a été subsumé en sous-comité de la structure existante, soit l'équipe de gestion du district sanitaire.
- Le Zimbabwe : aucune prime à la performance n'a été autorisée.

ENCADRÉ 16.2**Adaptation de l'approche FBP : Le cas du Nigéria**

En décembre 2011, le Nigéria a démarré un FBP dans trois districts prépilotes de trois États différents (Adamawa, Nasarawa, et Ondo). Le FBP Nigérian achète des paquets minimums et complémentaires d'activités auprès des 35 établissements contractualisés des zones rurales, qui sont majoritairement publics, mais incluent également une institution confessionnelle. L'analyse situationnelle a constaté la présence d'une combinaison de productivité extrêmement basse (aussi faible que 0,1 patient par infirmière qualifiée/par jour), d'une très faible qualité de service et d'un gonflement des effectifs (particulièrement des employés non qualifiés, mais également des personnels qualifiés). Le personnel médical était relativement bien payé (comparativement à la moyenne d'Afrique subsaharienne). Il était évident que la population n'utilisait pas les services publics, mais avait recours au secteur privé (pharmacie) pour acquérir directement des médicaments au comptoir. Soit les établissements publics n'avaient aucun stock de médicaments, soit les infirmières créaient des fonds renouvelables de médicaments informels et les revendaient au prix fort à la population.

L'approche du FBP a été adaptée : il y a eu introduction : (a) de fonds renouvelables de médicaments formels (avec des médicaments génériques et un accent sur la prescription rationnelle) ; (b) d'incitation à la prestation de services préventifs et à la qualité ; (c) de l'étalonnage des gestionnaires des établissements de santé sur l'utilisation d'instruments spécifiques (accent sur l'application de plans d'affaires, la conduite d'évaluations de la performance individuelle et l'outil d'indice) ; et (d) conduite d'une analyse comparative rigoureuse de la performance des établissements et des districts dans les trois États participant au FBP. Le budget, quoique relativement élevé à 2,70 dollars EU par habitant et par année, n'avait aucune signification pour les personnels des établissements de santé habitués à travailler très peu. Par conséquent, outre le FBP, il a fallu introduire un programme de renforcement et d'étalonnage de la gestion pour que les ressources disponibles (en argent et en personnels) soient dorénavant mieux gérées. Les gestionnaires d'établissements de santé sous performants ont été remplacés. L'approche du FBP Nigérian met en lumière la nature systémique du FBP : outre l'introduction de l'autonomie de l'établissement de santé, l'encadrement des gestionnaires de ces établissements et le renforcement de la supervision, il faut des réformes plus profondes en matière de ressources humaines de la santé pour résoudre les problèmes de santé publique du Nigéria.

Les adaptations nécessaires peuvent affecter les budgets, les services fournis, les *check-lists*, les besoins d'assistance technique et les dispositifs institutionnels généraux. Pour les budgets, voir le Chapitre 4 de cette Boîte à outils ; pour les services, voir les Chapitres 1 et 3 ; pour les *check-lists*, voir les Chapitres 3 et 8 ; et pour les dispositifs institutionnels généraux, voir le Chapitre 11.

16.5 Intervention pilote : information des parties prenantes, partage de connaissances et formation

Les FBP suscitent habituellement un intérêt considérable chez les gouvernements et les partenaires au développement. Fréquemment, les techniciens des ministères de la Santé et les spécialistes des agences techniques des partenaires au développement conviennent que la gestion habituelle du secteur de la santé ne permet pas d'atteindre les résultats désirés. Cependant, la désirabilité du FBP en tant que stratégie alternative est souvent examinée avec beaucoup de minutie. Un FBP peut paraître compliqué et exigeant. Des fonctionnaires pourraient faire valoir que les efforts du PBF risquent de perturber les autres activités prévues. Ce type d'idées préconçues rappelle qu'il faut informer les parties prenantes dès le départ. Il existe différentes façons de communiquer avec les décideurs : organiser un atelier ou des formations sur le FBP, diriger des réunions bilatérales avec des décideurs, ou stimuler les visites d'échange ou voyages d'études.⁶ La consultation de documents, l'invitation de consultants, la participation au nombre croissant de communautés de pratique sur Internet, notamment la Communauté de pratique Africaine sur les FBP constituent d'autres moyens d'accès et d'échange d'informations.

ENCADRÉ 16.3

Mettre à l'échelle un FBP : le cas de la Sierra Leone

Comme dans toute règle d'or, il y a des exceptions telles que celle de la Sierra Leone. Le pays a mis à l'échelle un FBP basé sur un modèle d'achat public au cours de 2011 et ceci sans aucune expérience antérieure. La Sierra Leone a cependant bénéficié d'un soutien à la mise en œuvre par un expert expérimenté en FBP et la mise à l'échelle a fait l'objet d'un soutien et leadership politiques exceptionnels du ministère de la Santé. Néanmoins, le FBP de la Sierra Leone n'inclut pas certaines caractéristiques qui sont communes dans les autres dispositifs mis à l'échelle avec succès. Par exemple, la séparation des fonctions est faible. L'implication de la société civile est insuffisante à tous les niveaux de gouvernance. Le système n'offre aucune assistance technique pour les fonctions de soutien technique. Le dispositif n'a pas d'application Internet avec portail public. Il n'a pas non plus de dispositifs de contre-vérification par une tierce partie. En outre, le budget du FBP (qui rémunère la performance) est très faible. Le voyage d'études d'une délégation de la Sierra Leone au Burundi a mis en lumière l'absence de ces caractéristiques et la délégation a souhaité les inclure rapidement au FBP de la Sierra Leone. Le cas de la Sierra Leone démontre bien que les pays peuvent tenter de mettre en œuvre un FBP sans disposer des éléments de conceptions essentiels. Cependant, l'absence de certains de ces éléments diminuera l'ampleur du succès. Sans évaluation rigoureuse de la mise à l'échelle en Sierra Leone, il sera difficile de tirer des enseignements sur l'efficacité de cette approche et de comparer cette dernière aux autres FBP ou aux interventions non FBP.

Conférence pour le partage d'informations et d'expériences pilotes

Lors de conférences, le partage des enseignements tirés des interventions pilotes peut s'avérer très utile, mais comme dans toute conférence, une préparation soignée fait foi. On trouvera ci-après plusieurs exemples de conférences au cours desquelles les approches de financement basé sur les résultats (FBR) ont été présentées, ainsi que des liens aux programmes et aux présentations Microsoft PowerPoint y afférant. Par exemple – Kigali en janvier 2006 – fait référence à la présentation de l'expérience du pays dans la conduite de trois FBP pilotes et du montage de l'atelier national de conception du FBP de février 2006. Les autres exemples portent sur des conférences et ateliers tenus à Abuja, Jaipur, Bujumbura et Washington DC. L'atelier de mars 2009 de Bujumbura peut être considéré comme un atelier de partage d'informations et de renforcement du consensus qui a permis l'émergence d'un modèle national de FBP. Les conférences de Jaipur, Abuja, et Washington DC avaient le partage d'informations comme principal objectif.

Kigali, janvier 2006

Les FBP pilotes avaient été introduits au Rwanda dès 2002. En décembre 2005, le Rwanda mettait sur pied trois projets FBP pilotes : deux d'entre eux étaient mis en œuvre par des organisations non gouvernementales, (ONG) Cordaid et Health Net International – Transcultural Psychosocial Organization (HNI-TPO) (des agences d'aide néerlandaises) et le dernier par la Coopération Technique Belge. À la fin 2005, environ 40 % du réseau de santé du Rwanda était couvert par un FBP. Le gouvernement du Rwanda avait inclus le FBP dans son plan stratégique en santé 2005-2009 et décidé que le FBP devait démarrer le 1^{er} janvier 2006.

Le gouvernement a commencé à rémunérer la performance en janvier 2006 avant même d'avoir un portrait clair du modèle national de FBP.⁷ Il a émis des directives à l'intention des centres de santé leur demandant de faire un rapport sur les services rendus afin que le gouvernement puisse les rémunérer. Cependant, il n'y avait à ce moment aucune idée claire sur les dispositifs institutionnels qu'il faudrait mettre en place. La nature des services achetés et les tarifs en cause n'avaient pas été fixés non plus. En outre, il y avait toujours non seulement présence de trois approches du FBP parfois très conflictuelles et dotées de dispositifs institutionnels différents, mais aussi absence de consensus entre les principaux acteurs du FBP sur le profil du modèle national. À ce moment-là, plusieurs partenaires au développement ne connaissaient que très peu de choses sur les FBP. L'atelier s'est réuni pendant deux jours à Kigali et a servi de prélude à l'atelier de conception de février 2006. En outre, la complexité s'est accrue lorsque l'Agence internationale de développement des États-Unis, a voulu, à travers le *President's Emergency Plan for AIDS Relief* acheter via le FBP la conduite de services liés au virus d'immunodéficience humaine (VIH), une décision qui n'a pas été appréciée par certains partenaires, qui craignaient que les fonds VIH ne viennent biaiser le FBP (Rusa et Fritsche 2007 ; ministère de la Santé 2008).

Bujumbura, mars 2009

Des FBP pilotes ont été introduits au Burundi dès 2006. Cordaid, HNI-TPO, et la Coopération suisse pour le développement ont assuré la gestion de ces différents programmes. Le programme Cordaid était le plus important. Les différents acteurs FBP et les fonctionnaires du ministère de la Santé du Burundi ont effectué plusieurs visites au Rwanda voisin pour apprendre comment les Rwandais avaient procédé à la mise à l'échelle de leur FBP. Des discussions à cet effet avaient également déjà démarré au Burundi. Il existait certaines différences entre les différents FBP pilotes du Burundi, mais celles-ci étaient moins importantes que dans le cas du Rwanda. En outre, il y avait un accord relatif entre les ONG et les acteurs FBP sur le type d'approche à adopter lors d'une mise à l'échelle nationale.

Le gouvernement pensait différemment. Le ministère de la Santé, soutenu par deux de ses partenaires multilatéraux, envisageait plutôt un dispositif comme celui du Rwanda, où le gouvernement jouait un rôle important dans l'achat et la vérification comme dans les processus d'approbation et de paiement. Une équipe de consultants a négocié un compromis entre les deux positions. Au cours de l'atelier de mars 2009, cette solution de compromis a été présentée, discutée et adoptée. Le compromis consistait à créer une entité semi-autonome au niveau provincial – le Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) – qui comprendrait à la fois des fonctionnaires et des personnels contractualisés.⁸ Au cours de l'atelier, les expériences du Rwanda ont été présentées afin d'illustrer certains des défis liés au processus de mise à l'échelle.

Jaipur, janvier 2010

Bien que l'Inde ait fait des gains économiques importants au cours des dernières années, les services de santé de base n'ont pas réussi à suivre cette avancée. Les indicateurs de santé tels que la mortalité maternelle et du nourrisson et la mortalité infantile sont pires qu'ils ne devraient l'être. L'utilisation des services préventifs de base, notamment la vaccination et les soins prénataux sont beaucoup moins élevés que ceux des pays limitrophes. En outre, l'absentéisme des travailleurs de santé, aggravé par l'importante divergence entre les connaissances des travailleurs et leurs actions affectent la qualité et l'accessibilité des soins pour la majorité de la population indienne (Pritchett 2009). Les services de santé du secteur public indien reposent sur le financement des intrants et une gestion à partir d'une planification centrale. Même si un important réseau de services publics de santé est disponible, on estime que les deux tiers des travailleurs de santé du secteur public sont absents de leur poste et que 84 % de toutes les consultations pour soins curatifs passent par le secteur privé. Un atelier a été organisé à Jaipur en janvier 2010 à l'intention d'un certain nombre d'États afin de présenter l'expérience internationale en matière d'offre à travers un FBR (avec des exemples du Brésil, d'Haïti, du Rwanda et des États-Unis) mais aussi de mettre en lumière l'expérience indienne dans la conduite de FBR. (MSG Strategic Consulting 2009).

Abuja, janvier 2010

Le Nigéria abrite près du cinquième de la population africaine. Les études récentes sur le système de santé nigérian en ont dressé un tableau préoccupant.⁹

Ces rapports ont fait les constatations et recommandations suivantes : (a) mettre l'accent sur les résultats ou introduire des dispositifs de notion/incitation dans les établissements de santé à travers la rémunération basée sur la performance ; (b) augmenter l'autonomie de l'établissement de santé ; (c) corriger le système d'acquisition et d'approvisionnement public en médicaments ; (d) améliorer la supervision des établissements de santé ; et (e) garantir l'allocation par l'État et les autorités locales d'une allocation budgétaire plus substantielle à la santé. L'atelier d'Abuja devait présenter aux décideurs fédéraux et étatiques nigériens différentes approches de FBR : les programmes de transferts monétaires conditionnels, la contractualisation basée sur la performance et le financement basé sur la performance. Suite à cette conférence, il a été décidé de mettre à l'essai dans trois États un programme complet de FBR, qui serait en fait, structurellement parlant, un programme FBP.

Les ateliers en tant que lieu d'échange d'informations et d'expériences régionales et mondiales

Bujumbura, février 2010

L'atelier tenu à Bujumbura en février 2010 devait rassembler des praticiens en FBP de toute la région des Grands Lacs d'Afrique ; les responsables de FBP devaient présenter et discuter des problématiques liées au FBP mais aussi lancer la Communauté de pratiques africaine sur les FBP. Les préparations étaient alors en cours pour le démarrage le 1^{er} avril 2010 de la mise à l'échelle du FBP Burundais dans tout le pays. Pour l'ensemble des participants cependant, il s'agissait encore d'une initiative ambitieuse.

Washington, DC, Global Health Council, juin 2010

La rencontre de juin 2010 du *Global Health Council* avait prévu un volet sur les FBP. Les présentateurs provenaient d'agences très impliquées dans leur programmation. Le panel était composé d'une ONG européenne internationale, d'une agence privée de volontaires des États-Unis, d'une institution académique européenne et de la Banque mondiale.

16.6 Check-list pour responsables de la mise en œuvre

Lors du démarrage d'un FBP dans un nouveau contexte, plusieurs facteurs doivent être considérés. Afin d'aider à franchir cette étape, nous avons créé une *check-list* qui permet une approche systématique d'introduction d'un FBP dans un contexte particulier.

Tableau 16.1 *Check-list pour responsables de la mise en œuvre d'un FBP*

Phase	N°	Étape	Description et chapitre de la Boîte à outils
1. Jeter les bases	1	Réunir des informations. Examiner la couverture en services clés et identifier les domaines à faible couverture.	Obtenir des informations sur les taux de couverture à partir de sources fiables (EDS, MICS). Voir les Chapitres 4 et 16.
	2	Évaluer les contraintes du côté de la demande et de l'offre.	Les goulots d'étranglement de la prestation de services relèvent-ils plus de l'offre que de la demande ? Si les usagers ne viennent pas, est-ce à cause de la distance, de facteurs culturels, d'obstacles financiers ou s'agit-il plutôt d'une problématique de faible qualité, d'attitudes inadéquates du personnel, de manque de médicaments, d'heures d'ouverture du centre, etc. ? Fréquemment, il s'agit d'une combinaison de facteurs. Voir le Chapitre 16.
2. Évaluation de la situation actuelle	3	Identifier des champions du FBP et les former.	Rechercher des champions. Il faudra utiliser ces personnes influentes qui peuvent faire avancer les choses. Voir le Chapitre 16.
	4	Évaluer le degré d'autonomie des établissements de santé.	Les établissements de santé ont besoin d'une certaine liberté pour que le FBP puisse fonctionner adéquatement. Cette liberté inclut le droit de recrutement et de renvoi, de dépense des fonds et de partage de certains des bénéfices. Voir les Chapitres 6 et 16.
	5	Évaluer la gestion monétaire actuelle.	Quelles sont les sources de revenus disponibles pour les établissements de santé ? (et pour quels montants ?). Comment l'établissement de santé gère-t-il actuellement ses ressources monétaires (si elles existent) ? Quelle est la situation du secteur bancaire en zone rurale ? Comment opèrent les flux financiers au sein du gouvernement ? Voir les Chapitres 4 et 16.
	6	Évaluer le marché des médicaments.	D'où proviennent les médicaments ? L'approvisionnement depuis le niveau central est-il fiable ? Y a-t-il d'autres sources potentielles de médicaments ? Voir le Chapitre 16.
	7	Évaluer les ressources humaines en santé.	Combien et quels types de travailleurs de santé sont disponibles ? Où sont-ils situés ? Combien gagnent-ils ? Voir les Chapitres 4 et 16.
	8	Évaluer le SGS.	Quels registres sont disponibles dans l'établissement de santé ? Comment sont-ils tenus ? Quelles rubriques exactes figurent dans ces registres ? Voir les Chapitres 2, 12 et 16.
	9	Évaluer le secteur privé.	Comment le secteur privé sera-t-il impliqué ? Quels prestataires privés seront impliqués ? Prendre en considération une partie de l'évaluation initiale du réseau de prestations et un mix public-privé. Voir Chapitre 16.
	10	Identifier les institutions et les ONG qui peuvent mener à bien les activités de vérification.	Considérer le montage institutionnel ; la séparation des fonctions ; et les agences institutions éventuelles qui pourraient gérer les contrats et procéder à la vérification. Voir le Chapitre 11.
	11	Examiner la gouvernance au niveau de l'établissement de santé et considérer la gouvernance du FBP en général.	Examiner les dispositifs de redevabilité locale : la communauté est-elle impliquée ? Lors de l'introduction de l'autonomie, considérer les contre-pouvoirs locaux. Considérer également les dispositifs de gouvernance au niveau du district. Voir le Chapitre 11.

Phase	N°	Étape	Description et chapitre de la Boîte à outils
3. Conception	12	Garder en tête une réforme plus large de la santé et informer les parties prenantes.	Pour que le FBP fonctionne mieux, il faudra procéder à des réformes plus profondes de la santé. Le FBP est porteur d'autres réformes notamment dans les domaines des ressources humaines en santé, de l'acquisition de médicaments et éventuellement des dispositifs d'assurance-santé. Voir les Chapitres 16 et 17.
	13	Planifier une intervention pilote de petite ampleur.	Toujours démarrer avec une intervention pilote de petite ampleur ; un seul district peut suffire. Voir le Chapitre 16.
	14	Identifier les différents types d'assistance technique requise.	Une AT sera probablement nécessaire lors de la mise en œuvre du FBP pilote. Il y aura peut-être également besoin de soutien technique aux établissements de santé pour le renforcement de leur gestion. Voir les Chapitres 14 et 16.
	15	Évaluer le budget disponible.	Il faut suffisamment d'argent pour mettre en œuvre un FBP. Voir le Chapitre 4.
	16	Ouvrir des comptes bancaires pour chaque établissement de santé et définir les procédures de gestion financière.	Planifier l'ouverture d'un compte bancaire par établissement de santé et un registre des revenus et dépenses. Voir le Chapitre 7.
	17	Définir les services et créer les paquets de services.	Obtenir l'accord sur les services achetés. S'il n'y a aucune expérience nationale en la matière, proposer une liste. Voir le Chapitre 1.
	18	Pondérer les services individuels.	Chaque service a une valeur relative comparative aux autres. Voir le Chapitre 4.
	19	Prévoir les risques budgétaires.	Fixer les prix et calculer les ajustements géographiques en fonction de l'équité. Voir le Chapitre 4.
	20	Élaborer des <i>check-lists</i> de la qualité pour les centres de santé et hôpitaux et les mettre à l'épreuve.	Ces <i>check-lists</i> de la qualité peuvent être tirées d'autres contextes et ajustées pour correspondre aux réalités locales. Il faut tout d'abord les mettre à l'épreuve. Voir le Chapitre 3.
	21	Créer des cadres de performance pour l'administration sanitaire.	Il faut mettre en place des cadres de performance de l'administration sanitaire et parfois d'autres institutions également. Voir le Chapitre 8.
	22	Créer une application Internet.	L'application Internet constitue la colonne vertébrale d'un système FBP. Elle comprend généralement une interface publique et est importante pour la bonne gouvernance. Voir les Chapitres 11, 12, et 13.
	23	Monter un plan d'affaires.	Élaborer un modèle de plan d'affaires qui pourra être adapté à partir d'autres contextes. Voir le Chapitre 10.
24	Créer un outil d'indice.	Créer un outil d'indice : sous format papier pour les centres de santé et sous format électronique pour les hôpitaux. Emprunter d'un autre contexte si nécessaire. Voir le Chapitre 7.	
25	Élaborer les contrats.	Élaborer les contrats. Emprunter d'autres contextes si nécessaire. Voir le chapitre 11.	
26	Rédiger un manuel utilisateurs du FBP.	Rédiger un manuel utilisateurs du FBP qui sera utilisé par les travailleurs de santé, les gestionnaires, les personnels du district sanitaire et les assistants techniques. Voir le Chapitre 15.	

Phase	N°	Étape	Description et chapitre de la Boîte à outils
	27	Planifier les formations.	Il peut s'agir d'un exercice difficile si l'ampleur des formations est importante. Il faut prévoir à l'avance la capacité de formation nécessaire, le manuel de formation, la résolution des questions logistiques et administratives. Voir le Chapitre 14.
4. Mise en œuvre	28	Former le personnel de santé, les communautés et l'administration de santé et signer des contrats.	Une formation de bonne qualité est essentielle. Les différents contrats sont signés à la fin de la formation. Voir le Chapitre 14.
	29	Négocier les plans d'affaires et payer les unités d'investissement.	Les plans d'affaires sont expliqués au cours des formations ; les gestionnaires de santé disposent d'un certain temps pour élaborer leur plan d'affaires. Ces derniers seront négociés. Les unités d'investissement devront également être payées. Voir les Chapitres 9 et 10.
	30	Assurer l'encadrement.	L'encadrement des gestionnaires d'établissements de santé dans l'amélioration de la performance de leur établissement est essentiel, particulièrement au cours des premiers jours de mise en œuvre du FBP. Voir les Chapitres 10 (principalement), 12, 13 et 14.
	31	Procéder à la vérification quantitative.	La vérification quantitative mensuelle dans l'établissement de santé est particulièrement importante au cours des premiers six à 12 mois de mise en œuvre du FBP. Voir les Chapitres 1 et 2.
	32	Procéder à la vérification qualitative.	Il faudra procéder à une vérification trimestrielle de la qualité des services. Il faut également considérer l'introduction pilote de dispositifs de mesure et de contre-vérification de la qualité et les moyens qui permettront de les institutionnaliser. Voir les Chapitres 2 et 3.
	33	Tenir des rencontres du comité de pilotage FBP de district.	Une fois par trimestre, le comité de pilotage FBP de district, qui comprend des représentants des autorités locales, du ministère de la Santé, de la société civile et de l'assistance technique se rencontre pour discuter et approuver les résultats du FBP. Ce dispositif est important pour la gouvernance. Voir le Chapitre 11.
	34	Transférer les fonds aux établissements de santé.	La première fois que des sommes d'argent sont déposées au compte bancaire d'un établissement de santé est un fait à célébrer. Tester les comptes en transférant tout d'abord un petit montant d'argent ou ceci aura déjà été fait suite aux unités d'investissement précédemment versées. Voir le chapitre 4
	35	Planifier la publicité et la démonstration des premiers résultats aux décideurs (visites terrain).	Les premiers résultats peuvent être très impressionnants, particulièrement si les données de référence étaient insatisfaisantes. Au cours des six premiers mois, les établissements de santé les plus performants pourront être identifiés. Organiser une visite terrain pour les décideurs et leur montrer les résultats. Voir le Chapitre 16.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : EDS = Enquête démographique et de santé ; SGIS = Système de gestion de l'information sanitaire ; MICS = Enquête en grappes à indicateurs multiples (*Multiple Indicator Cluster Survey*) ; ONG = Organisation non gouvernementale ; FBP = Financement basé sur la performance ; AT = Assistance technique.

Liens aux documents et outils

Les dossiers ci-après sont accessibles à travers le lien suivant : <http://www.worldbank.org/health/pbftoolkit/chapter16>.

- Interview structurée pour guider les discussions avec le personnel de l'établissement de santé.
- Outil de conduite d'une analyse des parties prenantes.
- Trois projets pilotes FBP rwandais.
- Programme, rapport et documents liés à l'atelier de février 2006 au Rwanda.
- Contenu, incluant la déclaration de consensus, de l'atelier de mars 2009 au Burundi.
- Programme, méthodologie et exposés de la conférence d'Abuja en janvier 2010.
- Conférence sur le FBR de janvier 2010 à Jaipur.
- Atelier de février 2010 à Bujumbura, <http://performancebasedfinancing.wordpress.com/>
- Exposés du panel de juin 2010 du *Global Health Council*, Washington, DC

Notes

1. Dans des pays tels que la Zambie, un FBP pilote couvre en réalité plus de la moitié du système de santé du pays. Ce type d'intervention pilote est généralement précédé par un FBP pré-pilote qui couvre un ou deux districts. Ces interventions pré-pilotes, qui servent de mise à l'épreuve du terrain ont les mêmes objectifs : introduire le concept à petite échelle et acquérir une expérience suffisante avant de procéder à une intervention de plus grande ampleur.
2. Au Burundi, 40 % des hôpitaux sont gérés par des organisations confessionnelles.
3. L'inverse pourrait parfois se produire dans de telles situations. Certains acteurs deviennent tellement frustrés qu'ils sont prêts au changement.
4. Selon les études qui ont recours à l'outil d'indice, les médicaments et les consommables médicaux représentent environ 15 à 25 % des coûts à ce niveau.
5. Il est essentiel de revoir la proportion des subventions du FBP versées en rémunération à la performance afin que la situation satisfasse les personnels. Cependant, il ne s'agit pas ici d'imposer les constats, mais de disposer d'une moyenne qui peut dicter le calcul des coûts. Ce dernier n'est pas une science exacte et les informations doivent être revérifiées à tous les niveaux.
6. Les rencontres bilatérales d'explication du FBP au ministre et directeurs généraux sont très efficaces ; ces sessions ont généralement lieu avant une conférence.
7. En fait, une période importante reste méconnue : les provinces de Butare et de Cyangugu avait été retenues pour l'intervention pilote par le ministère des Finances. La présence de deux interventions pilotes demande une certaine harmonisation (au moins sur les prix relatifs). Cette coordination s'est révélée une étape majeure dans l'élaboration d'un modèle national.
8. Selon la solution de compromis, le CPVV constituerait l'instance de rassemblement des différentes parties prenantes, incluant la société civile et le gouvernement local. Cette solution permettait suffisamment de contre-pouvoirs mais aussi la prise en

considération de la préoccupation du gouvernement relative au maintien de son contrôle.

9. Voir Das Gupta et al. (2003) ; McKinsey et Company (2009) ; et Banque mondiale (2008).

Références

- Annear, P., « A Comprehensive Review of the Literature on Health Equity Funds in Cambodia 2001–2010 and Annotated Bibliography », document de travail N° 9 du Pôle de connaissances sur les politiques et les finances de la santé, Institut Nossel pour la santé mondiale, Université de Melbourne, Melbourne, 2010.
- Banque mondiale, « Nigeria, Improving Primary Health Care Delivery : Evidence from Four States », rapport N° 44041–NG, Banque mondiale, Washington, DC, 2008.
- Das Gupta, M., V. Gauri, et S. Khemani, « Decentralized Delivery of Primary Health Services in Nigeria : Survey Evidence from the States of Lagos and Kogi », document de travail sur le développement humain, région Afrique Séries N° 70, Banque mondiale, Washington, DC, 2003.
- Ensor, T., et S. Cooper, « Overcoming Barriers to Health Service Access : Influencing the Demand Side », *Health Policy and Planning* 19 (2), 2004 : 69–79.
- Gertler, P., et C. Vermeersch, « Using Performance Incentives to Improve Health Outcomes », document de travail, Recherches sur les politiques N° 6100, Banque mondiale, Washington, DC, 2012.
- Gómez, E., « An Alternative Approach to Evaluating, Measuring, and Comparing Domestic and International Health Institutions : Insights from Social Science Theories », *Health Policy* 101 (3), 2011 : 209–19.
- Hardeman, W., W. Van Damme, M. Van Pelt, I. Por, H. Kimvan, et B. Meessen, « Access to Health Care for All ? User Fees Plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia », *Health Policy and Planning* 19 (1), 2004 : 22–32.
- Kingdon, J., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, New York : Longman, 1995.
- Loevinsohn, B., *Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries : A Toolkit*, Health, Nutrition, and Population Series. Washington, DC : Banque mondiale, 2008.
- McKinsey & Company, « Scaling Up Primary Health Care in Nigeria, Initial Findings », document de discussion, McKinsey & Company, Washington, DC, 2009.
- MSG Strategic Consulting, « Results-Based Financing in Public Health Sector in India », ébauche de rapport pour la Banque mondiale, MSG Strategic Consulting, Delhi, 2009.
- Pritchett, L., « Is India a Flailing State ? Detours on the Four Lane Highway to Modernization », document de travail HKS N° RWO09-013, École du gouvernement Harvard Kennedy, Université Harvard, Cambridge, MA, 2009.
- Rusa, L., et G. Fritsche, « Rwanda : Performance-Based Financing in Health », in *Emerging Good Practice in Managing for Development Results : Sourcebook*, seconde édition, 105–16. Washington, DC : Banque mondiale, 2007.
- Rwanda, ministère de la Santé, « Rapport annuel 2007 : le financement basé sur la performance dans le secteur de la santé rwandais », CAAC/ministère de la Santé, Kigali, 2008.
- Serneels, P., M. Lindelow, J. G. Montalvo, et A. Barr, « For Public Service or Money : Understanding Geographical Imbalances in the Health Workforce », *Health Policy and Planning* 22 (3), 2006 : 128–38.

- Soeters, R., P. B. Peerenboom, P. Mushagalusa, et C. Kimanuka, « Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care in the Democratic Republic of Congo », *Health Affairs* 30 (8), 2011 : 1518–27.
- Walt, G., *Health Policy : An Introduction to Process and Power*, Londres : Zed Books, 1994.



Partie 3

Données factuelles sur les FBP



Évaluations de FBP et questions fréquemment posées

PRINCIPAUX MESSAGES

- Les FBP sont relativement récents dans les pays à revenu faible et intermédiaire, comme d'ailleurs la disponibilité d'évaluations sérieuses de programmes bien conçus et bien mis en œuvre.
- Il faut se méfier des analogies immédiates entre les programmes FBP dans les pays à revenu faible et intermédiaire et les pays de l'OCDE, puisque les contextes diffèrent plus qu'ils ne se ressemblent.
- Les « données factuelles » sur les FBP s'accumulent graduellement et par divers moyens. Jusqu'à maintenant, il y a dans la pratique une large gamme de programmes et de modèles de conception.
- Les décideurs des pays à revenu faible et intermédiaire doivent se montrer sélectifs dans l'application des enseignements tirés de FBP mis en œuvre dans les pays de l'OCDE.

LES SUJETS ABORDÉS DANS CE CHAPITRE

17.1 Introduction

17.2 La génération de données de recherche factuelles sur les FBP est un travail continu

17.3 Les programmes FBP des pays à revenu faible et intermédiaire et de l'OCDE présentent à la fois des différences et des similitudes

17.4 Pour être réussis, les programmes FBP doivent avoir été bien conçus et être mis en œuvre de façon appropriée

17.5 Questions fréquemment posées.

17.1 Introduction

Le financement basé sur la performance (FBP) dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PFR-PRI) est relativement nouveau. Ce n'est que tout récemment que l'on a pu procéder à des évaluations sérieuses de programmes bien conçus et adéquatement mis en œuvre. Même si les évaluations de FBP dans les PFR-PRI en sont encore en voie de développement, il y a plusieurs similitudes et différences entre les programmes de FBP mis en œuvre dans des PFR-PRI et ceux des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Ces derniers ont une connaissance extensive des dispositifs de rémunération de la performance et des réformes en santé qui peut certainement renseigner les réformes FBP dans les PFR-PRI. Cependant, même s'il y a des similitudes entre les programmes FBP des PFR-PRI et ceux des pays de l'OCDE, il faut se rappeler que les contextes sont foncièrement différents. En fait, les différences entre ces deux contextes dépassent largement leurs similitudes. Les décideurs des PFR-PRI doivent par conséquent se montrer sélectifs lorsqu'ils considèrent les enseignements tirés des pays de l'OCDE.

Malgré la rareté de programmes FBP bien évalués, bien conçus et bien mis en œuvre dans les PFR-PRI, certains signes pratiques indiquent que ces programmes offrent des résultats prometteurs. Les recherches démontrent en effet qu'une conception fonctionnelle et une mise en œuvre solide de programmes FBP sont des préalables à l'atteinte de résultats d'évaluations utiles.

Lors de la discussion dans ce chapitre de la génération de données de recherche factuelles, il y aura présentation d'une gamme de programmes existants qui offrent des incitations aux établissements de santé. Certains programmes sont axés sur l'offre, d'autres sur la demande. Parmi les dispositifs axés sur l'offre, différents programmes de financement basé sur les résultats (FBR) sont mis en lumière. Puisque les FBP constituent un type spécifique de FBR – qui se distingue des autres approches de FBR (Musgrove 2011) – les programmes FBP seront identifiés comme « FBP ». Les dispositifs incitatifs de la demande, qui offrent des incitations aux usagers pour certains services de santé, ne seront pas abordés ici. Pour une revue complète des incitations à la demande voir Fiszbein et Schady (2009).

17.2 La génération de données de recherche factuelles sur les FBP est un travail continu

L'établissement d'une pratique d'évaluation solide des programmes FBP dans les PFR-PRI constitue un travail continu. Actuellement, les résultats des FBP sur les extrants et résultats en santé sont encore non concluants (Miller et Babiarz 2013). Le manque de recherche au cours des années pionnières et la faiblesse des évaluations subséquentes, qui n'ont pas pris en considération les aspects contre-factuels, sont en partie à blâmer. Les programmes FBP bien conçus des PFR-PRI

demandent généralement des recherches complexes en raison de leur nature complète et systémique (Meessen et *al.* 2012). En outre, plusieurs programmes FBP existants relèvent de modèles de conception très différents. Cette variation rend hasardeuse l'application trop rapide des résultats tirés d'un programme en particulier à un autre contexte. Outre l'évaluation de la quantité et de la qualité des extrants, d'autres dimensions du FBP doivent faire l'objet de recherches sérieuses : les programmes FBP bien conçus des PFR-PRI constituent en effet de réelles réformes de santé qui pourraient modifier simultanément les multiples dimensions et niveaux d'un système de santé (Meessen, Soucat, et Sekabaraga 2011). Par exemple :

- Les changements au niveau de l'établissement de santé peuvent simultanément affecter la disponibilité de ressources pour la prestation de services et la motivation des travailleurs de santé. En outre, il peut s'ensuivre une augmentation de l'autonomie de l'établissement de santé et une demande pour une meilleure gestion de l'établissement. Le profil des prestations de services se verra modifié par une offre de services préventifs plus importante et de meilleure qualité. Sous un FBP, les établissements de santé publics fonctionneront comme des coopératives dans lesquelles le personnel est partie prenante. Les établissements privés seront mieux régulés et offriront davantage de services préventifs tout en restant redevables de la qualité des services. Les communautés situées près de l'établissement de santé s'impliqueront formellement dans la supervision des stratégies et des finances. Les enquêtes de satisfaction des usagers communautaires permettront d'appréhender les perceptions communautaires sur la quantité et la disponibilité des services.
- Les changements au niveau du district incluent le renforcement des rôles de l'administration du district sanitaire dans la supervision, la coordination et la régulation. L'administration de la santé publique sera encouragée à atteindre des résultats à travers un dispositif d'incitations et sa performance sera étalonnée. Parallèlement, la création d'un conseil de gouvernance du FBP qui inclut une représentation communautaire et des institutions gouvernementales améliorera la transparence et la redevabilité. Ce type de changement conduit à une gouvernance améliorée et plus inclusive et à une administration renforcée de la santé publique.
- Les changements apportés par les dispositifs d'achat du FBP impliquent une séparation des fonctions entre l'acheteur, les prestataires publics et privés, le régulateur et la communauté. Les dispositifs de redevabilité peuvent par conséquent être profondément modifiés.
- Les changements au niveau national incluent le recadrage du ministère de la Santé dans son rôle de bonne intendance, la promotion d'une forte collaboration avec les partenaires au développement, l'orientation de financement additionnel vers des services curatifs et préventifs à bon rapport coût-efficacité, un changement dans les dispositifs de planification et un nouvel accent sur les résultats et sur une utilisation plus intensive des données nécessaires à la gestion de la performance.

Deux types de raisonnement s'appliquent à la génération de données factuelles solides sur les FBP. Tout d'abord, les données doivent être significatives ; les efforts de recherche consentis doivent être axés sur des programmes FBP bien conçus et bien mis en œuvre. Deuxièmement, la recherche ne devrait pas se contenter de procéder à des essais randomisés rigoureux, mais devrait inclure des techniques de recherche quantitative complétées par une recherche qualitative adéquate. Il paraît pertinent d'élargir la portée méthodologique afin de saisir la gamme très large de changements systémiques introduits par les FBP bien conçus (Alexander et Hearld 2012 ; Meessen et *al.* 2012).

Les aspects suivants seront discutés dans la prochaine section :

- En quoi les données factuelles sur les FBP des PFR-PRI sont-elles différentes ?
- Comment se comparent les données factuelles sur les FBP des pays de l'OCDE.
- Comment résoudre les problèmes liés à une faible conception générale des évaluations.
- Comment composer avec le fait que les évaluations d'impact rigoureuses sont souvent difficiles à mener dans la pratique.
- Pourquoi il est difficile de faire des recherches sur les programmes FBP.

En quoi les données factuelles sur les FBP des PFR-PRI sont-elles différentes ?

Selon les constats de Witter et *al.* (2012) publiés dans une revue de Cochrane en 2012, les données factuelles combinées sur les FBP des PFR-PRI ne sont pas concluantes. Cependant, les données sur lesquelles cette affirmation repose ont été tirées d'évaluations de programmes FBP qui relevaient d'une conception et présentaient des caractéristiques de mise en œuvre très différentes.

Witter et *al.* (2012) ont appliqué un cadre d'évaluation rigoureux à des études divergentes, qui allaient d'évaluations de divers et différents programmes nationaux menés par une ONG (Toonen et *al.* 2009) à un essai contrôlé randomisé et quasi expérimental d'une mise à l'échelle nationale (Basinga et *al.* 2011). En outre, dans ces études, la méthodologie d'évaluation utilisée et les FBP étudiés variaient considérablement.

La revue par Witter et *al.* (2012) a conclu – peut-être de façon un peu trop catégorique – qu'il manquait de données factuelles rigoureuses sur les FBP mis en œuvre dans les PFR-PRI. Cependant, le rapport a correctement mis en lumière le fait qu'il fallait davantage de recherches complètes. Plus important encore, il a souligné que l'effet des FBP dépendait de leur conception et de leur mise en œuvre.

Même s'il y a effectivement une certaine rareté de données de recherche de bonne qualité, deux essais contrôlés randomisés bien conçus sur les programmes FBP dans les PFR-PRI ont récemment donné lieu à des résultats contradictoires. Même si la première évaluation – d'une intervention FBP bien conçue du Rwanda – a mis en lumière des résultats significatifs, l'autre évaluation – d'une

intervention FBP moins bien conçue de l'Ouganda – n'a démontré aucun résultat. Nous avons provisoirement conclu qu'une bonne conception et mise en œuvre d'un FBP sont des préalables essentiels à l'identification de résultats positifs lors d'une évaluation. Au moment de procéder à une évaluation rigoureuse, il faut s'assurer que le FBP qui sera évalué a été correctement conçu et mis en œuvre.

Les évaluations d'impact bien conçues ci-après sont abordées plus en détail. Ces deux évaluations ont été réalisées sous forme d'essais contrôlés randomisés de FBP, l'un au Rwanda et l'autre en Ouganda.¹

L'évaluation d'impact rwandaise a fait état de résultats significatifs

L'évaluation d'impact du Rwanda a constaté de bons résultats en matière de qualité et de quantité des services, ceci comparativement à un groupe contrôle (Basinga et al. 2011 ; de Walque et al. 2013 ; Gertler et Vermeersch 2012). Outre le fait que la quantité et la qualité des services avaient augmenté de façon substantielle, l'évaluation a pu noter des effets significatifs sur la taille et le poids des enfants de moins de cinq ans habitant dans la zone de couverture des établissements de santé concernés (Gertler et Vermeersch 2012). L'évaluation d'impact avait été incorporée à la mise à l'échelle nationale du FBP de 2006 à 2008. Elle est unique en raison du fait que les établissements de santé situés dans le district de contrôle ont reçu exactement le même montant que ceux des districts de traitement. En versant le même montant d'argent aux sites de contrôle et de traitement, les chercheurs ont pu isoler les effets incitatifs attribuables uniquement à l'augmentation des ressources. L'étude est reconnue comme exemplaire, notamment parce que cette approche rigoureuse n'avait pas encore été utilisée dans les pays de l'OCDE (OECD 2010).

Les FBP pilotes adéquatement conçus et mis en œuvre entre 2002 et 2005, soit avant la mise à l'échelle, ont montré des résultats positifs (Meessen et al. 2006 ; Meessen, Kashala, et Musango 2007 ; Rusa et al. 2009a ; Soeters, Habineza, et Peerenboom 2006 ; Soeters, Musango, et Meessen 2005). En fait, ce sont ces résultats qui ont convaincu le gouvernement de s'atteler à la mise à l'échelle du FBP dans tout le pays (Logie, Rowson, et Ndagije 2008 ; Meessen, Soucat, et Sekabaraga 2011 ; Rusa et Fritsche 2007 ; Rusa et al. 2009 ; Sekabaraga, Diop, et Soucat 2011).

En dépit des effets positifs de l'étude sur les décideurs, certaines critiques ont été émises. Celles-ci mentionnaient entre autres le fait que l'évaluation, qui était basée sur une structure avant-après, n'avait pas utilisé de groupe contrôle, avait été menée par des défenseurs du FBP, et avait souffert de biais de publication (Elridge et Palmer 2009 ; Ireland, Paul, et Dujardin 2011 ; Kalk, Paul, et Grabosch 2010 ; Oxman et Fretheim 2009 ; Witter et al. 2012).

Au Sud Kivu, en République Démocratique du Congo, une étude a démontré que les résultats d'un FBP bien conçu étaient positifs par comparaison aux résultats obtenus dans des zones soutenues par un programme traditionnel (Soeters et al. 2011). L'étude était basée sur une structure avant-après. La conception de ce projet FBP était analogue à l'approche adoptée lors de la mise à l'échelle au Rwanda.

L'évaluation d'impact menée en Ouganda n'a montré aucun résultat

En Ouganda, un projet de contractualisation basée sur la performance active entre 2003 et 2006 a fait l'objet d'une évaluation d'impact (Lundberg, Marek, et Okwero 2007 ; Morgan 2010 ; Ssengooba, McPake, et Palmer 2012). Cette évaluation n'a constaté aucune différence entre les districts bénéficiaires de FBP et les districts de contrôle. Sur les questions de conception et de mise en œuvre du programme, les chercheurs ont tiré les conclusions suivantes :

Ce qui ressort... les principales raisons de l'échec sont... une conception de l'intervention irréaliste, des adaptations irréfléchies prises précipitamment lorsque les inadéquations de la conception ont été mises à jour et une piètre anticipation de la réponse des institutions et des individus à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du processus de changement. Les facteurs clés concernaient essentiellement le sous-financement de l'initiative, la sous-estimation des capacités techniques et institutionnelles nécessaires à une mise en œuvre réussie, la surcharge de travail des équipes de mise en œuvre suscitée par les recherches additionnelles et le manque de considération d'acteurs importants qui influent sur les résultats, mais ne sont pas directement inclus dans le processus de changement (Ssengooba, McPake, et Palmer 2012, 382).

En résumé

Même s'il y a une pléthore de profils de FBP dans les PFR-PRI, les évaluations rigoureuses sont rares. Cependant, deux essais contrôlés randomisés sur des FBP de PFR-PRI ont fait état de résultats contradictoires. L'évaluation du FBP bien conçu du Rwanda a démontré la présence de résultats significatifs alors que l'évaluation du FBP mal conçu ougandais n'a montré aucun résultat. En fait, la conception et la mise en œuvre des FBP restent cruciales dans l'observation de résultats positifs lors de l'évaluation. Cet aspect est abordé plus avant ci-après.

Comment se comparent les données factuelles sur les FBP des pays de l'OCDE

Les données sur les FBP tirées d'évaluations menées dans les pays de l'OCDE sont mixtes. Initialement, il y avait un manque d'évaluations analogues à celles menées dans les PFR-PRI. Cependant, la recherche en matière d'évaluation de FBP dans les pays de l'OCDE a considérablement augmenté au cours des dernières décennies. En termes généraux, deux catégories de recherches peuvent être identifiées : les études sur les programmes FBP (souvent désignés comme « de rémunération de la performance »), qui relient étroitement les paiements aux prestataires et la qualité des soins, et les études sur les programmes dans lesquels les paiements aux prestataires ne sont pas associés à la qualité des soins.

Jusqu'à maintenant, la rémunération des prestataires dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins semble générer des résultats mitigés dans les pays de l'OCDE. Néanmoins, les données émergentes soulignent l'importance de la conception et de la mise en œuvre pour l'atteinte de résultats. La rémunération des prestataires pour l'atteinte d'extraits en termes de services semble effectivement entraîner une prestation de services plus élevée. Cependant, la description

incomplète des différents contextes dans lesquels ces observations ont été faites empêche toute transposition facile de ce type d'information ailleurs.²

Dispositifs de rémunération du prestataire liés à la qualité des soins

La première catégorie de recherche concerne les dispositifs de rémunération du prestataire qui considèrent la qualité des soins, soit les programmes FBP. Les programmes FBP mis en œuvre dans les pays de l'OCDE ont été fréquemment évalués et le nombre d'évaluations augmente sans cesse (Van Herck et al. 2010). Malheureusement, plusieurs de ces évaluations (a) mesurent l'écart avant et après ou (b) fournissent des informations sur le suivi ou les processus. Elles ne donnent pas accès à des données factuelles susceptibles d'orienter les politiques (Gertler et al. 2011). En outre, l'accent sur l'efficacité seule ne permet pas de répondre à la question du *rappor coût efficacité relatif* (Maynard 2012).

Une exploration systématique (jusqu'en juillet 2009) de 108 études d'évaluation de programmes FBP dans les pays de l'OCDE a permis de réunir un corpus important de données factuelles sur l'efficacité médicale et l'équité (Van Herck et al. 2010). Cependant, elles ont mis en lumière moins de données factuelles sur les effets de la coordination, de la continuité, du recadrage sur le patient et du rapport coût efficacité. En outre, l'ampleur des effets variait en fonction des types de conception et du contexte dans lequel les programmes étaient introduits. Dans cette exploration, seulement neuf des 128 études avaient utilisé un processus de randomisation. L'exploration a mis en lumière la relation entre les constats des évaluations et les profils et contextes spécifiques des FBP. Les conseils suivants ont été émis pour l'atteinte de meilleurs résultats (Van Herck et al. 2010) :

- Sélectionner et définir les cibles d'un FBP en fonction de données de référence améliorables.
- Utiliser les indicateurs de processus et de résultats intermédiaires comme mesures cibles.
- Impliquer les parties prenantes et divulguer une information complète et directe sur le programme.
- Mettre en œuvre un FBP uniforme pour tous les payeurs.
- Se concentrer sur l'amélioration de la qualité et l'atteinte de résultats.
- Distribuer des incitations aux individus et au niveau des équipes.

Les résultats mitigés des évaluations (Petersen et al. 2006 ; Rosenthal et Frank 2006 ; Rosenthal et al. 2007) pourraient être attribuables à une conception sous-optimale des programmes FBP (Werner et al. 2011). Une étude portant sur 126 hôpitaux Premier Inc. des États-Unis, a révélé que dans les hôpitaux qui faisaient face à moins de compétition et dans ceux qui étaient mieux financés, l'effet était plus important lorsque l'incitation était plus élevée. Donc, lors de la conception, il faut adapter les incitations au contexte et offrir des incitations plus importantes dans les contextes où les effets prévisibles sont plus faibles (Werner et al. 2011).

Dispositifs de rémunération du prestataire non liés à la qualité des soins

Le second corpus substantiel de recherches concerne les dispositifs de rémunération du prestataire qui ne sont pas liés à la qualité des soins, c'est-à-dire celles qui décrivent la relation entre les modalités de rémunération du prestataire et la quantité (nombre, longueur, fréquence ou type) de services rendus. Une revue récente du Cochrane a examiné l'efficacité des incitations financières sur le comportement des prestataires (Flodgren et al. 2011). Dans cette étude sur les modalités de paiement des prestataires dans les pays à revenu élevé, les incitations financières ont été réparties en cinq catégories :

- Rémunération pour un travail effectué au cours d'une période de temps spécifié.
- Rémunération de chaque service, épisode ou consultation.
- Rémunération de la prestation de soins auprès d'un patient ou d'une population spécifique.
- Rémunération d'une prestation à un niveau pré-spécifié ou d'un changement dans une activité ou la qualité des soins.
- Méthodes mixtes.

Le paiement pour un travail effectué au cours d'une période spécifiée (salaire) ne s'est généralement pas révélé très efficace. Tous les autres dispositifs d'incitation ont montré des résultats positifs, mais les méthodes mixtes ont entraîné des résultats mitigés.

Les incitations financières se sont généralement montrées efficaces sur les aspects suivants :

- amélioration des processus de soins ;
- amélioration des références et admissions ;
- amélioration en matière de coûts associés aux prescriptions.

Les incitations financières se sont montrées généralement inefficaces sur les aspects suivants :

- amélioration du respect des directives.

La revue affirme que : « Dans la majorité des études, l'intervention de comparaison n'était pas clairement circonscrite, ce qui compromettait la capacité du lecteur à comprendre le contexte dans lequel l'étude avait été menée et par conséquent comment ses conclusions pourraient s'appliquer à un autre contexte. » (Flodgren et al. 2011, 11).

En résumé

La rémunération des prestataires sur la base des extrants entraîne une augmentation de la quantité des services rendus. Une documentation plus précise sur le contexte dans lequel ce type de rémunération du prestataire est évalué est importante pour l'applicabilité des constats de l'évaluation à d'autres contextes.

Comment résoudre les problèmes liés à une faible conception générale des évaluations

La faiblesse de la conception des évaluations et le manque de disponibilité générale d'évaluations dans les PFR-PRI entraînent une insuffisance de données factuelles solides sur l'efficacité des FBP. Les évaluations de programmes appartiennent généralement à deux catégories : suivi ; évaluation (voir Encadré 17.1). Les évaluations peuvent être de trois types (Gertler *et al.* 2011 ; Imas and Rist 2009) :

- Suivi
 - Le suivi des résultats examine les intrants, les extrants et les résultats d'un projet ou programme.
- Évaluation
 - Questions descriptives utilisées lors des entrevues avec les parties prenantes pour évaluer une situation et les processus organisationnels ainsi que pour décrire les processus utilisés.
 - Questions normatives utilisées pour analyser la situation, la comparer avec les attentes et évaluer si les cibles ont été atteintes.
 - Questions de cause à effet utilisées pour examiner les résultats. Ces dernières tentent d'évaluer la différence dans les résultats attribuables à l'intervention. Les évaluations d'impact font partie de cette catégorie.

ENCADRÉ 17.1

Tendances très positives dans les FBP : le cas des services de planification familiale au Rwanda

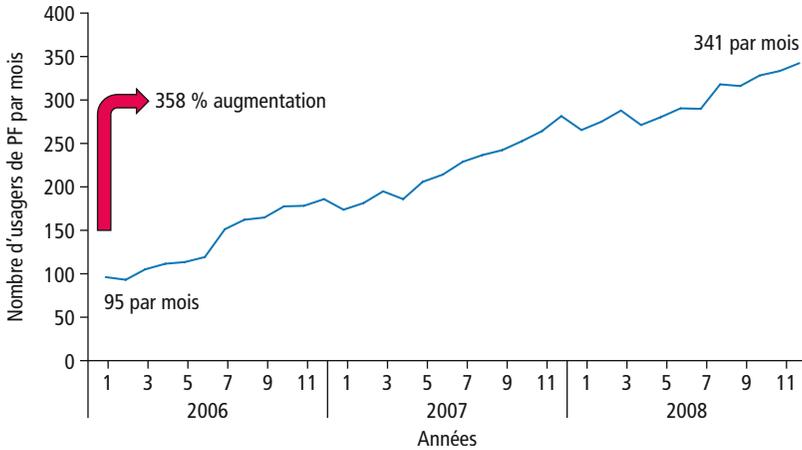
Au Rwanda, le FBP a été mis à l'échelle en 2006 à la suite d'une période d'intervention pilote. La planification familiale (PF) faisait partie des services achetés par le FBP. Trois des 24 services achetés concernaient la PF : nouvelle utilisatrice d'une méthode de PF moderne ; utilisatrice existante d'une méthode de PF moderne ; et usager VIH+ (positif au virus d'immunodéficience humaine) ayant adopté une méthode de PF moderne. L'enquête démographique et de santé (EDS) de 2005 a constaté une adoption de 10 %, toutes méthodes combinées. Au cours du suivi des résultats du FBP entre 2006 et 2008, on a pu observer un accroissement rapide des services (voir Figure B17.1.1). Une mini EDS a constaté en 2007 que l'utilisation de la PF avait augmenté à 27 %.

Même si les chiffres relatifs aux 23 districts FBP ont démontré des variations importantes en termes de résultats absolus et relatifs suite aux services de PF, les promoteurs du FBP ont été très impressionnés par l'augmentation moyenne et s'attendaient à voir ce résultat mentionné à l'impact d'évaluation. Cela ne s'est pas produit. L'évaluation d'impact n'a pu démontrer aucune différence statistique entre les districts FBP et le district de contrôle (Basinga *et al.* 2011). Une augmentation moyenne dans l'utilisation des services

(Suite de l'encadré page suivante)

de PF s'était produite de façon similaire dans l'ensemble du pays. Alors, si le FBP n'avait pas entraîné l'augmentation de l'utilisation des services de PF, qu'elle en était la cause ?

Figure 17.1.1 Nombre moyen d'utilisateurs utilisant une méthode de PF moderne dans un établissement de santé FBP, 2006-08



Source : Banque mondiale, à partir de la base de données du financement basé sur la performance du Rwanda.
Note : PF = Planification familiale ; FBP = Financement basé sur la performance.

Le cas rapporté à l'Encadré 17.1 sur la planification familiale au Rwanda démontre que le fait de se fier uniquement à l'information tirée du suivi des districts FBP avait mené à conclure que le FBP était à la source de cette forte augmentation. Cependant, l'évaluation d'impact n'a pu établir de distinction entre les augmentations du taux de prévalence contraceptive dans les districts de traitement et de contrôle. Il semble donc que le FBP n'ait eu aucun effet sur l'utilisation des services de planification familiale au cours de la phase de mise à l'échelle du FBP du Rwanda. Ce constat signifie-t-il que le FBP ne devrait pas être utilisé pour les services de planification familiale (parce que l'évaluation d'impact rwandaise n'a pu déceler aucun effet apparent) ? Cette « sagesse » devrait-elle s'appliquer à d'autres contextes ? Pas vraiment.

D'autres types d'évaluation auraient pu révéler qu'à ce moment, les maires de district exerçaient de fortes pressions sur les responsables des établissements de santé des districts de contrôle et de traitement pour l'obtention de résultats en matière de PF. Les maires de district, déjà chargés de l'atteinte de quelque 80 autres cibles de développement sectoriel, subissaient pour leur part des pressions du Président pour l'atteinte de résultats spécifiques en matière de planification familiale, pressions qu'ils ont reportées sur les responsables d'établissements. Plusieurs histoires circulent à propos de responsables de districts de contrôle qui auraient téléphoné à leurs collègues des districts de traitement et posé des questions sur les outils utilisés pour mesurer la performance et rendre les travailleurs de santé plus performants. Les paiements monétaires non conditionnels reçus

chaque trimestre par les établissements du groupe de contrôle se sont donc vu conditionnés à l'atteinte de résultats en matière de performance. Une recherche qualitative par discussions en groupe aurait renseigné les résultats de l'évaluation d'impact et aurait fourni une information contextuelle qui aurait permis d'expliquer pourquoi certaines méthodes avaient fonctionné alors que d'autres, apparemment pas. Pour cette raison, un grand nombre d'évaluations d'impact rigoureuses ont été financées par le Fonds fiduciaire pour des résultats innovants en santé ; en 2013, 15 évaluations de ce type avaient été menées et leur nombre croît toujours. Ces évaluations d'impact contribueront considérablement au corpus des données factuelles sur ces approches grâce à un mélange de différentes évaluations : aux côtés de méthodes quantitatives, il faut mentionner les méthodes qualitatives, les évaluations de processus, etc.

En résumé

Le recours à des méthodes mixtes, c'est-à-dire à une combinaison de techniques quantitatives (par exemple évaluation d'impact) et qualitatives (par exemple groupes de discussions) aurait permis d'expliquer pourquoi il n'y avait aucune différence entre les groupes de traitement et de contrôle en matière de services de planification familiale (Tashakkori et Teddlie 2003).

Comment composer avec le fait que les évaluations d'impact rigoureuses sont souvent difficiles à mener dans la pratique

Les évaluations d'impact rigoureuses sont difficiles à réaliser. Des ressources techniques et financières importantes sont nécessaires. Dans un ouvrage récent, Gertler et *al.* (2011) décrivent les évaluations d'impact plus en détail. On trouvera dans la Boîte à outils portant sur l'évaluation d'impact, que la Banque mondiale a récemment publiée, des conseils et des outils fort utiles.⁴

Pourquoi il est difficile de faire des recherches sur les programmes FBP

Les programmes FBP sont des interventions systémiques (de Savigny et Adam 2009 ; von Bertalanffy 1969). Leur nature de réforme systémique demande l'application d'une large gamme de techniques de suivi et évaluation, qui utilisent une combinaison de méthodes à la fois quantitatives et qualitatives (Alexander et Hearld 2012 ; Meessen et *al.* 2012). Dans les interventions systémiques, plusieurs variables opèrent simultanément. Elles travaillent ensemble à l'atteinte d'une gamme d'effets désirés et la recherche sur bon nombre de ces variables n'est pas facile.

Les activités d'une intervention peuvent également interférer entre elles. Considérons par exemple le cas rwandais de la planification familiale abordé ci-dessus. L'influence des accords de performance du Président sur le comportement des responsables des établissements de santé dans les districts de contrôle au cours de l'évaluation d'impact n'avait pas été prévu. Est-il alors correct de conclure – sur la base d'une absence d'effet du FBP sur les services de planification familiale au Rwanda au cours de 2006-2008 – que ce résultat sera le même

dans d'autres pays ? Non. En fait, plusieurs autres évaluations indiquent que les FBP ont un effet réel sur les services de planification familiale.

17.3 Les programmes FBP des pays à revenu faible et intermédiaire et de l'OCDE présentent à la fois des différences et des similitudes

Même si les FBP des PFR-PRI diffèrent de ceux des pays de l'OCDE sur certains aspects importants, ils présentent également certaines similitudes. Les résultats des évaluations ne peuvent pas, cependant, être extrapolés directement des pays de l'OCDE aux PFR-PRI. Les sections suivantes expliqueront en quoi les programmes des PFR-PRI et de l'OCDE sont différents, en quoi ils sont similaires et ce que les PFR-PRI peuvent apprendre des approches FBP des pays de l'OCDE.

Différences entre les programmes FBP dans les PFR-PRI et dans les pays de l'OCDE

Les programmes FBP des PFR-PRI et des pays de l'OCDE diffèrent sur les aspects suivants :

- Couverture des services essentiels de santé.
- Qualité de référence des services.
- Stratégies de compensation des travailleurs de santé.
- Ampleur du budget.
- Types de programmes FBP.
- Dispositifs institutionnels.

Couverture des services essentiels de santé

La couverture des services essentiels est beaucoup plus faible dans les pays à faible revenu que dans les pays de l'OCDE. Par exemple, dans un pays à faible revenu, l'utilisateur consulte en moyenne un prestataire de santé une fois tous les deux ans ; dans les pays de l'OCDE, l'utilisateur consulte en moyenne un médecin 6,5 fois par an (OECD 2011). Les accouchements en établissement en sont un autre exemple. En Afrique subsaharienne, 40 % des femmes accouchent auprès d'un prestataire qualifié alors que dans les pays de l'OCDE, ce taux est proche de 100 %. Ainsi, alors qu'il y a sous-consommation des services de santé dans les pays à faible revenu, il y a surconsommation dans les pays de l'OCDE. Il s'agit de l'une des principales raisons expliquant pourquoi les programmes FBP mis en œuvre dans les PFR-PRI incitent à la prestation de services (OECD 2010). La stimulation de la prestation de services préventifs – un élément clé des approches FBP dans les PFR-PRI – est également une caractéristique courante de plusieurs programmes de santé des pays de l'OCDE (Xingzhu et O'Dougherty 2004).

Qualité de référence des services

La qualité des services de santé dans les PFR-PRI est très faible comparativement à celle des pays de l'OCDE. Les PFR-PRI font face à la fois à une faible couverture

et à une piètre qualité des services de santé (Berendes et *al.* 2011 ; Das 2011). La qualité des soins représente également un défi dans les pays de l'OCDE (IOM 2001 ; Kohn, Corrigan, et Donaldson 2000). Cependant, le pire établissement de santé d'un pays de l'OCDE obtiendrait probablement un meilleur score que le meilleur établissement de santé d'un PFR-PRI.

La qualité de référence diffère et les problèmes auxquels font face les établissements de santé des PFR-PRI sont différents. Par exemple, les établissements de santé des PFR-PRI souffrent souvent d'un manque d'équipements de base, doivent composer avec une infrastructure déficiente, ont des problèmes d'eau et d'assainissement et ne disposent pas des produits de base nécessaires une hygiène adéquate. Tous ces intrants de base sont communément disponibles dans les établissements de santé des pays de l'OCDE.

Par conséquent, les problèmes de qualité auxquels sont confrontés les systèmes de santé des PFR-PRI et de l'OCDE relèvent de différentes catégories et sont difficiles à comparer, un phénomène connu comme le « problème catégoriel » (Ryle 1949). Par conséquent, les programmes FBP des PFR-PRI utilisent des mesures différentes de celles des pays de l'OCDE. Ces instruments uniques exploitent des dimensions différentes de la qualité (Donabedian 2005). Par exemple, les dimensions considérées dans les PFR-PRI portent sur les aspects structurels de la qualité et les éléments de l'interaction patient-prestataire qui peuvent être saisis à travers différents documents.

Stratégies de compensation des travailleurs de santé

Outre la faiblesse de la couverture et les problèmes de qualité, les PFR-PRI doivent transiger avec des travailleurs de santé qui reçoivent un maigre salaire et compensent à l'aide de mécanismes qui leur permettent de défrayer leurs dépenses quotidiennes. Les stratégies de compensation des travailleurs de santé des PFR-PRI sont importantes et omniprésentes ; leur type comme leur forme sont rares dans les pays de l'OCDE. Les mécanismes de compensation tels que l'absentéisme, le travail au noir, la double pratique, l'acceptation de paiements informels ou de cadeaux et le détournement de médicaments ont envahi les systèmes de santé des PFR-PRI (Van Lerberghe et *al.* 2002). Cette situation est très différente de celle des pays de l'OCDE où les travailleurs de santé peuvent satisfaire leurs besoins essentiels. Plusieurs théories appuient l'observation voulant qu'un paiement insuffisant à la satisfaction des besoins de base conduise à moins d'efforts de travail – de la pyramide des besoins de Maslow (1943) à la théorie de l'équité salariale d'Akerlof (1982) et à la théorie de la motivation – hygiène de Herzberg (1968).

Ampleur du budget

Sous forme de pourcentage, le budget d'un FBP dans un PFR-PRI est élevé comparativement à un programme similaire d'un pays de l'OCDE. La correction du besoin d'adoption de mesures compensatoires par un travailleur de santé demande la disposition d'un budget FBP relativement important. Alors que dans les pays de l'OCDE un programme de rémunération de la performance pourrait se traduire en financements additionnels d'un maximum de 5 % (OECD 2010)⁵,

ce montant additionnel correspondrait davantage à 30 à 40 % dans un PFR-PRI. Les programmes FBP des PFR-PRI tentent de combler un écart important à l'aide du financement de primes élevées aux travailleurs de santé et de l'allocation de sommes substantielles à l'acquisition d'équipements de base et de médicaments manquants, à la réparation des équipements sanitaires de base, etc. Il est connu que la taille des incitations est positivement corrélée aux résultats (Miller et Babiarz 2013).

Types de programme FBP

Les objectifs fondamentaux des programmes FBP dans les PFR-PRI diffèrent de ceux des pays de l'OCDE. Tout d'abord, les FBP mis en œuvre dans les PFR-PRI ont pour objectif essentiel de verser aux établissements de santé des sommes supplémentaires afin qu'ils puissent payer des primes aux travailleurs de santé et financer l'infrastructure, l'équipement et les médicaments nécessaires.⁶ En revanche, les pays de l'OCDE poursuivent un objectif différent. Ici, les programmes de rémunération de la performance sont axés sur des objectifs de qualité et de contrôle des coûts (Maynard 2012). La large gamme d'approches FBP dans les pays de l'OCDE a été désignée sous l'intitulé « paiement à la performance » ou P4P (*pay for performance*). En revanche, les FBP des PFR-PRI sont fondamentalement comparables l'un à l'autre : ils augmentent la quantité des services (à travers un dispositif de tarification de la prestation) et la qualité (à travers une carte de pointage équilibrée qui permet l'ajustement du paiement en fonction de la qualité). Parallèlement, les FBP des pays de l'OCDE augmentent la qualité (par des moyens différents) en espérant que cela conduira à une maîtrise des coûts et à la génération d'économies à moyen terme.⁷

En résumé

Les FBP des PFR-PRI et des pays de l'OCDE présentent des différences significatives. Celles-ci rendent les conclusions des évaluations des FBP des pays de l'OCDE difficilement applicables aux PFR-PRI

Similarités

Même si les programmes FBP des PFR-PRI et des pays de l'OCDE présentent des différences importantes, ils ont également un certain nombre de similitudes. Celles-ci sont particulièrement claires lorsque l'on procède à une analogie entre les programmes FBP des PFR-PRI et les dispositifs de paiement du prestataire et réformes de la santé des pays de l'OCDE. Les éléments suivants des systèmes de santé des pays de l'OCDE présentent certains parallèles avec les programmes FBP des PFR-PRI.

Rémunération à l'acte

Le fait de rémunérer un prestataire à l'acte entraîne davantage de services. En effet, le versement de tarifs pour chaque service rendu incite à une augmentation de la prestation (Averill et al. 2010 ; Chaix-Couturier et al. 2000 ; Flodgren et al. 2011 ; Jegers et al. 2002 ; Langenbrunner, Cashin, et O'Dougherty 2009). Ce phénomène a également été décrit dans les PFR-PRI (Lagarde et Palmer 2008).

En d'autres termes, les paiements basés sur les résultats (tels que la rémunération à l'acte, le paiement sur la base d'un cas spécifique et les groupes de diagnostics connexes) peuvent augmenter la prestation de services. Ces modalités sont très analogues à celles des FBP des PFR-PRI voulant que les prestataires soient rémunérés à l'acte conditionnellement à la qualité (Basinga et al. 2011 ; de Walque et al. 2013 ; Gertler et Vermeersch 2012).

Dissociation acheteur-prestataire

La dissociation acheteur-prestataire dans les pays de l'OCDE et dans les républiques de l'ex Union soviétique est identique à la séparation des fonctions des FBP mis en œuvre dans les PFR-PRI. L'acheteur verse au prestataire une rémunération à l'acte. La séparation acheteur-prestataire crée un marché des services de santé dans lequel l'acheteur est dissocié du prestataire (Langenbrunner, Cashin, et O'Dougherty 2009). Cette dissociation acheteur-prestataire a été la pierre angulaire des réformes de santé menées dans les pays de l'OCDE et les républiques de l'ex Union soviétique (Busse et al. 2005). De façon similaire, les réformes de la santé induites par le FBP introduisent une séparation des fonctions en dissociant l'achat de services, leur prestation et de leur régulation (voir Chapitre 2) (Bertone et Meessen 2010).

Réformes de la santé et réformes du marché

Les réformes de la santé induites par les FBP sont analogues aux réformes du marché interne ou quasi-marché des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Les réformes instituées par les FBP introduisent les forces du marché dans les systèmes de santé gérés au niveau central des PFR-PRI (Meessen, Soucat, et Sekabaraga 2011). Ces réformes sont semblables à celles mises en place au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande en vertu du principe de Nouvelle Gestion Publique (Le Grand 2003 ; Le Grand et Bartlett 1993). Les réformes du marché intérieur avaient pour objectifs avoués une meilleure répartition des soins de santé et une amélioration de l'efficacité (Busse et al. 2005 ; Enthoven 1991). Comme dans les pays de l'OCDE, les réformes de santé induites par un FBP dans les PFR-PRI visent à améliorer l'efficacité de l'allocation – en acheminant les ressources existantes du niveau macro aux plus bas niveaux de la pyramide sanitaire – et à améliorer l'efficacité technique de l'établissement de santé.

Achat stratégique

Au plan conceptuel, l'achat de paquets de services de santé de base et complémentaires à travers un FBP dans les PFR-PRI est tout à fait identique à l'achat stratégique pratiqué dans les pays de l'OCDE. L'achat de services demande que ces derniers soient définis, qu'un tarif leur soit associé et que les paquets de services soient explicites. Alors que l'achat passif fait référence au paiement de la facture transmise par les prestataires, l'achat stratégique identifie de façon active ce qui doit être acheté, par qui et pour quel montant (OMS 2000). Les FBP des PFR-PRI définissent clairement les services achetés et les montants à verser pour chacun de ces services. En outre, ces FBP permettent un suivi du processus d'achat (combien de services sont achetés et par qui) et autorisent les acheteurs

à modifier régulièrement la tarification des services sur la base des réalités budgétaires ou de choix stratégiques.

Dépendance au chemin emprunté

La dépendance au chemin emprunté, un phénomène bien connu des réformes de santé dans les pays de l'OCDE, s'applique également aux réformes induites par les FBP des PFR-PRI. Dans une dépendance au chemin emprunté, ce qui a été fait dans le passé détermine ce qui sera probablement fait à l'avenir. Ainsi, la façon dont les services de santé ont été organisés, financés et testés dans le passé détermine dans une large mesure les choix préférentiels des systèmes de santé nationaux (Walt 1994). Ce phénomène, qui est bien connu des ouvrages portant sur la réforme de la santé dans les pays de l'OCDE (Busse et al. 2005 ; Figueras, Robinson, et Jakubowski 2005), explique pourquoi, dans certains pays, les réformes de santé induites par un FBP sont facilement adoptées alors que dans d'autres, ces mêmes réformes présentent des difficultés d'adoption et semblent échouer. Outre les préférences pour une certaine façon de faire, certaines parties prenantes puissantes ont développé des intérêts personnels majeurs qu'il est très difficile de contrer (par exemple, *Obama care*). En fait, la dépendance au chemin emprunté est l'une des raisons pour lesquelles il est important d'introduire les réformes du FBP, tout d'abord à travers une intervention pilote bien conçue et bien mise en œuvre, et ensuite seulement à travers sa mise à l'échelle (voir Chapitre 16). Un FBP pilote permet aux intervenants locaux de se manifester, d'apprendre sur le FBP, de l'adapter à leur contexte et de faire la preuve de ses résultats auprès des décideurs. L'influence de la dépendance au chemin emprunté est un aspect clé des réformes induites par le FBP.

En résumé

Malgré la présence de différences importantes entre les FBP des PFR-PRI et des pays de l'OCDE, certaines similitudes existent. Celles-ci concernent essentiellement les réformes du marché intérieur, la dépendance au chemin emprunté, la séparation acheteur-prestataire, l'achat stratégique et l'influence de la rémunération à l'acte sur le comportement du prestataire. Les décideurs des PFR-PRI doivent prendre en considération ces similitudes lors de l'élaboration d'un FBP.

Ce que les PFR-PRI peuvent apprendre des pays de l'OCDE

Les FBP des pays de l'OCDE peuvent surtout renseigner les FBP des PFR-PRI dans deux domaines : les maladies non transmissibles et la vérification basée sur les systèmes d'information sanitaire.

Les PFR-PRI font face à un fardeau croissant de maladies non transmissibles et, dans certains cas, au double fardeau des maladies infectieuses et de la croissance des maladies non transmissibles (OMS 2011). Puisque les options de traitement pour les maladies cardiovasculaires sont limitées (en raison du coût de la technologie médicale), l'accent devra être mis sur la prévention. L'introduction dans les FBP d'indicateurs de mesure qualitative et quantitative des maladies non transmissibles profiterait au système de santé des PFR-PRI. Le « comment

faire » pourrait être tiré de systèmes plus avancés tels que le Cadre de qualité et de résultats du Royaume-Uni qui, avec quelques années d'expérimentation seulement, a acquis une expérience précieuse dans ce domaine.

Le second domaine dans lequel les PFR-PRI peuvent apprendre des pays de l'OCDE concerne les solutions apportées par les technologies de la communication et de l'information (TCI). Les FBP plus avancés des PFR-PRI utilisent des systèmes de données avec application Internet et incorporent de façon croissante l'utilisation de la téléphonie mobile dans la conduite de la vérification et de tâches administratives. Ces systèmes relient l'administration sous format papier de l'établissement de santé à une base de données Internet de district et nationale. Au fur et à mesure que l'administration des soins de santé dans les PFR-PRI passera d'une gestion des données au format papier à une gestion électronique, il y aura davantage d'opportunités d'utilisation des TCI modernes par les FBP.

17.4 Pour être réussis, les programmes FBP doivent avoir été bien conçus et être mis en œuvre de façon appropriée

Une conception et une mise en œuvre adéquates sont essentielles à l'obtention de bons résultats par les FBP. Comme nous l'avons souligné, les résultats des évaluations FBP dans les PFR-PRI et dans les pays de l'OCDE démontrent que dans les deux contextes, les programmes mieux conçus et mieux mis en œuvre présentent de meilleurs résultats (voir Encadré 17.2).

Après plusieurs années d'essai-erreur, les FBP ont évolué vers l'adoption d'un certain profil et de caractéristiques particulières de mise en œuvre. Le Tableau 17.1 résume ces caractéristiques et explique leur importance pour la performance du système de santé. Le chapitre de la Boîte à outils dans lequel ces caractéristiques sont expliquées en détail est mentionné pour davantage d'informations.

ENCADRÉ 17.2

Les différentes façons d'améliorer la performance des systèmes de santé

Il y a plusieurs façons d'améliorer la performance des systèmes de santé des PFR-PRI mais aucune solution facile ne permet d'atteindre des résultats. Les FBP qui combinent différentes approches réussies en une seule ont fait preuve de résultats prometteurs. Ces FBP reposent à la fois sur des effets observationnels et incitatifs ; c'est-à-dire qu'ils utilisent une combinaison d'effets causals. En outre, ces programmes introduisent et sont fondés sur des réformes de plus grande ampleur, notamment en matière d'autonomie des établissements de santé et de ressources humaines ainsi que sur des interventions qui repoussent les obstacles à la demande en soins de santé par la population.

Tableau 17.1 Caractéristiques de conception et de mise en œuvre liées à des résultats améliorés

Caractéristiques	Informations détaillées	Chapitre de la Boîte à outils
Paquets de prestations bien équilibrés à tous les niveaux	Il y a un minimum de 15 à 25 services à chaque niveau : centres de santé, niveau communautaire et hôpital de première référence.	Chapitre 1
Vérification rigoureuse des résultats	Une combinaison de vérifications <i>ex ante</i> et <i>ex post</i> est utilisée.	Chapitre 2
Séparation des fonctions	La séparation des fonctions de régulateur, de prestataire et d'acheteur permet d'améliorer la redevabilité et la crédibilité des résultats.	Chapitre 2
Utilisation d'enquêtes de satisfaction des usagers communautaires pour collecter des informations auprès des usagers et recueillir leur opinion	La rétroaction sur l'utilisation des services est assurée et l'opinion de la population est recueillie.	Chapitre 2
Utilisation d'une <i>check-list</i> de la qualité (carte de pointage équilibrée) dont les résultats sont liés aux paiements	Une combinaison complète de mesures structurales et de processus permet une vision équilibrée de la qualité. La <i>check-list</i> de la qualité est appliquée par l'administration du district sanitaire ou provinciale (fonction de régulation). Les autres résultats incluent les effets observationnels et de supervision et l'amélioration de l'efficacité technique.	Chapitre 3
Utilisation d'un dispositif de paiement du prestataire basé sur la rémunération à l'acte	La rémunération à l'acte est basée sur les données factuelles. Ceci rend la mesure des extrants plus facile et relie les efforts à la récompense.	Chapitre 4
Achat stratégique avec un accent sur les services de prévention sous-assurés et sous-utilisés	Les tarifs sont ouverts au niveau micro (établissement de santé), où l'argent suit les efforts alors que le budget est fermé au niveau macro, ce qui favorise le contrôle des coûts. Les tarifs sont adaptés en fonction des résultats (ce qui est souhaité) et du budget disponible (utilisation de l'effet de levier de certains services – forte quantité de services par exemple curatifs – pour respecter le budget au niveau macro). Les TCI permettent la gestion des primes des établissements de santé individuels sur une base trimestrielle.	Chapitre 4
Primes individuelles et revenus totaux significatifs et régulièrement versés	Les revenus provenant du FBP et d'autres sources doivent être suffisants pour : (a) verser aux personnels des primes mensuelles significatives et recruter le personnel additionnel si nécessaire ; et (b) payer les frais récurrents hors salaires.	Chapitre 4
Mettre davantage d'argent dans les services à meilleur rapport coût-efficacité	Les 2/3 de l'argent sont acheminés au niveau communautaire ou de l'établissement de santé et le tiers restant va aux hôpitaux de première référence. L'amélioration de l'efficacité de l'allocation est effective (reprogrammation des sommes disponibles vers les services de première ligne).	Chapitre 4
Équité	Il existe différents instruments d'équité : (a) acheminer davantage de fonds aux zones démunies (pré-allocation du budget global) ; (b) allouer davantage de budgets aux établissements de santé démunis (tarifs plus élevés) ; (c) rémunérer davantage les services utilisés par les indigents.	Chapitre 5

Caractéristiques	Informations détaillées	Chapitre de la Boîte à outils
Autonomie	Les droits décisionnels des établissements de santé incluent l'acquisition de leurs médicaments et autres intrants, la disponibilité d'un compte bancaire et la prise de décision sur leurs revenus. Le recrutement et le renvoi du personnel restent une condition optimale.	Chapitre 6
Comité de gestion de l'établissement de santé	Le comité améliore le droit décisionnel des établissements de santé locaux tout en introduisant la population locale aux dispositifs de supervision et de gouvernance.	Chapitre 6
Gestion financière et paiements	Un cycle de paiement trimestriel peut être combiné au versement mensuel des primes aux employés. L'outil d'indice aide à la gestion des revenus monétaires de façon holistique et à la gestion du paiement des primes.	Chapitre 7
Cadre de performance pour le régulateur	L'administration du district sanitaire, provinciale et parfois nationale est tenue responsable des tâches qui sont sous son contrôle.	Chapitre 8
Unité d'amélioration de la qualité et unités d'investissement	Négociées à travers le plan d'affaires, les unités d'investissement et d'amélioration de la qualité fournissent à l'établissement de santé les moyens d'améliorer sa qualité.	Chapitre 9
Outils de gestion de l'établissement de santé	Les outils incluent le plan d'affaires, l'outil d'indice et l'évaluation mensuelle de la performance individuelle.	Chapitres 7 (outil d'indice) et 10 (plan d'affaires et évaluation de la performance individuelle)
Encadrement et assistance technique	L'encadrement et l'assistance technique sont essentiels et impliquent généralement l'agent d'achat.	Chapitre 14
Comité de pilotage FBP de district	Le comité assure la gouvernance au niveau décentralisé, relie la performance du système de santé à l'administration sanitaire et fournit une plateforme au sein de laquelle le gouvernement et les communautés locales peuvent discuter de la performance du système de santé.	Chapitre 11
Applications Internet avec portail public	L'application donne accès aux données à tous les niveaux, permet l'achat stratégique et améliore la redevabilité publique sur la performance.	Chapitres 11, 12, et 13
Coordination	La coordination s'effectue entre l'assistance technique et le gouvernement ; elle concerne le soutien et l'amélioration de la performance du système.	Chapitre 14
Renforcement des capacités	Il y a renforcement du système au niveau de l'établissement de santé, du district et national.	Chapitre 14

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : TCI = Technologies de l'information et de la communication ; PBF = Financement basé sur la performance.

La plupart des FBP réunissent les caractéristiques mentionnées au Tableau 17.1. En outre, les FBP évoluent continuellement à partir des enseignements tirés, on peut donc s'attendre à ce que leur conception et mise en œuvre évoluent également. Même si les FBP ne rencontrent pas pleinement toutes les caractéristiques du

Tableau 17.1, ils peuvent tout de même obtenir des résultats. Le Tableau 17.2 donne certains exemples du type d'effet attendu lorsque certains aspects des caractéristiques de conception et de mise en œuvre sont modifiés.

Tableau 17.2 Effets potentiels d'une faible conception et mise en œuvre

Conception et mise en œuvre recommandées	Conception et mise en œuvre adoptées	Effets potentiels d'une faible conception et mise en œuvre
Paquets rémunérés bien équilibrés à tous les niveaux	Moins de 15 services dans le paquet rémunéré ; un seul niveau couvert	Accent sur certains services au détriment d'autres ; liens moins importants entre le centre de santé et l'hôpital
Vérification rigoureuse des résultats	Vérification <i>ex ante</i> mal exécutée et aucune vérification <i>ex post</i>	Augmentation du nombre de patients fantômes ; manque de confiance dans les résultats
Séparation des fonctions	La séparation des fonctions n'est pas bien appliquée ; le régulateur et l'acheteur sont trop proches du prestataire	Diminution de la confiance dans les résultats rapportés ; déclin dans la pérennité en raison de financements moins importants (financements à la fois internes et des partenaires au développement)
Utilisation d'enquêtes de satisfaction des usagers communautaires pour collecter des informations auprès des usagers et recueillir leur opinion	Aucune enquête de satisfaction des usagers communautaires	Manque de confiance dans les résultats ; augmentation du nombre de patients fantômes ; aucune rétroaction sur la perception des usagers face aux services rendus
Utilisation d'une <i>check-list</i> de la qualité (carte de pointage équilibrée) dont les résultats sont liés aux paiements	Mesure simple de la qualité comprenant des indicateurs uniques ; aucune mesure de la qualité utilisée en remplacement d'une <i>check-list</i> complète de la qualité	Augmentation de la quantité combinée à un accroissement moindre de la qualité, à aucun accroissement de la qualité ou même à sa diminution
Utilisation d'un dispositif de paiement du prestataire basé sur la rémunération à l'acte	Achat de points de pourcentage pour augmentation de la couverture de services sélectionnés au lieu d'une rémunération à l'acte	Faible accent sur certains services ; problèmes avec la population de couverture (dénominateur) ; données de référence non fiables ; pénalités sur les fortes performances ; conflits dans l'évaluation de la performance ; cycles de paiement longs
Achat stratégique avec un accent sur les services de prévention sous-assurés et sous-utilisés	Tarif fixé pour une période de temps prolongée ; aucune capacité d'analyse des dépenses en raison d'un manque de TCI appropriées ; accent sur le remboursement de soins curatifs	Aucune capacité à renégocier les tarifs en cas de prévisions erronées ; aucune habilité à suivre la dépense budgétaire ; accent sur le remboursement de soins curatifs qui mène à une sous-prestation de services préventifs
Primes individuelles et revenus totaux significatifs et régulièrement versés	Revenus du FBP et d'autres sources insuffisants pour : (a) verser aux personnels des primes mensuelles substantielles et recruter du personnel additionnel si nécessaire et ; (b) assumer les frais récurrents hors salaires	Paiement de petites primes insuffisantes au renoncement par les personnels de leurs mécanismes de compensation ; fonds insuffisants pour l'acquisition de médicaments, de consommables médicaux ; équipements pour les réparations mineures, ce qui entraîne une production de moindre quantité et qualité
Mettre davantage d'argent dans les services à meilleur rapport coût-efficacité	La majorité des fonds va aux services hospitaliers	Le financement de services à moindre rapport coût-efficacité (hôpitaux) au détriment de services à meilleur rapport coût-efficacité
Équité	Aucun outil d'équité utilisé	Les établissements situés dans des zones éloignées luttent pour attirer des personnels qualifiés et offrir des services de qualité ; lorsqu'il y a paiement direct par l'usager, les obstacles d'accès aux services sont plus élevés pour les indigents que pour les moins pauvres

Conception et mise en œuvre recommandées	Conception et mise en œuvre adoptées	Effets potentiels d'une faible conception et mise en œuvre
Autonomie	Très limitée ou aucune autonomie ou encore fonds gérés au niveau supérieur de l'administration (aucun compte bancaire ; aucun bénéfice partagé (aucune prime payée) ; etc.	Rupture fréquente de stock de médicaments ; personnels moins motivés ; moins d'innovations
Comité de gestion de l'établissement de santé	Aucun comité de gestion de l'établissement de santé spécifique ou aucune implication dans la gouvernance locale de l'établissement de santé	Appropriation moins forte par la communauté ; moins de contre-pouvoirs
Gestion financière et paiements	Le cycle de paiement est semestriel ou annuel ; aucun outil d'indice n'est utilisé	Moindre lien entre la performance individuelle et les résultats généraux de la performance ; conflits liés au paiement des primes ; gestion fragmentée des revenus
Cadre de performance pour le régulateur	Aucun cadre de performance pour l'administration sanitaire	Non-application en temps opportun de la <i>check-list</i> de la qualité par l'administration sanitaire ; données incomplètes, ce qui entraîne des difficultés de rémunération de la performance des établissements de santé ; moins de supervision et de formations ou d'encadrement de l'administration de district et provinciale
Unités d'amélioration de la qualité et unités d'investissement	Aucune unité d'amélioration de la qualité et unité d'investissement utilisées	Aucune amélioration de la qualité structurelle, par exemple manque d'équipement ; réparations mineures de l'infrastructure plus lentes ou non effectuées en raison de contraintes financières
Outils de gestion de l'établissement de santé	Aucun plan d'affaires, aucun outil d'indice et aucune évaluation mensuelle de la performance individuelle	L'acheteur est incapable de négocier certaines cibles ; il est plus difficile d'intercepter les aléas moraux du prestataire ; difficultés de gestion holistique des revenus monétaires ; difficultés de distribution des primes à la performance ; conflits chez les personnels
Encadrement et assistance technique	Aucun encadrement des gestionnaires de l'établissement de santé ; aucune ou très peu d'assistance technique aux établissements de santé et aux administrations du district sanitaire	Au niveau de l'établissement de santé, moindre performance attribuable à moins de stratégies avancées ; au niveau du district, moins de développement des capacités d'analyse de la performance et moins de capacités à soutenir l'amélioration de la performance des établissements de santé
Comité de pilotage FBP de district	Aucun comité de pilotage FBP de district	Moins d'appropriation par le gouvernement du FBP ; aucune mise à niveau des capacités d'administration en santé ; moins d'apports par la communauté locale dans la gouvernance et le système public de santé
Applications Internet avec portail public	Base de données fixe ou outils de gestion Microsoft Excel	Aucun accès public aux données ou aux informations financières ; beaucoup moins de disponibilité des données pour la prise d'actions
Coordination	Faible ou aucune coordination entre le gouvernement et les agences d'assistance technique	Assistance technique moins disponible ; fragmentation du système de santé potentiellement plus élevée ; moins de soutien par les partenaires au développement qu'attendu
Renforcement des capacités	Aucun ou très peu de renforcement des capacités	Résultats sur la performance qualitative et quantitative moins bons qu'on aurait pu s'y attendre

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : FBP = Financement basé sur la performance.

17.5 Questions fréquemment posées

Les FBP sont nouveaux pour de nombreux gouvernements et constituent une nouvelle façon de faire des affaires. L'atteinte de résultats à travers le financement d'extrants diffère du financement d'intrants (salaires, équipements, formations, etc.). Les questions les plus fréquemment posées lors de la transition vers un FBP et leurs réponses sont présentées au Tableau 17.3.

Tableau 17.3 Questions fréquemment posées et réponses correspondantes

Question	Réponse
1 Le FBP et les autres dispositifs basés sur l'incitation sont-ils efficaces ?	Le FBP conduit à davantage de services de santé de meilleure qualité s'il est bien conçu et bien mis en œuvre. Lorsqu'un FBP n'est pas bien conçu ou bien mis en œuvre, les effets peuvent être moindres (ou absents) ou encore erronés, par exemple la sur-prestation ou la sous-prestation de certains services. Il faudra davantage de données factuelles pour documenter les effets des FBP ; ce type de recherche est de plus en plus fréquent. Voir le Chapitre 17.
2 Même si un FBP est efficace, présente-t-il vraiment un bon rapport coût-efficacité ? Des résultats identiques ou meilleurs peuvent-ils être plus facilement atteints à travers une utilisation différente de ressources additionnelles (comme l'augmentation du salaire des travailleurs de santé ou la distribution de meilleurs équipements) ?	Les recherches bien conçues sur le Rwanda ont constaté que le FBP entraînait des services de santé plus nombreux et de meilleure qualité qu'une simple allocation monétaire plus importante. Cette recherche a également démontré que les enfants habitant à proximité des établissements FBP présentaient un meilleur état nutritionnel que les enfants vivant à proximité d'un établissement de santé non FBP. L'effet du FBP est tellement puissant qu'il affecte l'état de santé des enfants. Pour un même montant d'argent, les résultats ont été meilleurs dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle. Voir le Chapitre 17. Il faudra davantage de recherches sur le rapport coût-efficacité des FBP comparativement aux autres approches de renforcement du système. De nombreuses recherches sur ce sujet sont en planification.
3 Un FBP peut-il empirer les iniquités lorsque les régions riches s'accaparent la majorité des montants ?	Il peut s'agir d'un danger réel si le FBP n'est pas bien conçu ; c'est pourquoi le FBP rémunère davantage les établissements de santé situés dans les zones plus démunies : les établissements de santé situés dans les zones les plus difficiles bénéficient d'une tarification plus élevée des services et reçoivent davantage de revenus du FBP. Ces établissements peuvent alors recruter davantage de personnels. Voir le Chapitre 5.
4 Le FBP facilite-t-il la manipulation du système, notamment : (a) la fraude et l'escroquerie ; (b) la réduction de la qualité des soins afin de maximiser la quantité ; et (c) l'accent sur la prestation de services les plus faciles et qui s'adressent aux populations les plus aisément rejointes ?	La manipulation constitue un danger réel pour un FBP : (a) : il y a conduite de vérifications et de contre-vérifications rigoureuses pour certifier la quantité et la qualité des services. Dans un FBP bien conçu, moins de 5 % des usagers ne peuvent pas être retracés dans la communauté. (b) : les paiements du FBP sont conditionnels à la qualité des services. Le fait de rendre la rémunération conditionnelle à la qualité conduit à un accroissement simultané de la quantité et de la qualité des services. (c) : le FBP suit étroitement l'ampleur des tarifs et la valeur relative de chaque tarif comparativement aux autres. Il suit également de façon rigoureuse le volume et le type de services assurés. En outre, les prestataires des zones les plus démunies reçoivent des tarifs plus élevés pour leurs services et il y a actuellement expérimentation croissante d'une augmentation de la rémunération pour services aux indigents, voir les Chapitres 2, 3, 4, et 5.

Question	Réponse
5 Le FBP détruit-il la motivation intrinsèque et fait-il que les travailleurs de santé ne travaillent qu'en présence d'incitations, ce qui réduit leur professionnalisme ?	Les recherches sur ce sujet portent principalement sur les pays de l'OCDE et les arguments sont ambigus et ne peuvent être appliqués directement aux PFR-PRI. Les FBP utilisent une approche systémique qui ne se contente pas d'utiliser des incitations relativement élevées (puisque les salaires nets sont très bas), mais qui renforce l'autonomie sur l'utilisation des fonds et assure un soutien solide à la gestion. Les recherches effectuées au Rwanda indiquent que les prestataires de santé accomplissaient davantage en présence d'un FBP. Ils restaient davantage dans leur zone d'expertise que ceux qui n'étaient pas régis par un FBP ; les prestataires FBP étaient plus professionnels. La plupart des travailleurs de santé et leurs gestionnaires préfèrent le FBP au système précédent. Voir Chapitre 17.
6 Le FBP entraîne-t-il une distorsion du système de santé conduisant à une détérioration des services non incités ?	Les services non incités pourraient se détériorer, et la menace est réelle si le FBP n'est pas bien conçu ou mis en œuvre. Par conséquent, le FBP achète un paquet équilibré de services à tous les niveaux du système de santé. Il renforce également le rôle de l'administration du district sanitaire afin de s'assurer que le suivi et la supervision de la qualité sont menés régulièrement. Cette tactique aide à éviter de telles distorsions du système de santé. Voir Chapitres 1 et 4.
7 Le FBP n'est-il qu'un moyen de privatiser les services de santé ?	Le FBP introduit les forces du marché dans des systèmes publics de santé rigide en créant un marché intérieur. Ceci diffère d'une privatisation des services de santé et permet au gouvernement de demeurer propriétaire des établissements publics de santé. Cependant, les établissements de santé et leurs communautés se voient accorder plus d'autonomie (et reçoivent plus d'argent) pour une gestion améliorée de leurs services de santé. Les travailleurs de santé deviennent parties prenantes de leur propre établissement, un concept relativement identique à celui de la coopérative. En outre, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif sont également ciblés par le FBP (ce dernier tente de couvrir l'ensemble du réseau de santé et pas uniquement le système public). Voir Chapitre 6.
8 Le FBP n'est-il qu'un autre moyen d'introduire ou de perpétuer la collecte de paiements directs par les usagers ?	Au contraire, les FBP versent aux prestataires une rémunération suffisamment élevée pour leur permettre d'offrir davantage de services et de meilleure qualité. Si les tarifs sont suffisamment élevés (lorsque le budget du FBP le permet), le FBP peut subventionner en partie ou complètement la dépense directe par le patient. Dans ce dernier cas, les paiements directs peuvent être diminués ou carrément abolis. Malheureusement, les budgets publics sont insuffisants au financement de l'ensemble des coûts des soins de santé. Voir le Chapitre 4.
9 Le FBP ne reste-t-il qu'une réforme modeste qui perpétue les systèmes inefficaces, inefficients et inéquitable en place ?	Le FBP implique des réformes importantes, ce qui explique pourquoi il est souvent difficile à mettre en œuvre. Le FBP demande des réformes majeures, justement parce que plusieurs systèmes de santé sont inefficaces, inefficients et inéquitable. Pour qu'un FBP fonctionne bien, il faut des réformes importantes dans (a) l'autonomie ; (b) la gestion des ressources humaines ; (c) l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux ; et (d) la levée des obstacles financiers à l'accès aux services. Actuellement, deux systèmes de santé nationaux (Rwanda et Burundi) constituent une vitrine à travers laquelle on peut observer les effets de réformes réussies. Voir le Chapitre 17.

Question	Réponse
10 Comment un FBP peut-il générer des effets positifs avant que les ressources humaines, les infrastructures physiques et l'approvisionnement des établissements de santé n'aient été renforcés ?	Ces facteurs sont certainement importants et c'est pourquoi les FBP interviennent : (a) sur l'augmentation de l'autonomie, incluant la capacité de recrutement et de renvoi ; et (b) à l'aide d'unités d'investissement qui permettent aux établissements de santé de procéder à la réhabilitation des infrastructures, d'acquérir les équipements manquant et de se procurer rapidement les fournitures nécessaires. Les revenus largement accrus qu'apporte le FBP permettent également aux établissements de santé de recruter des personnels additionnels. Voir les Chapitres 6 et 9.
11 Si les FBP présentent de multiples facettes, laquelle est déterminante ? Peut-être que les incitations ne constituent-elles pas l'aspect le plus important ?	L'approche FBP est multifacette et complexe ; elle reconnaît la nature systémique des systèmes de santé. Les incitations sont certes un élément important de l'approche FBP, tout comme l'autonomie et l'amélioration du suivi, de la vérification et du soutien technique. Le contexte local et les caractéristiques de conception et de mise en œuvre déterminent la contribution relative de chacune de ces facettes. Voir les Chapitres 4 et 16.
12 Est-il vrai que le FBP n'opère que dans des situations où la bonne gouvernance est présente et où la fonction publique est efficace ?	Les FBP pourraient ne pas être nécessaires lorsqu'il y a une bonne gouvernance et bonne marche de la fonction publique. Cependant, les FBP ont démontré qu'ils fonctionnaient très bien dans les cas où il y avait manque de bonne gouvernance ou absence d'une fonction publique fonctionnelle. Dans ces contextes, un FBP peut s'avérer un excellent outil de renforcement de la bonne gouvernance et de soutien à une meilleure opération de la fonction publique. Voir le Chapitre 11.
13 Le FBP demande-t-il une assistance technique tellement importante qu'il n'aura aucune durabilité et générera une dépendance envers les étrangers ?	Les FBP bien conçus et bien mis en œuvre ont besoin d'assistance technique. Cependant ils ont également besoin d'une agence indépendante qui procédera à la vérification des résultats et mènera des enquêtes de satisfaction des usagers communautaires. L'obtention de données fiables et de bonne qualité a un coût. Sans des données de bonne qualité, il n'est pas possible de rémunérer la performance. La plus grande part, sinon la totalité de l'assistance technique peut être organisée au sein du pays. Pour une courte période de temps initiale, des acteurs extérieurs au pays pourraient s'avérer nécessaires si la capacité technique intérieure n'a pas encore été renforcée. Cependant, le FBP crée rapidement plusieurs nouveaux techniciens. En Afrique, une Communauté de pratique FBP alimente une assistance technique Sud-Sud. Les coûts de l'assistance technique pour un FBP ne sont pas différents de ceux d'autres programmes de développement bien conçus. Voir le Chapitre 14.
14 Le FBP est-il non éthique puisqu'il incite les prestataires à la promotion de la planification familiale et limite le choix des couples ?	Les FBP bien conçus s'assurent qu'un paquet de services bien équilibré est acheté et non seulement des services de planification familiale (autre le fait que la planification familiale est très importante). Actuellement, plusieurs hommes et femmes n'ont pas accès aux services de planification familiale, même s'ils en ont exprimé le besoin. Plusieurs prestataires ne fournissent pas ces services parce qu'ils n'en tirent aucun revenu, n'en ont pas le temps en raison de leurs activités de compensation ou parce qu'ils n'ont aucun produit de planification familiale dans leurs pharmacies. Le fait de s'assurer que les usagers se voient offrir un paquet équilibré de services de santé reproductive est important pour le FBP. Par conséquent, ce dernier utilise chaque trimestre une <i>check-list</i> rigoureuse de la qualité pour vérifier si, par exemple, les normes et standards liés aux services de planification familiale demeurent aussi élevés que possible. Les services à l'endroit de la mère et de l'enfant, incluant les services de planification familiale sont importants pour le FBP (et la communauté) et des directives additionnelles sur la planification familiale peuvent être obtenues d'un ouvrage portant sur ce sujet (Eichler <i>et al.</i> 2010). Voir les Chapitres 1 et 3

Question	Réponse
15 Les améliorations constatées au Rwanda étaient-elles consécutives à l'introduction de l'assurance-santé et non du FBP ?	Au Rwanda, l'assurance-santé remboursait les prestataires pour la prestation de services curatifs alors que le FBP finançait les prestataires pour la conduite de services préventifs. Une évaluation d'impact bien conçue a documenté des différences significatives dans la qualité et la quantité des services fournis par les établissements FBP. Les établissements FBP et non FBP appliquaient exactement le même dispositif d'assurance-santé à leurs populations et recevaient exactement le même montant d'argent pour financer leurs services de santé. Par conséquent, il est improbable que l'assurance-santé ait été la seule cause des améliorations du système de santé rwandais. Cependant, l'assurance-santé s'est révélée importante parce qu'elle a diminué les obstacles financiers à l'accès aux services et augmenté leur utilisation, incluant les services préventifs. Le FBP a permis de s'assurer que cette amélioration importante de la demande en services était satisfaite avec une offre améliorée de services de meilleure qualité. Les améliorations étaient également attribuables aux réformes concomitantes sur les ressources humaines de santé, qui ont conduit à une meilleure répartition des travailleurs de santé et à une redistribution des travailleurs de la capitale vers les zones rurales.

Source : Données de la Banque mondiale.

Note : PFR-PRI = Pays à revenu faible et intermédiaire ; OCDE = Organisation de Coopération et de Développement Économiques ; FBP = Financement basé sur la performance.

Notes

1. Deux autres évaluations de FBP bien conçues ont constaté de bons résultats : l'une aux Philippines (Peabody et al. 2011) l'autre en Indonésie (Olken, Onishi, et Wong 2012). Cependant, en raison de leurs contextes très différents (Afrique subsaharienne vs les Philippines et l'Indonésie) et des caractéristiques de conception de ces FBP – aux Philippines, la mesure et récompense à l'aide de vignettes des connaissances des médecins et de la pratique (Peabody et al. 2011), et en Indonésie, récompense des villages si la performance des prestataires de santé était meilleure (Olken, Onishi, et Wong 2012) – ces évaluations n'ont pas été considérées ici.
2. Chaque cas est différent de l'autre en termes de contexte et de dispositifs institutionnels. Les programmes de rémunération de la performance dans les pays de l'OCDE sont introduits dans des contextes où il y a déjà de nombreux paiements sur base d'extrants.
3. En fait, l'évaluation de l'impact des FBP sur le secteur de la santé a subi les contre-coups d'un autre dispositif FBP (dans les districts de contrôle), inspiré par le FBP des districts de traitement.
4. La Boîte à outils sur les évaluations d'impact disponible sur Internet contient de nombreux documents et outils pour la planification, la conception et la réalisation d'évaluations d'impact : <http://go.worldbank.org/IT69C5OGL0>.
5. La plupart de leurs revenus est déjà reliée à des extrants tels que les groupes de diagnostic connexes, la rémunération à l'acte, etc.
6. Mais il y a également une importante hétérogénéité entre les programmes FBP dans les PFR-PRI notamment au Pakistan, en Haïti et ailleurs.
7. Il y a une importante exception à cette tendance générale, dans le Cadre de qualité et de résultats du Royaume-Uni, l'un des objectifs initiaux était d'augmenter de façon significative le revenu général d'un praticien.

Références et autres sources

- Akerlof, G., « Labor Contracts as Partial Gift Exchange », *Quarterly Journal of Economics* 97, 1982 : 543–69.
- Alexander, J. A., et L. R. Hearld, « Methods and Metrics Challenges of Delivery-System Research », *Implementation Science* 7, 2012 : 15.
- Averill, R. F., N. I. Goldfield, J. C. Vertrees, E. C. McCollough, R. L. Fuller, et J. Eisejhandler, « Achieving Cost Control, Care Coordination, and Quality Improvement through Incremental Payment System Reform », *Journal of Ambulatory Care Management* 33 (1), 2010 : 2–23.
- Basinga, P., P. Gertler, A. Binagwaho, A. Soucat, J. Sturdy, et C. Vermeersch, « Effect on Maternal and Child Health Services in Rwanda of Payment to Primary Health-Care Providers for Performance : An Impact Evaluation », *Lancet* 377 (9775), 2011 : 1421–28.
- Berendes, S., P. Heywood, S. Oliver, et P. Garner, « Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries : Systematic Review of Comparative Studies », *PLoS medicine* 8 (4), 2011 : e1000433.
- Bertone, M. P., et B. Meessen, « Splitting Functions in a Local Health System : Early Lessons From Bubanza and Ngozi Projects in Burundi », Rapport, Cordaid, La Haye, 2010.
- Busse, R., J. Figueras, R. Robinson, et E. Jakubowski, « Strategic Purchasing to Improve Health Systems Performance : Key Issues and International Trends », *HealthcarePapers* 8 (numéro spécial), 2005 : 62–76.
- Chaix-Couturier, C., I. Durand-Zaleski, D. Jolly, et P. Durieux, « Effects of Financial Incentives on Medical Practice : Results from a Systematic Review of the Literature and Methodological Issues », *International Journal for Quality in Health Care* 12 (2), 2000 : 133–42.
- Das, J., « The Quality of Medical Care in Low-Income Countries : From Providers to Markets », *PLoS medicine* 8 (4), 2011 : e1000432.
- de Savigny, D., et T. Adam, *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2009.
- de Walque, D., P. J. Gertler, S. Bautista-Arredondo, A. Kwan, C. Vermeersch, J. de Dieu Bizimana, A. Bingawaho, et J. Condo, « Using Provider Performance Incentives to Increase HIV Testing and Counseling Services in Rwanda », document de travail de recherche de politiques 6364, Banque mondiale, Washington, DC, 2013.
- Donabedian, A., « Evaluating the Quality of Medical Care », *Milbank Quarterly* 83 (4), 2005 : 691–729.
- Eichler, R., B. Seligman, A. Beith, et J. Wright, « Performance-Based Incentives : Ensuring Voluntarism in Family Planning Initiatives », Bethesda MD : projet Systèmes de santé 20/20, Abt Associates Inc, 2010. <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2686/>.
- Elridge, C., et N. Palmer, « Performance-Based Payment : Some Reflections on the Discourse, Evidence and Unanswered Questions », *Health Policy and Planning* 24 (3), 2009 : 160–66.
- Enthoven, A. C., « Internal Market Reform of the British National Health Service », *Health Affairs* 10 (3), 1991 : 60–70.
- Figueras, J., R. Robinson, et E. Jakubowski, éd., *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, série de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de soins de santé, New York : Organisation mondiale de la Santé au nom de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de soins de santé, 2005.

- Fiszbein, A., et N. Schady, « Conditional Cash Transfers : Reducing Present and Future Poverty », rapport de recherche de politiques, Banque mondiale, Washington, DC, 2009.
- Flodgren, G., M. Eccles, S. Shepperd, A. Scott, E. Parmelli, and F. R. Beyer, « An Overview of Reviews Evaluating the Effectiveness of Financial Incentives in Changing Healthcare Professional Behaviours and Patient Outcomes », *Base de données du Cochrane sur les revues systématiques* (7), 2011.
- Gertler, P., S. Martinez, P. Premand, L. B. Rawlings, et C. M. J. Vermeersch, *Impact Evaluation in Practice*, Washington, DC : Banque mondiale, 2011.
- Gertler, P., et C. Vermeersch, « Using Performance Incentives to Improve Health Outcomes », document de travail de recherche de politiques WPS6100, Banque mondiale, Washington DC, 2012.
- Herzberg, F., « One More Time : How Do You Motivate Employees ? », *Harvard Business Review* 46 (1), 1968 : 53–62.
- Imas, L. G. M., et R. C. Rist, *The Road to Results : Designing and Conducting Effective Development Evaluations*, Washington, DC : Banque mondiale, 2009.
- IOM (Institut de médecine), éd., *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*, Washington, DC : Presses de l'Académie nationale, 2001.
- Ireland, M., E. Paul, et B. Dujardin, « Can Performance-Based Financing Be Used to Reform Health Systems in Developing Countries ? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 89 (9), 2011 : 695–98.
- Jegers, M., K. Kesteloot, D. De Graeve, et W. Gilles, « A Typology for Provider Payment Systems in Health Care » *Health Policy* 60 (3), 2002 : 255–73.
- Kalk, A., F. A. Paul, et E. Grabosch, « Paying for Performance' in Rwanda : Does It Pay Off ? », *Tropical Medicine and International Health* 15 (2), 2010 : 182–90.
- Kohn, L. T., J. M. Corrigan, and M. S. Donaldson, éd., *To Err is Human : Building a Safer Health System*, Washington, DC : Institut de médecine, 2000.
- Lagarde, M., et N. Palmer, « The Impact of User Fees on Health Service Utilization in Low- and Middle-Income Countries : How Strong Is the Evidence ? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 86 (11), 2008 : 839–48.
- Langenbrunner, J. C., C. Cashin, et S. O'Dougherty, eds., *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems : How-to Manuals*, Washington, DC : La Banque mondiale et Agence des États-Unis pour le Développement International, 2009.
- Le Grand, J., *Motivation, Agency, and Public Policy*, Londres : Presses de l'Université Oxford, 2003.
- Le Grand, J., et W. Bartlett, éd., *Quasi-Markets and Social Policy*, Londres : Macmillan, 1993.
- Logie, D., M. Rowson, et F. Ndagije, « Innovations in Rwanda's Health System : Looking to the Future », *The Lancet* 372 (9634), 2008 : 256–61.
- Lundberg, M., T. Marek, et P. Okwero, « Contracting Health Services in Uganda », Rapport non publié, Banque mondiale, Washington, DC, 2007.
- Maslow, A. H., « A Theory of Human Motivation », *Psychological Review* 5 (4), 1943 : 370–96.
- Maynard, A., « The Powers and Pitfalls of Payment for Performance », *Health Economics* 21 (1), 2012 : 3–12.
- Meessen, B., J. P. Kashala, et L. Musango, « Output-Based Payment to Boost Staff Productivity in Public Health Centers : Contracting in Kabutare District, Rwanda », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 85 (2), 2007 : 108–15.

- Meessen, B., L. Musango, J. P. Kashala, et J. Lemlin, « Reviewing Institutions of Rural Health Centres : The Performance Initiative in Butare, Rwanda », *Tropical Medicine and International Health* 11 (8), 2006 : 1303–17.
- Meessen, B., A. Soucat, et C. Sekabaraga, « Performance-Based Financing : Just a Donor Fad or a Catalyst Towards Comprehensive Health Care Reform ? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 89 (2), 2011 : 153–56.
- Meessen, B., G. van Heteren, R. Soeters, G. Fritsche, et W. van Damme, « Time for Innovative Dialogue on Health Systems Research », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 90 (10), 2012 : 715–715A.
- Miller, G., et K. S. Babiarz, « Pay-for-Performance Incentives in Low-and Middle-Income Country Health Programs », document de travail du NBER 18932, Bureau national de recherche économique, Cambridge, MA, 2013.
- Morgan, L., « Some Days Are Better than Others : Lessons Learned from Uganda's First Results-Based Financing Pilot », Banque mondiale, Washington, DC, 2010. <http://www.rbhealth.org/news/item/296/some-days-are-better-others-lessons-learned-uganda%E2%80%99s-first-results-based-financing-pil//rbhealth.org>.
- Musgrove, P., « Financial and Other Rewards for Good Performance or Results : A Guided Tour of Concepts and Terms and a Glossary of RBF », Banque mondiale, Washington, DC, 2011. <http://www.rbhealth.org/library/doc/381/financial-and-other-rewards-good-performance-or-results-guided-tour-concepts-and-ter>.
- OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques), *Value for Money in Health Spending*, étude des politiques de la santé de l'OCDE. Paris : OCDE, 2010.
- Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*, Paris : OCDE, 2011. <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>.
- Olken, B. A., J. Onishi, et S. Wong, « Should AID Reward Performance ? Evidence from a Field Experiment on Health and Education in Indonesia », document de travail du NBER 17892, Bureau national de recherche économique, Cambridge, MA, 2012.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé), *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*, Genève : OMS, 2000.
- Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*, Genève : OMS, 2010.
- Oxman, A. D., et A. Fretheim, « Can Paying for Results Help to Achieve the Millennium Development Goals ? Overview of the Effectiveness of Results-Based Financing », *Journal of Evidence-Based Medicine* 2 (2), 2009 : 70–83.
- Peabody, J., R. Shimkhada, S. Quimbo, J. Florentino, M. Bacate, C. E. McCulloch, et O. Solon, « Financial Incentives and Measurement Improved Physicians' Quality of Care in the Philippines », *Health Affairs* 30 (4), 2011 : 773–81.
- Petersen, L., D. LeChauncy, L. Woodard, T. Urech, C. Daw, et S. Sookanan, « Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care ? », *Annals of internal medicine* 145 (4), 2006 : 265–72.
- Rosenthal, M., et R. Frank, « What Is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care ? », *Medical Care Research and Review* 63 (2), 2006 : 135–57.
- Rosenthal, M. B., B. E. Landon, K. Howitt, H. R. Song, et A. M. Epstein, « Climbing Up the Pay-for-Performance Learning Curve : Where Are the Early Adopters Now ? », *Health Affairs* 26 (6), 2007 : 1674–82.
- Rusa, L., and G. Fritsche, « Rwanda : Performance-Based Financing In Health », in *Emerging Good Practice in Managing for Development Results : Sourcebook*, 2^e éd., 105–16. Washington, DC : Banque mondiale, 2007.

- Rusa, L., W. Janssen, S. van Bastelaere, D. Porignon, J. de Dieu Ngirabega, et W. Vandembulcke, « Performance-Based Financing for Better Quality of Services in Rwandan Health Centers : 3-year Experience », *Tropical Medicine and International Health* 14 (7), 2009a : 830–37.
- Rusa, L., M. Schneidman, G. Fritsche, et L. Musango, « Rwanda : Performance-Based Financing in the Public Sector », in *Performance Incentives for Global Health : Potentials and Pitfalls*, édité par R. Eichler, R. Levine, et Groupe de travail sur les incitations à la performance, 189–214, Washington, DC : Center for Global Development, 2009b.
- Ryle, G., *The Concept of Mind*, Middlesex : Penguin Books, 1949.
- Sekabaraga, C., F. Diop, and A. Soucat, « Can Innovative Health Financing Policies Increase Access to MDG-Related Services ? Evidence from Rwanda », *Health Policy and Planning* 26 (supp 2), 2011 : 52–62.
- Soeters, R., C. Habineza, et P. B. Peerenboom, « Performance-Based Financing and Changing the District Health System : Experience from Rwanda », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 84 (11), 2006 : 884–89.
- Soeters, R., L. Musango, et B. Meessen, « Comparison of Two Output Based Schemes in Butare and Cyangugu Provinces in Rwanda », rapport, Global Partnership on Output-Based Aid, Washington, DC, et ministère de la Santé, Rwanda, Kigali, 2005.
- Soeters, R., P.-B. Peerenboom, P. Mushagalusa, et C. Kimanuka, « Performance-Based Health Financing Experiment Improved Health Care in the Democratic Republic of Congo », *Health Affairs* 30 (8), 2011 : 1518–27.
- Ssengooba, F., B. McPake, et N. Palmer, « Why Performance-Based Contracting Failed in Uganda—An 'Open-Box' Evaluation of a Complex Health System Intervention », *Social Science & Medicine* 75 (2), 2012 : 377–83.
- Tshakkori, A., et C. Teddlie, *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research*, Thousand Oaks, CA : Sage, 2003.
- Toonen, J., A. Canavan, P. Vergeer, et R. Elovainio, *Performance-Based Financing for Health : Lessons from Sub-Saharan Africa*, Amsterdam : Institut tropical Royal (KIT), 2009.
- Van Herck, P., D. De Smedt, L. Annemans, R. Remmen, M. B. Rosenthal, et W. Sermeus, « Systematic Review : Effects, Design Choices, and Context of Pay-for-Performance in Health Care », *BMC Health Services Research* 10, 2010 : 247.
- Van Lerberghe, W., C. Conceicao, W. Van Damme, et P. Ferrinho, « When Staff Is Underpaid : Dealing with the Individual Coping Strategies of Health Personnel », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80 (7), 2002 : 581–84.
- von Bertalanffy, L., *General System Theory : Foundations, Development, Applications*, New York : George Braziller, 1969.
- Walt, G., *Health Policy : An Introduction to Process and Power*, Londres : Zed Books, 1994.
- Werner, R. M., J. T. Kolstad, E. A. Stuart, et D. Polsky, « The Effect of Pay-for-Performance in Hospitals : Lessons For Quality Improvement », *Health Affairs* 30 (4), 2011 : 690–98.
- Witter, S., A. Fretheim, F. L. Kessy, et A. K. Lindahl, « Paying for Performance to Improve the Delivery of Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries (Review) », *Base de données du Cochrane sur les revues systématiques* (2), 2012.
- Xingzhu, L., et S. O'Dougherty, « Purchasing Priority Public Health Services », Document de discussion HNP, Washington, DC, Banque mondiale, 2004.

« Je suis enchanté que l'introduction du programme FBP ait entraîné un changement total au centre de santé *Mayo-Ine*. Il y a une implication active de la communauté, la prestation d'un paquet minimum d'activité (PMA) complet, l'octroi d'assistance à la population de la zone couverte et une amélioration sensible de l'utilisation des services de santé primaire. »

— **Mme Aishatu Kadiri**, *Agent de santé communautaire, responsable du centre de santé Mayo-Ine, District de Fufore, État d'Adamawa, Nigéria*

« Avant le FBP, nous recevions quotidiennement, en raison du chaos, des douzaines de plaintes de clients et de patients sur la piètre qualité des services et la faible réactivité du personnel que la direction de l'hôpital ne pouvait traiter faute de pouvoir décisionnel. Grâce au FBP, nous pouvons planifier et mener les actions nous-mêmes, à partir de nos propres ressources. Les plaintes ont beaucoup diminué, les conditions se sont améliorées et le personnel est plus réactif aux besoins des patients. »

— **Dr. Mohammad Nadar**, *Directeur de l'hôpital provincial Tirin Kowt, Urozgan, Afghanistan*

« Le financement basé sur les résultats constitue maintenant une part importante de la boîte à outils des systèmes de santé de la plupart des pays africains. Il s'est révélé un instrument de changement des règles du jeu pour une meilleure gouvernance en rendant les financements disponibles pour la prestation de services de première ligne, en incluant les zones les plus éloignées, en stimulant l'autonomie, en associant la décentralisation à la performance, en octroyant une nouvelle vie aux systèmes d'information et en transformant l'environnement salarial et incitatif pour une meilleure efficacité et équité des services de santé. »

— **Agnès Soucat**, *Directrice, Développement humain, Banque Africaine de Développement*

« Le financement basé sur la performance a connu une croissance rapide au cours des 15 dernières années. Ce procédé a notamment eu l'avantage de mettre en lumière la question des incitatifs. On peut espérer que cette "Boîte à outils FBP" aidera les décideurs et les gestionnaires des pays à travers le monde à élargir leur boîte à outils avec des instruments de gestion et de régulation des incitatifs. Leur utilisation et évaluation dans différents contextes permettra davantage d'enseignements et une adaptation continue au secteur santé, en transition rapide partout dans le monde. »

— **Prof. Wim Van Damme**, *Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique, et School of Public Health, Université du Western Cape, Cape Town, Afrique du Sud*

ISBN : 978-2-3260-0072-8

0072 0714 39,00€



9 782326 000728



BANQUE MONDIALE