UNIVERSITE PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

École doctorale ERASME

Comprendre le mode d'introduction du financement basé sur les resultats et son apport dans la mise en œuvre de la couverture santé Universelle au Burkina Faso

---

THÈSE DE DOCTORAT

Présentée par

TRAORE Seydou (IRIS - UMR 8156 CNRS - Inserm – EHESS)

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN SCIENCES ECONOMIQUES

Soutenance prévue le **10 Novembre 2023** devant le jury d'examen constitué de :

Directrice de Thèse

Samira GUENNIF, Professeur des universités, Université Sorbonne Paris Nord, IRIS

Co-directeur de thèse

Léon Blaise Gueswendé SAVADOGO, Professeur titulaire, Université Nazi BONI, Burkina Faso

Membres du Jury

Philippe BATIFOULIER, Professeur des universités, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN
ZENGBÉ Pétronille /ACRAY, Professeur titulaire, Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY
Bruno VENTELOU, Professeur des universités, CNRS, (Rapporteur)
Bruno BOIDIN, Professeur des universités, Université de Lille, Clersé (Rapporteur)

« L'université Paris Nord et l'université Nazi BONI n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs »

Remerciements

Depuis quelques années j'avais en projet de mener une carrière dans l'enseignement universitaire et ou la recherche. J'ai commencé à aimer ce métier vers la fin de mes études de médecine. Puis, j'ai découvert l'économie de la santé par hasard et j'ai été pris de passion pour cette discipline. D'où je viens, il était quasiment impossible pour moi de faire la formation dans cette discipline et mieux, d'envisager une carrière hospitalo-universitaire (ou universitaire) dans cette discipline. Puis, est venue cette opportunité de bourse de formation pour venir en France, cette chance d'être accepté par une université en France et cette rencontre avec des enseignants de cette discipline qui m'ont permis de réaliser ce projet. En tant que croyant, cet alignement des planètes ne peut être le fruit du hasard. Pour cette raison, j'adresse mes premiers remerciements à Dieu le tout puissant. Mais à quoi aurait servi ces opportunités si je n'avais pas croisé sur mon chemin les bonnes personnes ?

La marche vers la réalisation de la thèse a été un processus. Je souhaite commencer de façon chronologique. La première personne à qui je dis merci c'est Philippe Batifoulier que j'ai croisé pour la première fois à l'université de Nanterre. Avec cette bienveillance qui le caractérise et cette soif de transmettre le savoir, il m'a accepté sans me connaitre et m'a donné ma chance. Je ne cesserai de te dire merci pour cette porte ouverte. Cela paraissait anodin pour toi mais c'était le début d'une belle histoire pour moi. À la suite (et grâce à) de Philippe j'ai eu l'occasion de rencontrer monsieur Nicolas Da Silva, homme de conviction et passionné par sa discipline. Il a accepté de m'encadrer durant mon mémoire de recherche en master sans me connaitre non plus. Sa disponibilité et sa rigueur m'ont permis de pouvoir élaborer le premier document nécessaire pour espérer continuer la suite du voyage. Je profite de l'occasion pour vous réitérer mes sincères remerciements.

Ne dit-on pas qu'on garde le meilleur pour la fin ? Au bout de ce processus il y a Samira Guennif que j'ai connue par l'intermédiaire des deux premiers. Une thèse c'est un engagement, une histoire commune pendant au moins trois ans. Elle a accepté de m'accompagner dans cette démarche sans me connaitre au préalable. Au-delà de l'encadrement technique de la thèse elle m'a accompagné dans mes démarches administratives et a répondu présente à chaque fois que j'ai eu besoin de son aide. Cette thèse a été possible essentiellement grâce à son implication. Samira fait preuve à la fois d'une exigence et d'une dextérité dans la transmission du savoir. Sans m'imposer une ligne de conduite, elle a su grâce à la pertinence de ses analyses m'amener à me poser les bonnes questions à chaque fois que j'avais un blocage. Quand je gardais le silence pendant longtemps elle n'hésitait pas à me relancer, ce qui m'a permis de garder le cap et de

pouvoir conduire ce projet de thèse jusqu'à la fin. Je te réitère à nouveau mes sincères remerciements.

Pour terminer je vais adresser mes chaleureux remerciements à Mr Léon Gueswende Blaise Savadogo qui depuis mes études médicales a accepté de me suivre dans mes projets et qui n'a ménagé aucun effort pour m'aider à surmonter les difficultés qui se sont présentées tout au long de ce projet de thèse. Le chemin était long, parfois compliqué mais grâce à votre aide je (nous sommes arrivés) suis arrivé au bout. Merci pour vos bienfaits et que Dieu vous le rende au centuple.

Etant en co-tuelle entre l'université Nazi-BONI au Burkina Faso et l'université de Paris 13, je n'ai fait que des brefs séjours au laboratoire du CEPN. Ce temps a été suffisant néanmoins pour m'intégrer grâce à la sympathie de tous les doctorants que j'ai pu rencontrer mais aussi du personnel administratif. Je ne souhaite pas citer les noms par crainte d'en oublier. Vous avez tous contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette thèse et je vous remercie pour vos apports multiformes.

Merci au département de santé publique de l'université Nazi BONI pour le soutien multiforme.

Merci aux rapporteurs et aux membres du Jury qui ont accepté évaluer la thèse. Je remercie également les membres du comité de suivi de ma thèse (Boidin, Camara, Victor et Laura) qui ont accepté consacrer du temps pour surveiller et orienter la thèse.

Mes nombreux déplacements m'ont amené à m'absenter plusieurs mois dans l'année. Je remercie ma famille pour la compréhension et l'accompagnement durant cette période. Je remercie particulièrement ma femme Diane qui ne cesse de me donner la force pour me permettre de réaliser mon projet. Je pense très fort à mon fils Achraf qui depuis un moment a dû apprendre à faire sans moi. Merci à ma maman, mes frères et sœurs (Ali, Ismaël, Rodrigue, Habi), mes tantes, oncles (particulièrement tonton Gaston) et à mon père qui de là où il est doit être fier de moi. Et oui !! j'ai obtenu un deuxième doctorat et je te le dédie. Merci pour tout l'amour que vous m'avez apporté et qui m'a permis sans doute de pouvoir tenir et de mener à bien cette thèse. Je remercie particulièrement mon cousin Abdramane TRAORE qui sans le savoir a été le déclencheur de cette merveilleuse aventure.

Je remercie également tous mes amis à qui je délègue certaines responsabilités durant mes absences et qui ont toujours répondu présent à mes sollicitations. Je pense particulièrement à Bry et Feyssal.

Je remercie également tous les acteurs du système de santé qui ont bien voulu répondre à nos sollicitations et qui ont accepté mettre à notre disposition les ressources nécessaires pour mener correctement ce travail de thèse. Je remercie spécialement Monsieur TAPSOBA Boukary et Monsieur TRAORE Lamine pour la franche collaboration.

Merci aussi à tous les doctorants de l'IRIS et au personnel administratif qui n'ont ménagé aucun effort pour faciliter mon intégration au sein du laboratoire.

Sommaire

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES SCHEMAS 9

LISTE DES GRAPHIQUES 9

LISTE DES FIGURES 10

LISTE DES ENCADRES 10

LISTE DES SIGLES 11

RESUME 17

INTRODUCTION GENERALE 21

PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DU FINANCEMENT DE LA SANTE AU BURKINA FASO DES INDEPENDANCES A NOUS JOURS 51

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE 53

CHAPITRE 1 : EVOLUTION DES POLITIQUES DE SANTE AU BURKINA FASO 55

CHAPITRE 2 : PRESENTATION DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS 92

DEUXIEME PARTIE : ANALYSER L'INTRODUCTION DU FBR EN AFRIQUE ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA CSU A TRAVERS UNE REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE ET THEORIQUE 134

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE 136

CHAPITRE 3 : IMPACT DU FBR SUR LES SYSTEMES DE SANTE ET ETAT DE LA CSU DANS LES PAYS A REVENUS FAIBLES ET INTERMEDIAIRES : UNE REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE. 139

CHAPITRE 4 : ANALYSER LE CHANGEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE AU BURKINA FASO A TRAVERS LES THEORIES DU CHANGEMENT INSTITUTIONNEL 161

TROISIEME PARTIE : COMPRENDRE L'INTRODUCTION DU FBR ET SON APPORT A LA MISE EN ŒUVRE D'UNE CSU AU BURKINA FASO : UNE APPROCHE QUALITATIVE 200

INTRODUCTION DE LA TROISIEME PARTIE 202

CHAPITRE 5 : APPORT DU FBR DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CSU AU BURKINA FASO : ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES ACTEURS CLES. 204

CHAPITRE 6 : DES RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LES PROGRAMMES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE 231

CONCLUSION GENERALE 251

BIBLIOGRAPHIE 261

ANNEXE 289

LISTE DES TABLEAUX 643

LISTE DES SCHEMAS 644

LISTE DES GRAPHIQUES 645

LISTE DES FIGURES 645

LISTE DES ENCADRES 645

LISTE DES SIGLES 646

Liste des tableaux

Tableau 1: les cibles de l'ODD3 en rapport avec la santé 24

Tableau 2: description des indicateurs selon les cibles des ODD 26

Tableau 3: la relation entre le secteur de la santé et le NPM 30

Tableau 4: récapitulatif des différents mécanismes existants de couverture contre le risque maladie 36

Tableau 5: Les indicateurs d'efficacité de l'initiative de Bamako70**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau 6:Présentation des pays ayant mis en œuvre la gratuité des soins selon la date..... 75

Tableau 7: évolution des mécanismes de financement de la santé au Burkina Faso 84

Tableau 8: récapitulatif des différents programmes clés au Burkina Faso avec les priorités .....**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau 9: La répartition du personnel médical selon le type de poste 86

Tableau 10: répartition des soignants selon les lieux d'exercice 87

Tableau 11: ratio habitants par type de personnel de santé en 2021 88

Tableau 12: les différents mécanismes de paiement à la performance 96

Tableau 13: les terminologies du paiement à la performance 99

Tableau 14: Evolution de quelques indicateurs de santé maternelle et infantile 115

Tableau 15: Tableau pour le calcul des subsides 125

Tableau 16: répartition de l'échantillon par poste 207

Tableau 17: réparation selon les rôles joués pendant la mise en œuvre du FBR 208

Tableau 18: Trajectoire professionnel des acteurs du FBR et le moment de notre enquête .. 209

Tableau 19: évaluation quantitative de l'impact du FBR par la banque mondiale..... **Erreur ! Signet non défini.**

Liste des schémas

Schéma 1: Représentation du processus du FBR 94

Schéma 2: processus du FBR axé sur la demande 95

Schéma 3: la relation entre les acteurs du FBR..... 102

Schéma 4: le mécanisme du financement input 106

Schéma 5: une représentation simplifiée des causes du changement institutionnel 188

Schéma 6: illustration des trois aspects de la couverture santé universelle 195

Schéma 7: illustration de la relation entre le FBR et la CSU..... 198

Schéma 8: illustration de l'implication des PTF dans toutes les phases du FBR 235

Schéma 9: la relation entre les PTF, le gouvernement et les bénéficiaires dans la mise en œuvre des programmes..... 236

Schéma 10: la relation entre les PTF, les ONG et les bénéficiaires dans la mise en œuvre des programmes..... 237

Liste des graphiques

Graphique 1: les projections des ressources du système de santé au Burkina Faso..... 117

Liste des figures

Figure 1 : récapitulatif des ODD 23

Figure 2: la carte de l'Afrique 34

Figure 3: carte des différents pays selon le type de gratuité mis en œuvre 74

Figure 4: Les différentes terminologie du paiement à la performance 98

Figure 5: la carte du Burkina Faso avec les districts sanitaires 114

Liste des encadrés

Encadré 1: les conséquences de l'ajustement structurel en Afrique 59

Encadré 2: Les principes directeurs de l'initiative de Bamako 63

Liste des sigles

∑	Somme
AA	Accoucheuse auxiliaire
AAAQ	Disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité (Anglais)
AB	Accoucheuse brevetée
AC	Agent comptable
ACH	Adjoint des cadres hospitaliers
ACV	Agence de contractualisation et de vérification
AFD	Agence Française pour le développement
AHSS	Administrateur des hôpitaux et des services de santé
AIS	Agent itinérant de santé
AS	Attaché de santé / Agent de santé
AS	Achat stratégique
ASBC	Agent de santé à base communautaire
ASCE	Autorité supérieure du contrôle d'Etat
Atcd	Antécédent
BAQ	Bonus d'amélioration de la qualité
BF	Burkina Faso
BM	Banque mondiale
C.A.M	Contre avis médical (sortie)
CA	Conseil d'administration
CARFO	Caisse autonome de retraite des fonctionnaires
CAT	Conduite à tenir
CC	Consultation curative
CCC	Communication pour le changement de comportement

CCI	Consultation curative infirmière
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
CF	Contrôleur financier
cf.	Confère
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSE	Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
CM	Centre médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMM	Consommation moyenne mensuelle
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CoDi	Conseil de direction
COGES	Comité de Gestion
COSA	Comité de santé
CPN	Consultation Pré Natale
CPoN	Consultation post natale
CR	Compte rendu
CSD	Conseil de santé de district
CSPS	Centre de Santé et de promotion Sociale
CSU	Couverture santé universelle
CTRS	Comité technique régional de santé
CUS	Coordonnateur d'unités de soins
CVS	Comité villageois de sélection
DBC	Distribution à base communautaire
DCPP	Direction de la coordination des projets et programmes
DDR	Date des dernières règles

DECAM	Développement de la couverture maladie dans le contexte de la décentralisation
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Dispositif intra utérin
DMEG	Dépôt de Médicaments Essentiels Générique
DN	Direction de la nutrition
DPS	Direction de la promotion de la santé
DPV	Direction de la prévention par les vaccinations
DRD	Dépôt répartiteur de district
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District sanitaire
DSF	Direction de la santé de la famille
DSS	Direction des statistiques sectorielles
DTN	Directeur technique national
ECD	Equipe Cadre de District
ECV	Enfant complètement vacciné
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Francs de la communauté financière africaine
FS	Formation Sanitaire
GDT	Guide de Diagnostic et de Traitement
GH	Gestionnaire des hôpitaux
IB	Initiative de Bamako
ICP	Infirmier chef de poste
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEC	Information – Education - Communication

IGF	Inspection générale des finances
ITSS	Inspection technique des services de santé
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MCD	Médecin chef de district
ME	Maïeuticien d'Etat
MEG	Médicament essentiel sous forme générique
MILDA	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
MPE	Maladie à potentiel épidémique
MS	Ministère de la santé
OBC	Organisation à base communautaire
OBCE	organisation à Base Communautaire d'Exécution
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMI	Œdème des membres inférieur
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Plan d'action
PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PAP	Plan d'Amélioration de la Performance
PAS	Plan d'ajustement structurel
PBF	Performance based financing
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEP	Préparateur d'Etat en pharmacie
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet minimum d'activités

PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PRP	Plan de résolution des problèmes
PSSLS	Programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA
PT	Périmètre thoracique
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la transmission mère – enfant
PU	Prix unitaire
PV	Procès-verbal
R / CR	Référence / contre référence
RAMU	Régime d'assurance maladie
RMA	Rapport mensuel d'activités
SAF	Service de l'administration et des finances
SFE	Sage – femme d'Etat
SIM	Service d'information médicale
SIO	Soins infirmiers et obstétricaux
SMI	Santé maternelle et infantile
SNIS	Système national d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR	Santé de la reproduction
ST_FBR	Service technique du FBR
SUS	Surveillant d'unité de soins
SUT	Surveillant d'unité technique
TBM	Technologiste bio médical
TDR	Test de diagnostic rapide / Termes de référence
TETU	Tri – Evaluation – Traitement d'urgence

TLOH	Télégramme-lettre officielle hebdomadaire
UDAM	Unité departementale d'assurance maladie
UE	Union européenne
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance

Résumé

Le système de santé au Burkina Faso à l'instar des pays de la sous-région a fait l'objet de nombreux changements depuis les indépendances. Plusieurs programmes de santé y ont été expérimentés tant du côté de l'offre de soins que de la demande de soins. Ces programmes sont souvent la conséquence de la situation épidémiologique du moment, économique mais surtout des différentes recommandations des organisations internationales en charge de la santé mondiale. Le financement basé sur les resultats ou FBR constitue un de ces nombreux changements. Il s'agit d'un mécanisme de paiement qui consiste à payer les prestataires de soins selon un contrat de performance prédéterminé. Le contrat définit la quantité et la qualité des soins à atteindre de même que le mode de paiement. Il a été présenté par les concepteurs comme un mécanisme efficace pour renforcer le système de santé des pays bénéficiaires en vue de la mise en œuvre d'une couverture santé universelle (CSU). La CSU constitue un point important de l'ODD3 en rapport avec la santé. Le FBR a été mis en œuvre au Burkina Faso en 2011 financé par la Banque mondiale. Cette thèse s'est donnée pour objectif de chercher à comprendre sa conception, sa diffusion et son apport au pays dans la mise en œuvre de la CSU.

Pour ce faire, nous avons adopté une démarche en trois parties. La première partie retrace dans une perspective historique l'évolution du système de santé au Burkina Faso en mettant en évidence les différents changements dont il a fait l'objet, les circonstances, les resultats obtenus et les acteurs qui ont intervenu dans sa mise en œuvre. Elle présente également le FBR et sa mise en œuvre au Burkina Faso. La deuxième partie a consisté à l'examen des travaux théoriques et empiriques sur le FBR, la CSU et les théories du changement institutionnel. Elle a permis de construire un cadre d'analyse solide autour du changement institutionnel afin de saisir les causes, les mécanismes et les resultats du changement institutionnel. La troisième partie est la phase empirique. Nous avons opté pour une étude qualitative à travers un échantillonnage raisonné prenant en compte les différentes parties prenantes. Il ressort de cette étude que le FBR a été adopté pour sa capacité à améliorer le système de santé. Il était perçu comme un programme exogène et porté par un réseau d'acteurs aux intérêts convergents. Pour sa mise en œuvre la Banque mondiale a adopté une stratégie basée sur les voyages d'études, les formations et les séminaires pour convaincre les acteurs. La majorité des acteurs reconnaissent que le FBR a eu des resultats mitigés sur les indicateurs de santé et tel que mis en œuvre, ils reconnaissent qu'il n'a pas permis de mettre le pays sur les bases de la CSU. Comme recommandations nous proposons de commencer par une amélioration de l'offre de soins, la mobilisation de plus de ressources propres, une approche participative dans le choix et la mise

en œuvre des programmes, une approche holistique du système de santé et une implication plus importante des bénéficiaires finaux.

Mots clés : Financement basé sur les resultats, couverture santé universelle, système de santé, changement institutionnel, Burkina -Faso.

Abstract

Burkina Faso's healthcare system, like those of other countries in the sub-region, has undergone many changes since independence. Several health programs have been tried out, both on the supply side and on the demand side. These programs are often the consequence of the current epidemiological and economic situation, but above all of the various recommendations made by international organizations in charge of global health. Results-based financing or RBF, is one of these many changes. This is a payment mechanism that involves paying healthcare providers according to a predetermined performance contract. The contract defines the quantity and quality of care to be achieved, as well as the method of payment. It was presented by its designers as an effective mechanism for strengthening the healthcare systems of beneficiary countries, with a view to implementing universal health coverage (UHC). UHC is an important aspect of sustainable development goals (SDG3). The RBF was implemented in Burkina Faso in 2011, financed by the World Bank. The aim of this thesis is to understand its conception, dissemination and contribution to the country's implementation of the UHC.

To this end, we have adopted a three-part approach. The first part traces the development of Burkina Faso's healthcare system from a historical perspective, highlighting the various changes it has undergone, the circumstances, the results obtained and the players involved in its implementation. It also presents the RBF and its implementation in Burkina Faso. The second part consists of a review of theoretical and empirical work on the RBF, the UHC and theories of institutional change. This enabled us to build a solid analytical framework around institutional change, in order to grasp the causes, mechanisms and results of institutional change. The third part is the empirical phase. We opted for a qualitative study using purposive sampling, taking into account the various stakeholders. The study showed that the RBF was adopted for its capacity to improve the health system. It was perceived as an exogenous program supported by a network of players with converging interests. For its implementation, the World Bank adopted a strategy based on study tours, training and seminars to convince stakeholders. The majority of stakeholders recognize that the RBF has had mixed results on health indicators, and as implemented, they acknowledge that it has not helped to put the country on the foundations of the UHC. As recommendations, we propose to start by improving the supply of health care, mobilizing more of our own resources, adopting a participatory approach to the choice and implementation of programs, adopting a holistic approach to the health system, and involving the final beneficiaries to a greater extent.

Key words : Results-based financing, universal health coverage, health system, institutional change, Burkina Faso.

Introduction générale

La Déclaration universelle des droits de l'homme dans son article 25 reconnait la santé comme un droit : « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires…* » (ONU, 1948). Ce droit est repris dans le pacte international pour les droits économiques, sociaux et culturels à son article 12.1: « *Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* » (ONU,1976). Si la conférence d'Alma Ata en 1978 soulignait ce principe et annonçait l'ère de la santé pour tous, les moyens pour sa mise en œuvre n'avaient pas été clairement élucidés. Pour y parvenir, les différents éléments du système de santé doivent être améliorés surtout dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer, prévenir ou rétablir la santé (OMS, 2021). Si l'aide internationale a contribué à améliorer les indicateurs de santé dans les pays en développement, son impact reste moins évident en comparaison d'autres secteurs. Pour être efficace, (sur les indicateurs de santé des populations) l'aide au développement dans le secteur de la santé doit s'appuyer sur des systèmes publics de santé (ou sur les dispositifs privés de production de soins) qui cependant continuent de traverser des difficultés majeures réduisant leur capacité d'absorption des flux d'aide ainsi que les effets attendus de ceux-ci sur l'objectif final (Ventelou et al, 2013).

L'un des éléments clés du système de santé est le financement et dans les pays en développement ce volet peine à trouver satisfaction. En Afrique, l'histoire du financement de la santé peut être classiquement divisée en trois parties. La période de la gratuité des soins (au lendemain des indépendances), la période du paiement des soins (suite à l'initiative de Bamako) et la période d'exemptions ciblées (dans les années 2000) associées au paiement direct.

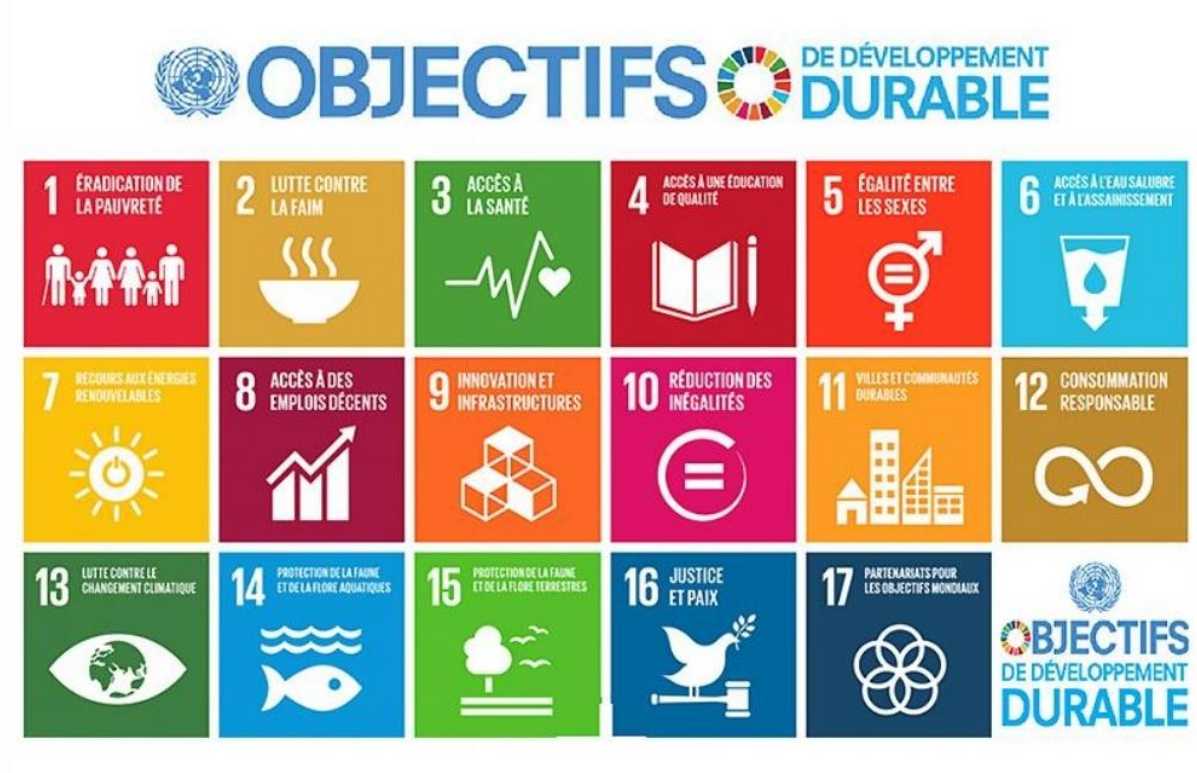
Pendant tout ce temps, le système de couverture du risque maladie est resté à un stade embryonnaire. Au Burkina Faso par exemple, il n'existe pas de mécanisme d'assurance maladie publique au profit de la population. Il existe cependant des mutuelles, des assurances privées de santé et la caisse nationale de sécurité sociale qui couvrent une partie de la population représentant une minorité[1]. Les données sur le nombre total de bénéficiaires d'une protection

[1] Nous ne disposons cependant pas de données chiffrées sur le nombre exact de bénéficiaires.

contre le risque maladie quel que soit le type ne sont pas disponibles. Le paiement direct éloigne pourtant les populations vulnérables des services de santé et contraint les familles à des dépenses catastrophiques de santé. Il est donc nécessaire de repenser les mécanismes de financement pour un accès universel aux services de santé.

À ce propos, l'OMS souligne la nécessité de tendre vers la couverture santé universelle si les États espèrent atteindre l'objectif de la « santé pour tous ». Cette nécessité a été réaffirmée dans les ODD (2030) en rapport avec la santé. En effet, les objectifs 3.8 des ODD font de la CSU un sous-objectif entier à atteindre. La course vers cette CSU passe par des étapes intermédiaires. Ces étapes sont censées préparer les États pour la mise en œuvre d'une couverture contre le risque maladie au profit de la population afin de réduire le paiement direct et offrir des soins de qualité aux populations.

Figure 1 : Le récapitulatif des ODD



Source : PNUD 2022

La figure récapitule les dix-sept ODD à atteindre d'ici 2030. Il existe une interdépendance évidente entre les objectifs. À titre d'exemple, une amélioration de l'état de santé va de pair avec la lutte contre la pauvreté, l'accès à l'eau, la lutte contre la faim ou encore l'accès à l'éducation. Pour ce qui est du cas spécifique de l'ODD3, les objectifs sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 1: Les cibles de l'ODD3 en rapport avec la santé

Cibles de l'ODD3	
Titre de la cible	**Description de la cible**
Mortalité maternelle	3.1 : D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
Mortalité néonatale et infantile	3.2 : D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus
Maladies transmissibles	3.3 : D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles
Maladies non transmissibles	3.4 : D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être
Conduites addictives	3.5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho-actives, notamment de stupéfiants et d'alcool
Accidents de la route	3.6 : D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route
Santé sexuelle et procréative	3.7 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux
Couverture santé universelle	**3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et**

Cibles de l'ODD3	
Titre de la cible	**Description de la cible**
	à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable
Santé-environnement	3.9 : D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol
Tabac	*3.a : Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac*
Recherche **Mise au point et accès aux médicaments**	*3.b : Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement, pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet*
Personnel de santé	*3.c : Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement*
Sécurité sanitaire	*3.d : Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux*

Source PNUD 2022

Pour pouvoir évaluer les différentes cibles mentionnées dans le tableau, une série d'indicateurs a été définie également afin de guider les États concernant les éléments du système de santé à améliorer et les objectifs à atteindre.

Tableau 2: La description des indicateurs selon les cibles des ODD

Cibles	**Indicateurs**
3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes)	3.1.1 Taux de mortalité maternelle
	3.1.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus	3.2.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
	3.2.2 Taux de mortalité néonatale
3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles	3.3.1 Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque
	3.3.2 Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants
3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être	3.4.1 Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques
	3.4.2 Taux de mortalité par suicide
	3.4.3 Incidence du paludisme pour 1 000 habitants
	3.4.4 Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants
	3.4.5 Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires
3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool	3.5.1 Couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, services de

	désintoxication et de postcure) pour les troubles liés à la toxicomanie
	3.5.2 Abus d'alcool, défini en fonction du contexte national par la consommation d'alcool pur (en litres) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile
3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route	3.6.1 Taux de mortalité lié aux accidents de la route
3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux	3.7.1 Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale
	3.7.2 Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge
3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable	3.8.1 Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels mesurée à partir des interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier)
	3.8.2 Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé
	3.9.1 Taux de mortalité attribuable à la pollution de

3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant
	3.9.2 Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats)
	3.9.3 Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel
3.a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac	3.a.1 Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans ou plus (taux comparatifs par âge)
3.b Appuyer la recherche et le développement de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, aux médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de cet accord qui ménagent une flexibilité lorsqu'il s'agit de protéger la santé publique et, en particulier, d'assurer l'accès universel aux médicaments	3.b.1 Proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le programme national
	3.b.2 Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base
	3.b.3 Proportion des établissements de santé disposant constamment d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable
3.c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement	3.c.1 Densité et répartition du personnel de santé
3.d Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux	3.d.1 Application du Règlement sanitaire international (RSI) et degré de préparation aux urgences sanitaires

Source : Travaux de la Commission de statistique sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/.)

Le changement de l'agenda international avec le passage des OMD aux ODD a abouti à l'instauration de la CSU comme outil indispensable de sa mise en œuvre. Pour ce faire, les organisations internationales vont développer des nouveaux mécanismes de financement de la santé qui seront présentés comme des étapes intermédiaires à la mise en œuvre de la CSU. Au Burkina Faso, cela s'est traduit par la mise en œuvre d'un programme de financement basé sur les résultats en 2011. Le FBR constitue un « nouveau mode » de financement des prestataires de santé (structures de santé) et conditionne le paiement à l'obtention de résultats pré déterminés. Il s'est donné pour objectif d'améliorer la qualité et la quantité des soins ainsi dispensés. La finalité étant d'offrir à la population un accès aux soins de qualité d'ici 2030.

Le pays a également mis en œuvre la gratuité des soins au profit des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes en 2016. Portée essentiellement par l'Etat du Burkina Faso, la gratuité des soins telle que conçue a pour objectif de réduire la barrière financière au profit de cette couche « vulnérable de la population » et faciliter ainsi l'accès aux services de santé. Elle favorise de ce fait une amélioration de la demande de soins.

Si la gratuité des soins fait suite à des programmes antérieurs de gratuité ou de subvention que le pays a déjà connus le FBR quant à lui constitue un changement radical opéré dans le mode de financement des structures de soins. Nous allons donc nous intéresser de façon spécifique à ce mode de financement. En effet, la montée en force des idées néo-libérales dans le monde s'est traduite par la diffusion de nouvelles méthodes de gestion basées sur la contractualisation, la mise en concurrence et la recherche de performance. Adoptées par le secteur privé, ces nouvelles méthodes de gestion vont toucher rapidement le secteur public. Le New Public Management Public sera adopté dans de nombreux secteurs d'activité y compris la santé.

Sa manifestation dans le secteur de la santé se présente comme suit :

Tableau 3: La relation entre le secteur de la santé et le NPM

Les éléments constitutifs du NPM	**Les politiques relatives au NPM**	**Manifestations dans le secteur de la santé**
Responsabilité	Séparer les fonctions d'élaboration de politiques et de prestation des services. Déplacer le lieu des contrôles vers les responsables de niveau inférieur. Utiliser les contrats et les accords de performance pour promouvoir la transparence.	Séparation des fonctions d'élaboration des politiques et de prestations des services du Ministère de la santé. Commercialisation bureaucratique : décentralisation et hôpitaux autonomes. **Contrats et accords de performance**
Responsabilité Accroitre la responsabilité des gestionnaires envers les clients	Promouvoir le choix du client ou de la cliente. Elaborer des chartes des consommateurs et consommatrices.	Reforme de paiement des prestataires : l'argent suit le ou la cliente et les frais d'utilisation. Développement des conseils hospitaliers, des conseils de santé du district et des comités de santé des villages
Performance Créer des incitations plus fortes pour de bonnes performances	Lier la récompense aux performances. Renforcer les mécanismes de retour d'information. Stimuler la concurrence.	Réforme des mécanismes des prestataires tant pour les individus que pour les établissements. Renforcer la concurrence par la séparation des acheteurs (ses) des prestataires. Encourager le secteur privé, promouvoir les marchés internes ou quasi marchés dans le secteur public, encourager la concurrence dans le privé comme dans le public

Source : Mills et al (2000).

Après une phase d'expérimentation et de mise en œuvre dans certains pays développés, avec des résultats mitigés ces méthodes de gestion seront importées en Afrique et diffusées à travers l'aide publique au développement. En effet, le FBR (performance) qui s'inspire de cette approche sera mis en œuvre dans plusieurs pays du continent dont le Burkina Faso. Ce nouveau

mécanisme de financement sera également présenté par la Banque mondiale et ses partenaires comme un moyen (préalable) efficace pour l'atteinte de la CSU. Le concept de CSU qui est multidisciplinaire apparait ainsi comme un terrain neutre où les différents acteurs vont vouloir imposer leurs idéologies comme moyen de sa mise en œuvre.

1. Pourquoi ce sujet de thèse ?

La CSU constitue l'élément majeur de l'agenda international en rapport avec la santé à atteindre d'ici 2030. Il s'agit d'un sujet d'actualité et des programmes à l'échelle internationale sont mis en œuvre pour soutenir les pays dans sa mise en œuvre [2] (Robert et al., 2019). L'OMS définit la CSU « comme une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières. Elle englobe la gamme complète des services de santé qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs ». (OMS, 2023).

De nombreux pays en Afrique ont entrepris des démarches pour la mise en œuvre de la CSU. Les pays en développement (PED) ont une faible couverture en santé et le paiement direct constitue toujours le mode de paiement des soins pour une grande partie de la population contrastant avec le niveau de pauvreté. Selon l'OMS : *« près de la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas d'une couverture complète des services de santé essentiels et chaque année, 100 millions de personnes sombrent dans la pauvreté extrême (c'est-à-dire, vivant avec 1,9 dollar par jour au plus) à cause des dépenses de santé laissées à leur charge »* (OMS, 2017).

Au Burkina Faso, 40% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (Banque mondiale, 2020) et une bonne partie de la population ne possède pas de couverture contre le risque maladie. La faiblesse de la couverture santé dans les pays à revenus faibles et intermédiaires est liée à plusieurs facteurs. Une faiblesse dans la mobilisation des ressources internes (impôts et cotisations sociales) et un manque de volonté politique allant de pair avec la corruption dans ces pays (Kagambega, 2020). Au-delà de la question de mobilisation des ressources, la couverture santé comporte d'autres volets non moins importants dont la mise en œuvre efficace conditionne le succès de la protection contre le risque maladie. Il s'agit de la mise en commun

[2]Plus de précision à l'adresse https://www.uhcpartnership.net

des fonds et de l'achat des soins de qualité au profit des bénéficiaires. Concernant le dernier volet, il s'agit essentiellement de définir les modes d'adhésion et la contractualisation entre les payeurs et les structures de soins. Le Burkina Faso dans sa course à la CSU à fait le choix de mettre en place un régime d'assurance maladie universelle (RAMU). La caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) est chargée de sa mise en œuvre. Elle est chargée de nouer les contrats avec les prestataires et de payer la partie des soins couverts.

À ce sujet, le FBR dans sa mise en œuvre s'est basé essentiellement sur des stratégies d'achat de services de santé en développant des protocoles de contractualisation et des normes de qualité. Son objectif est l'achat de soins de qualité et en quantité au profit des bénéficiaires. En effet, la qualité des soins constitue un aspect important dans la course à l'assurance maladie comme souligné par l'OMS. Il ne s'agit pas uniquement de permettre à la population d'avoir accès aux services de santé, mais d'y trouver des soins de qualité permettant de résoudre leurs problèmes de santé. Il s'agit d'un ensemble d'éléments à prendre en compte comme théorisé dans les manuels de mise en œuvre du FBR.

Cette fonction d'achat des services de santé a fait l'objet de nombreuses études surtout dans les pays anglophones ayant mis en œuvre un régime d'assurance maladie à grande échelle. Ces études signalent en partie les difficultés rencontrées par les régimes d'assurance dans leur fonction d'achat des soins. Au Burkina Faso, le FBR mis en œuvre entre 2011 et 2018 a servi (en théorie) à développer cette fonction d'achat et doit préparer les États bénéficiaires dans la mise en œuvre de la CSU. Malgré le fait que le FBR n'ait pas été généralisé à l'échelle nationale, il a été implanté dans quinze districts sanitaires et a mobilisé des acteurs sur l'ensemble de la pyramide sanitaire et de la périphérie au niveau central.

Après la mise en œuvre du FBR, des experts de l'OMS et de la Banque mondiale ont développé le concept d'achat stratégique en santé. Il devait prendre le relais du FBR dans certains pays. Selon l'OMS, l'achat stratégique suppose l'alignement du financement et des incitations sur les droits aux services de santé et doit donc se fonder sur des informations détaillées relatives à la performance des prestataires et aux besoins en santé de la population desservie (OMS,2015). Il apparait plus global que le FBR parce qu'il concerne plusieurs aspects de l'offre de soins mais s'inscrit dans la même logique. En plus (ou à la suite) du FBR, il devait préparer également les systèmes de santé des États bénéficiaires à la mise en œuvre d'une CSU.

Le Burkina Faso a entamé des discussions avec la Banque mondiale pour sa mise en œuvre mais au moment où nous écrivons ce texte le pays travaillait au développement de la phase

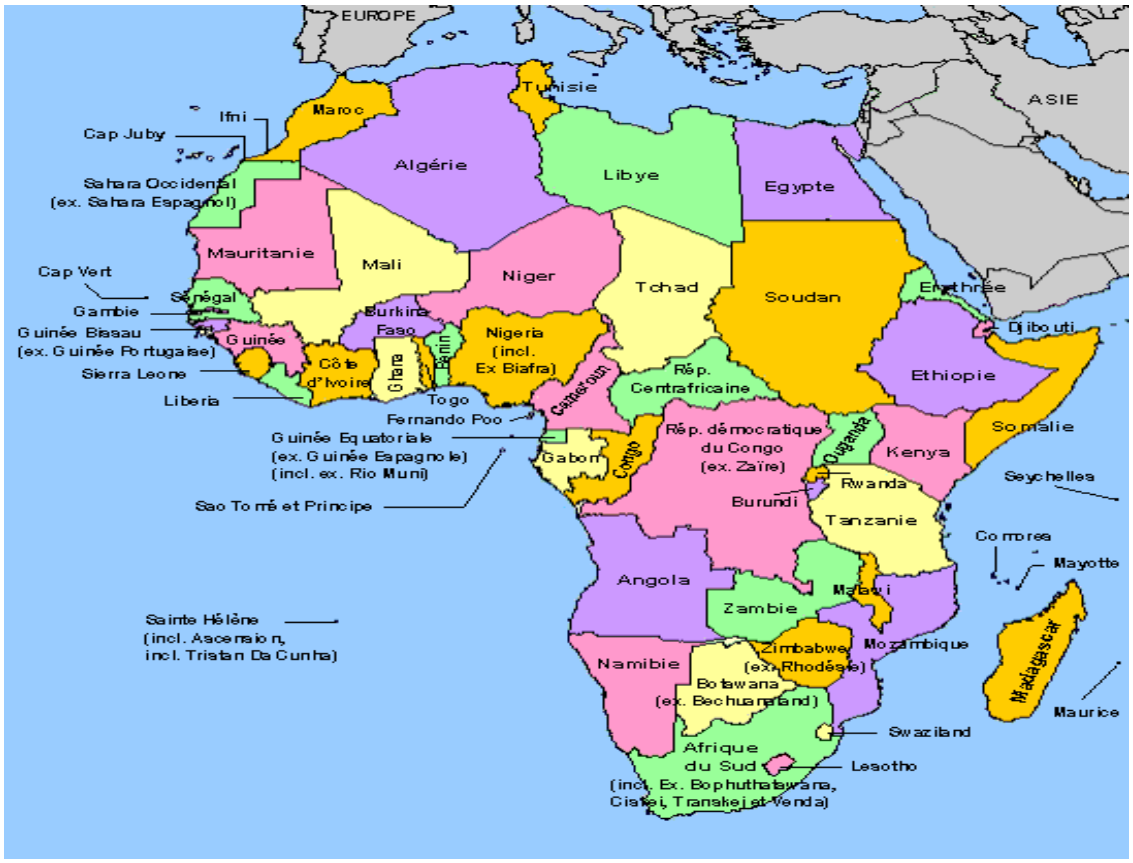
pilote. La multiplication de ces méthodes de financement et leur introduction dans la course vers la CSU nous confirment que le FBR n'est pas un programme isolé mais le début d'une nouvelle orientation donnée au mécanisme de financement de la santé. Il s'agit de vérifier si ces mécanismes de financement constituent vraiment des étapes nécessaires pour la mise en œuvre d'une CSU. Il nous est paru de ce fait important d'analyser la dynamique de ces mécanismes de financement de la santé, les acteurs intervenants ainsi que leurs apports réels dans la course vers la mise en œuvre de la CSU. Le Burkina constitue un terrain de recherche intéressant pour répondre à ces interrogations.

2. Pourquoi le Burkina Faso

2.1. Organisation du système de santé

Le Burkina Faso est un pays francophone de l'Afrique de l'Ouest, enclavé et situé entre le Mali au nord et à l'ouest, le Niger à l'est, le Bénin au sud-est, le Togo et le Ghana au sud et la côte d'Ivoire au sud-ouest. Cette situation géographique est illustrée sur la carte de l'Afrique qui suit **:**

Figure 2: La carte de l'Afrique



Source : Atlas monde 2017

Le système de santé au Burkina Faso comprend plusieurs niveaux avec un lien hiérarchique entre les différents niveaux. La base est constituée des centres de santé et de promotion sociale (dispensaires) et des centres médicaux. Ils sont les plus nombreux et sont chargés de dispenser les soins de base. Au sommet, nous avons les centres hospitaliers universitaires qui sont des centres de référence en nombre très réduit. Entre ces deux existent les centres hospitaliers régionaux qui constituent le niveau intermédiaire. Ce qui donne une organisation en forme de pyramide. On distingue les structures de santé qui sont les services opérationnels et le service administratif chargé de la gestion de ces structures. Le service administratif est organisé en plusieurs niveaux.

Le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

- Le niveau central composé des structures centrales et rattachées organisées autour du cabinet du Ministre et du secrétariat général ;

- Le niveau intermédiaire comprend les 13 directions régionales de la santé ;
- Le niveau périphérique est constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

En 2016, on dénombrait 70 districts sanitaires.

2.2. Etat de la protection sociale au Burkina Faso

Le Burkina Faso fait partie des pays les plus pauvres avec une partie importante de sa population qui évolue dans le secteur informel soit plus de 70% de la population active en milieu urbain (ONU, 1995). Cette situation rend difficile la collecte des cotisations sociales et des impôts pour mettre en place un bon système de protection sociale comme dans les pays développés. Il existe néanmoins des mécanismes de protection contre le risque maladie. Ces mécanismes sont variés.

Pour les acteurs du secteur formel il existe l'assurance maladie privée, les mutuelles professionnelles, la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et la caisse des retraités fonctionnaires (CARFO). Pour le secteur informel non structuré, il s'agit essentiellement des mutuelles communautaires. Si les mécanismes mis en œuvre pour le secteur formel fonctionnent tant bien que mal, les mutuelles communautaires ont du mal à fonctionner du fait de la faible adhésion, de l'offre de soins insuffisante et de la difficulté pour les adhérents à cotiser. L'État a mis en œuvre une politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans depuis 2016. Ils sont exemptés de paiement des frais de consultation, des actes de soins, des médicaments ou des examens dans les structures publiques de santé.

Notons par ailleurs que depuis 2015, l'État s'est engagé dans la mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie universelle dont le mécanisme sera basé sur les cotisations sociales obligatoires afin de permettre aux travailleurs et leurs ayant-droits de pouvoir bénéficier de soins dans les structures de santé conventionnées. Pour le moment il 'n'est pas encore opérationnel.

Ces différents mécanismes sont synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau 4: Le récapitulatif des différents mécanismes existants de couverture contre le risque maladie

Mécanismes de protection	**Public cible**	**Mode de fonctionnement**
Gratuité des soins	Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes	-Pas de prépaiement -Bénéficie de façon systématique aux femmes et enfants dans la tranche d'âge concernée pour le paquet de soins couvert dans les structures publiques de santé et celles conventionnées -Risque d'interférence avec le RAMU
*CNSS	Les travailleurs	Ne prend pas en compte toutes les maladies
** CARFO	Les retraités	-Ne concerne qu'une partie des retraités (fonctionnaires, secteur formel…) - Offre de soins insuffisante - Paiement de ticket modérateur en dehors des visites annuelles
Mutuelles de santé 1.Professionnelles 2. communautaires	1. Une catégorie de travailleurs 2. Des habitants d'un aire géographique limité et souvent restreint	1. - Paiement de ticket modérateur. - Offre de soins plus large 2 - Ticket modérateur - Offre de soins restreinte
Assurance maladie privée	Faible proportion de la population.	- Paiement du ticket modérateur - Prime d'assurance relativement chère

* CNSS : caisse nationale de sécurité sociale ** CARFO : caisse des retraités fonctionnaires.

NB : Le RAMU n'est pas encore effectif

Il existe la gratuité des soins ciblée pour des pathologies et des médicaments. À titre d'exemple, la gratuité pour la prise en charge du VIH/Sida ou la distribution gratuite des médicaments antituberculeux.

L'État propose également des subventions sous forme de réduction des frais de consultation ou de certains actes pour une certaine catégorie de la population (les retraités par exemple) dans les structures publiques de santé.

3. Particularité du Burkina Faso

Le Burkina Faso présente à quelques exceptions près une similitude sur le plan socio-économique et sanitaire avec les autres pays de l'Afrique de l'Ouest. L'insuffisance dans la couverture santé de la population et l'offre de soins insuffisante en quantité et en qualité constituent autant de difficultés qu'ils ont en commun (PNUD, 2022). La course vers la CSU représente un objectif commun à tous ces États. Ces derniers ne sont cependant pas au même niveau dans la mise en œuvre de la CSU**.** Le Burkina Faso n'a pas encore mis en œuvre une politique nationale de couverture contre le risque maladie. Par ailleurs, le pays a mis en œuvre le FBR. La création de la CNAMU en 2018 est survenue après la mise en œuvre du FBR. Le Burkina Faso constitue donc un terrain intéressant pour notre étude dans la mesure où la dynamique de mise en œuvre des différents programmes dans le temps nous permet d'observer s'il y'a une interaction entre le FBR et les autres programmes d'une part et d'analyser le type d'interaction, d'autre part. En plus, le FBR mis en œuvre au Burkina Faso était « impur » dans la mesure où les soignants des districts FBR sont toujours rémunérés sur le mode salariat et maintiennent les primes traditionnelles (primes de motivation, primes de rendement) existantes dans les centres de santé. Il comportait également une composante « équitée » et devait de ce fait jouer à la fois sur l'offre de soins et la demande en permettant aux populations vulnérables d'avoir accès aux soins. Le pays a également constitué un terrain d'expérimentation intéressant dans le sens où plusieurs types de FBR y ont été expérimentés (encadré n°1) bien que sa mise en œuvre ait été limitée à quinze districts à l'époque sur les soixante-trois. Le nombre de district sanitaire est passé plus tard à soixante-dix. Il a été mis en œuvre de 2011 à 2018. Le projet est donc terminé et nous pouvons évaluer ses effets à distance pour voir s'il a eu des effets et si ces effets perdurent dans le temps.

En outre, en tant que médecin formé au pays, nous avons une maîtrise du système de santé du Burkina Faso et disposons d'un réseau pour pouvoir conduire notre enquête de terrain. Enfin, pour des contraintes budgétaires nous nous sommes limités à un seul pays.

Encadré 1 : La diversité dans la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso

T1 : FBR standard sans composante axée sur la demande
T2 : FBR standard comme dans T1 plus un ciblage systématique des indigents, qui étaient alors exemptés des frais d'utilisation, les établissements étant remboursés pour cette perte T3 : FBR standard plus ciblage des indigents comme dans T2 plus une incitation financière supplémentaire pour les indigents. Les prestataires de soins ont été encouragés à fournir des soins aux indigents ciblés.
T4 : qui combinait le FBR standard comme dans T1 avec la proposition d'adhérer à un système de mutuelle communautaire (les frais d'inscription étaient couverts pour les indigents ciblés).

Source : adapté du manuel de mise en œuvre FBR

Le pays a mis en œuvre ces différents types de FBR pour pouvoir à la fin évaluer l'efficacité du FBR couplé aux mesures d'équité par rapport au FBR simple.

4. Problématique-Hypothèse

Il faut noter que notre sujet de thèse (la problématique aussi) a fait l'objet d'une évolution considérable entre le projet de recherche initial et les travaux que nous avons mené. Il s'agissait pour nous au départ de chercher à savoir si le modèle FBR marche ou non. De façon pratique, nous voulions à travers les données collectées par les enquêtes initiales sur le FBR chercher à évaluer son impact sur les indicateurs de santé. Au fil des lectures et des échanges, nous avons rapidement compris que le FBR malgré les difficultés qu'il a connu ne constituait pas un projet isolé mais une idéologie « nouvelle » appelée à se répandre dans le système de financement de la santé des pays du Sud sous diverses appellations dans un contexte dominé par la course à la mise en œuvre de la CSU. Au-delà de l'impact isolé du FBR sur les indicateurs de santé, nous avons donc décidé de chercher à comprendre les origines de ce mécanisme de financement, son mode de diffusion et sa capacité à apporter des résultats pour la mise en œuvre de la CSU.

Les années 80 ont été marquées en Afrique par l'introduction des programmes d'ajustement structurel avec pour conséquence la détérioration des services publics notamment dans le

secteur de la santé. Les finances publiques destinées au secteur de la santé vont connaître une réduction ce qui va entrainer une détérioration du système de santé. Le contexte économique international et national défavorable contribuera à aggraver cette situation aboutissant en 1987 à la mise en œuvre de l'initiative de Bamako. Il s'agit de façon concrète de demander aux populations de contribuer financièrement à la prise en charge de leur santé. L'époque de la santé pour tous née à la suite de la conférence d'Alma Ata en 1978 va faire place à l'ère de la santé pour chacun.

Cette approche basée sur des idées néolibérales appliquées en plus dans un contexte de pauvreté va conduire à éloigner les populations les plus pauvres des centres de santé aggravant les inégalités en santé et dégradant du même coup les indicateurs de santé. L'une des solutions durables et efficaces pour y remédier était la mise en œuvre d'une couverture contre le risque maladie afin de protéger les populations contre le risque de dépenses catastrophiques en santé lors des épisodes de maladie. Dans ce contexte la CSU sera promue comme un moyen efficace et durable pour permettre l'accès à la santé pour tous à une frange importante de la population. Promu en 2013 et portée par la Banque mondiale et l'OMS, la CSU constitue un objectif majeur à atteindre dans le champ de la santé mondiale.

Dès lors, ces organisations internationales vont développer une série de mécanismes de financement « nouveaux » pour aider les pays à atteindre cet objectif qui s'insère dans le cadre des ODD (2030). C'est ainsi que nous allons assister à nouveau au développement des mécanismes issus de l'école néolibérale malgré l'échec relatif de l'initiative de Bamako tels que l'achat stratégique et le FBR dont les objectifs sont l'amélioration du système de santé afin de faciliter la mise en œuvre de la CSU.

Le financement de la santé comprend trois éléments importants à savoir la mobilisation des ressources, la mise en commun et l'achat des soins de qualité au profit des bénéficiaires. Nous allons nous intéresser au dernier volet. Il s'agit de la fonction d'achat qui se base sur des principes de contractualisation. Le payeur doit définir le mode d'adhésion, identifier des structures de santé partenaires, définir des critères et des normes de qualité de même que les modes de paiement et les échéances de paiement des structures de santé. Les modalités d'adhésion sont basées sur des cotisations obligatoires et l'Etat prend en charge les patients démunis.

Les bénéficiaires transfèrent à l'organisme payeur la possibilité de choisir pour eux les prestataires, les types de soins dont ils vont bénéficier et les modalités de remboursement de

ces soins. Il faut donc une séparation des fonctions, une transparence mais surtout encourager la concurrence entre les prestataires. Comme nous le détaillerons dans le chapitre 2, le Burkina Faso a expérimenté plusieurs types de FBR. Le FBR type 3 qui comprend le paiement à la performance associé à la prise en charge gratuite des indigents constitue également un outil de protection des plus pauvres contre le risque maladie et de contractualisation entre les prestataires et le payeur avec définition d'une série de normes et paramètres à intégrer et à respecter. Le Burkina Faso ayant mis le FBR en œuvre de 2011 à 2018, s'est engagé à offrir à une proportion importante de la population une protection contre le risque maladie avec la mise en œuvre de la CNAMU en 2018.

Le pays possède donc l'expérience du FBR avec une ressource humaine qualifiée, de la documentation et un savoir-faire. Le FBR devait rendre le système de santé plus performant et faire le nid de la CSU.

Il s'agira pour nous de vérifier si le FBR a réellement servi à la mise en œuvre d'une CSU au Burkina Faso.

Pour ce faire nous allons interroger trois aspects du FBR. Le premier consistera à chercher à comprendre pourquoi le pays à un moment donné a décidé de s'orienter vers cette méthode de financement. Le deuxième point consistera à analyser le mécanisme adopté pour la mise en œuvre et la diffusion du FBR en identifiant les acteurs impliqués et le rapport entre ces acteurs. Le dernier point concernera l'apport pratique du FBR sur le système de santé. Il s'agira d'évaluer l'impact du FBR et son apport dans la perspective d'une couverture santé universelle.

En pratique, le FBR et la CSU mobilisent des acteurs différents et le leadership semble être porté par des ministères différents au niveau national (i). La conceptualisation du FBR comme outil de mise en œuvre de la CSU ne semble pas de ce fait une évidence pour les différents acteurs(ii) et le manuel de mise en œuvre du FBR ne fait pas explicitement cas du FBR comme une phase de transition ou un outil de mise en œuvre de la CSU (iii).

Nous émettons comme hypothèse que l'introduction du FBR au Burkina Faso est l'œuvre d'entrepreneurs institutionnels et que sa mise en œuvre n'a pas permis d'atteindre les resultats escomptés (les objectifs présentés n'ayant pas été atteint). En d'autres termes, le FBR tel que mis en œuvre au Burkina Faso n'a pas permis de mettre le pays sur les rails de la CSU. Les mesures entreprises depuis les indépendances dans le secteur de la santé n'ont pas permis d'améliorer considérablement les indicateurs de santé des populations. Comme détaillé dans le chapitre 1 cela va favoriser la multiplication des politiques et programmes de santé au Burkina

Faso avec souvent un rôle important joué par les partenaires techniques et financiers. Ces acteurs internationaux du fait de la faiblesse des États bénéficiaires arrivent à mettre en place en s'appuyant sur des organisations et des acteurs locaux ces programmes de santé parfois en dehors de l'agenda national des pays bénéficiaires. Face aux échecs constatés des politiques antérieures à améliorer les indicateurs de santé de façon considérable, la solution proposée par ces acteurs était simplement de remettre en question le modèle existant en introduisant un autre programme de santé jugé plus performant donc capable d'améliorer le système de santé et in fine les indicateurs de santé (état de santé des populations bénéficiaires). Ces nouveaux programmes et politiques sont souvent introduits en remplacement de ceux existant (dans une logique de changement) parfois en association avec ceux existant entrainant une forme d'empilement des programmes et politiques en espérant que les uns impactent positivement les autres. Si le FBR était perçu comme un changement par son mode de fonctionnement en comparaison au financement traditionnel du système de santé il a été mis en œuvre en plus d'autres programmes de santé avec parfois une absence de complémentarité entre eux. Nous soutenons ainsi l'affirmation selon laquelle l'introduction du FBR comme alternative dans le cas du Burkina Faso n'a pas permis d'améliorer les indicateurs de santé comme annoncé ni d'améliorer considérablement et efficacement le système de santé du pays dans la perspective d'une couverture santé universelle.

5. Positionnement de la recherche

Dans son livre « introduction à l'économie » Jacques Généreux essaie de retracer l'évolution de l'économie dans une perspective historique. Il affirme ainsi que l'économie a initialement été pensée comme un sujet de philosophie morale et politique jusqu'à la renaissance (XVe-XVIe siècles). Il s'agit à l'époque de moraliser l'usage de la monnaie et la pratique des échanges pour s'assurer que la cupidité et la compétition pour les richesses ne détruisent pas la cohésion de la société. L'économie ne constituait pas une sphère autonome et restait subordonnée aux normes sociales, philosophiques et religieuses qui structuraient la société. Cela va changer entre le milieu du XVIe siècle et la fin du XVIIe siècle caractérisé par le déclin du pouvoir religieux, l'affirmation du pouvoir politique, la rivalité croissante des Etats pour le contrôle des nouvelles routes commerciales (Indes, Amériques) et des colonies. Ces facteurs entre autres vont contribuer à créer le terreau favorable à une première révolution dans la manière de penser l'économie en Europe. C'est alors que vont émerger des auteurs dits mercantilistes qui vont réhabiliter la richesse comme source du bonheur privé et du bien public.

L'économie va s'émanciper ainsi de la morale antique et de la religion pour devenir une science politique. Ces auteurs fondent une nouvelle discipline qui sera appelé économie politique à l'initiative de Montchrestien (1615). Si l'analyse économique reste essentiellement politique, elle ne s'émancipe pas totalement de la philosophie avant le milieu du XIXe siècle et le désir de « faire science » gagne progressivement en importance dans les travaux. Par la suite, l'économie politique va se transformer en science mathématique des choix individuels et de leur coordination par les marchés : on parle de la révolution marginaliste. Cette révolution scientifique opérée dans les années 1870 par les auteurs comme Léon Walras, Carl Menger et William Stanley Jevons va conduire à rebaptiser le « political economy » en « economics ». Cette expression avait pour but de souligner le fait qu'il s'agira désormais d'une science mathématique. Ces auteurs vont poser ainsi les bases d'une école qualifiée de « néoclassique » qui va constituer le courant dominant à la fin du XIX e siècle malgré le paradigme keynésien des années 1930-1970. Ce bref rappel historique nous permet de comprendre la genèse des différents courants qui occupent le champ de l'économie. L'économie de la santé est également traversée par cette diversité d'approche dans l'analyse des problèmes en santé. Le dictionnaire français en ligne [3]définit l'économie de la santé comme une discipline visant à appliquer à la santé les principes de la science économique. Les principes étant différents, cela va se traduire par une diversité d'approche.

Pour l'économie mainstream, le principe de base est que l'agent économique est un homo-œconomicus, rationnel et intéressé uniquement par la maximisation de son utilité. En économie de la santé ce principe pourra se résumer en deux phrases pour ce qui concerne l'offre et la demande de soins :

- Le patient est rationnel et la consommation des soins de santé serait le fruit d'un choix rationnel
- Le soignant est intéressé uniquement par la recherche de maximisation de son profit.

Cette approche a montré ses limites particulièrement dans le secteur de la santé. Pour ce qui concerne le premier volet, Batifoulier et Domin ont remis en cause la pertinence du consommateur rationnel en affirmant : « *le domaine de la santé met en avant que l'humain puisse souffrir et qu'il est souvent particulièrement démuni face à la maladie et plus encore à la mort. La demande de soin présente le plus souvent un caractère involontaire et ne peut être*

[3] https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/economie-de-la-sante

assimilée à un simple désir. On ne choisit pas d'avoir un accident cardiaque ni même un mal de gorge. Le soin de santé ne correspond pas à un « achat plaisir » comme certains biens de consommation courante. Dans la majorité des cas, on ne peut pas prévoir le besoin, indépendant de la responsabilité individuelle. Le besoin en santé répond à des caractéristiques biologiques du fait d'une vulnérabilité humaine commune face à la maladie et à la souffrance. Il est aussi lié à des traits culturels et sociaux du fait du rôle du contexte sociétal dans la définition de la norme de santé. Vouloir réduire le besoin de santé à une stratégie ou une simple préférence individuelle occulte son caractère collectif et social » (Batifoulier et Domin, 2015).

Pour ce qui concerne le second volet, qui se rapproche plus de notre sujet de thèse, la logique de l'économie standard est de proposer aux soignants des incitations (notamment financière) afin de les amener à produire plus de soins de qualité. C'est la même logique visée par le FBR. Da Silva (2013) a démontré les limites de cette approche également tout en soulignant la nécessité de prendre en compte d'autres valeurs au-delà de la motivation financière dans l'analyse de la motivation des soignants. Il s'agit en occurrence des motivations anti-utilitaires particulièrement importantes pour les professionnels de la santé comme la définition de la bonne pratique, la définition de la profession, les problèmes éthiques et déontologiques, les relations avec les patients, la reconnaissance etc. (Da silva,2013).

L'approche par l'économie standard nous paraît en toute évidence inadaptée voire incomplète pour mieux cerner notre objet d'étude.

En outre, comme nous l'avons exposé plus haut, cette approche met un accent sur la scientificité et se base exclusivement sur les sciences qualifiées d'exactes excluant de ce fait un rapprochement avec les autres sciences sociales. La santé est un fait social et l'économie de la santé ne peut être abordée sans prendre en compte les sciences sociales. Nous épousons l'idée que les sciences économiques constituent une science sociale qui ne peut exister que par son dialogue avec les autres sciences sociales et par la controverse. Par ailleurs, nous mobilisions plusieurs disciplines (économie, sociologie, santé publique) pour conduire notre travail de thèse. Pour toutes ces raisons évidentes, nous jugeons que l'approche par l'économie standard ne convient pas à notre objet d'étude.

Enfin, je suis médecin à la base et la formation que j'ai reçue de même que l'expérience que j'ai acquise dans l'exercice de ma profession ne me permettent pas de dire que la motivation médicale se limite à la recherche du profit et les incitations financières ne peuvent pas suffire pour induire un changement dans le système de santé comme supposé par l'approche

néoclassique. Le secteur de la santé est donc celui qui permet le mieux de démontrer les failles du raisonnement néoclassique.

Nous nous inscrivons dans l'approche qui est celle de l'économie politique de la santé. Les politiques de financement de la santé (dans les pays du Sud pour ce qui nous concerne) sont construites par les politiques et la santé constitue la manifestation des enjeux économiques et sociaux. L'économie politique de la santé est par conséquent forcément pluridisciplinaire. Elle permet d'historiciser et de déconstruire les problématiques académiques usuelles (Duchesne, 2021)

6. Approche méthodologique

Il faut noter qu'au début de la thèse, nous avions opté pour une approche quantitative. Il s'agissait d'utiliser les données issues des enquêtes antérieures du FBR à grande échelle pour la phase empirique. Une approche basée sur les outils statistiques pour évaluer l'impact du FBR. Au-delà de notre connaissance limitée en méthode de traitement des données quantitatives nous avons été confrontés à des difficultés pour avoir accès aux données de l'enquête menée par le centre Muraz. Malgré nos différentes approches nos demandes ont été rejetées. En outre, lors de la revue de la littérature et de nos échanges nous avons compris que le FBR n'était pas qu'un projet isolé mais que le financement de la santé dans les pays du Sud en général et au Burkina Faso en particulier prenait une nouvelle orientation avec l'introduction du new public management dans le paysage de la santé. Il apparaissait judicieux donc d'aller au-delà des résultats du FBR sur les indicateurs de santé et de nous intéresser à la conception, le mode de diffusion et l'apport sur le système de santé de ce modèle marchand. Ce qui pourra permettre d'étendre l'apport de notre étude au-delà du simple cas du FBR. Nous avons opté de construire un cadre conceptuel autour du tryptique causes, mécanismes et résultats du changement institutionnel. Nous considérons les institutions dans le sens de North (1990) comme un ensemble de règles pour faciliter les interactions entre les acteurs. La finalité étant la recherche d'efficacité (économique, politique etc.). Le système de santé fait intervenir un ensemble d'acteurs (nationaux et internationaux) qui doivent se coordonner entre eux dans le but d'améliorer l'état de santé des populations bénéficiaires. Cette interaction est régie par des règles et des normes. Le système de santé au Burkina Faso à l'instar des autres pays de la sous-région a fait l'objet de nombreux changement depuis les indépendances. Le FBR est l'un de ces nombreux changements. Nous considérons le FBR comme une institution. Une approche par la

théorie du changement institutionnel (détaillé dans le chapitre 3) nous paraît de ce fait appropriée pour mieux cerner les causes, mécanismes et résultats de ces changements. Pour ce faire notre approche théorique a été complétée par une approche qualitative à travers un questionnaire (détaillé dans le chapitre 5) et une revue de la littérature.

Pour ce qui concerne le deuxième aspect, nous avons fait une revue de la littérature économique surtout l'économie mainstream pour mieux saisir la logique marchande en occurrence la relation d'agence sur laquelle se fonde la logique du FBR.

Encadré 2 : Le principe de la théorie de l'agence

La théorie de l'agence est une théorie qui permet d'analyser les contrats entre deux acteurs à savoir le principal et l'agent. La logique qui guide cette théorie est que le principal peut faire appel aux services d'une autre personne qui est qualifiée d'agent pour exécuter une tâche en son nom. Ce qui implique une forme de délégation de responsabilité ou de pouvoir de décision à l'agent. On parle donc de relation d'agence (Jensen et Meckling, 1976 ; Ross, 1973). Cette relation d'agence est caractérisée par l'asymétrie d'informations entre le principal et l'agent dans la mesure où les deux ne sont pas au même niveau d'information et par l'incertitude. Face à cette divergence d'intérêts il est établi généralement un nœud de contrat entre les acteurs afin de formaliser à travers un modèle principal-agent la relation qui les lie.

Source : adaptée de Bidiasse 2017

Le secteur du financement de la santé dans les pays du Sud n'est pas un problème nouveau. Il a été abordé par d'autres disciplines en occurrence en santé publique, en sociologie ou en économie. Nous avons ainsi élargi notre revue de la littérature à ces différentes disciplines.

Nous avons également utilisé des rapports provenant du ministère de la santé grâce aux contacts que nous avons pu établir. Ce qui nous a permis de pouvoir mieux circonscrire notre sujet de thèse. Ces rapports ont été complétés par des manuels de mise en œuvre. Tous ces éléments nous ont permis d'identifier des personnes ressources que nous avons pu interroger dans le cadre des travaux de terrain.

Il ressort de ces travaux que le FBR a été porté essentiellement par un partenaire technique et financier en occurrence la Banque mondiale et s'est appuyé sur un réseau d'acteurs en interne également pour pouvoir se développer au Burkina Faso. L'un des échecs de sa mise en œuvre s'est traduit par la mise en œuvre de ce programme avec une organisation parallèle à celle du ministère de la santé. Cette mise en œuvre a également donné des résultats qui étaient en deçà des attentes. Le FBR n'a pas amélioré les indicateurs de santé ni reformé le système de santé comme initialement prévu. Les acteurs de mise en œuvre n'ont pas pu porter le FBR à l'échelle nationale et tel que mis en œuvre, il n'a pas permis de mettre le pays sur les rails de la CSU.

7. Présentation du plan de thèse

Notre travail de thèse va s'articuler autour de trois parties, chacune composée de deux chapitres. Ces différentes parties vont nous permettre ainsi de tester notre hypothèse de recherche. La première partie nous renseigne sur les politiques de santé mises en œuvre au Burkina Faso. La deuxième partie nous permet de faire une revue de la littérature sur le FBR et la CSU afin de saisir les fondements conceptuels de l'introduction du FBR et d'élaborer un cadre conceptuel pour la suite de la thèse. La dernière partie nous permet d'évaluer le FBR dans la perspective de la couverture santé universelle.

La première partie nous permettra de retracer de façon chronologique les différentes politiques de santé qui ont marqué les systèmes de santé en Afrique de l'Ouest de façon générale et au Burkina Faso de façon particulière depuis les indépendances à nos jours. Elle met en évidence la ressemblance dans les grandes lignes des politiques de santé dans ces pays.

Elle a pour objectif d'identifier les acteurs et les facteurs qui ont contribué à ces changements avec un focus sur le cas du Burkina Faso. Cette partie va nous permettre ainsi de situer le FBR par rapport aux autres programmes et surtout de mieux comprendre sa conception et sa mise en œuvre. Elle va nous permettre de ce fait de mettre en évidence dans une perspective historique la faiblesse des États de la sous-région dans le choix des programmes et politiques de santé en soulignant le poids des partenaires techniques et financiers dans la mise en œuvre des systèmes de santé de ces pays. Le premier chapitre va mettre l'accent sur le cas du Burkina Faso tout en faisant le parallèle avec les pays qui ont adopté les mêmes programmes ou politiques avec les mêmes partenaires techniques et financiers.

Le chapitre 1 servira de cadre pour retracer les différentes politiques de santé dans une perspective historique tout en mettant l'accent sur les acteurs intervenants, les conditions de mise en œuvre et des objectifs visés. Ce chapitre va nous permettre de mieux cerner la trajectoire prise par le pays en matière de financement de la santé et de mieux situer la place du FBR dans cette évolution. Il permet ainsi de mettre en lumière le changement que constitue la mise en œuvre du FBR par rapport au financement traditionnel du système de santé.

Le chapitre 2 fera un focus sur le FBR pour mieux cerner ce mécanisme de financement de la santé, son mode d'introduction au Burkina Faso, les acteurs et son mode de fonctionnement. Ce chapitre va permettre de mieux cerner ce mécanisme de financement de la santé et ses interactions avec les autres programmes mis en œuvre dans la course vers la CSU. Il va

permettre ainsi de voir s'il y avait une articulation entre le FBR et les autres programmes ou s'il s'agissait simplement d'un empilement de programmes.

La deuxième partie consiste à une revue de la littérature sur le sujet avec une approche théorique pour comprendre les concepts et une approche empirique pour mieux saisir le travail déjà réalisé sur le sujet. Son objectif est de permettre de mieux cerner ce qui a déjà été fait sur le sujet afin de pouvoir identifier les items en rapport avec la conception, la diffusion, la mise en œuvre ou les resultats du FBR dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Ce qui va permettre d'identifier les indicateurs pour expliquer les raisons de la mise en œuvre du FBR, le processus utilisé pour sa mise en œuvre et évaluer sa capacité à reformer les systèmes de santé des pays bénéficiaires. Elle va également servir de cadre pour aborder les théories du changement institutionnel afin de mettre en lumière les mécanismes du changement et les acteurs qui interviennent dans sa mise en œuvre. Cette approche sera adaptée au cas du FBR pour nous permettre d'élaborer un cadre conceptuel solide pour vérifier notre hypothèse de départ. Cette partie va permettre d'affiner donc notre méthodologie de recherche empirique et justifier notre choix théorique.

Le chapitre 3 nous permettra d'avoir un aperçu sur les travaux concernant le FBR et la CSU dans les pays du Sud afin de mieux cadrer notre sujet de thèse. Il présente un recueil des travaux sur le sujet avec les méthodologies de recherche qui ont été adoptées. Ces travaux seront présentés de façon thématique de manière à cerner l'impact du FBR sur les différents aspects du système de santé. Ce chapitre va nous permettre ainsi de mieux comprendre notre apport à la littérature grandissante sur le sujet et d'identifier les items pertinents pour tester notre hypothèse de départ.

Le chapitre 4 fait un focus sur les théories mobilisées pour expliquer l'introduction du FBR au Burkina-Faso. Il expose les bases théoriques de la thèse en expliquant les raisons de notre choix. Le cadre conceptuel que nous avons conçu pour conduire la thèse tourne autour du tryptique causes, mécanismes et resultats du changement institutionnel. Ce cadre conceptuel appliqué au FBR va nous permettre de mieux définir les concepts qui font l'objet de notre étude en occurrence le FBR et la CSU et de faire ressortir le lien entre ces éléments. Il sera le fil conducteur de la phase empirique.

La troisième partie va nous permettre d'évaluer l'apport du FBR dans la mise en œuvre de la CSU au Burkina-Faso et de vérifier de façon pratique notre hypothèse de recherche. Cette partie sera l'occasion de présenter la méthodologie adoptée pour tester l'hypothèse émise au départ à

travers les resultats des différents entretiens. Cette partie fera la synthèse de ces resultats. Les resultats obtenus vont nous permettre de proposer les recommandions pour une meilleure efficacité des changements à introduire dans le système de santé.

Le chapitre 5 présentera les resultats de la phase empirique. Il s'agit des resultats issus de la phase de terrain que nous avons menée auprès des acteurs clés du système de santé et du FBR au Burkina Faso. Ces resultats seront présentés de façon thématique en suivant le cadre conceptuel initialement prévu. Cette phase qui résume les tendances issues des entretiens que nous avons menées sera complétée par une phase de discussion qui va nous permettre de comparer nos resultats obtenus à d'autre travaux sur le sujet.

Le chapitre 6 proposera des solutions concrètes pour la gestion de l'aide publique au développement dans le secteur de la santé et surtout des stratégies pour une utilisation efficace des ressources engagées dans la course pour la mise en œuvre de la CSU.

Nous terminerons enfin par une conclusion qui fera la synthèse de notre travail.

Première partie : évolution du financement de la santé au Burkina Faso des indépendances à nous jours

Introduction de la première partie

En s'intéressant aux systèmes de santé des pays de l'Afrique de l'Ouest, on constate que ces derniers ont globalement mis en œuvre les mêmes politiques de santé depuis les indépendances à nos jours. En effet, ces pays ont accédé aux indépendances essentiellement dans les années 60 et ont constitué leur propre système de santé à cette période. Ils partagent en plus d'autres similitudes comme le faible niveau de développement économique, la situation épidémiologique marquée par les épidémies et le mode de gouvernance politique. Ces États ont en commun des indicateurs de santé parmi les plus faibles au monde. Pour ces raisons et surtout dans un contexte de mondialisation où la mobilité des populations est un aspect important, il était nécessaire voire impérieux pour les pays développés d'investir dans la santé afin de pouvoir lutter contre les maladies infectieuses (qui peuvent surtout se transmettre) dans le but de protéger leurs populations.

Très dépendant des bailleurs de fonds qui seront rebaptisés partenaires techniques et financiers et des organisations internationales œuvrant dans le secteur de la santé (pour ce qui concerne) comme l'OMS, la Banque mondiale, GAVI, etc. ces pays vont constituer des terrains favorables pour l'expérimentation ou la mise en œuvre de plusieurs programmes ou politiques de santé financés par ces derniers. C'est ainsi que nous allons assister à la mise en œuvre des mêmes politiques de santé, souvent par les mêmes acteurs (ou groupes d'acteurs) dans ces différents pays. Pour ces différentes raisons, nous parlons d'approche régionale en matière de politique de santé. Certains auteurs vont plus loin et parlent de politiques de santé Africaines. À titre d'exemple, la gratuité des soins après les indépendances et l'initiative de Bamako ont été adoptées par plusieurs pays en Afrique (Tizio et Flori, 1997) de même que la réintroduction de la gratuité après l'initiative de Bamako dans plusieurs pays en Afrique (Ridde et Blanchet, 2008 ; Robert et Mallé Samb, 2012).

Il existe juste quelques nuances entre ces États dans la conception, la mise en œuvre ou un décalage entre les périodes de mise en œuvre. Le Sénégal par exemple, a choisi de cibler les personnes âgées avec la politique de gratuité des soins pendant qu'un pays comme le Burkina Faso a choisi les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

En résumé, ces pays ont mis en œuvre à quelques nuances près, une politique de gratuité des soins durant la période post-coloniale, la mise en œuvre de l'initiative de Bamako avec le paiement direct, puis la réintroduction des mécanismes de gratuité après l'échec relatif de l'initiative de Bamako. Ces pays sont engagés désormais dans la course vers la couverture

maladie universelle avec l'accompagnement des mêmes PTF. Pour parvenir à cet objectif, des mécanismes de financement de la santé basés sur les incitations financières ont également été introduits dans le système de santé de ces différents pays à savoir le FBR et l'achat stratégique (selon des plannings différents).

Le système de santé du Burkina Faso a également subi des modifications depuis les indépendances. Ces modifications s'inscrivent dans la même lancée que ce qui a été fait dans d'autres pays. Cette partie a pour objectif d'énumérer les différents changements opérés dans le système de santé de ces pays bénéficiaires tout en mettant en évidence les causes, les objectifs, les contextes favorables et le rôle joué par les différentes parties prenantes dans la mise en œuvre de ces changements de même que le type de rapport entre ces parties. Elle va permettre de mieux apprécier le rapport entre l'État et ces partenaires dans le choix des programmes de santé dans une perspective historique. Ce qui va permettre de mieux comprendre les changements qui s'opèrent actuellement avec la mise en œuvre du financement basé sur les resultats et les intérêts en jeu.

Cette première partie comprend deux chapitres. Le premier chapitre va nous permettre de retracer ces différentes politiques dans une perspective historique et de façon chronologique. Il va nous aider à comprendre les circonstances qui ont permis la mise en œuvre de ces différentes politiques de santé tout en mettant en évidence le rôle joué par les partenaires techniques et financiers dans la mise en œuvre de ces programmes. S'agissant des mêmes politiques de santé, nous n'avons pas jugé pertinent de séparer le cas du reste de l'Afrique et celui du Burkina Faso. Nous adopterons une approche centrée sur le Burkina Faso tout en faisant le parallèle avec les autres pays qui ont adopté les mêmes politiques d'où l'expression approche régionale. Cette évolution chronologique va nous permettre d'aboutir à la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso. Le chapitre 2 va nous permettre de décrire ce FBR, sa conception, son fonctionnement et son mode d'introduction au Burkina Faso.

Chapitre 1 : Evolution des politiques de santé au Burkina Faso

Introduction

Dans ce chapitre, il s'agira pour nous de retracer dans une perspective historique l'évolution des politiques de financement de la santé au Burkina Faso tout en faisant intervenir les différents contextes (socio-économique et sanitaires de l'époque) et les acteurs qui ont participé afin de mieux comprendre les différents choix opérés par le pays. Il ne s'agira pas de répertorier de façon exhaustive toutes les politiques de financement de la santé qui ont existé au Burkina Faso mais de lister les grandes étapes qui ont entrainé des changements. Par mécanisme de financement nous sous entendons les mécanismes de financement instaurés par les pouvoirs publics avec ou sans l'accompagnement des partenaires techniques et financiers.

Le système de santé au Burkina Faso à l'image de celui des autres pays de la région Ouest Africaine, a connu des remaniements importants de la période coloniale à nos jours. Plusieurs approches du système de santé y ont été expérimentées dictées par la situation épidémiologique (locale et internationale) du moment, d'une part, et par les décisions des organismes internationaux garant de la santé mondiale, d'autre part (Banque mondiale, OMS, etc.). De l'approche axée sur les soins (mise en œuvre des programmes verticaux) au mécanisme de financement du système de santé (du financement input vers le financement à la performance), le pays a expérimenté plusieurs stratégies avec parfois un changement de paradigme.

Héritier d'un système de santé post colonial fragile et faisant partie des pays les plus pauvres, le Burkina Faso fera face après les indépendances à une propagation des maladies infectieuses décimant les populations surtout en milieu rural. Les nombreux progrès réalisés dans le secteur de la santé ont mis du temps à arriver sur le continent Africain créant ainsi un écart de niveau en santé entre les populations des pays du Sud et du Nord. Cette différence d'état de santé se retrouve entre des habitants d'un même pays entre les riches et les pauvres.

Cette situation va motiver en 1978 la tenue d'une conférence du 6 au 12 septembre à Alma Ata sur l'état de la santé dans le monde. La conférence débouchera sur la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Cette conférence a servi de cadre pour interpeller les dirigeants mondiaux sur l'urgence de la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable. L'Objectif étant la santé pour tous en l'an 2000. Depuis lors, cette déclaration constitue un des piliers des programmes de l'Organisation mondiale de la santé qui

est un acteur majeur de l'élaboration des programmes de santé dans les pays pauvres et les pays en développement.

Le Burkina Faso a adopté la mise en place des soins de santé primaires (SSP) proposés en 1978 à Alma Ata. L'objectif était de remédier à la forte mortalité liée aux maladies endémo-épidémiques qui sévissaient dans le pays et de répondre aux besoins de la population en matière d'accès à la santé. Cette dynamique va entrainer une réorganisation de la politique sanitaire avec un accent particulier qui sera mis sur la promotion des soins primaires. Ce qui va pousser le pays à se doter d'une programmation sanitaire nationale (PSN) durant la période 1980-1990 dont la mise en œuvre va entrainer le développement progressif d'une organisation pyramidale du système de santé.

La première section de ce chapitre sera consacrée à la présentation des reformes dans le financement du système de santé de la période des indépendances à la mise en œuvre de l'initiative de Bamako. La deuxième section sera consacrée à la mise en œuvre de l'initiative de Bamako. La troisième section présentera les reformes entreprises après l'initiative de Bamako avec la réintroduction des mécanismes d'exemptions ciblées dans le financement de la santé. La dernière partie va faire un focus sur la mise en œuvre des méthodes de paiement à la performance.

1. Des indépendances à l'initiative de Bamako

Ancienne colonie française, la haute volta (aujourd'hui Burkina Faso) accède à l'indépendance en Août 1960 dans un contexte économique et sanitaire relativement précaire. Le mode d'organisation des sociétés en village, tribu ou encore clan associé à la décolonisation avec la perte de la tutelle coloniale va entrainer une orientation après les indépendances vers des modes d'organisation socialiste de la politique et de l'économie (Kalfleche, 1969). À cette période les maladies infectieuses constituaient la priorité en matière de santé publique avec une mortalité élevée. La santé ne va pas échapper à l'idéologie politique du moment caractérisée par « l'État interventionniste » et la gratuité des soins sera ainsi la norme. Pour Tizio et flori (1997), la prestation gratuite des soins avait en plus une valeur symbolique car elle était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale. Cette approche égalitariste de l'accès à la santé répond à la logique de « la santé pour tous » prônée par L'OMS. Cette stratégie va aider le Burkina Faso à venir à bout de certaines épidémies à l'époque grâce à la vaccination généralisée gratuite, à la prévention et à la prise en charge des

maladies. Cette politique de gratuité des soins dans ces pays à l'économie précaire sera rendue possible grâce au contexte économique du moment.

1.1 Situation économique internationale de 1960 à 1980

Après la seconde guerre mondiale les pays du nord durement touchés vont entreprendre des mesures de relance de leur économie. Les États vont prendre le développement socio-économique en main en fixant d'une part les priorités en matière de développement et d'autre part en investissant beaucoup dans le secteur social. L'industrie va reprendre de plus belle avec la production de produits de consommation. Cet essor sera possible grâce au développement de l'agriculture qui sera plus mécanisée et contribuera à produire en quantité et en qualité pour répondre au besoin de l'industrie. À cela s'ajoute la disponibilité à moindre coût de certaines ressources naturelles telles le pétrole. Les industries à leur tour appliqueront les nouvelles techniques de production (travail) pour produire les mêmes produits en quantité. Elles vont également investir dans la recherche dans le but de produire de nouveaux produits qui répondent au besoin de la population et de stimuler la consommation. Les techniques marketing verront le jour pour attirer le maximum de clients potentiels avec l'accroissement du pouvoir d'achat. Ces pays vont ainsi connaître une forte croissance économique entre 1945 et 1973 qui sera qualifiée des trente glorieuses. Cette époque sera celle du développement des grandes infrastructures et le secteur sanitaire va également en bénéficier.

Cette croissance profitera moins aux pays Africains directement. En effet, l'agriculture était toujours au stade embryonnaire, l'industrie quasi-inexistante et la démographie galopante rendaient la croissance faible et non profitable aux pays Africains. Ces pays néanmoins mobilisaient les impôts pour financer les structures publiques dont le secteur de la santé. C'est ce qui permettait à l'État d'assurer la dispensation « gratuite » des soins aux populations.

À l'international, les institutions telles l'OMS, la Banque mondiale, USAID vont bénéficier des financements des pays en pleine croissance et vont s'impliquer davantage dans la gestion des grandes pandémies surtout dans les pays pauvres qui sont les plus touchés. Il s'agissait essentiellement des maladies infectieuses. À titre d'exemple, en 1963, un programme de vaccination contre la rougeole est mis en place. Ces politiques mises en place pour protéger les populations Européennes contre les maladies infectieuses pouvant provenir des anciennes colonies (dans un contexte de mondialisation) vont aider à lutter contre les pandémies du moment.

Cette croissance sera interrompue en 1973 suite au premier choc pétrolier. En effet, après la seconde guerre jusqu'en 1973, les produits de consommation vont connaitre une inflation importante alors que le prix du pétrole est resté bas. Cette situation entravait l'essor des pays producteurs de pétrole qui réunis en organisation sous le nom OPEP (Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole) vont augmenter en retour le prix du pétrole. Cette augmentation va impacter le coût de production de certains produits qui deviendront plus chers et le fonctionnement des industries plus coûteux. S'en suivra une baisse de la production et une augmentation du chômage. Les pays seront obligés de revoir leur orientation socio-économique. *« Dans le domaine de la santé, les premières activités à subir les effets de la crise budgétaire vont être les activités de prévention et de lutte contre les grandes endémies, principalement en milieu rural. Le retournement de la conjoncture semble avoir à l'époque pour corollaire la régression des systèmes de santé nationaux, en particulier ruraux, pouvant induire des conséquences graves sur l'état de santé de ces populations.* ». (Tizio et al, 1997). Le monde fera par la suite face à un deuxième choc pétrolier en 1979. Ce choc pétrolier associé à d'autres facteurs (baisse du prix des matières premières, industries à l'ancienne…) contribueront à plonger l'économie de ces pays dans une crise.

Le continent Africain dont l'économie précaire était fondée essentiellement sur le secteur primaire sera fortement impacté par cette situation. Pour sa résolution, les institutions internationales vont revoir leur approche en proposant à ces pays des stratégies pour ajuster leurs économies. Ce qui aboutira dans les années 80 à la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel communément appelés (PAS).

a. Présentation des programmes d'ajustement structurel

C'est en 1979 que la Banque mondiale et le fond monétaire international (FMI) sous l'invitation du G7[4] vont élaborer les programmes d'ajustement structurel. L'objectif selon les promoteurs est de redresser l'économie des pays après la crise. Il s'agit de réduire le déficit des finances publics et de la balance des paiements. Les PAS seront inspirés de la logique de l'économie néolibérale (issue du consensus de Washington) qui s'affirmera davantage après la crise économique grâce à l'implosion de l'URSS et à la perte de l'élan dans les pays socio-démocrates.

[4] Allemagne, États-Unis, France, Italie, Japon, Royaume-Uni et Canada

En Afrique, l'introduction des PAS s'est faite en 1980 dans l'objectif (officiel) de redresser l'économie des pays touchés par la crise économique. L'objectif était de réduire les déficits des finances publiques et de la balance des paiements dans les limites qui permettent d'organiser une gestion financière déflationniste. La mise en œuvre de ces programmes va entrainer des effets pervers notamment dans les secteurs sociaux comme l'éducation et la santé. L'encadré n°1 résume les conséquences de l'ajustement structurel.

Encadré 3: les conséquences de l'ajustement structurel en Afrique

La notion d'ajustement structurel, appliquée aux pays sous-développés, est étroitement liée à la spirale infernale de l'endettement international, ainsi qu'à la crise de paiement qui l'a suivie au début des années 1980. Face à l'ampleur du phénomène d'insolvabilité, les bailleurs de fonds internationaux, notamment le FMI et la Banque Mondiale, avaient décidé d'exiger des pays emprunteurs de s'engager à prendre des mesures économiques et financières radicales, pour parvenir à dégager des excédents financiers et rembourser leur dette extérieure. Le FMI a pour objectif de généraliser les règles du marché à l'échelle planétaire.

L'Afrique avait à faire, avant l'imposition des Programmes d'Ajustement, à des économies agraires de très faible productivité (agriculture extensive). Or, l'agriculture était à la base de ces économies. Donc à moins de subir des transformations de fonds par un progrès de la productivité et des rendements, celles-ci restaient particulièrement vulnérables sans possibilité de développer d'autres secteurs. Ces économies étaient également restées dans le cadre de l'ancienne division internationale du travail, de type colonial : des économies agro-exportatrices voire exportatrices de produits miniers et ne jouissant que d'une base industrielle faible et particulièrement inefficiente. Il est en effet quasi impossible pour une économie insérée dans le modèle capitaliste et qui doit faire face, par exemple, au service de la dette, de subsister si elle ne peut exporter de manière régulière. Et exporter de manière régulière autre chose que des produits industriels était impossible. Espérer exporter des produits industriels sans avoir au préalable transformé le système agricole, de manière à ce qu'il soit plus productif et produise principalement pour le marché local, est par ailleurs aussi une utopie.

Les décideurs à cette époque vont maintenir les pays Africains sous cette organisation ancienne du travail en imposant des accords. À titre d'exemple, l'Union Européenne s'est opposée à la promotion d'une industrie textile d'exportation dans ces pays en appliquant les clauses des accords fibres et textiles. Les pays de l'Afrique subsaharienne qui avaient une économie socialiste après les indépendances verront leur structure profondément modifiée. L'éducation était gratuite, la santé également ou à moindre frais. La privatisation excessive de l'économie va entrainer la réduction des investissements sociaux. La volonté du FMI et de la Banque mondiale d'imposer un développement du secteur primaire - et en partie tertiaire - et non du secteur secondaire, à une région déjà en retard de développement est économiquement étonnante, même si elle est compréhensible de l'unique point de vue de l'idéologie néolibérale. Etonnante en effet, car tous les indices s'accordent à montrer (Banque mondiale, 1988, p.23) qu'il est économiquement plus rentable d'exporter des produits manufacturés que des produits de base, à l'exception du pétrole, et ce tant du point de vue du volume des exportations que de leur valeur unitaire, des termes de l'échange ou du pouvoir d'achat qu'elles permettent.

Ne pouvant imaginer que les stratèges de ces deux institutions soient à ce point si peu au fait des mécanismes économiques prévalant dans le système de l'économie de marché, il est plus vraisemblable que ce choix ait été fait, parce qu'il servait d'autres intérêts que ceux des pays directement concernés. (Adapté de Founou-Tchuigoua, 1994).

Les conséquences sur le secteur de la santé vont se traduire par une détérioration des services publiques de santé et une altération de l'état de santé des populations due au manque de moyens dans les structures publiques de santé, au chômage (perte d'emploi, emplois précaires dans le privé…), à la barrière financière à l'accès aux soins etc.

Au Burkina Faso la mise en œuvre des PAS se fera plus tardivement après une longue phase de négociation.

b. Introduction des programmes d'ajustement structurel au Burkina Faso

La mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel au Burkina se fera dans les années 90 après de longues discussions entre l'Etat Burkinabè et les institutions de Breton Wood. Pour comprendre la mise en œuvre tardive au Burkina Faso il est nécessaire de la situer dans son contexte historique. Le Burkina Faso (ancienne haute volta) a connu une histoire politique mouvementée après les indépendances avec des coups d'état et une gestion opaque du pouvoir des premiers présidents. Avec une série d'évènement (révolution, coups d'état), le pays va passer un cap important dans son histoire politique en 1983 avec la prise du pouvoir par le mouvement de révolution du Capitaine Thomas Sankara. Pour ce dernier, le développement passe par le peuple. S'il prônait la réduction des dépenses publiques comme le FMI et la Banque mondiale le mécanisme et les raisons étaient par contre différentes. Thomas Sankara a prôné la réduction du train de vie de l'État (pour faire des économies) dans le but d'investir dans les services sociaux comme l'accès à la santé, l'éducation etc. A titre d'exemple, dans le secteur de l'éducation, avec la participation des communautés qui ont accepté de construire les écoles elles-mêmes et l'État qui y affecte des enseignants, le taux d'alphabétisation était passé de 16 % en 1983 à 34 % en 1993 (Basile, 1996). Pour le FMI et la Banque mondiale, il n'était pas question d'encourager la construction d'enseignement supérieur qui était jugé comme un luxe pour un pays comme le Burkina Faso. Ils avaient proposé d'investir plutôt dans l'enseignement de base (primaire). Cette différence de vison du développement se retrouve également dans des secteurs clés comme les infrastructures.

En 1987 le capitaine Thomas Sankara finira par être assassiné et remplacé par Blaise Compaoré. La gestion administrative sera marquée par une bureaucratisation de plus en plus importante avec ses conséquences. En 1989, la dette du pays avait atteint 217,17 milliards de FCFA soit 29,6% du PIB à l'époque. L'État ne pouvait plus réaliser les investissements dans le secteur social avec ses propres moyens. On aboutira ainsi à la mise en œuvre des PAS dans les années 90.

C'est en 1991 que le Burkina Faso va appliquer les PAS pour la première fois. Devant l'augmentation de la dette extérieure et la faiblesse des recettes fiscales et douanières, l'État s'est trouvé obligé d'accepter les conditions de la Banque mondiale et du FMI.

Selon Sayouba (2015), le premier rapport des PAS du Burkina Faso a été soumis au Conseil d'administration du FMI en mars 1991 et à celui de la Banque mondiale le 4 juin 1991.

Les gouvernements successifs qui se sont suivis ont mis en œuvre les PAS dans plusieurs domaines avec des résultats mitigés. Le déficit budgétaire reste important et le financement des secteurs sociaux tels l'éducation ou la santé (secteur public) sera affecté. La gratuité des soins sera difficile à mettre en œuvre. Pour y remédier, les bailleurs de fonds vont proposer une autre approche soulignant les insuffisances de la gratuité des soins.

2. La mise en œuvre de l'initiative de Bamako

2.1. Présentation de l'initiative de Bamako

Avec la crise économique des années 80, la croissance des pays riches sera impactée et cette situation va affecter l'aide au développement. Le financement accordé au secteur de la santé dans les pays pauvres sera réduit pendant que ces pays font face également à des difficultés. Les structures de soins sont en souffrance et le personnel médical dont le salaire peine à être payé va développer une politique officieuse de paiement des frais de consultation. Face à cette situation devenue insoutenable, « les *bailleurs multilatéraux en viennent à la conclusion que seul le marché sous toutes ses formes peut alléger les contraintes financières devenues déterminantes* » (Foirry, 2001).

C'est ainsi qu'en 1987, James Grant, directeur de l'UNICEF (le Fonds International de Secours à l'Enfance à l'époque) avec le soutien de l'OMS va proposer de faire payer les usagers pour les soins (le paiement concernait d'abord les médicaments mais il sera étendu par la suite à l'ensemble des services offerts dans les centres de santé sauf certains actes restés gratuits). Il s'agit de l'Initiative de Bamako (IB) qui a été adoptée par les ministres de la santé des pays Africains en 1987 à Bamako. Les huit principes de l'IB se déclinent dans le tableau qui suit.

Encadré 4: Les principes directeurs de l'initiative de Bamako

1. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaire
2. Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires
3. Il faut décentraliser la gestion financière de façon à ce que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées.
4. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé.
5. Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaire et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux
6. Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires.
7. Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir l'accès des couches les plus démunies aux services de santé
8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis

Source : Mc Pake et al., 1992 reprises par Ridde 2011

Pour Foirry : « *cette solution était la bienvenue pour les économistes libéraux, préoccupés par la recherche d'efficacité pure et adeptes de l'Initiative de Bamako. Ils étaient satisfaits parce qu'ils sont persuadés que le rationnement par le marché est supérieur à toute autre forme de rationnement et parce qu'ils espèrent que la réduction des coûts (utilisation de médicaments génériques, proximité des formations) et l'augmentation espérée de la qualité des services peuvent compenser aux yeux des populations l'effet négatif de la tarification officielle.* » (Foirry ; 2017). Le faible niveau des ressources étant considéré comme une des causes de la mauvaise qualité des soins dispensés dans les structures publiques de santé, le paiement effectué par les usagers pour bénéficier des soins va permettre de disponibiliser les intrants nécessaires à la production de soins, de disponibiliser les médicaments et de motiver les praticiens.

Faire payer les usagers était également présenté comme un moyen efficace pour améliorer l'efficience dans la gestion des hôpitaux. En effet, les intrants suivent la voie de la commande publique et la redistribution ne tient compte des besoins réels des centres de santé de sorte que certains centres de santé se retrouvent avec des médicaments ou des intrants qu'ils n'arrivent pas à absorber avant la date de péremption. Ce qui serait un gâchis dans un contexte de rareté des ressources. Le fait de faire payer les usagers et d'autonomiser les centres de santé en leur

permettant de pouvoir payer les intrants dont ils ont besoin et renouveler les stocks de médicaments va permettre de mettre fin à cette situation. Les centres de santé allaient utiliser l'argent provenant du paiement des usagers pour renouveler les stocks et vont de ce fait payer les intrants et consommables dont ils ont réellement besoin. Cette vision va conduire à la décentralisation des services de santé en leurs permettant d'être plus autonomes dans la gestion. La planification se fera avec les agents de terrain qui connaissent leurs besoins réels et avec la participation des communautés.

Pour ce qui concerne la capacité à payer, les initiateurs adoptaient la logique selon laquelle les usagers des services de santé payaient déjà pour bénéficier des soins. La crise économique ayant impacté l'administration publique, les usagers payaient les soignants de façon informelle et ils payaient également les médicaments car les centres de santé dispensaient plutôt les ordonnances que les médicaments. En plus, la médecine traditionnelle était en plein essor et les populations Africaines payaient également pour pouvoir bénéficier de ces soins. Enfin, ils comptaient sur la solidarité légendaire des Africains. La famille étant élargie dans sa conception, en cas de maladie les membres peuvent mobiliser des fonds propres pour aider le malade voire vendre les biens pour le soigner. Ainsi, bien qu'il soit reconnu que ces familles avaient des revenus faibles, l'initiative de faire payer les usagers trouvait une explication scientifique. Des évaluations économétriques ont même été menées dans le but d'estimer le montant et de s'assurer que ces montants qui seront mobilisés ne seront pas négligeables (Ellis, 1987 ; Gertler et al, 1987).

L'une des justifications de l'introduction du recouvrement des coûts est sa capacité à améliorer l'équité dans l'accès aux soins. La gratuité des soins qui était en vigueur était concentrée essentiellement au niveau des hôpitaux dans les grandes villes alors que les plus pauvres étaient en milieu rural. Si les soins étaient jugés gratuits, l'accès aux soins pouvaient avoir un coût pour une catégorie de la population. Faire payer les usagers permettait de redistribuer les ressources de sorte que l'aide de l'Etat soit orientée uniquement vers les personnes les plus pauvres (Dumoulin et Kaddar, 1993).

La mise en œuvre de l'IB débutera d'abord en Guinée et au Bénin. Elle bénéficiera du soutien de l'UNICEF et va s'accompagner d'un réaménagement de l'offre de soins. L'IB sera ainsi déployée dans les pays concernés avec un rythme propre à chaque État.

Au niveau des États Africains peu de pays l'ont adoptée immédiatement et les pays ne l'ont pas adoptée comme prévu de façon intégrale. Il y'a eu des mesures d'adaptation et de réaménagement. De nombreux chercheurs reconnaissent qu'il est compliqué d'évaluer cette

politique en comparant uniquement l'état des systèmes de santé avant et après la mise en œuvre (Ridde, 2005). Plusieurs autres paramètres pouvant rentrer en compte. Une évaluation de façon comparative entre les pays ou les zones ayant pratiqué l'IB et ceux qui ne l'ont pas fait étant également impossible d'autres méthodes d'évaluation ont été adoptées. L'idée étant de voir point par point si les objectifs recherchés avaient été atteints. Ce volet s'inspire de l'œuvre de Foirry (2017).

L'initiative de Bamako avait prévu une séparation entre les caisses au niveau des formations sanitaires. Elle prévoyait de séparer les recettes émanant de la vente des médicaments et celles provenant du fonctionnement hors médicaments. Les structures de santé vont appliquer une petite marge sur la vente des médicaments (les médicaments génériques étant payé moins chère) et cette marge sera utilisée pour la reconstitution des stocks de médicaments et le reste devant servir en partie au frais de fonctionnement. Les recettes sur la vente des médicaments n'avaient pas la même importance dans tous les pays. Dans les pays anglophones par exemple, la marge sur les médicaments est restée élevée par rapport aux pays francophones où la marge était plus faible. Dans le même pays, la marge était plus élevée dans les centres de santé privés communautaires (centres confessionnels) que dans les centres communautaires publics de santé.

Par la suite, certains pays vont augmenter le nombre de services payant en incluant les services de prévention. À titre d'exemple, les carnets de vaccination seront vendus désormais et la consultation des nourrissons sains sera également payante. Cette extension des actes et services payants va aboutir à la mise en œuvre de formules différentes selon les centres de santé et selon les pays. On aura ainsi le paiement éclaté (médicaments plus actes), paiement forfaitaire à l'acte, paiement forfaitaire à l'épisode de maladie, voire plus rarement paiement per capitation.

L'augmentation du recouvrement va amener certains gouvernements à se désengager progressivement et à réduire le budget consacré à la santé. Ce qui va pousser certaines structures de santé à mobiliser encore plus de recettes propres pour financer des postes nouveaux (personnel non fonctionnaire, eau, électricité, équipements). Dans certains pays par contre où les partenaire techniques et financiers ont pu maintenir l'implication de l'État on a assisté à un partage de coût entre les différentes parties à savoir l'Etat (salaires, etc.), les usagers (médicaments, etc.) et les partenaires extérieurs (dotations initiales, investissements et amortissements). À titre d'exemple on peut citer le Mali ou la république du Togo. Les Etats qui ont mis en œuvre correctement la participation communautaire ont également vu la situation

s'améliorer en acceptant la transformation des formations publiques en formations privées à but non lucratif.

L'initiative de Bamako après sa mise en œuvre a donné des résultats mitigés. Ridde (2005) a identifié des indicateurs permettant de mesurer l'efficacité et l'équité de l'initiative de Bamako dans quelques pays qui ont pu la mettre en œuvre.

2.2. Evaluation de l'efficacité de l'initiative de Bamako

La vaccination

Dans le contexte local dominé par les maladies infectieuses, la vaccination constitue un aspect important de l'offre de soins. Elle fait partie intégrante du paquet minimum de soins organisé dans le cadre de l'IB. En analysant les données recueillies, Ridde (2005) a conclu à un effet bénéfique de l'IB sur la vaccination dans certains pays concernés. À titre d'exemple, au Bénin, la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an est passée de 19% en 1988 à 58% en 1993. Pour la Guinée elle a été de 63% en 1993 alors qu'elle n'avait été que de 5% en 1989(Knippenberg, Soucat et al. 1997).

Cette augmentation a été également constatée dans certains États au Nigéria. Au Sud-Est du pays, les taux de vaccination pour la polio et la rougeole sont passés respectivement de 20,3 pour 10 000 personnes et 17,1 en 1989 à 60 et 45,3 en 2001 (Uzochukwu, Onwujekwe et al, 2004a). En Zambie, le taux de vaccination contre la rougeole est passé de 50 pour 10 000 enfants en 1993 à 75 pour 10 000 en 1997 (Blas et Limbambala, 2001). Par contre au Sénégal, si l'État a pu mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des programmes élargis de vaccination (PEV) entre 1992 et 1995, passant de 69% à 82%, le taux de couverture vaccinal est quand même resté stable sur la même période autour de 60%. **La relation entre l'augmentation de la couverture vaccinale sur la période et la mise en œuvre de l'IB ne peut pas être établie**. Pour certains observateurs, ces resultats sont le fait du maintien de la gratuité de la vaccination malgré l'instauration de l'IB et à l'amélioration de la fréquentation des formations sanitaires. L'une des explications est également l'instauration du rendement croissant des activités de prévention comme un des critères pour l'allocation des ristournes au personnel de santé (Audibert et Mathonnat, 2000).

Les consultations prénatales (CPN),

L'évolution des consultations prénatales suit la même tendance que pour les taux de vaccination. Dans les pays comme le Bénin, le taux d'utilisation a évolué de 5% en 1988 à 43% en 1993. En Guinée également cette tendance est passée de 3% en 1988, à 51% en 1993 (Knippenberg, Soucat et al. 1997) de même qu'au Nigéria où les taux sont passés de 22 pour 10.000 personnes en 1989 à 95 en 2001 (Uzochukwu, Onwujekwe et al., 2004a).

L'utilisation des services curatifs

L'utilisation des services de santé par les populations a évolué de façon différente selon les

pays. Dans des pays comme le Bénin, ce taux est passé de 0,09 à 0,24 nouvelle consultation par habitant et par an entre 1988 et 1993 tandis qu'en Guinée il a évolué de 0,05 à 0,34 durant la même période (Knippenberg, Soucat et al., 1997). Dans certaines régions du Nigeria l'utilisation des services curatifs en raison d'accès palustres s'est accrue de manière importante à la suite du démarrage de l'IB en 1993 (Uzochukwu, Onwujekwe et al. 2004b).

Il en est de même pour le Togo où durant la mise en œuvre de l'IB il y'a eu une augmentation des taux d'utilisation des centres de santé de manière substantielle. La Guinée qui a été l'un des pays à mettre la politique en place avait un taux d'utilisation des services qui variait de 0,24 à un maximum de 0,52. Dans d'autres pays du continent qui ont mis en œuvre cette politique il y a été constaté des tendances contraires. En Zambie, on a constaté une baisse du taux d'utilisation des services de santé allant de 0.35 en 1993 à 0.21 en 1997 (Blas et Limbambala, 2001). Une évaluation menée également au Niger confirme une baisse du nombre de patients de 41% dans huit formations sanitaires du pays (Meuwissen, 2002).

Recouvrement des coûts

Pour ce qui est du recouvrement il ressort majoritairement que l'initiative de Bamako n'a pas permis une autonomie financière totale des centres de santé surtout dans les cas où les États ont profité de ce recouvrement de coût pour réduire les dépenses publiques accordées au secteur de la santé. Les centres de santé dépendaient toujours de l'aide extérieure apportée par l'Etat et ses partenaires techniques et financiers. Au Benin, une évaluation avait montré que le recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires avait permis de collecter des ressources qui ne couvraient que 60% de l'ensemble de leurs frais de fonctionnement (Soucat, Levy-Bruhl et al., 1997).

Une étude similaire réalisée au Mali sur 30 centres de santé a montré que seuls 2 sur les 30 conservaient un résultat positif (Blaise, Kegels et al. 1997). Autrement dit, si les centres de santé concernés devaient fonctionner normalement et uniquement avec les frais payés par la communauté dans les centres de santé seuls 2 centres de santé allaient tenir sur les 30. Une évaluation au Nigéria conclue que le surplus provenant du paiement par les usagers des centres de santé était à peine suffisant pour prendre en charge les petites dépenses comme l'achat du carburant, des papiers de bureau, etc. (Ogunbekun, Adeyi et al., 1996). En Mauritanie par contre le recouvrement des coûts a permis d'améliorer de façon considérable les recettes des centres de santé même s'il y avait des variations importantes selon les localités. Cela a eu un impact dans le fonctionnement des centres de santé concernés car malgré la mise en œuvre du recouvrement dans le cadre de l'initiative de Bamako, l'État a maintenu la part du budget destinée à la santé (Audibert et Mathonnat 2000).

L'accessibilité aux médicaments essentiels

Pour ce qui est de l'accessibilité aux médicaments, l'IB s'appuyait essentiellement sur la vente des médicaments génériques. Dans beaucoup de pays étudiés, il a permis de disponibiliser les médicaments essentiels génériques dans les centres de santé à proximité des populations. Il faut noter cependant que certains centres de santé ont connu des épisodes de rupture de stock et la disponibilité géographique des médicaments ne signifiait pas qu'ils étaient accessibles

financièrement à la population.

Des études menées dans les pays comme le Bénin et le Kenya ont permis de conclure que l'IB a amélioré l'accès aux médicaments essentiels. En Zambie (1995/1996) par contre il n'y a pas eu de changement (Gilson, Kalyalya et al. 2000). Au Cameroun, la mise en œuvre de l'IB, n'a pas permis de mettre un terme aux ruptures de stocks de médicaments essentiels génériques remettant en cause la crédibilité de l'IB (UNICEF 1997). En Mauritanie par contre, l'IB aurait permis une augmentation de la fréquentation des formations sanitaires associée à une diminution des coûts des traitements grâce à la disponibilité des médicaments génériques (Audibert et Mathonnat, 2000).

La participation communautaire à la gestion des centres de santé

Il ressort de l'évaluation de l'IB que dans les pays qui l'ont mis en œuvre des difficultés existent concernant ce volet qui constitue pourtant l'un des piliers de la politique. La prise en compte de la volonté des communautés et leur participation active dans la gestion des centres de santé était également un moyen d'améliorer la gouvernance de ces centres.

Une évaluation de l'UNICEF avait mis en lumière la faiblesse de la participation des communautés à la gestion des formations sanitaires du fait de la méconnaissance de cet aspect de l'IB par ces dernières. Ce constat avait été fait lors d'études au Bénin et aussi en Guinée où il ressortait que très peu de personnes avaient connaissance de l'existence ou du rôle de leurs représentants au sein des comités de gestion (UNICEF, 1997). Pour celles qui s'y intéressent, un défaut de compétence sur les aspects de la gestion financière constitue un obstacle supplémentaire pour les partenaires qui souhaitent apporter un appui aux comités de gestion dans l'organisation et la gestion des centres de santé communautaires (Ambassade royale des Pays-Bas, 1999). C'était le cas au Nigéria (Uzochukwu, Akpala et al. 2004). Dans les cas où les comités sont constitués, il ressort parfois qu'ils sont instrumentalisés par quelques parties prenantes pour des intérêts personnels. À titre d'exemple, au Sénégal, il s'est avéré que le comité de santé d'un centre hospitalier régional était désastreux. Il ne disposait pas de représentant de la population et sa composition répondait à des intérêts spécifiques. Pour Ndiaye et ses collègues, cette composition était essentiellement le reflet d'une « discrimination politico-religieuse » (Ndiaye, Tal-Dia et al., 2002). Dans cette même logique, Fassin en s'intéressant au comité de santé de Pikine (Sénégal), a pu démontrer que les membres du comité de gestion étaient manipulés à des fins politiques (Fassin 2000).

2.1. Les indicateurs d'équité

L'initiative de Bamako prévoyait la prise en compte des indigents dans le système de santé des pays qui l'ont adoptée. Après sa mise en œuvre, l'équité (tant sur le plan individuel que collectif) n'a pas été effectivement prise en compte en témoigne les resultats des évaluations menées dans huit pays africains entre 1995 et 1997 par l'Unicef (Unicef, 1997).

Les indicateurs d'équité définis par Ridde (2005) pour l'évaluation de l'initiative de Bamako de même que les résultats de ces évaluations sont présentés dans le tableau qui suit :

Tableau 5 : les indicateurs de mesure de l'équité de l'IB et les resultats

Indicateurs	**Définition**	**Lieux et années de publication**	**Résumé des effets**
Répartition inter régionale des ressources	Répartition géographique des ressources financières, matérielles et humaines	Burkina Faso (1999) Mali (1999, 2001) Sierra Leone (1999)	Disparités d'accès aux centres de santé d'une région à l'autre
Utilisation des services	Selon certaines caractéristiques/besoins	Bénin (1997, 2005) Kenya, Guinée, Mali (2000) Côte d'Ivoire (2002) Burkina Faso (1998, 2003, 2004	Utilisation des services de santé moins importante pour les plus pauvres
Mesures d'exemption	Utilisation et connaissance de la gratuité des services par les pauvres, solidarité traditionnelle…	Sénégal, Nigéria (1996) Mali (1995, 1997) Bénin, Kenya, Zambie (2000) Zambie (1995, 2000) Burkina Faso (2001, 2003)	Absence ou inefficacité des mesures d'exemption
Perception de la qualité des services	Perception différente selon les statuts des utilisateurs (pauvres…)	Bénin, Kenya (2000) Côte d'Ivoire (2001, 2002) Niger, Sénégal (2002)	Perception de la qualité plus négative par les plus pauvres
Participation des groupes vulnérables	Participation au processus d'élection, de gestion… des comités de santé	Kenya (2000) Mali (1999)	Absence de participation des plus pauvres et des femmes
Utilisation des fonds recueillis	Utilisation prioritaire pour améliorer l'accès aux soins	Sénégal (1996, 1997) Togo (1999), Kenya (2000) Burkina Faso (1999, 2000, 2003)	Tendance à la thésaurisation
Prix des médicaments	Établissement des prix selon les capacités financières des populations	Sénégal (1996) Burkina Faso (1997, 1999) Sierra Leone (1999) Madagascar (2000	Prix parfois encore élevés des médicaments et absence de prise en compte des capacités financières

Source : Source : Ridde (2005)

Il ressort clairement que l'IB dans sa mise en œuvre n'a pas tenu compte de l'équité. Dans plusieurs pays où le dispositif a été mis en œuvre il ressort que l'IB a éloigné les plus pauvres des centres de santé.

2.2. L'introduction de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso

L'initiative de Bamako a été adoptée en Avril 1989 et c'est en 1993 qu'elle a été mise en œuvre. Cette mise en œuvre s'est également accompagnée de l'organisation du système de santé avec un accent mis sur les soins de santé primaires et une participation communautaire. Le pays va développer les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les districts sanitaires qui sont considérés comme les structures les plus proches des populations. L'Initiative de Bamako a démarré au niveau de six (6) provinces à savoir le Ganzourgou, le Mouhoun, la Tapoa, le Houet, le Poni et le Seno. L'extension dans les autres provinces s'est faite progressivement. En effet, Le pays présentait toujours à la fin des années 2000 les indicateurs de santé parmi les plus faibles au monde et était en retard dans le calendrier des OMD (2015).

Les évaluations de l'IB dans le pays ont donné des resultats mitigés. Elle a entrainé une diminution de l'utilisation des services de soins curatifs qui est passée de 0,32 en 1986 à 0,17 nouvelle consultation curative par habitant et par an en 1997. Une autre étude dans le district sanitaire de Kongoussi avait conclu à une baisse de 15, 39% du nombre de consultation en moyenne sur trois ans dans les centres de santé qui avaient adopté la politique, et augmenté de 30, 49% dans les autres centres sur la même période. Il en ressort que le paiement des frais éloigne les plus pauvres des centres de santé et les oblige à parcourir plus de distance pour se rendre dans les centres de santé où les soins sont accessibles (Bodart, Servais et al., 2001). Cela peut entrainer un retard de consultation (La prise de décision d'aller consulter, le retard lié à la distance et parfois l'état des routes, le retard dans la prise en charge si les patients les plus pauvres se retrouvent tous dans le même centre de santé pour bénéficier de soins gratuits) et une mauvaise qualité des soins favorisant le maintien où l'augmentation des mauvais indicateurs de santé. Les populations les plus touchées sont les femmes et les enfants.

Pour ce qui concerne la disponibilité des médicaments, une évaluation conduite dans la région de Nouna a permis de démontrer que la politique des médicaments génériques a entrainé une amélioration de l'utilisation et de l'acceptation par la population. À titre d'exemple, 82% des médicaments prescrits dans les CSPS ont été achetés dans les dépôts locaux et l'observance thérapeutique était supérieure à 60% (Krause, Borchert et al. 1999). Certains centres de santé

ne disposaient cependant pas de dépôts de vente des médicaments essentiels génériques malgré la mise en œuvre de l'IB Une évaluation menée en 2000 avait démontré que cela concernait 62% des formations sanitaires (GTZ, 2000 ; Guironnet, 2000).

Pour ce qui concerne l'équité, Le manuel de démarrage de l'IB au Burkina Faso (1992) ne décrit pas concrètement le mécanisme dédié au financement des soins des indigents. Si le manuel en effet fait cas du devoir des communautés de prendre financièrement en charge les indigents, de même que les mesures que l'État prévoit de prendre pour ces derniers, il n'apporte pas des éléments concrets de mise en œuvre (ministère de la santé, 1992). Cela va se traduire en pratique par l'éloignement des personnes vulnérables des centres de santé ce qui ne va pas améliorer les indicateurs de santé.

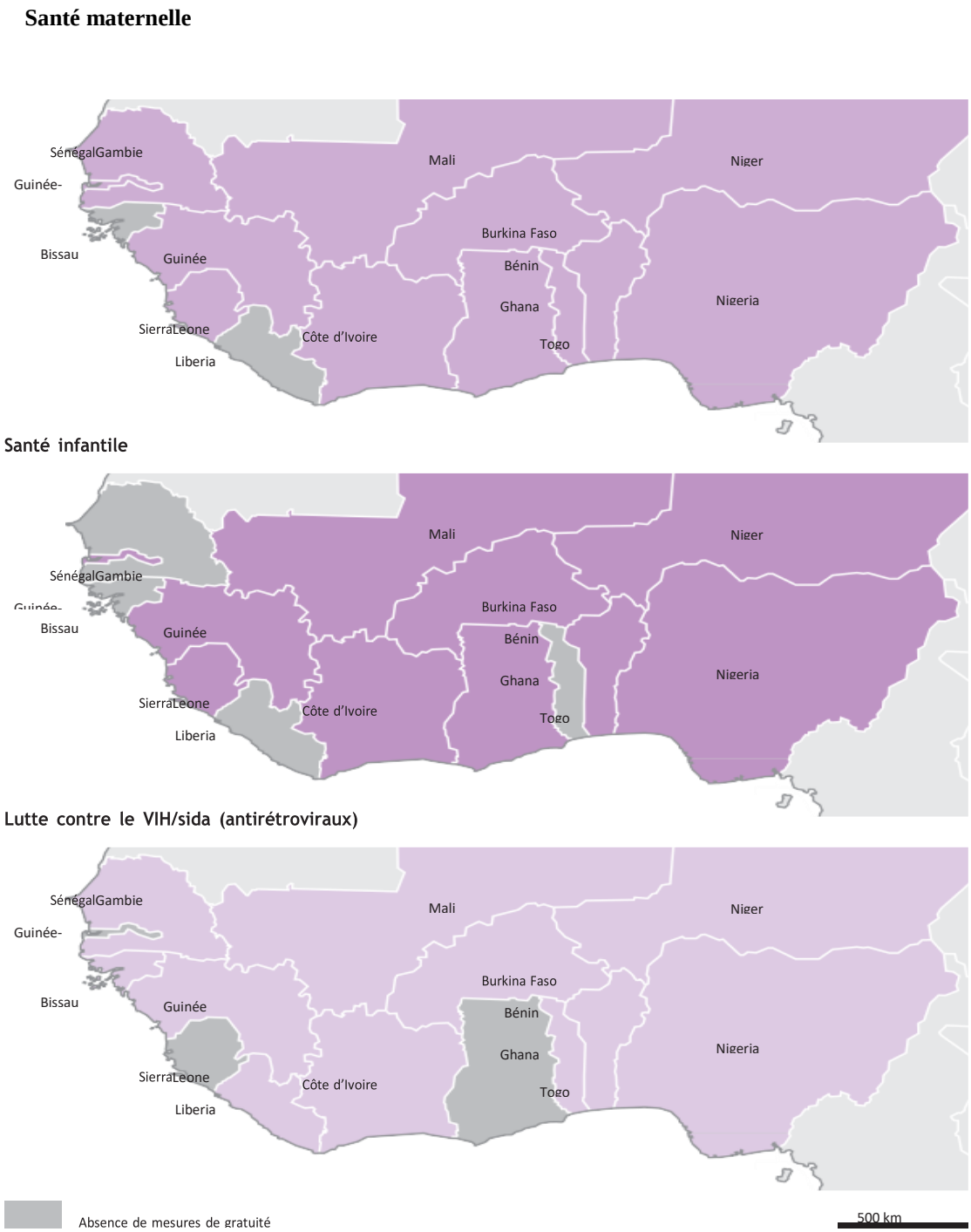
Lors de l'évaluation à mi-parcours des OMD 2015, le constat d'un échec programmé avait été fait par les bailleurs ce qui va nécessiter la prise de nouvelles mesures dans les années 2000 afin de permettre au pays de rester dans la course pour l'atteinte des OMD à défaut s'en rapprocher. On va assister à une multiplication des politiques d'exemption ou de subvention sur la période.

3. La réintroduction des mécanismes d'exemption de paiement ciblée et des subventions

Les résultats mitigés de l'initiative de Bamako vont entrainer une réorganisation de l'aide internationale dans le secteur de la santé. Le paiement direct éloigne davantage les populations vulnérables des centres de santé et augmente les inégalités sociales (Perkins et al., 2009). Devant cette situation, il était urgent de trouver des solutions pour ces populations vulnérables. Dès lors les partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé à savoir l'OMS, la Banque mondiale et l'UNICEF vont revoir leur mode d'action et vont s'orienter vers les programmes verticaux. Il s'agissait de développer des programmes destinés à la lutte contre des maladies spécifiques (VIH/Sida par exemple) ou au profit d'une catégorie de la population (la lutte contre la malnutrition pour les enfants de moins de cinq ans par exemple). L'objectif étant d'atteindre un public cible rapidement. Cette stratégie sera secondairement « endogénéisée » et certaines transformées en programmes nationaux sous les directives et avec l'accompagnement des mêmes partenaires. Elle a souvent fait l'objet de nombreux critiques de la part des experts en santé publique car elle n'entre pas dans une vision globale de santé mais encourage une approche fragmentée, ignorant de ce fait la dépendance relative entre certaines pathologies par exemple (Azétsop, 2000).

En Afrique, en dehors des maladies négligées pour lesquelles des mesures de traitement gratuit avaient été initiées dès les années 1990, pour les autres cas, c'est dans les années 2000 que nous assisterons à une extension rapide des mesures de gratuité. Parmi les pays de la CEDEAO, le Ghana serait le pays précurseur avec l'instauration d'une exemption de paiement des actes d'accouchement en 2003. Il est aussi le premier pays à avoir mis en œuvre en 2008, un système d'assurance maladie qui exempte les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées des frais de consultation. Le Sénégal est l'un des premiers à avoir déclaré la gratuité des ARV en 2003 et celle des soins pour les personnes âgées en 2006 (Robert et Mallé Samb, 2012). Les quelques pays de la zone CEDEAO qui ont mis en œuvre les différents programmes de gratuité des soins répertoriés sur les cartes suivantes :

Figure 3: Les cartes des différents pays selon le type de gratuité mis en œuvre



Source : Robert et Mallé Samb, 2012

Le Tableau suivant présente l'évolution chronologique de la mise en œuvre de la gratuité des soins dans les différents pays.

Tableau 6: Présentation des pays ayant mis en œuvre la gratuité des soins selon la date

2012	Côte d'Ivoire
2011	Côte d'Ivoire, Guinee
2010	Burkina Faso, Senegal, Togo Benin, Guinee, Sierra Leone
2009	Ghana, Niger
2008	Côte d'Ivoire, Ghana, Togo
2007	Burkina Faso, Mali Liberia
2006	Niger, Senegal
2005	Mali, Senegal Gambie, Niger
2004	Mali
2003	Burkina Faso, Senegal, Ghana

Source : Robert et Mallé Samb, 2012

Au Burkina Faso, c'est à partir de 2002 que les politiques d'exemption de paiement et de subvention ont vu le jour. L'exemption de paiement de la consultation prénatale a vu le jour financée par l'État. Les bénéficiaires étaient les femmes enceintes sur tout le territoire national. Elle portait sur l'acte de consultation, le carnet de consultation, les comprimés de fer/acide

folique, les comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine, les consommables de la consultation (gants, bandelette réactive), le dépistage du VIH chez la femme enceinte et la prophylaxie ARV.

Parallèlement, d'autres mesures d'exemption axées sur des pathologies des traitements ou des biens médicaux ont vu le jour. Il s'agit de la subvention des examens de crachat et de la radiographie pulmonaire pour le diagnostic des cas de tuberculose. Cette subvention instituée en 2003 était financée conjointement par l'État et la Banque mondiale. Au cours de la même année, on a assisté à la mise en place de la gratuité des moustiquaires imprégnées. Les bénéficiaires étaient les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans venus en consultation pour des cas de paludisme. Elle est mise en œuvre depuis 2003 et est soutenue par le Fond mondial, l'OMS et l'UNICEF. Cette politique s'est étendue à la population générale avec une distribution de moustiquaires en 2010 et 2013. Concernant toujours la lutte contre le paludisme en 2003, il a été mis en place une subvention des soins de paludisme grave de l'enfant de moins de cinq ans et de la femme enceinte. Elle a été mise en place et financée par la Banque mondiale. Dans cette même lancée, les médicaments destinés à la prise en charge du paludisme comme les ACT (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) ont été subventionnés (par exemple 100 francs CFA pour les moins de cinq ans). En 2011, un programme de vente des ACT par les agents de santé communautaires à prix subventionné (ASC) a été lancé à l'échelle nationale. Le traitement du paludisme dans sa forme grave est devenu gratuit en 2005 (Olivier et Ridde, 2012).

En 2006, la stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) a été élaborée. Elle s'est donnée pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale par la réduction significative des coûts financiers directs des services d'accouchements et de prise en charge des urgences obstétricales au Burkina Faso (avec une subvention de 60 à 80%). Les bénéficiaires sont les femmes enceintes, les femmes ayant accouché jusqu'au septième jour et le nouveau-né pendant les sept premiers jours. Cette subvention mise en place depuis 2006, couvre 80% du prix. La patiente ne paie plus directement que 20% du prix. L'évacuation est entièrement subventionnée. Les femmes indigentes ne paient aucun frais même si la politique d'identification des femmes indigentes pose problème. L'État prévoyait dans son budget environ 30 milliards de FCFA pour soutenir la politique de 2006 à 2015.

C'est en avril 2016 que la dernière politique de gratuité des soins a été mise en œuvre. Elle concerne les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. En effet, ce nouveau dispositif a pour but de permettre la réduction de la mortalité maternelle et infantile qui est

toujours élevée malgré la mise en place des politiques antérieures. Ces mesures ont été mises en œuvre d'abord dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), centres médicaux (CM) et Centre médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) de trois régions (Centre, Hauts-Bassins et Sahel) puis le 1 mai de la même année dans les hôpitaux régionaux et universitaires de ces régions. Depuis le 1er juin 2016, la gratuité des soins est effective dans toutes les structures sanitaires publiques du pays. Elle prend en compte tous les actes de consultation, d'hospitalisation, de transport de malade et les examens complémentaires. Les patients n'ont pas besoin de faire un prépaiement pour bénéficier de prise en charge dans les formations sanitaires publiques. Elle concerne tous les patients qui appartiennent à cette frange de la population qu'ils soient en mesure de payer ou non. La gratuité des soins est appliquée de façon systématique.

On va ainsi assister à une multiplication de programmes verticaux n'entrant pas dans une politique globale et coordonnée de santé publique. À côté de ces différentes politiques il y'a également des mécanismes de subvention développés par certaines ONG dans certaines localités du pays (le Nord par exemple), des subventions développées par l'État pour une certaine catégorie de la population (les travailleurs retraités par exemple).

4. Les critiques aux politiques de la gratuité des soins

4.1. La gratuité des soins présentée comme un programme exogène

Cette nouvelle politique d'exemption de paiement a été proposée et soutenue par des organismes et institutions internationales au nombre desquels nous avons l'ONG terre des hommes. Le développement et la généralisation de cette politique à impact rapide peut entrainer un effet contraire. Il s'agit d'un problème d'équité en matière d'accès aux soins et de l'absence d'amélioration voire la dégradation de l'état de santé de cette population.

La conclusion de l'étude menée par l'ONG terre des hommes avec l'accord du Ministère de la santé dans le Nord du pays a été utilisée pour justifier l'efficacité d'une gratuité ciblée des soins. L'ONG Save the Children s'en est servie également pour faire un plaidoyer auprès du gouvernement afin qu'il généralise la gratuité des soins.

Historiquement les donateurs ont souvent influencé le pays dans le choix de ses programmes de santé. À titre d'exemple, c'est dans le contexte de sa négociation avec la Banque mondiale que le Burkina Faso avait déjà supprimé le paiement des consultations prénatales et des consultations nourrissons en 2002. C'est toujours sous pression de la Banque mondiale que le pays a introduit de fortes subventions ou des exemptions de paiement dans le domaine de la santé maternelle, notamment dans la définition des interventions à impacts rapides (Richard et al. 2011). On a assisté ainsi à une multiplication des politiques de subvention et d'exemption qui ne s'intègrent souvent pas dans un programme coordonné avec une vision à long terme. La mise en place de ces programmes conditionne l'obtention des subventions. Cette situation s'est produite également dans d'autre pays de la sous-région. Au Niger par exemple, c'est également la Banque mondiale qui a fortement recommandé la politique d'exemption de paiement et le pays a finalement décidé précipitamment sa mise en œuvre. (Sardan et Ridde, 2012).

4.1. La gratuité des soins utilisée comme une promesse électorale tenue

Au Burkina Faso, la gratuité des soins a été utilisée par le parti politique qui était au pouvoir à l'époque des faits comme un gage de promesse tenue et une sécurité pour les prochaines élections. Cette façon de procéder a constitué une entorse à la bonne marche de cette politique. La précipitation dans sa mise en œuvre aura pour conséquence l'absence de mesures d'accompagnement, de concertation et d'implication de tous les acteurs.

Dans le contexte poste crise socio-économique et politique de 2014, le peuple attendait beaucoup des nouveaux dirigeants dans les domaines clés dont la santé. La promesse de soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans était ainsi bien accueillie par la population dans sa majorité. Après les élections de 2015, le parti au pouvoir n'a pas tardé à mettre la politique en œuvre dès 2016. Elle était vue comme la concrétisation d'une promesse électorale. Elle a ainsi vu le jour sans une concertation avec les acteurs opérationnels, à savoir les soignants et les bénéficiaires. Le ministère de la santé a conduit des séances d'information et de formation des agents de santé et des gestionnaires des structures de santé sur la mise en œuvre de la politique. Il faut noter cependant qu'ils n'ont pas été inclus dans le processus de prise de décision.

Ce constat a été fait également dans d'autres pays de la sous-région comme le Mali et le Niger. La proclamation de la gratuité des soins en faveur des populations a précédé l'élaboration des manuels de mise en œuvre et de procédure. Dans certains cas, c'est bien après la mise en œuvre, que les documents ont été élaborés et transmis aux centres de santé (Sardan et Ridde, 2012). Cette situation expliquerait ainsi en partie les difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre.

Elle est devenue ainsi un argument de poids utilisé par le parti au pouvoir pour convaincre les électeurs. Considérée par la population comme un élément favorable au gouvernement, l'échec de cette politique sera vécu par ses promoteurs comme une double sanction car il va entrainer une perte de crédibilité aux yeux des électeurs. Cette situation explique en partie le maintien du dispositif malgré les dysfonctionnements rencontrés.

Bien que cette politique ait été mise en œuvre par les techniciens Burkinabès, les éléments sus cités nous permettent de dire que la décision de la gratuité des soins a été une décision politique avant d'être une décision technique. Si l'objectif avoué de la politique est de permettre d'améliorer la fréquentation des centres de santé par les populations démunies, sa mise en œuvre a permis de mettre en évidence des insuffisances qui impactent sur sa perception par les bénéficiaires. Une mauvaise gestion de cette politique a entrainé des ruptures de stock de

médicaments entrainant un coût indirect à la charge des patients bénéficiaires de la gratuité. Au Ghana également ce problème a été rencontré dans le Nord du pays où les femmes venues pour accoucher payaient des frais supplémentaires malgré la gratuité des soins (Dalinjong et al, 2017). La budgétisation insuffisante de la politique, la mobilisation insuffisante des ressources où le manque de mécanisme de contrôle des dépenses sont de nature à mettre en péril la pérennité du programme.

Après cinq années de mise en œuvre, de 2016 à 2020, ce sont 70 millions de prestations qui ont été offertes gratuitement dans les formations sanitaires publiques et privées ayant une convention avec le Ministère de la santé ainsi que dans les formations sanitaires de garnison. Toutes ces prestations ont coûté plus de 120 milliards de francs CFA à l'Etat burkinabè (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2020).

En outre, « l'expression gratuité des soins » semble être un abus de langage car même si l'acte de soins est gratuit, se soigner reste payant. En dehors des ruptures de médicaments les patients pour bénéficier des soins doivent pouvoir accéder aux services de santé. Les populations les plus pauvres sont souvent éloignées des centres de santé et subissent les conséquences des défaillances de la gratuité. La généralisation de cette politique de gratuité sans sélection sur critères sociaux des bénéficiaires pose un problème d'équité en matière d'accès aux soins. La preuve en est que cette gratuité ne bénéficie pas en réalité aux plus pauvres. Les femmes vivant en milieu urbain qui ont une facilité d'accès aux services de soins et la possibilité de payer le reste à charge non-dit de cette politique, sont celles qui en profitent le plus.

La gratuité des soins fait également l'objet de nombreux préjugés. S'il y'a dans la population des gens qui jugent que c'est une bonne politique pour permettre aux populations vulnérables d'avoir accès aux soins d'autre sont plus critiques vis-à-vis du principe de gratuité des soins. La gratuité pour ces derniers, rime avec la mauvaise qualité. Tout ce qui est gratuit ne serait pas bon. Les soins de santé délivrés gratuitement seraient donc des soins de mauvaise qualité. Cette perception va entrainer un effet contraire chez cette catégorie de la population. Ils auront tendance plutôt à ne pas fréquenter les centres de santé où la gratuité des soins est mise en œuvre ou ils vont y aller uniquement quand ils n'ont pas d'autres alternatives. Dans ce cas de figure, la gratuité va entrainer au contraire une réticence à fréquenter les centres de santé concernés par la politique.

Bien que le pays ait expérimenté plusieurs approches dans le financement de la santé ces dernières ont en commun le financement des structures de santé par les intrants essentiellement

sous forme de budget global. Malgré ces politiques de financement mises en œuvre, les indicateurs de santé resteront en deçà des seuils standards. Un diagnostic de la situation par les « experts » remettra en cause l'efficacité de l'approche par le financement input du système de santé, ouvrant ainsi la porte au développement de « nouveaux mécanismes de financement » caractérisés par le paiement à la performance.

5. Introduction des mécanismes de paiement à la performance

Pour expliquer l'incapacité des systèmes de santé en Afrique à atteindre les objectifs fixés malgré les différents programmes élaborés, certains experts (dont ceux de la Banque mondiale) ont posé le diagnostic de l'absence de compétition entre les prestataires et du manque de motivation des travailleurs de la santé. Pour y remédier, ils ont ainsi proposé des méthodes de financement de la santé basées sur la contractualisation et les incitations financières. Il s'agit du FBR. Malgré l'échec de l'initiative de Bamako les idées néolibérales considérant la santé comme un bien marchand au même titre que les autres biens perdure dans le temps. Améliorer la motivation des soignants par l'octroi de primes suffirait à améliorer la qualité des soins in fine à atteindre un meilleur état de santé pour la population.

Cette approche s'éloigne de la vision complexe, holistique et systémique des systèmes de santé au profit d'une vision simpliste et d'une approche théorique à l'évidence peu fondée empiriquement (Paul et al., 2021). Cette situation pourrait s'expliquer par la domination du courant orthodoxe de façon générale et plus encore dans la gestion de l'aide publique au développement. Concernant le cas spécifique du FBR, Gautier a souligné l'influence disciplinaire de l'économie orthodoxe dans sa diffusion (Gautier et al., 2019).

Le Burkina Faso avait (a) besoin d'améliorer les indicateurs de santé en occurrence les indicateurs de la santé maternelle et infantile qui restent anormalement élevés. En effet, en 2010, la mortalité maternelle et infantile y était respectivement de 144/100.000 et 129/1000 (MSHP, 2010). La mauvaise qualité des soins pouvant expliquer en partie cette situation. Le rapport 2014 de la Banque mondiale sur le FBR dans le monde intitulé « une approche plus intelligente pour davantage de services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile de meilleure qualité » affirmait que cet outil qui est le FBR avait fait ses preuves dans l'amélioration des indicateurs de mortalité maternelle et infantile en Argentine, Nigeria et Zimbabwe. Porté par la Banque mondiale (essentiellement) et d'autres bailleurs de fonds, le dispositif a été mis en œuvre dans 36 pays parmi lesquels nous pouvons citer le Bénin, le

Burkina Faso, le Tchad, Gabon, Gambie, Kenya, Laos, Lesotho, Liberia, Mozambique, Nigeria, Sénégal, Sud Soudan, Tadjikistan, Tanzanie, Vietnam, Zambie etc. (Ridde, 2021).

Le Burkina Faso l'a appliqué au deuxième trimestre de l'année 2011 par une phase pré-test de neuf mois dans trois districts sanitaires (Boulsa, Léo et Titao). Il faut noter que le choix de départ était la mise en œuvre du FBR au niveau de toutes les formations sanitaires et à tous les niveaux du système de santé en commençant par le niveau communautaire et le premier échelon du système de santé. Les coûts de cette option ont été évalués à 4.354.681.789 FCFA pour 2011, avec un coût prévu de près de 12 milliards de FCFA par année à partir de 2015. L'insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre d'une telle option a justifié son introduction progressive dans trois districts sanitaires pendant une période de neuf mois allant d'avril à décembre 2011 pour commencer. Suite aux résultats de l'évaluation cette phase pré-texte, le ministère de la santé a bénéficié d'un financement de la Banque mondiale pour une première extension du dispositif. Cette première évaluation avait pour objectif de tester sur le terrain les outils et supports et de permettre aux acteurs de renforcer leurs capacités en attendant la mobilisation conséquente des ressources financières pour le démarrage du processus telle qu'initialement prévue. Cette évaluation conduite par un cabinet de consultation local a abouti essentiellement à des recommandations pour la phase d'extension tout en signalant les acquis déjà engrangés. Pour se faire, les trois experts ont mené des entretiens (avec les agents des centres de santé concernés et les responsables du FBR) et décortiqué les supports disponibles au niveau des centres de santé.

Après cette phase test, le projet a été étendu en 2013 à quinze districts sanitaires situés dans six régions que sont les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-est, du Centre-ouest, du Centre-nord, du Nord et du Sud-ouest. En 2016, le FBR est mis en œuvre dans dix-neuf districts sanitaires suite à l'opérationnalisation des districts sanitaires de Thiou, Sabou, Boussouma et Tougouri respectivement issus des districts sanitaires de Ouahigouya, Koudougou, Kaya et de Boulsa.

Plusieurs programmes FBR ont vu le jour en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale pendant la même période et ont été soutenus par des bailleurs de fonds internationaux (la Banque mondiale essentiellement et quelques agences nationales). Il faut noter par ailleurs que dans les années 2000, le Burkina Faso avait déjà entrepris des initiatives au nombre desquelles on peut retenir les contrats de performance avec les districts sanitaires dans le cadre du plan d'appui au développement sanitaire (PADS).

Le FBR s'est donné pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations bénéficiaires en améliorant la qualité des soins et de préparer le système de santé du pays pour l'atteinte de la CSU.

6. La course vers l'assurance maladie universelle

La CSU constitue un des piliers de l'ODD 3 en rapport avec la santé. Elle est présentée par tous les acteurs internationaux comme un outil indispensable pour l'atteinte de l'ODD 3. Pour ce faire les États doivent reformer le système de santé en mettant en place des mécanismes de protection des populations contre le risque maladie tout en augmentant le panier de soins (quantité et qualité des soins) et en réduisant le reste à charge. Les partenaires techniques et financiers (OMS, AFD, Banque mondiale, etc.) développent de nombreuses initiatives (cadre de réflexion, fonds alloués, etc.) pour accompagner les pays à revenus faibles et intermédiaires vers sa mise en œuvre effective d'ici l'horizon 2030.

Au niveau du Burkina Faso, les décideurs ont orienté depuis 2015 les actions vers l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, les dépenses de santé étaient assurées à 31,4% par les ménages en 2016. Cet indicateur traduit l'inaccessibilité financière des populations aux soins de santé au regard de la norme de 20% définie par l'OMS. Le Burkina Faso a opté pour la mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie universelle (RAMU) dont le texte juridique fondateur a été adopté en 2015 par le gouvernement de la transition. Initialement prévu pour 2014, la loi a été finalement votée en 2015 du fait des mouvements sociaux d'octobre 2014 qui ont abouti à la chute de l'ex Président Blaise Comparé et à la mise en place d'un gouvernement de transition d'une année. La mise en œuvre du processus répond à une volonté politique affirmée par le gouvernement de l'époque avec la création de la caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) en avril 2018. Cette volonté politique s'est traduite également en 2016 par la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Avec une enveloppe globale de 30 milliards de FCFA environ par an cette politique de gratuité des soins est portée essentiellement par l'État. Malgré les nombreuses difficultés elle est toujours maintenue témoignant de la volonté politique qui l'accompagne. Le gouvernement (la volonté politique) a donc eu une place importante dans la mise en œuvre de ces programmes et les partenaires sociaux (peuple) dans une moindre mesure. La phase pilote du RAMU au profit des personnes indigentes a été lancée en décembre 2019 dans la région de la boucle du Mouhoun.

Dans le tableau suivant, nous avons résumé les différentes politiques de santé dans une perspective historique.

Tableau 7: évolution des mécanismes de financement de la santé au Burkina Faso

2018	Creation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU)
2016	Gratuité des soins pour les enfants (moins de 5 ans) et les femmes enceintes
2015	Régime d'assurance maladie universelle (Etat)
2011	Financement basé sur les resultats (BM)
2000	Gratuité ciblée des soins (Etat et PTF)
1993	Initiative de Bamako (UNICEF/BM)
1980	Programme d'ajustement structurel (FMI)
1960	Gratuité des soins (Etat)

Source : auteur

À ce schéma, nous avons joint un tableau résumant les différents programmes suivant une chronologie historique en mettant l'accent sur les choix prioritaires.

Tableau 8 : récapitulatif des différents programmes clés au Burkina Faso avec les priorités

Période	**Mécanisme de financement**	**Priorité ou objectifs**
1960	Gratuité des soins	Le bien-être (l'accès aux soins) du patient était l'élément central. La santé pour tous
1980	Introduction du Programme d'ajustement structurel	La réduction des dépenses publiques pour faire des économies au dépend des services sociaux comme la santé.
1987	Recouvrement partiel des coûts L'initiative de Bamako	Bien être du système de santé (le maintien de son fonctionnement)
2000	Gratuité ciblée	Le bien-être de certains patients (l'accès aux soins d'une catégorie de la population)
2011	Financement des centres de santé (FBR)	Contrôle des dépenses de santé et de la qualité des soins (pratique des soignants) / New Public Management
2016	Gratuité ciblée	Le bien-être (l'accès aux soins) d'une catégorie de la population est l'élément central
2018	*Régime d'assurance maladie universelle (RAMU)	Accès aux soins pour tous plus contrôle de la qualité des soins dispensés

Source : auteur

*PTF : partenaires techniques et financiers (OMS, Banque Mondiale, Unicef, ONU Sida)

*Le RAMU n'est pas encore effectif

La mise en œuvre de ces différents programmes et politiques de santé se base sur les ressources du système de santé. Il s'agit des infrastructures, des équipements et du personnel soignant.

7. Ressource humaine en santé et l'état des infrastructures sanitaires au Burkina Faso

La ressource humaine est une composante essentielle du système de santé d'un pays. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, on rencontre souvent des difficultés concernant ce volet liées souvent à une insuffisance en personnel soignant, à une insuffisance dans la formation ou

à une mauvaise répartition de ce personnel. À la date du 31 décembre 2021, le personnel soignant des structures publiques de santé du pays était reparti comme suit :

Tableau 8: La répartition du personnel médical selon le type de poste

Profils	**Nombre**	**Répartition**
Médecins spécialistes	1002	144 spécialistes étaient au niveau central
Médecins généralistes	1224	119 médecins généralistes étaient au niveau central
Pharmaciens	329	134 pharmaciens étaient au niveau central
Chirurgiens-dentistes	45	4 chirurgiens-dentistes étaient au niveau central
Attachés de santé*	2953	431 attachés de santé étaient au niveau central
Infirmiers d'état (IDE)*	7661	115 IDE au niveau central
Infirmiers brevetés (IB) *	1604	71 IB au niveau central
Sage femmes-magnéticien	4847	22 sages-femmes et magnéticien d'état au niveau central
Technicien de laboratoire biologistes	867	168 sont au niveau central

Source : annuaire statistique du MSHP, 2021

- **Attachés en sante :** il s'agit d'infirmiers spécialisés. L'équivalent dans le système français serait les infirmiers en pratique avancée
- **Infirmier d'état (IDE)** : infirmier recruté avec un niveau BAC et qui a fait la formation d'infirmier
- **Infirmier breveté (IB)** : infirmier recruté avec un niveau BEPC (classe de 3ème) et qui a fait la formation d'infirmier

Cette liste n'est pas exhaustive. Il s'agit des effectifs des corps de métiers clés du système de santé que nous avons recensés. D'autres corps de métiers existent dans les structures de santé privées et publiques du Burkina Faso.

Les soignants ainsi recensés sont repartis au niveau des structures de santé de la pyramide sanitaire. Le nombre de médecins dans l'absolu reste insuffisant rapporté aux besoins de la population. Les spécialistes sont en nombre insuffisant également avec une forte concentration au niveau des villes où on retrouve les centres hospitaliers universitaires. Cette répartition explique en partie la difficulté à trouver des spécialistes en périphérie.

Cette situation est décrite dans le tableau suivant :

Tableau 9: répartition des soignants selon les lieux d'exercice

Emplois	**Districts sanitaires**	**Centre hospitalier**	**Directions régionales de la santé**	**Autres**	**TOTAL**
Médecins généralistes	679	418	8	119	1224
Médecins spécialistes	68	751	39	144	1002
Pharmaciens	80	100	15	134	329
Chirurgiens-dentistes	7	34	0	4	45
Attaches de santé	1106	1365	51	431	2953
IDE	5 387	2 140	19	115	7 661
IBE	1 199	330	4	71	1 604
Sages-femmes, magnéticiens	3 945	878	2	22	4 847

Source : annuaire statistique du MSHP, 2021

Ce nombre de personnel soignant rapporté à la population (ratio soignant/ habitant) reste insuffisant de façon générale. Pour l'OMS le ratio minimum doit être de 4,45 professionnels de la santé pour 1000 personnes afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Ce ratio est d'autant plus faible que la qualification du personnel soignant considéré est élevée. Ces données sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 10: ratio habitants par type de personnel de santé en 2021

Items	**Valeur**
Population	21 500 559
Ratio habitants/médecin	9 659
Ratio habitants/pharmacien	65 351
Ratio habitants/infirmier d'Etat	2 806
Ratio habitants/infirmier (IB+IDE)	13 404
Ratio habitant/SFE-ME	4 436

Source : annuaire statistique du Burkina Faso

NB : pour la lecture, en considérant les médecins, nous avons 1 médecin pour 9659 patients.

Pour ce qui concerne les infrastructures, au Burkina Faso le nombre et la qualité des infrastructures sanitaires ont souvent été l'objet de critiques. Ces dernières années plusieurs structures publiques de santé ont vu le jour mais ces efforts ont été mis à rude épreuve avec l'avènement du terrorisme. On constate qu'il y'a des localités où les centres de santé ne sont plus vraiment en état de fonctionnement car ils ont été saccagés par les terroristes. L'UNICEF dénombrait 345 centres de santé fermés et 375 qui fonctionnent en service minimum, ce qui réduit l'accès aux soins de santé pour plus de 3,4 millions de personnes en 2023.

Au Burkina Faso, l'annuaire statistique du ministère de la santé et de l'hygiène publique en 2021 faisait état de 2 566 centres de santé publics au Burkina Faso dont 6 Centres hospitaliers universitaires (CHU), 9 Centres hospitaliers régionaux (CHR), 46 Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), 83 centres médicaux, 2 126 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 87 dispensaires isolés, 8 maternités isolés, 183 infirmeries et 18 centres de santé militaires.

Pour ce qui concerne le secteur privé, on dénombre 115 structures de soins au total soit 2 hôpitaux privés, 9 polycliniques, 95 cliniques privées, 3 Centres médicaux avec antennes chirurgicales, 99 centres médicaux, 29 cabinets médicaux et 13 cabinets dentaires. La liste de ces structures de soins privées n'est pas exhaustive. Nous avons énuméré uniquement les principales en termes de degré de technicité.

Au niveau des districts sanitaires on dénombrait au total 2 705 lits contre 4 531 au niveau des centres hospitaliers avec un taux d'occupation des lits estimé à 61,1% pour l'ensemble des hôpitaux (Hôpital de district, centre médical avec antenne chirurgicale, hôpital de région ou centre hospitalier universitaire). Ces structures de santé sont inégalement réparties sur le territoire national.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis de retracer l'évolution des politiques de santé au Burkina Faso des indépendances à nos jours. Nous avons pu ainsi découper cette période en quatre parties. Il s'agit de la période des indépendances marquée par la gratuité des soins malgré les insuffisances que cela comportait. La période du recouvrement des coûts avec l'IB que le pays a adopté en 1993. Cette période a également présenté ses limites avec des résultats mitigés. Cette situation a entraîné la réintroduction des méthodes d'exemption ciblées avec le développement des programmes verticaux. Ces programmes ne sont pas intégrés dans une vision holistique du système de santé et ont fait l'objet de nombreux critiques. Le pays s'est engagé ainsi depuis 2015 à la mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie universelle. Il y a un empilement des différents programmes dans le but d'améliorer le système de santé. De la période des indépendances aux années 2000 la méthode de financement des structures de soins était essentiellement basé sur le budget global. On parle de financement traditionnel ou financement input du système de santé. Les indicateurs de santé ne se sont pas améliorés de façon suffisante. En 2010, le pays s'est engagé dans la mise en œuvre d'un nouveau mécanisme de paiement des structures de soins basé sur la performance. Il s'agit du FBR. Ces différents programmes et politiques de santé ont été mis en œuvre également dans les pays de la sous-région avec les mêmes partenaires d'où l'expression approche régionale du système de santé. Cela souligne également le rôle que ces partenaires ont joué dans la conception et la diffusion de ces programmes et politiques de santé dans ces pays.

Cette analyse de l'évolution des politiques de santé dans le temps permet de se rendre compte que le système de santé du Burkina Faso à l'instar des autres pays de la région Ouest Africaine a fait l'objet de nombreux changements. Si dans l'ensemble les indicateurs de santé ont connu une amélioration depuis les indépendances, ils restent toujours anormalement élevés. Il paraît nécessaire de s'interroger sur la pertinence de certains programmes voire, sur le mode d'introduction de ces programmes au Burkina Faso. Une analyse rapide des acteurs intervenant dans ces différents programmes nous permet d'identifier quatre partenaires clés à savoir l'État (ministère de la santé), les partenaires techniques et financiers (techniciens, les investissements), les prestataires de soins et les bénéficiaires (la population). Les deux derniers ont dans ces différentes politiques un rôle minime à la limite passif et qui se résume souvent à l'exécution des directives pour les premiers et à l'utilisation des services « offerts » par les

seconds. Ils influent peu voire pas du tout sur le choix des programmes de santé bien qu'ils soient considérés comme les acteurs clés (acteurs opérationnels du système).

Pour ce qui concerne l'État et ses partenaires techniques et financiers, des interrogations subsistent sur la nature de cette relation. En effet, si les partenaires sont censés accompagner l'État dans la mise en œuvre de ses politiques et programmes de santé, en pratique on constate à la lecture de ce chapitre que ce n'est pas le cas à chaque fois. En témoigne la politique de gratuité portée essentiellement par l'État et le FBR porté essentiellement par la Banque mondiale. Ce partenariat historique serait caractérisé par un jeu de pouvoir permettant à ces partenaires de pouvoir proposer, développer et mettre en œuvre certains programmes avec « l'aide des entrepreneurs institutionnels » pouvant être des experts Africains ou étrangers. L'État manque de leadership dans sa relation avec ses partenaires. Le financement de programmes nationaux essentiellement par les partenaires extérieures explique en partie cette relation de dépendance et pourrait expliquer certains choix opérés dans l'histoire du financement du système de santé.

La deuxième leçon que nous pouvons tirer de ce chapitre est la répétition des différents programmes dans le temps. Les anciens programmes deviennent des nouveaux avec le temps et les nouveaux les anciens réalisant de ce fait une boucle. Il n'y a pas d'innovation en réalité, mais une remise à jour des anciens programmes avec d'autre appellations. Cela traduit également une forme de fuite en avant où une absence de remise en cause et de prise en compte des critiques ou des causes des échecs des politiques antérieures. Comme nous l'avons évoqué tout au long de ce chapitre le mode de financement de la santé a beaucoup changé au Burkina Faso et la tendance de nos jours est la mise en œuvre d'une politique de CSU. Pour ce faire, les partenaires techniques et financiers ont proposé de reformer le financement de la santé afin de préparer le système de santé pour l'atteinte des objectifs de la CSU. Cela s'est traduit par l'introduction du paiement à la performance dans certaines formations sanitaires publiques du Burkina Faso.

Chapitre 2 : Présentation du Financement basé sur les résultats

Introduction

Depuis les indépendances, le système de santé du Burkina Faso a fait l'objet de nombreuses réformes dans le but d'améliorer l'état de santé des populations. Le pays est passé ainsi de la gratuité des soins avec toutes ses limites au recouvrement des frais au point de dispensation des soins. Ces différents programmes avaient néanmoins en commun le mode de financement traditionnel ou input qui était basé sur le budget global. Les centres de santé planifiaient les besoins chaque année et le budget était évalué selon les besoins en tenant compte des contraintes budgétaires. Pour certains experts, ce mode de financement s'est avéré inefficace du fait de son incapacité à améliorer les indicateurs de santé après toutes ces années.

Après l'échec constaté dans le secteur de la santé lors de l'évaluation des OMD (2015), il fallait songer à reformer à nouveau les systèmes de santé des pays du sud. Rapidement le mode de financement a été pointé comme source du problème et des institutions internationales ont proposé d'accompagner ces États avec ces nouvelles reformes afin d'être au rendez-vous des ODD (2030) en occurrence celui en rapport avec la santé.

Le défi en matière de santé pour les années à venir dans les pays à revenus faibles et intermédiaires est la mise en œuvre de la CSU. Elle est considérée par les institutions internationales comme l'un des éléments clés pour l'atteinte de l'ODD 3. Pour sa mise en œuvre, il était question de promouvoir un nouvel outil de financement du secteur de la santé. De façon pratique, il s'agissait de reformer le mode de paiement des prestataires (les structures publiques de santé et celles conventionnées) de soins. Les nouveaux mécanismes de financement de la santé introduits dans les pays à revenus faibles et intermédiaires ces dernières décennies concernent essentiellement les méthodes incitatives avec son impact sur le management de ces structures publiques de santé. L'objectif étant l'évolution vers la couverture santé universelle. Il s'agit dans ce cas du FBR.

L'introduction de ce mécanisme de financement au même titre que les programmes et politiques de santé antérieurs a suivi une approche régionale avec l'appui des mêmes partenaires dans différents pays. Pour le cas du Burkina Faso, il s'agit essentiellement de la Banque mondiale. Ce chapitre s'articulera autour de deux points majeurs. Le premier point permettra de définir le concept FBR et ses origines. Le deuxième point détaillera le type de FBR mis en œuvre au Burkina Faso en faisant ressortir les acteurs clés.

1. Financement basé sur les résultats

1.1. Définition

Historiquement le système de financement de la santé était (est) basé sur la planification d'intrants (financement fondé sur le budget global estimé sur la base des besoins des formations sanitaires) sans « obligation » de résultats (prévision et atteinte des objectifs en termes de quantité et de qualité des soins). Le passage vers une approche alternative comme le FBR est présenté par ses initiateurs comme une solution pour améliorer la performance des services de santé.

Comme cela a été dit plus haut, le FBR pour la santé est un terme générique qui est défini comme " un paiement en espèces ou un transfert non monétaire effectué à un gouvernement national ou sous-national, un gestionnaire, un fournisseur, un payeur ou un consommateur de services de santé après que des résultats prédéfinis aient été atteints et vérifiés. Le paiement est conditionné par des actions mesurables ou entreprises" (Musgrove, 2011).

Cette approche inspirée de l'école néoclassique s'applique à plusieurs secteurs de l'aide public au développement. « *Il fait passer les risques financiers essentiels de l'organisme de financement au bénéficiaire : le paiement (ou parfois la partie du règlement correspondant à la « mesure incitative de performance ») n'est reçu ou différé que lorsque les résultats ou activités ont été vérifiés par l'organisme de financement. Le règlement peut être financier ou non monétaire et n'est émis que sur réalisation des cibles de performance prédéterminées. Les règlements basés sur la performance peuvent concerner des bénéficiaires cibles au niveau de l'offre ou des bénéficiaires cibles au niveau de la demande* » (Eichler et al, 2008). Le paiement étant « ex post », il est supposé que quand les résultats ont été atteints, les prestataires chercheront toujours comment les améliorer en termes de productivité et de qualité des soins. Le principe de base est que « l'argent suit le patient ». Si les établissements de santé attirent davantage de patients et fournissent des services de qualité, ils recevront davantage de subventions sur la base des résultats rapportés et vérifiés. Ces resultats sont définis dans un contrat (mensuel, trimestriel ou biannuel). Ce mécanisme est schématisé comme suit :

Schéma 1: La représentation du mécanisme du FBR classique

Source : Auteur

Pour ce qui est de l'offre, le manuel de mise en œuvre du FBR précise que l'organisme de financement va conditionner le paiement des primes du bénéficiaire à des résultats déterminés à l'avance. Les bénéficiaires peuvent être des institutions ou des individus. Dans le secteur de la santé, les bénéficiaires pour ce qui concerne l'offre peuvent correspondre à des formations sanitaires (publiques ou privées) ou des soignants à tous les niveaux. Les résultats attendus peuvent concerner des cibles au niveau des soins qui peuvent être évalués par des indicateurs comme les taux de vaccination, le nombre d'accouchements assistés ou des critères de qualité ou des cibles en rapport avec le mode gestion de ces centres de santé. À titre d'exemple, on peut citer les systèmes de supervision, d'approvisionnement des médicaments essentiels génériques.

En ce qui concerne le volet de la demande, l'organisme chargé du financement conditionne le paiement des primes à la réalisation d'une activité ou à l'obtention d'un résultat. À titre d'exemple, au Nicaragua, un programme de transfert monétaire a été mis en place et consistait à payer les familles pour avoir vacciné leurs enfants. Pour encourager les patients tuberculeux à suivre correctement le schéma thérapeutique, le financeur approvisionnait en nourriture ceux qui faisaient preuve d'une bonne observance. En Inde également un programme similaire a été

mis en œuvre et les femmes qui acceptaient d'accoucher avec l'aide d'un agent de santé recevaient de l'argent ou des coupons (Manuel FBP, 2011). Ce mécanisme est résumé dans le schéma suivant :

Schéma 2: Le processus du FBR axé sur la demande

Source : Auteur

Le dispositif tend ainsi à encourager du côté des patients la demande de soins.

Pour ce qui concerne les bailleurs, plusieurs mécanismes de financement sont considérés dans le cadre du FBR. Nous pouvons citer le paiement à la livraison, les bourses basées sur la performance, les obligations d'impact social ou de développement et les paiements pour encourager les centres ou les individus. Ces différentes terminologies sont répertoriées dans le tableau suivant :

Tableau 11: les différents mécanismes de paiement à la performance

Mécanisme de financement	**Définition**	**Exemple de Cas**
Paiement à la livraison	Les bailleurs paient les récipiendaires sur la base de la réalisation d'un progrès préalablement choisi et confirmé en vue d'un objectif plus large ; une approche « sans ingérence » qui permet aux récipiendaires d'utiliser les fonds comme ils le désirent	Un bailleur paie un gouvernement national pour les naissances inscrites au registre d'état-civil et fournit des paiements complémentaires pour chaque enfant inscrit qui survit jusque l'âge de 5 ans.
Bourses basées sur la performance	Elles sont liées à la performance du récipiendaire de la bourse dans des domaines prédéterminés à l'accès et au montant des fonds versés au récipiendaire	Le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme base ses paiements pour la Phase 2 de sa bourse de 3 ans sur une évaluation de la performance de la bourse durant la phase 1
Obligations d'impact social ou de développement	Un partenariat public-privé qui permet aux investisseurs de fournir des fonds pour des projets publics qui aboutissent à des débouchés sociaux ; si le projet réussit, les investisseurs sont remboursés par le gouvernement (obligations avec impact social) ou une agence d'aide / un bailleur (obligations avec impact sur le développement) avec des intérêts	En 2017, USAID – en partenariat avec Merck for Mothers, la Fondation UBS Optimus, PSI, Palladium et HLFPPT – ont lancé la première obligation mondiale d'impact sur le développement en matière de santé au Rajasthan en Inde pour réduire le nombre de morts maternelles et néonatales en améliorant la qualité des soins maternels dans les centres de santé
Paiements pour encourager les centres ou les individus	Le versement de paiements en argent ou en nature à des centres de santé publics ou privés ou des individus sur la base de l'atteinte d'indicateurs de performance préalablement établis	La Banque Mondiale a soutenu l'application d'un PBF à grande échelle dans 30 pays ; bien que les programmes varient, chacun implique le paiement pour des services en quantité et qualité améliorées suivant un solide processus de vérification.

Source : site web USAID (https://www.fpfinancingroadmap.org/fr/learning/specific-topics/performance-based-financing) consulté le 21/08/2022).

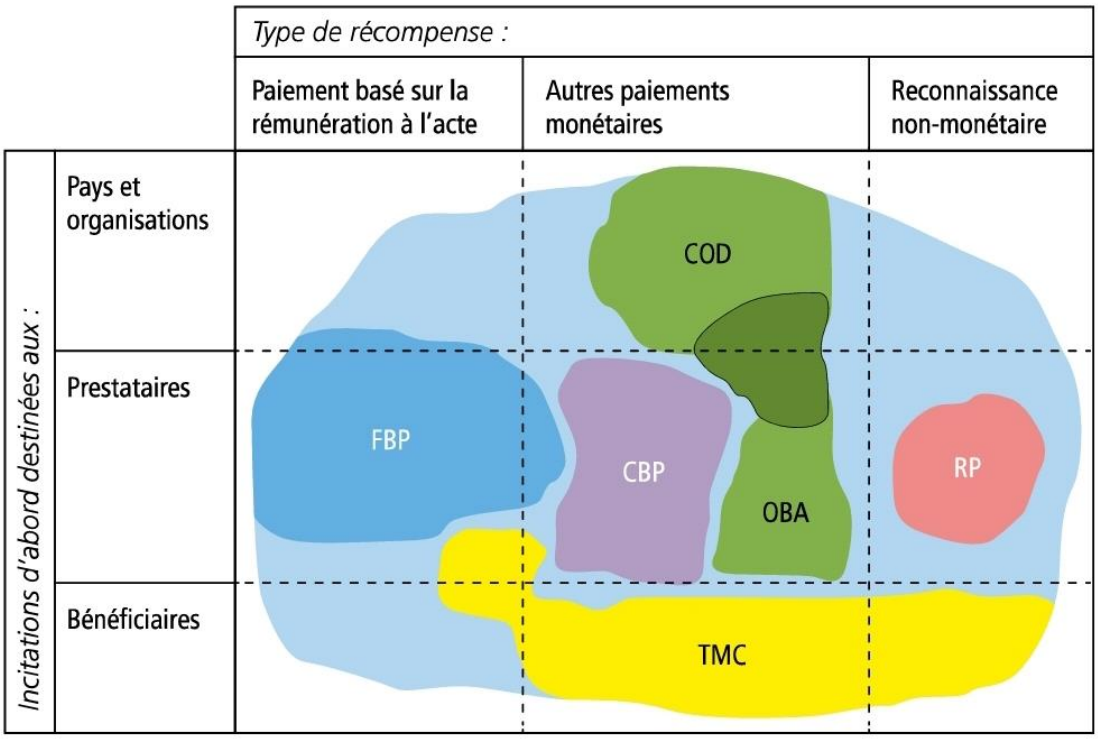
Le FBR tel qu'introduit dans de nombreux pays de la sous-région permet le paiement des activités aux structures de santé (prestataires de ce fait) sous la forme de primes de motivation. Il ne remplace pas le mécanisme de rémunération principal des agents de santé inclus dans le programme qui est le salariat. Les primes ainsi reçues s'ajoutent au salaire et aux primes et ristournes déjà existantes. L'irrégularité dans le paiement et le faible poids de la prime par rapport aux revenus des soignants peut réduire sa capacité à modifier le comportement des acteurs. On parle dans ce cas de FBR impure.

Différents types de FBR existent. Au Burkina Faso, quatre modalités ont été testées à savoir :

- FBR de type 1 : tous les patients payent les soins et les formations sanitaires (FS) sont payées en fonction de la quantité/qualité des actes réalisés.
- Le FBR de type 2 : il comprend le FBR 1 associé à une exemption du paiement des soins pour les Indigents, leurs consultations sont achetées au double du prix normal.
- Le FBR type 3 : il associe au FBR 2 une prime pour le personnel en fonction du nombre de consultations d'indigents.
- Le FBR Type 4, qui combinait le FBR standard comme dans T1 avec la proposition d'adhérer à un système de mutuelle communautaire (les frais d'inscription étaient couverts pour les indigents ciblés).

Plusieurs terminologies sont utilisées pour désigner les programmes qui versent une rémunération au rendement pouvant entrainer une confusion dans la compréhension du concept. Musgrove (2011) a tenté de faire un répertoire de ces termes en soulignant la différence qui peut exister entre ces derniers comme souligné dans la figure n°1 :

Figure 4: Les différentes terminologie du paiement à la performance



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

Cette figure récapitulative regroupe les différents acronymes utilisés. De façon plus détaillée le tableau suivant permet de définir les différents items et d'apporter les éléments de différence entre les concepts. La cible (personne ou entité à laquelle est adressée) des méthodes incitatives est utilisée comme élément de différence.

Tableau 12: les terminologies du paiement à la performance

Items	**Définition**	**Cible des méthodes incitatives**
TMC (transfert monétaire conditionnel)	Incitation à la demande incluant un versement monétaire aux usagers de certains services sociaux (santé et éducation++)	Utilisateurs des services, zone géographique ciblée et groupes vulnérables, souvent les mères de famille.
Aide - COD (Aide basé sur le paiement à la distribution)	Le paiement est effectué sur atteinte de résultats prédéterminés.	Gouvernements
DLI (indicateurs liés au décaissement)	Les incitations sont liées à certains processus ou politiques	Gouvernement ou niveau infra nationaux.
OBA (Assistance basé sur les résultats)	La subvention comble l'écart de financement entre	Prestataires de services ou usagers
CBP (contrat basé sur la performance)	Concerne les différents modes de sous traitance de services de soins à des organisations non gouvernementales. Le CBP peut également designer une contractualisation pour assistance technique aux établissements de santé publics	Etablissement de santé, instance de gestion au niveau du district ou au niveau provincial
FBP (Financement basé sur la performance)	Incitation 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 paiement direct aux personnes vulnérables. Il prévoit l'introduction des outils de gestion susceptible d'améliorer la performance du système de santé. C'est une variante de l'OBA	Etablissement de santé, équipe de district, équipe du district sanitaire, équipe sanitaire provinciale, centrale nationale d'approvisionnement en médicaments, ministère de la santé, unité de gestion de projets, etc.
IBP (Incitatif basé sur la performance)	Elle englobe la gamme complète des incitations tant du côté de l'offre que de la demande. L'expression est souvent utilisée par USAID et le centre pour le développement mondial (CGD). Le terme est utilisé aussi pour désigner le FBR et PBP.	Tous les niveaux du système de santé

PPR (Programme pour les résultats)	Instrument de financement qui conditionne le décaissement à l'obtention de résultats tangibles. L'expression est utilisée par la banque mondiale et analogues	Gouvernement
PBP (P4P)	Le paiement basé sur la performance comprend toute la gamme des incitations du côté de l'offre et de la demande. L'expression est souvent utilisée par l'USAID et l'OCDE	Tous les niveaux
PRP (Programme de reconnaissance des prestataires de service)	Programme à caractère non monétaire	Etablissement de santé Prestataire
FBR (Financement basé sur les résultats)	Il comprend la gamme des incitations tant du côté de l'offre que de la demande. Le terme est souvent utilisé par la banque mondiale	Tous les niveaux du système de santé
Coupons (Principe d'aide basé sur les résultats)	Ils peuvent être utilisés du côté de l'offre et la demande. Ils aident certains publics cibles à avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin. Ils représentent également un revenu pour les prestataires	Etablissements de santé Prestataires Usagers

Source : Musgrove 2011

Ce tableau regroupe une large gamme d'acronyme utilisée pour définir le financement axé sur les résultats. Les expressions varient selon les initiateurs et la définition tient compte de la cible et des mécanismes de paiement. Dans notre document, le terme FBR sera utilisé pour désigner toutes les méthodes de paiement axées sur la performance.

1.2. Les acteurs intervenant dans la mise en œuvre du FBR

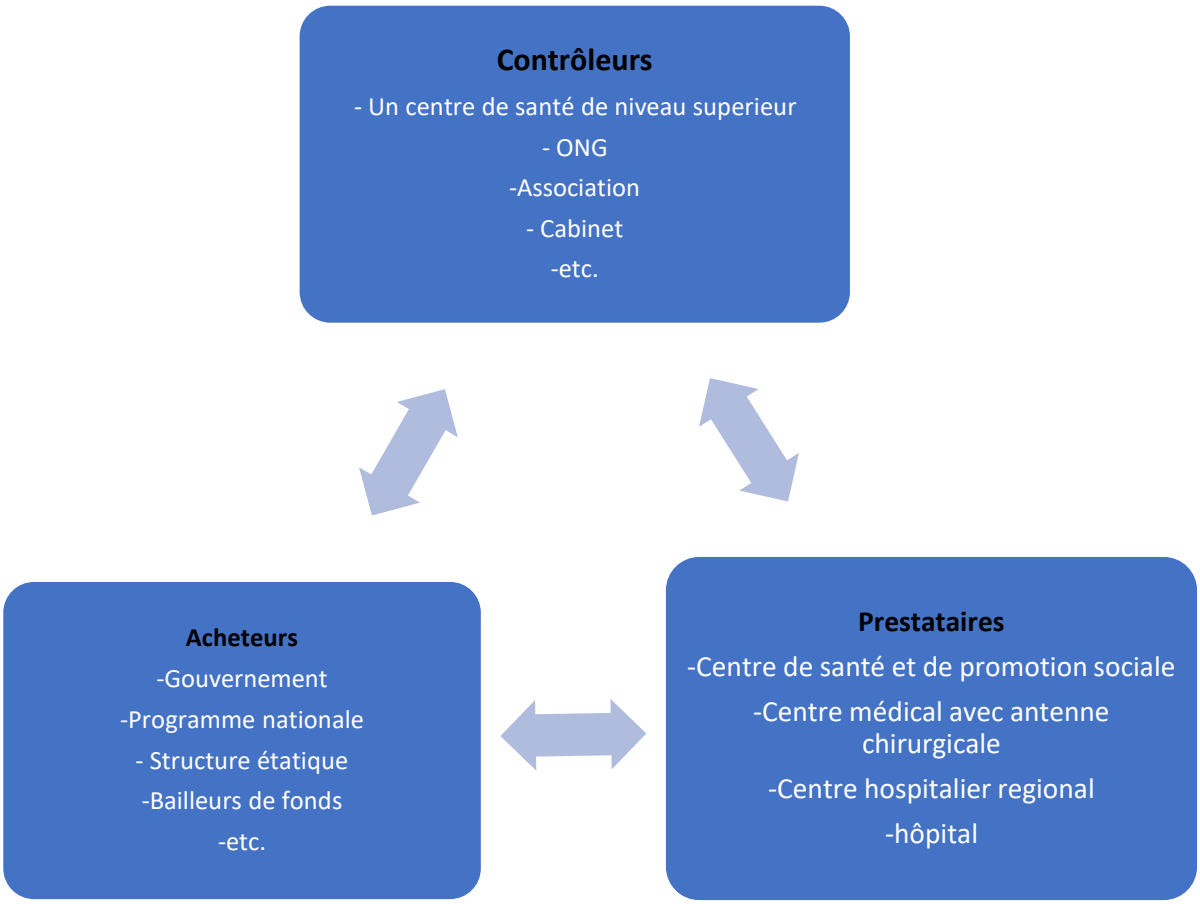
Dans sa mise en œuvre, le FBR va s'appuyer sur un ensemble d'acteurs du système de santé avec des rôles différents mais complémentaires. Ces différentes entités doivent avoir une autonomie dans leur fonctionnement tout en maintenant une obligation de rendre compte. Le

manuel de mise en œuvre du FBR distingue classiquement trois catégories d'acteurs à savoir l'acheteur (payeur), le prestataire et entre les deux le contrôleur.

- L'acheteur est l'organisme qui a pour mission la définition des cibles à atteindre et paie les résultats aux prestataires conformément au contrat qui lie les deux parties. Il doit ainsi définir les grandes orientations en se basant sur les objectifs de santé publique pour déterminer des indicateurs de santé pertinents et mesurables. Il est chargé également de mobiliser les ressources et participe activement à l'évaluation du coût des différents actes et services.
- Le prestataire est l'organe chargé d'élaborer des processus à mettre en œuvre pour l'atteinte des objectifs établis. Le prestataire doit dispenser les soins selon les recommandations du contrat qui le lie à l'acheteur. Il peut s'agir d'une catégorie de soins donnés, d'acte ou de service.
- Le contrôleur à un rôle de vérification. Il est chargé de vérifier la quantité de services fournis et la qualité de ces services. Pour ce faire, il se doit d'être impartial avec une autonomie pour bien mener son travail. Il utilise des supports, conduit une enquête auprès des bénéficiaires et peut conduire des actions sans prévenir le prestataire à l'avance. Il doit donc s'assurer de l'effectivité des données transmises par le prestataire de soins avant le paiement des primes.

Ce rapport entre les différents acteurs est représenté comme suit :

Schéma 3: la relation entre les acteurs du FBR



Source : Auteur

Il existe en plus de ces trois acteurs d'autres acteurs qui ont un rôle important également dans la réussite du FBR. Il s'agit des bailleurs de fonds et des bénéficiaires des soins. Dans les cas de figure où le bailleur de fond n'est pas l'acheteur direct il passe par le gouvernement pour financer le FBR. Il constitue une source de financement et s'appuie sur une structure gouvernementale qu'il finance pour payer les services.

Le patient qui constitue le bénéficiaire joue également un rôle important en principe dans le FBR. Il doit avoir plus d'autonomie et son avis devrait compter pour définir les objectifs de santé (les concernant) et vérifier l'impact du programme sur les indicateurs de santé prédéfinis.

Une autre classification nous permet d'identifier de façon pratique cinq acteurs à savoir les concepteurs, la cellule technique, les exécutants, les évaluateurs et les partenaires qui ont accompagné le projet. Entre ces différents acteurs, il existe une relation à laquelle nous nous sommes intéressés.

Par concepteur nous attendons les initiateurs du FBR. Il s'agit de la banque mondiale qui est le cerveau du dispositif et dans une moindre mesure le ministère de la santé. Les concepteurs avaient un pouvoir de décision sur la mise en œuvre du FBR et pouvaient donner des instructions à la cellule technique. Ces instructions n'étaient pas pensées à chaque fois de façon consensuelle avec la cellule technique. À titre d'exemple, le choix d'inclure les agences de contractualisation et de vérification (ACV) était une idée de la banque mondiale même si elle n'était pas partagée par les acteurs de la cellule technique. Ces derniers jugeaient trop élevés les coûts des services délivrés par ces ACV. Le maintien des ACV dans le FBR correspondait donc à la volonté de la banque mondiale et cette volonté était imposée à la cellule technique. En plus, la banque mondiale avait donc cette capacité de suspendre les activités du FBR lorsque la procédure n'était pas conforme à ses attentes. Rappelons par ailleurs que la banque mondiale était le seul bailleur du FBR depuis 2013. La cellule technique qui constituait la tête pensante du FBR mettait donc en œuvre certaines composantes du programme malgré elle.

La cellule technique représentait la tête pensante du FBR. Elle avait pour rôle l'élaboration des manuels de mise en œuvre, la coordination sur le terrain et la formation des acteurs clés du FBR. La cellule devait s'assurer du bon fonctionnement du FBR. Pour se faire, elle coordonnait également les activités de supervision sur le terrain. Il faut noter cependant que les activités de la cellule technique elle-même faisaient l'objet de contrôle – vérification par une structure autre constituée par les partenaires techniques et financiers. Initialement détachée de l'organigramme du ministère de la santé, la cellule technique avait un fonctionnement indépendant et relativement autonome. Cette situation pour certains acteurs du Ministère de la santé, était de nature à complexifier la collaboration entre cette entité et les autres directions du Ministère de la santé.

À cela s'ajoute le traitement de faveur octroyé aux membres de la cellule sur le plan salarial. Cette situation a contribué à créer un sentiment de méfiance entre les membres de la cellule technique et les autres directions du ministère de la santé voire de « jalousie » pour certains. Ce qui explique le manque d'appropriation du dispositif par les acteurs non concernés directement. Pour certains des acteurs du ministère de la santé cette situation handicapait la cellule technique car sa voix ne pouvait pas porter auprès des districts sanitaires ou des directions régionales de la même façon que si c'était sous la couverture du secrétariat général du Ministère de la santé ou d'une direction du ministère de la santé. En plus l'information pouvait mettre du temps à arriver aux acteurs concernés.

Par la suite, pour des questions d'ordre pratique la cellule a été rattachée à une direction du ministère de la santé. Pour les acteurs de la cellule technique, cette situation les rendait au contraire invisible car elle était loin des sphères de décision politique.

Les exécutants

Par exécutant nous entendons les acteurs au niveau opérationnel. Il s'agit dans le cas du FBR des centres de santé et de promotion sociale (CSPS), des centres médicaux avec antennes chirurgicaux (CMA) et des hospitaliers régionaux (CHR). Les CSPS sont désormais sous la tutelle des municipalités (mairies). Dans le cadre du FBR, les maires des centres de santé intégrés dans le projet FBR ont été approchés pour signer les contrats avec les acteurs FBR. Ces maires n'ont malheureusement pas bénéficié de formation préalable et pour certains d'entre eux interrogés après la phase pilote, il n'y a pas eu de rencontre de restitution et le programme est passé directement à une phase d'extension. Les maires n'avaient pas vraiment connaissance du rôle qu'ils avaient à jouer dans la mise en œuvre du programme FBR.

Pour les agents de santé et les responsables directs de ces centres de santé il était question d'exécuter les tâches selon le contrat qui les liait au FBR. Les primes que les centres de santé recevaient étaient fonction des résultats des évaluations menées par les équipes de supervision. Si au début les districts jouissaient d'une autonomie totale dans la gestion des primes, par la suite les responsables FBR au niveau central ont introduit des critères dans la gestion de ces ressources en définissant une part pour les investissements en faveur du district sanitaire (70 %) et une part pour les ristournes au profit des travailleurs (30 %). Il y'avait une relation hiérarchique entre les différents acteurs et les décisions concernant la mise en œuvre du FBR ou la gestion des primes n'étaient pas prises en concertation avec tous les acteurs. À l'échelle des districts, il a permis néanmoins de développer l'esprit d'équipe puisque les acteurs de terrain devaient coordonner leurs actions et réflexions pour atteindre de meilleurs résultats.

1.3. Comment comprendre l'introduction du FBR

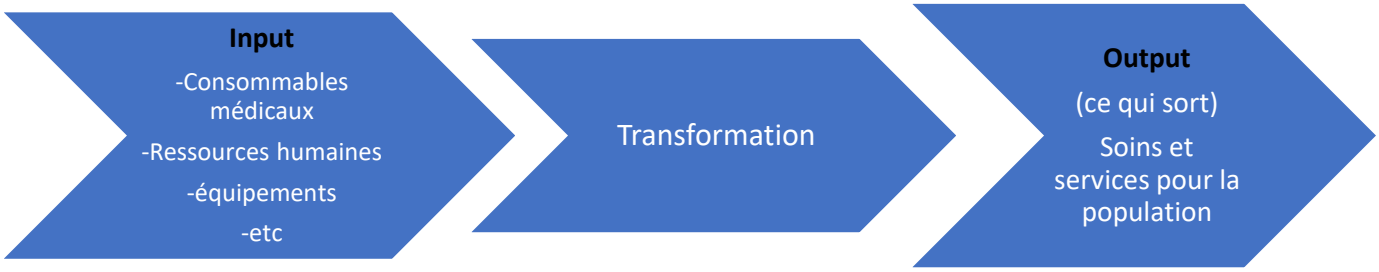
À la conférence d'Alma Ata en 1978, les pays participants ont préconisé un système de production de soins de santé primaires. Les pays en développement à l'époque se sont fixés pour objectif la santé pour tous en l'an 2000. Si l'objectif « santé pour tous » était louable la question du financement d'un tel programme n'avait pas été clairement évoquée. En effet, il ressort des déclarations que « les soins de santé primaires sont des soins essentiels […] à un coût abordable pour la communauté et le pays » (WHO 1978).

À l'époque, la gratuité des soins était le mode de financement choisi par ses États pour le système de santé et le mécanisme de financement des structures de soins était le budget global. L'État s'occupait de construire les centres de santé, d'y affecter les soignants, de rendre disponible les intrants et de permettre aux populations de pouvoir bénéficier des soins disponibles. Cela se faisait grâce à la dotation budgétaire de l'état et à l'aide publique au développement apportée par les bailleurs au secteur sanitaire. Les difficultés financières des années 80 ont poussé les pays subsahariens dont le Burkina Faso à revoir le mode de financement de son système de santé en y introduisant un recouvrement partiel des coûts en 1993 (issu des conclusions de l'initiative de Bamako). Les usagers des centres de santé devaient ainsi payer pour accéder aux services de santé. Malgré cette situation, le mécanisme de financement est resté le même basé sur le financement « input ». L'État était « omniprésent » car il jouait à la fois le rôle de détenteur des ressources, de payeur des soins, de contrôleur des établissements (accréditation, qualité des soins) et d'offreur de soins dans une moindre mesure (son action concernant les centres de santé publiques de l'Etat).

1.3.1 Financement input du système de santé

Emprunté à la langue anglaise, le terme « input-output » signifie en français « entrée-sortie » (ou intrant-extrant). En ce qui nous concerne, la deuxième définition convient mieux à notre contexte d'étude. Le concept input-output répond ainsi à un processus de transformation des intrants pour produire des biens de consommations (extrants). Dans le secteur de la santé, il s'agira d'utiliser la ressource humaine, les équipements et consommables médicaux, les locaux etc. pour produire des soins au profit des populations. Ce processus est schématisé comme suit :

Schéma 4: le mécanisme du financement input



Source : Auteur

Ce mécanisme de financement a fait l'objet de nombreuses critiques. Mis en place dans les pays de l'Afrique de l'Ouest après les indépendances, le financement input des structures de soins est de plus en plus décrié par certains « experts » entrainant un débat passionné entre les partisans et les opposants à ce mécanisme de financement. Si certains sont partisans de ce mode de financement (en cherchant à l'améliorer évidemment) d'autre sont pour un changement radical pour une approche plus axée sur les résultats (Manitu et al,2015). Les critiques qui sont faites à ce mode de financement sont de trois ordres.

- Le financement input serait inefficace pour améliorer les indicateurs de santé

Depuis les indépendances, le système de santé dans de nombreux pays Ouest Africains dont le Burkina Faso était financé par le budget global. Les indicateurs de santé de ces pays restent toujours parmi les plus faibles au monde alors que les investissements en santé augmentent. Ce mécanisme serait donc inefficace et inefficient d'où la nécessité de le changer.

- Le financement input ne serait pas efficace pour améliorer la qualité et la quantité des soins

Le fait de payer des salaires, des intrants et des factures ne permet pas de s'assurer si les financements produisent vraiment les résultats espérés. En effet, le financement input paie des interventions ou des services sans obligation de résultat. Il s'agit de fournir des moyens de « production de soins » sans obligation de résultats. Ce qui ne permet pas de « contrôler » le travail du soignant en termes d'offre de service (quantité et qualité des soins qu'il fournit).

- Le financement input serait inefficace pour motiver les soignants.

Les opposants à ce mode de financement font le lien étroit entre la motivation des soignants et la qualité des soins dispensés. Pour ces derniers, pour améliorer la qualité des soins dispensés il faut trouver des mécanismes pour motiver les « producteurs de soins » ce que ne ferait pas le paiement input. L'argument avancé est qu'un prestataire qui reçoit son salaire fixe et les intrants (pour travailler) n'a aucune obligation ni aucun intérêt à fournir plus de soins ou des soins de qualité. Conditionner le paiement de son salaire ou des primes par exemple à l'obtention des résultats pousserait le soignant à produire plus de soins et plus de soins de qualité s'il espère être mieux rémunéré.

L'analyse consistant à lier l'échec des systèmes de santé de la sous-région Ouest Africaine au mode de financement « input » semble simpliste et ignore les différents paramètres entrant en jeu dans l'analyse de ces insuffisances. En effet, les structures de santé ont longtemps été confrontées à une insuffisance de personnels qualifiés et de ressources. La dotation globale annuelle dans le contexte du Burkina Faso reste insuffisante avec un budget restreint réduisant considérablement la quantité de services proposés par ces structures avec un impact sur la qualité. Si l'offre de soins reste insuffisante, quel que soit le mode de financement la quantité et la qualité des soins seront impactés.

Réduire le défaut de soins de qualité à la seule motivation du soignant traduit deux choses importantes. La première est la reconnaissance par les décideurs (experts) du salaire insuffisant servi aux travailleurs de la santé et la seconde est l'ignorance des autres aspects entrant dans la dispensation des soins de qualité comme les équipements, le personnel qualifié, les intrants et les locaux adaptés. Un soignant qui reçoit des primes supplémentaires ne soigne pas différemment qu'un autre qui ne les reçoit pas. Enfin, réduire la qualité des soins à la seule volonté des soignants revient à ignorer les fondements de la déontologie et de l'éthique médicale.

Pour remédier à tous ces manquements, il était nécessaire pour ces experts de repenser un modèle de financement du système de santé qui mettrait l'accent sur la quantité, la qualité des soins et la motivation des soignants dans le but d'améliorer les indicateurs de santé.

1.4. Les origines du FBR

Sur le plan idéologique, le FBR provient de l'école néolibérale qui part du postulat que les soignants (producteurs de soins de façon générale) sont des homos œconomicus intéressés par le profit. Pour les amener à faire plus d'efforts il faut les motiver avec les incitations. Dans le cadre du FBR, la théorie épousée est la théorie de l'agence (mandant-mandataire/principal-agent). Elle suppose que les intérêts des différents acteurs sont divergents et pour les aligner il faut établir un nœud de contrat avec des incitations et des sanctions. L'organisme acheteur va nouer un contrat avec les prestataires de soins qui devront réaliser une série d'activité selon les clauses du contrat. Pour amener ces derniers à produire les soins selon les normes édictées par l'acheteur il va proposer au prestataire des récompenses (sous forme de prime) lorsque celui-ci atteint les objectifs fixés. Par contre en cas de fraude décelée par l'organisme de contrôle le prestataire peut être sanctionné comme prévu par le contrat. La relation ainsi crée entre le principal et l'agent est caractérisée par :

- Le principe d'autorité. Dans la mesure où l'agent moyennant une rétribution accepte de laisser son pouvoir de décision pour exécuter un travail selon les directives du principal.
- Une asymétrie d'information. Dans le sens où il est difficile pour le principal de pouvoir évaluer correctement l'effort fournit par l'agent pour exécuter cette tâche.
- Le droit de propriété. Le principal cède en partie ses droits de propriétés à l'agent en ce qui concerne les droits de propriété sur les actifs engagés dans la réalisation de la mission.

Le dispositif encourage ainsi la contractualisation et la concurrence entre prestataires.

Pour Caffin (2018), l'origine (historique) du FBR est en rapport étroit avec l'évolution de l'aide public au développement (APD). Il explique ainsi son émergence par une double orientation de l'APD à savoir :

- **La conception d'une aide centrée sur les bénéficiaires finaux.** Dans les années 1990 les donateurs ont revu leur politique d'aide et ont décidé d'orienter l'aide au gouvernement vers une aide aux bénéficiaires. Il s'agit désormais de mettre en œuvre des mécanismes pour que l'aide apportée par les pays du nord puisse bénéficier directement aux populations dans les pays du sud sans passer par les gouvernements. Cette vision du développement centrée sur les valeurs éthiques était portée par une société civile internationale en plein essor (Severino, 2001). Il s'agissait d'aider les populations directement à sortir de la pauvreté.

- **L'essor des théories du New Public Management**. Après l'échec des nombreux programmes de développement menés dans les pays du sud par les institutions internationales chargées du développement, l'émergence des outils du New Public Management (NPM) offrait à ces organismes en quête de légitimité un moyen de résoudre les nouveaux défis qui se posent à eux. L'adoption des OMD (2015) constituait un bel exemple de cadre de mise en œuvre de ces outils avec la définition d'une date butoir et des objectifs à atteindre. Ce mécanisme traduit déjà la recherche d'efficacité de l'aide et la nécessité de rendre compte. Ce qui était de nature à redynamiser l'effort des donateurs dans la lutte contre la pauvreté. Dans ce nouveau schéma adopté, les donateurs du nord passent par les institutions ou les gouvernements pour conduire des programmes de développement au profit des populations du sud. On peut alors conceptualiser l'aide au travers des modèles principal-agent (Swensson, 2000 ; Azam et Lafont, 2002), approche théorique sur laquelle est fondée le principe du financement à la performance.

Le FBR va émerger donc au niveau global et sectoriel. Au niveau global, la Commission Européenne (CE) suite à l'échec des conditionnalités lors de la mise en œuvre des PAS va élaborer parallèlement au critère de sélectivité, une conditionnalité basée sur la performance. Il s'agissait de joindre à l'allocation budgétaire, une tranche variable dont le décaissement est conditionné par l'atteinte de certaines performances prédéfinies. Cette nouvelle approche était perçue par la CE comme « *une approche innovante de la conditionnalité* » (CE, 2005) dont le but est de promouvoir l'appropriation puisque les choix politiques relèvent du gouvernement, d'éviter un jugement arbitraire fondé sur des mesures de politiques économiques disparates, de permettre une intervention progressive en fonction des résultats, et de faciliter la coordination des donneurs par un alignement sur les résultats (CERDI, 2002). Ce modèle s'est rapidement étendu avec la promotion de l'aide budgétaire comme instrument phare de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, pour atteindre près de 50% du 10ème Fonds Européen de Développement. Il s'est également diffusé rapidement auprès de nombreux bailleurs bilatéraux qui l'ont adopté comme instrument d'aide budgétaire après la signature de la Déclaration de Paris en 2005. Face au risque de « mauvaise » gouvernance liée à une aide budgétaire globale et à l'absence d'effet incitatif de la prime directement versée au budget de l'Etat sur les responsables des politiques sectorielles, certains bailleurs de fonds ont préféré accorder directement la gestion des fonds aux ministères en charge de la mise en œuvre des programmes à travers des aides budgétaires dit sectorielles.

Au niveau sectoriel le choix s'explique par une mobilisation accrue de fonds dans les années 90 au profit des secteurs sociaux avec une faible capacité d'absorption et un besoin accru de rendre des comptes. L'introduction de critères d'efficience dans le financement était perçue comme une alternative efficace. Dans le secteur de la santé, l'approche s'appuie sur une logique contractuelle, basée sur le postulat que les structures de santé sont dotées d'une autonomie de gestion, qu'elles sont rémunérées en fonction de leur niveau de performance sur des indicateurs prédéfinis, et partiellement évalués par des organismes de contrôle. Le modèle FBR varie selon le pays suivant les compromis définis avec les gouvernements nationaux.

En Afrique, l'introduction de ce modèle dans le secteur de la santé remonterait aux années 1990 (fin des années 1980 et début des années 1990). Les premières expériences apparaissent dans la Province Ouest de la Zambie, dans le cadre d'un programme de cofinancement du système de santé provincial (Soeters et Nzala 1994). Par la suite, des pays comme le Cambodge et Haïti ont introduit également des approches contractuelles de financement basé sur la performance pour l'achat de prestations de santé (Griffi, 2003).

Le Rwanda en 2002 a mis en œuvre le FBR à l'échelle nationale et cette expérience sera théorisée et servira de support pour sa diffusion dans les autres pays Africains. Cette diffusion sera facilitée par la BM, à travers un fonds alimenté par les coopérations britannique et norvégienne dénommé (Health Results Innovation Trust Fund), qui offre aux agents de l'institution une incitation leur permettant de doubler le montant de leurs projets en cas d'utilisation de cette approche. Par la suite de nombreux pays vont mettre en place le dispositif dont la grande majorité en Afrique à différents échelles parmi lesquels nous avons la RDC , le Congo, les Comores, le soudan, le Botswana, le Burundi, le Cameroun, l'Indonésie, Madagascar, la Guinée, le Niger, la République centre Africaine, la Sierra Leone , l'Afghanistan, le Bénin, le Burkina Faso, la côte d'ivoire, le Chad, Djibouti, le Gabon, la Gambie, le Kenya, le Togo, l'Ethiopie, le Kirghizstan, Laos, Lesotho, Liberia, Mozambique, Nigeria, Sénégal, Sud Soudan, le Mali, Tadjikistan, Tanzanie, Vietnam, Zambie, Zanzibar , Zimbabwe, le Rwanda, et la Mauritanie. Pour Meesen et al, (2011), le FBR est une approche qui permet une plus grande redevabilité, une amélioration de l'efficience, une meilleure coordination des partenaires, et s'inscrit plus généralement dans *« un mouvement international puissant vers des modèles de finance publique basés sur les résultats et mieux orientés vers les clients, inspirés du New public management »* (Meesen et al, 2011).

2. La mise en œuvre du Financement basé sur les resultats au Burkina Faso

2.1. Introduction du Financement basé sur les resultats au Burkina Faso

La mise en œuvre du FBR au Burkina Faso a été portée essentiellement par la Banque mondiale. En 2009, le Ministère de la santé a été approché par la Banque mondiale pour un voyage d'étude au Rwanda afin de s'inspirer du modèle Rwandais dans le but de le reproduire au Burkina Faso. Pour participer à ce voyage une délégation importante constituée des cadres du ministère de la santé et des syndicats des travailleurs de la santé a été constituée. Une fois au Rwanda ces derniers ont pu s'imprégner du FBR Rwandais. De retour au Burkina Faso, une rencontre a été organisée par le PADS.

Cette rencontre a regroupé environ 120 participants. Ces derniers étaient repartis en trois groupes. Il y'avait des représentants du système de santé à savoir les directeurs centraux, les directeurs régionaux, les directeurs d'hôpitaux, les responsables de programme, les médecins chefs de districts etc. Il était question de présenter le FBR et ses avantages afin de voir comment tenir un environnement favorable à sa mise en œuvre. D'autres acteurs venant en appui au système de santé avaient également pris part à la rencontre à savoir la Banque mondiale, l'OMS et la BAD comme partenaires techniques et financiers de même que les représentants du ministère de l'économie et des finances, le ministère de l'administration territorial et de la décentralisation, le ministère de la fonction publique, les OSC etc.

Cette présentation aurait séduit les participants et il a été décidé à l'unanimité de reproduire ce modèle au Burkina Faso. Cela a été aussi l'occasion de remettre en cause le modèle de financement traditionnel du système de santé (financement input) et de proposer le FBR comme la nouvelle solution innovante pour aider le pays à améliorer les indicateurs de santé dans le but d'atteindre les OMD (devenus par la suite ODD en 2015). Il ressort que tous les participants étaient d'accord pour la mise en œuvre du FBR. La question qui se posait concernait plutôt le choix des acteurs ou des zones d'intervention.

Pour pouvoir bénéficier des « retombés » du dispositif, chaque responsable souhaitait que sa localité fasse partie des zones d'intervention. La recommandation issue de cette rencontre de consensus était la mise en œuvre d'une cellule technique composée de techniciens qui serait en charge d'élaborer des documents, assurer les formations et lancer le processus au plan national en janvier 2011.

Cette cellule technique constituée de quatre personnes dont un fonctionnaire détaché et trois agents contractuels avait un rôle essentiellement technique. La mobilisation des ressources ne faisait pas partie de leurs obligations. Recrutés sur concours essentiellement, les membres de la cellule technique n'avaient aucune connaissance sur le FBR. Ils ont dû suivre des formations et se faire appuyer par des experts de la Banque mondiale pour l'élaboration des documents.

C'est dans cette logique que la cellule technique a rencontré des partenaires comme l'ambassade des Pays Bas qui finançait le PADS, la Banque mondiale et l'Unicef. Il est ressorti de ces rencontres que dans la mise en œuvre du FBR, aucun pays ne l'a fait à l'échelle nationale d'emblée sans passer par la phase teste. Ils étaient d'accord pour accompagner le ministère de la santé, techniquement et financièrement mais pas pour une mise à l'échelle d'emblée. Le Ministre de la santé de l'époque qui était septique ne voulait pas d'une phase pilote. Pour lui il fallait débuter le projet sur l'ensemble du système de santé une bonne fois afin de pouvoir évaluer vraiment son efficacité.

La cellule technique a procédé de ce fait à la formation des équipes au niveau régional également pour la mise en œuvre et disposait de neuf mois pour faire tout ça. Le 1er Janvier 2011, les manuels étaient prêts mais il n'y avait pas de ressources pour la mise en œuvre. Il a fallu convaincre le Ministre de la santé de l'époque qui ne voulait pas une phase pilote. Il a fallu appeler cette phase une phase teste ce qui a permis d'avoir un accompagnement des structures qui voulaient financer la phase pilote selon leur condition à elles, en occurrence l'ambassade des Pays Bas, la Banque mondiale et l'Unicef. Le ministère a donné son accord et trois districts sanitaires ont été choisis dont Titao, Boulsa et Léo. Cette phase a débuté le 1er Avril 2011 et était prévue pour neuf mois. Elle a cependant été prolongée jusqu'en 2013. Pendant sa mise en œuvre, le pays a connu une succession de Ministre de la santé dont certains étaient contre ce mécanisme par peur qu'il ne dénature le système de santé et d'autres étaient totalement pour sa mise en œuvre. Ces derniers ont également facilité la mise en œuvre du FBR.

2.2. Le choix des districts

À l'issue de la rencontre de restitution organisée par le PADS et les partenaires techniques et financiers qui a regroupé les responsables du système de santé de plusieurs localités, il était question d'aller au FBR. Aux vues des avantages attendus pour les soignants et le centre de santé, les participants en majorité souhaitaient la mise en œuvre du FBR dans leurs localités.

Pour pouvoir faire le choix des districts pilotes au départ et des districts complémentaires il a fallu élaborer des critères.

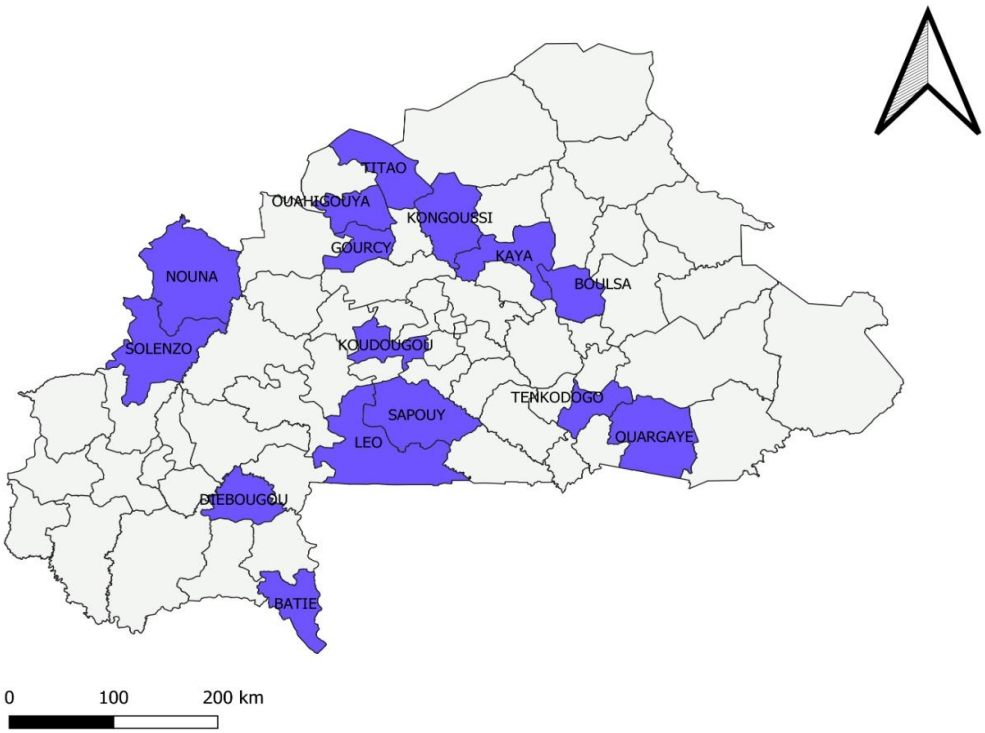
-Le premier critère était le faible niveau des indicateurs de santé. C'est à partir d'une évaluation de base qui a été faite par le centre MURAZ, pour dire qu'elle est la situation d'un certain nombre d'indicateurs sur le terrain, que le ministère a décidé de choisir un certain nombre de district. L'équipe avait donc une idée des zones où les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant étaient bas.

-Le deuxième critère, c'est le critère de pauvreté qui a été mis dans la balance pour pouvoir choisir donc les districts. Pour ça également, une étude pilote avait été réalisée vu que le FBR a été fait en deux phases. Cette étude a permis d'identifier également les districts qui présentaient un niveau de pauvreté élevé.

Pour certain des acteurs, le choix des districts avec un faible niveau des indicateurs s'explique par la facilité de pouvoir les rehausser contrairement aux districts qui possèdent des indicateurs plus élevés.

Officiellement ce sont les critères qui ont été avancés par l'équipe de sélection même si certains directeurs régionaux mettaient la pression pour que leurs zones sanitaires soient choisies. En effet, chaque acteur souhaitait tirer la couverture de son côté afin de jouir des avantages surtout financiers du FBR dans sa localité. Il a été mis en œuvre dans 15 districts sanitaires sur 63 à l'époque. La figure suivante représente les districts sanitaires du pays avec les zones qui ont bénéficié de la mise en œuvre du FBR.

Figure 5: présentation des districts FBR au Burkina Faso



En bleu nous avons les districts qui ont bénéficié de la mise en œuvre du FBR

Source : adapté du manuel de mise en œuvre du FBR

2.4. Situation des indicateurs de santé avant le FBR

Malgré les nombreux efforts entrepris depuis les indépendances pour l'amélioration de l'état de santé des populations au Burkina Faso, le pays peine à atteindre ses objectifs. En témoigne le rendez-vous manqué des OMD 2015 (en rapport avec la santé). Si l'état de santé des populations s'est amélioré cela reste insuffisant comparativement aux seuils standards. A titre d'exemple, les indicateurs de la mortalité maternelle sont passés de 144 pour 100.000 parturientes en 2010 à 117 en 2018 alors qu'elle est en moyenne de 16 pour 100.000 dans les pays développés[5]. Le nombre de centre de santé, de soignant, de consultation a également augmenté sur la période

[5] Trends in maternal mortality : 1990 to 2013, estimations de l'OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale et la Division de la population de l'ONU

Santé maternelle, aide-mémoire n°348, Organisation mondiale de la Santé (OMS)

mais reste insuffisant. Le tableau suivant illustre l'évolution des indicateurs de la santé maternelle et infantile :

Tableau 13: Evolution de quelques indicateurs de santé maternelle et infantile

Indicateurs	**2010**	**2011**	**2018**
Mortalité maternelle pour 100 000 parturientes	144	129	117
Mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	129	/	
Décès nouveaux nés (28 Jours)			4 960
Nombre d'accouchement assisté	73,50%	78,30%	83,10%
Couverture vaccinale PEV	100%	100%	
Utilisation des méthodes contraceptives	28,30%	34,20%	24,90%
Nombre de CPN1	85,30%	87,70%	79%
Nombre de CPN2	72,30%	74,40%	70,60%
Nombre de CPN3	/*	/*	
Nombre de CPN 4	22,30%	25,50%	39,30%
Nombre de CPN 5			18,30%
PTME / VIH (taux de dépistage)		64,00%	92,20%
Nombre d'avortement	23 705	28 343	40 803
Malnutrition aigüe globale de l'enfant de moins de cinq ans	11,10%	10,20%	212388 (1,6%)
Couverture poste natale		49%	48,95%

Source : annuaire statistique ministère de la santé* données manquantes[6]

[6] En plus de l'absence de quelques indicateurs, nous avons obtenu des données de l'annuaire statistique à partir de 2010.

On remarque une évolution favorable de certains indicateurs même si elle est minime avec une tendance à la stabilité pour d'autres. Pendant cette période, le pays a connu de nombreux programmes de santé portés par l'Etat et ses partenaires techniques et financiers visant parfois des maladies spécifiques (VIH/Sida, paludisme, etc.) ou des populations spécifiques considérées comme vulnérables (les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes). La gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans en vigueur depuis 2016 constitue un exemple. Malgré ces efforts les résultats restent insuffisants d'où la nécessité de trouver d'autres solutions.

Le rapport de la Banque mondiale ayant fait l'éloge du FBR comme moyen efficace et efficient dans l'amélioration des indicateurs de la santé maternelle et infantile, le pays voyait en cet outil un moyen efficace pour atteindre ses objectifs en matière de santé maternelle et infantile. En effet, dans le manuel national de mise en œuvre du FBR il était définit comme : « ... une approche du système de santé, axée sur les résultats, qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle ». Le fait de définir le concept non pas par son mécanisme uniquement mais par ses effets attendus (espérés) témoigne de l'attente des acteurs locaux vis-à-vis de cet outil.

2.5. Diversité et influence des acteurs dans la mise en œuvre du financement basé sur les resultats au Burkina Faso

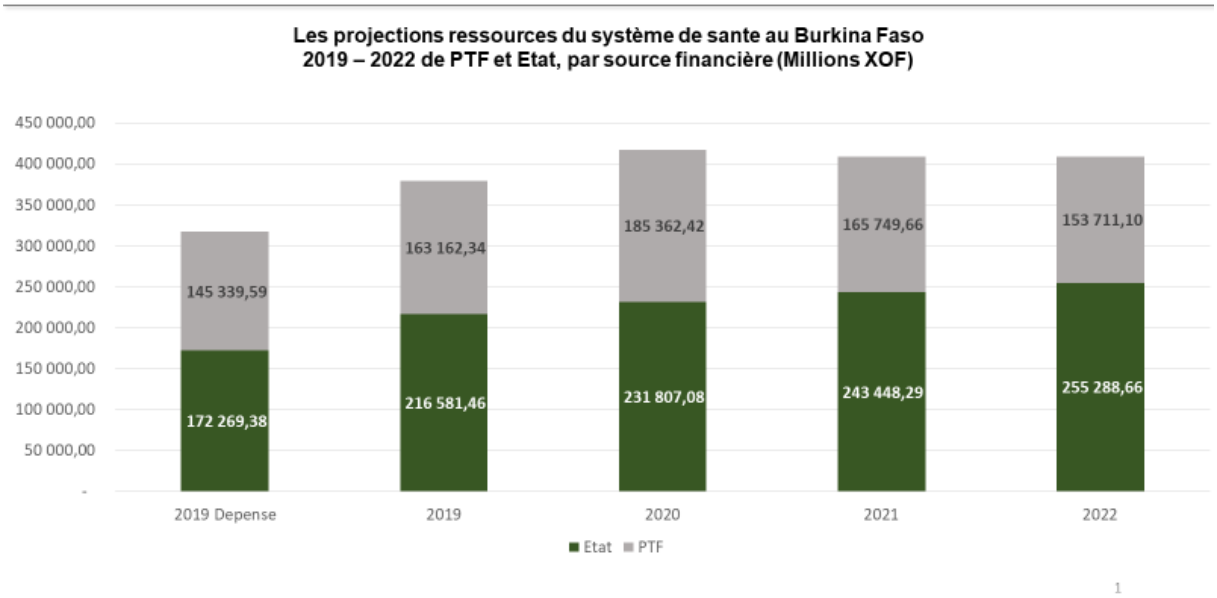
Pour mieux comprendre la stratégie adoptée pour la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso, nous avons jugé nécessaire de faire un bref rappel historique.

Le Burkina Faso, anciennement appelé la haute volta (au-dessus du fleuve la volta) est une ancienne colonie française. Elle faisait partie des colonies extractives selon la classification de Acemoglu et al (2001). Contrairement à la gratuité des soins instaurée en 2016 par l'Etat au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, le FBR n'a pas été conçu par l'Etat Burkinabè. Il a été conçu et proposé au ministère de la santé du Burkina Faso par la Banque mondiale. Pour mieux comprendre ce choix il faut se placer du point de vue de la Banque mondiale de l'époque qui, après la conception du FBR a contribué à la diffuser dans plusieurs pays en Afrique dont le Burkina Faso. Il ne s'agissait pas de répondre à des besoins spécifiques du système de santé du Burkina Faso, mais d'inclure le pays dans un « phénomène de mode » porté par la Banque mondiale principalement. L'histoire de la « fausse succès story

» du Rwanda (Paul er Ridde, 2022) étant considéré comme un cas d'école. Il s'agissait d'uniformiser les politiques de financement de la santé de ces pays.

Pour le cas du Burkina Faso, le FBR a été proposé par la Banque mondiale au ministère de la santé. Il a bénéficié de l'approbation du service technique compétent du ministère de la santé. Après des séances de rencontre le principe a été validé. La Banque mondiale s'est offerte une expertise étrangère (expert FBR de la Banque mondiale d'origine Néerlandaise), adepte du dispositif pour aider le ministère sur la phase de conception du manuel de mise en œuvre et la stratégie de mise en œuvre. L'influence des partenaires dans la mise en œuvre du dispositif impacte sur la capacité des pays bénéficiaires à s'approprier le dispositif (Gautier et Ridde, 2017). Cette implication croissante des PTF dans la mise en œuvre des programmes de santé du ministère peut s'expliquer par leur contribution importante au financement des activités du ministère de la santé. En plus, la situation sécuritaire du pays contribuera également à une réorientation du budget de l'État vers les secteurs comme la sécurité et la défense au détriment du ministère de la santé. En 2023, le Burkina Faso a consacré 28,42% de ses ressources aux questions de défense et de sécurité, soit 8 points de plus qu'en 2022 (Sidwaya, 2023). Cette situation entrainera une implication plus accrue des PTF en occurrence dans le domaine du financement de la santé comme l'atteste le graphique suivant :

Graphique 1: les projections des ressources du système de santé au Burkina Faso



Source (DGESS, Ministère de la santé, 2021)

C’est après la conception du manuel de mise en œuvre qu’une série de formation en cascade aurait été menée pour permettre aux acteurs concernés par sa mise en œuvre d’avoir les notions nécessaires.

Pour les formations sanitaires, les personnes ressources étaient désignées pour participer à la formation. Ces dernières devaient à leur tour former les autres soignants sur le sujet. Cette méthode avait des insuffisances car elle entraine une dissipation des informations voire même une rétention d’information. Les soignants d’une même structure de santé peuvent ne pas être au même niveau d’information (Ridde et Turcotte-Tremblay, 2019). La mise en œuvre du FBR au Burkina Faso s’est basée sur un réseau d’acteurs avec une organisation spécifique et parallèle à l’organisation classique du système de santé. Au niveau local, des acteurs ont été formés et devaient à leur tour former les autres. Ces acteurs qui sont outillés étaient chargés donc de défendre le FBR et d’expliquer ses avantages aux autres. Ces derniers devenaient des formateurs (des « experts du FBR ») et tiraient profit du rôle de formateur avec les missions de formation et les avantages qu’ils en tiraient. Ce qui a permis d’ailleurs à certains d’entre eux de pouvoir « s’exporter » hors du pays et de faire valoir leur expertise ou l’expérience du Burkina Faso à d’autres pays qui souhaitaient mettre en œuvre également le dispositif.

Les organisations non gouvernementales ont également vu d’un bon œil l’introduction du FBR. Elles ont profité du FBR pour améliorer leur chiffre d’affaire dans la mesure où elles ont joué un rôle de sous-traitance. Certains gestionnaires de centre de santé et des soignants ont tiré également profit du FBR grâce au mécanisme de primes qu’ils recevaient (Zitti et al, 2021). Le dispositif ainsi mis en œuvre s’appuie sur un certain nombre d’acteurs avec pour conséquence une organisation parallèle de la chaine de gestion en dehors de l’organisation classique du système de santé. La Banque mondiale finançait de ce fait le FBR via le programme d’appui au développement sanitaire (PADS) qui constituait l’organisme payeur. Il a été créé une structure spéciale au niveau centrale (ministère de la santé) dénommée ST-FBR qui était en charge de la gestion du dispositif. Cette structure coiffait les agences de vérification avec les représentations locales (régionale et au niveau du district). Cette organisation parallèle permettait aussi aux acteurs du dispositif d’avoir le contrôle sur sa gestion.

2.6. La spécificité du FBR mis en œuvre au Burkina Faso

Comme précisé dans la définition il existe plusieurs types de FBR et le Burkina Faso fait partie des rares pays à avoir opté pour le FBR combinant la contractualisation, le respect des normes de performance associés à une couverture santé pour les indigents et à une rémunération spécifique pour la prise en charge des indigents. Il visait à ajouter au programme un volet équité. L'avantage de cette stratégie est de stimuler tant du côté de l'offre que la demande un comportement opportuniste. Dans le cadre du FBR, le ciblage des personnes indigentes s'est fait avec la communauté, les ONG et associations œuvrant dans la zone et les collectivités territoriales. Le ciblage des indigents peut comporter quelques difficultés. En effet, posséder une carte d'indigent peut entraîner la stigmatisation au sein de certaines sociétés et le consensus pour le ciblage peut être problématique d'autant plus que c'est un processus évolutif.

Le Burkina Faso a opté pour un FBR « impur » dans la mesure où les soignants des districts FBR sont toujours rémunérés sur le mode salariat et maintiennent les primes traditionnelles (primes de motivation, primes de rendement) existantes dans les centres de santé. C'est seulement une partie de la rémunération du soignant qui est conditionnée par l'atteinte des objectifs. Le salaire et les primes traditionnelles étaient restés stables. Les soignants concernés étant des fonctionnaires, ils avaient un statut de salarié. Les primes versées dans le cadre du FBR sont variables, ne sont pas données à temps parfois et souvent marginales par rapport aux revenus des soignants. Même en considérant vraie la théorie qui sous-tend l'effet positif de la motivation extrinsèque sur le rendement des soignants, le fait que les primes soient insuffisantes, irrégulièrement transmises et parfois marginales peut ne pas avoir un effet majeur sur le rendement des soignants voire même produire l'effet contraire.

Pour certains acteurs du dispositif le fait d'avoir opté pour un FBR impur dès le départ rendait la tâche difficile car il était perçu par certains soignants comme une prime « supplémentaire » avec un faible impact sur la motivation et non comme un mécanisme complexe sensé améliorer le système de santé.

2.7. Mise en œuvre pratique du FBR au Burkina Faso

Cette section s'inspire du manuel de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso qui décrit la structuration et les modalités de mise en œuvre.

2.7.1. Le rôle des différents acteurs

Le FBR comprend classiquement trois types d'acteurs indépendants mais complémentaires à savoir les prestataires de soins, les contrôleurs et les payeurs. Au Burkina Faso, le schéma adopté est différent avec la création de nouvelles fonctions comme celles de coordination et d'encadrement.

a. Les prestataires de soins : les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les centres médicaux avec une antenne chirurgicale (CMA) et les centres hospitaliers régionaux (CHR).

Le CSPS

Il représente le premier échelon du système de santé. Par prestataires nous désignons l'ensemble du personnel officiant au niveau de la formation sanitaire (agents publics, communautaires, contractuels, etc.). Ils mettent en œuvre les activités de santé telles que définies dans le paquet minimum d'activités[7] (PMA). Le personnel communautaire (gérant du dépôt, gardien, manœuvre, ambulancier, etc.) fait entièrement partie de l'équipe des prestataires.

Le CMA et le CHR

Ils représentent successivement le deuxième échelon et le deuxième niveau de la pyramide sanitaire. Les prestataires sont constitués par l'ensemble du personnel (public, communautaire, contractuels, etc.) de tous les services/unités y compris le personnel administratif et de soutien qui mettent en œuvre ou contribuent à mettre en œuvre les prestations telles que définies dans le paquet complémentaire d'activités (PCA).

NB : Dans sa mise en œuvre, le FBR n'a pas concerné les centres hospitaliers universitaires (nationaux)

b. Les structures d'encadrement

Ces structures existent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la composition est variable selon le niveau.

Au niveau du district sanitaire, ce rôle est dévolu à l'équipe cadre du district (ECD). Il s'agit du médecin chef de district et d'un noyau restreint représentant l'équipe dirigeante. Dans le cadre du FBR, en plus de leurs tâches quotidiennes, ils doivent (i) réaliser la vérification de la qualité des prestations des formations sanitaires publiques et privées du 1er échelon de son aire

[7] qui inclut des prestations curatives, préventives et promotionnelles, couvrant 90% des motifs de consultation.

de responsabilité , (ii) organiser les réunions mensuelles du comité de validation et de coordination du FBR au niveau du district, (iii) organiser les rencontres pour les bilans trimestrielles des vérifications, (iv)réaliser des recherches - action sur des thèmes en lien avec le FBR , participer en collaboration avec l'ACV à l'élaboration des PAP dans les différentes formations sanitaires; (v)valider les outils d'indice, (vi) participer aux rencontres-bilan régionales et veiller à la prise en charge des indigents conformément aux orientations du FBR.[8]

Au niveau de la Direction régionale de la santé (DRS)

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, en plus de ses missions traditionnelles, l'équipe de la DRS était amenée à (i) assurer la coordination de la mise en œuvre du FBR dans la région. Il s'agit notamment de: assurer la vérification qualité des prestations des ECD qui auront des contrats de performance avec l'ACV Régionale, (ii) organiser les vérifications de la qualité des prestations des CMA par des équipes issues des CHR, (iii) participer aux rencontres pour les bilans trimestrielles des vérifications au niveau des districts sanitaires, (iv) assurer la supervision de la vérification de la qualité des formations sanitaires du 1er niveau, (v), participer en tant qu'observateur à l'évaluation de la performance de l'ACV, (vi) Organiser les rencontres-bilans semestrielles au niveau des régions; (vii) veiller à la prise en charge des indigents conformément aux orientations du FBR.

Au niveau central l'encadrement est assuré par les directions générales du ministère de la santé. Elles ont classiquement deux rôles à savoir la régulation et l'établissement des normes de qualité aux différents niveaux du système de santé.

Pour le cas du FBR, c'est la direction générale des études sectorielles via le service technique du FBR qui assure la coordination de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

c. Structure de coordination

Créé au sein de la direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS) du ministère de la santé. Ce service technique est animé par des agents publics de l'état affectés par le ministère de la santé et par des assistants techniques nationaux recrutés à cet effet (des médecins spécialistes en santé publique, des spécialistes en économie de la santé et des

[8] NB : il y'a eu également la mise en place des comités de validation et de coordination du FBR au niveau des districts qui avait pour rôle le contrôle, la vérification, la coordination et l'accompagnement des structures de soins.

spécialistes en suivi et évaluation). Le rôle de ce service se résume à la définition des indicateurs, la vérification de l'effectivité des activités et de leur qualité, l'évaluation des différents acteurs et l'élaboration de rapport sur le FBR. Elle s'assure de la bonne marche du FBR.

d. Le payeur

Au Burkina Faso le payeur dans le cadre du FBR est le programme d'appui au développement sanitaire (PADS). C'est une initiative mise en place par le ministère de la santé du Burkina Faso et certains partenaires au développement pour une meilleure coordination et une gestion rationnelle des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire. Il est considéré par certains comme le bras financier du ministère de la santé. Le paiement s'effectue sur la base des factures soumises par la DGESS.

e. Agences de contractualisation et de vérification (ACV)

Ils représentent l'organisme de contrôle. Ces agences sont situées au niveau régional avec une antenne dans les districts. Dans chacune des régions les ACV sont animées par une équipe d'au moins trois personnes dont un coordonnateur, un assistant technique et un opérateur de saisie. En plus de ces trois personnes, l'ACV peut faire appel à toute personne compétente pour l'aider dans sa mission. Ils ont essentiellement pour rôle d'appuyer les structures de soins pour la signature des contrats, les aider à maîtriser et utiliser les indices, accompagner pour les vérifications techniques et communautaires et valider les données des activités réalisées. L'équipe de l'antenne du district a également le même rôle.

A côté de ces acteurs principaux, d'autres acteurs ont participé également à l'élaboration, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation du FBR dans les districts ou il a été mis en œuvre. Il s'agit :

- Les comités de gestion des établissements de santé

Dans les structures de soins qui ont mis en œuvre le FBR, les COGES[9] en plus de leurs rôles habituels participaient à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'amélioration de la performance (PAP), la vérification de la qualité des services dispensés, le déblocage des fonds

[9] Les CoGes sont composés des membres élus de la communauté et ont pour mission de cogérer les CSPS avec les agents de santé. Il s'agir de la mise en œuvre du volet « participation communautaire » de l'initiative de Bamako

pour financer la mise en œuvre des (PAP) et des primes, mener des sorties de sensibilisations sur la prise en charge des indigents et mettre en œuvre les activités sous contrat avec la formation sanitaires. Les Agents de santé à base communautaire (ASBC) participaient également à la mise en œuvre du FBR dans leur domaine de compétence.

- Société civile locale

Dans les zones FBR, la société civile locale indépendante (pas de lien avec les formations sanitaires) interviennent de façon périodique pour vérifier au niveau des ménages si les prestations subventionnées ont effectivement été prestées et si les données répertoriées dans les registres des structures ne sont pas falsifiées.

Le FBR a enfin bénéficié de la participation d'experts nationaux et internationaux de même que les partenaires techniques et financiers pour accompagner le programme respectivement dans sa mise en œuvre et la mobilisation de fonds.

2.7.2. Le mécanisme de fonctionnement du FBR

Après l'élaboration du protocole de mise en œuvre les soignants des districts devant abriter le FBR ont bénéficié d'une formation sur le dispositif. Les agents formés devaient restituer la formation reçue au reste de l'équipe. Une fois cette étape terminée, le FBR a été mis en œuvre. La formation et la restitution dans certains districts étaient insuffisantes mettant à mal l'appropriation par certains acteurs. De façon pratique, les soignants doivent travailler en équipe afin de dispenser des soins répondant aux normes définies préalablement par l'équipe technique du FBR.

Concernant ces critères quantitatifs et qualitatifs, ils ont été élaborés en tenant compte des problèmes de santé publique en rapport essentiellement avec la santé maternelle et infantile. Pour chaque indicateur élaboré une source de vérification a été définie. Les indicateurs qualitatifs comprenaient essentiellement des activités de prévention et des soins curatifs (annexe 1). Pour vérifier le nombre d'activité réalisé les contrôleurs utilisaient comme sources de données les registres de consultation, les fiches thérapeutiques et les dossiers des malades. Le nombre d'indicateurs quantitatif est fonction du niveau de la structure. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les types de soins dispensés variaient en fonction du niveau de la formation sanitaire selon la pyramide sanitaire. Pour les évaluations des structures d'encadrement, les comptes rendus des rencontres FBR peuvent être utilisés (annexe 5).

Chaque paramètre évalué donne accès à un certain nombre de point qui sera converti pour évaluer la prime à payer (annexe 10).

Les critères qualitatifs qui sont des critères complexes à définir portent essentiellement dans le cadre du FBR sur l'accueil, la gestion des registres, les locaux et les processus. Chaque partie prenante fait objet d'évaluation. Il s'agit d'évaluer la méthode d'accueil des patients, d'apprécier si les locaux, les équipements et les process adoptés garantissent une bonne qualité des soins. Ces éléments seront évalués sur la base des registres et des enquêtes de terrain. Cette dernière sera complétée par une enquête des ménages pour s'assurer de la véracité des données transmises (confère annexe 17). Les indicateurs évalués vont correspondent à des points et ces derniers seront évalués secondairement pour calculer la prime.

Pour pouvoir bénéficier de bonnes notes, les soignants doivent travailler ensemble pour pouvoir fournir des rapports de réunion, respecter les processus de soins, remplir correctement les registres et adopter les mesures de prévention des infections. Certains centres de santé ont développé des « mauvais » comportements en adoptant les mesures prescrites uniquement lors des contrôles pour avoir de bonnes notes mais ne les appliquaient pas après le passage de l'équipe de contrôle. Ces bonnes notes permettent d'avoir des primes conséquentes.

2.7.3. Méthode de calcul des primes (subsides)

Le calcul des primes prend en compte quatre paramètres à savoir les subsides liés à la quantité, la qualité, la certification qualité et ceux liés à l'équité entre les centres de santé. Les calculs sont mensuels.

Pour la quantité, le montant est calculé en multipliant le nombre de soins dispensés (quantité) par le prix unitaire des soins comme l'illustre le tableau de calcul suivant :

Tableau 14: Tableau pour le calcul des subsides

Indicateur	Quantité validée	Prix unitaire	Montant mensuel
Indicateur 1			
Indicateur 2			
……			
Indicateur x			
Montant total			**∑ (Quantité X prix unitaire)**

Source : manuel de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso

Le montant total est calculé selon la formule : Subsides "quantité" = ∑ (Quantité X prix unitaire).

Pour le volet qualité, l'obtention de ces primes est soumise à condition :

- **f.** Le centre de santé doit bénéficier d'un bonus qualité supérieur ou égal à 60%
- **g.** Pour les centres de santé ayant un bonus qualité inférieur à 50% on parle plutôt de « malus qualité »
- **h.** Pour les centres ayant une performance qualité comprise entre 50 et 59% il n'y a pas de bonus qualité

Le montant est calculé selon une formule complexe prenant en compte le montant des subsides quantité du trimestre passé. Le bonus qualité correspond en effet à 25% du bonus quantité du trimestre écoulé, pondéré par le score global de qualité obtenu. Cela se fera selon la formule suivante :

Bonus de qualité = montant total des subsides quantité reçu au cours des trois mois précédents x 25% x score global de qualité.

Au total un centre de santé peut bénéficier de la somme des subsides quantité + les subsides qualité comme traduit par la formule suivante :

Subsides globaux de la FS = subsides « quantité » (+/-) bonus/malus « qualité »

Le Bonus équité a été élaboré pour corriger les inégalités entre les formations sanitaires en fonction des conditions d'exercices des prestataires de soins et également de façon à améliorer l'accès des personnes démunies aux services de soins. Le bonus équité englobe les bonus interdistricts sanitaires, inter formations sanitaires et les bonus de prise en charge des indigents. Les bonus inter districts et inter formations correspondent à une catégorisation des districts sanitaires entre eux et des formations sanitaires d'un même district entre elles. Elle permet de fixer le prix d'achat des activités sur la base d'un facteur multiplicateur des prix unitaires des indicateurs quantitatifs. Le bonus fait varier le prix de l'indicateur quantitatif de +0 à +20% selon les districts et de +0 à +20% supplémentaires pour les formations sanitaires.

Le bonus inter district tient compte des critères suivants :

- Le niveau de l'incidence de la pauvreté dans la province
- La densité de la population
- Le temps mis séparant le chef-lieu de district et la capitale
- Le taux de couverture des besoins en personnel de santé sur la base d'un agent de santé qualifié pour 1500 habitants.

Quant à l'attribution du bonus inter formations sanitaires, il tient compte des critères suivants

- La proportion de la population de la formation sanitaire située à plus de 10 km
- Le taux de couverture des besoins en personnel de santé sur la base d'un agent de santé qualifié pour 1500 habitants
- La distance totale séparant la formation sanitaire de l'ensemble des villages couverts (distance aller simple)
- La distance séparant la FS du chef-lieu du district.

À côté de ces primes, il existe le bonus de certification qualité qui récompense les centres de santé qui offrent des soins de qualité supérieure. La qualité tient compte de la qualité contrôlée et la qualité perçue à travers l'enquête au sein de la communauté. Les centres de santé méritants sont classés selon la note obtenue et chaque note correspond à une catégorie.

- [80-85%[; une étoile
- [85-90%[; deux étoiles
- [90-95% [; trois étoiles ;
- [95-99% [; quatre étoiles ;

- 100% cinq étoiles.

Cette récompense est honorifique et le centre de santé qui l'obtient doit atteindre au moins 60% de performance qualité chaque année pour maintenir sa distinction.

Après évaluation des différents indicateurs et validation par les organismes chargés de le faire, les formations sanitaires vont ensuite bénéficier du paiement des primes. Le schéma de transmission des indicateurs de quantité et de qualité sont différents de même que le délai de paiement prévu qui varie. Une fois le paiement effectué les formations sanitaires utilisent ces primes pour les besoins de la structure et partagent une partie entre les membres selon les critères suivants :

- Catégorie professionnelle ;
- Ancienneté dans le district sanitaire ;
- Responsabilité ;
- Proportion de jours travaillés au centre de santé ;
- Evaluation mensuelle de la performance individuelle[10]

2.7.3. Le défaut d'ancrage institutionnel du FBR

Comme nous l'avons détaillé plus haut, le FBR tel que mis en œuvre constituait un changement radical dans le mode de financement des centres de santé. Pour ce faire, il faut des mesures particulières d'accompagnement du dispositif. Initialement prévu pour être mis en œuvre comme décrit dans le manuel, le FBR s'est heurté rapidement à la réalité du terrain.

En effet, le paiement des salaires des travailleurs des districts FBR et les ristournes pour l'amélioration de la qualité des prestations devaient tous être conditionnés par l'atteinte des résultats prédéfinis. Le FBR a été implémenté dans les structures publiques de santé où travaillent des fonctionnaires. Ce mode de rémunération à l'acte a été combattu par les syndicats des travailleurs de la santé qui dénonçaient les dérives de cette méthode. Il a fallu transformer le modèle de départ en primes complémentaires en plus du salaire payé normalement. Il se trouve que les primes existent déjà dans le système de santé. Les structures publiques de santé selon leur taille ou type distribuaient déjà des primes aux travailleurs sous forme de primes

[10] la répartition des points accordés à ces indicateurs et le mode de répartition des primes sont faites selon le tableau figurant en annexe 10.

trimestrielles de motivation et ou semestrielles de rendement. Pour faire accepter ce concept de primes à la Banque mondiale, il a été simplement remplacé par l'expression « subsides ».

Ces primes sont calculées sur la base des recettes du centre de santé en question. Le mécanisme de récompense du FBR n'était donc plus perçu comme une innovation mais comme un doublon dans le système de santé. Payer des ristournes en dehors de celles prévues par les textes à des fonctionnaires pour la réalisation des actes pour lesquels ils ont été recrutés posait un problème légal ou juridique et pouvait ouvrir la porte à des revendications des autres fonctionnaires qui ne sont pas du corps de la santé.

Le second problème qui se pose est comment définir la charge de travail couvert par le salaire pour proposer des primes sous forme de travail supplémentaire.

Enfin, la distribution des primes telle que prévue dans le manuel FBR n'est pas encadrée par un texte de loi des finances donc légalement reconnue par le ministère des finances. Le dispositif FBR ne s'intégrait donc pas totalement dans un cadre légal reconnu par les autorités compétentes, ce qui est de nature à compromettre la pérennité du dispositif. À titre d'exemple, le manuel FBR peut décider que le prix d'une césarienne vaut 10.000 FCFA ou 15.000 FCFA en fonction des normes. Ce qui n'est pas basé sur des textes juridiques qui régissent la tarification des actes des professionnels de la santé.

En effet, ces manquements traduisent une forme d'impréparation dans la mise en œuvre. Cela était possible car le FBR était financé essentiellement par la Banque mondiale. Il n'y avait donc pas une volonté politique suffisante portée par le ministère de l'économie et des finances et celui de la santé. Il a cependant été mis en œuvre dans ce contexte par la simple volonté d'un groupe d'acteurs. Ce défaut d'encrage institutionnel était en défaveur du FBR et compromettait la possibilité d'un relais de la Banque mondiale par le gouvernement.

2.7.4. FBR et autres politiques

Dans la course à la couverture maladie universelle le pays a mis en œuvre plusieurs programmes de santé en plus du FBR. Ces nouveaux programmes mis en œuvre avaient pour objectif principal l'amélioration de la demande de soins. Il s'agit notamment de l'exemption de paiement des soins pour les enfants dont l'âge est inférieur à cinq ans et les femmes enceintes et du régime d'assurance maladie universelle géré par la caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU).

2.7.4.1. FBR et gratuité des soins

Théoriquement conçu pour être complémentaire (le FBR mettant un accès sur l'offre de soins qu'il est sensé améliorer et la gratuité des soins sur l'accès aux soins en supprimant la barrière financière) en pratique cela n'a pas été le cas. Le FBR mis en œuvre au Burkina Faso avait une composante équité avec la prise en charge gratuite des patients vulnérables. Ces personnes étaient identifiées par les ONG en collaboration avec les organisations internes des villages concernés et aussi du ministère de l'action sociale. La gratuité instituée par contre par l'État en 2016 prenait en compte uniquement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans quel que soit leur niveau économique. Les deux programmes de santé dans la mise en œuvre pratique n'ont pas pu fusionner pour plusieurs raisons.

- La chronologie

Le FBR a été initié de façon pratique au Burkina Faso en 2011 par une première phase teste. Il avait déjà été implanté dans d'autres pays en Afrique. La gratuité des soins quant à elle a vu le jour en 2016.

- Les acteurs de diffusion

Le FBR a été proposé et porté essentiellement par la Banque mondiale. Sa mise en œuvre s'est appuyée sur un groupe d'acteur parallèlement à l'organisation classique du système de santé. La cellule technique qui coordonnait le FBR n'était pas d'emblée et totalement intégrée dans l'organisation du ministère de la santé et de l'hygiène publique du Burkina Faso et le mode de fonctionnement (qui consistait à payer les fonctionnaires pour des actes qu'ils réalisent dans le cadre de leur travail en dehors des primes prévues par les textes) ne concordait pas avec les textes juridiques en vigueur.

La gratuité des soins quant à elle était portée par l'Etat du Burkina Faso (gouvernement). Elle était présentée comme un engagement politique tenu dans un contexte post-crise. Sa mise en œuvre a donc concerné toutes les structures publiques de soins et nécessité une mobilisation de ressources conséquentes (tant en matière de texte juridiques pour encadrer les actions que de moyens financiers). La gratuité des soins s'est basée sur les structures existantes.

- Conflit de leadership

Le FBR était piloté par une cellule technique (ST-FBR au début) et la gratuité des soins par le secrétariat technique des reformes du financement de la santé du ministère de la santé et de

l'hygiène publique du Burkina Faso. Chaque acteur souhaitait avoir le monopole du programme qui est sous sa gestion. Les deux structures se rejettent mutuellement le manque de volonté de fusion des programmes.

Pour les responsables de la gratuité des soins, le problème venait de la cellule technique FBR. À en croire ces derniers, le FBR devait se contenter d'améliorer la qualité des soins et la gratuité des soins allait améliorer l'accessibilité financière. Les acteurs du FBR jugeaient que les aspects de la gratuité étaient déjà pris en compte par le FBR ce qui était mal perçu par le secrétariat technique chargé de la gratuité. Le responsable du programme de gratuité des soins jugeait que le FBR n'avait pas à payer les soignants pour qu'ils attirent les patients dans les centres de santé. L'introduction de la gratuité sélective devait permettre aux patients concernés d'avoir accès aux centres de santé et le FBR devait de ce fait se concentrer sur les critères de qualité et laisser tomber les critères en rapport avec la quantité des soins. Cette position semblait également être celle défendue par le ministère de la santé. Les différents responsables des programmes espéraient donc chacun que l'autre échoue pour pouvoir développer le sien.

Pour les coordonnateurs du FBR, le problème se situe au niveau de la gratuité des soins. Ils étaient convaincus que depuis sa conception, les acteurs chargés de la gratuité des soins avaient pour objectif de mettre fin au FBR d'autant plus qu'ils avaient essayé de proposer une fusion des deux programmes au ministère de la santé sans succès.

Pour ces derniers, la gratuité des soins devait s'appuyer sur les acquis du FBR en occurrence sur le système de vérification et d'achat qui était déjà en place avec le FBR. Ils reconnaissaient cependant qu'au sein de l'équipe chargée de piloter le FBR, certains consultants internationaux pour des raisons idéologiques étaient opposés par principe à la gratuité des soins. Cette situation rendait difficile une éventuelle fusion des deux programmes.

2.7.4.2. FBR et régime d'assurance maladie universelle

Annoncé par les institutions internationales comme une étape préalable à la mise en œuvre de la CSU, le FBR devait servir de socle pour la mise en œuvre des différents programmes qui concurrent à l'atteinte de la CSU. Mis en œuvre depuis 2011, le FBR précède la mise en œuvre de la gratuité des soins et du régime d'assurance maladie universelle. Comme développé dans la section précédente, il n'a pas servi en pratique à la mise en œuvre de la gratuité, au contraire entre les coordonnateurs des deux programmes, il y'avait une rivalité. La complémentarité qui

apparaissait évidente sur le plan théorique n'a pas existé en pratique. La loi de création du régime d'assurance maladie universelle a vu le jour en 2015.

La caisse nationale d'assurance maladie universelle chargée de piloter sa mise en œuvre a vu le jour en 2018. Elle est chargée de définir les actes payants, d'identifier les prestataires, de mobiliser les ressources et de payer les actes. Pour ce faire, elle est chargée de nouer un contrat avec les prestataires. Ces activités ressemblent à ce que le FBR dans son fonctionnement faisait également. Pourtant les acquis du FBR n'ont pas servi aux activités de la CNAMU. Il n'y a pas eu de collaboration et la ressource humaine du FBR n'a pas été également exploitée. Ce qui traduit l'isolement et la fragmentation des différents programmes avec parfois un conflit de leadership entre les différents responsables. Le RAMU ne s'est pas inspiré des acquis du FBR (pas en documentation ni en ressources humaines) malgré le fait que les activités soient similaires et que le FBR offre une expérience de terrain de plusieurs années.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis de mieux cerner le FBR qui constitue l'objet de notre étude. Nous avons pu ainsi retracer les origines du FBR et son introduction au Burkina Faso. Cela nous a permis de noter l'idéologie néolibérale qui accompagne cette politique. Pour le cas du Burkina Faso, le FBR a été introduit en 2011 pour la première fois dans trois districts sanitaires. Par la suite il sera étendu à douze autre districts sanitaires en 2014. Le FBR au Burkina Faso était un FBR impur et plusieurs types de FBR ont été expérimentés. Il a fait intervenir plusieurs acteurs à tous les niveaux du système de santé. La cellule technique qui était chargée de sa mise en œuvre avait une organisation parallèle à celle du ministère de la santé ce qui rendait son appropriation difficile. Porté essentiellement par la Banque mondiale, il s'est appuyé sur un réseau d'acteurs pour sa conception et sa diffusion au Burkina Faso. Basé sur les incitations financières, sa mise en œuvre pratique consistait à vérifier la quantité et la qualité des soins dispensés par les formations sanitaires afin de payer les primes à ces dernières selon une grille définie par le manuel de mise en œuvre. Le FBR a eu du mal à fusionner avec la gratuité des soins et les acquis du FBR n'ont pas été utilisés par les autres programmes mis en œuvre dans la course à la CSU comme le régime d'assurance maladie universelle.

Le FBR rompt avec le mode traditionnel de financement de la santé basé sur le budget accordé par l'État auquel s'ajoute l'apport des partenaires techniques et financiers. Le FBR introduit une approche libérale dans le financement de la santé au Burkina Faso en conditionnant les paiements aux résultats obtenus. Cette stratégie entraine un nouveau mode de gestion des services publics. Basée sur les incitations financières, elle part du principe que le paiement des primes conditionné par l'atteinte d'objectifs spécifiques prédéfinis permet de motiver les soignants pour l'atteinte des objectifs en matière de santé. Porté par les bailleurs de fonds, ce mode de financement s'est développé après l'échec relatif de l'initiative de Bamako qui constituait le premier mode d'introduction de l'approche libérale dans le système de santé du Burkina Faso.

Il a été introduit au Burkina Faso malgré l'absence de preuves suffisantes de son efficacité. Il s'agissait d'un modèle standardisé de politique de santé implanté dans différents pays en Afrique faisant évoquer le concept de « modèle voyageur » (Paul, Ridde, 2022).

Sa mise en œuvre a été assurée essentiellement par la Banque mondiale et son réseau de partenaire. *« La stratégie adoptée a été théorisée en trois points essentiels à savoir (i) la mise en récit (une success story fondatrice). Dans ce cas, la stratégie s'est basée sur une success*

story dans le contexte atypique du Rwanda (Bassinga et al., 2011) ; (ii) la mise en théorie et en dispositifs (la construction d'un mécanisme de mise en œuvre à travers un document officiel par exemple) en standardisant le modèle de mise en œuvre. Concernant le FBR, cela a été fait à travers la « boîte à outils » de la Banque mondiale (Fritsche et al., 2014), (iii), la mise en réseau (la diffusion mondiale) à travers les acteurs de la santé mondiale et des « entrepreneurs de diffusion » qui ont joué un rôle déterminant dans son expansion » (Gautier et al., 2018). Dans le cas du Burkina Faso, la mise en œuvre a été portée essentiellement par la Banque mondiale à travers ses experts et des « experts » locaux ayant bénéficié de la formation sur le dispositif. Cette stratégie est possible grâce à une dépendance relative des acteurs internes vis-à-vis de ceux externes.

Le FBR ne constitue pas un programme isolé mais la porte d'entrée d'un nouveau courant dans le financement du système de santé au Burkina Faso. Son évaluation doit tenir ainsi compte des causes de son introduction, des mécanismes et de son impact obtenu sur les indicateurs de santé ou sur le système de santé. Cela passe par une revue empirique de la littérature solide pour affiner notre méthodologie de la recherche et d'une revue théorique pour définir un cadre d'analyse adapté pour cerner ces trois aspects du FBR.

Deuxième partie : analyser l'introduction du FBR en Afrique et la mise en œuvre de la CSU à travers une revue de la littérature empirique et théorique

Introduction de la deuxième partie

La marche vers la CSU passe par la mise en œuvre de réformes structurantes dans les systèmes de santé des pays du Sud. Ces reformes peuvent concerner tous les aspects du système de santé comme défini par l'OMS à *savoir* "*la prestation de services (les bons services de santé sont ceux qui assurent des interventions de santé personnelles et non personnelles efficaces, sûres et qualitatives aux personnes qui en ont besoin et temps et lieu avec un gaspillage de ressources minimum), la ressource humaine en santé (les personnels de santé performants sont ceux qui œuvrent de manière réactive, juste et efficace en vue d'obtenir les meilleures issues possibles en matière de santé), le système d'information sanitaire (un système d'information sanitaire qui fonctionne bien doit assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'information fiable et disponible en temps opportun en matière de déterminants de santé, de performances de systèmes de santé et d'états de santé), les techniques et produits médicaux essentiels (un système de santé qui fonctionne bien assure un accès équitable aux produits médicaux et technologies essentiels dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût bénéfice est garanti*)**, le financement de la santé** (*un bon système de financement de la santé récolte les fonds sanitaires adéquats de manière à assurer que les populations puissent recourir aux services nécessaires et stimule la prestation de services assurant efficacité pour les prestataires et les bénéficiaires), le leadership et la gouvernance (Le leadership et la gouvernance impliquent d'assurer l'existence de cadres de travail relatifs aux politiques stratégiques et que ces derniers soient combinés à une supervision, une dynamique coalitive, une réglementation, une attention à la conception du système et une redevabilité efficaces*) . (OMS, 2007).

Ces différents éléments du système de santé sont en réalité complémentaires. À titre d'exemple, un bon système de financement de la santé ne peut à lui seul favoriser l'accès aux soins sans une bonne gouvernance, une ressource humaine efficace ou des produits médicaux disponibles. Le point d'entrée en rapport avec notre sujet de thèse est le financement de la santé. L'introduction du FBR comme mécanisme de financement de la santé dans le système de santé des pays du sud avait pour objectif d'entrainer un effet de levier sur les autres aspects du système de santé. La logique derrière le FBR était qu'un bon mécanisme de financement incitatif pouvait entrainer chez les prestataires et les gestionnaires des structures de santé, une amélioration de la gouvernance, de la disponibilité en ressource humaine, des produits médicaux et améliorer le système d'information sanitaire. C'est cette logique qui lui donnait sa capacité à reformer le système de santé selon ses concepteurs.

Sa mise en œuvre en Afrique a fait l'objet de nombreux débats entre les experts. Pour certains, le financement traditionnel du système de santé qui était basé sur un budget global fondé sur les intrants présente des limites car il ne serait pas assez efficient (Cashin, 2015). Cet argument d'inefficience souvent évoqué servira d'aubaine à ses détracteurs qui proposeront une alternative qui est le FBR, jugé plus efficace et plus efficient (Meessen et al., 2011).

Le mécanisme fondamental pour le fonctionnement du FBR reste cependant le paiement des primes de motivation (incitations financières) au personnel de santé ou aux structures de santé. Certains auteurs ont souligné à l'époque sur les limites de cette approche (Ridde, 2005 ; Ireland et al., 2011 ; Kalk et al., 2010). Ces critiques ont été sans suite car pour sa mise en œuvre les concepteurs voulaient s'appuyer sur un réseau d'acteurs ayant des intérêts en commun et les auteurs qui ont apporté des critiques à cette approche étaient catégorisés d'anti FBR. Il y avait donc des pros et anti FBR (Manitu, 2015).

Le FBR a néanmoins vu le jour dans de nombreux pays Africains. Après sa mise en œuvre, il a naturellement fait l'objet d'évaluation pour apprécier sa capacité réelle à reformer vraiment les systèmes de santé des pays qui l'ont mis en œuvre.

La première partie a permis de retracer l'évolution du système de santé au Burkina Faso avec un accent sur les nombreux changements dont il a fait l'objet avant d'aboutir à l'introduction du FBR. L'objectif de cette deuxième partie est de faire une revue de la littérature empirique et théorique qui nous servira de repère pour la phase empirique de la thèse. Pour le premier point, il s'agira d'identifier les aspects du FBR qui ont fait l'objet d'évaluation avec un accent sur les travaux qui se sont intéressés à sa conception, sa diffusion et sa capacité à reformer les systèmes de santé des pays bénéficiaires dans la perspective de la CSU. Cela va nous permettre d'identifier les indicateurs pertinents afin de conduire notre enquête de terrain et de pouvoir tester notre hypothèse de recherche.

Le FBR au Burkina Faso fait suite à une série de programmes et politiques qui ont pour but de rendre le système de santé plus performant. Le système de santé comme nous l'avons défini plus haut est un ensemble de ressources ayant pour but l'amélioration de l'état de santé des populations bénéficiaires. Nous considérons le système de santé comme une organisation et le FBR comme une institution (Gilbert et Raulet-Croset, 2021). Pour comprendre comment ces changements sont opérés dans le système de santé nous allons nous appuyer sur les théories qui abordent le changement institutionnel. Le Chapitre 4 fait un examen de ces théories et nous

permet à la fin de construire un cadre conceptuel autour duquel va s’articuler la phase empirique de la thèse.

Chapitre 3 : Impact du FBR sur les systèmes de santé et état de la CSU dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : une revue de la littérature empirique.

Introduction

La course vers la CSU constitue l'objectif majeur en matière de santé dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRFI) pour cette décennie. La CSU vise à faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé de qualité dont ils ont besoin sans encourir de difficultés financières (protection financière). Cette politique portée par l'OMS et ses partenaires est partagée par de nombreux experts. La CSU mise en œuvre est considérée par ces derniers comme le maillon nécessaire pour l'atteinte de l'ODD3 en rapport avec la santé, voire une cible entière des objectifs de développement durable. Il s'agit d'un concept à dimensions multiples incluant des domaines comme la santé publique, l'économie, l'humanitaire ou la sociologie. Rapidement des groupes de pressions ont été mis en œuvre à l'échelle internationale ou sous forme de groupes bilatéraux pour défendre cet objectif[11]. Des programmes internationaux ont été mis en place pour soutenir les pays dans le dialogue politique afin d'y arriver (Robert et al., 2019).

Portée par les bailleurs de fonds à l'échelle internationale, la phase préalable à la mise en œuvre de la CSU a été caractérisée par la naissance, le développement et la diffusion de nouvelles politiques de financement de la santé dans les PRFI. Ces dernières ont été présentées par les bailleurs de fonds comme des outils pertinents pour la mise en œuvre de la CSU (OMS, 2010). Elles sont censées préparer les États concernés à la mise en œuvre de la CSU. Il s'agit essentiellement des politiques de gratuité de soins, le tiers payant, le FBR et l'achat stratégique.

Comme nous l'avons précisé plus haut, la terminologie FBR utilisée dans le document englobe toute la gamme des incitations financières tant du côté de la demande que de l'offre (Fritsche, 2014). Le financement des structures de soins dans le cadre du FBR étant lié à l'activité il permet de rendre l'achat des services de santé plus stratégique. Il s'agit de pouvoir définir les paniers de soins (les soins à payer avec la possibilité de les aligner sur les objectifs de santé publique), le mécanisme de paiement et le public bénéficiaire.

L'achat stratégique vise de ce fait une gestion efficiente des ressources allouées au secteur de la santé en orientant les financements vers les soins jugés nécessaires. Il permet la recherche

[11]Plus d'information sur www.uhc2030.org

d'équité en matière d'accès aux soins en dirigeant également les financements vers le public cible. En choisissant par exemple de mieux payer les soins pour les couches les plus pauvres de la population le dispositif va chercher à résoudre un problème d'équité en matière d'accès aux soins de santé.

La CSU dans sa mise en œuvre doit s'appuyer sur un système de santé performant avec une définition claire des paniers de soins, une contractualisation avec les prestataires de santé, une autonomie dans la gestion, une participation communautaire (équité en matière d'accès aux soins) et une bonne gouvernance. Le FBR de par son mécanisme de fonctionnement doit permettre d'améliorer le système de santé en mettant l'accent sur les éléments sus cités. Sa mise en œuvre constitue ainsi pour les institutions internationales une étape préalable (transitoire) vers l'atteinte de la CSU.

Le FBR dans le secteur de la santé émanant de l'école néolibérale a été diffusé à grande échelle dans les années 2000 (Brown et al, 2013). Cette diffusion a été soutenue par un rapport de la banque mondiale attestant de l'effet positif du FBR sur les indicateurs de santé maternelle et infantile (BM, 2014).

Ces éléments scientifiques apportés bien que contestables, ont permis de justifier le développement de ce projet dans plusieurs PRFI. Les partenaires techniques et financiers ont joué un rôle important dans la diffusion de ce programme dans ces pays (Witter et al, 2019 ; Seppey et al, 2020). Le contexte a été un facteur important de son expansion. Le contexte fragile des pays bénéficiaires faisait d'eux des terrains propices au développement de cette méthode de financement (Bertone et al,2018). Les auteurs soulignent que dans de nombreux cas il pourrait y avoir une plus grande adaptation des modèles de FBR dans les contextes fragiles, mais regrettaient cependant le fait que beaucoup de projets semblaient être un « copier-coller » du premier projet rwandais.

La contribution des donateurs concernait le financement, la conception et même l'évaluation avec parfois la sollicitation d'experts provenant de leurs structures ou payés par eux. Cette dépendance des experts vis-à-vis des bailleurs a été rapporté dans d'autres programmes également (Yaméogo et Ridde, 2021). La dépendance vis-à-vis des donateurs influence également le choix des politiques. Pour le cas du Benin par exemple, la politique est dictée par les donateurs (Paul, 2018) aboutissant à la mise en œuvre de deux programmes FBR différents soutenus par deux bailleurs distincts. Cela s'est traduit en Zambie par la mise en œuvre du programme FBR sans une réelle concertation entre l'agence suédoise de développement

(bailleur) et les autorités sanitaires. Il y'avait une différence de compréhension des indicateurs et de la façon dont le FBR devait les impacter (Bergman et al, 2021).

Si l'aide au développement apportée par ces derniers est présentée comme un moyen d'aider les bénéficiaires à atteindre les objectifs de développement, il faut garder à l'esprit également qu'elle peut servir de moyen de promotion des intérêts stratégiques des donateurs (Caffin, 2018) comme la diffusion d'une idéologie.

Après la mise en œuvre dans les différents pays de l'Afrique subsaharienne, plusieurs évaluations ont été menées avec des résultats mitigés (Witter et al, 2015). Loin de vouloir faire une évaluation exhaustive de la littérature grandissante et riche sur le FBR, nous allons dans ce chapitre nous intéresser aux travaux qui ont évalué le FBR et la CSU dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. La première partie abordera l'impact du FBR sur le système de santé en Afrique, les indicateurs de santé et le coût de mise en œuvre. La deuxième partie fera l'examen des travaux sur la CSU dans ces pays.

1. Analyse de l'apport du financement basé sur les resultats sur les systèmes de santé : une approche empirique

Depuis sa mise en œuvre sur le continent le FBR a fait l'objet de plusieurs évaluations concernant plusieurs aspects du dispositif allant de sa conception, à l'évaluation du coût passant par sa diffusion et son impact. Il s'agira pour nous dans cette partie de faire une revue de la littérature empirique avec un accent sur les articles qui ont évalué l'impact du FBR sur le système de santé et les indicateurs de santé. Pour ce faire, nous avons recensé des articles avec des méthodologies variées sur PubMed et google scholar principalement. Nous avons utilisé comme mots clés : « Performance-Based Financing and Health System ». Nous avons ensuite limité le délai de publication à 10 ans maximum. Nous nous sommes intéressés par la suite aux articles dont le résumé était accessible. Après lecture, nous avons isolé les articles les plus pertinents à savoir ceux qui ont évalué l'impact du FBR dans les pays en développement (essentiellement en Afrique) sur au moins un de ces éléments que sont la gouvernance, la ressource humaine, la transparence, la participation communautaire, la motivation, l'autonomie et les indicateurs de santé. Tous les articles jugés pertinents après cette phase ont été pris en compte quel que soit la méthodologie utilisée.

1.1. Apport contrasté du financement basé sur les resultats dans l'amélioration du système de santé

Dans une approche théorique soutenue par des exemple pratique, Zeng Wu et al (2018) ont démontré que le FBR bien qu'il soit élaboré au départ comme un moyen d'amélioration de la qualité et de la quantité des soins afin d'améliorer les indicateurs de santé maternelle et infantile peut servir à l'amélioration du système de santé pouvant aboutir à la mise en œuvre de la CSU. Il définit ainsi cinq critères qu'il juge pertinent pour atteindre cet objectif qui sont la gouvernance, le financement, les ressources humaines, les produits/technologies médicaux, l'information et la recherche. En illustrant ces arguments de cas pratiques il affirme que le FBR pourrait avoir un impact sur la gouvernance globale de la santé en permettant une séparation des acheteurs et des fournisseurs, un accroissement de l'autonomie des établissements de santé en matière de gestion des ressources humaines et des produits/technologies médicales, la définition claire du rôle de chaque partie prenante du programme et le renforcement de la responsabilité par des règlements et des politiques explicites sur l'utilisation des ressources. Cela permettant aux établissements de santé de répondre rapidement à leur communauté et aux populations qu'ils servent. Il illustre ses propos avec l'étude de cas mené au Cambodge (Matsuoka et al, 2014) sur l'impact du financement basé sur la performance et le renforcement du système de santé dans les zones rurales. Les auteurs ayant mis en évidence un impact positif du FBR sur le renforcement de la gestion opérationnelle et financière, avec une forte collaboration entre les parties prenantes.

En ce qui concerne le financement de la santé, le FBR pour lui et son équipe constitue un moyen efficace de contracter et de soutenir financièrement les prestataires de soins de santé pour des indicateurs/services prédéfinis. Il pourrait être considéré comme une approche de financement pour les prestataires de soins de santé, car le programme peut s'accompagner d'une exonération totale ou partielle des frais d'utilisation facturés dans les établissements de santé et les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser des paiements incitatifs pour compenser la perte de frais d'utilisation. En associant le FBR aux autres méthodes de paiement existantes, il aurait le potentiel de tenir les établissements de santé plus responsables de produits spécifiques. Il permet aux prestataires de soins de santé de se concentrer sur les résultats (indicateurs). Pour ce qui concerne le troisième point, ils stipulent que le FBR pourrait aider à renforcer les ressources humaines par trois mécanismes.

-D’abord une partie des primes d'incitation versées aux établissements de santé pourrait être utilisée comme prime d'incitation aux prestataires de santé, ce qui pourrait motiver les prestataires à travailler davantage.

-Ensuite, la prime d'incitation pourrait être utilisée de manière à stimuler les réformes de paiement au sein de l'établissement de santé. Celui qui travaille plus dur est mieux payé, de manière à aligner le paiement sur la prestation de services.

-Enfin l'autonomie accordée aux établissements de santé leur donne la liberté d'engager des prestataires supplémentaires ou mieux qualifiés pour fournir des services répondant mieux aux besoins des populations. Cette affirmation est soutenue par l’exemple de la Zambie où le système de financement basé sur la performance a contribué à recruter et à retenir les prestataires de services de santé (Shen et al, 2017).

Pour ce qui est des produits et fournitures médicales, l’hypothèse émise est que les ressources supplémentaires vont permettre aux établissements d'améliorer ou de maintenir l'équipement et de réapprovisionner les médicaments afin de résoudre le problème de rupture de stock de médicaments. La disponibilité des médicaments essentiels étant l'un des indicateurs de qualité de service les plus importants dans les programmes de financement basé sur la performance. En l’absence de paiements incitatifs suffisants pour acheter des équipements relativement coûteux, la direction au niveau du district pourrait redistribuer les paiements incitatifs pour répondre aux besoins des établissements de santé.

Ces différents éléments contribuent à l'amélioration de la disponibilité des produits et des fournitures. Le renforcement du système d'information introduit par le Financement basé sur la performance permettrait aux établissements de santé de suivre l'utilisation et l'approvisionnement des produits médicaux, ce qui les aiderait à ajuster leurs stratégies en conséquence. Cette affirmation est appuyée par l’exemple de la Tanzanie où une augmentation d'environ huit points de pourcentage des médicaments et des fournitures médicales a été observée suite à l’introduction du FBR (Binyaruka & Borghi, 2017).

Pour ce qui est du système d’information sanitaire le FBR pourrait s’accompagner du développement d’un système d’information sanitaire performant notamment pour le suivi des indicateurs incitatifs. Les données collectées par le système informatique servent au paiement, l'audit et la vérification des données nécessaires pour une bonne évaluation et vérification. Cette vérification régulière permet non seulement de superviser les prestataires de soins de santé de

première ligne, mais aussi d'éviter que les prestataires de soins de santé ne profitent pas du système (Meessen et al, 2011).

Concernant l'impact du dispositif sur la qualité des soins, les auteurs avancent que le FBR devrait cibler plus directement le processus de prestation de services et intégrer le dispositif aux initiatives d'amélioration de la qualité qui se concentrent sur la qualité du processus et des résultats. Certains pays à revenus faibles et intermédiaires ont proposé de combiner le dispositif avec l'accréditation des établissements de santé. Au Liberia par exemple, les indicateurs d'accréditation étaient similaires à ceux utilisés pour la conclusion de contrats avec les établissements de santé dans le cadre du projet FBR (y compris les ressources humaines, la pharmacie, le dispensaire et la réserve, les médicaments et les fournisseurs, les tests de laboratoire, l'infrastructure, l'équipement et autres). Le score d'accréditation était utilisé également comme indicateur pour la conclusion de contrats, il a été constaté que le projet FBR au Liberia a amélioré les scores d'accréditation et a accéléré le rythme des établissements de santé à accréditer dans le cadre de l'évaluation indépendante (Cleveland et al, 2011).

Nimpagaritse et al (2020) au Burundi ont cependant démontré que les différents aspects du système de santé peuvent impacter en retour la mise en œuvre du FBR. Ils ont identifié en effet six contraintes qui ont pesé sur la mise en œuvre du FBR au Burundi : **(1) les faibles compétences initiales des agents de santé ; (2) l'indisponibilité des ressources (y compris les intrants diététiques et les équipements)** ; (3) les retards de paiement ; (4) les informations sous-optimales ; (5) les restrictions à l'autonomie ; et (6) la faible intensité de la supervision. Ces manquements qui existaient déjà dans le système de santé auraient affecté l'intensité de l'intervention, en particulier au cours de sa première année. Ils ont démontré en outre que les centres de santé ont contourné les nombreuses contraintes en s'appuyant sur une stratégie de recrutement communautaire et une meilleure gestion des intrants au niveau de la structure et du patient lui-même. Ce qui souligne la nécessité d'intégrer le FBR dans une approche holistique du système de santé.

Dans cette même lancée, Peerenboom et al (2014) au Burundi ont cherché à mettre en évidence l'apport du FBR (associé à la gratuité) dans la bonne gouvernance du système de santé. Pour ce faire, ils ont identifié six critères de bonne gouvernance à savoir (i) l'efficience et l'efficacité, (ii) l'obligation de rendre compte, (iii) la transparence, (iv) la réactivité, (v) la prospective et (vi) la primauté du droit. Les sources utilisées étaient principalement la littérature internationale et des rapports dont une partie n'est pas publiée officiellement.

Par rapport à l'efficacité ils ont démontré que le FBR (couplé à la gratuité) avait augmenté la fréquentation des centres de santé avec une amélioration des indicateurs de santé. Le taux de mortalité infantile qui a sensiblement diminué, passant d'un taux de 151 pour 1 000 naissances vivantes durant la période 1996-2000 à 59 pour 1 000 naissances vivantes durant la période 2006-2010 ; et le taux de mortalité d'enfants de moins de 5 ans qui est passé de 204 pour 1 000 à 96 pour 1 000 durant la même période. Ils ont également démontré que la mise en œuvre du FBR a incité une culture de planification et une obligation de rendre des comptes de façon périodique à chaque niveau du système. Ils affirment que plusieurs mécanismes ont été introduits ou renforcés : des réunions de travail périodiques, des supervisions conjointes, une vérification systématique des statistiques sanitaires, des mécanismes de contrôle de la qualité des services, une restitution des résultats de vérification, une implication du Comité de Santé (Cosa) dans l'élaboration des plans d'action par les formations sanitaires de premier niveau et des ateliers trimestriels de restitution des résultats dans chaque province.

Ils ont noté cependant une asymétrie d'information entre les différents acteurs impactant négativement l'activité des comités de santé. La séparation des fonctions est nécessaire pour la redevabilité. Il s'agit de la séparation des activités de prestation des soins, de la régulation, de l'utilisation des soins et de l'achat des prestations de soins (tiers payant). Ils ont conclu à une adoption mitigée de la fonction de séparation par le FBR. En effet, les fonctions de régulation (niveau national) et de prestation (Formation sanitaires publiques Fosa) étaient assurées par la même structure (le ministère de la santé MSPLS). Le Ministère intervient également dans la fonction d'achat en nommant les membres de l'organe chargé de l'achat. Cette situation peut engendrer ainsi des conflits d'intérêts (OMS, 2008). Le programme a essayé tant bien que mal de réduire l'impact de cette « non-séparation » en introduisant un système de contre-vérification externe animé par un organisme indépendant.

Concernant le point sur la transparence, ils soulignent que le FBR, a permis de stimuler la transparence dans la gestion des formations sanitaires et la participation active des différents acteurs. Au niveau des formations sanitaires, la gestion des fonds se réalise par un compte bancaire dont le président du comité de santé (CoSa) est cosignataire. L'utilisation des fonds doit se réaliser selon une planification à laquelle le CoSa participe ainsi qu'à son évaluation. Un outil de planification financière a été mis en œuvre afin d'améliorer la transparence dans la gestion des FOSA. Il permet de calculer objectivement la hauteur des primes dues au personnel (OMS, 2000). Le FBR a permis également d'avoir des données sanitaires complètes.

La réactivité se définit comme la capacité de répondre rapidement au besoin de la population (les bénéficiaires des programmes de santé). L'introduction du FBR combiné à la gratuité des soins était vue comme une réaction du gouvernement au besoin d'accès aux soins de la population et au besoin d'accès aux soins de qualité grâce aux indicateurs FBR. Ceci aurait permis d'améliorer sensiblement le processus administratif et le contrôle du programme de gratuité. L'instauration d'une collaboration étroite entre le ministère de la santé et les partenaires techniques et financiers (PTF) au niveau national et la création d'un partenariat public-privé au niveau des provinces avec l'implication des ONG internationales et des PTF a permis également au ministère de la santé d'adapter le programme selon les besoins ressentis sur le terrain, tout en gardant le souci de l'harmonisation nationale.

Pour ce qui concerne la prospective, le programme FBR aurait permis aux prestataires d'avoir une certaine autonomie, d'identifier les problèmes prioritaires qui se posent dans leurs structures ou qui sont rencontrés par les populations bénéficiaires, les stratégies pour les résoudre, les ressources nécessaires et la contribution de chaque acteur de leur zone de responsabilité.

Pour ce qui est de la primauté du droit plusieurs mesures préventives et correctrices ont été prises dans le cas du FBR afin de limiter les cas de fraudes. À titre d'exemple, les auteurs ont souligné la mise en œuvre de pénalités contre les formations sanitaires au moment où une discordance de plus de 5% est observée entre les données déclarées par la FOSA et les données vérifiées, un contrôle strict de l'éligibilité des bénéficiaires au niveau des formations sanitaires ; la multiplication et la diffusion des textes réglementaires et les soins dans les hôpitaux de district ne sont remboursés par la Carte d'Assistance Médicale (CAM) qu'au moment où il y a une référence officielle du centre de santé. À cela s'ajoute l'évaluation de la qualité des hôpitaux, par les pairs d'une province différente afin d'éviter les conflits d'intérêts. En cas de fraude avérée, le programme peut ne pas payer pour un indicateur ou adresse une lettre de mise en garde voire la résiliation du contrat. La séparation des fonctions des différents acteurs, la contre vérification est assurée une fois par trimestre par une entité externe indépendante contactée par Le ministère de la santé. Elle comporte quatre volets principaux à savoir la contre vérification des quantités, la contre vérification des scores de qualité, l'appréciation du respect des procédures et la satisfaction des bénéficiaires de soins au niveau des formations sanitaires.

Pour ce qui est de la ressource humaine, la mise en œuvre du FBR s'est accompagnée de l'introduction de nouvelles tâches pouvant impacter le travail des acteurs des services de santé. Au Zimbabwe, Kane et son équipe (2018) dans une étude comparative ont tenté d'analyser

l'impact du FBR sur la motivation du personnel soignant. Ils ont ainsi démontré que les dispositions du financement axé sur les résultats introduisent un large éventail de nouvelles dispositions institutionnelles, de nouveaux rôles, de nouvelles tâches et de nouvelles façons de faire pour le personnel des établissements, les gestionnaires des établissements et les équipes de gestion de la santé des districts et des provinces. Ils ont révélé que la préparation insuffisante des personnes et des processus à ce changement a limité les performances des gestionnaires et des travailleurs. Les auteurs soulignent de ce fait la nécessité d'analyser les dispositions et les capacités institutionnelles, de gestion et de gouvernance existantes et d'en tenir compte lors de la conception et de la mise en œuvre des interventions FBR. L'introduction de dispositifs FBR ne peut à elle seule surmonter les faiblesses systémiques chroniques. Pour qu'un changement à l'échelle du système, tel qu'on peut le concevoir, soit effectué, des processus explicites de gestion du changement organisationnel doivent être mis en place dans l'ensemble du système.

Fox et al (2013) au Congo ont également conclu que les effets positifs sur la motivation des agents de santé ne peuvent pas être considérés comme acquis, en particulier lorsque l'on attend souvent du personnel qu'il augmente sa charge de travail pour atteindre les objectifs de performance et lorsque la source de revenu, peut être réduite en raison d'une baisse des prix des services.

Au Burkina Faso, Filol et al (2021) ont cherché à démontrer comment la mise en œuvre et le contexte façonnent les réactions de motivation des agents de santé dans le cadre du FBR. Pour ce faire ils ont eu des entretiens approfondis avec des agents de santé environ un an après le début du FBR. Pour les auteurs, le FBR a été perçu par une grande partie des enquêtés comme un moyen pour inciter les agents de santé à travailler davantage et mieux. La majorité des agents de santé ont exprimé un sentiment de motivation accrue pour l'effort dû au FBR et en particulier la récompense individuelle. Les changements effectués perçus comprennent des améliorations de l'organisation des services en cas d'absentéisme, dans le domaine de l'infection et la prévention, dans la documentation et dans l'accueil des patients. Beaucoup d'agents de santé ont en outre signalé une augmentation de l'initiative prise par le personnel pour corriger les pratiques cliniques antérieures de qualité inférieure.

Si ces bonnes pratiques introduites par le FBR étaient internalisées par la grande partie des enquêtés, il faut souligner que certains agents avaient du mal à les adopter un an après sa mise en œuvre. **Ils ont également mis en évidence l'importance de l'offre de soins avant la mise en œuvre du FBR. En effet, ils ont démontré que les installations ayant une capacité pré-FBR suffisante, en termes de ressources humaines et de leadership semblaient**

relativement réussir à développer leurs performances avec la mise en œuvre du FBR, avec des conséquences largement positives pour la satisfaction des besoins psychologiques de base.

1.2. Apport mitigé du financement basé sur les resultats dans l'amélioration des indicateurs de santé

Wu Zeng et al (2018) au Congo ont évalué l'impact du FBR sur les services de santé maternelle et infantile. L'enquête auprès des ménages a révélé des améliorations statistiquement significatives de la qualité des services concernant la disponibilité des médicaments, la qualité perçue des soins, l'hygiène des établissements de santé et le fait d'être respecté à la réception. L'enquête sur les établissements de santé n'a montré aucun effet négatif et des impacts significativement favorables sur : les visites curatives, l'orientation des patients, les enfants recevant de la vitamine A, le dépistage du VIH chez les femmes enceintes et les accouchements assistés. Ces améliorations, en termes relatifs, allaient de 42% (accouchements assistés) à 155% (enfants recevant de la vitamine A).

L'enquête auprès des ménages n'a révélé aucun impact statistiquement significatif sur les cinq indicateurs mesurant l'utilisation des services de santé maternelle à savoir le pourcentage de femmes enceintes ayant recours aux soins prénataux du troisième trimestre, aux soins postnataux, à l'accouchement assisté et au planning familial. Ils ont paradoxalement mis en évidence que le FBR s'est avéré être associé à une réduction de la couverture de la troisième vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos chez les enfants dans l'enquête auprès des ménages. Pour ce qui concerne les établissements de santé, aucune association n'a été trouvée entre le FBR et la vaccination complète des enfants. Ils ont ainsi conclu à un impact favorable du programme FBR uniquement sur une partie des services de santé maternelle et infantile ciblés. Brenner et al (2018) au Malawi ont démontré l'impact positif du FBR sur la couverture effective des femmes enceintes. Cet impact reste minime. Il n'y a pas eu d'effet sur la couverture brute. Les auteurs ont lié cette situation à la période d'étude qu'ils jugeaient relativement courte.

Toujours au Malawi, Stones et Makuluni (2021) ont évalué l'impact de la politique FBR sur l'utilisation des services de santé par les femmes enceintes. L'approche qualitative adoptée a conclu à une amélioration de la disponibilité des médicaments et des fournitures grâce au FBR.

Ils ont cependant noté des insuffisances dans la prestation de soins de qualité, notamment en ce qui concerne les relations interpersonnelles.

Chimhutu et al (2019) en Tanzanie, se sont intéressés à l'impact du FBR sur la qualité des soins. L'étude a exploré des expériences du point de vue des agents de santé, des utilisateurs des services et de la communauté. Le cadre théorique adopté est le AAAQ (Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité et Qualité connu sous l'acronyme anglais AAAQ. Pour se faire, l'AAAQ doit être réalisé à tous les niveaux de soins. La première lettre « A » appel à la disponibilité de nombre équivalent de biens, services et installations nécessaires pour fournir des soins de santé ainsi que le nombre de personnes qualifiées pour doter les services. La deuxième lettre « A » appelle à l'accessibilité géographique, et économique à tous les usagers sans discrimination. La troisième lettre « A » est en rapport avec l'acceptabilité. Il s'agit de respecter la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés. Enfin, le « Q » est en rapport avec l'application des services de santé appropriées et de bonne qualité. Les trois retards à l'accès aux soins sont la décision de chercher les soins, l'identification et l'accès à l'établissement de santé et le retard dans l'obtention de soins de qualité à l'arrivée dans l'établissement. Le gouvernement de la Tanzanie a sélectionné les indicateurs du financement basé sur les résultats qui peuvent améliorer l'AAAQ et réduire potentiellement les trois retards dans les soins maternels et infantiles. Les auteurs ont démontré que le FBR peut améliorer en partie la qualité des soins. Cependant sa nature ciblée sur des services spécifiques signifie que ces améliorations ne peuvent être généralisées au niveau de toutes les formations sanitaires. De plus les agents de santé peuvent s'investir plus pour améliorer les services de santé mais certains facteurs qui agissent comme des barrières sont hors de leur contrôle même dans le contexte du paiement à la performance.

1.3. Le financement basé sur les resultats : un programme coûteux

Chi et al (2018) ont mis en évidence le nombre insuffisant d'articles qui évaluent le coût du FBR en le mettant en perspective avec son efficacité. Pour les rares articles qui ont abordé le sujet, ils ont conclu à une insuffisance dans la méthodologie adoptée et proposé un modèle harmonisé pour ces études d'évaluation de coût. Il y'a néanmoins des articles qui ont pu se pencher sur la question et nous avons pu faire un état de quelques publications sur le sujet en Afrique.

Peerenboom et al (2014) au Burundi, ont évalué le coût du programme FBR afin d'évaluer son efficience. Ils ont ainsi estimé le montant utilisé pour l'approche combinée gratuité des soins/FBR y compris les coûts opérationnels à 3,02 $/an par habitant. La mise en place du dispositif FBR a donc engendré des coûts supplémentaires au système et près d'un quart du budget consacré était destiné à la vérification et au fonctionnement du dispositif. Ce montant était cependant inferieur aux coûts opérationnels évalués dans d'autre pays comme le Rwanda. Pour les auteurs, cette situation était liée à la mutualisation de certains services entre la gratuité et le FBR au Burundi.

Au Malawi, Jobiba Chinkhumba et al (2019), ont démontré que le FBR implique des coûts supplémentaires de 1122 $US, 26 220 $US et 987 $US par DALY, décès évité et année de vie gagnée supplémentaires, respectivement. La part des établissements hors FRB qui fournissent des soins de qualité, l'espérance de vie des mères au moment de l'accouchement et la part des naissances dans les établissements hors FBR ont fortement influencé les valeurs du rapport coût-efficacité. Les auteurs ont conclu ainsi en affirmant que si les États ont une forte volonté de payer le montant de 1485 USD (3 fois le produit intérieur brut du Malawi par habitant) par DALY évitée, le FRB a une probabilité de 77% d'être rentable.

Borghi et al en Tanzanie (2015), ont réalisé une analyse coût-efficacité d'un programme pilote de paiement à la performance et modélisé les coûts de son expansion nationale. En dollars américains de 2012, le coût financier du programme pilote de paiement à la performance était de 1,2 million de dollars et le coût économique de 2,3 millions de dollars. Le coût différentiel par naissance supplémentaire en établissement était compris entre 540 et 907 dollars dans le cadre du projet pilote et entre 94 et 261 dollars pour un programme national. Ils ont par ailleurs précisé que les coûts de gestion du programme et de génération et vérification des données de performance étaient substantiels. Ils ont ainsi conclu que les programmes de rémunération au rendement peuvent devenir plus rentables lorsqu'ils sont intégrés aux systèmes de routine au fil du temps.

1.4 Les effets pervers et le manque d'intégration du financement basé sur les resultats

Turcotte-Tremblay et al (2018) au Burkina Faso, ont évalué la mise en œuvre du FBR associé à des mesures d'exemption pour les indigents. Ces mesures comprenaient une sélection communautaire des indigents pour recevoir des exemptions de frais d'utilisation et le paiement aux centres de soins de santé de prix d'achat plus élevés pour les services fournis aux indigents.

Ils ont ainsi pu démontrer que les acteurs locaux, y compris les membres des comités de sélection des indigents et les travailleurs de la santé, ont réinventé les éléments des mesures d'équité du projet FBR sur lesquels ils avaient le contrôle afin d'augmenter leurs avantages relatifs ou de s'adapter aux défis de la mise en œuvre et au contexte.

Certaines personnes qui ne correspondaient pas à la conceptualisation locale des indigents ont été sélectionnées au détriment d'autres qui y correspondaient. Les prestataires de soins de santé ont estimé que la distribution de médicaments gratuits entraînait des difficultés financières et des pénuries de médicaments, notamment en raison des faibles prix d'achat et des longs délais de paiement. Les travailleurs de la santé ont adopté des mesures pour limiter les services gratuits fournis aux indigents entrainant parfois des conflits entre les indigents et les prestataires.

Witter et al (2020), au Zimbabwe, ont évalué le financement basé sur les résultats en occurrence sa capacité à réformer et renforcer les achats stratégiques. Les auteurs ont conclu que le FBR au Zimbabwe, fonctionne principalement comme une source de financement supplémentaire et comme un mécanisme de paiement des prestataires, axé sur les soins primaires pour les services de santé maternelle et infantile. Ils affirment que le FBR a mis l'accent sur des résultats spécifiques, mais est resté un mécanisme de paiement des prestataires parmi d'autres, avec une traction limitée sur les principaux intrants et programmes de prestation de services.

James et al (2020) dans une revue systématique de la littérature ont cherché à comprendre pourquoi le FBR avait du mal à être institutionalisé dans les nombreux pays où il a été mis en œuvre. Ils affirment que les preuves de l'efficacité du FBR sont toujours peu nombreuses, partielles et peu concluantes. Cette preuve limitée peut être l'une des raisons pour lesquelles de nombreux pays sont réticents à institutionnaliser le FBR. Ils concluent en disant que des recherches supplémentaires sont nécessaires, notamment en ce qui concerne le rapport coût-efficacité, l'accessibilité financière et la durabilité des programmes de FBR.

Fox et al (2013) au Congo, ont également mis en évidence la nécessité d’ancrer le FBR dans des réformes plus larges des politiques de financement et de ressources humaines pour le rendre plus efficace.

Seppey et al (2020) en s’intéressant au passage à échelle du FBR au Burkina Faso, ont identifié le manque d’implication de certains acteurs clés, la concurrence avec une politique nationale de gratuité des soins, le manque de prise en compte du contexte local et le coût élevé du programme comme les obstacles à son extension.

Il ressort de cette première section que le FBR a des resultats mitigés sur les indicateurs de santé et sur le système de santé. Il est également coûteux et sa mise en œuvre a révélé des insuffisances dans la méthode de contractualisation avec les prestataires de soins.

La CSU qui constitue la finalité de la mise en œuvre du FBR s'appuie sur les acquis du FBR et a fait l'objet de recherche dans plusieurs pays à revenus faibles et intermédiaires. Cette deuxième partie se donne pour objectif de faire un examen de ces articles afin de compléter la revue sur le FBR pour vérifier notre hypothèse de recherche. La CSU signifie « *que chaque individu où qu'il soit à accès à l'ensemble des services de santé de qualité que son état de santé nécessite, au moment et à l'endroit où elle en a besoin, sans que cela génère pour elle de difficultés financières importantes. Elle prend donc en compte toute la gamme des services de santé essentiels tout au long de la vie, qu'il s'agisse de promouvoir la santé, les activités de prévention, la disponibilité des traitements, la réadaptation et les soins palliatifs* » (OMS, 2015). Pour atteindre cet objectif les pays doivent pouvoir compter sur un système de santé solide avec une méthode de financement efficace. Le lien entre le FBR et la couverture santé universelle est vite établi. Le FBR prépare donc les systèmes de santé à la mise en œuvre de la CSU. La CSU comprend en réalité trois aspects. Il s'agit selon l'OMS de la population couverte (qui reçoit les services), la couverture des services (quels services de santé sont disponibles) et la protection financière (garantir que l'utilisation des services de santé n'entraîne pas de difficultés financières). Ce dernier point a fait l'objet d'une attention particulière des chercheurs qui se sont intéressés à la CSU en Afrique. De façon résumé, le FBR doit impacter sur l'offre de soins en proposant une offre de soins de qualité et en quantité tandis que la CSU (dans sa composante protection financière) doit permettre aux populations d'avoir accès (accès financier) aux structures de soins. Les travaux sur la CSU en Afrique ont porté essentiellement sur ce point qui se subdivise en trois sous points à savoir la mobilisation des ressources, la mise en commun et l'achat des soins.

2. Revue de la littérature sur la couverture santé universelle

Dans cette section, il s'agira de faire une revue de la littérature empirique sur la couverture santé universelle en Afrique. Pour ce faire, nous avons recensé des articles avec des méthodologies variées sur PubMed et google scholar principalement. Nous avons utilisé comme mots clés : «universal health coverage in Africa». Nous avons ensuite limité le délai de publication à 10 ans maximum. Nous nous sommes intéressés par la suite aux articles dont le

résumé était accessible. Après lecture, nous avons isolé les articles les plus pertinents à savoir ceux qui ont évalué l'un des fonctions du financement de la santé à savoir la mobilisation des ressources, la mise en commun ou l'achat des soins en Afrique. Tous les articles jugés pertinents après cette phase ont été pris en compte quel que soit la méthodologie utilisée

De prime à bord une grande disparité apparait entre l'Afrique Anglophone et l'Afrique Francophone sur le sujet. Une bonne partie des publications provient de la partie Anglophone de l'Afrique (Ridde, 2021). Il s'agira pour nous dans cette section à travers une littérature riche et variée de relever les défis de la mise en œuvre de la CSU dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

Dans une revue systématique de la littérature portant sur la CSU en Afrique Ifeagwu et al (2021) ont recensé trente-neuf articles publiés avec une majorité d'études au Kenya (n = 7), en Afrique du Sud (n = 6) et au Nigeria (n = 5). Les thèmes qui ont fait objet d'évaluation sont l'assurance maladie nationale ou sécurité sociale, l'assurance maladie communautaire, le financement par l'impôt, le financement par les donateurs et d'autres formes d'assurance telles que l'assurance maladie privée, volontaire et les micro assurances. Certains pays de l'échantillon avaient opté pour la mise en œuvre d'une assurance maladie nationale en tant que mécanisme de financement durable de la santé. Un système d'assurance maladie unique et obligatoire constitue l'option la plus équitable, car les assurances maladie volontaires peuvent entraîner davantage d'inégalités et de disparités entre les populations (McIntyre et al, 2018).

L'option d'une assurance santé basée directement sur les cotisations des charges sociales des employés est une autre possibilité cependant, dans les pays à ressources faibles et intermédiaires d'Afrique subsaharienne, où le secteur formel est relativement petit et où la majorité de la population travaille dans le secteur informel, cette approche est moins adaptée et moins durable (Chemouni, 2018). Certains pays de l'échantillon proposaient également des mutuelles à base communautaire, telles que les " mutuelles de santé " rwandaises. Pour Chuma et Okungu (2011), même si le système permet aux bénéficiaires un meilleur accès aux services, il reste inéquitable au sein des populations et la rétention de ses membres est un défi, ce qui compromet leur durabilité et leur utilité pour soutenir les progrès vers la couverture santé universelle. À cela s'ajoute un problème de financement pérenne comme rapporté par Morris et al (2013) au Kenya ou des mutuelles de santé à base communautaire qui avaient vu le jour grâce à un financement externe ont successivement cessé d'exister après l'arrêt du financement par les bailleurs de fonds. Pour les pays qui ont opté pour une couverture santé basée sur l'impôt, l'ensemble de la population a accès aux services de santé, indépendamment de sa situation socio-économique,

car les fonds destinés aux soins de santé sont collectés par le gouvernement à partir des recettes fiscales (Morris et al, 2013).

Afin d'accélérer la progression vers la couverture santé universelle au Nigéria, une étude récente a proposé que les décideurs nationaux envisagent un système de financement universel de la santé basé sur l'impôt, non contributif, comme mécanisme principal (Aregbeshola,2018). D'autres exemples, au Kenya, ont suggéré l'utilisation des fonds fiscaux pour fournir des subventions aux pauvres et le développement simultané d'un cadre pour aider à identifier les pauvres et à qui ces subventions seraient distribuées (Barasa et al, 2018). Pour les systèmes de couverture maladie basés sur un financement important des bailleurs de fonds le problème de pérennité du dispositif se pose. Pourtant l'expérience du Rwanda a notamment montré que sans le soutien des donateurs au régime d'assurance maladie à base communautaire, une couverture d'assurance maladie durable, subventionnant notamment les populations pauvres, aurait été impossible (Chemouni, 2018). L'utilisation efficace des financements externes repose sur la bonne gouvernance et le leadership. Ce type de mécanisme de financement, bien qu'utile, peut entraîner d'autres problèmes, car les fonds alloués à des programmes verticaux, pour cibler des maladies spécifiques, peuvent fausser les priorités réelles en matière de soins de santé dans les pays, entraînant de ce fait des inefficacités dans le système de santé et déplacer les ressources nationales vers les questions non prioritaires (Barasia et al, 2018).

Les auteurs ont souligné l'existence d'autres types de financement de l'assurance santé, tels que l'assurance santé volontaire ou privée et la micro assurance santé qui sont abordés dans quatre des articles de l'échantillon. Ces deux types d'assurance sont plus régressifs et moins équitables, car ils sont principalement abordables par le segment le plus riche de la population, ce qui entraîne davantage d'inégalités, et constituent des stratégies inefficaces pour le financement de la couverture santé universelle (Pettigrew & Mathauer, 2016). Cependant, en conjonction avec d'autres mécanismes, ces problèmes peuvent être évités. Par exemple, en Afrique du Sud, l'effet collectif des impôts généraux et de l'assurance santé publique a compensé la nature régressive des frais de fonctionnement et a donc rendu le financement de la santé globalement progressif (Ataguba et McIntyre, 2018).

Les auteurs ont noté également le développement d'approches dites novatrices en matière de financement de la santé. Il s'agit de l'augmentation des dépenses publiques de santé, le développement de systèmes fiscaux, l'amélioration de la conformité fiscale et de l'efficacité de la collecte des recettes et la mise en œuvre de ce que l'on appelle des " taxes sur les mauvais comportements " Il s'agit de mettre en œuvre des taxes sur l'alcool, le tabac et les voyages

aériens, destinées aux secteurs de la santé et en tant que mécanismes de financement des soins de santé universels (Okungu VR et McIntyre, 2019). Cette approche de solution innovante a été adoptée en Ethiopie comme une solution alternative pour augmenter le financement de la santé. Le pays a imposé une taxe sur le " khat " qui est une substance stimulante qui est traditionnellement utilisée dans le pays (Hanlon, 2019). Ils proposent également d'autres approches potentielles pour augmenter le financement de la santé comme les prélèvements sur les tarifs des appels de téléphonie mobile, l'émission d'obligations de la diaspora dans lesquelles les ressortissants travaillant à l'étranger apportent un soutien financier supplémentaire, et la taxation des secteurs rentables, tels que l'industrie bancaire ou pétrolière.

Pour conclure, ils ont énuméré une série d'enseignements tirés de toutes les études à savoir l'importance de renforcer les partenariats public-privé en tirant parti du potentiel du secteur privé pour compléter les efforts du secteur public et en développant des financements nationaux innovants grâce à une meilleure efficacité de la collecte des impôts , la résilience et le rôle du gouvernement dans l'augmentation des budgets alloués à la santé dans ces pays et les investissements financiers ont été des facteurs clés qui ont conduit au succès du cas Rwandais Lu and al (2012). La solidarité culturelle et la résilience ont été importantes pour le succès du programme de la mutuelle de santé à base communautaire en Ouganda Baine et al (2018). En plus de l'augmentation des dépenses de santé, des ressources supplémentaires mises en commun pour les soins de santé primaires, le renforcement des capacités, les facteurs sociopolitiques et les leviers politiques doivent être établis (Dieleman et al 2018). Les auteurs ont ainsi énuméré une série de mécanisme de financement pour la mise en œuvre de la CSU dans les pays de l'Afrique sub-saharienne.

Ridde (2021) dans son ouvrage intitulé « une couverture sanitaire universelle en 2030 » a plutôt souligné les difficultés de mobilisation de ces ressources dans les pays à ressources faibles et intermédiaires. Il souligne la difficulté de mobilisation de ressources propres par les impôts ou la cotisation sociale et la difficulté de mise en œuvre des mécanismes de financement innovants liée à la corruption dans certains secteurs comme le secteur aurifère en citant le cas du Mali.

Boidin (2018) va au-delà de la difficulté de mobilisation des ressources et de la contractualisation et explique que les difficultés à la mise en œuvre d'une couverture santé universelle dans ces pays pourrait s'expliquer par le manque de cohérence des politiques visant à instaurer la CSU. Il souligne en effet la non prise en compte dans les nombreuses initiatives en faveur de la CSU de l'approche incluant les déterminants sociaux de la santé et la nécessité d'approches intégrées (privilégiant les interactions entre les services de santé et d'autres

domaines d'action publique) plutôt que cloisonnées. Il explique cette situation par la domination de l'approche sectorielle dans les politiques de santé de ces pays et aussi par la dépendance de ces pays vis-à-vis des bailleurs de fond. Il cite à titre d'exemple, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et la Coopération belge qui ont mis en œuvre de façon relativement indépendante deux programmes différents au Sénégal, l'un était sur une approche très ambitieuse de mise en réseau financière des mutuelles de santé au niveau départemental (développement de la couverture du risque maladie dans le contexte de la décentralisation - DECAM), l'autre plutôt orienté sur une approche par district (Unité départementale d'assurance maladie - UDAM) recourant à un mélange d'outils de protection plus ou moins innovants et à une professionnalisation des mutuelles. Ce qui est de nature à accentuer le problème d'intégration des programmes.

En s'intéressant au cas spécifique du Rwanda, Chemouni (2021) a démontré le rôle clé des idées et de la volonté politique dans la mise en œuvre d'une couverture maladie universelle. En effet, bien que le pays fasse partie des pays à revenus faibles et intermédiaires il a fait un pas important vers la mise en œuvre de la CSU. Pour se faire, il a opté pour l'expansion des mutuelles communautaires de santé. Ce choix idéologique répondait à l'orientation voulue par les dirigeants. Pour la bonne marche du dispositif, ces derniers ont dû s'impliquer en rendant l'adhésion obligatoire partant de l'idée que la viabilité du dispositif est dépendant du nombre d'adhérent. Ce qui a motivé l'implication de l'État dans la mise en œuvre du dispositif au-delà de la recherche d'intérêts personnels (des dirigeants). L'auteur via l'exemple du Rwanda souligne l'importance des idées et de la politique dans la mise en œuvre de la CSU. Il insiste également sur la participation fiscale de l'État et des bailleurs dans l'extension de la CSU aux populations vulnérables tout en accordant une place capitale à l'État qui doit orienter les fonds des partenaires vers l'atteinte des objectifs nationaux et non l'inverse.

Si le cas du Rwanda (atteinte de la CSU par l'extension des mutuelles) attise toute convoitise, Boidin et Alenda (2021) en s'inspirant de quelques mutuelles au Sénégal ont mis en évidence la diversité entre les mutuelles (bien qu'elles aient un même objectif) rendant difficile l'élaboration d'un schéma unique d'extension de ces mutuelles. Les critères de comparaison choisis étaient le principe de réciprocité (au cœur du mouvement mutualiste, occupe une place plus ou moins centrale dans chaque mutuelle) et l'homogénéité de la population ciblée (primordiale par rapport à la constitution d'une identité commune). Ils ont également mis en évidence des difficultés d'ordre technique et financier que vivent les mutuelles dans leur fonctionnement. Il ressort de cette analyse que les pouvoirs publics doivent avoir une approche

volontaire pour combler les défaillances des mutuelles (difficultés techniques, financières, organisationnelles) et œuvrer à la préservation des caractéristiques spécifiques des mutuelles qui sont la condition d'une prise en compte de la diversité des publics et des valeurs derrière une apparente homogénéité. La mise en œuvre d'un modèle unique d'extension qui ne tient pas compte de la spécificité des mutuelles pourra entraver le chemin vers la CSU.

Au Ghana, les politiques ont opté pour un régime d'assurance maladie à l'échelle nationale depuis 2003. Aikins et al. (2021) ont évalué cette politique sur le terrain. Ils ont ainsi énuméré les insuffisances du dispositif. Pour les auteurs, le système d'assurance maladie du Ghana souffre d'un défaut d'offre de soins suffisant (couvrant les aspects de la prévention, la prise en charge des cancers, etc. orientant du coup l'activité des prestataires vers les soins curatifs), un problème de financement et de gouvernance. Pour ce qui est du second point, il faut noter que les fonds proviennent de la cotisation sociale des travailleurs du secteur formel, des allocations budgétaires du gouvernement, des subventions, des dons et du produit des investissements réalisés par le Conseil national d'assurance maladie. L'adhésion au régime d'assurance par le secteur informel se fait par le biais de cotisations et de renouvellements périodiques. Les auteurs soulignent qu'une frange importante de la population ne cotisent pas (moins de 18 ans, plus de 70 ans, les retraités et les personnes vulnérables) ce qui participe à réduire les recettes. En plus les adhérents (surtout le secteur informel) ne renouvellent pas tous leur adhésion. Pour certains acteurs du dispositif, les recettes sont de ce fait insuffisant et ils proposent la mise en place d'autres sources de financement (taxe sur l'alcool, tabac, industrie pétrolière, etc.). Pour les autres acteurs enquêtés les ressources mobilisées sont suffisantes pour le fonctionnement du dispositif mais le problème se poserait au niveau de la gouvernance (sens large).

Plusieurs critiques sont faits au mécanisme de gouvernance du dispositif à savoir l'ingérence politique, la corruption, l'absence de transparence et une mauvaise utilisation des ressources collectées. En effet, il ressort de l'enquête que la même structure gère à la fois l'accréditation des structures de soins et le paiement des prestataires posant un problème de neutralité. D'autre acteurs ont plutôt mis l'accent sur l'investissement dans l'immobilier ou du matériel qu'ils ne jugent pas nécessaires au fonctionnement du dispositif. Enfin, certains ont pointé la surfacturation de certains prestataires de soins ou de services médicaux même si ces derniers expliquent cette situation par le remboursement tardif des soins et les taux faibles proposés aux structures de soins. Les auteurs ont ainsi mis en évidence une série de difficultés qui si elles ne sont pas corrigées peuvent à terme entrainer un arrêt du dispositif.

On constate ainsi que de nombreux défis sont à relever pour l'atteinte de la CSU. À ce sujet, Jaca et al (2022) grâce à une revue systématique de la littérature ont pu recenser des aspects du système de santé fréquemment abordés par la majorité des auteurs comme les aspects importants à prendre en compte pour la mise en œuvre d'une CSU. Il s'agit du renforcement du système de santé, **notamment par le financement de la santé,** le développement et l'amélioration des infrastructures de santé. Ces stratégies comprennent le renforcement des capacités de leadership et des compétences de gestion des gestionnaires d'établissements, l'augmentation des effectifs du personnel de santé et la modernisation des établissements de soins de santé primaires. Le renforcement des systèmes de santé en soutenant les programmes des travailleurs de santé communautaires et en maintenant les travailleurs de santé qualifiés dans les zones rurales a également été signalé. L'impact de ces stratégies dans la mise en œuvre de la CSU a été rapporté dans des pays comme la Tanzanie (Kapologwe et al, 2020) et le Sénégal (Nagai et al, 2017). À cela s'ajoute l'accès aux médicaments essentiels comme rapporté par Kasilo et al (2019). Pour ce qui est du financement de la santé il a été souligné par de nombreux auteurs comme un élément essentiel à prendre en compte pour la mise en œuvre de la CSU. En effet, il est vu par ces derniers comme une stratégie de renforcement du système de santé. C'est le cas en Éthiopie (Bekele et Negeri,2020) en République démocratique du Congo (Laokri et al, 2018) Nigeria (Jibril Abdulmalik, 2019), en Tanzanie (Maluka,2018).

Il ressort ainsi que le financement est un volet important dans la course vers l'assurance maladie universelle. Au financement du système de santé, s'ajoute la fonction d'achat.

Concernant ce dernier point, Etiaba et al (2018) se sont intéressés à l'analyse de la relation acheteur-fournisseur au sein d'un régime social d'assurance maladie au Nigeria. Le pays dispose de régimes d'assurances maladie parmi lesquels on retrouve le régime de santé sociale du secteur formel Programme d'assurance. Il a été lancé en 2005 pour fournir une couverture santé au gouvernement fédéral et aux employés du secteur privé. Il fonctionne avec deux niveaux d'acheteurs, le régime national d'assurance maladie (NHIS) et les organismes de maintien de la santé (HMO). En questionnant les acteurs clés du dispositif les auteurs ont conclu que la fonction d'achat n'a pas été utilisée stratégiquement pour influencer le comportement des prestataires et améliorer l'efficacité et la qualité de la prestation des services de santé. Il s'agit des actions comme l'accréditation des prestataires de soins de santé ; le contrôle des HMO et prestataires de soins de santé et utilisation des mécanismes de paiement des prestataires de services de santé à tous les niveaux. Ils expliquent cette situation par le fait que le gouvernement manque de ressources et de volonté de jouer son rôle de surveillant tout en montrant son

insatisfaction concernant les paiements et les remboursements qui ont un effet négatif sur la prestation de services aux membres inscrits. À l'origine de cette inefficacité d'achat dans les services de santé ; le mécanisme d'achat stratégique à deux niveaux dans lequel le NHIS n'exerce pas suffisamment sa fonction de surveillant et ne guide pas les HMO afin qu'ils remplissent leurs responsabilités en tant qu'administrateurs des achats.

Conclusion

Cette revue de la littérature nous a permis de recenser les différents travaux sur le FBR et la CSU. Dans la première partie, nous avons grâce à un examen des articles sur le sujet démontré que le FBR ne fait pas l'objet d'un consensus et que ces résultats sont diversement appréciés. Il ressort de façon générale que son impact sur les indicateurs de santé sont mitigés de même que sa capacité à reformer le système de santé des pays qui l'ont mis en œuvre. Le FBR s'est avéré être un programme assez coûteux ce qui remet en cause l'argument d'efficience qui a été évoqué pour sa mise en œuvre. Les travaux déjà menés ont également souligné le manque d'intégration du FBR dans les systèmes de santé des pays bénéficiaires pouvant expliquer en partie la difficulté de passage à l'échelle dans plusieurs de ces pays. Il s'est même avéré contre-productif dans certaines situations en entrainant le développement d'effets pervers. Il s'agissait des mauvaises habitudes, des données ou des déclarations erronées des prestataires de services afin de maximiser les gains lors des contrôles. L'analyse de cette première en lumière une divergence dans l'interprétation des resultats du FBR. Cette divergence entre les resultats de l'évaluation du FBR dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels nous avons l'opérateur, la méthodologie, les objectifs visés et le lieu.

La deuxième section de ce chapitre a porté sur la CSU. Elle a permis de démontrer le flou qui existe autour de ce concept. La majorité des travaux qui ont porté sur le sujet résumait le concept à l'accessibilité financière aux services de soins. Le financement constitue un aspect important de la CSU. Il comprend la mobilisation des ressources, la mise en commun et le paiement des prestations. Les deux derniers volets ont été abordés également par le FBR ce qui permet de faire le lien entre les deux concepts. Pour ce qui est de la mobilisation des ressources, la revue a permis de souligner la difficulté de mobilisation des ressources dans les pays à revenus faibles. Pour ce qui concerne la mise en commun et l'achat des services la revue nous a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les pays qui l'ont mis en œuvre. Il s'agit essentiellement des retards dans le paiement, la mauvaise gestion avec la corruption et le manque de séparation évident des fonctions d'achat et de paiement. Il ressort aussi un problème d'offre de soins insuffisant qui ne permet pas la mise en œuvre de la CSU dans ces pays.

Nous avons pu identifier ainsi les items abordés dans ces travaux sur le FBR et sa capacité à reformer le système de santé en vue de la mise en œuvre de la CSU. Ces items abordés nous servirons dans l'élaboration de notre guide d'entretien pour tester notre hypothèse de départ.

Nous allons compléter cette revue de la littérature empirique par une revue théorique.

Chapitre 4 : analyser le changement dans le secteur de la santé au Burkina Faso à travers les théories du changement institutionnel

Introduction

Le système de santé est un ensemble de ressources (matérielles, humaines et financières) mises en œuvre dans le but d'améliorer l'état de santé des populations. Il comprend le leadership et la gouvernance, la ressource humaine en santé, un système de financement de la santé, des services de santé, un système d'information sanitaire et un accès équitable à des médicaments essentiels, des vaccins et des technologies médicales (OMS, 2021). Les différents éléments du système de santé sont complémentaires. Pour Gilbert et Raulet-Croset (2021), une organisation pourrait se définir comme un ensemble de ressources constituant un ordre social d'un type particulier. Nous pouvons considérer le système de santé comme une organisation. Il fait intervenir une série d'acteurs différents qui doivent se coordonner entre eux. Dans les pays du sud, les acteurs peuvent être nationaux mais aussi internationaux. Cette interaction entre ces acteurs se fait à travers des règles. Le FBR de par son mode de fonctionnement redessine les interactions entre les acteurs de la santé à travers les contrats par exemple. Une institution peut se définir comme un ensemble de lois, normes, conventions, et éléments culturels, qui constituent un cadre normatif s'imposant aux organisations (Gilbert et Raulet-Croset 2021). Nous considérons donc le FBR comme une institution. Pour mieux comprendre le changement opéré dans le système de santé du Burkina avec la mise en œuvre du FBR nous avons jugé pertinent de nous inspirer des théories du changement institutionnel.

Ce chapitre a pour but d'éclairer le changement institutionnel à travers la grille de lecture des différentes théories, poser les bases conceptuelles de la thèse et construire un cadre analytique original qui permettra, dans les chapitres suivants, d'évaluer l'introduction d'un nouveau mécanisme de financement du système de santé dans un pays à revenus faibles et limités comme le Burkina Faso.

Dans ce chapitre il ne s'agit pas d'identifier la meilleure approche mais de chercher à comprendre l'apport de chacune d'elles dans la compréhension des mécanismes de changement

institutionnel et d'isoler celle qui nous semble la plus appropriée pour expliquer le changement opéré dans le secteur de la santé au Burkina Faso. Pour ce faire nous avons circonscrit notre travail en trois points. Après un travail de définition du concept, nous allons dans un second temps, aborder les différents mécanismes (processus) du changement institutionnel. Enfin, nous allons nous intéresser aux méthodes d'évaluation des institutions et nous terminerons par la description d'un cadre conceptuel.

1. Définition des institutions

Plusieurs courants en économie se sont intéressés à l'étude des institutions. Ils s'intéressent à la place qu'ont les institutions au sein du marché (société, activité humaine) et aux conséquences qu'elles peuvent avoir pour ou contre les acteurs de ce même marché.

De nombreux travaux en économie institutionnelle sur des sujets comme l'économie et le développement, l'histoire économique, gouvernance et développement économique ont permis de mettre en évidence l'importance et la complexité du changement institutionnel. La littérature riche et variée s'est développée autour du concept « institution » et la façon de comprendre la dynamique institutionnelle. Plusieurs approches ont ainsi été développées parfois différentes voir contradictoire.

Le courant néoclassique considère l'institution comme une interaction entre les agents économiques basée sur le principe de rationalité et de maximisation du profit (Coriat et Weinstein, 2004). Pour les anciens institutionnalistes (institutionnalisme historique). L'institution est considérée comme une « habitude de pensée » soulignant de ce fait la propension à penser et agir de façon spécifique (Veblen, 1889) ou encore « une action collective en contrôle, de libération et d'expansion de l'action individuelle » (Commons, 1934). Elle apparait de ce fait comme une règle ou même une coutume qui permet de prédire les comportements individuels pouvant servir à prévenir les conflits entre groupes sociaux ayant des intérêts divergents et actions interdépendantes. Dans ce cas on peut affirmer que l'institution soutient l'action collective et permet de maintenir l'ordre social dans un monde dominé par l'incertitude et où règne les conflits.

North considère les institutions comme des contraintes humaines qui structurent les interactions politiques, économiques et sociales. Ces contraintes pouvant être des contraintes informelles

(sanctions, tabous, coutumes, traditions et codes de conduite) et des règles formelles (North, 1990). Il postule que les institutions réduisent l'incertitude et fournissent de ce fait une structure à la vie quotidienne. Différentes manières existent pour définir le concept de contraintes informelles ou formelles. Le terme formel est souvent utilisé pour signifier que les règles sont écrites (constitutions, lois, droits de propriété) et le terme informel pour les règles dits implicites (sanctions, tabous, coutumes, traditions et codes de conduite). Une autre approche consiste à définir les règles formelles comme celles appliquées par des acteurs ayant des rôles spécialisés et les règles informelles sont appliquées de manière endogène par les membres du groupe concerné. Les règles formelles peuvent être divisées en trois groupes à savoir les règles politiques (lois, constitutions, etc.), les règles économiques, et les contrats.

Ces règles informelles comprennent les normes de conduite, les conventions, etc. Plusieurs types de contraintes informelles existent et cette diversité entraine une diversité dans l'analyse même du changement institutionnel. Si certaines contraintes informelles sont considérées comme immuables (donc difficiles à changer) d'autres par contre sont jugées modifiables plus facilement. Ces mécanismes distincts peuvent avoir des effets différents sur le modèle de changement institutionnel. North en considérant cette interaction entre les règles dites formelles dans l'objectif de réduire les incertitudes a contribué à remettre à jour la question cruciale de la croissance en économie. Le postulat Northien stipule que les règles économiques suppléent l'ordre politique dans les ajustements institutionnels au sein des sociétés. Il va ainsi étudier le rapport entre l'ordre économique et l'ordre institutionnel sous l'angle des coûts de transaction.

La théorie des coûts de transaction prend son origine en 1937 (Coase, 1987) avec l'article publié par Ronald Coase. Cet article illustre les limites du marché comme mode d'allocation des ressources**.** En effet, la théorie néoclassique considère le marché comme la seule institution économique efficace**.** Williamson (1975) s'est intéressé au management interne de l'entreprise au même titre qu'aux autres institutions de l'économie. Pour lui, les transactions peuvent être véhiculées par le marché, les institutions, les contrats ou même les entreprises. Il souligne de ce fait l'importance de la réduction des coûts de transaction dans le développement économique (Chabaud et al, 2004). Les institutions influencent sur les coûts de transaction supportés par les agents ce qui facilite les échanges et favorise donc la performance économique. En considérant cette même logique, une hiérarchie institutionnelle existe parmi les agents qui « font » les règles institutionnelles et, entre eux, une interaction spécifique se met en place pour parvenir à un état de développement optimal. Dans cette interaction, « c'est le politique qui définit et fait respecter

les droits de propriété » (North, 2005), ce qui, dans le raisonnement de North, implique la définition de nouvelles explications à la croissance économique, et donc, in fine, son éloignement progressif des thèses néoclassiques. North met en évidence la relation existante entre l'ordre politique et l'ordre économique. Il postule que c'est l'ordre politique qui doit contribuer à créer un environnement favorable aux échanges économiques pour les agents économiques. Pour Acemoglu et Robinson (Acemoglu, 2003), les institutions économiques encadrent les interactions dans le domaine économique et les institutions politiques définissent les règles dans la sphère politique.

Le concept « d'institution » revêt ainsi plusieurs formes selon le courant idéologique adopté avec parfois des nuances**.** Daudigeos (2009) a résumé les niveaux de définition du concept « institution ». Il conclut que le concept peut prendre quatre sens différents, en sachant que les niveaux sont « inclusifs », c'est à dire que le second niveau inclut le premier niveau, et ainsi de suite :

I. Institutions = types particuliers d'organisations
II. Institutions = larges secteurs de la vie sociale (famille, économie, science, religion)
III. Institution = toute « forme sociale » qui donne des règles d'action collective plus ou moins consciente (cognitive, normative, coercitive).
IV. Institutions = règles sociales fondamentales et tacites qui permettent la coordination entre les individus (Daudigeos et al, 2009).

Il ressort que plus le niveau augmente, plus le sens du terme « institution » admet une définition de plus en plus large et intègre progressivement des critères cognitifs propres à chaque individu. Il désigne de ce fait le troisième niveau comme correspondant à la définition que donnent les néo-institutionnalistes du concept d'institutions, et les troisième et quatrième niveaux comme participant, l'un et l'autre alternativement, à la définition qu'en donnent les auteurs conventionnalistes**.** En effet, La convention fait vivre les institutions**.** La théorie des conventions traite le concept de « règle » de façon particulière avec un postulat de départ qui suppose que toute règle est peu ou assez incomplète et que les acteurs doivent se retrouver sur un schéma d'interprétation de la règle pour pouvoir se coordonner. L'économie des conventions utilise les conventions pour définir un tel schéma afin d'éviter ce cercle vicieux qui consiste à doubler les règles de méta règle qui elles-mêmes nécessitent une interprétation (Emmanuel, 2001). Pour Favereau (1989), la règle peut être considérée comme moyen de coordination, comme « prescription » prenant la forme soit de « règle-contrainte », soit de « règle-contrat ».

La théorie de la régulation quant à elle accorde un rôle plus important à l'ordre politique dans l'émergence des institutions. Elle considère les formes institutionnelles comme une codification d'un ou plusieurs rapports sociaux (Boyer, 2003).

La définition du concept « institutions » reste complexe et revêtit plusieurs formes selon le courant idéologique adopté. En résumé, les institutions peuvent être considérées comme des « règles et contraintes », comme « instrument de gouvernance » et comme « équilibre de jeu ». Cette différence d'approche se retrouve également dans l'explication du processus de changement institutionnel.

2. Les modèles de changement institutionnel

Plusieurs approches ont été proposées pour comprendre la dynamique institutionnelle. Dans cette section nous optons pour celles que nous avons jugé pertinentes. Nous allons ainsi développer les deux processus utilisés pour expliquer le changement institutionnel avant de préciser dans qu'elle approche nous nous situons pour comprendre l'introduction du FBR au Burkina Faso comme changement institutionnel majeur opéré dans le mécanisme de financement du système de santé au Burkina Faso.

2.1. L'approche chronologique du processus de changement institutionnel

Le concept d'institution revêt plusieurs aspects. Cette multitude de définition (conception) se retrouve également dans la multitude des approches pour expliquer le changement institutionnel. Classiquement, il existe deux approches pour expliquer le changement institutionnel. Le changement institutionnel évolutionniste et le changement institutionnel induit.

2.1.1. L'approche par la théorie évolutionniste

Veblen (1909) et Hayek (1983) sont considérés comme les précurseurs de l'explication du changement institutionnel par l'approche évolutionniste. Veblen s'est donné pour objectif de comprendre le développement des institutions, des habitudes individuelles et sociales qui impactent le développement culturel en cours. Il cherche ainsi à comprendre l'origine des phénomènes observés. Pour ce faire, il part du principe qu'un évènement à une cause et la causalité peut être à la fois ascendante et descendante. Par causalité ascendante il entend les

habitudes individuelles vers les institutions et par causalité descendante les habitudes qui proviennent des institutions vers les individus.

Ce principe qualifié de principe de causalité constitue sans doute l'un des premiers principes de Veblen. Il explique ainsi que certaines dispositions ou habitudes peuvent devenir des habitudes de pensée et s'institutionnaliser, autrement dits, elles peuvent s'ancrer dans la société sous la forme de règles collectives. « Par ailleurs, les institutions, tout en façonnant les habitudes de pensée, les capacités d'action individuelles et collectives, ont aussi une influence sur les habitudes individuelles » (Lazaric, 2010).

« La notion d'habitude a été étendue aux organisations sous la forme de routines organisationnelles nécessitant la coordination des habitudes au sein d'un groupe de personnes de telle sorte qu'une séquence orchestrée d'action émerge » (Knudsen, 2007). Dans cette théorie les routines représentent les gênes dans la théorie évolutionniste biologique. Les routines jugées satisfaisantes pourront ainsi se développer et se divulguer dans les autres entreprises.

Pour Veblen, la contribution de l'histoire dans ce processus s'explique par l'accumulation d'événements incrémentaux et la production de nouveauté dans un système ouvert et non prédéterminé. En s'inspirant du principe de Veblen, l'école dite de « contrainte du sentier » va analyser les raisons de l'impact de petits évènements initiaux sur le système technologique en place lors de l'adoption de nouvelles technologies (Brette, 2021).

Pour Hayek l'ordre spontané, régissant la vie des individus et la société n'est pas écrit par avance mais serait le fruit d'une lente évolution (Dolstaler, 2001) qui s'est mise en place avec la transformation des institutions et la création de règles abstraites. « L'ordre spontané », serait l'œuvre des hommes sans en être une construction volontaire et s'explique par l'évolution et la progression des habitudes et des règles au sein de la société. La mise en œuvre de règles qui assurent le renforcement des liens entre les différents groupes sociaux serait la condition pour la survie des organisations. L'évolution de la société serait ainsi fonction de l'évolution des « règles abstraites » qui pour lui permet d'estimer le degré de « civilisation ». Il précise en ajoutant que la genèse de nouvelles règles « efficaces » par un processus d'essais et d'erreurs, est fondamental pour toute organisation sociale et qui souhaite se maintenir dans la durée. D'autres auteurs en plus des deux institutionnalistes précédemment cités ont également apporté leur contribution au processus évolutionniste.

Alchian dans les années 1950 va relancer le débat sur la métaphore biologique. Dans sa démarche il voulait « échapper à cette universalisation » de la théorie de maximisation du profit

comme moyen d'expliquer la survie de la firme. Il va s'intéresser aux firmes déjà sélectionnées et qui font des profits. La réalisation de profit ne serait pas la cause de la survie des firmes mais une forme de conséquence de leur survie. Il avance ainsi la théorie selon laquelle les organisations qui arrivent à survivre dans le temps sont celles qui ont adoptées des bonnes règles de conduite. Les organisations qui veulent perdurer également dans le temps vont ainsi imiter ces bonnes pratiques. Elles seraient des règles développées par des firmes en adéquation avec leur environnement. Cette théorie s'apparente à la théorie de la sélection naturelle. Les firmes qui font des profits adoptent des règles qui sont en adéquation avec leur environnement. C'est cet élément qui pour lui est le critère clé permettant d'expliquer la sélection des firmes dans le temps avec ou sans maximisation des profits. Cette théorie s'applique mieux dans un contexte où le marché est parfait mais n'est pas adopté dans les situations où le marché présente des imperfections. Elle ne permet pas d'expliquer également pourquoi les sociétés moins performantes n'arrivent pas à adopter les bonnes pratiques des sociétés dites performantes.

Cette idée sera soutenue également par Enke (1951) et Friedman (1954) qui apporteront cependant une explication supplémentaire. Pour ces derniers, la firme peut ne pas adopter une logique de maximisation de profit à court terme, mais une fois sélectionnée, elle appliquera à long terme cette approche de maximation de profit de façon volontaire ou non pour pouvoir survivre. L'environnement concurrentiel dans lequel évoluent les firmes impose ipso facto la recherche de maximisation du profit.

Pour Sidney Winter, la recherche de profit présente plutôt un caractère normatif. C'est le résultat d'une convention en économie alors que les firmes se fixent plusieurs objectifs**.** Le courant évolutionnaire actuel a pour principale ambition de comprendre l'émergence de la nouveauté et d'interpréter le changement (Lazaric, 2010). Contrairement à l'approche néoclassique qui souligne la recherche de maximisation comme l'élément clé de réussite des firmes, Winter a conclu que les firmes qui survivent n'adoptent pas forcement le principe de maximisation de profit. Il souligne plutôt l'intervention de plusieurs paramètres qui justifient la survie des firmes dans le temps. Il s'agit des économies d'échelle, de l'expérience accumulée, des procédures d'organisation et la nature de l'environnement qui façonnent les critères de rentabilité et de survie dans le temps. Nelson et Winter dans leur ouvrage publié en 1982 ont défini le concept de sélection des firmes comme étant celles qui obtiennent des résultats plus ou moins « satisfaisants » en tenant compte des contraintes technologiques et organisationnelles de départ.

La majorité de ces théories évolutionnistes considèrent le changement de paramètres exogènes comme étant le facteur déclenchant du changement institutionnel. Un changement de ces

paramètres va s'accompagner d'une adaptation des institutions aboutissant à la création et à l'émergence de nouvelles institutions optimales. Pour les théories qui épousent l'idée d'une multitude d'équilibres stables, le changement des paramètres exogènes n'entraine pas systématiquement la naissance d'institutions optimales. Le changement institutionnel présente au contraire une « dépendance au sentier » dans la mesure où les conditions initiales et les accidents historiques peuvent avoir un impact durable sur les institutions. Il est donc possible que les institutions inefficaces émergent et persistent dans le temps.

Si l'approche évolutionniste offre un cadre théorique assez riche pour l'analyse du changement institutionnel elle s'avère être plus apte pour expliquer l'émergence des règles informelles mais offre peu d'outils pour comprendre la genèse des règles formelles.

2.1.2. Le changement institutionnel par un processus politique

Par processus politique, nous considérons le changement institutionnel comme le fruit d'un conflit entre les acteurs.

Cette approche permet d'expliquer en partie la naissance du changement institutionnel. L'approche proposée consiste à considérer le changement institutionnel comme délibéré à travers un processus politique. Dans ce cas de figure, les institutions sont volontairement définies et mises en œuvre par des individus ou des groupes d'individus. Ces derniers vont utiliser des outils à leur disposition comme la négociation, faire pression, se faire concurrence entre eux ou passer par des processus de vote afin d'induire le changement institutionnel. (Guennif, 2018).

Pour Ostrom (2005), il existe deux cas de figure**.**

- Les individus calculent les coûts et les bénéfices qu'ils attendent d'un changement institutionnel
- Et si une "coalition minimale"[12] nécessaire pour effectuer le changement est d'accord, le changement institutionnel s'effectuera à ce moment.

Le fait qu'un changement institutionnel se produit dépend finalement de la façon dont les décideurs perçoivent les effets probables d'un changement de règles. Si les décideurs jugent que

[12] La notion de « coalition minimale » est déterminée par les règles de niveau supérieur : par exemple, dans une dictature, le dictateur seul peut constituer une coalition gagnante ; dans une démocratie, une majorité est nécessaire pour constituer une coalition gagnante.

le changement proposé est à la leur faveur, ils seront aptes à accepter et à déclencher le changement, par contre s'ils jugent que le changement introduit peut nuire à leurs avantages ils seront réfractaires au changement. Lidecap (2000) en s'intéressant à l'analyse des droits de propriétés postule que différentes configurations des droits de propriétés entrainent des conséquences distributives différentes et les individus (ou des groupes) s'engagent dans des actions politiques ou des négociations dans le but de changer les règles en leur faveur. Il qualifie cette situation de « contractualisation ». En ce qui concerne les causes du changement il souligne la place importante des facteurs exogènes (développement technologique par exemple) (Lidecap, 2000). Lidecap accorde également une place importante à l'histoire dans la vie des institutions pour expliquer les changements introduits. Les accords politiques signés dans le passé peuvent impacter le changement institutionnel entrepris en créant le cadre qui permet de répondre aux modifications des facteurs exogènes et endogènes.

Ostrom (2005) en plus des facteurs exogènes accorde une importance non négligeable aux facteurs endogènes dans la mise en route du processus de changement institutionnel. La possibilité qu'une modification de facteurs exogènes conduise au changement dépend de plusieurs paramètres en occurrence la distribution des bénéfices à la fois dans le système existant et dans le nouveau système proposé et la capacité des groupes qui s'attendent à être perdants de le bloquer. Il s'agit d'une forme de rapport de force. Si le groupe des « gagnants » c'est-à-dire ceux qui jugent bénéficier des avantages du changement institutionnel n'arrive pas à combler la perte d'avantage des « perdants », ces derniers peuvent s'opposer et s'ils sont forts ils peuvent bloquer le changement. Cette situation peut entrainer une inertie dans la vie des institutions empêchant ainsi le changement au profit des acteurs qui jugent que le statu quo protège mieux leurs intérêts. Ce mécanisme peut également entrainer la propagation des institutions jugées inefficaces.

Un autre obstacle souligné par Ostrom est l'absence de structure efficace pour faire respecter les règles du changement. Le groupe défavorisé peut refuser d'adopter les nouvelles instituions et pire profiter des évènements externes (révolution) pour revendiquer et annuler la mise en œuvre de la nouvelle institution d'où la nécessité de mettre sur pied une structure efficace pour faire respecter les nouvelles institutions mises en place.

2.2. Le processus de changement institutionnel par la taxonomie des théories de la qualité des institutions

Cette classification des différentes théories ainsi que l'analyse de leurs limites, s'inspirent essentiellement des travaux de La Porta et al. (1999), Acemoglu (2003), et Acemoglu, Johnson et Robinson (2005a). Ce champ théorique est pertinent car il s'adapte à notre sujet de thèse. La recherche de la bonne institution ayant entraîné le changement du financement traditionnel des systèmes de santé vers la mise en œuvre du FBR.

2.2.1. L'approche par la théorie de l'efficience des institutions

La théorie de l'efficience des institutions stipule que les États choisissent les institutions économiques efficaces qui leur permettent de maximiser le revenu global du pays. La société étant constitué de groupes différents animés d'intérêt parfois divergents, les institutions qui peuvent être bénéfiques pour une catégorie de la population peuvent ne pas l'être pour une autre. Dans cette situation, la théorie de Coase (1960) suppose que les deux groupes d'individus peuvent entrer en négociations en vue de modifier les institutions existantes ou de créer de nouvelles institutions qui vont produire des résultats bénéfiques pour tous. La théorie de l'efficience des institutions suppose ainsi que si les institutions ne répondent pas à la volonté de la « population » elles vont de commun accord être modifiées. Les institutions inefficaces ne pourront donc pas perdurer dans le temps. Elles vont finir par disparaitre.

Une autre approche de la théorie de l'efficience soutenue par Demsetz (1967) North et Thomas (1973) stipule que la création d'une institution correspond à un choix économique. Les nouvelles institutions sont créées lorsque les bénéfices dépassent les coûts de création. Demsetz (1967) faisait ce constat en prenant pour exemple la création des droits de propriété privée sur les parcelles de terre qu'il explique par la rareté des terres libres avec le temps. Il devenait donc préférable de créer des droits de propriété privée sur les terres qu'un droit de propriété commun.

Cette approche qui met l'accent sur la recherche d'efficience pour justifier la création de nouvelles institutions présente des insuffisances pour expliquer la persistance des institutions inefficaces par exemple. En effet, si l'approche par la théorie de l'efficience était pertinente, tous les pays choisiraient les institutions les plus efficientes qui allaient les permettre de maximiser le revenu national. La disparité de qualité des institutions selon les pays qui se traduit par la disparité de niveau de croissance économique (Acemoglu, Johnson et Robinson 2001) explique bien que ce n'est pas le cas.

En plus, elle stipule que le choix des institutions dans un pays, suppose un choix collectif, par conséquent, ce choix implique la nécessité de mener des négociations collectives. Dans ce cas, il va se poser très probablement des problèmes de passager clandestin. Certains membres de la société vont vouloir profiter des gains sans supporter les coûts de réforme institutionnelle-, problèmes qui, si non résolus, rendraient difficile l'applicabilité de l'approche économique des institutions (Mijiyawa, 2010).

À cela s'ajoute la rationalité limitée des acteurs. En effet, la théorie de l'efficience suppose que l'acteur qui porte le changement détient toutes les informations nécessaires à la prise de décision, ce qui en pratique n'est pas possible face à une multitude d'information. L'acteur décidera en fonction de ce qu'il a comme connaissance au moment de faire son choix ce qui peut ne pas être suffisant.

En outre, à l'échelle d'une nation, la mise en œuvre d'une institution nouvelle ou le changement d'une institution ancienne sous-entend une négociation entre les deux parties que constitue l'Etat et le peuple. Ce qui suscite plusieurs interrogations. La première concerne la nature de la relation entre les deux acteurs. De façon spécifique, qu'elle est la marge de manœuvre du peuple face à l'Etat ?

La seconde interrogation concerne la mise en œuvre de structure efficace pour le respect des accords trouvés. En d'autres termes, quels sont les recours possibles à la disposition du peuple en cas de non-respect des accords trouvés.

Il ressort donc que l'approche économique passe nécessairement par une étape préalable qui est l'élaboration d'un environnement qui permet de résoudre le problème de crédibilité des engagements de l'Etat dans le processus de création ou de réforme des institutions.

2.2.2. L'approche historique : Une théorie de différences institutionnelles fondées sur des facteurs historiques

Cette approche considère que la qualité des institutions actuelles est fonction des choix opérés par les nations dans le passé. En d'autres termes, les évènements historiques à un moment précis du temps, déterminent la nature des institutions, et celles-ci persistent dans le temps en générant des effets différents. Cette approche a été soutenue par des auteurs comme La Porta et al. (1999) et Djankof et al. (2003). En s'intéressant au système judiciaire des différents pays, ils ont mis

en évidence l'impact de l'origine légale du système judiciaire sur la qualité de protection des droits de propriété privée, ou sur la performance des gouvernements partageant dans une certaine mesure, la vision de l'approche historique. Le marché économique et même politique étant imparfait, le changement institutionnel peut être conditionné par les acquis du passé. On parle de « path dependency ». En économie, le concept a été utilisé au début pour analyser le phénomène de rendements croissants. La logique qui sous-tend cette approche est que la probabilité de continuer le long d'une trajectoire définie croit au fur et à mesure que l'on avance si les coûts de sortie (ou de choix d'une option alternative) deviennent de plus en plus importants le long de cette trajectoire. Cette relation entre path dépendance et rendements croissants a été d'abord étudiée par des auteurs comme David (1985) et Arthur, (1989). L'application a porté sur l'évolution des technologies. Le célèbre cas de l'émergence du clavier QWERTY par David (1985) est devenu un standard dans l'analyse de l'adoption de l'innovation. En effet, bien que les claviers QWERTY soient plus pratiques leur diffusion à grande échelle aurait entrainé un coût très élevé pour la formation et la mise à jour des utilisateurs. Face à cette situation Arthur (1989) a émis l'hypothèse suivante pour comprendre le maintien d'une technologie malgré l'émergence de nouvelles sensées être plus appropriées.

En considérant une situation dans laquelle il existe deux technologies concurrentes, caractérisées toutes les deux par des rendements croissants ; si pour des raisons diverses (une caractéristique non connue au départ par les agents, ou d'un « petit événement historique »), l'une d'entre elles prend le dessus sur l'autre, alors il y'a de fortes chances que celle-ci finisse par dominer et maintenir une position monopolistique (même si elle se révèle par la suite être moins efficace que celle qui a été abandonnée).

Arthur (1989) explique cette situation grâce à l'hypothèse de rendements technologiques croissants. Cette hypothèse stipule que si l'adoption d'une solution alternative (même si plus efficace) est plus coûteuse le concept de rendements croissants va favoriser alors le maintien de la solution initialement choisie.

Pour compléter il explique le maintien d'une option unique par la présence de coûts fixes. Dans cette configuration, selon le niveau de production le coût moyen peut être réduit donnant un avantage concurrentiel.

La complexité de la procédure de production peut pousser également à maintenir la technologie que les agents maitrisent déjà plutôt que changer au profit d'une autre technologie même si elle plus efficace.

En plus la mise en œuvre d'une technologie nécessite souvent un investissement important. Cet investissement peut encourager voire contraindre à utiliser la technologie déjà en cours. Une nouvelle technologie nécessitant un coût d'investissement supplémentaire.

Ces caractéristiques permettent de mieux cerner le concept de « path dependency ».

2.2.3. L'approche culturelle : Une théorie de différences institutionnelles fondées sur des différences culturelles

Cette approche soutien que les individus font des choix selon leurs croyances idéologiques ou leur culture. La différence institutionnelle serait donc liée à la différence culturelle ou idéologique. *Le concept de « bonne institution » peut donc englober des valeurs différentes selon là où on se trouve*. Ce qui peut paraitre être une bonne institution pour une société peut ne pas l'être pour une autre. La définition d'une bonne institution à l'avance étant difficile, on ne peut qualifier les institutions qu'après leur mise en œuvre de façon « ex-post ». Ce sont les institutions qui vont se révéler être efficaces après leur mise en œuvre qui vont perdurer dans le temps. Par contre, celles qui pour des raisons diverses vont s'avérer être inefficaces sont celles qui vont stagner. Ce qui ferait dire à Acemoglu (2005) qu'il existerait alors, des forces qui empêcheraient les pays de choisir des institutions reconnues comme étant inefficaces pour l'ensemble de la société (Acemoglu, Johnson et Robinson, 2005a).

Il existe une autre version de l'approche culturelle en occurrence celle soutenue par, Weber (1958), Banfield (1958), Putnam (1992) et Landes (1999). Pour ces derniers, les sociétés ont des croyances et des comportements qui affectent l'action collective et de ce fait la qualité des gouvernements et des institutions. Pour Weber (1985), l'adoption de bonne ou mauvaise institution est définie à l'avance. Il existerait selon cette approche des sociétés avec des prédispositions à développer de bonnes institutions et des sociétés au contraire qui sont prédisposées à adopter des institutions jugées inefficaces. Certaines de ces croyances portent sur des idées qui ne sont pas vérifiables. Il cite comme exemple la croyance à la possibilité d'être sanctionné ou d'être récompensé après la mort ou la croyance que nos voisins ne vont coopérer pour aucune collective ce qui entraîne notre refus pour toute collaboration avec eux. Landes (1998) quant à lui affirme que l'existence de valeurs culturelles incitant à l'intolérance, à la xénophobie, à la fermeture d'esprit par rapport aux autres, constituent des obstacles au développement économique et donc à l'émergence de bonnes institutions économiques. A l'opposé, Putnam (1993) lui affirmait que des valeurs culturelles favorisant la confiance aux étrangers, facilitent l'action collective, la fourniture des biens publics y compris la création des institutions efficaces.

Pour certains auteurs comme Acemoglu, Johnson et Robinson (2001), cette approche semble avoir des insuffisances. Ils considèrent les anciennes colonies britanniques et analysent leur trajectoire institutionnelle. Si l'approche culturelle était suffisante pour expliquer la différence institutionnelle entre les anciennes colonies elles auraient dû opter pour les mêmes types

d'institution. Pourtant dans certaines anciennes colonies nous assistons à la mise en place et au maintien d'institutions jugées inefficaces ce qui contraste avec la mise en œuvre d'institutions efficaces dans d'autres anciennes colonies. Ils ont ainsi pris le cas des institutions de protection des droits de propriété privée instituées par les britanniques dans les anciennes colonies comme les Etats-Unis, l'Australie et la Nouvelle Zélande. Par contre, dans les colonies britanniques en Afrique ces mêmes institutions n'ont pas été introduites. Ils tirent la conclusion que les croyances et les idéologies des colons ne suffisent pas à expliquer cette différence. Si tel était le cas, les britanniques allaient introduire les mêmes types d'institution dans les différentes colonies. Ils expliquent cette différence par les conditions climatiques des différentes colonies. Pour ces derniers, le développement d'institutions de droit privés efficaces dans les premières colonies serait dû au fait que les britanniques trouvaient dans ces colonies les conditions suffisantes pour y vivre. En somme, ils avaient un intérêt direct à le faire. Les colonies en Afrique n'offrant pas de conditions de vie favorables ils ont opté pour des institutions dites d'extraction ou de mauvaises qualités. Ils ont conclu que les différentes stratégies adoptées étaient motivées par les différences d'intérêts tirés des colonies, et non par les différences de croyances idéologiques des ex-puissances coloniales.

Un autre argument évoqué par ces auteurs est que certains pays ont maintenu leurs institutions inefficaces alors qu'ils ont la possibilité de se rendre compte de leurs erreurs. Ce qui ne serait pas de nature à crédibiliser la thèse de l'approche culturelle. Les auteurs ont expliqué cette situation par la recherche d'intérêt propre à un groupe d'individus qui sont les dirigeants. Ils ne chercheraient donc pas à mettre sur place des institutions qui tiennent compte de l'intérêt général mais celles qui les permettent de protéger leurs intérêts personnels.

Enfin, le dernier argument avancé pour souligner les limites de l'approche culturelle est la croyance à une idéologie unique entre les membres de la société (dirigeants et la population). Cette approche suppose de façon implicite une forme de symétrie entre les croyances des populations et celles des dirigeants. Ce qui n'est pas totalement vrai. En effet, les populations peuvent être favorables à la mise en place d'une institution pendant que les dirigeants au contraire s'y opposent.

2.2.4. L'approche politique : Une théorie de la qualité des institutions comme résultat de conflits d'intérêts

Cette approche stipule que, les institutions (politique et économique) ne sont pas choisies par tous les membres de la société mais par le groupe d'individus qui détient le pouvoir politique à un moment donné**.** Elles sont donc le fruit de conflit entre différents groupes de la société et c'est le groupe qui détient le pouvoir politique qui met sur place les institutions à son avantage.

Dans son œuvre intitulé "A Neoclassical Theory of the State", North (1981), North souligne cette situation et soutient qu'il est judicieux de modéliser les individus qui contrôlent le pouvoir politique, comme des agents économiques poursuivant leurs intérêts personnels. Il souligne de ce fait l'existence de coût de transaction qui serait à l'origine des différences observées entre les institutions prônées par les dirigeants politique (pour leur propres intérêt) et celles qui maximisent le revenu au profit de la population.

Pour Acemoglu (2003) et Acemoglu, Johnson et Robinson (2005a) les institutions peuvent permettre de déterminer le niveau de revenu mais aussi sa répartition au sein de la société et les revenues ne sont pas reparties de façon équitable. Cette inégalité dans la répartition peut influencer les préférences des individus pour les institutions. En effet, les individus qui tirent profit d'une institution existante seraient moins disposés à la changer par contre, ceux qui ne bénéficient pas des avantages des institutions existantes seraient plutôt prêt à les changer. Les institutions seraient donc volontairement choisies à cause de leurs conséquences distributives, et le choix des institutions peut entraîner des conflits d'intérêts qui se résolvent au profit des individus qui détiennent à un moment donné le pouvoir politique. Pour ces auteurs, les institutions de droits de propriété privée sont endogènes car elles dépendent du pouvoir politique, qui à son tour est endogène puisqu'il dépend du pouvoir politique de jure conféré par les institutions politiques (constitution, système électoral, institutions régissant le partage de pouvoir politique entre différents organes étatiques) et du pouvoir politique de facto conféré par le pouvoir économique, c'est-à-dire la distribution de revenu.

Ces différentes approches ainsi détaillées pour comprendre le changement institutionnel ont des différences entre elles. Si certaines comme l'approche politique reconnaissent l'existence « volontaire » des institutions inefficaces en accordant un rôle clé aux politiques dans le choix des institutions d'autre par contre considèrent les institutions comme des choix programmés (approche culturelle). Bien que différentes, il semble avoir des relations entre certaines approches. La relation la plus évidente est celle entre l'approche historique et l'approche

culturelle. En effet, des évènements historiques engendrent quelquefois des changements de fonctionnement et d'organisation des sociétés, qui sont assimilables à des changements culturels. En considérant, la colonisation comme un fait historique, ils considèrent l'introduction dans leurs ex-colonies de la religion ou du mode de fonctionnement des administrations comme des facteurs assimilables à des valeurs culturelles. Les décideurs politiques en choisissant des institutions dans le but de maximiser leurs intérêts personnels, le font en essayant de respecter les valeurs culturelles de leurs sociétés, et l'héritage institutionnel de leurs pays.

Ces différentes approches sont toutes indépendantes et constituent chacune un cadre permettant d'analyser le changement institutionnel. Dans le cadre de la thèse, nous nous intéressons au changement institutionnel dans le secteur de la santé dans un pays à ressources limitées. En effet, le Burkina Faso est une ancienne colonie Française et à l'instar des autres anciennes colonies Française il a une organisation administrative calquée en partie sur celle de l'ancien colon et certaines pratiques sont devenues des habitudes avec le temps prenant par moment une coloration culturelle. Le poids de l'histoire est indéniable dans le choix des institutions dans ce pays, dans le secteur de la santé par exemple, le pays a fait des choix dans le domaine du financement avec des options comme l'adoption de l'initiative de Bamako en 1993 qui n'ont pas toujours donné des résultats satisfaisants. Malgré ces résultats mitigés, certaines politiques ont été maintenues car le changement aurait entrainé un coût supplémentaire difficile à gérer. L'histoire a ainsi une importance non négligeable pour expliquer les choix opérés dans la mise en œuvre des politiques. L'introduction de certains programmes de santé au Burkina Faso a été soutenue par les partenaires techniques et financiers qui au-delà du financement conçoivent eux même des programmes avec l'aide des experts internationaux et nationaux qui se chargeront de la diffusion de la politique au sein des différents pays. Nous assistons souvent à une diffusion de nouvelle politique dans plusieurs pays à la même période par les mêmes partenaires souvent. Malgré l'absence de fondements scientifiques solides (décrier par les scientifiques indépendants) sur l'efficacité du FBR par exemple, il a été introduit dans plusieurs pays en Afrique dont le Burkina Faso. Il est donc nécessaire de se demander qui sont les porteurs de cette politique et quels sont les objectifs visés. La recherche d'intérêts personnels pourrait expliquer en partie cette situation. En effet, les promoteurs de ces nouvelles méthodes peuvent être animés par la recherche de profit en tant que détenteur du pouvoir politique ils arrivent à imposer leur vision et en faire une politique nationale.

Il ressort ainsi que l'approche par un processus politique nous semble être la plus appropriée pour analyser l'introduction de nouveaux mécanismes de financement au Burkina Faso dans l'objectif de la mise en œuvre de la couverture santé universelle. Le changement institutionnel a pour but la mise en œuvre d'institutions efficaces pouvant favoriser le développement. Pour ce qui nous concerne, il s'agit d'institution pouvant améliorer l'état du système de santé.

3. Changement institutionnel et développement

De nombreux travaux en économie sur les institutions dans les pays en développement ont mis en évidence des concepts comme la bonne ou la mauvaise gouvernance comme faisant partie des causes du sous-développement de certains pays pauvres (Otando et Uzunidis, 2011). Ce concept porté par la Banque mondiale se réfère plus ou moins au vocable de bonnes ou mauvaises institutions provenant de l'économie institutionnelle. Les bonnes institutions étant censées promouvoir la bonne gouvernance. On a assisté ainsi pendant de longues années à la diffusion de modèles de « bonnes institutions/ bonne gouvernance » issus des pays développés vers les pays en développement avec des résultats très mitigés. Le développement a été pendant longtemps associé à tort à la croissance économique. Il ne pourrait se résumer à la croissance économique au contraire, la croissance économique fait partie du développement et peut même être considérée comme la finalité du développement. François Perroux (1961) faisait la différence entre les deux concepts en considérant que la croissance porte sur l'accroissement de grandeurs macroéconomiques (PIB, PNB, RN), alors que le développement concerne les changements dynamiques de structure dans le cours du processus de croissance. Il ajoute en disant « qu'aucune croissance observée n'est homothétique ; la croissance s'opère dans et par des changements de structure » (Perroux, 1961) . Le développement concerne ainsi un large secteur d'activité dont le bon fonctionnement peut être source de croissance économique. Investir dans l'assainissement, l'éducation ou la santé peuvent être des facteurs de croissance économique. Concernant le dernier point, le rapport de la Commission macroéconomie et santé de l'OMS en date de 2011 souligne la relation entre l'investissement en santé et le développement économique. L'investissement dans la santé est un moteur de développement économique.

Au-delà du concept de développement traditionnellement adopté, les discours s'orientent depuis quelques années déjà vers la notion de développement durable. Ce dernier pourrait se définir comme « le développement qui répond aux besoins présents, sans compromettre la

capacité des générations à venir à satisfaire leurs propres besoins. » Cette définition est suffisamment vague pour couvrir toutes sortes d'éventualités » [13]. Le développement durable requière plus de croissance et il faut faire appel à une croissance différemment composée. Il est, en effet, désormais admis que la promotion du développement durable implique une combinaison entre des innovations institutionnelles et techniques. [14]La mise en place de nouvelles institutions ne suffit pas. Il faut en plus que les bénéficiaires s'approprient ces nouvelles institutions : c'est le processus d'apprentissage. En sciences économique, certains auteurs se sont intéressés à ce processus d'apprentissage et soulignent le rôle important des cadres culturels comme facteur influençant notamment les formes de discours mobilisées au cours du processus d'apprentissage Del Corso et al (2013) pouvant expliquer en partie l'échec de l'introduction de nouvelles institutions (bonnes institutions) dans le processus de développement des pays du Sud.

4. Evaluation de la qualité des institutions

Les institutions sont classiquement classées en bonne ou mauvaise institution ou encore de mauvais ou bon arrangement institutionnel. Les critères de classification de ces institutions de même que le mode de définition de ces critères restent sujet à discussion dans la mesure où ils ne font pas consensus. Classiquement, l'approche mainstream considère que les bonnes institutions sont censées encourager la croissance économique. Pour ce faire, elles vont favoriser le développement de bonnes pratiques comme la protection des droits des investisseurs, une gouvernance vertueuse avec la mise en œuvre de mécanismes de lutte contre la corruption, une démocratie fonctionnelle, une justice impartiale, etc. Les mauvaises institutions quant à elles favorisent la prolifération de mauvaises pratiques entravant ainsi le développement économique. Keneck-Massil (2016) avait identifié cinq (5) facteurs pouvant entrer en compte dans l'évaluation des institutions.

[13] D'après le rapport de Gro Harlem Brundtland, présidente de la Commission mondiale sur l'Environnement et le Développement.

4.1. Les facteurs géographiques

Dans la littérature il a été démontré l'existence d'un lien étroit entre la richesse en matières premières et l'émergence d'institutions inefficaces. Les pays qui possèdent une importante réserve de matières premières sont susceptibles de développer les mauvaises institutions politiques et économiques. Des chercheurs comme Sachs et Warner (1995) se sont intéressés à l'effet des ressources naturelles sur la qualité des institutions. Ils ont également conclu à l'effet négatif de la richesse en matières premières sur la qualité des institutions. On parle de la malédiction des matières premières. L'une des explications est la volonté des leaders politiques de profiter de ces ressources le plus longtemps possible. Ce qui pourrait les conduire à s'éterniser au pouvoir pour tirer le maximum de profit personnel. Cette richesse accumulée en retour pouvant lui servir pour corrompre les opposants ou manipuler les resultats des élections. On assiste donc à la mise en place d'un cercle vicieux.

Ross (2001) en prenant l'exemple du pétrole comme ressources naturelles confirme cette approche en mettant en évidence son impact négatif sur le développement des institutions démocratiques. Il sera suivi dans sa démonstration par Wantchekon (2002) qui confirme également que les ressources naturelles en quantité peuvent favoriser la naissance des régimes autoritaires donc anti démocratique. En 2004, Smith en s'inspirant également du cas du pétrole abouti à la même conclusion.

Acemoglu et al. (2002) vont plus loin en pointant le rôle du colonisateur dans le développement des régimes en Afrique. Ils affirment ainsi que les colonies qui offraient des conditions climatiques et démographiques favorables à l'installation des colons, ces derniers y développaient des bonnes institutions (favorable au développement économique). Par contre, dans les colonies qui n'offraient pas les mêmes conditions, les colonisateurs vont développer des économies extractives basées sur l'extraction des matières premières favorisant de ce fait l'installation et le maintien de régimes autoritaires. Le nombre d'habitant faisait ainsi partie des critères pour l'instauration d'une bonne ou mauvaise institution.

4.2. Les facteurs historiques

Dans la même lancée que ses travaux précédents sur la colonisation et ses effets sur les institutions, Acemoglu et ses co-auteurs (2001), analysent l'effet de cette colonisation sur la qualité des institutions. Ils vont considérer la capacité des institutions à induire un développement économique à long terme. Comme souligné dans les facteurs géographiques, pendant la colonisation les colons ont mis en œuvre des institutions en tenant compte de leurs intérêts directs. Dans les colonies où les colons retrouvaient des conditions de vie favorables, ils y ont développé des prémices de bonnes institutions car ils prévoyaient y vivre. Par contre, dans les colonies où les conditions de vie ne convenaient pas aux colons, ils y ont développé des prémices des mauvaises institutions. En optant pour les institutions extractives ils ont contribué à faire le nid des dictateurs qui adopteront la même logique en tenant compte dans ce cas de leur intérêt personnel. Ils démontrent ainsi l'impact de l'histoire sur les décisions et la situation actuelles. A cela s'ajoute l'effet non négligeable de la durée de la colonisation sur le développement des bonnes institutions. Grier (1999) a démontré en effet que les colonies qui ont été colonisées pendant longtemps avaient en moyenne des performances économiques plus intéressantes que celles des pays où la période coloniale a été plus courte. Il explique cette situation par le temps plus conséquent consacré à la formation des colonisés (indigents) lorsque la période de colonisation est longue. Il précise par la suite que le niveau d'instruction de la population pendant les indépendances peut influencer également la mise en œuvre de bonnes institutions. Lange (2004) s'est lui intéressé au mode d'administration durant la période coloniale. Il a pu démonter ainsi que le mode d'administration indirect des colonies à un impact fortement négatif sur les différents indicateurs de développement politique durant la période post-coloniale. Nunn (2008) quant à lui est remonté plus en arrière pour considérer la période de l'esclavage. Il a démontré que les pays qui ont eu un nombre élevé d'esclave exportés pendant cette période avaient un niveau du PIB/tête contemporain moins important. Tous ces travaux ont ainsi permis de démontrer que les différences dans les niveaux actuels de développement politique entre les anciennes colonies et au sein des anciennes colonies ont des racines historiques.

4.3. Origine légale

Pour ce critère, il s'agit de comparer deux types d'organisation politique à savoir les pays d'origine common law et ceux de droit civil. Le common law pourrait se définir comme un droit qui est construit de façon progressive par les décisions des juges et reconnu ensuite par le parlement. Au contraire, dans les systèmes juridiques alternatifs, le droit est produit par le législateur et le juge est ensuite chargé de son application. Cette organisation de l'adoption de la loi qui va de la base vers le sommet fait que le common law est considéré comme plus flexible et donc plus adaptable que dans les autres systèmes juridiques. Ce qui assure une meilleure qualité des institutions contrairement à l'organisation des pays de droit civil, germanique, scandinave et socialiste où le processus se déroule dans le sens inverse (du sommet vers le bas). La Porta et ses co-auteurs (1999) ont confirmé cette théorie de façon empirique en considérant les lois dans 49 pays (en développement et développés).

4.4. Le facteur idéologique et fragmentation des sociétés

Dans cette partie, il évoque l'impact des croyances des communautés sur la qualité des institutions mis en œuvre. Pour Weber (1958), les sociétés présentent des prédispositions à l'émergence de bonne ou de mauvaises institutions. Cela serait lié à des croyances qui sont d'ordre idéologiques et culturels. Il cite comme exemple, la croyance à une vie après la mort (paradis et l'enfer) qui pour lui peut motiver la recherche du bien ce qui peut favoriser la mise sur pied de bonnes institutions. La religion aurait donc un impact sur le type d'institutions mis en œuvre et sur le processus du changement institutionnel. En plus, de la religion il existe des sociétés avec des valeurs culturelles qui poussent à accorder facilement sa confiance aux étrangers. Ce qui favorise le vivre ensemble, la mise en avant de l'intérêt du collectif et peut déterminer la production des biens publics de même que la qualité des institutions. La Porta et al. (1999) en considérant 49 pays ont démontré que les pays à dits musulmans et catholiques ont une protection des droits de propriété faible par rapport aux pays de confession protestante. Les deux cultures communautaires et individualistes ont également fait l'objet de critiques et de comparaison. Pour ces auteurs, d'autres valeurs également comme l'individualisme favorise le développement des institutions. Ils expliquent cela par le fait que dans les sociétés collectives les interactions économiques et sociales se font souvent entre des groupes ayant des croyances culturelles communes. A contrario dans les sociétés individualistes les acteurs interagissent avec toute la collectivité (Greif, 1994).

Par fragmentation, nous sous entendons la répartition des communautés en sous-groupes caractérisés par l'appartenance à un groupe ethnique ou linguistique. En se référant toujours à l'organisation de la société d'autres critères ont été évoqués pour apprécier la qualité des institutions mais ils ne font pas l'unanimité comme la fragmentation des sociétés en ethnies. Si Mauro (1995) et La Porta et al. (1999) ont mis en évidence une corrélation négative entre la fragmentation ethnique et la qualité de la gouvernance, Collier (2001), lui n'a pas trouvé d'effet négatif de la fragmentation ethnique, sur les performances économiques ou sur la qualité des institutions.

4.5. Les facteurs économiques et politiques

Ces deux facteurs sont souvent cités parmi les facteurs clés qui influencent la qualité des institutions. Pour ce qui concerne le facteur politique, nous avons la démocratie qui est une institution. Elle est présentée comme l'institution qui permet un bon fonctionnement des autres institutions. Pour Rodrik et al. (2005), il s'agit d'une méta-institution dont le bon fonctionnement est indispensable à la réalisation des autres institutions. Dans les pays dotés d'une expérience de démocratie conséquente on assiste à l'éclosion ou à l'essor de bonnes institutions.

Concernant les facteurs économiques, il s'agit essentiellement des inégalités de revenu au sein de la population souvent mis en évidence dans la littérature. L'inégalité de revenu est en effet source de tension sociale voire de révolution au sein de la société. Cette instabilité politique peut freiner les investissements ce qui constitue un obstacle au développement économique. Cette assertion a été confirmée par Keefer et Knack (2002). Ils ont pu démontrer que dans les pays où l'inégalité sociale est marquée les droits de propriété privée sont moins bien protégés. D'autres auteurs comme Alesina (2003) et Chong, (2004) ont fait également le même constat. Une combinaison de ces facteurs économiques et politiques peut entrainer un effet négatif sur la qualité des institutions. A titre d'exemple, une inégalité de revenu peut réduire l'impact positif de la démocratie sur la mise en œuvre de bonnes institutions.

La qualité des institutions tient ainsi à plusieurs paramètres allant des paramètres historiques aux paramètres politico-économiques. La définition du concept « qualité » reste cependant difficile. Elle est supposée aller de soi. Soit parce que c'est connaissance commune (la démocratie, l'absence de corruption, etc.), soit parce que le modélisateur reprend la thèse des intérêts dominants (la protection des droits des investisseurs, la « bonne » gouvernance).

En considérant notre objet d'étude, nous pouvons affirmer que des données historiques, politique et même économique peuvent influencer la mise en œuvre de nouveaux mécanismes de financement de la santé. En effet, dans les pays à revenus faibles comme le Burkina Faso, les politiques de santé adoptées tiennent forcement compte des paramètres historiques (les politiques de santé antérieures, etc.), économiques (l'inégalité de revenues souvent importante entre les acteurs économiques peut entrainer le développement de mauvaises pratiques entravant la mise en œuvre des politiques de santé) et même politique (une situation politique instable, des institutions favorisant la corruption peuvent nuire également à la mise en œuvre des politiques de santé au profit de la population).

L'analyse de la théorie du changement institutionnel nous a permis de comprendre davantage la nécessité d'intégrer plusieurs approches pour comprendre la complexité dans le choix des mécanismes du financement de la santé dans un pays à ressources faibles ou intermédiaires comme le Burkina Faso. En effet, le financement de la santé comme souligné par l'OMS et ses partenaires constitue un élément majeur dans la course vers la couverture maladie universelle**.** Cette démarche adoptée nous a permis d'identifier des notions importantes qui vont nous permettre d'analyser la motivation des acteurs pour le maintien ou le changement d'une institution ainsi que les paramètres qui interviennent.

Le FBR dans notre cas est considéré comme une institution « formelle », une contrainte qui va régir les interactions entre les différents acteurs du système de santé. Ces différents éléments vont nous permettre de pouvoir analyser le choix opéré par le Burkina Faso et ses partenaires dans la mise en œuvre de « nouveaux » mécanismes de financement (et non le renforcement et le maintien de ceux préexistant) dans le cheminement vers la couverture santé universelle. Il s'agit dans ce cas de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats.

Ces différents éléments ainsi abordés vont nous permettre de construire un cadre d'analyse complétant ainsi le cadre théorique déjà mobilisé afin de mieux circonscrire notre travail de thèse. Nous avons ainsi essayé de façon synthétique de construire un cadre d'analyse basé sur le triptyque cause du changement institutionnel, mécanisme (procédure) du changement institutionnel et résultats (mécanisme d'évaluation) du changement institutionnel qui nous servira de base pour l'analyse du FBR au Burkina Faso plus précisément son introduction, sa mise en œuvre et son impact sur la mise en œuvre de la CSU.

5. Un cadre d'analyse pour mieux cerner la mise en œuvre du FBR

Nous considérons les institutions dans le sens de North (1990) comme un ensemble de règles ayant pour but de faciliter les interactions entre les acteurs. La finalité étant la recherche d'efficacité (économique, politique etc.). Le système de santé fait intervenir un ensemble d'acteurs (nationaux et internationaux) qui doivent se coordonner entre eux dans le but d'améliorer l'état de santé des populations bénéficiaires. Cette interaction est régie par des règles et des normes. Le système de santé au Burkina Faso à l'instars des autres pays de la sous-région à fait l'objet de nombreux changement depuis les indépendances aboutissant à la mise en œuvre du FBR. En considérant la définition de North (1990), nous pouvons affirmer que le FBR est une institution dans la mesure où il régule les interactions entre les différents acteurs à travers les contrats. Une approche par la théorie du changement institutionnel nous paraît de ce fait approprié pour mieux comprendre sa genèse, sa diffusion et ses resultats.

Cette section nous servira de cadre d'analyse global pour la thèse. Il s'articule autour du triptyque causes, mécanismes et résultats du changement institutionnel. Il s'agira ainsi à travers cette grille d'analyser le changement de paradigme opéré dans le mécanisme de financement du système de santé au Burkina Faso par la mise en œuvre de méthodes de financement basé sur les incitations financières comme le FBR et l'introduction de politiques de mise en œuvre de la couverture santé universelle. De façon pratique, il s'agit d'élaborer un cadre d'analyse pouvant nous aider à expliquer les raisons du changement, les mécanismes et les résultats de ce dernier tout en faisant ressortir la relation entre le FBR et la CSU.

5.1. Les causes et les processus du changement institutionnel

Il s'agit pour nous de chercher à comprendre pourquoi une institution (le FBR dans notre cas) peut être induite et comment cela s'opère.

5.1.1. Les causes du changement institutionnel

Les théories du changement institutionnel mobilisées dans le chapitre précédent abordent les causes du changement institutionnel. Pour l'approche évolutionniste par exemple, le changement institutionnel serait lié à une variation des facteurs exogènes. Cette variation entrainant un mécanisme d'adaptation de l'institution existante. Pour Lidecap (2000), les accords politiques signés dans le passé peuvent impacter le changement institutionnel entrepris

en créant le cadre qui permet de répondre aux modifications des facteurs exogènes et endogènes. Il accorde de ce fait une place importante à l'histoire dans la vie des institutions pour expliquer les causes des changements introduits. Ostrom (2005), en plus des facteurs exogènes accordait une importance non négligeable aux facteurs endogènes dans la mise en route du processus de changement institutionnel. Pour elle, la possibilité qu'une modification de facteurs exogènes conduise au changement dépend de plusieurs paramètres endogènes dont la distribution des bénéfices à la fois dans le système existant et dans le nouveau système proposé et la capacité des groupes qui s'attendent à être perdants de le bloquer. Sans rentrer en détail, ces auteurs soulignaient le rôle de l'environnement extérieur et surtout des acteurs spécifiques qui selon leurs intérêts vont initier ou s'opposer au changement. Pour cela, nous allons compléter notre approche en adoptant l'approche sociologique des institutions.

« *L'approche sociologique des institutions les aborde de manière pluraliste et multiscalaire comme des dispositifs fondamentalement politiques soumis à des tensions et une pluralité normative* » (Bonny et Demailly, 2012). Elle nous semble alors appropriée pour analyser les causes du changement institutionnel. Cette approche offre l'avantage de concevoir les raisons du changement institutionnel de manière endogènes et/ou exogènes. Elle permet en outre de concevoir la stabilité dont fait preuve les relations sociales et le sens de l'action que produisent les institutions dans une perspective non fonctionnaliste comme rapporté par Bonny et Demailly (2012). Autrement dit, il serait insuffisant de penser que la pérennité des institutions tire son origine dans leurs conséquences uniquement. Il faut également se référer à leur genèse de même qu'a leur présent politique et controversé pour mieux comprendre la stabilité de ces institutions et les changements dont ils font l'objet. La prise en compte de cette composante politique constitue à nos yeux l'un des fondements de sa pluralité normative et aussi de son changement.

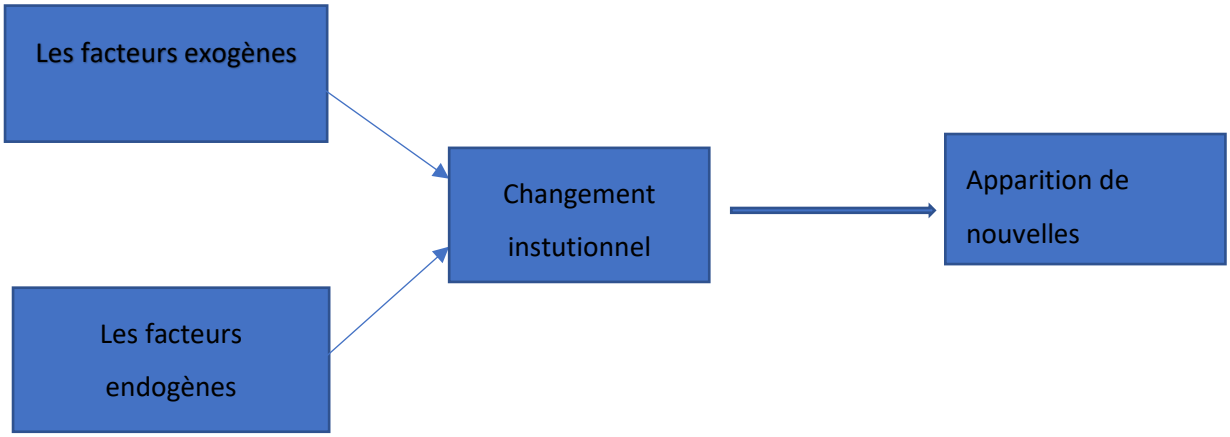
« *Au début, le changement institutionnel était analysé comme un moyen de diffusion de modèles ou de pratiques par diverses organisations ou structures locales étatiques ou même transnationales. Il s'agit d'un canal de transmission des habitudes et pratiques. Ce mécanisme de « mimétisme » pouvant être normatif ou parfois coercitifs peut être à la base d'un certain « isomorphisme » au sein d'une même institution privilégiant parfois la reproduction des institutions à la recherche « rationnelle » de l'efficacité* » (Di Maggio et Powell, 1983)**.** Meyer et al. (1997) expliquaient cette situation de mimétisme des évolutions de secteurs institutionnels entiers à l'échelle internationale par la recherche d'une certaine légitimité et de conduites « appropriées » (Meyer et al., 1997).

De nombreuses approches vont être proposées pour expliquer les causes du changement. Scott (1995), lui considérait le changement institutionnel comme la conséquence d'un changement de l'environnement (c'est-à-dire l'économie, la technologie, la politique ou la culture) ou des autres champs institutionnels (Scott, 1995). Pour l'institutionnalisme historique, le changement est plutôt progressif et est le fruit de plusieurs interactions graduelles qui ne sont pas forcément de nature marginale mais ne s'opère pas suite à des « virages » ou des « tournants ». En ce qui nous concerne, nous allons retenir le modèle du « punctuated equilibrium ». Dans ce modèle on considère que les institutions maintiennent pendant un long moment une forme de permanence ou d'équilibre avec des changements mineurs (qui ne les affectent pas suffisamment) avant de connaître de profonds changements lors d'un virage décisif. Ce modèle accorde une place importante aux facteurs externes et internes dans la survenue du changement. « Ces changements trouvent leur origine dans la dynamique interne et la nature politique de la genèse et du fonctionnement des institutions, en lien ou non avec des dynamiques externes » (Streeck et Thelen, 2005).

Cette approche dans l'analyse du changement convient à notre objet d'étude. Elle nous permet de faire le lien entre le changement de l'environnement « politique » extérieur avec l'introduction de ces nouvelles méthodes de financement de la santé basées sur les incitations financières au Burkina Faso et la mise en œuvre d'une CSU. Nous pouvons faire un rapprochement entre le changement de l'agenda « politique international » passant des OMD aux ODD d'une part (avec la CSU comme cible pour 2030) et de l'orientation de l'aide publique au développement qui est passée du financement input vers le financement axé sur les résultats suivant ainsi un changement idéologique qui fait la part belle au courant néolibéral. L'objectif du développement durable en rapport avec la santé consiste à donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges. Pour ce faire, l'OMS et ses partenaires ont fait de la mise en œuvre d'une couverture santé universelle un objectif spécifique et de la mise en œuvre des méthodes de financement incitative (dans une perspective de New public management) un préalable pour l'atteinte de cet objectif. Soulignant de ce fait le rôle majeur des facteurs exogènes dans le changement introduit dans la politique de santé au Burkina Faso.

De façon schématique, les causes du changement institutionnel peuvent être présentées comme suit :

Schéma 5: une représentation des causes du changement institutionnel



Source : auteur

Par la suite le rôle des facteurs exogènes sera analysé de façon plus fine et la représentation plus complexifiée. En effet, la sociologie institutionnelle va s'intéresser à l'analyse de ces facteurs exogènes (la genèse, les mécanismes de transmission de ces facteurs, etc.) mettant ainsi un accent sur la contribution de divers acteurs qualifiés « d'entrepreneurs institutionnels » qui peuvent intervenir en modulant ou en introduisant des changements dans les scripts cognitifs ou les règles qui proviennent de l'extérieur. Pour Fligstein (1997), l'impact des changements auxquels sont soumis les institutions est fonction de la manière dont les « entrepreneurs internes » se les approprient (Fligstein, 1997). Cette relation entre les entrepreneurs dits internes et ceux dits externes s'inscrit dans un rapport de pouvoir auquel l'institutionnalisme sociologique s'intéressera de même qu'au travail institutionnel que ces acteurs mènent (Lawrence, Suddaby et Leca, 2009). Au-delà des entrepreneurs institutionnels qui sont des acteurs clés impliqués dans cette relation de pouvoir, il faut élargir le concept en montrant l'impact des réseaux d'acteur en empruntant la définition de Callon (2006). Ce cadre ainsi constitué nous permet de mieux appréhender les « causes » du changement opéré dans le financement de la santé au Burkina Faso (introduction du FBR et de la CSU dans) et d'analyser le rapport entre les acteurs impliqués dans sa mise en œuvre. Il s'agit d'un cadre pour analyser le rapport de pouvoir entre l'État burkinabè représenté par le ministère de la santé, les

partenaires techniques et financiers constitué en réseau et les acteurs de terrain (prestataires de soins et les patients).

5.1.2. Les mécanismes du changement institutionnel

Plusieurs processus ont été décrits pour expliquer le changement institutionnel appartenant parfois à des courants différents. Dans cette section nous ne reviendrons pas sur les différents processus détaillés dans la précédente section. Nous retenons l'approche du changement institutionnel par un processus politique qui nous semble adaptée pour mieux comprendre l'introduction du FBR au Burkina Faso.

Cette approche considère le changement institutionnel comme le fruit de choix délibéré à travers un processus politique. Dans ce cas de figure, les institutions sont définies et mises en œuvre de façon volontaire, par des individus ou des groupes d'individus qui interagissent à travers des choix collectifs ou des processus politiques. Ils négocient, font pression, votent où se font concurrence pour mettre en place et faire appliquer des changements institutionnels. Dans cette logique, la mise en œuvre d'institutions nouvelles dépend finalement de la façon dont les décideurs perçoivent les effets probables d'un changement de règles. Si les décideurs jugent que le changement proposé est à la leur faveur, ils seront aptes à accepter et à déclencher le changement, par contre s'ils jugent que le changement introduit peut nuire à leurs avantages ils seront réfractaires au changement. Lidecap (2000) en s'intéressant à l'analyse des droits de propriété postule que différentes configurations des droits de propriété entrainent des conséquences distributives différentes et les individus (ou des groupes) s'engagent dans des actions politiques ou des négociations dans le but de changer les règles en leur faveur. Il qualifie cette situation de « contractualisation ».

Cette approche nous semble la mieux approprier pour analyser l'introduction du FBR au Burkina Faso dans la quête de la CSU. La mise en œuvre du FBR comme de la CSU faisant intervenir des acteurs différents (État, partenaires techniques et financiers et les bénéficiaires pouvant être la population ou les saignants) avec parfois des intérêts différents. La mise en œuvre d'une politique impliquant tous les acteurs peut être le fruit d'un consensus ou l'œuvre des « décideurs ». Au Burina Faso on a assisté ainsi à la mise en œuvre de programmes de santé ayant le même objectif par des acteurs différents. Streeck et Thelen (2005), selon les causes du changement (endogène ou exogène) ou les types de transformation graduelle distinguent respectivement quatre et cinq types. Nous concernant, nous allons considérer deux éventualités.

Premièrement, il peut y avoir une conversion ou une réorientation progressive d'institutions existantes vers de nouveaux mandats, objectifs et fonctions. Cela se produit souvent quand le rapport de force entre les acteurs change. Ceux qui étaient ainsi brimés par l'institution existante chercheront à la modifier à leur faveur dès qu'ils auront les moyens de le faire. Dans ce cas de figure, il va s'agir d'une réinterprétation et une réorientation (interne) des buts de l'institution par les acteurs. Les acteurs initialement brimés par le choix de départ vont ainsi chercher à le changer en le réorientant vers d'autres finalités. Pour ce faire, les acteurs peuvent avoir recours à des conflits et des controverses politiques qui sont facilités souvent par l'écart qui peut exister entre la conception de l'institution au départ et sa mise en œuvre effective. On parle dans cette situation de changement institutionnel « endogène ».

Le deuxième cas de figure est la stratégie de « l'empilement » ou encore (layering) en anglais. Elle consiste à joindre à un dispositif institutionnel existant des règles nouvelles de façon à ce qu'elles impactent progressivement la manière dont les anciennes règles structurent ou régulent les conduites (Streeck et Thelen, 2005). Cette stratégie nous semble la plus appropriée pour mieux comprendre la stratégie adoptée dans la mise en œuvre du FBR**.**

Au Burkina Faso, l'introduction du FBR s'est faite sans un changement important de l'organisation pratique du mécanisme de paiement des agents de santé. Le mode de paiement était toujours le salariat et le système de primes d'encouragement et de motivation était toujours maintenu. Le FBR était vu comme un mécanisme de financement supplémentaire par les agents de santé et avait pour but d'impacter l'organisation du travail et induire progressivement un changement dans le mécanisme de distribution de primes préexistant. Ces concepteurs le présentait comme une reforme structurante du système de santé. Il devait ainsi impacter l'organisation du système de santé.

L'existence d'une institution nouvelle ne saurait s'expliquer uniquement par un rapport de pouvoir entre les acteurs (ceux qui ont le pouvoir mettent en œuvre des institutions à leur faveur). Cela reviendra à méconnaitre la coexistence d'opinions diverses voire même la différence d'interprétation ou de conception des différents acteurs. L'économie des conventions nous offre ce cadre qui permettra de compléter notre cadre d'analyse.

5.2. L'apport de l'économie des conventions

La convention pourrait se définir comme une forme d'accord non explicite. Elle régit le comportement que les individus doivent adopter sans avoir la forme d'un règlement écrit objectif auquel on peut toujours se référer. Une règle conventionnelle peut néanmoins être décrite par une ou plusieurs phrases. Elle n'est donc pas uniquement implicite (Batifoulier, De Larquier, 2001). Elle peut être considérée comme des cadres interprétatifs mis en œuvre et utilisés par des acteurs eux même pouvant servir afin à évaluer des situations d'action et à leur coordination. Le champ de l'économie des conventions est assez vaste et dans cette section nous n'avons pas la prétention de l'aborder dans sa globalité. Nous allons nous intéresser uniquement à un volet des conventions qui nous semble important pour compléter notre cadre conceptuel choisi : la pluralité des conventions. Nous nous sommes inspirés de la démarche adoptée par Victor Duchesne dans ses travaux de recherche (Duchesne, 2021).

Du fait qu'il existe une pluralité de conventions, l'action de coordination ne pourrait être réduite à la recherche de consensus. À partir de différentes conventions qui lient les membres d'un collectif à un moment donné ils peuvent avoir des avis différents. La relation entre le concept de conventions et celui des institutions se manifeste à deux niveaux. Dans un premier temps, les conventions peuvent être considérées comme des institutions dans le sens où elles coordonnent l'action. Dans un second temps, elles peuvent être considérées comme différentes des institutions mais relativement complémentaire. Si on considère les institutions au sens de North (1990), comme des règles alors les conventions ne sont pas des institutions car du point de vue de l'économie des conventions, les règles (et aussi les contrats) sont considérées comme incomplets (Eymard-Duvernay et al. 2010). Les acteurs doivent interpréter les règles et recourir aux conventions pour faire avec les institutions.

Nous concernant, les différentes parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du FBR et la CSU au niveau du Burkina Faso (ministère de la santé, la Banque mondiale, la cellule technique FBR, les consultants, les ONG, les agences de contractualisation et centres de recherche) peuvent aussi avoir des conceptions différentes et notre analyse se portera davantage sur cette pluralité de visions. Pour Duchesne (2021), dans un cadre conventionnel il peut avoir des conflits dans la représentation collective. Pour représenter ce volet, il s'appuie sur le concept d'idéologie. Nous considérons les idéologies comme un ensemble de croyances individuelles et générales qui justifient et légitiment une action ou une position. Il peut exister une idéologie qui domine les autres mais il n'existe pas une seule façon de voir le monde et l'idéologie considérée comme dominante peut elle-même être soumise à des critiques pouvant être internes

ou externes. Cette association entre convention et idéologie permet de prendre en compte la double représentation des conventions pouvant être à la fois des ressources qui servent pour des justifications générales et des justifications individuelles (en termes de raisons personnelles d'engagement). La conception qu'ont les différents intervenants sur la relation FBR et CSU dans le contexte du Burkina Faso peut s'expliquer par cette double approche conventionniste et idéologique. Il existe en effet plusieurs acteurs (L'Etat, les PTF, les experts, etc.) qui interviennent dans ces politiques avec des intérêts, des idéologies et des interprétations différentes. La conception du FBR et son rôle dans la mise en œuvre de la CSU peuvent être diversement appréciés par les acteurs d'où l'intérêt d'avoir les diverses visions pour mieux comprendre ce qui nous semble se présenter comme une discordance entre les propos et les faits.

6. Evaluation du changement institutionnel

Parlons plutôt d'évaluation à la place de résultat du changement institutionnel. Il s'agira en effet dans cette thèse d'évaluer l'apport pratique de cette nouvelle mesure dans la mise en œuvre d'une CSU en nous inspirant d'indicateurs que nous allons choisir à la lumière de la revue de la littérature théorique et empirique. Cette sous-section nous servira donc de base pour conduire la phase pratique de notre travail de recherche.

6.1. L'évaluation en santé

Selon le dictionnaire français Larousse évaluer revêt deux définitions possibles. Premièrement il s'agit de déterminer, fixer, apprécier la valeur, le prix de quelque chose, d'un bien, etc. Secondairement il s'agit de déterminer approximativement la durée, la quantité, le nombre, l'importance de quelque chose. Cette deuxième définition bien que se rapprochant le plus de la conception que nous avons de l'évaluation reste d'ordre générale. Elle souligne néanmoins la nécessité de définir des critères qui vont servir de base pour apprécier un événement que nous souhaitons évaluer. Dans le secteur de la santé, nous adopterons plutôt le concept d'évaluation en santé. Pour l'OMS (1981), l'évaluation est un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Elle doit être par conséquent un processus suivi visant à rendre les activités sanitaires les plus pertinentes, plus efficientes et plus efficaces.

L’agence nationale (française) pour le développement de l’évaluation médicale (recommandations 1995) considère l’évaluation comme un processus d’analyse quantitative et/ou qualitative qui consiste à apprécier soit le déroulement d’une action ou d’un programme, soit à mesurer leurs effets (c’est-à-dire, les effets spécifiques et les conséquences ou l’impact). Elle précise que toutes les démarches d’évaluation sont des démarches d’observation et de comparaison. La comparaison s’établissant entre des données recueillies et un référentiel. Le référentiel d’évaluation pouvant provenir de sources variées. Il peut s’agir d’un objectif de santé déterminé par la littérature, soit un critère construit de façon pragmatique en fonction de certaines situations, à partir d’avis d’experts, par exemple. Ce guide définit de façon schématique trois types d’évaluation à savoir :

- Les évaluations strictement comparatives de type “avant/après” ou “ici/ailleurs” ;
- Les évaluations analytiques qui recherchent des causes de dysfonctionnement ou de changement ;
- Les évaluations dynamiques de type “rétroaction” qui modifient l’action en cours au fur et à mesure de son déroulement.

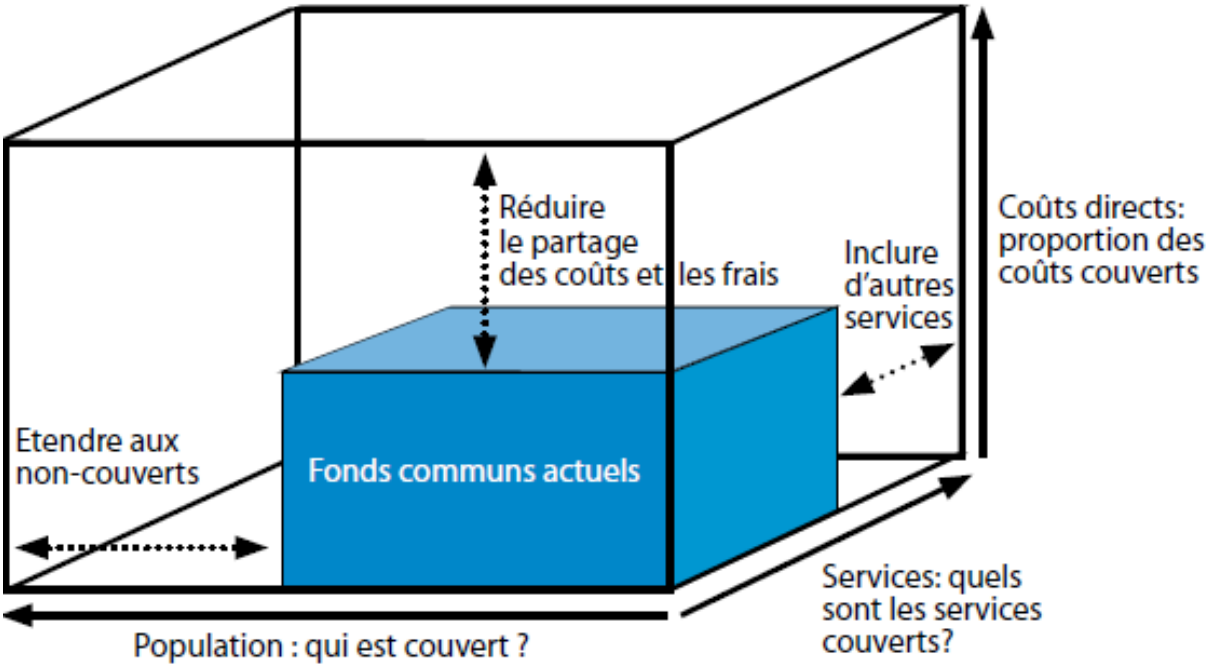
L’évaluation en santé peut avoir des fonctions diverses et variées. Elles peuvent être politique, économique, scientifique ou pédagogique. Cette diversité se retrouve également dans la nature des objets qui sont évalués. Il peut s’agir de ressources, de processus, de résultats, d’effets, etc.). L’évaluation en soit n’est pas une discipline isolée, elle peut selon le choix du sujet faire appel à des domaines très variés allant de l’économie à l’épidémiologie en passant par la sociologie. Elle va de ce fait s’inspirer des méthodes souvent déjà connues utilisées dans ces différentes disciplines. Classiquement, l’évaluation adopte deux types d’approche différente. Il s’agit des évaluations quantitatives et des évaluations qualitatives. Si la première approche est relativement plus simple à mettre en œuvre, la deuxième reste complexe à faire. En santé publique, on distingue l’'évaluation pragmatique qui cherche à vérifier, sur le terrain, les performances obtenues par l'application de méthodes d'intervention et la recherche évaluative qui cherche à démontrer scientifiquement l'efficacité de certaines méthodes d'intervention avant leur application et leur généralisation.

6.2. La relation entre le FBR et la CSU

La CSU comme nous l'avons défini, correspond à une situation dans laquelle *toutes les personnes et toutes les communautés* bénéficient des services de santé *dont elles ont besoin* sans se heurter à des difficultés financières. Elle englobe la gamme complète des services de santé essentiels de qualité, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs » (OMS, 2015). Le concept de CSU bien que compris par les acteurs reste difficile à circonscrire. Il comprend les mécanismes de mobilisation des ressources, de mise en commun des ressources, d'achat des services et se base sur un système de santé efficace. Un système de santé efficace adopte les six piliers fondamentaux à savoir une bonne gouvernance, des structures de financement justes et durables, un personnel de santé disponible et accessible en nombre suffisant, des systèmes solides d'achat et d'approvisionnement en médicaments et technologies de santé, un bon fonctionnement des systèmes d'information sanitaire mais également l'amélioration de l'organisation, de la gestion et de la qualité des services de santé.

La mise en œuvre de la CSU doit permettre de couvrir une frange plus importante de la population contre le risque maladie, de prendre en charge un plus grand nombre de maladies et de réduire de ce fait le reste à charge. Ces trois dimensions sont représentées dans la figure suivante :

Schéma 6: illustration des trois aspects de la couverture santé universelle



Source : OMS (2015)

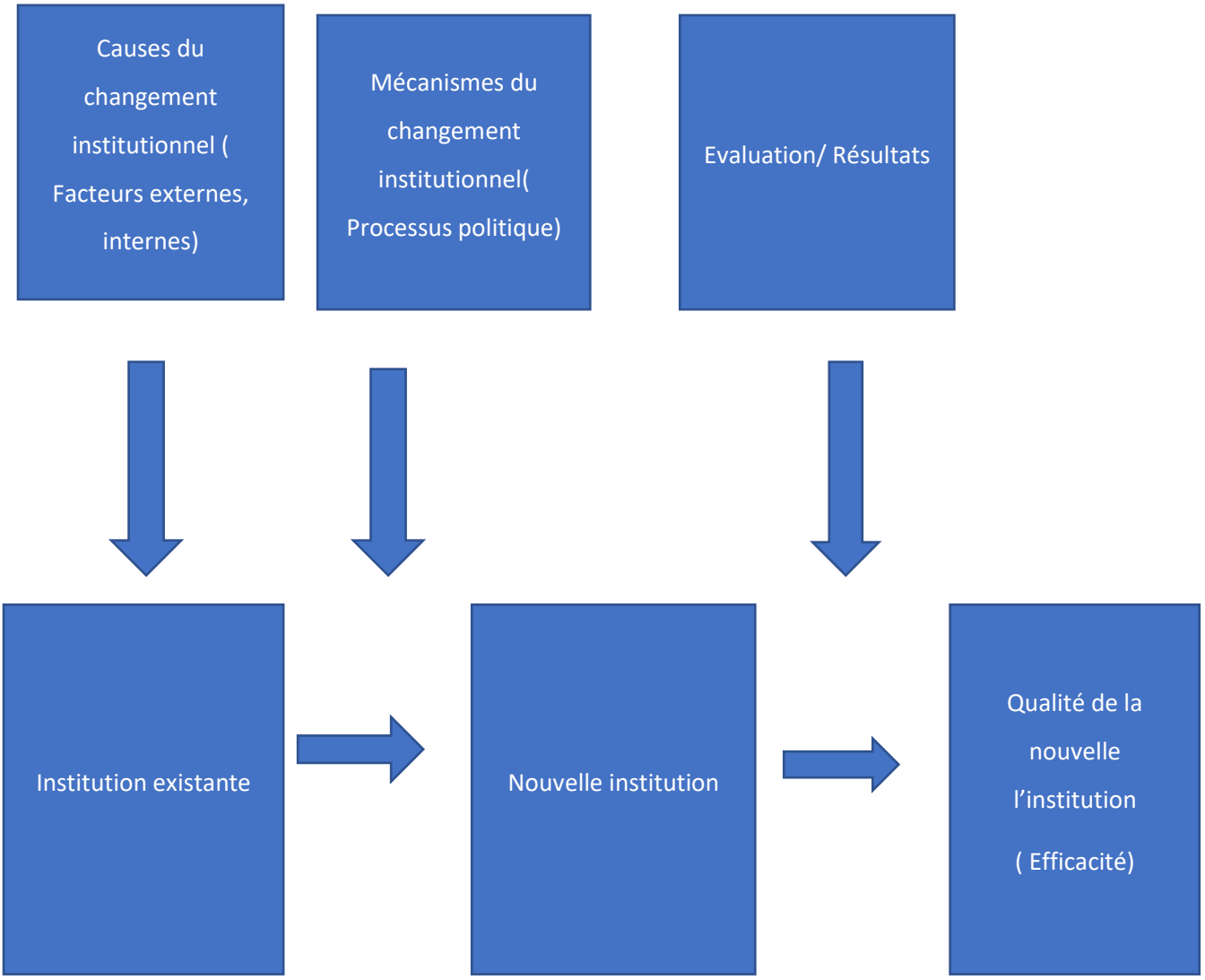
La CSU doit permettre à la population de pouvoir bénéficier de soins de qualité, dans des structures de santé respectant les normes par du personnel qualifié sans que le paiement ne soit un obstacle. Il faut donc définir les bénéficiaires (qui est couvert ?), Le type de soins couverts et le seuil. Elle constitue ainsi à la fois un puissant moyen d'accès aux soins et de réduction des inégalités en santé. En effet, la CSU a pour but de protéger les populations contre les risques de dépenses catastrophiques en santé tout en les procurant des soins de qualité. En Octobre 2019, la 74ème assemblée générale des nations unies a abouti à la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la CSU (ONU, 2019). Si l'importance et l'urgence de la mise en œuvre d'une CSU ont été rappelées, le retard dans sa mise en œuvre pour l'objectif 2030 a été également évoqué incitant les acteurs concernés à plus d'effort**.** L'objectif du pays est d'être au rendez-vous des ODD (3) 2030 en rapport avec la santé et la CSU constitue un axe majeur de l'ODD 3.

La motivation étant identifié comme le nœud du problème du système de santé, le paiement de primes supplémentaires à travers le FBR va booster la motivation des travailleurs et ces derniers vont offrir (i) plus de services de qualité (offre de soins) pour pouvoir bénéficier de ces primes, (ii), remplir et transmettre de façon complète les informations au système de système (système

d'information sanitaire), (iii) accueillir et donner les soins nécessaires aux personnes indigentes (équité), (iv) accorder plus d'autonomie aux centres de santé qui pourront payer ce dont ils ont besoin, (vii) séparer les fonctions d'achat et de gestion (plus de transparence), (viii) contrôler l'action des centres de santé (système de vérification/ contrôle des soins dispensés), encourager les réunions collectifs dans le cadre de la gestion des centres de santé (bonne gouvernance). En somme, le FBR va améliorer le système de santé en jouant sur ces différents éléments qui sont nécessaires pour la mise en œuvre de la couverture santé universelle. Le FBR devrait identifier des prestataires partenaires, définir les paniers de soins, contractualiser avec les prestataires, payer pour les actes réalisés et prendre en charge gratuitement les indigents. Il s'agit donc de la mise en œuvre de mécanisme efficace d'achat des soins et de protection sociale. On en déduit que le FBR devait servir de catalyseur pour améliorer le système de santé dans le but d'atteindre la CSU. Les acquis du FBR doivent aider le pays dans sa course vers la CSU.

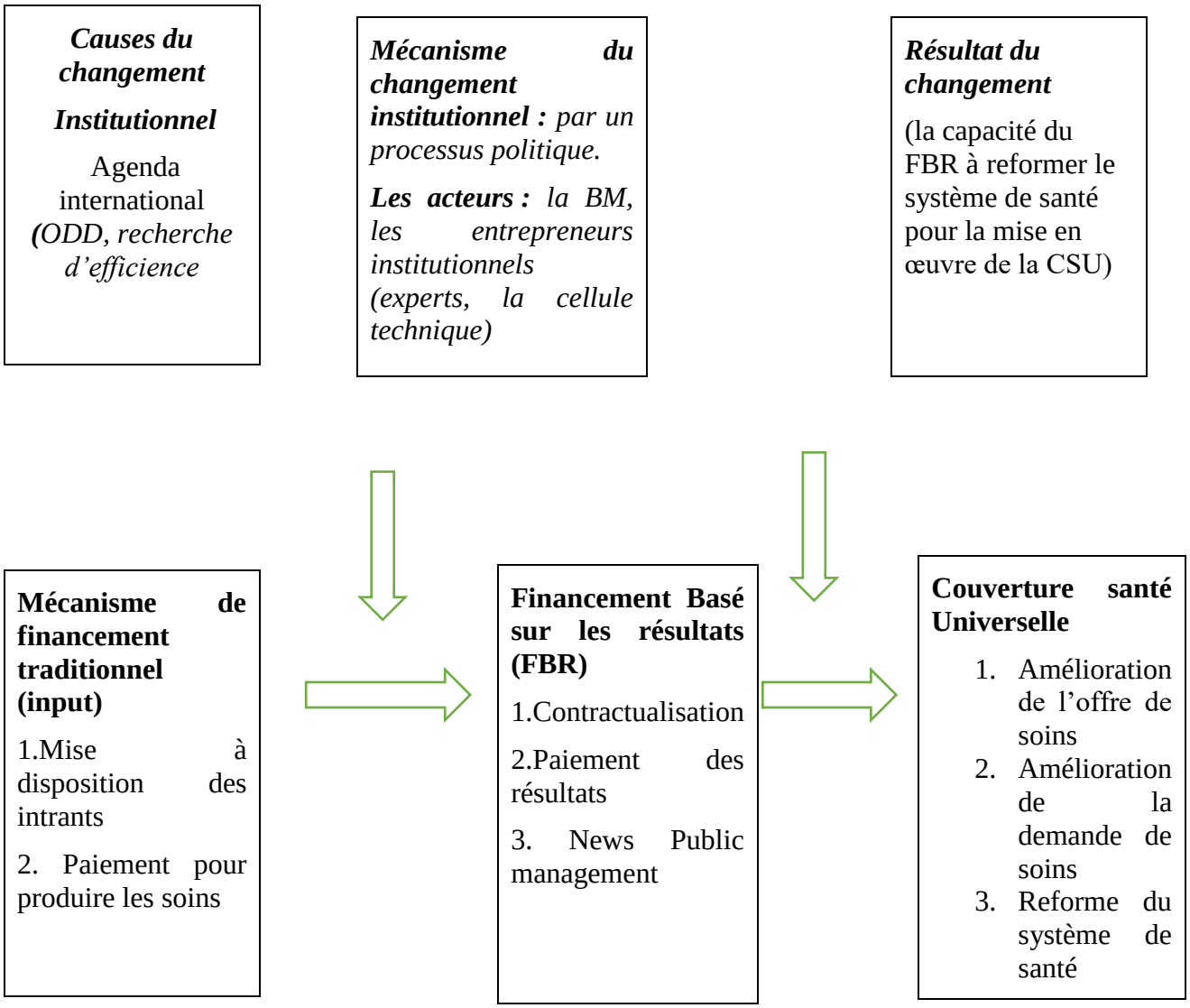
En résumé l'interaction entre les différents concepts de notre cadre d'analyse se résume de la manière suivante :

Schéma 7 : La représentation du cadre conceptuel



Ce schéma résume les différents concepts abordés dans le cadre conceptuel. Il s'agit des causes, des mécanismes et des résultats du changement institutionnel. Il ressort qu'une institution existante soumise à des facteurs (externes et ou internes) peut changer pour une nouvelle institution. Ce processus de changement pour ce qui nous concerne se fait par un processus politique. La finalité est la mise en œuvre d'une institution plus efficace. Pour apprécier l'efficacité de la nouvelle institution par rapport à celle existante on procède à une évaluation afin d'apprécier les resultats. Dans le cadre du FBR qui fait l'objet de notre étude, cela se présente de la manière suivante :

Schéma 8: L'adaptation du cadre conceptuel au FBR



Ce schéma est l'illustration pratique de notre cadre conceptuel. Pour le cas du FBR qui fait l'objet de notre étude, il nous permet de comprendre que la modification de l'agenda international avec le FBR comme moyen efficace de financement promu par la Banque mondiale et ces partenaires dans plusieurs pays a contribué à la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso. Les rapports de la Banque mondiale ont effectivement mis en avant sa capacité à reformer les systèmes de santé des pays bénéficiaires (BM, 2014). Pour sa mise en œuvre, la Banque mondiale va s'appuyer sur des acteurs qui ont des intérêts convergents. Il s'agit d'un mécanisme de changement par un processus politique. Le FBR devait permettre de mettre le

pays sur les rails de la CSU. L'évaluation que nous avons menée auprès des acteurs clés du FBR et du système de santé va nous permettre de pouvoir répondre à cette question.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis de mobiliser les théories nécessaires pour mieux comprendre le changement institutionnel. Si les institutions ont fait l'objet d'études en économie et dans plusieurs autres disciplines, il n'existe pas de consensus sur sa définition. Cette diversité d'approche apparait également dans l'étude des mécanismes du changement institutionnel. Pour ce qui est des causes, le changement institutionnel serait lié à une variation de facteurs externes et ou internes aux institutions. Le changement institutionnel peut se produire de plusieurs façons. Nous avons mis l'accent essentiellement sur les deux mécanismes. L'approche évolutionniste considère le changement institutionnel comme le fruit d'une évolution lente dans le temps. Les institutions qui vont survivre vont se transmettre. Il serait dans ce cas le fruit de choix non coordonnés.

L'approche du changement institutionnel par un processus politique considère le changement institutionnel comme le fruit d'un choix coordonné d'un ou d'un groupe d'acteurs. Ces derniers feront pression pour mettre en œuvre les institutions qui sont en leur faveur. Sa mise en œuvre passe par des acteurs que sont les entrepreneurs institutionnels. Ils sont chargés de la conception et ou de la diffusion dans les pays bénéficiaires. Nous avons utilisé l'expression « processus politique » pour désigner un changement qui est le fruit d'un conflit entre les acteurs qui détiennent le pouvoir. Ces différentes théories ainsi mobilisées nous ont permis ensuite de construire un cadre d'analyse autour du triptyque causes, mécanismes et résultats du changement institutionnel. Ce cadre d'analyse ainsi constitué va nous permettre de mieux cerner les causes de l'introduction du FBR, le mécanisme adopté pour sa mise en œuvre et éventuellement son apport au pays dans sa course à la CSU.

Nous considérons le FBR comme une institution et sa mise en œuvre au Burkina Faso comme le résultat d'un changement institutionnel. Si plusieurs théories ont tenté d'expliquer les mécanismes du changement institutionnel, pour notre sujet de thèse, c'est l'approche du changement institutionnel par un processus politique qui nous semble la plus pertinente pour expliquer la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso.

Les resultats du changement institutionnel vont nous permettre d'apprécier si le changement a été bénéfique ou non. Il s'agira dans notre cas d'adopter des méthodes d'évaluation pour apprécier l'apport du changement institutionnel dans la course du pays vers la CSU. Ce cadre

d’analyse servira de guide pour la phase de terrain. Il sera le cadre d’analyse des resultats des entretiens de la phase empirique.

Troisième partie : comprendre l’introduction du FBR et son apport à la mise en œuvre d’une CSU au Burkina Faso : une approche qualitative

Introduction de la troisième partie

L'évaluation des politiques et des programmes en santé reste en réalité un domaine complexe. Il existe plusieurs méthodologies décrites dans la littérature mais sont toutes aussi critiquables. Si pour les statisticiens il existe des méthodes rigoureuses sur le plan scientifique, l'évaluation en soi comprend plusieurs aspects témoignant donc de sa complexité. D'abord le choix des indicateurs et la source. Qu'est-ce que nous évaluons ? La pertinence des indicateurs reste un aspect complexe de l'évaluation. Il est difficile de faire unanimité entre les différentes parties prenantes dans le choix des indicateurs. À cela s'ajoute la source des données qui dans certains pays pose un réel problème d'exhaustivité ou de fiabilité. Ensuite, les conditions de mise en œuvre peuvent parfois impacter le programme rendant difficile son évaluation. À titre d'exemple, si dans la mise en œuvre du FBR à cause des problèmes sécuritaires les populations ne se rendent plus au centre de santé, la part de la baisse (ou la non augmentation) de la fréquentation liée au FBR pourrait être difficile à évaluer avec précision. Enfin, il y a la question des intérêts des différents acteurs impliqués dans le processus d'évaluation. Les objectifs peuvent ne pas être les mêmes au moment de l'évaluation, chacun cherchant à mettre en valeur les résultats de l'intervention qui peuvent être en sa faveur.

Pour ce qui nous concerne, le FBR au Burkina Faso avait déjà fait l'objet de plusieurs évaluations qu'elles soient indépendantes ou sous la supervision du bailleur (enquête nationale FBR conduite par le centre Muraz, l'université d'Heidelberg et financée par la Banque mondiale). Les évaluations ont porté sur les indicateurs de santé et la qualité des soins (la qualité technique et la qualité perçue). Très peu d'étude ont porté sur la conception et la diffusion du FBR au Burkina Faso. Nous avons choisi dans cette partie de conduire une évaluation pratique.

Notre évaluation garde sa particularité car elle prend en compte la conception, la diffusion et les resultats du FBR. En plus, nous ne considérons pas uniquement l'impact du dispositif sur les indicateurs de santé (pourcentage d'utilisation du planning familial par exemple) mais aussi sa capacité à améliorer durablement les aspects du système de santé, de l'organisation des soins dans une perspective de couverture santé universelle. Il s'agira de voir également si les acquis du FBR ont servi pour la mise en œuvre des différents programmes dans la course vers la CSU.

Enfin, nous avons opté pour une approche qualitative et avons décidé d'analyser le regard que porte les différents acteurs sur la conception, la mise en œuvre et l'apport du FBR au système de santé. Cette diversité d'acteurs (en prenant en compte les acteurs qui ont participé à sa conception, sa diffusion, sa mise en œuvre, son évaluation, des acteurs clés du système de santé

et des acteurs indépendants qui ont une connaissance du programme) et de points de vue contribue ainsi à enrichir notre évaluation.

Cette partie se donne pour objectif de présenter en détail la méthode adoptée pour la phase empirique et de présenter les résultats ainsi obtenus en se basant sur le cadre conceptuel et le guide d'entretien élaborés grâce à la revue de la littérature théorique et empirique de la partie précédente. Elle sera également le lieu pour formuler des recommandations. **Le chapitre 5** décrit la méthodologie choisie, l'échantillon et les résultats obtenus à l'issue de ces différents entretiens que nous avons menés sur le terrain**.** Ces résultats feront ensuite l'objet de discussion**. Le chapitre 6** présente à son tour les recommandations formulées afin de corriger les difficultés rencontrées. Elles s'appuient sur les résultats obtenus à l'issu de la phase empirique mais aussi de la synthèse de la littérature sur le FBR.

Chapitre 5 : apport du FBR dans la mise en œuvre de la CSU au Burkina Faso : enquête qualitative auprès des acteurs clés.

Dans ce chapitre il sera question de présenter la phase empirique de la thèse. Pour ce faire, nous allons suivre un plan en trois étapes. Nous allons d'abord présenter la méthodologie adoptée pour la collecte des données auprès des acteurs clés du système de santé et du FBR au Burkina Faso de même que la stratégie utilisée pour le traitement de ces données. Nous présenterons ensuite les résultats obtenus de façon thématique en nous inspirant du cadre conceptuel construit dans le chapitre précédent. Pour terminer, nous allons discuter les résultats que nous avons obtenus tout en soulignant les limites de la méthodologie choisie.

1. Méthodologie

L'objectif de cette étude est de chercher à comprendre le mode d'introduction du FBR au Burkina-Faso et son apport dans la mise en œuvre de la CSU dans un des pays à revenus faibles et intermédiaires. Nous avons opté pour une étude qualitative. Plus précisément, une étude approfondie du cas du Burkina Faso que nous avons choisi pour diverses raisons. D'abord le pays a mis en œuvre la politique de FBR avant les autres politiques de santé ayant en commun la CSU. Il s'agit de la gratuité des soins, le RAMU de même que l'achat stratégique dont la phase pilote est en cours. Il était pertinent de pouvoir évaluer l'apport du FBR et son inter action avec les autres politiques. Ensuite le FBR mis en œuvre dans sa forme originale a pris fin en 2018. Ce qui nous permet d'avoir une analyse de tout le processus de mise en œuvre. Enfin, en tant qu'acteur du système de santé au Burkina Faso nous avons une connaissance approfondie du système de santé. L'étude de cas nous semble pertinent puisque l'intervention évaluée est un phénomène ancré dans un contexte réel et spécifique (un programme mis en œuvre au Burkina Faso par différents acteurs). Pour la méthodologie de collecte des données, nous avons opté pour une approche holistique, à travers l'analyse de l'expérience vécue, des défis ou des impacts sur les différentes parties prenantes. En effet, divers acteurs (nationaux et internationaux) clés du système de santé qui ont intervenu dans la mise en œuvre ont été inclus. Il s'est agi d'un entretien individuel semi-directif. Il était question de tenir compte de la diversité d'opinion des différents acteurs. À cela s'ajoute une analyse approfondie des différents rapports sur le FBR et tous les autres documents officiels en rapport avec sa mise en œuvre. La présentation des résultats se fera de façon thématique en tenant compte du cadre conceptuel.

1.1. Collecte et traitement des données

Pour cette étude nous avons interviewé des acteurs clés ayant joué un rôle avant et durant la mise en œuvre du FBR. Nous avons fait un échantillonnage raisonné. Les acteurs ont été choisis sur la base de leur niveau de connaissance du système de santé, du FBR et de leur implication dans la mise en œuvre du programme. Le choix a été fait de façon à inclure les différentes parties prenantes que nous avons identifiées. Au niveau opérationnel il s'agit d'un médecin chef de district ayant travaillé en zone FBR, d'un ACV, d'un représentant d'une ONG qui est beaucoup intervenu dans des zones FBR.

Au niveau des acteurs chargés de la conception et des décideurs nous avons pu interviewer les membres de la cellule technique, un acteur de la Banque mondiale, des acteurs du ministère de la santé (DGESS, ST des reformes pour le financement de la santé), un représentant du programme d'appui au développement sanitaire (PADS) qui constitue l'organisme payeur et la Banque mondiale qui était le bailleur principal.

Les acteurs ayant joué un rôle dans l'évaluation à savoir un représentant du centre MURAZ au moment de l'évaluation, un représentant de l'équipe de l'université d'Heidelberg, un consultant indépendant.

Nous avons inclus également un enseignant chercheur en économie de la santé de l'université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou (Burkina Faso) et un représentant de la caisse nationale d'assurance maladie ou CNAMU (Tableau n°4). Nous avons ainsi pu interviewer 15 participants clés. Nous n'avons pas inclus des soignants pour deux raisons. D'abord le temps écoulé entre l'arrêt du FBR et notre enquête est de 4 ans. Une bonne partie des acteurs de terrain ont changé de poste ou de lieu d'exercice. Enfin les soignants n'ont pas une bonne connaissance de la conception du dispositif de même que les acteurs impliqués dans sa diffusion. Ce qui constitue un aspect important de notre étude. Notons par ailleurs que certains acteurs ont changé de poste entre la période de mise en œuvre et notre enquête. Nous avons considéré le poste pendant la mise en œuvre du FBR ou pendant l'enquête selon nos besoins.

1.2. Les données et analyse

La collecte des données s'est déroulée du 23/10/2022 au 02/12/2022. Les entretiens étaient semi-structurés et ont été menés par nous-même directement à l'aide d'un guide d'entretien structuré de façon thématique autour du cadre conceptuel (les causes de l'introduction du FBR,

les mécanismes et les résultats du FBR). Les questions ont fait l'objet d'une validation en équipe (la directrice de thèse et le doctorant). Tout en gardant le guide d'entretien, certaines questions ont été évoquées en plus lors des entretiens selon le niveau de connaissance de l'enquêté et l'orientation de ses réponses. Ce qui a permis de rendre le guide plus précis. Les entretiens ont été menés en présentiel et via zoom ou par appel téléphonique selon la préférence de l'interlocuteur. Ils ont été menés en français. Les entretiens ont duré en moyenne une demi-heure avec des extrêmes allant de 17 minutes à 1h45 (il y'a eu des interruptions durant l'entretien). Les entretiens ont été transcrits en verbatim. Nous avons également pris des notes d'observation qui ont permis de recueillir des informations informelles. Après transcription, les textes ont été relus avec les enregistrements par un docteur en sociologie qui a une connaissance du sujet abordé. Pour les erreurs détectées les corrections ont été apportées. Les textes ont été assemblés par le logiciel QDA Miner et codés conformément à ce qui est prévu dans le cadre conceptuel.

Par rapport au logiciel lui-même il s'agit juste d'un outil qui permet de faciliter le traitement des données qualitatives sans dénaturer le contenu des verbatims. Il permet juste de pouvoir visualiser facilement une série de données et de classer les tendances des réponses par ordre. Ce qui permet d'identifier facilement les avis similaires et les avis divergents. Il permet également de mettre face à chaque réponse un profil pour faciliter la lecture des réponses selon la personne interviewée (sa fonction par exemple). La notion de codage correspond à la définition de l'unité de sens. Ce qui correspond parfaitement au mode de traitement classique des études qualitatives comme décrit dans la figure 1.

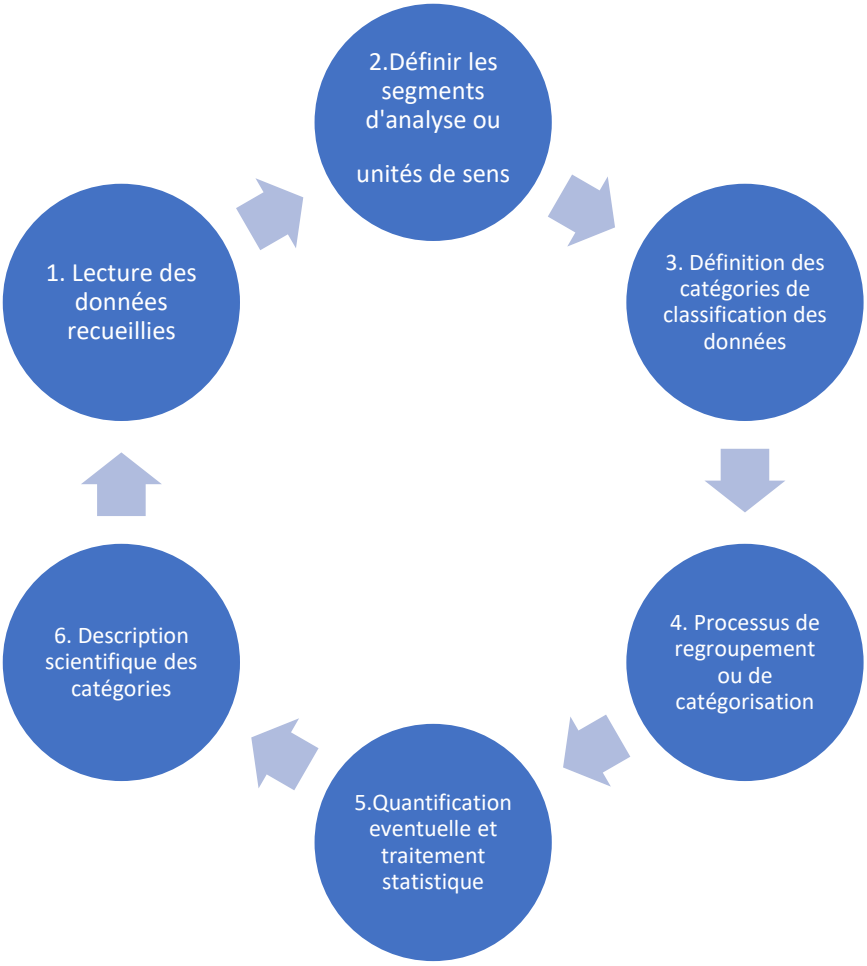


Figure 1 : les étapes de l'analyse qualitative selon Miles et Huberman (2004).

2. Présentation des résultats des entretiens

Description de l'échantillon

Nombre total de répondant : 15

Tableau 15: La répartition de l'échantillon selon le poste

Poste	Nombre	Commentaires
Banque mondiale	1	
Cellule FBR	3	
DGESS Ministère de la santé	1	
Enseignants-Chercheurs	3	
ACV	1	

Cabinets d'experts indépendants	1	National
ST/ CSU Ministère de la santé	1	
ONG	1	Nationale
PADS Ministère de la santé	1	
MCD / FBR	1	
CNAMU	1	
TOTAL	**15**	

Tableau 16: La répartition selon les rôles joués pendant la mise en œuvre du FBR

Conceptualisation et mise en œuvre	Cellule technique FBR	*Mobilisation des ressources*, rédaction du manuel, mise en œuvre du FBR
Evaluation	Université d'Heidelberg (Allemagne) Centre Muraz (Burkina Faso)	Evaluation quantitative et qualitative du FBR tel que mis en œuvre
Financement du FBR	Banque mondiale, PADS	Mobilisation des ressources, mise en commun et financement du FBR
Aide à la mise en œuvre	ONG, Cabinet d'étude, ACV	Identification des indigents, mise en place de la mutuelle communautaire, contrôle et accompagnement des structures de santé dans la mise en œuvre du FBR

Tableau 17: La trajectoire professionnelle des acteurs entre la mise en œuvre du FBR et le moment de notre enquête

Poste pendant FBR	**Changement de poste (Oui/ Non)**	**Commentaires**
Cellule technique 1	Oui	Expert international
Cellule technique 2	Oui	Expert international
Cellule technique 3	Oui	Expert international
Centre MURAZ	Oui	Institut national de Santé Publique
Doctorant Heidelberg	Oui	Direction régionale de la santé / Enseignant chercheur
Enseignant-chercheur	Non	
PADS	Non	
DGESS	Non	
ST-CSU	Non	
CNAMU	Non	
Banque mondiale	Non	
ONG	Non	
Cabinet de consultant privé	Non	
ACV	Non	
MCD	Oui	Niveau central / Ministère de la santé

NB : certains agents ont changé de poste durant la mise en œuvre du FBR entre 2011 et 2018. Nous avons considéré le poste pour lequel nous l'avons sélectionné dans notre échantillon

Les résultats seront présentés suivant le cadre conceptuel causes, mécanismes et résultats du FBR. Les causes vont nous permettre de saisir les raisons qui ont poussé le pays à opter pour le FBR comme alternative au mode de financement traditionnel du système de santé. Les mécanismes vont contribuer à saisir la stratégie adoptée par les promoteurs pour l'introduction du FBR au Burkina Faso. Les résultats vont nous renseigner sur l'apport réel du FBR dans la course du pays vers la CSU au Burkina Faso.

3.1. Les causes du changement institutionnel : Le changement du financement traditionnel du système de santé vers le FBR,

À l'unanimité, les acteurs reconnaissent le FBR comme un programme de financement importé de l'extérieur pour être appliqué au système de santé du Burkina Faso : « *Moi (consultant national) je dirai que l'initiative FBR est de toute les manières une initiative exogène. Ce n'est pas du tout endogène et c'est sous l'influence de la Banque mondiale. Après on verra plus tard que quand ils ont décidé d'arrêter ils ont arrêté.* » (Consultant national). Dans cette même logique, un représentant du ministère de la santé renchérit : « *C'était une proposition de la Banque mondiale au gouvernement Burkinabè de l'essayer avec le financement de la Banque mondiale* » (Agent du ministère de la santé 2). Aucun des acteurs n'a évoqué une origine endogène du FBR.

Pour amener les acteurs du système de santé à adopter cette nouvelle méthode de financement de la santé il fallait avancer les preuves de son efficacité. L'argument scientifique était le motif le plus avancé pour expliquer le choix du FBR : *« Je ne peux pas expliquer exactement pourquoi le pays a choisi le passage vers le FBR, mais en lisant les rapports j'ai compris que les acteurs voyaient au FBR un mécanisme efficace pour l'atteinte des OMD en matière de santé » (*Membre de la cellule technique 1*).* Cette position est confortée par un autre membre de la cellule technique *: « Il faut dire que concrètement, quand on a fait le bilan à mi-parcours on s'est rendu compte que nous n'allons pas atteindre les OMD et qu'il fallait aller vers des stratégies novatrices comme le FBR. »* (Membre de la cellule technique n°2*).*

On constate que ces arguments s'appuyaient surtout sur les objectifs visés par le FBR que sur les résultats qu'il a obtenus réellement. L'autre argument sur lequel était fondé la crédibilité de sa mise en œuvre reposait sur les reformes antérieures du FBR dans d'autres pays qui auraient eu des résultats convaincants : *« On (Agent du ministère de la santé 3) a décidé d'adopter le FBR effectivement à partir des expériences dans divers pays tels que le Rwanda et autre même*

en Amérique latine. On a vu que le financement classique finançait parfois des choses qui n'étaient pas prioritaires. C'est le ministère qui décide à Ouagadougou ici de ses directives, qui fixe ses priorités et il y'a une sorte de carcan de planification où on mettait tout le monde. Alors que le financement basé sur les résultats permettait aux districts de tenir compte de ses propres priorités et de mener des activités qui vont les permettre d'atteindre les objectifs et de produire de l'argent. » (Agent du ministère de la santé 2). Peu d'importance était accordé au contexte local et aux circonstances de mise en œuvre d'un pays à l'autre.

Cette remise en cause du financement traditionnel du système de santé était évoquée par les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre du FBR. Certains reconnaissaient cependant que sa mise en œuvre au Burkina Faso offrait une opportunité de recherche pour les chercheurs : « *Globalement, il faut dire qu'on a constaté premièrement que la stratégie de financement des intrants n'était pas très efficace et efficiente pour le système de santé. La stratégie de financement des intrants s'intéressait à acheter régulièrement les intrants, construire des établissements de santé, acheter des consommables, les ambulances, etc. On ne s'intéressait pas très bien aux résultats de la santé donc les indicateurs de la santé n'étaient pas très connus pour apprécier cette stratégie de financement des intrants. Deuxièmement, on voulait chercher à comprendre les stratégies de motivation des agents dans le secteur de la santé pour mieux orienter les choix de financement. Que ça soit des mécanismes endogènes de financement (partage des coûts) ou bien des mécanismes exogènes de financement ainsi de suite. Troisièmement, il faut dire aussi que le FBR a été dans sa forme classique mis en œuvre dans certains pays mais dans sa forme associée à l'évaluation d'impact il manquait ces évidences pour finalement aider les pays, en tout cas, proposer cette stratégie aux pays comme un mécanisme de financement national de la santé. Cet argument a aussi pesé parce que dans les autres pays il y'a eu quand même la mise en œuvre du FBR classique sans évaluation d'impact et on cherchait aussi des secteurs pour pouvoir le faire. Le Burkina a bien voulu adhérer à ça avec une volonté politique et stratégique au niveau du ministère de la santé qui a accompagné cette mise en œuvre. »* (Représentant du Centre MURAZ).

Ils reconnaissent néanmoins que le FBR était aussi un moyen pour avoir les financements de la Banque mondiale dans le cadre du financement des politiques de lutte contre la mortalité maternelle et infantile *: « C'était aussi un mécanisme qui permettait du coup de financer le secteur de la santé à partir de cette expérience surtout le secteur de la santé maternelle et infantile où on voulait aussi rehausser un certain nombre d'indicateurs. Voilà à peu près ce que*

je peux dire mais, il faut savoir que les deux premiers arguments ont beaucoup pesé. » (Représentant du Centre MURAZ).

Cependant, pour certains acteurs, le FBR a profité des défaillances du financement classique pour pouvoir émerger. Il a profité de l'opportunité et s'est présenté ainsi comme une alternative efficace pour corriger les défaillances constatées : « *on a connu une période très difficile où il y'a eu une dégradation de la qualité du processus de planification. Je pense que ça été une fenêtre d'opportunité pour les partenaires et la Banque mondiale en particulier de suggérer une approche dite nouvelle, le financement basé sur les résultats qui était comme d'habitude dans certaines politiques publiques et là ça arrive un peu comme une mode dans toute la sous-région., Burkina, Niger, Mali, Benin…bref tout le monde mettait en œuvre le FBR parce que la Banque mondiale était derrière. Et donc pour moi ça été un choix d'opportunité et la Banque mondiale n'a pas eu du mal à convaincre le ministère que le processus de planification n'est pas bon* » (Consultant national).

Il ressort également que l'introduction du FBR au niveau du Burkina Faso ne s'est pas fait de façon consensuelle. Il y'avait une divergence entre les acteurs : *« Au début il y ' avait une réticence de certains acteurs à la mise en œuvre du FBR. C'est vrai qu'il a été néanmoins mis en œuvre mais je ne pense pas qu'il ait eu un rapport de force entre les acteurs vraiment. En 2010-2011, le Ministre de la santé de l'époque qui était économiste de formation avait émis des doutes sur l'efficacité du FBR. Le responsable de la cellule technique a son temps a négocié et obtenu qu'on puisse mettre en place une phase pilote. Après le départ du ministre de la santé son successeur n'a pas trouvé d'inconvénients à la mise en œuvre de la politique. Après les ministres de la santé se sont succédés et chacun avait son point de vue sur la politique en question »*. (Agent du ministère de la santé 1)

D'autre acteurs avaient identifié deux camps avant et pendant la mise en œuvre du FBR à savoir les pros FBR et les anti-FBR : « *Bien entendu, la tension était très forte et même l'ambiance au niveau international, quand on analysait un peu les partisans et les opposants au FBR à ce moment, l'opposition entre les deux types de pensées était vraiment forte et au niveau national ça se ressentait. On a vu à un moment donné des acteurs même du système de santé au niveau centrale qui devaient piloter la stratégie FBR et qui n'y croyaient pas, qui ne s'étaient pas enregistrés dans cette dynamique-là. Au début, c'était vraiment difficile et quand vous interrogez les acteurs qui étaient au niveau du service technique FBR en termes de leadership, j'allais dire stratégique et politique il y'a eu beaucoup de résistances* » (Représentant centre MURAZ). Cette situation n'a pas empêché la mise en œuvre du FBR en 2011.

3.2. Les processus du changement institutionnel : comment le FBR a été introduit au Burkina Faso

L'introduction du FBR au Burkina Faso est l'œuvre d'acteurs ayant des intérêts communs. Pour les enquêtés, il a été surtout porté par la Banque mondiale : *« Je pense qu'il n'y a pas eu d'étude préalable à la mise en œuvre du FBR. C'était une proposition de la Banque mondiale au gouvernement Burkinabè de l'essayer avec le financement de la Banque mondiale »* (Agent du ministère de la santé 1).

Pour parvenir à leurs fins, ils ont utilisé des stratégies comme les voyages d'étude, les séminaires ou les formations : « *Le secrétaire général du ministère de la santé à l'époque avait été approché par la Banque mondiale pour un projet de voyage d'étude au Rwanda parce que ce pays avait déjà mis en œuvre le FBR avec des résultats qui semblaient intéressants* » (Membre cellule technique FBR n°2).

Pour que cette stratégie ait un impact suffisant, des acteurs clés du système de santé ont été sélectionnés pour bénéficier de ces voyages d'étude : « *ce que je sais c'est que courant 2009-2010, il y'a eu un voyage d'étude des hauts cadres du Ministère de la santé au Rwanda pour la mise en œuvre du FBR qui s'y passait. C'était pour voir l'expérience du Rwanda par rapport à la mise en œuvre du FBR et ça été conduit par la Banque mondiale. Donc ils sont allés là-bas avec les hauts cadres du ministère y compris les syndicats des travailleurs du ministère de la santé, la direction des études et la planification, vraiment les hauts cadres. Ils sont allés, ils ont regardé, ils ont trouvé que l'expérience était intéressante et de retour ils ont décidé avec le partenaire technique et financier qui est la Banque mondiale de tester la mise en œuvre au niveau du Burkina Faso.* » (Membre cellule technique n°2)

Tout ceci avait pour objectif de créer les conditions favorables à la mise en œuvre du FBR : *« On s'est retrouvé en 2009 à la salle du PADS avec des partenaires comme la Banque mondiale, l'OMS, la BAD, etc. On a discuté pour savoir comment tenir un environnement favorable à la mise en œuvre du FBR. Je me rappelle qu'il y' avait jusqu'à 120 participants dont les représentants du ministère de l'économie et des finances, le ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, le ministère de la fonction publique, les OSC. À l'issue de ces ateliers où les représentants étaient classés en trois groupes, les recommandations étaient d'aller vers le FBR »* (cellule technique FBR n°2).

Pour sa mise en œuvre, le FBR s'est appuyé sur une équipe restreinte composée d'acteurs nationaux. Le recrutement se faisait essentiellement par appel à candidature et les candidats

retenus étaient soumis à une série d'épreuve selon le mode de recrutement de la Banque mondiale : *« Par principe on a recruté des gens d'un certain niveau d'expertise pour pouvoir effectivement coordonner la mise en œuvre et c'est là qu'on a mis en œuvre la cellule constituée de médecin de santé publique, médecin économiste, des épidémiologistes, pour faire effectivement le travail. C'était une sélection sur test. Les candidats retenus signaient un contrat, certains étaient des contractuels carrément et étaient payés à 100 % par le projet. Ils ne font que le travail du projet* » (Ministère de la santé 2).

Tous les acteurs de la chaine n'étaient pas au même niveau d'information en ce qui concerne le mode de recrutement. Chacun savait évidemment dans qu'elle condition il a été intégré dans le projet mais ils avaient peu de connaissances sur le mode de recrutement des autres acteurs de la chaine. Ils avaient cependant les brides d'information sur le traitement avantageux accordé aux acteurs de la cellule technique par rapport aux autres acteurs du ministère de la santé : *« Disons qu'il y'a des intervenants, évidemment ceux qui ont été à la base de la conception, c'est la Banque mondiale en partenariat avec le ministère de la santé. Et selon ces procédures il fallait que ça soit le ministère de la santé qui assure le budget. Dans ce sens, il y'a une unité qui a été mise en place affiliée au programme d'appui et de développement sanitaire. Cette unité était composée d'acteurs spécifiquement recrutés dans le cadre du FBR. Ils avaient un traitement salarial particulier aussi. Je pense qu'ils étaient détachés du ministère de la santé. Maintenant quels ont été les critères de leur sélection, je ne suis pas très au parfum de ça mais je sais que ça été un peu compétitif je crois. Et ils ont été recruté en fonction des postes qui étaient ouverts* » (consultant national).

Ces agents n'avaient pas une connaissance préalable du FBR. Pour les aider dans leurs tâches, des acteurs externes, experts du dispositif ont été recrutés par la Banque mondiale : « *Il y'avait également un acteur important qui est l'assistance technique internationale. Il faut dire que le FBR est tombé comme ça. Nous on a reçu des formations par ci et par là. Il fallait donc être encadré. Le PADS et les partenaires avaient trouvé un expert international, le père fondateur du FBR, un Néerlandais qui venait de temps en temps nous coacher, nous accompagner quand on avait des difficultés, surtout la cellule technique* ». (Membre cellule technique fbr n°2).

Pour les acteurs chargés de sa mise en œuvre, le FBR devait jouer sur les incitations financières pour pousser les soignants à fournir plus d'effort : « *Le FBR dans son modèle logique devrait en tout cas améliorer la motivation des prestataires à produire des résultats quantitatifs et qualitatifs aussi dans le domaine de la santé maternelle et infantile* » (Représentant du centre MURAZ).

Pour les acteurs de terrain, cette stratégie était globalement appréciée par les soignants : « *Même quand tu demandes aux agents de santé, la stratégie d'achat était appréciée parce qu'ils se voient récompenser chaque trimestre. Ceux qui fournissaient moins d'effort ont redoublé d'effort* » (Représentant ONG).

Pour les concepteurs du FBR, cette politique devait servir à reformer fondamentalement le système de santé en améliorant la gestion des centres de santé, la transparence, la qualité des soins et la quantité des soins. Cette vision du FBR n'était pas partagée par tous les acteurs : *« Je ne peux pas généraliser mais beaucoup d'acteurs de terrain voyaient au FBR une possibilité pour améliorer leur condition de vie d'abord et peut-être par la suite les conditions de travail. Je pense que de façon générale, c'est la tendance qui se dégageait. Peut- être que c'était lié à la mise en œuvre mais c'est la perception que j'ai eue. Les acteurs voyaient le FBR comme un projet avec donc une fin et non comme une réforme majeure du système de santé »* (Représentant de l'équipe de l'Université d'Heidelberg).

Les acteurs de terrain reconnaissent en plus la volonté de la Banque mondiale d'avoir la main mise sur la politique. Malgré les propositions des acteurs de terrain pour améliorer la mise en œuvre, il ressort que la décision finale revenait à la Banque mondiale sur le choix des acteurs et de la procédure à adopter : *« ce n'est pas un problème de FBR mais de mise en œuvre. La mise en œuvre a connu des difficultés, nous-même on les reconnait mais nous nous étions purement techniques. Les décisions étaient à un autre niveau. On ne peut pas décider de dire qu'on ne recrute pas des ACV par exemple alors que si au niveau politique on dit qu'il faut les recruter c'est qu'il faut les payer alors que dans d'autres pays, il y'a des situations ou les ACV sont des structures para étatiques permettant de réduire le budget et ça marche. Ces aspects stratégiques ne dépendaient pas de nous, la décision se prenait à un niveau supérieur. »* (Membre cellule technique FBR n°3)

Ces différents aspects ont entrainé des résultats mitigés après la mise en œuvre du FBR.

3.3. Les résultats du changement institutionnel : les apports du FBR sur les resultats

Dans cette section, il s'agit d'analyser les résultats du FBR à travers le regard porté par des acteurs clés du dispositif sur son apport dans la mise en œuvre de la CSU.

De façon globale, il ressort que les résultats du FBR sont nuancés : *« Ce qu'on peut retenir en gros c'est que les résultats sur les indicateurs de santé et sur le système de santé sont contrastés. C'est à dire qu'il y'a des indicateurs sur lesquels on a observé une amélioration comme il y'a d'autres indicateurs pour lesquels on n'a pas observé grands choses »* (Représentant Université d'Heidelberg).

Pour une minorité des acteurs interrogés, les résultats étaient plutôt négatifs : « *Je ne suis pas sûr que les objectifs visés soient atteints. En considérant par exemple les indicateurs de la santé de la reproduction à mon avis le niveau souhaité n'a pas été atteint* » (Médecin chef de district).

Certains acteurs jugent cependant que les résultats du FBR sont globalement satisfaisants : *« Absolument, d'abord en tant qu'acteur de début mais en en tant qu'agent du PADS parce qu'en 2013 je suis venu au PADS j'ai suivi tout ça de près. Avec toutes les sorties que nous avons faites, les évaluations qu'on a eues en comparaison des districts FBR et des districts non FBR en termes d'indicateurs de santé, la qualité des soins dans les districts FBR, la motivation des agents, oui, on peut dire avec un peu de réserve quand même que le FBR a atteint ses objectifs* ». (Représentant Ministère de la santé 2)

Les résultats sont diversement appréciés selon le type d'acteur, mais les acteurs enquêtés reconnaissent majoritairement que le FBR tel que mis en œuvre n'a pas été satisfaisant. Ils reconnaissent néanmoins que le dispositif avait un potentiel d'amélioration du système de santé qui n'a pas été atteint.

Présenté comme un mécanisme de financement efficace pour l'atteinte de la CSU, le lien entre le FBR et la CSU n'était pas clairement établi lors de la conception et la mise en œuvre du FBR. Le lien entre les deux concepts aurait été établi que tardivement *: « Pour moi c'est bien après que l'expression CSU a été évoquée. Toute la dynamique sur la CSU est arrivée bien après dans un contexte où il y avait beaucoup d'autres initiatives qui ont créé vraiment le flou parce qu'il y'a eu tout un programme de gratuité au niveau du Burkina Faso qui est arrivé aussi après un peu le FBR »* (Membre cellule technique FBR 2).

Pour ceux qui avaient perçu le lien entre les deux concepts depuis la mise en œuvre du FBR, il ne paraissait pas assez vulgarisé : « *Dans les années 2010, le concept CSU était connu mais*

n'était pas vraiment autant vulgarisé. Il apparaissait dans les études, les évaluations etc. On s'avait qu'il fallait travailler à ce que les populations aient accès aux services de santé, que le panier de soins soit accessible à tout le monde, que le coût des soins soit accessible de sorte à ce que les gens ne tombent pas dans la pauvreté. On en parlait dans les formations mais ce n'était pas vraiment vulgarisé » (Membre cellule technique FBR 2).

Dans sa conception, le FBR devait impacter l'offre de soins et dans une certaine mesure la demande de soins. Le Burkina Faso a en effet opté pour le FBR associé à une prise en charge gratuite des indigents. Pour la majorité des acteurs, son impact s'est ressenti plutôt sur l'offre de soins : *« Quand on regarde également l'élan que les formations sanitaires avaient pris, vraiment ça allait contribuer énormément puisqu'en termes d'amélioration de la qualité , tu allais voir des formations sanitaires qui se sont transformées complétement à travers le carrelage de leur formation sanitaire, la climatisation, l'achat de matériels tels que les tables d'accouchements, matelas, etc. il y'a vraiment des choses qui préparaient à une offre de soins de qualité »* (Membre cellule technique FBR 3*)*.

Certains acteurs ont néanmoins observé son impact sur la demande de soins. Le FBR tel que mis en œuvre entrainait un comportement opportuniste chez les prestataires qui devaient développer des stratégies pour avoir plus de patients afin de bénéficier des primes ; ce qui est de nature à améliorer également la demande de soins : *« La couverture aussi on peut l'avoir d'une certaine façon parce que les gens développaient des stratégies locales pour aller chercher les patients. Que ça soit pour les soins curatifs ou préventifs il y'a eu quand même de la motivation, l'engouement pour faire venir des patients. Pour moi ça vraiment augmenter la couverture puisque les gens cherchaient à avoir de bons indicateurs »* (ACV).

La majorité des acteurs pensent malgré tout que le FBR mis en œuvre au Burkina Faso n'a pas permis de mettre le pays sur les rails de la CSU : « *pour la CSU il faut une réforme structurante pas des reformes conjoncturelles. Le FBR a été bâti sans qu'il ait des réformes profondes pour la suite. Si on avait construit sur la base des textes préexistants ou si on avait pris des textes, aujourd'hui le budget de l'État pouvait permettre de continuer le financement basé sur les résultats. Mais c'est venu et c'est parti, ça n'a pas couvert tout le pays. Je ne peux pas dire que c'est une réforme qui a mis le pays sur le chemin de la CSU. Pourtant quand vous prenez des réformes comme la subvention SONU*[15] *ou ça été mis en place pendant dix ans, ça c'est une*

[15] Subvention à 80% des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

*réforme structurante et après la politique de gratuité des soins pendant sept ans ou réellement on s'est appuyé sur le système de santé, ce sont des reformes structurantes qui mettent le pays sur le chemin de la CSU. Mais, pour le financement basé sur les résultats je suis réservé que ça ait mis le pays sur le chemin de la CSU » (*Ministère de la santé 4*).*

Un effet bénéfique du FBR sur la motivation des soignants a également été avancé *: « Oui le personnel a été très motivé. Tout le monde était enthousiaste de travailler sous le FBR car certains agents recevaient deux ou trois fois leurs salaires de base en plus de leurs salaires et le plan d'amélioration de la performance n'était pas un instrument de travail comme c'était prévu théoriquement »* (consultant national), de même que son apport sur la protection contre le risque financier surtout pour les populations les plus pauvres: *« si on voit la prise en compte des indigents qui est intégrée, ça aussi c'est un élément qui permet d'assurer la gratuité de la prise en charge des indigents* ». (Cellule technique FBR 3).

Certains acteurs remettent en cause cependant le mode d'évaluation adopté pour apprécier le FBR. Pour ces derniers le problème ne serait pas le FBR mais la stratégie de mise en œuvre. L'évaluation peut comporter des biais si tous ces éléments ne sont pas pris en compte : *« Pour ce qui concerne les résultats, ce qu'il faut remarquer c'est que je trouve que ce n'est pas correcte de penser uniquement que le FBR, c'est améliorer la quantité des services en termes de données quantitatives pour dire que l'accouchement ne s'est pas amélioré. En termes de quantité, les déterminants qui tournent autour de l'accouchement, il faut que la femme vienne pour bénéficier des effets du FBR pour ce qui concerne la qualité par exemple. Quand je prends un pays comme le Niger, pour l'indicateur concernant l'accouchement assisté, on paie le transport des femmes qui doivent accoucher pour les permettre de quitter leur communauté pour aller accoucher. C'est un volet important parce que l'accessibilité aux services n'est pas uniquement une question financière. Il y'a des questions d'accessibilité géographique, de disponibilité de médicaments, d'acceptabilité de la prestation. Quand tu fais des enquêtes communautaires tu te rends compte que dans les maternités qui sont gérées par les hommes, il y a certaines personnes qui ne vont jamais amener leurs femmes pour accoucher là-bas. Toutes ces questions socio-culturelles doivent être analysées pour identifier les vrais problèmes. Le FBR a peut-être moins de 50 % du problème de certains indicateurs clés comme l'accessibilité. L'accessibilité financière n'est qu'un élément parmi tant d'autre. Il y'a ça, mais quand tu regardes à l'intérieur de leur analyse tu vas voir que rarement on a parlé vraiment de l'aspect qualité en tant que tel. Parce que le FBR, il faut voir surtout l'aspect qualité qui est directement lié. Il faut voir également l'aspect motivation du personnel qui est directement lié au FBR de même que*

certains aspects qui ne sont pas multi factoriels. Mais quand tu prends la vaccination, même dans la mise en œuvre du FBR on ne paie pas les vaccinations. Si dans les années antérieures il y avait la disponibilité et durant la mise en œuvre du FBR il y'a une rupture du vaccin, mais c'est sûr qu'on va trouver des aspects négatifs qui ne sont pas liés au FBR vu que le FBR ne paie pas les vaccins. Il y'a un certain nombre d'éléments comme ça qui pour moi constituent en fait des biais. C'est pourquoi je regrette qu'ils n'aient pas eu le courage de venir présenter pour qu'on assiste tous et qu'on voit. Si non, aller s'enfermer pour rédiger des rapports qui n'ont pas du tout été validés ni communiqués et se lever dire que le FBR n'a pas marché c'était de voir également quels étaient les éléments d'analyse. Si non nous on a entendu ça comme ça. Moi je suis d'accord qu'on dise voilà les aspects ou le FBR a marché, voilà les aspects ou le FBR n'a pas marché et on justifie certains éléments s'il y a à justifier et qu'on dise à la fin si au niveau d'où ça n'a pas marché là, si on agissait sur ces aspects ça allait contribuer à améliorer les choses. Mais dire de façon globale que ça n'a pas marché moi je ne me reconnais pas dedans hein... » (cellule technique FBR n °3).

Ils remettent en cause l'approche qualitative pour évaluer le FBR car pour ces derniers des propos inexacts pourraient être tenus par certains acteurs juste parce qu'ils n'auraient pas bénéficié des avantages du FBR et seraient « jaloux » de ce fait : « *Moi j'ai la preuve que beaucoup d'indicateurs se sont améliorés mais je comprends que l'environnement au niveau du ministère là-bas ne pouvait qu'aboutir à la conclusion que le FBR ne marche pas si on prend également en compte les interviews. Parce que nous on nous voyait au niveau de la cellule technique comme ceux qui roulaient avec les grosses voitures 4x4 et qui "mangeaient l'argent de la Banque mondiale ". De l'autre côté, ce n'était pas rose. Tu vois un peu ? quand c'est comme ça, c'est vraiment dommage quoi. Il y'a tous ces aspects. On va aller interviewer quelqu'un il va parler que des aspects négatifs puisqu'il y'a plusieurs personnes parfois qui négociaient même pour participer à des supervisions, des sorties mais on dit non on ne peut pas parce que c'est comme ça. Donc pour eux, c'était notre affaire et l'affaire du ministère c'est autre chose. On n'avait pas les mêmes objectifs. Nous on avait nos objectifs, et puis eux ils avaient leurs objectifs à part et comme les objectifs ne convergeaient pas on n'a des perceptions négatives sur ceux qui gèrent la chose. Il y' avait une divergence d'intérêt affichée qui n'était pas cachée puisque les gens n'hésitent pas à le dire. Tu t'imagines qu'en plus de nos traitements salariaux que les gens jugeaient élevés, chaque six mois on n'avait des primes qu'on te versait*

qui étaient quand même substantielles. Tu pouvais te retrouver avec plus d'un million[16] *CFA de primes tout ça là ça fâchait les gens quoi. Quand les gens voient tout ça la passer, après on estime que ce n'est pas bon. Mais dans un jugement, moi je suis d'accord que tout ne peut pas être négatif. On est d'accord qu'il y'a eu des faiblesses, mais tout ne peut pas être négatif ou mauvais. Il y'a eu quand même des éléments positifs qu'il faut également reconnaitre et développer. »* (Membre cellule technique FBR n°3)

La majorité des acteurs de terrain et de la cellule technique regrettent l'opacité qu'il y'a eu autour de la diffusion des resultats. Certains acteurs n'ont jamais eu accès à ces resultats et n'ont pas été conviés à la restitution des resultats de l'évaluation conformément au planning initial *: « L'évaluation d'impact était planifiée dès le début de la mise en œuvre. On avait même créé trois branches T1, T2, T3 avec un objectif de recherche à faire avec FBR - mutuelles de santé, FBR -indigents, etc. il y'avait beaucoup d'études dans ce sens avec pour finalité de démontrer justement si ça marche, si c'était réplicable et c'est l'université de Heidelberg en collaboration avec le centre MURAZ qui ont mené cette étude. Il y a d'abord eu une enquête de base de pratiquement toutes les structures et logiquement on devait avoir une enquête finale pour démontrer certaines choses mais comme tu l'as dit, il y'a eu beaucoup de problèmes dans la disponibilité des résultats. Officiellement il y'a eu trop de ping pong et jusqu' à ce que je quitte je n'ai pas pu connaitre la raison puisque logiquement après l'évaluation d'impact qu'ils sont venus faire ; ils devaient présenter les résultats à tout le pays. Je ne suis même pas sûr que le ministère ait eu vent de ce résultat alors que c'était le minimum quoi »* (Membre cellule technique n°3).

Dans la même tendance, un autre acteur reconnait cette opacité dans la transmission des resultats et souligne l'absence de diffusion des resultats au niveau des acteurs ayant participé à la mise en œuvre du FBR : « *Concernant les résultats et sa diffusion, je n'ai toujours pas de résultats tangibles. L'évaluation a été menée par l'université d'Heidelberg en Allemagne avec des doctorants. Me concernant je ne sais même pas où se trouve les résultats, il n'y a pas eu de diffusion officielle à tous les acteurs*. (Agent du ministère de la santé 1)

Le FBR tel que mis en œuvre a finalement été arrêté en 2018. Pour les acteurs interrogés, le coût élevé du dispositif rendait impossible sa gestion par le budget de l'État : *« Pour moi c'est*

[16] 1 millions de FCFA = 1500 euros environ

une question de ressources financières. Si l'État devait prendre le relai je me demande ça serait avec qu'elles ressources financières ? Ce n'est pas que l'État n'était pas convaincu mais c'est un problème de moyen » (Médecin Chef de District*)*.

À cet argument s'ajoute le manque d'appropriation de cette politique par les décideurs au niveau du ministère de la santé : « *Dans la conception du FBR il était question que l'État contribue financièrement. Donc, on devait avoir normalement un engagement politique à travers la création de ligne budgétaire. Si on prend les pays où le FBR a commencé et continue jusqu'à présent, ce sont les pays où l'État s'est engagé financièrement a contribué en créant même parfois des lignes dans la loi de finance qui sont alimentées »*. (Cellule technique FBR3).

Certains expliquaient l'arrêt du programme par la volonté des décideurs de le remplacer par un autre programme. Il s'agissait pour eux de la continuité du FBR sous une autre forme : *« Logiquement, le FBR devrait être repris sous une forme qu'on a appelé achat stratégique à partir de 2018. Je crois que la Banque mondiale à travers le projet de renforcement du système de santé l'avait prévue et le pays était engagé dans ce sens* » (Médecin Chef de District).

Une faible proportion des acteurs trouvait que les résultats obtenus par le FBR étaient insuffisants. Ce qui pourrait expliquer l'arrêt du dispositif : « *Il faut noter cependant que les premières évaluations du FBR dans certains pays n'ont pas abouti aux résultats qu'on attendait. En 2018 aussi, l'évaluation du FBR au Burkina Faso avait démarré et c'était l'université d'Heidelberg qui s'en occupait. Cela a coûté 600 millions de FCFA je crois, pour l'évaluation d'impact. Ils ont fait sortir un rapport qui n'était pas aussi fameux. La différence entre les zones FBR et les zones non FBR n'était pas trop perceptible. »* (Cellule technique FBR 2*)*. La décision de l'arrêt aurait été prise de façon unilatérale par le bailleur : *« Je peux dire qu'ici on a péché vraiment. Peut-être qu'il n'y a pas eu une appropriation au plus haut niveau, le bailleur a tout simplement décidé d'arrêter parce qu'on ne peut pas continuer comme ça »* (cellule technique 3).

Les acteurs au niveau opérationnel ont également fait le même constat. Certains ayant vu leur contrat de prestation interrompu de façon brutale : *« Je pense que le FBR a été arrêté de manière brutale même les responsables du FBR au niveau central avaient du mal à expliquer cela »* (ACV).

Les acteurs ne faisaient pas une différence fondamentale entre le FBR et l'achat stratégique. Pour ces derniers, l'achat stratégique est une prolongation du FBR *: « Oui, l'achat stratégique comme le FBR sont des stratégies de financement du système de santé. Donc, le lien entre FBR*

et achat stratégique c'est bien identifier les domaines d'activité ainsi que les critères d'évaluation. Pour moi ce n'est pas fondamentalement différent. Au Burkina, le montage du projet d'achat stratégique de la Banque mondiale n'est pas fondamentalement différent du FBR » (cellule technique FBR n°1).

Pour certain, l'achat stratégique est l'alternative idéale pour associer la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et le FBR : « *l'achat stratégique prend en compte la gratuité des soins portée par le gouvernement et le FBR. C'est un terrain d'entente entre les deux programmes* » (Représentant banque mondiale).

4. Discussion des résultats

4.1. Les limites

Comme toute approche méthodologique, notre étude présente également des limites. La limite est liée à la taille de l'échantillon qui est faible. Le choix des acteurs a été fait en équipe de façon à inclure tous les acteurs qui ont participé à la mise en œuvre du FBR, sa conception ou son évaluation de même que les acteurs clés du système de santé engagés dans la mise en œuvre de la CSU. Cette méthode nous a permis de prendre en compte les différents avis possibles. Certains acteurs cependant n'ont pas pu ou n'ont pas voulu participer à l'enquête. Ce qui fait que si toutes les catégories ont été prises en compte, le nombre d'acteurs par catégorie (selon le rôle joué) n'a pas été atteint comme souhaité au départ. Cette limite ne remet pas en cause la validité de notre étude et ne nous empêche pas d'interpréter et de discuter les resultats obtenus.

4.2. La discussion

À la lumière de ce qui précède, il est difficile d'affirmer que le FBR tel qu'annoncé par certaines institutions internationales a préparé (ou prépare) les systèmes de santé des pays bénéficiaires à la mise en œuvre de la CSU. Pour le cas du Burkina Faso que nous avons choisi comme cas d'étude, le modèle de FBR mis en œuvre prenait en compte l'offre de soins (en tentant d'améliorer la quantité et la qualité) et la demande de soins (en permettant aux patients les plus pauvres d'avoir accès aux soins de qualité sans paiement). Les acteurs clés du système de santé rencontrés dans le cadre de notre étude reconnaissent en majorité que le FBR tel que mis en œuvre n'a pas mis le pays sur les rails de la CSU. Il ressort que les résultats étaient mitigés et

en deçà des attentes. Pour expliquer cette situation nous pouvons émettre les hypothèses suivantes :

- Le FBR a été introduit sans preuve suffisante de son efficacité par des entrepreneurs institutionnels
- La conception et la mise en œuvre même du FBR au Burkina Faso ont été un échec.

D'abord, le contexte spécifique du pays n'a pas été suffisamment pris en compte. La mise en œuvre du FBR répondait plus à un phénomène de mode voire la diffusion d'une idéologie dans la sphère du financement de la santé qu'à la résolution d'un problème spécifique du système de santé Burkinabè. Il a été mis en œuvre dans plusieurs pays en Afrique au même moment faisant évoquer le concept de modèle voyageur par Paul et Ridde (2018). Il s'est heurté rapidement à une série de difficultés spécifiques au fonctionnement du système de santé. La mise en œuvre d'un mécanisme de paiement à l'acte dans les structures publiques de santé posait un problème. Ces structures disposaient déjà de personnel de santé qui sont des fonctionnaires avec un salaire fixe mensuel et des primes périodiques liées à l'activité. Cela rendait impossible la mise en œuvre du FBR comme prévu initialement. En outre pour le contrôle de l'activité des prestataires de soins il a fallu faire appel à des nouveaux acteurs en dehors de l'organisation classique du système de santé avec une ligne budgétaire dédiée. Ce qui traduit du manque d'intégration du dispositif dans l'organisation existante.

Ensuite le mode d'introduction du FBR ne lui permettait pas d'avoir un impact assez large. Il était porté essentiellement par un groupe d'acteurs restreint avec l'accompagnement de la Banque mondiale. Elle a usé de stratégies pour faire adopter sa politique en occurrence les voyages, les missions et les formations. Cette stratégie a été confirmée par d'autre auteurs qui se sont intéressés aux obstacles à la mise à l'échelle nationale de la politique au Burkina Faso (Seppey et al, 2022). Ces acteurs jouissaient d'une autonomie dans la gestion du FBR et avaient un fonctionnement autonome. La cellule technique n'était pas incorporée dans l'organigramme classique du Ministère de la santé. Ils étaient à l'écart et bénéficiaient d'un traitement salarial avantageux, renforçant cette impression d'isolement vis-à-vis des autres acteurs du Ministère de la santé. C'est par la suite, qu'elle a été incorporée dans l'organigramme du Ministère de la santé. Malgré ces avantages, ces derniers n'avaient pas une place importante dans la hiérarchie du Ministère de la santé. Ce qui réduisait considérablement la portée de leurs actions au sein des instances de décision du Ministère de la santé. Le FBR ne constituait simplement pas une priorité nationale, il n'y a donc pas eu une appropriation par les acteurs clés du système de santé.

Le FBR a ainsi été arrêté en 2018 avant même la phase d'extension à l'échelle nationale. Les avis des acteurs divergent sur les causes. L'arrêt pourrait être consécutif à une preuve insuffisante de sa capacité à améliorer les indicateurs de la santé maternelle et infantile contrairement à ce qui avait été avancé. Le FBR au Burkina Faso a eu des resultats mitigés en deçà des attentes. Cela a été mis en évidence par des études indépendantes et des rapports d'évaluation du FBR au Burkina Faso (Zizien et al, 2019 ; De Allegri et al, 2019 ; Koulidiati et al, 2021).

Au-delà des résultats mitigés sur les indicateurs de santé, le FBR dans sa mise en œuvre a entraîné d'autres problèmes tels que l'adoption de mauvais comportements des prestataires (modification des données, préparation à l'avance des missions de contrôle pour tromper les contrôleurs, etc.) qui ont été qualifiés « d'effets inattendus du FBR » (Turcotte-Tremblay et al, 2017).

L'évaluation menée à l'échelle de tous les districts FBR et financée par la Banque mondiale n'a pas été officiellement présentée à tous les acteurs du système de santé impliqués dans la mise en œuvre du FBR donnant ainsi l'impression que les premiers responsables avaient des « résultats à cacher ». Les résultats ont été diffusés par la suite sur la page officielle de la Banque mondiale sans suivre un canal de diffusion officiel au niveau du pays. À l'heure où nous menons notre enquête certains acteurs qui ont participé à la mise en œuvre du FBR ne savent toujours pas où sont les résultats.

En outre, nous n'avons pas obtenu des acteurs concernés une étude détaillée du coût de mise en œuvre du FBR plus de quatre ans après sa suspension. Cette opacité dans la diffusion des resultats du FBR traduit une volonté avérée de « cacher les resultats » et une façon de ne pas reconnaitre les limites de sa politique. Cette approche impacte également la façon dont les acteurs de la CSU analysent l'apport du FBR. Les resultats de la politique sont restés largement en deçà des attentes surtout quand on les analyse en fonction du coût. La politique FBR n'a pas impacté les indicateurs de santé de façon remarquable ni l'organisation du système de santé de façon durable. Il n'y a pas eu de collaboration réelle entre les membres de la cellule technique FBR d'une part et le secrétariat technique chargé de la CSU d'autres part. L'expérience du FBR n'a pas vraiment servi comme on pouvait s'y attendre du fait du mode de diffusion de la politique et des resultats obtenus. Les acteurs de la CNAMU qui sont chargés de la mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle n'ont pas en pratique bénéficié de l'expertise des acteurs du FBR ni de la documentation issue de l'expérience du FBR. En plus les membres de la cellule technique qui constituaient la tête pensante du FBR ont pour la grande majorité

quitté le Ministère de la santé voire le pays pour faire valoir leurs expertises ailleurs afin de jouir des avantages financiers que les dispositions de la fonction publique n'offraient pas.

Certains acteurs au contraire ne pensaient pas que l'insuffisance de résultat soit à la base de cet arrêt. Il s'agirait plutôt d'un manque d'appropriation par les autorités et les autres acteurs clés du système de santé. Cela s'est traduit par l'incapacité (ou manque de volonté de l'État) à mobiliser des ressources indispensables pour la poursuite de la politique. L'appropriation par les acteurs locaux et surtout les décideurs constitue un élément nécessaire pour la réussite d'un projet surtout dans le secteur de la santé. D'autres études sur les obstacles à l'extension des politiques de santé ont confirmé ce constat (McIntyre et al, 2013).

Pour ces acteurs, cette situation s'explique par le fait que l'État avait une autre priorité qui est la gratuité des soins. Ils voyaient en cette décision une décision politique car la gratuité des soins était considérée comme une promesse électorale tenue après une période d'instabilité politico-sociale et économique. Dans sa mise en l'œuvre la gratuité aurait impacté le fonctionnement du FBR. La gratuité ayant augmenté le nombre de consultation, les agents de santé n'avaient plus à développer des stratégies pour aller chercher les patients. Le coût des actes payés par le FBR en ce qui concerne la quantité des soins (nombre de patients reçus) aurait été revu à la baisse. Une augmentation des patients peut s'accompagner d'une utilisation plus accrue de médicaments donc plus de risque de rupture pouvant impacter sur l'évaluation de la qualité dans le cas du FBR. En plus les deux systèmes n'étant pas coordonné, les soignants devaient remplir les supports pour le FBR à part et pour la gratuité des soins à part. L'Etat a mobilisé des fonds pour cette politique et non pour le FBR. Si le cas du Burkina Faso est celui qui fait l'objet de notre étude, il s'avère intéressant de le comparer aux autres pays qui ont également adopté le FBR à diverses échelles afin de mieux comprendre les problèmes spécifiques du Burkina Faso. Pour ce qui concerne le financement du FBR, le Cambodge (Shroff et al, 2017) et l'Arménie (Petrosyan et al,2017) par exemple ont accordé une partie du budget national pour assurer sa pérennité. Le financement local encourage les partenaires techniques et financiers à investir.

Contrairement au Burkina Faso, le Benin a rapidement étendu le FBR à l'échelle nationale grâce au financement de la Banque mondiale, GAVI, fond mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'agence de développement Belge. Mais cette extension n'a pas fait long feu car le projet a été arrêté par manque de ressources propres du gouvernement et le manque d'incorporation du projet dans l'organisation classique du système de santé. Ce problème a été rencontré également au Burkina Faso. Le manque d'intégration du projet dans

l'organisation classique du système de santé a aussi rendu difficile son appropriation par le Ministère de la santé et sa mise à l'échelle (Seppey et al, 2020). Cette organisation parallèle à même entrainé un coup supplémentaire dans sa gestion rendant le programme coûteux donc difficile à porter par le budget national. Cette situation s'explique en partie par la volonté des promoteurs de vouloir garder la main sur le projet.

En effet, depuis la crise de confiance entre les donateurs et les États bénéficiaires en matière de bonne gouvernance de l'aide au développement on a assisté à une réorientation de l'aide vers les bénéficiaires directement. L'État offrant juste le cadre institutionnel favorable pour la mise en œuvre des différents programmes. Les donateurs se sont appuyés ainsi sur les organisations internationales, les ONG ou les organisations de la société civile pour mener les différents programmes dans ces États. Ce qui va permettre à ces organismes d'avoir des acteurs sur le terrain et en quelque sorte un regard sur l'utilisation de leurs ressources. Cela aura pour conséquence la construction d'un système parallèle aux instituions des pays bénéficiaires avec toutes les conséquences que nous avons évoqué sur la réussite de ces programmes mis en œuvre. Les différentes parties doivent travailler à trouver un moyen pour intégrer l'aide au développement dans le fonctionnement des institutions existantes tout en élaborant des cadres pour une bonne gouvernance des ressources mobilisées.

Une autre lecture de la situation consiste à lier la difficulté de mobilisation des ressources à un manque de volonté politique. Cette situation a été soulevée également par les membres de la cellule technique FBR au Burkina Faso. En effet, au Burkina Faso la cellule technique FBR a été intégrée par la suite dans l'organigramme du Ministère de la santé et de l'hygiène publique du Burkina Faso. Les membres de la cellule technique jugeaient ne pas être à un niveau de décision politique élevé dans la hiérarchie du Ministère. Ce qui témoignait d'un manque de volonté politique à accompagner le FBR.

Le FBR était porté par un groupe d'individus restreint et isolé du reste des acteurs clés du système de santé. Ce qui a constitué un obstacle à sa mise en œuvre car pour les autres acteurs du système de santé le FBR ne les concernait pas. Ceci a entravé la mise en œuvre du projet dans la mesure où le ST-FBR (cellule technique) et l'ACV étaient placés en dehors de la " chaîne de commandement " du Ministère de la santé et avaient donc relativement peu d'influence formelle sur les districts sanitaires et les établissements de santé dans la hiérarchie du Ministère de la santé. Pour exercer une pression ou sanctionner un manque d'effort, l'intérêt et le soutien de haut niveau auraient donc été très importants ; leurs insuffisances limitant leur efficacité. En plus, avec un pouvoir politique limité les membres de la cellule technique FBR n'ont pas pu

institutionnaliser vraiment le FBR. Si la politique était belle et bien connue du Ministère de la santé, il faut noter qu'elle a été mise en œuvre sans que les documents qui régissent son fonctionnement ne soit encadrer par des textes règlementaires. À titre d'exemple, la fixation du prix d'achat des actes, ou le mode de rémunération parallèle des fonctionnaires des centres de santé publique qui étaient concernés par le projet n'étaient pas encadrés par des textes réglementaires existants. Il n'y a pas eu de lois ou de décret du Ministère des finances pour accompagner le projet dans sa mise en œuvre. Ce qui aurait été une force pour le FBR et engagé d'avantage l'État dans sa réussite.

Ce problème a été soulevé également dans d'autres pays comme le Mali (Seppey et al, 2017), la Tanzanie (Chimhutu et al,2015) et le Tchad (Kiendrebeogo et al, 2017) où un groupe d'acteur a porté le projet sans avoir le pouvoir politique nécessaire pour l'imposer à l'agenda national. Cette situation traduit le manque de préparation suffisante de cette politique et souligne surtout la nécessité d'adopter une approche participative et non fonctionner uniquement avec les acteurs ayant les mêmes intérêts. L'effort de convaincre avec des éléments scientifiques les parties prenantes qui ne sont pas d'emblée d'accord pour la politique est nécessaire voire primordiale pour le maintien et l'extension du FBR. Elle met également en lumière la nécessité de prendre en compte le contexte d'implantation des programmes et politiques de santé surtout lorsqu'ils sont conçus et apportés de l'étranger (Craig et al, 2018). Une évaluation du contexte en tenant compte de tous les aspects économiques, sociaux et même culturels s'avère nécessaire avant l'implantation de ces programmes et politiques surtout à grande échelle (Gilson et Raphaelys, 2017). Le cas du Burkina Faso garde sa spécificité du fait de l'instabilité politique et la situation socio-économique que cela a entraîné pouvant influencer le choix et l'approche des partenaires techniques et financiers. Il existe cependant des similitudes avec les autres pays Africains nécessitant qu'on s'attarde sur la stratégie à adopter.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis de présenter les resultats de notre enquête de terrain. Il ressort de notre enquête qu'il y'avait des catégories d'acteurs qui ont participé à la mise en œuvre du FBR avec des implications différentes. Nous avons adopté une approche qualitative et avons pu interviewer quinze acteurs clés du système de santé et du FBR. La présentation des résultats s'est faite selon le cadre conceptuel qui comprend trois aspects à savoir les causes, les mécanismes et les résultats du FBR. Pour ce qui concerne les causes, le FBR est perçu comme une politique exogène portée essentiellement par la Banque mondiale. Cette dernière a grâce à des voyages d'études, des séminaires et des formations, contribué à mettre en œuvre le FBR au Burkina Faso comme dans d'autres pays du continent. Pour ce qui est du mécanisme, la Banque mondiale se serait appuyée sur un réseau d'acteurs aux intérêts convergents pour la mise en œuvre du FBR. Cela s'est traduit par une organisation parallèle de la cellule technique FBR qui était en dehors de la chaîne hiérarchique du Ministère de la santé. Il n'y a pas eu d'appropriation et le pays à la fin n'a pas mis le FBR à grande échelle. Pour ce qui concerne les résultats, les acteurs interrogés reconnaissent en majorité que le FBR a été en deçà des attentes. Son impact sur les indicateurs de santé et sur le système de santé n'ont pas été à la hauteur des attentes. Bien que les résultats soient diversement appréciés par les acteurs, la majorité des personnes enquêtées reconnaissent que tel que mis en œuvre le FBR n'a pas contribué à mettre le pays sur les rails de la CSU.

Ces résultats confirment nos hypothèses de départ. Le FBR a été introduit au Burkina Faso par des entrepreneurs institutionnels. Il a été mis en œuvre sans une réelle implication du Ministère de la santé du Burkina Faso. Il ne constituait pas une priorité pour l'État mais a été mis en œuvre. Cela s'explique par le changement permanent à la tête du ministère de la santé avec des Ministres pro et des anti- FBR mais aussi par la faiblesse de l'État vis-à-vis de ces partenaires techniques et financiers. Sa mise en œuvre a été également un échec. Il a été présenté comme un moyen pour permettre au pays de reformer son système de santé en vue de l'atteinte de la CSU ce qui n'a pas été le cas. La mise en œuvre du FBR au Burkina Faso a connu une série de difficultés aboutissant à sa suspension en 2018.

Ces difficultés ont été soulevées dans d'autres pays qui ont également mis en œuvre le FBR traduisant un modèle stéréotypé qui ne tient pas compte des spécificités des États. La mise en œuvre dans ces différents États a été également sous l'impulsion des bailleurs de fonds extérieurs. Cela s'est traduit par un manque d'appropriation et de soutien politique au niveau du Burkina Faso. En effet l'orientation nationale était plutôt la mise en œuvre d'une politique

de santé axée sur la demande de soins. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020 en est une parfaite illustration. Il fait cas de l'amélioration de l'offre de soins tout en mettant un accent sur la demande de soins (favoriser l'accès financier aux soins). Cela s'est traduit également dans le manuel sur la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture santé universelle 2018-2030(SNFS). Dans ce document le FBR est très peu évoqué et semble être remplacé par l'achat stratégique.

L'objectif visé avec l'achat stratégique étant de mettre un accent plutôt sur la qualité des soins offerts sans prépaiement. Des pourparlers étaient en cours au niveau du ministère de la santé pour sa mise en œuvre. Au moment où nous écrivons ces lignes une phase pilote a débuté dans la région de la boucle du Mouhoun dans le cadre de la gratuité des soins. Le Burundi a pu associer FBR et gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (Falisse et al, 2014). L'achat stratégique tel que conçu présentement va permettre de trouver une alternative pour jouer à la fois sur le levier de l'offre de soins et de la demande de soins. Il va surtout chercher à concilier les objectifs des bailleurs et la priorité du Ministère de la santé en s'inspirant de l'exemple Burundais. L'objectif étant de favoriser une meilleure appropriation. L'achat stratégique comme le FBR au niveau du Burkina Faso sont tous financés par la Banque mondiale.

Le financement dans le secteur de la santé suit la même logique que les politiques de l'aide au développement. Il s'appuie sur les institutions qui du fait de la crise de confiance avec les gouvernants passent par les représentants locaux pour l'exécution des projets et programmes au profit des bénéficiaires finaux qui sont les populations. Cette approche a également comme inconvénient le manque d'appropriation des programmes par les gouvernements concernés. Pour prévenir un éventuel échec ou améliorer la mise en œuvre de ces types de programmes, nous allons à la lumière de tout ce qui précède, établir quelques recommandations.

Chapitre 6 : Des recommandations pour améliorer les programmes pour la mise en œuvre de la couverture santé universelle

Introduction

Le dictionnaire en ligne Larousse[17] définit le mot recommandation de cinq façons différentes selon le contexte de son utilisation. Il y'a deux définitions qui se rapprochent du notre dans ce chapitre. La première considère la recommandions comme une action d'exhorter quelqu'un à faire quelque chose, à adopter une certaine conduite. L'idée derrière cette recommandation est que la conduite proposée ou la chose à faire apporte un plus par rapport à une situation existante. La deuxième définition s'apparente à la première. Elle insiste cependant sur le caractère non obligatoire de la mise en œuvre des recommandations. Il s'agit d'une résolution émanant d'une organisation internationale et qui en principe n'a pas force obligatoire à l'égard des États membres. Cette définition fait référence aux organisations avec un rapport entre ces organisations et les États. Ce qui n'est pas notre cas. Notons cependant que nos recommandions peuvent concerner les organisations elles-mêmes. Il peut s'agir donc d'exhorter quelqu'un (ou un État) ou une organisation à adopter une certaine conduite.

Pendant quatre années nous avons travaillé sur le FBR en nous questionnant sur trois aspects essentiels. La première était de savoir pourquoi le pays a un moment a décidé d'abandonner le mode de paiement traditionnel pour expérimenter le mode de financement basé sur les résultats. Il s'agissait de chercher à comprendre les origines du choix opéré même si le FBR n'a été implanté qu'a une échelle réduite (au niveau de quelques districts). Le deuxième aspect consistait à identifier les acteurs impliqués dans sa mise en œuvre et le processus utilisé par ces derniers pour sa diffusion. Le troisième aspect concernait les resultats obtenus. Il était question d'analyser les resultats obtenus par le FBR dans la perspective d'une couverture santé universelle.

De façon pratique, il s'agissait de voir si le FBR tel que mis en œuvre à contribuer (par ses resultats sur les indicateurs de santé ou le système de santé) à mettre le pays sur les rails de la couverture santé universelle. Longtemps présenté comme un mécanisme de financement efficace et une étape nécessaire pour l'atteinte de la CSU (Gautier et Ridde, 2017), notre dernier

[17] https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/recommandation/67085

point avait pour objectif de vérifier si pour le cas du Burkina Faso il a contribué effectivement à la mise en œuvre de la CSU à travers une étude qualitative basée sur des entretiens avec les différents acteurs clés du système de santé.

Il ressort de toute évidence que le FBR est perçu par les acteurs en majorité comme un programme exogène, conçu et porté par la Banque mondiale. Sa diffusion s'est appuyée sur le travail d'un groupe d'acteurs nationaux et internationaux à travers des ateliers, séminaires et voyages d'étude. Ses résultats tant sur les indicateurs de santé que sur sa capacité à améliorer de façon durable le système de santé sont largement en deçà des attentes. Notons cependant que le FBR a été suspendu en 2018 et au moment où nous écrivons, l'achat stratégique est mis en œuvre dans quelques districts sanitaires du pays couplé à la gratuité des soins.

Pour l'OMS, l'achat stratégique consiste à aligner le financement et les incitations sur les droits aux services de santé. Il doit de ce fait s'appuyer sur de solides informations en rapport avec la performance des prestataires et les besoins en santé de la population concernée. L'achat stratégique utilise donc un processus actif qui est basé sur l'utilisation des données factuelles qui permettent de définir les services de santé spécifiques qui doivent être achetés ; les prestataires concernés, le mode de paiement de même que les tarifs (OMS, 2015).

Au Burkina Faso, sa mise en œuvre à fait l'objet d'énormes négociations avec un retard dans le démarrage. Pour certains acteurs clés du système de santé interviewées, le ministère de la santé voyait en l'achat stratégique un FBR bis. Ce qui peut traduire la méfiance des autorités vis-à-vis de cette politique. Conceptuellement les deux programmes se ressemblent même si des petits éléments de différence sont à noter. Si le FBR a été suspendu, l'achat stratégique lui est en pleine phase de mise en œuvre. Il est également porté par la Banque mondiale. L'achat stratégique au même titre que le FBR sont des programmes qui suivent le principe de l'aide au développement avec la spécificité que cette aide concerne le secteur de la santé. L'objectif final étant la mise en œuvre de la CSU au Burkina Faso.

Au regard de tout ce qui précèdent dans ce document nous avons formulé des recommandations d'ordre générale pouvant être appliquées à tous ces programmes qui entrent dans ce cadre.

1. L'efficacité de l'aide publique au développement

Il ressort de nos investigations que le FBR tel que mis en œuvre au Burkina Faso est considéré comme une politique exogène. Cette exogénéité se réfère à sa conception et aux acteurs qui l'ont diffusé. Pour mieux comprendre le principe du FBR il est important de rappeler l'évolution de l'aide public au développement.

Comme évoqué plus haut, Pour Caffin (2018), l'origine du FBR est en rapport étroit avec l'évolution de l'aide public au développement (APD). Il explique ainsi son émergence par une double orientation de l'APD à savoir :

- La conception d'une aide centrée sur les bénéficiaires finaux. Depuis la crise de confiance entre les donateurs et les gouvernants des pays bénéficiaires de l'aide dans les années 1990, les donateurs vont revoir leur politique d'aide et vont décider d'orienter l'aide au gouvernement vers une aide aux bénéficiaires.

- L'essor des théories du New Public Management. Il a été présenté comme un outil efficace pour corriger l'échec des nombreux programmes de développement menés dans les pays du Sud. L'adoption des OMD (2015) constituait un bel exemple de cadre de mise en œuvre de ces outils avec la définition d'une date butoir et des objectifs à atteindre. Ce mécanisme traduit déjà la recherche d'efficacité de l'aide et la nécessité de rendre compte.

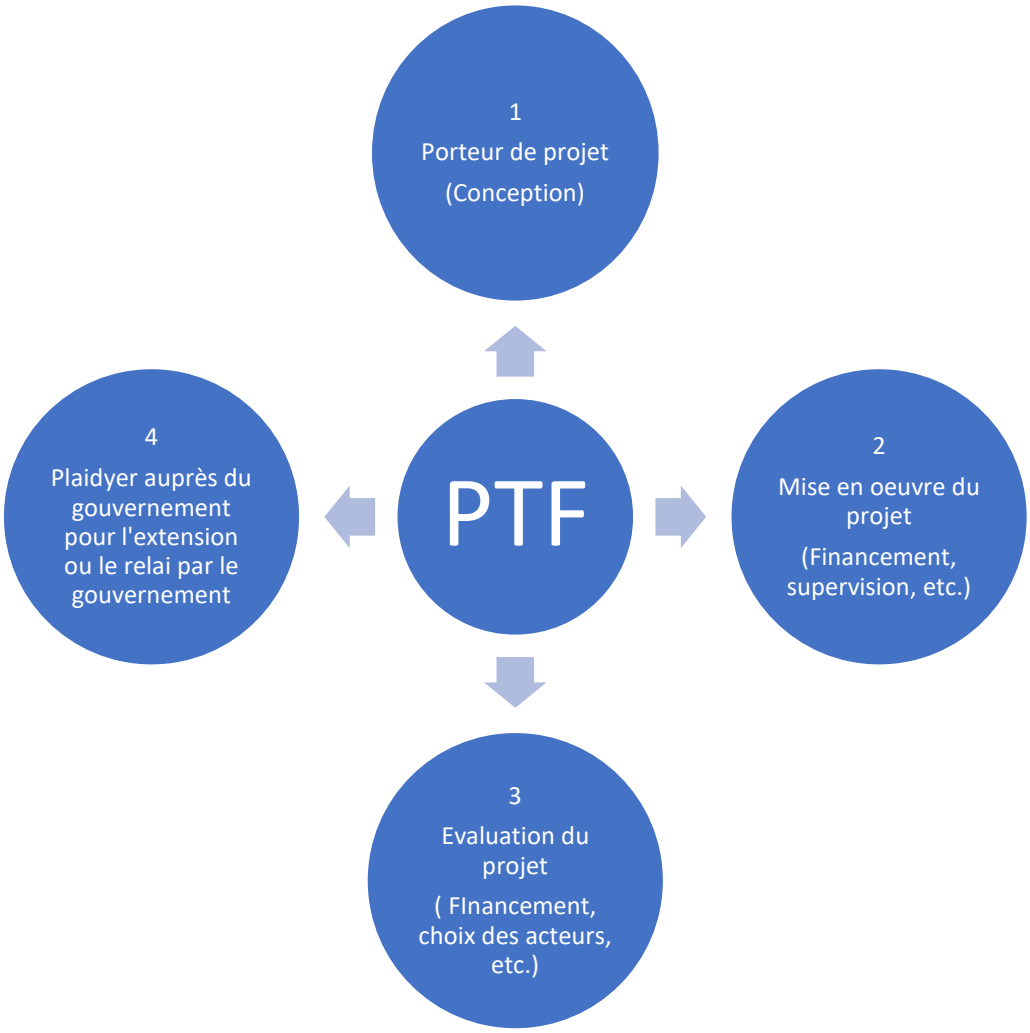
Dans ce nouveau schéma adopté, les donateurs des pays du Nord passent par les organismes internationaux ou les gouvernements pour conduire des programmes de développement au profit des populations du Sud. On peut alors conceptualiser l'aide au travers des modèles principal-agent (Swensson, 2000 ; Azam et Lafont, 2002), approche théorique sur laquelle est fondée le principe du financement à la performance.

La mise en œuvre du FBR au Burkina Faso n'a pas dérogé à cette règle. Avec le temps, cette stratégie a également montré ses limites. Les organisations et les donateurs passent par des ONG ou la société civile pour mener les programmes de développement dans les divers secteurs d'activité. Il s'agit parfois d'ONG internationale avec des ramifications dans les pays bénéficiaires. Cette stratégie a favorisé la croissance de ces structures avec une augmentation de leurs activités et de leurs chiffres d'affaires sans améliorer forcement de façon durable les indicateurs.

En outre, cette stratégie qui accorde très peu de pouvoir à l'Etat dans la gestion de cette aide au développement va entrainer progressivement un désengagement de ce dernier dans la mise en

œuvre de ces types de programme. Les bailleurs de fonds viennent avec les projets pour le pays, identifient les acteurs et les organismes pour la mise en œuvre, sollicitent (avec parfois un rapport de pouvoir) juste l'accord du ministère pour avoir l'autorisation de mettre en œuvre le projet et à la fin ils évaluent eux-mêmes le projet avant de soumettre les rapports aux gouvernements et engager des plaidoyers pour que ces derniers acceptent de prendre le relai ou de participer au financement de ces programmes (schéma n°).

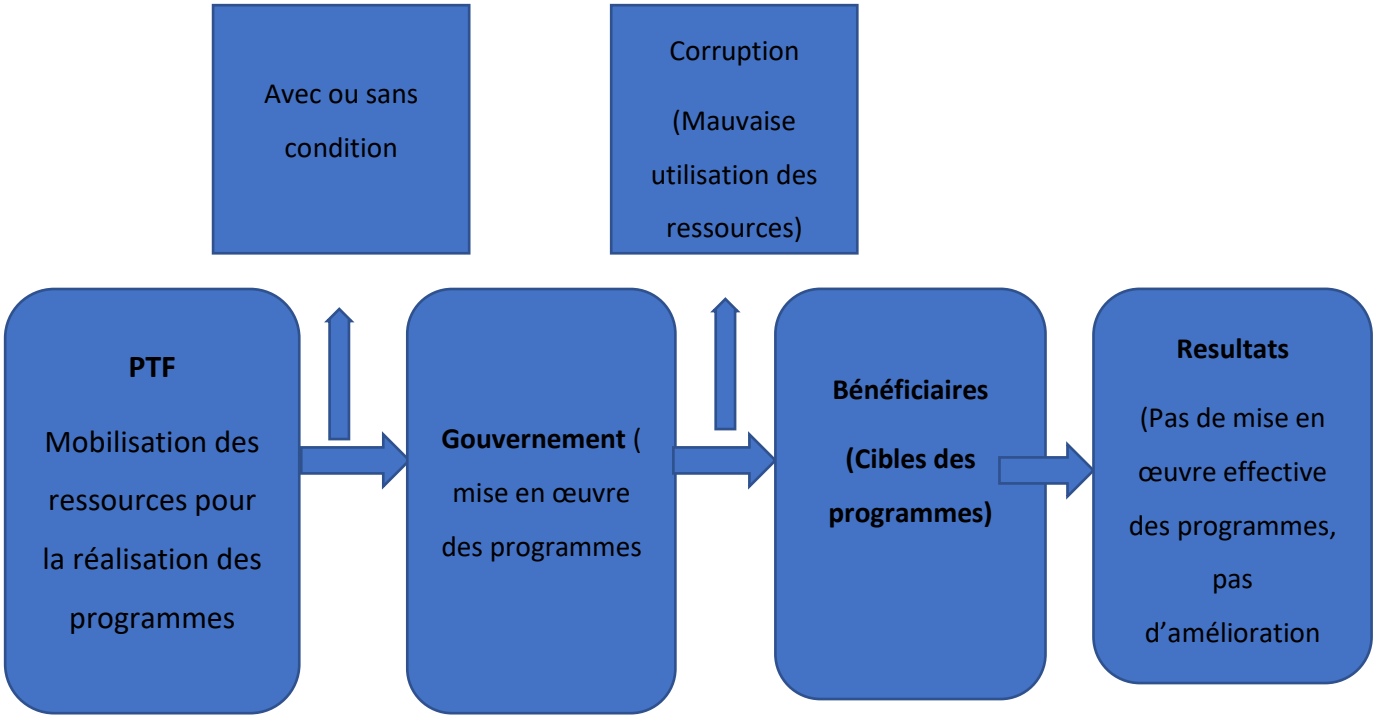
Schéma 9: illustration de l'implication des PTF dans toutes les phases du FBR



Source : auteur

Ce qui s'est traduit par des échecs comme nous l'avons démontré dans les chapitres précédents. Le changement institutionnel n'a pas conduit à la mise en œuvre d'une institution plus efficace. Il y a une défaillance institutionnelle que nous schématisons de la manière suivante :

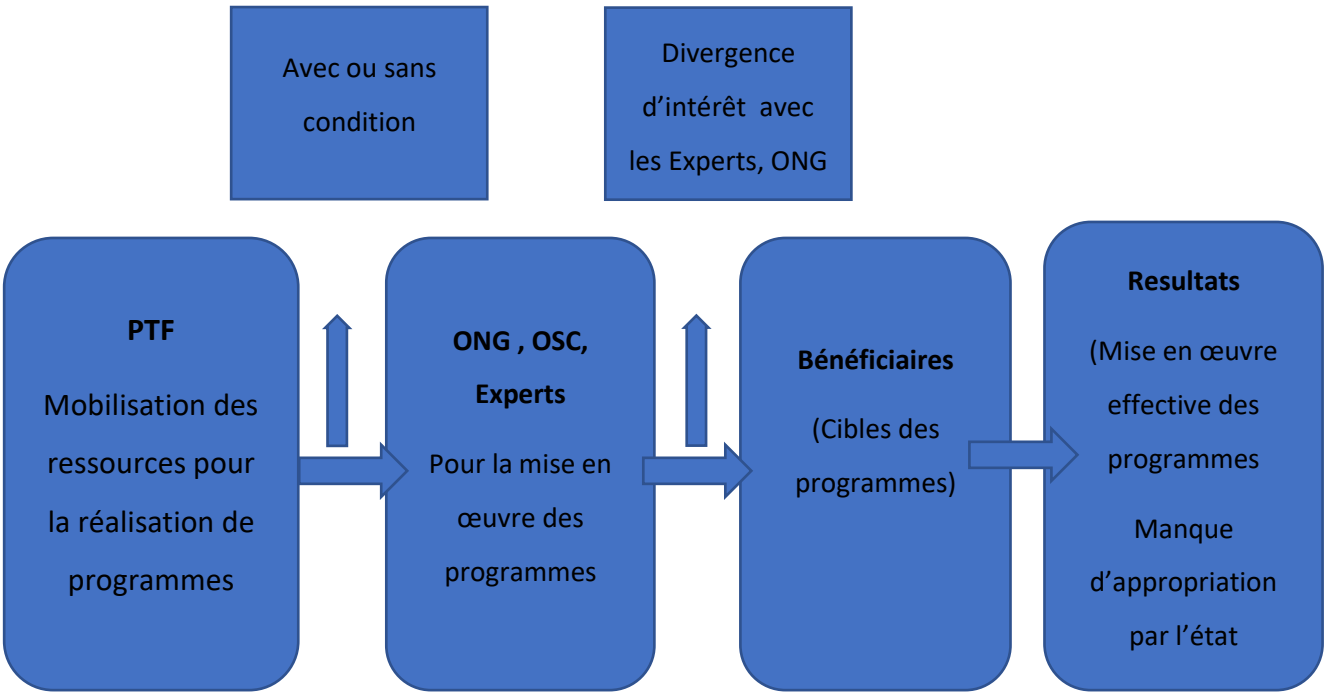
Schéma 10: la relation entre les PTF, le gouvernement et les bénéficiaires dans la mise en œuvre des programmes



Source : auteur

Dans ce modèle, les PTF passent par les gouvernements pour conduire des programmes ou des politiques de santé dans les pays bénéficiaires. On constate après la mise en œuvre que pour des problèmes de bonne gestion, les résultats pour les bénéficiaires sont en en deçà des attentes. Après l'échec du premier modèle lié à la défaillance du gouvernement dans la gestion des ressources du fait de la corruption et la mauvaise gouvernance, les PTF vont opter pour le modèle de l'aide axée sur les bénéficiaires. Pour cela, les bailleurs vont passer par les PTF qui vont utiliser les ONG et les OSC pour mener les programmes comme illustré par le schéma suivant :

Schéma 11: la relation entre les PTF, les ONG et les bénéficiaires dans la mise en œuvre des programmes



Source : auteur

Dans ce modèle, les PTF passent par les ONG, les OSC ou des experts pour mettre en œuvre des programmes de santé. Il se peut que ces derniers aient des intérêts propres à mettre en œuvre le programme même s'il n'est pas forcément dans l'intérêt des bénéficiaires. On constate à la fin que ce modèle a pour conséquence le manque d'implication de l'État et cela peut se traduire par l'arrêt des programmes en question ou la difficulté d'appropriation par les États concernés. Par la suite, les réflexions seront menées dans ce sens, afin d'identifier les difficultés rencontrées et de proposer des solutions. Cette stratégie va conduire à définir des bases pour une meilleure efficacité de l'aide au développement. C'est à Paris, en 2005 puis Accra en 2008 que les outils pour l'efficacité de l'aide seront proposés. Il s'agit de l'appropriation (les pays en

développement définissent leurs propres stratégies de réduction de la pauvreté, améliorent leurs institutions et luttent contre la corruption), l'alignement (les pays donneurs s'alignent sur ces objectifs et s'appuient sur les systèmes locaux), l'harmonisation (les pays donneurs se concertent, simplifient les procédures et partagent l'information pour éviter les doublons), les résultats (les pays en développement se concentrent sur les résultats souhaités et leur évaluation) et la redevabilité mutuelle (les donneurs et les partenaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement). Pour ce qui concerne l'alignement, les donneurs doivent s'engager à

- Utiliser dans toute la mesure du possible les systèmes et procédures des pays partenaires. Lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser les systèmes des pays partenaires, il convient de prévoir des garde-fous et autres mesures de sauvegarde qui contribuent à consolider, et non à affaiblir, les systèmes et procédures des pays partenaires.

- Éviter dans toute la mesure du possible la mise en place de structures spécifiquement chargées de la gestion quotidienne et de la mise en œuvre des projets et programmes financés par l'aide.
- Adopter des cadres harmonisés d'évaluation des performances des systèmes des pays partenaires afin de ne pas proposer à ces derniers un nombre excessif d'objectifs, éventuellement contradictoires. (OCDE,2008)

Dans le cadre du FBR l'objectif de l'alignement n'a pas été respecté. Les acteurs à l'unanimité ont reconnu une gestion parallèle du FBR non intégrée à l'organigramme du ministère de la santé. Cette situation a considérablement impacté sa mise en œuvre, son efficacité et même sa pérennité.

Nous recommandons donc aux donateurs d'aligner les programmes et les subventions sur les priorités du gouvernement et de s'appuyer sur les institutions existantes pour sa mise en œuvre. Cette recommandation telle que formulée n'apporte pas concrètement quelque chose de nouveau dans la mesure où le pays a déjà entrepris des démarches dans ce sens avec l'initiative de l'alignement des PTF portée par le ministère de la santé. Elle a fait l'objet de rencontre entre le ministère de la santé et ses partenaires pour réfléchir à la mise en œuvre d'un cadre pratique. En plus, l'achat stratégique a tenu compte aussi de cette insuffisance constatée durant la mise en œuvre du FBR en s'appuyant sur le ministère de la santé pour sa mise en œuvre.

La pertinence de notre recommandation tient à la proposition concrète d'un cadre pour permettre d'allier l'intérêt des PTF et celui du gouvernement. Si la mise en œuvre des programmes clés en main sans l'implication de l'État a montré ses limites n'oublions pas que la mise en œuvre des programmes à travers les gouvernements a aussi montré ses limites (corruption, détournement de fond, surfacturation, etc.). Il ne s'agira pas d'opter pour l'une ou l'autre des stratégies mais de trouver une complémentarité entre les stratégies.

Nous recommandons donc la création d'un cadre où les PTF pourront mettre en commun les fonds dédiés aux différents programmes et ou l'Etat va disponibiliser la liste de ses programmes prioritaires (le type de programme, les localités prioritaires, le public cible etc…). Le choix des programmes fera l'objet de discussion et de consensus entre les acteurs de même que la définition des différents modules de sa mise en œuvre. Cette mise en œuvre va s'appuyer sur les institutions locales existantes avec un droit de regard du partenaire. À chaque étape de mise en œuvre (conception, utilisation des ressources, mise en œuvre pratique ou évaluation) les choix opérés seront issus d'un consensus entre les acteurs. Pour cela il faut élargir les parties prenantes. Il ne s'agit pas uniquement du ministère de la santé et des PTF mais des acteurs opérationnels du système de santé également à savoir les soignants et les patients qui sont souvent les bénéficiaires finaux et dont l'avis est rarement pris en compte dans le choix ou la conception des programmes.

2. La mobilisation des ressources propres au profit du secteur de la santé

Le FBR était coûteux et financé essentiellement par la Banque mondiale. Il a été remplacé par l'achat stratégique mis en œuvre en 2023 financé également par la Banque mondiale. Dans les chapitres précédents, nous avons pu démontrer que le fait que le FBR soit géré et financé par la Banque mondiale entrainait un désengagement de l'État. En outre, le financement insuffisant du secteur de la santé rend le ministère de la santé vulnérable vis-à-vis des partenaires. En effet, les PTF peuvent conditionner le financement à la mise en œuvre d'un programme ou à la mise en œuvre d'un modèle. C'était le cas du FBR.

L'organisation parallèle du FBR (son manque d'intégration dans le système de santé existant) et la volonté d'intégrer des acteurs spécifiques comme les ACV indépendants par exemple pour sa mise en œuvre répondaient au désir du bailleur de fond (confère chapitre précédant sur les resultats).

Pour mettre en œuvre des programmes de financement de la santé basés sur les incitations financières (FBR ou achat stratégique) il faut mobiliser des ressources suffisantes, pérennes et endogènes. Il en de même pour l'amélioration de l'offre de soins. De nos entretiens, il est ressorti effectivement que le manque de ressource a impacté la mise en œuvre du FBR. Cela s'est traduit par un retard dans le paiement des subsides. La base du mécanisme étant l'incitation financière, un retard de paiement peut entrainer un effet contraire sur la motivation. Pour certaines personnes interrogées, ces retards ont contribué a instauré un climat de méfiance entre les acteurs impliqués.

Pour cela, nous recommandons une augmentation du budget dédié à la santé. De façon pratique, il faut entamer des négociations avec le ministère de l'économie, des finances et de la prospective avec un budget détaillé et précis. Le Budget 2023 de l'État consacre à la santé 11,5% soit 266,7 milliards de FCFA[18] ce qui est inférieur au 15 % prévu par le sommet des chefs d'État Africains à Abuja en 2001.

Il faut également songer à des nouvelles méthodes de financement du secteur de la santé comme les taxes sur les billets d'avion, le secteur aurifère ou sur les produits qualifiés de dangereux pour la santé comme le tabac et l'alcool. À ce sujet, l'État dans sa lutte contre le terrorisme s'est engagé à mobiliser plus de ressources propres pour le secteur de la défense à travers le Fonds de soutien patriotique (FSP). En moins de six mois près de 30 milliards de FCFA ont été mobilisés grâce notamment aux prélèvements effectués sur le tabac, les boissons alcoolisées et non alcoolisées ce qui représente 11.25% du budget du ministère de la santé.

Par ailleurs, au titre de l'année 2022, avant le rehaussement du taux, la taxe sur les boissons (TSB) a permis la mobilisation de 37.764.615.883 FCFA au profit du budget de l'Etat contre 23.887.387.500 FCFA pour la taxe sur les tabacs. La taxe varie de 20 à 50% selon le type d'alcool et 20% sur le tabac. Ces exemples concrets permettent d'estimer le gain potentiel au profit du ministère de la santé en cas de taxation de ces produits. Les montants attendus vont permettre au ministère de la santé de pouvoir piloter ses activités (Ouédraogo, 2023). Il est nécessaire que le ministère de la santé en partenariat avec celui des finances arrivent à faire voter des textes de lois pour que ces taxes collectées puissent servir au financement du ministère de la santé. Cette solution a également été proposée par Okungu et McIntyre (2019). Ils proposent également d'autres approches potentielles pour augmenter le financement de la santé

[18] 1 milliards de FCFA fait environ 1.5 millions d'euros.

comme les prélèvements sur les tarifs des appels de téléphonie mobile, l'émission d'obligations de la diaspora dans lesquelles les ressortissants travaillant à l'étranger apportent un soutien financier supplémentaire, et la taxation des secteurs rentables, tels que l'industrie bancaire ou pétrolière. À titre d'exemple, L'Ethiopie a imposé une taxe sur le " khat " qui est une substance stimulante qui est traditionnellement utilisée dans le pays (Hanlon, 2019).

Ridde (2021) a plutôt souligné les difficultés de mobilisation de ces ressources dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Il souligne la difficulté de mobilisation de ressources propres par les impôts ou la cotisation sociale et la difficulté de mise en œuvre de mécanismes de financement innovants *liée à la corruption dans certains secteurs comme le secteur aurifère en citant le cas du Mali. En 2017, l'exportation de l'or représentait au Burkina Faso 66% du total des exportations et le secteur aurifère participait à hauteur de 8% au PIB. Une enquête du réseau national de lutte anti- corruption (REN-LAC) avait estimé le manque à gagner du fait de la corruption à 300 milliards de FCFA entre 2014 et 2019 pour le budget de l'État. Le pays fait face depuis 2016 a des attaques terroristes qui ont contribué à diminuer de façon drastique les recettes liées à l'exploitation de l'or. Les mines d'or étant des cibles pour les terroristes (REN-LAC, 2018).*

Une mobilisation de ressources suffisantes passe donc par la lutte contre la corruption dans certains secteurs et une gestion efficace des dépenses publiques.

3. L'ordre dans la priorisation des problèmes de santé

Si les acteurs de la santé à l'échelle nationale et internationale sont tous d'accord sur l'objectif final (l'amélioration des indicateurs de santé), il existe une divergence dans l'approche à suivre pour l'atteindre. Cela se traduit par les nombreux programmes mis en œuvre depuis les indépendances avec parfois des contradictions entre les approches utilisées. Depuis les années 2000, le développement de méthodes de financement basées sur les incitations se sont développées en Afrique sous plusieurs appellations et le Burkina Faso n'a pas échappé à ce phénomène. Comme nous l'avons développé dans les chapitres précédents, cette stratégie a pris de l'ampleur en s'appuyant sur les « défaillances » de la méthode traditionnelle de financement de la santé (input).

Pour les adeptes du financement à la performance, l'amélioration de la performance des structures de santé passe par la mise en compétition de ces structures, la contractualisation et la motivation financière des agents de santé qui y travaillent. La preuve est que malgré l'échec du FBR, nous assistons au développement d'une nouvelle stratégie qui s'inspire de ces principes. Il s'agit de l'achat stratégique en développement présentement. Le principe sera de classer les structures de santé selon leur niveau de performance (grâce à des critères prédéfinis et largement discutables) à la manière des hôtels ou restaurants étoilés et de payer les services offerts à un prix variable selon le score qualité de la structure de santé. L'argent obtenu devra servir à réinvestir dans la formation sanitaire et à payer des primes aux travailleurs qui sont déjà des fonctionnaires.

L'évaluation qualitative du FBR, menée sous la direction technique de l'université d'Heidelberg (Allemagne) et avec le financement de la Banque mondiale en 2019, a conclu à un effet très limité des primes de motivation dans le contexte du Burkina Faso. En effet, les agents de santé étant des salariés avec une sécurité financière mensuelle, l'effet des primes sur leur motivation était limité contrairement à des pays comme le Congo ou la Tanzanie où les primes avaient un impact plus important sur l'engagement des soignants du fait de l'instabilité des salaires (Mayaka Manitu, 2015). En outre, une étude antérieure avait démontré au Burkina Faso que les agents de santé étaient plus sensibles aux salaires qu'aux primes (Prytherch et al, 2015).

Il est évident que cette stratégie a aussi pour objectif de responsabiliser les gestionnaires (en introduisant des outils de gestion du new public management) et de déresponsabiliser progressivement l'État sur les resultats (ou la situation) que les centres de santé peuvent obtenir. Il parait incongru de payer à la performance une structure de santé qui manque du nécessaire pour exister. En plus, les critères devront tenir compte de plusieurs paramètres (la difficulté d'accès aux structures de santé, le nombre de personnel soignant, la qualification, l'état initial du centre de santé etc.) pour pouvoir évaluer et ou comparer les centres de santé.

Sans remettre en cause la nécessité d'une bonne gestion des centres de santé nous pensons que la stratégie basée sur la méthode incitative a montré ses limites ailleurs et même au Burkina Faso (avec le cas du FBR). Nous pensons qu'il faut d'abord améliorer de façon considérable l'offre de soins (les moyens de prévention, la qualité des infrastructures et des équipements). Pour rappel en 2021, le pays disposait d'1 médecin pour 9659 patients. L'OMS estime que moins de 2.3 personnels soignants/1000 habitant est insuffisant pour couvrir les besoins

primaires en santé d'une population pour une norme requise de 4.45 personnels de la santé pour 1000 habitants. En 2019, l'OMS estimait, le ratio au Burkina Faso à 1/1000 (OMS, 2021). L'annuaire statistique du ministère de la santé et de l'hygiène publique en 2021 faisait état de 2 566 centres de santé publiques au Burkina Faso dont 6 Centres hospitaliers universitaires (CHU), 9 Centres hospitaliers régionaux (CHR), 46 Centres médicaux avec antennes chirurgicale (CMA), 83 centres médicaux, 2 126 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 87 dispensaires isolés, 8 maternités isolés, 183 infirmeries et 18 centres de santé militaires. Parmi ces structures 345 centres de santé sont fermés et 375 qui fonctionnent en service minimum du fait de la situation sécuritaire. Au niveau des districts sanitaires on dénombrait au total 2 705 lits contre 4 531 au niveau des centres hospitaliers. Pour ce qui concerne les équipements, nombreux sont vétustes, certains ne fonctionnent pas et pour ceux qui fonctionnent des problèmes de maintenance se posent. À titre d'exemple, l'hôpital public de la ville de Bobo-Dioulasso (CHU Souro SANOU) qui est la référence au niveau de la région des hauts bassins (population estimée à 2 238 375 en 2019)[19]voire de la zone de l'Ouest ne dispose pas d'Imagerie par résonance magnétique IRM (C'est un examen d'imagerie qui utilise des techniques permettant d'obtenir des images à partir de la résonance magnétique nucléaire), ni de salle de coronarographie (examen qui permet au cardiologue de visualiser les artères du cœur).

L'État et ses partenaires gagneraient à mobiliser les ressources pour améliorer l'offre de soins au lieu de mettre l'accent sur la motivation du personnel en premier lieu d'autant plus que les centres de santé qui ont atteint les meilleurs resultats pendant la mise en œuvre du FBR sont ceux qui étaient les mieux dotés en équipement et infrastructures avant le FBR (Filol et al., 2021). Comme nous l'avons dit plus haut, un soignant qui reçoit une prime supplémentaire ne soignera pas différemment un paludisme par rapport à un autre soignant qui ne reçoit pas de prime. Par contre, même si le soignant reçoit des primes il ne pourra pas prendre en charge un cas d'AVC (suspicion d'AVC) sans scanner. Un soignant qui est dans les bonnes conditions pour exercer son activité et qui reçoit de la reconnaissance peut trouver de la motivation dans son travail.

Cette étape nous paraît prioritaire avant la mise en œuvre de tous les autres programmes dans la course à la mise en œuvre de la CSU. La mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie

[19] « Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH,2019)

par exemple, sans une offre de soins conséquente au niveau des structures de soins publiques va entraîner un détournement des patients vers les structures privées conventionnées ou juste une sous-utilisation de la couverture santé avec un risque pour sa pérennisation. Cette situation a été documentée au Maroc où après la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) les bénéficiaires ont préféré se rendre dans les centres de santé privés que les structures publiques de soins (Heikel,2018). Le RAMED conçu pour permettre aux populations mêmes celles défavorisées d'avoir accès aux soins dans le publique a donc permis d'enrichir le secteur privé.

En outre, la catégorisation des centres de santé (classification) peut entraîner des effets pervers. Un centre de santé publique avec un mauvais classement peut faire « fuir » les patients qui vont se concentrer vers les centres de santé jugés de bonne qualité. Cette situation va entrainer une mauvaise répartition de la charge de travail dans les structures de santé.

4. L'approche participative dans l'élaboration des programmes de santé

Le FBR a fait l'objet de nombreuses tensions entre les experts en financement de la santé sur la scène internationale créant de ce fait un clivage avec la constitution de deux groupes que sont les « anti-FBR » et les « pro-FBR ». Ce clivage s'est fait sentir également au niveau local. Depuis la phase de conception jusqu'à sa mise en œuvre, certains acteurs du ministère de la santé étaient contre l'idéologie qui sous-tendait le FBR. Pour rappel, le mécanisme du FBR basé sur les incitations financières tire son origine de l'économie mainstream. Si pour les promoteurs du projet le FBR pouvait servir à reformer le système de santé, pour ses détracteurs, il s'agissait juste d'un mécanisme de paiement supplémentaire de primes. En outre, dans la mise en œuvre, le FBR s'est appuyé sur un noyau réduit d'acteurs qui étaient isolés des autres instances du ministère de la santé.

Le FBR n'a pas opté pour une approche participative au contraire, il s'est appuyé sur ce groupe d'acteurs ayant donc des intérêts en commun. Ce mode de fonctionnement a évidemment nuit à sa mise en œuvre d'autant plus que les acteurs concernés n'avaient pas le pouvoir politique nécessaire pour l'imposer à l'agenda national.

Nous recommandons donc une approche participative et intégrée en incluant tous les acteurs du système de santé. Ce qui implique un travail scientifique (non politique) derrière chaque projet. Il s'agit de convaincre par les preuves de l'utilité et de la pertinence d'un projet, un

programme ou une politique de santé. Ce qui va permettre la mise en œuvre de programmes avec des preuves avérées de leur efficacité et leur capacité de duplication (dans d'autre régions, pays, etc.) en tenant compte des contextes. Ce qui n'a pas été le cas du FBR dont l'efficacité était sujet à discussion (Witter et al., 2012). Il a été néanmoins mis en œuvre avant d'être suspendu par la suite sans avoir atteint les objectifs de départ fixés dans le manuel de mise en œuvre.

5. La fragmentation des programmes de santé

Le développement des méthodes incitatives dans le secteur de la santé en Afrique s'est fait dans les années 2000 avec la perspective de la mise en œuvre d'une couverture santé universelle. Au Burkina Faso, nous avons assisté à une multiplication de programmes dans la perspective de la mise en œuvre d'une CSU. Le FBR faisait partie au même titre que la gratuité des soins. Dans sa mise en œuvre, il ressort (des entretiens) que la gratuité a impacté négativement la mise en œuvre du FBR. Au-delà d'un conflit de leadership sur le plan opérationnel, il n'y a pas eu de complémentarité entre les deux programmes comme au Burundi (Falisse et al, 2014). La nécessité de fusionner l'aide dédiée aux programmes isolés avec une vision globale du système de santé a été soulignée par Moatti et ventelou (2009).

Il est donc nécessaire de planifier les programmes de santé sur plusieurs années pour éviter une accumulation de programme dans le temps avec parfois une absence de complémentarité. Pour le cas du Burkina Faso, le FBR a fait place à l'achat stratégique. Elle est présentée par certains acteurs comme la solution idéale prenant en compte ces deux programmes à savoir la gratuité des soins et l'incitation financière. Ce qui tend à faire croire que les leçons apprises du FBR ont été appliquées, ce qui n'est pas vraiment le cas.

Il existe différents programmes pour l'atteinte de la CSU dont certains impactent l'offre de soins (FBR et maintenant achat stratégique par exemple) et d'autre la demande de soins (la gratuité des soins et maintenant le régime d'assurance maladie qui est en cours). En considérant uniquement les deux derniers programmes on constate qu'il y'a une interférence entre les programmes. Initialement géré par le secrétariat technique (ST-CSU) au ministère de la santé, le programme de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes est en train d'être transféré à la CNAMU chargée de la mise en œuvre du RAMU. Ce qui constitue déjà un pas important pour la centralisation et la fusion des programmes dans un

souci d'efficacité et de transparence. Dans le cadre du RAMU, toutes les personnes domiciliées au Burkina Faso qui travaillent doivent cotiser obligatoirement pour pouvoir bénéficier des droits à l'exception des membres de la famille à charge et des indigents. Pourtant une femme qui travaille ou pas dans le cadre de la gratuité des soins actuelle bénéficie des soins gratuitement dans les structures publiques de santé sans avoir besoin de payer des frais d'adhésion ni de reste à charge contrairement à ce que le RAMU propose.

Au moment où nous menons notre enquête aucun cadre n'était prévu pour articuler ces différents aspects. L'alternative que nous proposons, est d'identifier d'abord les personnes indigentes. Ensuite, le budget dédié à la gratuité des soins pourra être utilisé pour payer les primes d'adhésion des personnes jugées vulnérables et ces dernières seront exemptées du paiement du ticket modérateur dans la recherche d'une certaine équité en santé.

L'exemple des mutuelles de santé communautaire peut également être évoqué. La gratuité des soins aurait impacté négativement l'adhésion de certains acteurs qui ont à leur charge des enfants de moins cinq ans. Ces acteurs jugeaient que payer alors que les soins étaient gratuits pour ses ayant droits au cas où ils tomberaient malades n'était pas efficient. Cette situation a fragilisé les mutuelles communautaires mettant en danger leur pérennité.

L'autre exemple frappant est le cas des mutuelles professionnelles et des assurances privées pour une catégorie de travailleurs. L'offre du secteur public de santé étant jugée insuffisante ou de « qualité inférieure », ces structures contractualisent avec les structures de santé privées essentiellement. Les adhérents qui paient déjà une prime d'adhésion à ces mutuelles ou assurances privées bénéficient de soins dans les centres de santé privées ou publiques. Ces mutuelles et assurances offrent déjà des soins d'une large gamme. La mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie obligatoire avec les assurances privées et les mutuelles comme complémentaires n'aura rien de complémentaire en pratique pour les adhérents puisqu'ils paieront en plus pour ce qu'ils ont déjà.

En somme, notre étude sur le FBR nous a poussé à nous intéresser à ses interactions avec les autres programmes mis en œuvre dans la perspective d'une CSU. Il ressort qu'il n'y a pas de complémentarité entre les programmes et malgré l'échec du cas du FBR nous constatons une diversité de programmes jouant sur l'offre et ou la demande avec une absence de complémentarité entre eux. Nous proposons qu'un recensement complet des programmes mis en œuvre dans le cadre de la CSU soit fait avec les textes juridiques qui encadrent leur mise en œuvre, le mode de fonctionnement, la prise en compte de la volonté des bénéficiaires afin de

créer un cadre de concertation qui va permettre de réfléchir sur les aspects qu'ils ont en commun. Ce qui va permettre d'anticiper sur un éventuel conflit.

6. Le choix des indicateurs et l'implication des bénéficiaires finaux

Pour l'évaluation des programmes ou politiques on s'appuie sur des indicateurs. Il s'agit d'outils conçus par les acteurs pour apprécier l'évolution du phénomène mesuré. Plusieurs caractéristiques doivent être pris en compte pour définir un bon indicateur. L'objectif final étant de mieux cerner le phénomène en limitant au maximum les biais. Classiquement un bon indicateur doit être facile à mesurer, pertinent par rapport au phénomène qu'on souhaite évaluer, facile à cerner et surtout robuste.

Dans le cas du FBR une série d'indicateur a été définie pour évaluer (comparer) les centres de santé selon la quantité et la qualité des soins.

Pour ce qui est de la qualité des soins, le concept reste difficile à définir et donc à mesurer à travers des indicateurs. Pour l'OMS, « la *qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Elle dépend des connaissances professionnelles fondées sur des bases factuelles. Les soins de qualité doivent être efficaces (reposer sur des bases factuelles et être dispensés à ceux qui en ont besoin) ; sûrs (éviter de porter préjudice à ceux qui en bénéficient), centrés sur la personne, c'est-à-dire correspondre aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque individu. Ces soins doivent également être dispensés en temps utile (réduction du délais), équitables (ne doit pas varier du statut du bénéficiaire), intégrés (l'ensemble des services de santé doivent être disponibles à toutes les étapes de la vie) et efficients* » (OMS, 2011). Cette définition ne prend en compte que l'aspect biomédical (technique) de la qualité des soins et ignore d'autres volets tout aussi importants mais qui restent difficiles à mesurer comme la relation médecin-patient (le temps de la consultation, la qualité de l'écoute, la relation de confiance etc.).

Dans le cas du FBR les indicateurs de qualité considérés se referaient plus à la qualité structurelle (présence de poubelles, de lave mains, etc.) qu'à la qualité technique des soins (respect des protocoles, normes etc.) ce qui n'est pas de nature à impacter directement l'état de santé des bénéficiaires. La qualité prend en compte ces différents aspects. Les évaluations du

FBR ont mis en cause la pertinence des indicateurs utilisés (Lohmann et al, 2022). Le paramètre qualité des soins reste l'aspect phare de l'achat stratégique mis en œuvre à la suite du FBR.

Il est donc important que l'aspect technique de la qualité des soins soit davantage pris en compte pour la mise en œuvre des méthodes de financement incitative ; mieux, cette définition de la qualité doit donner plus d'importance à la qualité perçue. Il s'agit d'impliquer d'avantage le bénéficiaire final (patient où la population) dans la définition de ces indicateurs de qualité. Il faut un processus démocratique préalable à la mise en place de tels instruments de mesure comme soutenu par Gadrey concernant les indicateurs de richesse (Gadrey, 2012).

Une bonne gestion des structures de santé passe par la prise en compte de la volonté des bénéficiaires finaux que sont la population de façon générale et les patients de façon spécifique. La mise en œuvre du FBR n'a pas accordé une place importante aux structures communautaires comme les COGES qui théoriquement étaient censés représenter les communautés dans la gestion des structures sanitaires d'où la nécessité d'élargir les parties prenantes actives.

Pour être complet, la qualité des soins doit prendre en compte d'autres aspects en plus du volet médico-technique. Si l'idée de la qualité des soins comme « production de normes » semble partagée par certains auteurs (Donahedian, 1983), d'autre remettent en cause sa pertinence ou son objectif (Da Silva, 2017). « La limitation de la qualité des soins à la production des standards techniques tend à extraire le patient d'une démarche dont il occupe le centre et à ignorer d'autres facteurs qui la déterminent » (Williamson, 2000). En effet, en plus de l'influence du contexte où sont produits les soins, la relation médecin-patient peut également intervenir.

Nous pensons que cela passe par la création et la reconnaissance légale des associations des patients et des OSC qui s'investissent dans le secteur de la santé. Qui de mieux pour juger la qualité du service de dialyse que le patient dialysé. Si ces associations peuvent servir de contre-pouvoir ou de partenaire (selon les circonstances) avec une reconnaissance officielle elles peuvent participer à la définition de la qualité dans les soins et dans la gestion. Il faudra veiller cependant à ce que ces instances ne soient pas « politisées » afin de défendre uniquement les intérêts (généraux) des patients et des bénéficiaires des programmes de façon générale. La prise en compte de l'expérience personnelle du patient dans le parcours de soins aurait émergé lors de la pandémie du VIH (Flora,2013). Les patients vont se constituer ainsi en collectif pour défendre leurs intérêts. Ce mouvement « a véritablement instauré la figure du patient actif et réformateur, désignant les insuffisances du système de santé pour faire face à de nouvelles

problématiques, participant aux processus d'organisation et au choix d'orientation en santé publique, et conférant aux associations de malades un rôle dans les politiques de traitement et l'usage des médicaments, faisant appel au soutien de l'opinion publique » (Jodelet, 2013). L'implication des patients avec l'appui de l'État (réglementation par des textes de loi) en France a permis à ces derniers de se constituer en acteurs ressources pour l'amélioration du système de santé (Mougeot et al,2002).

Conclusion

Ce chapitre nous a permis de souligner les limites constatées dans la mise en œuvre du FBR et de proposer des solutions concrètes. Le FBR a fait place à l'achat stratégique qui adopte les mêmes fondements conceptuels que le FBR. Les recommandations peuvent s'appliquer de façon générale aux politiques ou programmes de santé conçus, diffusés et mis en œuvre de la même façon. Ces recommandations sont le fruit de notre réflexion durant la conduite de la thèse mais aussi de la littérature et des entretiens que nous avons menés. En résumé, nos recommandations sont de six ordres :

- Un effort accru dans l'amélioration de l'offre de soins comme préalable : une approche basée sur la performance n'a de sens que si les centres de santé sont en capacité d'offrir les soins qui sont de leur ressort. L'expérience du FBR a démontré que les centres de santé qui avaient une offre de soins suffisante avant le FBR sont ceux qui ont pu profiter du dispositif.
- Mobiliser plus de moyens propres pour avoir une autonomie dans le choix, la mise en œuvre et assurer surtout la pérennité des programmes. Si le programmes est basé essentiellement sur une aide extérieure, sa pérennité est remise en cause. L'État doit pouvoir mobiliser des ressources propres sous forme de taxe sur certains produits ou services, d'impôts ou de cotisation sociales.
- Accroitre la participation des bénéficiaires dans la définition de la qualité et la gestion des structures de santé. La mise en œuvre des programmes de santé destinés aux populations doit mettre au centre les populations concernées. Elles doivent avoir un

regard sur la gestion des centres de santé, des programmes avec un avis éclairé et un droit reconnu par les autorités. Ils sont les premiers contrôleurs de l'efficacité des programmes.

- Promouvoir une approche participative dans la mise en œuvre des programmes incluant tous les acteurs. Il faut élargir les parties prenantes dans la mise en œuvre des programmes. Pour ce faire, il faut arriver à convaincre la majorité de la pertinence scientifique des programmes. Cela évitera la mise en œuvre et la diffusion de programmes sans preuves suffisantes de leur efficacité.
- Aligner l'aide au développement dans le secteur de la santé sur les priorités des États tout en créant un cadre de contrôle continu pour une bonne gestion des ressources. Il faut revenir à la déclaration de Paris de 2005 complétée par le programme d'action d'Accra de 2008 sur l'efficacité de l'aide. Pour ce faire les partenaires doivent s'engager à financer effectivement les programmes prioritaires des États et ces derniers doivent en retour s'engager à mettre en place un cadre qui permet une plus grande transparence dans la gestion des fonds alloués aux différents programmes en question. L'État doit prendre ses responsabilités.
- La fragmentation des programmes avec la multiplication des programmes dans le but de mettre en œuvre la CSU. Cela se traduit par la mise en œuvre de programmes qui ne sont pas parfois complémentaires voire incompatibles. Il est donc nécessaire de pouvoir faire une liste exhaustive de ces programmes et analyser les contenus de façon à éviter les conflits comme c'était le cas avec le FBR et la gratuité des soins.

Ces différentes recommandations s'adressent ainsi à l'État, aux acteurs du système de santé et aux partenaires techniques et financiers. En décidant de travailler sur ce sujet, notre objectif n'a jamais été de critiquer une stratégie au profit d'une autre mais de démontrer d'abord qu'il existe d'autres alternatives pour le Burkina Faso dans sa course à la CSU d'ici 2030. Il ne s'agit pas pour nous de réfléchir uniquement à comment adapter un modèle importé au contexte Burkinabè afin de suivre la tendance (les recommandations internationales) mais de réfléchir carrément sur la pertinence de ces modèles dans le contexte des pays du Sud en occurrence le Burkina – Faso pour ce qui nous concerne.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de notre thèse était d'analyser l'apport du FBR dans la mise en œuvre de la CSU au Burkina Faso. Après les OMD (2015) le pays s'est lancé avec l'accompagnement de ses partenaires dans une course pour l'atteinte des ODD 2030. Pour ce qui concerne le secteur de la santé, il s'agit de l'ODD3 qui se donne pour objectif d'offrir aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges. L'une des cibles importantes de cet ODD est la cible 3.8 : « Faire en sorte **que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle**, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ». La mise en œuvre de cette cible a fait l'objet d'une mobilisation internationale avec la mise en œuvre par l'OMS et ses partenaires de groupe de travail pour élaborer des documents, des stratégies et accompagner les États pour l'atteinte de la CSU. L'une des stratégies proposées à cet effet est l'introduction de nouvelles réformes dans le financement de la santé basées sur les méthodes incitatives.

Nous avons dans le cas du Burkina Faso l'achat stratégique (en cours d'expérimentation) et le FBR (qui a été suspendu). Il s'agit de la mise en œuvre du new public management au sein des structures de soins du Burkina Faso (classer les établissements de santé sur la base de leurs performances, comparer les centres de santé et payer selon le niveau de performance atteint). À l'issue de notre analyse nous arrivons à la conclusion que le FBR tel que mis en œuvre (associé à un composant équité et dans quinze districts) dans le contexte du Burkina Faso, n'a pas permis de mettre le pays sur les rails de la CSU. Il n'a pas amélioré de façon remarquable les indicateurs de santé et n'a pas permis une reforme structurante du système de santé comme évoqué au départ par les initiateurs de ce programme. Dans sa course à la CSU, le pays n'a pas utilisé les acquis du FBR. La ressource humaine (l'équipe de la cellule technique ST-FBR) qui a servi à la mise en œuvre du FBR n'a pas été mobilisée pour la mise en œuvre de l'achat stratégique par exemple qui fondamentalement se base sur les mêmes principes. La CNAMU chargée de la mise en œuvre du RAMU n'a pas également utilisé en pratique l'expérience du FBR pourtant les deux programmes utilisent des méthodes de contractualisation avec les prestataires, d'achat des soins et de vérification de la quantité et de la qualité des soins dispensés.

D'autre résultats secondaires apparaissent également à la suite de notre étude. Il ressort que le FBR était perçu en majorité comme un programme exogène, que pour sa mise en œuvre et sa

diffusion le FBR s'est appuyé sur un groupe d'acteur et la Banque mondiale qui a utilisé des stratégies comme les voyages d'étude, les formations et les séminaires. La Banque mondiale a joué un rôle important dans sa mise en œuvre et sa diffusion au Burkina Faso. Il y'a eu un manque d'appropriation du FBR par les décideurs politiques. Il ressort également de notre analyse que le FBR ne semble pas être une politique isolée mais la porte d'entrée d'une nouvelle idéologie dans la méthode de financement des services de santé dans les pays du Sud en occurrence au Burkina Faso (pour ce qui nous concerne).

Malgré l'échec du FBR dans sa capacité à reformer le système de santé nous assistons à la mise en œuvre d'un « nouveau mécanisme » de financement qui est l'achat stratégique. Il emprunte le même concept que le FBR et est promu par le même partenaire comme s'il s'agissait d'une fuite en avant.

Nous avons constaté cependant que certains acteurs très critiques vis-à-vis du FBR adhèrent au principe de l'achat stratégique puisqu'ils sont des acteurs clés de sa mise en œuvre. Soulevant ainsi la question de l'intérêt des acteurs conditionnant leur engagement dans la mise en œuvre ou non des programmes.

Rappels des éléments clés de la thèse

Le FBR a été promu par la Banque mondiale et les autres partenaires techniques et financiers en Afrique comme un moyen efficace pour préparer les systèmes de santé des États à la mise en œuvre de la CSU. Malgré le manque de preuves suffisantes (quantité et qualité des études) de son efficacité il a été diffusé dans plusieurs pays dont le Burkina Faso.

La première partie de la thèse portait sur l'évolution du financement de la santé au Burkina Faso des indépendances à nos jours. Cette partie a permis de mettre en évidence les différents programmes ou politiques majeurs de santé mis en œuvre au Burkina Faso des indépendances à nos jours. Il s'agit essentiellement de la gratuité des soins juste après les indépendances, de l'initiative de Bamako en 1987 adoptée par le pays en 1993 puis de la réintroduction des mécanismes d'exemption ciblée dans les années 2000. Ces programmes et politiques de santé ont été adoptés dans plusieurs pays Africains avec les mêmes partenaires techniques et financiers d'où l'expression « approche régionale » des politiques de santé. Ces différents programmes et politiques avaient en commun le financement des structures de santé par le budget global ou financement input du système de santé. Les centres de santé planifiaient les besoins en fonction des expériences antérieures et l'État avec les moyens disponibles les

finançait en mettant à leur disposition les intrants nécessaires pour produire des soins. Dans les années 2000 ce mode de financement fera l'objet de critiques par certains experts et la Banque mondiale va proposer une solution alternative qui est le FBR. Ce mode de financement sera mis en œuvre au Burkina Faso en 2011 pour la première fois. Il s'agira de payer désormais les prestataires de soins à la performance. Ils seront rémunérés en fonction de la quantité et de la qualité des actes qu'ils réaliseront. Cette partie a ainsi mis en évidence les différentes parties intervenant dans la mise en œuvre de ces programmes avec un rôle important joué par les partenaires techniques et financiers qui sous forme de recommandations aux États ont contribué à redessiner les politiques sanitaires de ces États. Le FBR étant un exemple concret de cette situation. Cette partie se compose de deux chapitres. Le premier chapitre nous a permis de situer ces différents programmes dans une perspective historique tout en soulignant les acteurs qui ont intervenu dans la mise en œuvre de ces programmes, les pays qui l'ont mis en œuvre, les raisons de la mise en œuvre et les resultats obtenus. Il permet de confirmer que le système de santé a fait l'objet de nombreux changements avec parfois un empilement de programmes ou politiques de santé. Le deuxième chapitre qui vient à la suite fait un focus sur le programme de paiement à la performance qui est le FBR. Il va permettre d'expliquer le FBR depuis son origine, sa diffusion sur le continent, sa mise en œuvre au Burkina Faso et les acteurs impliqués.

Le chapitre 1 nous a permis de refaire l'historique du financement de la santé au Burkina Faso. Il était question de revisiter les orientations en matière de financement de la santé depuis les indépendances à nos jours. Le pays est passé ainsi de la gratuité des soins après les indépendances à l'initiative de Bamako introduite en 1993 (six ans après son adoption à Bamako en 1987 face à la situation économique du moment). Pour certains observateurs en matière d'accès aux soins, le pays (comme d'autres pays en Afrique) est passé de la santé pour tous à la santé pour chacun. Cela va se traduire par une difficulté d'accès aux soins pour les plus pauvres avec une altération de leurs états de santé. Ce qui va se caractériser par des mauvais indicateurs de santé. Pour y remédier, les années 2000 verront les politiques de gratuité de soins se multipliées en faveur des catégories de personnes jugées vulnérables (femmes et enfants) ou pour la prise en charge de certaines pathologies spécifiques (paludisme, tuberculose, VIH, etc.). Dans les années 2010, nous allons assister à un nouveau virage opéré dans le financement de la santé avec la mise en œuvre de programmes de financement de la santé basé sur le paiement à l'acte ou à la performance. Cela s'est traduit par la mise en œuvre du FBR et de l'achat stratégique (en cours). Ce chapitre nous a permis aussi et surtout d'analyser le rôle des

partenaires techniques et financiers dans les choix opérés par le pays en matière de financement de la santé.

Le chapitre 2 nous a permis de présenter le programme qui fait l'objet de notre étude en occurrence le FBR. Nous avons pu définir le FBR, comprendre son mode de fonctionnement et les acteurs qui interviennent dans sa mise en œuvre. Nous avons pu constater qu'il s'agit d'un mécanisme de paiement à la performance qui fonctionne sur la base d'un nœud de contrat de performance entre les différents acteurs. Ce chapitre a permis de comprendre la méthode utilisée pour le choix des districts (indicateurs de santé, nombre de centre de santé, situation économique, etc.).

Nous avons pu dénombrer quatre types de FBR mis en œuvre au Burkina Faso. La mise en œuvre de ce projet s'est faite parallèlement à l'organigramme du ministère de la santé et a été portée essentiellement par des acteurs qui avaient des intérêts communs. Il s'agit des membres de la cellule technique, de la Banque mondiale, le PADS, les ACV, les consultants, les ONG et les cabinets d'expertise privés. Cette situation explique en partie la difficulté rencontrée pour fusionner le FBR et la gratuité des soins mis en œuvre en 2016 par l'État. Le problème d'organisation, le manque d'appropriation par les politiques et les resultats insuffisants lors de l'évaluation à grande échelle ont fini par avoir raison du FBR en Juin 2018 après sept ans de mise en œuvre.

La deuxième partie 2 nous a permis de faire un examen des travaux sur le FBR et la CSU en Afrique. Elle nous a permis ainsi d'avoir une idée précise sur les travaux qui ont été menés sur le FBR et la CSU. Nous avons pu ainsi faire un état de la littérature sur les aspects du FBR qui font l'objet d'évaluation et isoler les items ou indicateurs pertinents en rapport avec notre sujet de thèse. Ce qui nous a permis de pouvoir affiner notre fiche d'enquête et de pouvoir tester notre hypothèse de départ. Cette partie a été également le cadre pour justifier notre choix théorique. Nous avons pu démontrer que le système de santé peut être considéré comme une organisation et le FBR comme une institution au sens de North (1990). Le FBR est un ensemble de règles qui régule les interactions entre les acteurs du système de santé. Il a été introduit après une série de changement au sein du système de santé. Cette conceptualisation du FBR nous a permis d'opter pour le changement institutionnel comme cadre théorique. Nous avons détaillé les différentes approches utilisées pour expliquer le changement institutionnel, les mécanismes du changement institutionnel et comment on apprécie les resultats du changement institutionnel. Ce tryptique causes, mécanismes et resultats du changement institutionnel a servi

de cadre conceptuel pour la suite de nos travaux. Ce cadre a servi de guide pour la partie empirique qui est la partie 3. Cette partie comprend deux chapitres :

Le chapitre 3 nous a permis de faire un tour d'horizon de la question et de voir l'état de mise en œuvre du FBR dans les différents pays en Afrique de même que la CSU. Il ressort que le FBR dans de nombreux pays a été proposé et diffusé par des partenaires techniques et financiers, mis en œuvre souvent par un groupe d'acteur ayant des intérêts communs entrainant parfois des problèmes d'appropriation par les pouvoirs politiques avec des resultats mitigés.

Pour ce qui est de la CSU, il ressort que les pays du Sud qui sont avancés dans la mise en œuvre ont fait face à des difficultés de plusieurs ordres. Il s'agit en occurrence des difficultés de mobilisation des ressources, d'achat des soins (séparation des fonctions, transparence) et l'offre de soins insuffisante. Il existe une diversité d'option pour la mise en œuvre de la CSU. Si certains pays ont opté pour la mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie d'autres ont préféré une extension des mutuelles de santé. Ces différentes sources nous ont permis d'élaborer notre questionnaire qui a servi de guide pour le travail.

Le chapitre 4 nous a permis de construire un cadre conceptuel qui dessine l'architecture de notre travail. En décidant de considérer le changement institutionnel nous avons considéré le FBR comme une institution formelle. Les théories sur le changement institutionnel avec les approches théoriques sur les causes, mécanismes et les résultats du changement institutionnel nous permettent de cerner les causes du changement au profit du FBR, les mécanismes adoptés pour sa mise en œuvre (diffusion) de même que les résultats obtenus.

Il souligne ainsi le rôle des entrepreneurs institutionnels dans la mise en œuvre du FBR et la schématisation de cette interaction entre les acteurs clés sous la forme d'un rapport de pouvoir. Le changement dans cette logique serait le fruit de la volonté des gagnants qui adoptent le changement quand ils trouvent qu'il est à leur faveur. Pour ce qui concerne les causes, il s'agit essentiellement d'une variation des facteurs externes voire internes qui peut déclencher la procédure de changement.

La troisième partie nous a servi de phase pratique. Elle a été l'occasion pour nous de présenter en détails la méthodologie que nous avons choisi pour conduire cette étude de terrain. Nous avons effectivement opté pour une étude qualitative auprès des acteurs clés du système de santé et du FBR au Burkina Faso. Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné de façon à prendre en compte les différentes parties prenantes. Ces entretiens ont été conduites grâce à un guide

d'entretien élaboré après la revue de la littérature de façon à tester nos hypothèses de départ. Les resultats obtenus ont fait l'objet de discussion. Ce travail de terrain a permis de confirmer nos hypothèses de départ et nous a permis de faire des recommandations pour les autres programmes mis en œuvre dans le même registre. Ces recommandations sont de six ordres et s'adressent aux acteurs du système de santé, à l'État de même qu'aux partenaires techniques et financiers. Cette partie comprend également deux chapitres. Le chapitre 5 fait le résumé des principaux resultats obtenus et le chapitre 6 fait le résumé des différentes recommandations.

Le chapitre 5 fait la synthèse des résultats des entretiens que nous avons menés auprès des personnes ressources qui ont participé à une des phases de la mise en œuvre du FBR ou qui ont une connaissance du système de santé en tant qu'acteurs ou chercheurs. Il fait la synthèse des réponses apportées par les quinze (15) personnes interrogées. Il ressort globalement que le FBR était perçu comme un programme qui devait aider le système de santé à atteindre les ODD en rapport avec la santé (ODD3). Il était néanmoins perçu comme un projet exogène porté essentiellement par la Banque mondiale. Sa mise en œuvre était l'œuvre d'un groupe d'acteurs sans une réelle implication des acteurs du ministère de la santé. Cela s'est traduit par le fonctionnement en parallèle de la cellule technique FBR par rapport à l'organigramme du ministère de la santé. L'étape préalable à sa mise en œuvre a été marquée par une phase de séduction du bailleur avec des voyages d'étude et des séminaires financés. Les résultats sont interprétés différemment selon la situation des acteurs interrogés. Son impact sur les indicateurs de santé était jugé nuancé mais globalement il était en deçà des attentes. Certains acteurs soulignent son apport dans l'organisation des soins et l'expérience acquise dans sa mise en œuvre qui sont des aspects difficiles à évaluer. Pour ces derniers il ne faut pas jeter le bébé et l'eau du bain. Le problème ne serait pas le FBR mais sa mise en œuvre. La majorité reconnaissent néanmoins son effet très limité sur les indicateurs finaux et jugent que le FBR n'a pas permis de mettre le pays sur les rails de la CSU.

Si le pays garde sa singularité avec l'instabilité politique (changement de ministre de la santé presque chaque une année et demie) et sécuritaire (pouvant avoir un impact sur l'accès aux services de santé, la santé des populations déplacées et surtout le budget du ministère de la santé qui peut être revu à la baisse au profit du ministère des armées et de la défense) nous avons constaté néanmoins des similitudes avec d'autres pays qui l'ont mis en œuvre également. Il s'agit du mode d'introduction marqué par le rôle des partenaires techniques et financiers, du

manque d'appropriation par les politiques avec pour conséquence l'arrêt de la politique. Tel était le cas au Benin et au Tchad.

Le chapitre 6 nous a permis de faire des recommandations pour améliorer la situation après le constat que nous avons dressé précédemment. Ces recommandations ont été résumées en cinq points à savoir :

- Un effort accru dans l'amélioration de l'offre de soins comme préalable : une approche basée sur la performance n'a de sens que si les centres de santé sont en capacité d'offrir les soins qui sont de leur ressort.

- Mobiliser plus de moyens propres pour avoir une autonomie dans le choix, la mise en œuvre et assurer surtout la pérennité des programmes.

- Accroitre la participation des bénéficiaires dans la définition de la qualité et la gestion des structures de santé.

- Promouvoir une approche participative dans la mise en œuvre des programmes incluant tous les acteurs.

- Aligner l'aide au développement dans le secteur de la santé sur les priorités des États tout en créant un cadre de contrôle continu pour une bonne gestion des ressources.

- Eviter la fragmentation des programmes de santé qui aboutit à une forme d'empilement de ces programmes dans le temps.

Perspectives

Nous avons pu tout au long de la thèse, en prenant le cas spécifique du FBR, démontrer les limites de l'approche basée sur les incitations dans le contexte du Burkina Faso. Il s'agit vraisemblablement d'un phénomène de mode avec une cadence dictée par les institutions internationales. La prise en compte des réalités locales doit permettre au pays de revoir ses priorités et de chercher à aligner l'aide au développement apportée sous diverses formes au secteur de la santé sur ses priorités et non l'inverse. Si nous avons abordé ce volet en prenant le cas du FBR, de nombreuses questions demeurent et n'apparaissent qu'en partie dans la thèse. Ces questions en suspens constituent autant de futures perspectives de recherche qui méritent d'être explorées. Parmi ces différentes pistes, nous avons retenu de manière non exhaustive, trois qui nous tiennent à cœur et qui nous semblent importantes pour cerner d'avantage

l'introduction de ces outils dans le secteur du financement des pays du Sud de façon générale et du Burkina Faso de façon spécifique.

-La première concerne un problème récurrent qui a été soulevé par les personnes enquêtées durant la thèse. Il s'agit des effets pervers du financement à la performance qui peut revêtir plusieurs formes :

- La maximisation des actes rentables au dépend des autres actes qui sont délaissés par les prestataires.
- Le remplissage des supports pour des actes non réalisés car le contrôle communautaire (au sein de la communauté) est fait de façon aléatoire et non systématique.
- La bonne tenue des équipements et des supports au moment des contrôles, ce qui ne correspond pas à la situation au quotidien.
- La certification des établissements afin de faire la différence entre les établissements de bonne qualité et les établissements de mauvaise qualité peut entrainer une baisse de fréquentation au sein des établissements de mauvaise qualité au profit des établissements de bonne qualité (surcharge). Ce qui peut poser un problème pour la prise en charge des patients.

Des stratégies ont été proposées pour contrer ces pratiques en occurrence les contrôles par des structures indépendantes, les enquêtes auprès des populations bénéficiaires de façon systématique, etc. Ces méthodes en plus d'être coûteuses s'avèrent également insuffisantes. Il serait donc important de s'attarder sur ces effets pervers pour estimer son impact sur les soins, son coût de même que l'efficacité des mécanismes de contrôle qui ont été mis en place.

-La deuxième piste est en rapport avec la fragmentation des programmes mis en œuvre dans le cadre de la course vers la CSU. Durant notre étude nous avons pu constater qu'il n'y a pas de complémentarité entre tous ces programmes et certains sont opposables. Comme nous avons pu démontrer dans le chapitre sur la présentation du Burkina Faso, la gratuité des soins a eu un impact sur l'adhésion aux mutuelles communautaires d'une part et sur le FBR d'autre part. En plus, la mise en œuvre du RAMU va poser certainement un problème avec les assurances privées et les mutuelles professionnelles. Il sera demandé aux adhérents de ces structures qui sont souvent bien couvert (entre 80 à 100%) avec une offre de soins large dans les structures privées de soins qui offrent une qualité structurelle meilleure (par rapport aux structures publiques) de payer pour adhérer au RAMU et d'utiliser leur couverture actuelle pour le volet complémentaire. Le RAMU se base sur les structures publiques de soins alors que les

complémentaires sont plus sur le secteur privé. Ce qui va poser un vrai problème de complémentarité. Il est donc important qu'on puisse recenser les types de couverture qui existent et faire une étude sur les fondements juridiques de ces structures, le mode de fonctionnement, la complémentarité possible et de proposer des solutions.

-La troisième piste fait référence à l'aide au développement dans le secteur de la santé. Il s'agit en pratique de la contribution des partenaires techniques et financiers au ministère de la santé. L'influence des PTF dans la mise en œuvre des programmes de santé a été soulevée par plusieurs personnes interviewées. En plus, le fait de porter les programmes conçus au préalable amène parfois à une multiplication de programmes dans certaines zones (choisies par les bailleurs) alors que d'autres zones où le besoin se fait sentir peuvent ne pas en disposer. En Mai 2023, le ministère de la santé s'est engagé dans un processus d'alignement de l'aide avec les PTF. Il s'agit d'harmoniser les aides apportées au ministère de la santé et de les aligner sur les priorités de l'État comme recommandé par les déclarations de Paris et de Ghana sur l'efficacité de l'aide au développement. Ce qui va permettre une bonne répartition des programmes sur le territoire et une bonne appropriation par l'Etat.

Ce choix audacieux s'il vient à être adopté effectivement va remettre en cause le rapport de pouvoir existant entre les acteurs. Les PTF devront mettre leur apport dans un pot commun et le gouvernement va orienter selon les priorités du ministère de la santé. Les PTF dans ce cas peuvent perdre leur influence et leur autorité sur la conception ou la mise en œuvre des programmes qu'ils financent au profit de l'État, ce qui n'est pas évident. Il serait intéressant également de pouvoir explorer davantage cette nouvelle réorganisation et d'analyser les implications que cela engendre des deux côtés (PTF et ministère de la santé).

En mobilisant le champ du changement institutionnel nous avons pu démontrer comment les programmes de santé sont introduits dans le système de santé des pays du sud. Ces programmes sont souvent portés par les partenaires techniques et financiers avec un agenda propre. Ces programmes sont également portés par des entrepreneurs institutionnels nationaux et internationaux. Ces derniers interviennent soit dans la conception, la diffusion et ou la mise en œuvre. Cela se traduit souvent par un manque d'appropriation et un échec des programmes. En prenant le cas du FBR, nous avons ainsi pu démontrer étape par étape comment il a été conçu et mis en œuvre. Cela s'est traduit également par un échec dans la mesure où le changement caractérisé par l'introduction du FBR n'a pas permis d'améliorer le système de santé comme prévu par les concepteurs. Cet échec s'est traduit par l'incapacité du FBR à mettre le pays sur

les rails de la CSU avec des reformes structurantes du système de santé au Burkina Faso. Ces situations ont abouti à l'arrêt du FBR avant même sa phase d'extension à l'échelle nationale.

Bibliographie

Abdulmalik, J., Olayiwola, S., Docrat, S., Lund, C., Chisholm, D., & Gureje, O. (2019). Sustainable financing mechanisms for strengthening mental health systems in Nigeria. *International Journal of Mental Health Systems*, *13*, 38. https://doi.org/10.1186/s13033-019-0293-8

Acemoglu, D., Johnson, S., & Robinson, J. (2002). Reversal of Fortune : Geography and Institutions in the Making of the Modern World Income Distribution. *The Quarterly Journal of Economics*, *117*(4), 1231-1294.

Acemoglu, D., Johnson, S., & Robinson, J. A. (2001). The Colonial Origins of Comparative Development : An Empirical Investigation. *American Economic Review*, *91*(5), 1369-1401. https://doi.org/10.1257/aer.91.5.1369

Acemoglu, D., Johnson, S., Robinson, J., & Thaicharoen, Y. (2003). Institutional causes, macroeconomic symptoms : Volatility, crises and growth. *Journal of Monetary Economics*, *50*(1), 49-123.

Aikins, M., Tabong, P. T.-N., Salari, P., Tediosi, F., Asenso-Boadi, F. M., & Akweongo, P. (2021). Positioning the National Health Insurance for financial sustainability and Universal Health Coverage in Ghana : A qualitative study among key stakeholders. *PLoS ONE*, *16*(6), e0253109. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253109

Alesina, A., Devleeschauwer, A., Easterly, W., Kurlat, S., & Wacziarg, R. (2003). Fractionalization. *Journal of Economic Growth*, *8*(2), 155-194.

Ambassade (Mali), P.-B. (1999). *L'évolution du système de santé au Mali depuis l'initiative de Bamako : Contribution des projets 1987-1999*. Ambassade royale des Pays-Bas.

Anthony Giddens. (2012). *La constitution de la société Éléments de la théorie de la structuration*. Paris, Presses universitaires de France.

Appel, I., Lohmann, J., De Allegri, M., Koulidiati, J.-L., Somda, S., Robyn, P. J., Badolo, H., & Brenner, S. (2023). Improving the readiness and clinical quality of antenatal care—Findings from a quasi-experimental evaluation of a performance-based financing scheme in Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *23*(1), 352.

Aregbeshola, B. S. (2018). A Tax-based, Noncontributory, Health-Financing System Can Accelerate Progress toward Universal Health Coverage in Nigeria. *MEDICC Review*, *20*(4), 40-45. https://doi.org/10.37757/MR2018.V20.N4.9

Arnault, C. (2001). Didier Fassin, Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises. *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, *160*, Article 160. https://doi.org/10.4000/lhomme.7751

Arthur, W. B. (1989). Competing Technologies, Increasing Returns, and Lock-In by Historical Events. *The Economic Journal*, *99*(394), 116-131. https://doi.org/10.2307/2234208

Ataguba, J. E., & McIntyre, D. (2018). The incidence of health financing in South Africa : Findings from a recent data set. *Health Economics, Policy, and Law*, *13*(1), 68-91. https://doi.org/10.1017/S1744133117000196

Audibert, M., & Mathonnat, J. (2000). Cost recovery in Mauritania : Initial lessons. *Health Policy and Planning*, *15*(1), 66-75. https://doi.org/10.1093/heapol/15.1.66

Azam, J.-P., & Laffont, J.-J. (2003). Contracting for aid. *Journal of Development Economics*, *70*(1), 25-58.

Azétsop, J. (2020). Développement, Conditions Sociales et Santé de la Population en Afrique Sub-Saharienne. *African Sociological Review / Revue Africaine de Sociologie*, *24*(2), 25-50.

Baine, S. O., Kakama, A., & Mugume, M. (2018). Development of the Kisiizi hospital health insurance scheme : Lessons learned and implications for universal health coverage. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 455. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3266-8

Banfield, E. C. (1958). *The moral basis of a backward society*. Glencoe, Ill., Free Press; [Chicago] Research Center in Economic Development and Cultural Change, University of Chicago. http://archive.org/details/moralbasisofback00banf

Banque mondiale. (2014). *Une Approche plus Intelligente pour Davantage de Services de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile de Meilleure Qualité | RBF Health*. https://www.rbfhealth.org/resource/une-approche-plus-intelligente-pour-davantage-de-services-de-sant%C3%A9-reproductive-maternelle

Barasa, E., Rogo, K., Mwaura, N., & Chuma, J. (2018). Kenya National Hospital Insurance Fund Reforms : Implications and Lessons for Universal Health Coverage. *Health Systems and Reform*, *4*(4), 346-361. https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1513267

Basenya, O., Manassé Nimpagaritse, François Busogoro, Juvénal Ndayishimiye, Canut Nkunzimana, Gérard Ntahimpereye, Michel Bossuyt, Juma Ndereye, & Léonard

Ntakarutimana. (2011). *Le Financement Basé sur la Performance Comme Stratégie pour Améliorer la Mise en Œuvre de la Gratuité des Soins : Premières Leçons de L'expérience du Burundi*. Working Paper - PBF CoP. http://www.multicountrypbfnetwork.org/artiburundi.pdf

Batifoulier, P., & Domin, J.-P. (2015). Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, *17*, Article 17. https://doi.org/10.4000/regulation.11361

Batifoulier, P., & Guillemette, deLarquier. (2001). De la convention et de ses usages. *hal-01591785*, 26.

Batifoulier, P., & LARQUIER, G. (2005). *« Peut-on suivre de mauvaises conventions ? Coordination et Pareto-optimalité ». tome LVIII*,(1), 5-32.

Bazzoli, L., & Dutraive, V. (2002). L'entreprise comme organisation et comme institution. *Économie et institutions*, *1*, Article 1. https://doi.org/10.4000/ei.704

Bergman, R., Forsberg, B. C., & Sundewall, J. (2021). Results-Based Financing for Health : A Case Study of Knowledge and Perceptions Among Stakeholders in a Donor-Funded Program in Zambia. *Global Health: Science and Practice*, *9*(4), 936-947. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00463

Bertone, M. P., Falisse, J.-B., Russo, G., & Witter, S. (2018). Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. Plos one, *13*(4), e0195301. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195301

Bidiasse, H. (2017). La théorie de l'agence et la concession des services publics : Le cas des chemins de fer camerounais. Mondes en développement, 177(1), 121 137. https://doi.org/10.3917/med.177.0121.

Billaudot, B. (2004). Institutionnalisme(s), rationalisme et structuralisme en science sociale. *Économie et Institutions*, *4*, 5-50. https://doi.org/10.4000/ei.791

Binyaruka, P., & Borghi, J. (2017). Improving quality of care through payment for performance : Examining effects on the availability and stock-out of essential medical commodities in Tanzania. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, *22*(1), 92-102. https://doi.org/10.1111/tmi.12809

Blaise, P., Kegels, G., & van lerberghe, W. (1997). Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, *5*.

Blas, E., & Limbambala, M. (2001). User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia. *Health Policy and Planning*, *16 Suppl 2*, 19-28. https://doi.org/10.1093/heapol/16.suppl_2.19

Bodart, C., Servais, G., Mohamed, Y. L., & Schmidt-Ehry, B. (2001). The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, *16*(1), 74-86. https://doi.org/10.1093/heapol/16.1.74

Boidin, B. (2012). Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : Les leçons de l'expérience sénégalaise. *Économie publique/Public economics*, *28-29*, Article 28-29. https://doi.org/10.4000/economiepublique.8820

Boidin, B. (2018). Une couverture santé universelle sans politique intégrée de la santé est-elle possible en Afrique ? *Revue francaise des affaires sociales*, *1*, 85-105.

Boidin, J. A. et B. (2021). *Les mutuelles de santé communautaires au Sénégal : Une forme d'économie sociale et solidaire?* https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/15-les-mutuelles-de-sante-communautaire-au-senegal-une-forme-specifique-deconomie-sociale-et-solidaire/

Bonny, Y., Demailly L (2016) (Éds.), *L'institution plurielle*. Presses universitaires du Septentrion. http://books.openedition.org/septentrion/9596

Borghi, J., Little, R., Binyaruka, P., Patouillard, E., & Kuwawenaruwa, A. (2015). In Tanzania, the many costs of pay-for-performance leave open to debate whether the strategy is cost-effective. *Health Affairs (Project Hope)*, *34*(3), 406-414. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0608

Bouyer Jean, Hémon Denis, Cordier Sylvaine, Derriennic Francis, Stûcker Isabelle, STENGEL Bénédicte, CLAVEL Jacqueline. (2009). *Épidémiologie Principes et méthodes quantitatives* (Tec Et Doc / Em Inter / Lavoisier). https://www.lavoisier.fr/livre/medecine/epidemiologie/bouyer/descriptif-9782743011673

Bowling, A. (2002). *Research methods in health : Investigating health and health services. 2nd edition*. Open University. https://eprints.soton.ac.uk/334684/

Boyer, R. (2003). Abstract. *Cahiers d'economie Politique*, *44*(1), 79-101.

Brenner, S., Mazalale, J., Wilhelm, D., Nesbitt, R. C., Lohela, T. J., Chinkhumba, J., Lohmann, J., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2018a). Impact of results-based financing on effective obstetric care coverage : Evidence from a quasi-experimental study in Malawi. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 791. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3589-5

Brenner, S., Mazalale, J., Wilhelm, D., Nesbitt, R. C., Lohela, T. J., Chinkhumba, J., Lohmann, J., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2018b). Impact of results-based financing on effective obstetric care coverage : Evidence from a quasi-experimental study in Malawi. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 791. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3589-5

Brette, O. (2021). Introduction à Thorstein Veblen, Alice Le Goff. Paris, La Découverte, Collection Repères, 2019. *Revue de philosophie économique*, *22*(2), 203-217. https://doi.org/10.3917/rpec.222.0203

Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. *American Journal of Public Health*, *96*(1), 62-72. https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831

Brunet-Jailly, J. (1997). *Innover dans les systèmes de santé : Expériences d'Afrique de l'Ouest*. Éd. Karthala.

BUGUET, C. (2023,). *Burkina Faso : Entre juin et juillet, les actions de l'UNICEF cibleront 5 millions de personnes*. UNICEF. https://www.unicef.fr/article/burkina-faso-entre-juin-et-juillet-lunicef-viendra-en-aide-a-5-millions-de-personnes/

Burghardt, R. (2018). Generalization of the de Sitter Cosmos. *Journal of Modern Physics*, *09*(04), 685-700. https://doi.org/10.4236/jmp.2018.94047

Caffin, J.-H. (2018b). *L'aide au développement et le financement basé sur la performance : Quelle performativité? : Analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la Banque Mondiale et l'USAID: étude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal* .Gestion et management, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02336956

Callon, M., & Ferrary, M. (2006). Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies pratiques*, *13*(2), 37-44.

Chabaud Didier, Parthenay Claude, PEREZ Yannick. (2004). North versus Williamson ? Oppositions et complémentarités dans la Nouvelle Economie Institutionnelle. *Working Paper GRJM*.

Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage : Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, *106*, 87-98. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.023

Chemouni, B. (2021). *Les dynamiques politiques et couverture de santé universelle : Pouvoir, idées et mutuelles de santé communautaires au Rwanda*. https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/6-dynamiques-politiques-et-couverture-sante-universelle-pouvoir-idees-et-mutuelles-de-sante-communautaires-au-rwanda/

Chi, Y.-L., Gad, M., Bauhoff, S., Chalkidou, K., Megiddo, I., Ruiz, F., & Smith, P. (2018). Mind the costs, too : Towards better cost-effectiveness analyses of PBF programmes. *BMJ Global Health*, *3*(5), e000994. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000994

Chimhutu, V., Tjomsland, M., & Mrisho, M. (2019). Experiences of care in the context of payment for performance (P4P) in Tanzania. *Globalization and Health*, *15*, 59. https://doi.org/10.1186/s12992-019-0503-9

Chimhutu, V., Tjomsland, M., Songstad, N. G., Mrisho, M., & Moland, K. M. (2015). Introducing payment for performance in the health sector of Tanzania- the policy process. *Globalization and Health*, *11*(1), 38. https://doi.org/10.1186/s12992-015-0125-9

Chinkhumba, J., De Allegri, M., Brenner, S., Muula, A., & Robberstad, B. (2020). The cost-effectiveness of using results-based financing to reduce maternal and perinatal mortality in Malawi. *BMJ Global Health*, *5*(5), e002260. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002260

Chong, A., & Gradstein, M. (2004). Inequality and Institutions. *Research Department Publications*, Article 4361. https://ideas.repec.org//p/idb/wpaper/4361.html

Chuma, J., & Okungu, V. (2011). Viewing the Kenyan health system through an equity lens : Implications for universal coverage. *International Journal for Equity in Health*, *10*(1), 22. https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-22

Cleveland, E. C., Dahn, B. T., Lincoln, T. M., Safer, M., Podesta, M., & Bradley, E. (2011). Introducing health facility accreditation in Liberia. *Global Public Health*, *6*(3), 271-282. https://doi.org/10.1080/17441692.2010.489052

Coase, R. H., Gillis, X., & Bourreau, M. (1987). La nature de la firme. *Revue française d'économie*, *2*(1), 133-163. https://doi.org/10.3406/rfeco.1987.1132

Collier, P. (2001). Implications of ethnic diversity. *Economic Policy*, *16*(32), 128-166. https://doi.org/10.1111/1468-0327.00072

Commons, J. R. (1899). A Sociological View of Sovereignty. I. *American Journal of Sociology*, *5*(1), 1-15. https://doi.org/10.1086/210864

Commons, J. R. (1931). Institutional Economics. *History of Economic Thought Articles*, *21*, 648-657

Coriat, B., & Weinstein, O. (2004). Institutions, échanges et marchés. Revue d'économie industrielle, 107(1), 37 62. https://doi.org/10.3406/rei.2004.3047

Couverture sanitaire universelle. (s. d.-a). Consulté 20 avril 2022, à l'adresse https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Craig, P., Ruggiero, E. D., Frohlich, K. L., Mykhalovskiy, E., White, M., alphabetically), on behalf of the C. I. of H. R. (CIHR)-N. I. for H. R. (NIHR) C. G. A. G. (listed, Craig, P., Ruggiero, E. D., Frohlich, K. L., Mykhalovskiy, E., White, M., alphabetically), on behalf of the C. I. of H. R. (CIHR)-N. I. for H. R. (NIHR) C. G. A. G. (listed, Campbell, R., Cummins, S., Edwards, N., Hunt, K., Kee, F., Loppie, C., Moore, L., … Wight, D. (2018). *Taking account of context in population health intervention research : Guidance for producers, users and funders of research*. NIHR Journals Library.

Da Silva, N. (2013). Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. *Revue du MAUSS*, *41*(1), 93-108. https://doi.org/10.3917/rdm.041.0093

Da Silva, N. (2017). Quantifier la qualité des soins. Une critique de la rationalisation de la médecine libérale française. *Revue Française de Socio-Économie*, *19*(2), 111-130. https://doi.org/10.3917/rfse.019.0111

Dalinjong, P. A., Wang, A. Y., & Homer, C. S. E. (2017). The operations of the free maternal care policy and out of pocket payments during childbirth in rural Northern Ghana. *Health Economics Review*, *7*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s13561-017-0180-4

Daudigeos Thibault, Valiorguev Bertrand. (2009). « L'apport de la théorie des conventions à la théorie néo- institutionnelle des organisations ». sans éd

David, P. A. (1985). Clio and the Economics of QWERTY. *The American Economic Review*, *75*(2), 332-337.

De Allegri, M., Hien, H., & Robyn, P. J. (s. d.). *Results-Based Financing Impact Evaluation Health Facility 2017, Endline Survey* [jeu de données]. World Bank, Development Data Group. https://doi.org/10.48529/01GP-GM52

Del Corso, J.-P., & Képhaliacos, C. (2013). Trans-actions discursives et changement institutionnel pour le développement durable. *Économie et institutions*, *17*, Article 17. https://doi.org/10.4000/ei.456

Demailly, L., Giuliani, F., & Maroy, C. (2019). Le changement institutionnel : Processus et acteurs. *SociologieS*. https://journals.openedition.org/sociologies/9999

Demissie, B., & Gutema Negeri, K. (2020). Effect of Community-Based Health Insurance on Utilization of Outpatient Health Care Services in Southern Ethiopia : A Comparative Cross-Sectional Study. *Risk Management and Healthcare Policy*, *13*, 141-153. https://doi.org/10.2147/RMHP.S215836

Demsetz, H. (1974). Toward a Theory of Property Rights. In C. Gopalakrishnan (Éd.), *Classic Papers in Natural Resource Economics* (p. 163-177). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230523210_9

Dequech, D. (2007). Neoclassical, mainstream, orthodox, and heterodox economics. *Journal of Post Keynesian Economics*, *30*, 279-302. https://doi.org/10.2753/PKE0160-3477300207

Dieleman, J. L., Sadat, N., Chang, A. Y., Fullman, N., Abbafati, C., Acharya, P., Adou, A. K., Ahmad Kiadaliri, A., Alam, K., Alizadeh-Navaei, R., Alkerwi, A., Ammar, W., Antonio, C. A. T., Aremu, O., Asgedom, S. W., Atey, T. M., Avila-Burgos, L., Ayer, R., Badali, H., … Murray, C. J. L. (2018). Trends in future health financing and coverage : Future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *The Lancet*, *391*(10132), 1783-1798. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30697-4

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, *48*(2), 147-160. https://doi.org/10.2307/2095101

Director, U. E. (1996). *Implementation plan of the health strategy for UNICEF*. https://digitallibrary.un.org/record/229628

Djankov, S., Glaeser, E., La Porta, R., Lopez-de-Silanes, F., & Shleifer, A. (2003). The new comparative economics. *Journal of Comparative Economics*, *31*(4), 595-619. https://doi.org/10.1016/j.jce.2003.08.005

Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso (Projet de démarrage de l'Initiative de Bamako), Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille. (Documents du Burkina Faso, Octobre 1992).

Donabedian, A. (1983). Quality Assessment and Monitoring : Retrospect and Prospect. *Evaluation & the Health Professions*, *6*(3), 363-375. https://doi.org/10.1177/016327878300600309

Dostaler, G. (2001). *Introduction : La reconstruction du libéralisme* (p. 3-5). La Découverte. https://www.cairn.info/le-liberalisme-de-hayek--9782707133847-p-3.htm

Duault-Atlani, L. (2003). La « bonne gouvernance », nouvelle éthique du développement ? L'expérience des pays d'Asie centrale et de Transcaucasie post-soviétiques. *Autrepart*, *28*(4), 165-179. https://doi.org/10.3917/autr.028.0165

Dubet, F., & Martuccelli, D. (1996). Théories de la socialisation et définitions sociologiques de l'école. *Revue française de sociologie*, *37*(4), 511-535. https://doi.org/10.2307/3322131

Duchesne, V. (2021). *L'organisation de la santé en France depuis 1967 : Vers un gouvernement marchand ?* These de doctorat, Paris 13. https://www.theses.fr/2021PA131073

Dumoulin, J., & Kaddar, M. (1993). Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : Rationalité économique et autres questions subséquentes. *Sciences Sociales et Santé*, *11*(2), 81-119. https://doi.org/10.3406/sosan.1993.1266

Ellis, R. P. (1987). The revenue generating potential of user fees in Kenyan government health facilities. *Social Science & Medicine (1982)*, *25*(9), 995-1002. https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90004-9

Emile Durkheim,. (1895). Les règles de la méthode sociologique. *Lectures*. https://journals.openedition.org/lectures/558

Enke, S. (1951). On Maximizing Profits : A Distinction Between Chamberlin and Robinson. *The American Economic Review*, *41*(4), 566-578.

Etiaba, E., Onwujekwe, O., Honda, A., Ibe, O., Uzochukwu, B., & Hanson, K. (2018). Strategic purchasing for universal health coverage : Examining the purchaser–provider relationship within a social health insurance scheme in Nigeria. *BMJ Global Health*, *3*(5), e000917. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000917

Eymard-Duvernay, F., Favereau, O., Orléan, A., Salais, R., & Thévenot, L. (2010). Werte, Koordination und Rationalität : Die Verbindung dreier Themen durch die »Économie des conventions« (O. I. Schulz, Trad.). *Trivium. Revue franco-allemande de sciences humaines et sociales - Deutsch-französische Zeitschrift für Geistes- und Sozialwissenschaften*, *5*, Article 5. https://doi.org/10.4000/trivium.3545

Falisse, J.-B., Ndayishimiye, J., Kamenyero, V., & Bossuyt, M. (2014). Performance-based financing in the context of selective free health-care : An evaluation of its effects on the use of primary health-care services in Burundi using routine data. *Health policy and planning*, *30*. https://doi.org/10.1093/heapol/czu132

Favereau, O. (1989). Organisation et marché. *Revue française d'économie*, *4*(1), 65-96. https://doi.org/10.3406/rfeco.1989.1203

Fillol, A., Lohmann, J., Turcotte-Tremblay, A. M., Somé, P. A., & Ridde, V. (2021). Le financement basé sur la performance et la motivation des agents-e-s de santé pour les plus performants au Burkina Faso. In *Post-Print* (hal-03367013; Post-Print). HAL. https://ideas.repec.org/p/hal/journl/hal-03367013.html

Fligstein, N. (1997). *Social Skill and Institutional Theory*. https://doi.org/10.1177/0002764297040004003

Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : État des lieux. *Education permanente*, *N°195*, 59-72.

Foirry, J.-P. (2017). L'Initiative de Bamako : Quels bénéfices pour les populations africaines ? In J.-D. Rainhorn & M.-J. Burnier (Éds.), *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXIe siècle* (p. 53-69). Graduate Institute Publications. https://doi.org/10.4000/books.iheid.2521

Founou-Tchuigoua, B. (1994). L'échec de l'ajustement en Afrique. *Centre Tricontinental, Louvain-la-Neuve*, *Vol. I*(2).

Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E., & Lievens, T. (2014). Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state : Reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning*, *29*(1), 96-105. https://doi.org/10.1093/heapol/czs138

François Dubet. (2002). Le déclin de l'institution. *Paris, Edition du seuil*, *3*, Article 3. https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7552

Friedman, M. (1953). *Essays in Positive Economics*. University of Chicago Press.

Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). *Boîte à outils : Financement basé sur la performance*. World Bank. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/17194

Gadille, M., Tremblay, D.-G., & Siarheyeva, A. (2021). How Can the Governance of the French Clusters Improve SME's Competitiveness? *Open Journal of Social Sciences*, *09*(03), 118-146. https://doi.org/10.4236/jss.2021.93008

Gadrey, J. (2012). Indicateurs. La mainmise des experts. *Revue Projet*, *331*(6), 26-32. https://doi.org/10.3917/pro.331.0026

Garrett Wallace Brown, Amy Barnes, Sophie Harman, Mihaela Gruia and Andreas Papamichail, & Papamichail, A. (2013). Annotated Literature Review : African actors, global health governance and performance-based funding. *Harane*, 57.

Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako : A qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, *34*(9), 656-666. https://doi.org/10.1093/heapol/czz087

Généreux, J. (2017). *Introduction à l'économie*. Points.

Gertler, P., Locay, L., & Sanderson, W. (1987). Are user fees regressive? : The welfare implications of health care financing proposals in Peru. *Journal of Econometrics*, *36*(1-2), 67-88.

Gilbert, P., & Raulet-Croset, N. (2021). Chapitre 2. L'organisation et l'institution comme contextes. In Lire le management autrement (p. 42 68). EMS Editions. https://doi.org/10.3917/ems.gilbe.2021.01.0042

Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Oranga, H., & Ouendo, M. (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, *15*(4), 291-317. https://doi.org/10.1002/hpm.599

Gilson, L., & Raphaely, N. (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries : A review of published literature 1994–2007. *Health Policy and Planning*, *23*(5), 294-307. https://doi.org/10.1093/heapol/czn019

Greif, A. (1994). Cultural Beliefs and the Organization of Society : A Historical and Theoretical Reflection on Collectivist and Individualist Societies. *Journal of Political Economy*, *102*(5), 912-950.

Grier, R. M. (1999). Colonial Legacies and Economic Growth. *Public Choice*, *98*(3/4), 317-335.

Grittner, A. M. (2013). *Results-based financing : Evidence from performance-based financing in the health sector*. Working Paper. https://www.econstor.eu/handle/10419/199392

Guennif, S. (2018). Dynamiques institutionnelle, industrielle et sanitaire dans le secteur pharmaceutique thaïlandais. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36, 280-296. https://doi.org/10.3917/jgem.185.0280

Guissou, Basile L. (1996). Le Burkina Faso au-delà de l'ajustement structurel. *CODESRIA*, 159-183.

GTZ (2000b). Résultats de l'évaluation des districts par les pairs, mars 2000. Dédougou, GTZ.

Guironnet, A. (2000). Médicaments essentiels au Burkina Faso : proposition d'un guide d'utilisation. Institut des sciences pharmaceutiques et biologiques. Faculté de pharmacie. Lyon, Université Claude Bernard : 307.

Hanlon, C., Alem, A., Lund, C., Hailemariam, D., Assefa, E., Giorgis, T. W., & Chisholm, D. (2019). Moving towards universal health coverage for mental disorders in Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, *13*(1), 11. https://doi.org/10.1186/s13033-019-0268-9

Heikel, J., & Chafai, A. (2018). Couverture sanitaire universelle et parcours de soins au Maroc. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *36*(5-6), 330-345. https://doi.org/10.3917/jgem.185.0330

Hodgson, G. (1992). Thorstein Veblen and post-Darwinian economics. *Cambridge Journal of Economics*, *16*(3), 285-301. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.cje.a035205

Hodgson, G. M. (1993). Institutional Economics : Surveying the 'Old' and the 'New'. *Metroeconomica*, *44*(1), 1-28. https://doi.org/10.1111/j.1467-999X.1993.tb00786.x

Houssein, S. H., & Palloix, C. (s. d.). De l'économie du développement à l'économie du changement institutionnel. 20.

Ifeagwu, S. C., Yang, J. C., Parkes-Ratanshi, R., & Brayne, C. (2021). Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa : A systematic review. *Global Health Research and Policy*, *6*, 8. https://doi.org/10.1186/s41256-021-00190-7

Ireland, M., Paul, E., & Dujardin, B. (2011). Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*, *89*(9), 695-698. https://doi.org/10.2471/BLT.11.087379

Jaca, A., Malinga, T., Iwu-Jaja, C. J., Nnaji, C. A., Okeibunor, J. C., Kamuya, D., & Wiysonge, C. S. (2022). Strengthening the Health System as a Strategy to Achieving a Universal Health Coverage in Underprivileged Communities in Africa : A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(1), 587. https://doi.org/10.3390/ijerph19010587

James, N., Lawson, K., & Acharya, Y. (2020). Evidence on result-based financing in maternal and child health in low- and middle-income countries : A systematic review. *Global Health Research and Policy*, *5*, 31. https://doi.org/10.1186/s41256-020-00158-z

Jean-Pierre Foirry. (2017). L'Initiative de Bamako : Quels bénéfices pour les populations africaines ? In J.-D. Rainhorn & M.-J. Burnier (Éds.), *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXIe siècle* (p. 53-69). Graduate Institute Publications. http://books.openedition.org/iheid/2521

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm : Managerial behavior, agency costs and ownership structure. Journal of Financial Economics, 3(4), 305 360. https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X

Jodelet, D. (2013). La place des représentations sociales dans l'éducation thérapeutique. *International Journal of Lifelong Education*, 37-46.

John R Commons. (1934). *Institutional economics; its place in political economy, The university of Wisconsin Press. Madinson, Vol(1) p13-457.*

Kadio, K., Ouedraogo, A., Kafando, Y., & Ridde, V. (2017). Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso. *Sciences sociales et santé*, *35*(2), 43-68. https://doi.org/10.1684/sss.2017.0203

Kagambega, M. T. (2020). Les obstacles à l'effectivité de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso. *SociologieS*. https://doi.org/10.4000/sociologies.13422

Kalfleche, J.-M. (1969). Echec du socialisme en Afrique. *Revue des Deux Mondes (1829-1971)*, 569-577.

Kalk, A., Paul, F. A., & Grabosch, E. (2010). 'Paying for performance' in Rwanda : Does it pay off? *Tropical Medicine & International Health*, *15*(2), 182-190. https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02430.x

Kalolo, A., Gautier, L., & De Allegri, M. (2022). Exploring the role of social representations in micro-health insurance scheme enrolment and retainment in sub-Saharan Africa : A scoping review. *Health Policy and Planning*, *37*(7), 915-927. https://doi.org/10.1093/heapol/czac036

Kambala, C., Lohmann, J., Mazalale, J., Brenner, S., Sarker, M., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2017). Perceptions of quality across the maternal care continuum in the context of a health financing intervention : Evidence from a mixed methods study in rural Malawi. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 392. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2329-6

Kane, S., Gandidzanwa, C., Mutasa, R., Moyo, I., Sismayi, C., Mafaune, P., & Dieleman, M. (2019). Coming Full Circle : How Health Worker Motivation and Performance in Results-Based Financing Arrangements Hinges on Strong and Adaptive Health Systems. *International Journal of Health Policy and Management*, *8*(2), 101-111. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.98

Kapologwe, N. A., Meara, J. G., Kengia, J. T., Sonda, Y., Gwajima, D., Alidina, S., & Kalolo, A. (2020). Development and upgrading of public primary healthcare facilities with essential surgical services infrastructure : A strategy towards achieving universal health coverage in Tanzania. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 218. https://doi.org/10.1186/s12913-020-5057-2

Kasilo, O. M. J., Wambebe, C., Nikiema, J.-B., & Nabyonga-Orem, J. (2019). Towards universal health coverage : Advancing the development and use of traditional medicines in Africa. *BMJ Global Health*, *4*(Suppl 9), e001517. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001517

Keefer, P., & Knack, S. (2002). Polarization, Politics and Property Rights : Links between Inequality and Growth. *Public Choice*, *111*(1/2), 127-154.

Keneck Massil, J. (2016). *Institutions, théories du changement institutionnel et déterminant de la qualité des institutions : Les enseignements de la littérature économique*. https://hal.science/hal-04141607

Kichou L., Palloix C. (2000). *La firme algérienne sous double gouvernance : National et Mondiale*, Colloque International, Mondialisation et modernisation des entreprises, Ghardaïa, Algerie. https://www.christianpalloix.com/communications.php

Kiendrébéogo, J. A., Shroff, Z. C., Berthé, A., Yonli, L., Béchir, M., & Meessen, B. (2017). Why Performance-Based Financing in Chad Failed to Emerge on the National Policy Agenda. *Health Systems & Reform*, *3*(2), 80-90. https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1280115

Knippenberg, R. (1997). Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in West Africa : An assessment of 5 years' field experience in Benin and Guinea. *The International Journal of Health Planning and Management*.

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie economique*, *4*, 67-82.

Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, *373*(9679), 1993-1995. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9

Koulidiati, J.-L., De Allegri, M., Lohmann, J., Hillebrecht, M., Kiendrebeogo, J. A., Hamadou, S., Hien, H., Robyn, P. J., & Brenner, S. (2021). Impact of Performance-Based Financing on effective coverage for curative child health services in Burkina Faso : Evidence from a quasi-experimental design. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, *26*(8), 1002-1013. https://doi.org/10.1111/tmi.13596

Krause, G., Borchert, M., Benzler, J., Heinmüller, R., Kaba, I., Savadogo, M., Siho, N., & Diesfeld, H. J. (1999). Rationality of drug prescriptions in rural health centres in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, *14*(3), 291-298. https://doi.org/10.1093/heapol/14.3.291

Kreps, D. M., & Guerrien, B. (1999). *Théorie des jeux et modélisation économique*. Dunod.

La Porta, R., Lopez-deSilanes, F., Shleifer, A., & Vishny, R. W. (1999). *Investor Protection : Origins, Consequences, and Reform*. Working Paper 7428. National Bureau of Economic Research. https://doi.org/10.3386/w7428

Landes, D. S. (1999). *The Wealth and Poverty of Nations : Why Some Are So Rich and Some So Poor* (unknown edition). W. W. Norton & Company.

Lange, M. K. (2004). British Colonial Legacies and Political Development. *World Development*, *32*(6), 905-922.

Laokri, S., Soelaeman, R., & Hotchkiss, D. R. (2018). Assessing out-of-pocket expenditures for primary health care : How responsive is the Democratic Republic of Congo health system to providing financial risk protection? *BMC Health Services Research*, *18*(1), 451. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3211-x

Laure Bazzoli. (2000). *Revue Economie politique de John R. Commons - Essai sur l'institutionnalisme en sciences sociales,* Harmattan.

Lawrence, T. B., Suddaby, R., & Leca, B. (2009a). *Institutional Work : Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations*. Cambridge University Press.

Lawrence, T. B., Suddaby, R., & Leca, B. (2009b). Introduction : Theorizing and studying institutional work. In T. B. Lawrence, R. Suddaby, & B. Leca (Éds.), *Institutional Work* (p. 1-28). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511596605.001

Lazaric, N. (2010). I. Les origines des théories évolutionnistes. *Reperes*, 7-30.

Libecap, G. (2000). Contracting For Property Rights. *Property Rights: Cooperation, Conflict, and Law*. https://doi.org/10.1017/CBO9780511664120

Lohmann, J., Koulidiati, J.-L., Robyn, P. J., Somé, P.-A., & De Allegri, M. (2022). Why did performance-based financing in Burkina Faso fail to achieve the intended equity effects? A process tracing study. *Social Science & Medicine*, *305*, 115065. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115065

Lu, C., Chin, B., Lewandowski, J. L., Basinga, P., Hirschhorn, L. R., Hill, K., Murray, M., & Binagwaho, A. (2012). Towards Universal Health Coverage : An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its First Eight Years. *PLOS ONE*, *7*(6), e39282. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039282

Makuluni, R., & Stones, W. (2021). Impact of a maternal and newborn health results-based financing intervention (RBF4MNH) on stillbirth : A cross-sectional comparison in four districts in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 417. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03867-6

Maluka, S., Chitama, D., Dungumaro, E., Masawe, C., Rao, K., & Shroff, Z. (2018). Contracting-out primary health care services in Tanzania towards UHC : How policy processes and context

influence policy design and implementation. *International Journal for Equity in Health*, *17*(1), 118. https://doi.org/10.1186/s12939-018-0835-8

Mangham-Jefferies, L., Pitt, C., Cousens, S., Mills, A., & Schellenberg, J. (2014). Cost-effectiveness of strategies to improve the utilization and provision of maternal and newborn health care in low-income and lower-middle-income countries : A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 243. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-243

Manitu, S. M., Meessen, B., Lushimba, M. M., & Macq, J. (2015). The debate concerning performance-based financing in Africa South of the Sahara : Analysis of the nature. *Sante Publique*, *27*(1), 117-128.

Martin, G. (2010). La nouvelle économie institutionnelle. *Idées économiques et sociales*, *159*(1), 35-40. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/idee.159.0035

Matsuoka, S., Obara, H., Nagai, M., Murakami, H., & Chan Lon, R. (2014). Performance-based financing with GAVI health system strengthening funding in rural Cambodia : A brief assessment of the impact. *Health Policy and Planning*, *29*(4), 456-465. https://doi.org/10.1093/heapol/czt030

Mauro, P. (1995). Corruption and Growth*. *The Quarterly Journal of Economics*, *110*(3), 681-712. https://doi.org/10.2307/2946696

Mayaka Manitu, S. (2015). *Le financement basé sur la performance dans un système de santé complexe : Cas de la République Démocratique du Congo* [UCL - Université Catholique de Louvain]. https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:165401

Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative Research : Rigour and qualitative research. *BMJ*, *311*(6997), 109-112. https://doi.org/10.1136/bmj.311.6997.109

McIntyre, D., Obse, A. G., Barasa, E. W., & Ataguba, J. E. (2018, mai 24). *Challenges in Financing Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa*. Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190625979.013.28

McIntyre, D., Ranson, M. K., Aulakh, B. K., & Honda, A. (2013). Promoting universal financial protection : Evidence from seven low- and middle-income countries on factors facilitating or hindering progress. *Health Research Policy and Systems*, *11*(1), 36. https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-36

McPake, B., Hanson, K., Mills, A., & Medicine, L. S. of H. and T. (1992). *Experience to date of implementing the Bamako Initiative : A review and 5 country case-studies : executive summary.* https://digitallibrary.un.org/record/144124

Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing : Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, *89*(2), 153-156. https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339

Meuwissen, L. E. (2002). Problems of cost recovery implementation in district health care : A case study from Niger. *Health Policy and Planning*, *17*(3), 304-313. https://doi.org/10.1093/heapol/17.3.304

Meyer, J. W., Boli, J., Thomas, G. M., & Ramirez, F. O. (1997). World Society and the Nation-State. *American Journal of Sociology*, *103*(1), 144-181. https://doi.org/10.1086/231174

Mijiyawa, A. G. (2010). Institutions et développement : analyse des effets macroéconomiques des institutions et des réformes institutionnelles dans les pays en développement, Phd thesis, Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand I. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00484905

Mills, A., Bennett, S., & Russell, S. (2000). *The Challenge of Health Sector Reform : What Must Governments Do?* Springer.

Ministère de la santé et SCPB. (1997). *Rapport de backstopping sur le recouvrement des coûts dans la région de Kaya. Ouagadougou.*

Ministère de la santé du Burkina Faso. Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020. Ouagadougou : MoH; 2011:56

Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA. (2012). *Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi*.

Moatti, J.-P., & Ventelou, B. (2009). Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation. *Revue économique*, *60*(2), 241-256. https://doi.org/10.3917/reco.602.0241

Montchrestien A. (1615). *Traité de l'économie politique*, (Eds) Marc Laudet, Classiques Garnier.

Morris, S., Devlin, N., Spencer, A., & Parkin, D. (2013). *Economic analysis in healthcare*. Wiley.

Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S., & Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : Une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*, *30*(1), 73-81. https://doi.org/10.3917/spub.181.0073

Murrell, J. C. (1992). Genetics and molecular biology of methanotrophs. *FEMS Microbiology Letters*, *88*(3-4), 233-248. https://doi.org/10.1111/j.1574-6968.1992.tb04990.x

Musgrove, P. (2011). *Financial and Other Rewards for Good Performance or Results : A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary*. the world Bank.

Mwase, T., Lohmann, J., Hamadou, S., Brenner, S., Somda, S. M. A., Hien, H., Hillebrecht, M., & De Allegri, M. (2022). Can Combining Performance-Based Financing With Equity Measures Result in Greater Equity in Utilization of Maternal Care Services? Evidence From Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, *11*(3), 308-322. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.121

Nagai, M., Fujita, N., Diouf, I. S., & Salla, M. (2017). Retention of qualified healthcare workers in rural Senegal : Lessons learned from a qualitative study. *Rural and Remote Health*, *17*(3), 4149. https://doi.org/10.22605/RRH4149

Nations unies. (2015). *La Déclaration universelle des droits de l'homme*.

Nations Unies (1976). Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

Nations Unies. Commission Economique pour l'Afrique (1995-09). Le secteur informel du Burkina Faso. NU.CEA Atelier sur les statistiques de l'activité intérieure de services (1996, juin 17 - 21: Addis Abeba, Ethiopie). Addis Ababa :. © UN. ECA ,. https://hdl.handle.net/10855/7226"

Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, *215*(3), 129-148. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rtm.215.0129

Navarro, V. (1984). A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt report and the WHO Alma ata declaration. *Social Science & Medicine*, *18*(6), 467-474. https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90002-9

Ndiaye, P., Tal-Dia, A., Sambou, R., Wone, I., & Diallo, I. (2002). Assessment and prospects of the community's participation at the Ziguinchor regional hospital centre (Senegal). *Sante Montrouge, France*, *12*(4), 383-387.

Nguinzanémou, C. J. K., Mejiozem, B. O. B., Nazita, S. N., Fiobème, F. D., Ngatimo, E. V., Palet, J. E. K.-K., Kangalé, I. M. W., Bandassa, E. K., Diemer, S.-C. H., & Gody, J.-C. (2022). Determinants of Prematurity at the Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique de Bangui (CHUPB). *Open Journal of Pediatrics*, *12*(05), 850-856. https://doi.org/10.4236/ojped.2022.125086

Nimpagaritse, M., Korachais, C., & Meessen, B. (2020). Effects in spite of tough constraints—A theory of change based investigation of contextual and implementation factors affecting the results of a performance based financing scheme extended to malnutrition in Burundi. *PloS One*, *15*(1), e0226376. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226376

Nitièma, A. P., Ridde, V., & Girard, J. (2003). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : Le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review / Revue internationale de science politique*, *24*(2), 237-256.

North, D. C. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511808678

North, D. C. (2010). *Understanding the Process of Economic Change*. Princeton University Press.

Nunn, N. (2008). The Long Term Effects of Africa's Slave Trades. *Quarterly Journal of Economics*, *123*(1), 139-176.

OCDE (2008). Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005) Programme d'action d'Accra (2008)

Ogunbekun, I., Adeyi, O., Wouters, A., & Morrow, R. H. (1996). Costs and financing of improvements in the quality of maternal health services through the Bamako Initiative in Nigeria. *Health Policy and Planning*, *11*(4), 369-384. https://doi.org/10.1093/heapol/11.4.369

Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, *243*(3), 11-32. https://doi.org/10.3917/afco.243.0011

OMS (1981). L'évaluation des programmes de santé, les principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. OMS, Genève, 1981

OMS (2007). L'affaire de tous – Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires. Cadre de travail de l'OMS pour l'action.

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la cinquante-huitième session du Comité régional de l'Europe, Tbilissi, 15-18 septembre 2008* (EUR/RC58/REC/1).

OMS (2011). Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS (2011)

OMS (2015). Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable.

OMS (2021.). Density of nursing and midwifery personnel (per 10 000 population). Consulté 24 août 2023, à l'adresse https://data.who.int/indicators/i/5C8435F

Ostrom, E. (2005). *Understanding institutional diversity*. Princeton University Press.

Otando, G., & Uzunidis, D. (2011). Le renouveau des théories du développement Institutions et bonne gouvernance. Recherches Internationales, 90(1), 9 30. https://doi.org/10.3406/rint.2011.1218

OUEDRAOGO, R. (2023, février 13). Taxes sur les boissons et les tabacs : Plus de 200 milliards FCFA entre 2019-2022. Journal L'Economiste du Faso. https://www.leconomistedufaso.com/2023/02/13/taxes-sur-les-boissons-et-les-tabacs-plus-de-200-milliards-fcfa-entre-2019-2022/

Palier, B. (2010). *Path dependence (Dépendance au chemin emprunté)* (Vol. 3). Presses de Sciences Po.

Paul, E., Bodson, O., & Ridde, V. (2021). What theories underpin performance-based financing? A scoping review. *Journal of Health Organization and Management*, *35*(3), 344-381. https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0161

Paul, E., Lamine Dramé, M., Kashala, J.-P., Ekambi Ndema, A., Kounnou, M., Aïssan, J. C., & Gyselinck, K. (2018). Performance-Based Financing to Strengthen the Health System in Benin : Challenging the Mainstream Approach. *International Journal of Health Policy and Management*, *7*(1), 35-47. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.42

Paul, E., & Ridde, V. (2022). Le financement basé sur les résultats (FBR) en Afrique. *Revue internationale des études du développement*, *248*, Article 248. https://doi.org/10.4000/ried.334

Paying for Performance in Health : A Toolkit to Developing... | Studymode. (s. d.). Consulté 21 mars 2022, à l'adresse https://www.studymode.com/essays/Paying-For-Performance-In-Health-a-1843212.html

Peerenboom, P. B., Basenya, O., Bossuyt, M., Ndayishimiye, J., Ntakarutimana, L., & van de Weerd, J. (2014a). La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi. *Santé Publique*, *26*(2), 229-240. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/spub.138.0229

Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., Mwakajonga, T., & Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, *24*(4), 289-300. https://doi.org/10.1093/heapol/czp013

Petrosyan, V., Melkom Melkomian, D., Zoidze, A., & Shroff, Z. C. (2017). National Scale-Up of Results-Based Financing in Primary Health Care : The Case of Armenia. *Health Systems & Reform*, *3*(2), 117-128. https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1291394

Pettigrew, L. M., & Mathauer, I. (2016). Voluntary Health Insurance expenditure in low- and middle-income countries : Exploring trends during 1995–2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*, *15*(1), 67. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0353-5

Prytherch, H., Kagoné, M., Aninanya, G. A., Williams, J. E., Kakoko, D. C., Leshabari, M. T., Yé, M., Marx, M., & Sauerborn, R. (2013). Motivation and incentives of rural maternal and neonatal health care providers : A comparison of qualitative findings from Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *BMC Health Services Research*, *13*(1), 149. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-149

Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1992). *Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.

Quotidien Sidwaya. (s. d.) : Budget 2023, les députés valident à l'unanimité le montant de 3 235,9 milliards de FCFA pour les dépenses de l'État | Consulté 23 août 2023, à l'adresse https://www.sidwaya.info/blog/budget-2023-32359-milliards-de-fcfa-de-depenses-valides-par-lensemble-des-deputes/

Richard, F., Hercot, D., Ouédraogo, C., Delvaux, T., Samaké, S., van Olmen, J., Conombo, G., Hammonds, R., & Vandemoortele, J. (2011). Sub-Saharan Africa and the health MDGs : The need to move beyond the "quick impact" model. *Reproductive Health Matters*, *19*(38), 42-55. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38579-5

Ridde, V. (2005). Building trust or buying results? *The Lancet*, *366*(9498), 1692. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67689-1

Ridde, V. (2011). Is the Bamako Initiative Still Relevant for West African Health Systems? *International Journal of Health Services*, *41*(1), 175-184.

Ridde, V. (2021). *Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : Permanence et échecs des instruments du New Public Management*. https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/front-matter/introduction/

Ridde, V., & Blanchet, K. (2008). Vers la gratuité des soins en Afrique ? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, *19*, Article 19.

Robert, É., & Mallé Samb, O. (2012). Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*, *243*(3), 100-101. https://doi.org/10.3917/afco.243.0100

Robert, E., Ridde, V., Rajan, D., Sam, O., Dravé, M., & Porignon, D. (2019). Realist evaluation of the role of the Universal Health Coverage Partnership in strengthening policy dialogue for health planning and financing : A protocol. *BMJ Open*, *9*(1), e022345. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022345

Rodrik, D. (2005). Growth Strategies. *Handbook of Economic Growth*, *1*, *Part A*, 967-1014.

Ross, S. (1973). The Economic Theory of Agency : The Principal's Problem. American Economic Review, 63, 134 139.

Ross, M. L. (2001). Does Oil Hinder Democracy? *World Politics*, *53*(3), 325-361. https://doi.org/10.1353/wp.2001.0011

Sachs, J. D., & Warner, A. M. (1995). *Natural Resource Abundance and Economic Growth* ,SSRN Scholarly Paper 225459. https://papers.ssrn.com/abstract=225459

Sambo, L. G., & Kirigia, J. M. (2014). Investing in health systems for universal health coverage in Africa. *BMC International Health and Human Rights*, *14*(1), 28. https://doi.org/10.1186/s12914-014-0028-5

Sardan, J.-P. O. de, & Ridde, V. (2012). Free medical care in Burkina Faso, Mali and Niger. Public policy contradictions. *Afrique contemporaine*, *243*(3), 11-32.

Scott, W. R., (1995), Institutions and Organizations. Ideas, Interests and Identities. *Management*, *17*(2), 136-140.

Seppey, M., Ridde, V., & Somé, P.-A. (2022). Scaling-Up Performance-Based Financing in Burkina Faso : From PBF to User Fees Exemption Strategic Purchasing. *International Journal of Health Policy and Management*, *11*(5), 670-682. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.209

Seppey, M., Ridde, V., Touré, L., & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment : A qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, *13*(1), 86. https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8

Severino, J.-M. (2001). Refonder l'aide au développement au XXIe siècle. *Critique internationale*, *10*(1), 75-99. https://doi.org/10.3917/crii.010.0075

Shen, G. C., Nguyen, H. T. H., Das, A., Sachingongu, N., Chansa, C., Qamruddin, J., & Friedman, J. (2017). Incentives to change : Effects of performance-based financing on health workers in Zambia. *Human Resources for Health*, *15*(1).

Shroff, Z. C., Bigdeli, M., & Meessen, B. (2017). From Scheme to System (Part 2) : Findings from Ten Countries on the Policy Evolution of Results-Based Financing in Health Systems. *Health Systems & Reform*, *3*(2), 137-147. https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1304190

Shroff, Z. C., Tran, N., Meessen, B., Bigdeli, M., & Ghaffar, A. (2017). Taking Results-Based Financing from Scheme to System. *Health Systems & Reform*, *3*(2), 69-73. https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1302903

Smith, B. (2004). Oil Wealth and Regime Survival in the Developing World, 1960-1999. *American Journal of Political Science*, *48*(2), 232-246. https://doi.org/10.2307/1519880

Soeters, R., & Griffiths, F. (2003). Soeters, R. & Griffiths, F. Improving government health services through contract management : A case from Cambodia. Health Policy Plan. 18, 74-83. *Health policy and planning*, *18*, 74-83. https://doi.org/10.1093/heapol/18.1.74

Soeters, R., & Nzala, S. (1994). Soins de santé primaires, autonomie financière et développement durable. *Forum mondial de la santé 1994 ; 15(1) : 49-53*.

Soucat, A., Levy-Bruhl, D., Gbedonou, P., Drame, K., Lamarque, J.-P., Diallo, S., Osseni, R., Adovohekpe, P., Ortiz, C., Debeungy, C., & Knippenberg, R. (1997). Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea : Assuring the financial viability of primary health care: Cost sharing in bi systems in Benin and Guinea . *The International Journal of Health Planning and Management*, *12*(S1), S109-S135. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.0.CO;2-G

Streeck, W., & Thelen, K. (2005). *Beyond Continuity : Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press.

Streeten, P. (1992). DES INSTITUTIONS POUR UN DÉVELOPPEMENT DURABLE. *Revue Tiers Monde*, *33*(130), 455-469.

Svensson, J. (2000). When is foreign aid policy credible? Aid dependence and conditionality. *Journal of Development Economics*, *61*(1), 61-84.

Tchuigoua, B. F. (2022). *L'échec de l'ajustement en Afrique*. Centre tricontinental.

Thorbjorn Knudsen. (2007). *Organizational Routines in Evolutionary Theory by Thorbjorn Knudsen : SSRN*.

Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). *De la gratuité à la tarification des soins en Afrique subsaharienne : Grandeur et décadence de l'objectif "santé pour tous"*,Research Report. Laboratoire d'analyse et de techniques économiques (LATEC). https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01526522

Touraine, M., Gröhe, H., Coffie, R. G., Sathasivam, S., Juan, M., Louardi, E. H., & Seck, A. C. (2014). Universal health coverage and the post-2015 agenda. *Lancet (London, England)*, *384*(9949), 1161-1162. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61419-7

Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2017). The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, *191*, 226-236. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.007

Turcotte-Tremblay, A.-M., & Ridde, I. A. G.-G. et V. (2021). *Le financement basé sur les résultats a engendré des conséquences non intentionnelles dans des centres de santé au Burkina Faso*. https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/les-effets-inattendus-du-fbr-au-burkina-faso/

Uzochukwu, B., Akpala, C., & Onwujekwe, O. (2004). How do health workers and community members perceive and practice community participation in the Bamako Initiative programme in Nigeria? A case study of Oji River local government area. *Social science & medicine (1982)*, *59*, 157-162. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.012

Uzochukwu, B., Onwujekwe, O., & Akpala, C. (2004). Did the Bamako initiative improve the utilization of maternal and child health-care services in Nigeria? A case study of Oji River local government area in southeast Nigeria. *Journal of health & population in developing countries*, 1-18.

Uzochukwu, B., Onwujekwe, O., & Eriksson, B. (2004). Inequity in the Bamako Initiative programme—Implications for the treatment of malaria in south-east Nigeria. *The International Journal of Health Planning and Management*, *19 Suppl 1*, S107-116. https://doi.org/10.1002/hpm.779

Veblen, T. B. (1979). *Théorie de la classe de loisir*. Gallimard.

Ventelou, B., Asim Afridi, M., & Moatti, J.-P. (2013). Flux internationaux d'aide à la santé, taux de mortalité adulte et PIB. Le « triangle d'or » du développement ? *Revue Tiers Monde*, *215*(3), 93-110. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rtm.215.0093

Waithaka, D., Cashin, C., & Barasa, E. (2022). Is Performance-Based Financing A Pathway to Strategic Purchasing in Sub-Saharan Africa? A Synthesis of the Evidence. *Health Systems and Reform*, *8*(2), e2068231. https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2068231

Walsh, J. A., & Warren, K. S. (1980). Selective primary health care : An interim strategy for disease control in developing countries. *Social Science & Medicine. Medical Economics*, *14*(2), 145-163. https://doi.org/10.1016/0160-7995(80)90034-9

Wantchekon, L. (2002). Why do Resource Abundant Countries Have Authoritarian Governments? *Journal of African Development*, *5*(2), 145-176.

Weber, J. (1985). Assessment and Placement : A Review of the Research. *Community College Review*, *13*(3), 21-32. https://doi.org/10.1177/009155218501300304

Williamson, C. (2000). Consumer and professional standards : Working towards consensus. *BMJ Quality & Safety*, *9*(3), 190-194. https://doi.org/10.1136/qhc.9.3.190

Williamson, O. E. (1975). *Markets and hierarchies : Analysis and antitrust implications : a study in the economics of internal organization.* Free press,.

Witter, S., Bertone, M. P., Namakula, J., Chandiwana, P., Chirwa, Y., Ssennyonjo, A., & Ssengooba, F. (2019). (How) does RBF strengthen strategic purchasing of health care? Comparing the experience of Uganda, Zimbabwe and the Democratic Republic of the Congo. *Global Health Research and Policy*, *4*, 3. https://doi.org/10.1186/s41256-019-0094-2

Witter, S., Chirwa, Y., Chandiwana, P., Munyati, S., Pepukai, M., & Bertone, M. P. (2019). The political economy of results-based financing : The experience of the health system in Zimbabwe. *Global Health Research and Policy*, *4*, 20. https://doi.org/10.1186/s41256-019-0111-5

Witter, S., Chirwa, Y., Chandiwana, P., Munyati, S., Pepukai, M., Bertone, M. P., & Banda, S. (2020). Results-based financing as a strategic purchasing intervention : Some progress but much further to go in Zimbabwe? *BMC Health Services Research*, *20*(1), 180. https://doi.org/10.1186/s12913-020-5037-6

Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. L., & Lindahl, A. K. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*, CD007899. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.pub2

World Health Organization. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Organisation mondiale de la Santé.

Yaméogo, V. R. et P. (2021). *L'utilisation de la science pour formuler la politique d'exemption du paiement des soins de 2016 au Burkina Faso*. Science et bien commun, pressbooks.

Young, A. A. (1928). Increasing Returns and Economic Progress. *The Economic Journal*, *38*(152), 527-542. https://doi.org/10.2307/2224097

Zeng, W., Shepard, D. S., Nguyen, H., Chansa, C., Das, A. K., Qamruddin, J., & Friedman, J. (2018). Cost–effectiveness of results-based financing, Zambia : A cluster randomized trial. *Bulletin of the World Health Organization*, *96*(11), 760-771. https://doi.org/10.2471/BLT.17.207100

Zeng, W., Shepard, D. S., Rusatira, J. de D., Blaakman, A. P., & Nsitou, B. M. (2018). Evaluation of results-based financing in the Republic of the Congo : A comparison group pre-post study. *Health Policy and Planning*, *33*(3), 392-400. https://doi.org/10.1093/heapol/czx195

Zeng, W., Sun, D., Nair, D., Nam, J. E., & Gheorghe, A. (s. d.). Strengthening performance-based financing as a health system approach for quality improvement. *Journal of Global Health*, *8*(2), 020305. https://doi.org/10.7189/jogh.08.020305

Zitti, T., Fillol, A., Lohmann, J., & Ridde, A. C. et V. (2021). *La distribution des primes du FBR dans les hôpitaux du Mali*, science et bien commun, Pressbooks.

Zizien, Z. R., Korachais, C., Compaoré, P., Ridde, V., & De Brouwere, V. (2019a). Contribution of the results-based financing strategy to improving maternal and child health indicators in Burkina Faso. *The International Journal of Health Planning and Management*, *34*(1), 111-129. https://doi.org/10.1002/hpm.2589

Annexe

Annexe 1 : Critères de vérification de la qualité du 1er échelon et sources de vérification

GRILLE DE VERIFICATION QUALITATIVE AU NIVEAU CSPS

Région de : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ District sanitaire de : _

Nom de la formation sanitaire : _ Période évaluée : _

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
1. Indicateurs généraux					
Carte sanitaire de l'aire de santé	Carte de l'année en cours, lisible et affichée montrant les villages/quartiers, routes principales, barrières naturelles, les points spéciaux et distances= 5		5		
	- Graphiques de surveillance des indicateurs PEV, et MPE à jour - Tableau synoptique affiché et à jour - Tous les éléments existent = 5 - Un seul élément non disponible = 0		5		
	Carte d'identité de la FS à jour et affichée = 5		5		
	Charte des utilisateurs des services de santé affiché, accessible aux utilisateurs à la maternité et au dispensaire= 8		8		
Archivage des documents	- Documents (PAP, Cahier de supervision, PV réunions, cahier d'absence, outil d'indice		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	validé, résultats des vérifications antérieures, fiches individuelle d'évaluation trimestrielle des agents, RMA…) disponibles, bien rangés et accessibles dans la FS = 5 - Un seul document non disponible = 0				
Organisation des services	- Programme de garde et permanence disponible et affiché - Respect du programme de garde et permanence (interrogatoire des AS, registres de consultation/garde et permanences) - Respect des 2 éléments = 5 - Non-respect d'un seul élément = 0		5		
	- Existence de description des postes et répartition des tâches = 5		5		
Référence/Evacuation	- Fiches de référence/Evacuation (au moins 10 fiches non remplies) et registres disponibles = 05		5		
	- Disponibilité de téléphone portable fonctionnel pour la communication = 5		5		
Existence d'une clôture	- La formation sanitaire est entourée d'une clôture en bon état (absence de trou et ne laissant pas passer les animaux) = 2 - Absence de clôture ou clôture en mauvais état = 0		2		
Total indicateurs généraux			**50**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
2. Conditions d'accueil des utilisateurs					
Respect de la confidentialité dans les salles de prestation	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de consultation curative= 5		5		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de PF = 5		5		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de CPN = 10 (5 points pour chaque disposition respectée)		10		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle d'accouchement		5		
Salles d'attentes	- Existence de salle d'attente équipée en chaises ou bancs au dispensaire = 5 - Existence de salle d'attente équipée en chaises ou bancs en maternité = 5		5		
Salles de mise en observation	- Existence d'au moins 4 lits au dispensaire avec matelas en bon état et moustiquaire = 5		10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- Existence d'au moins 5 lits en maternité avec matelas en bon état et moustiquaire = 5				
Total conditions d'accueil des utilisateurs			**40**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échan tillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
3. Disponibilité du matériel médico - technique					
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médicotechnique de la consultation curative	- Tous les éléments (tensiomètre, Stéthoscope, thermomètre et pèse-personne) sont présents et fonctionnels=5 - Au moins un élément absent=0		5		
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médicotechnique pour la consultation curative des enfants de – de 5 ans	- Tous les éléments (Salter, toise, caleçon, thermomètre et brassard) présents et en bon état=5 - un seul élément absent=0		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour la CPN	- Tout le matériel (tensiomètre, stéthoscope obstétrical, mètre ruban, pèse personne, toise et spéculum vaginaux) disponible et fonctionnel = 5 - un seul élément manquant = 0		5		
Disponibilité du matériel d'accouchement	- Existence d'au moins : o deux boites d'accouchement complètes (chaque boite contient : 2 pinces de Kocher, 2 paires de ciseaux, 1 pince porte aiguille, 1 pince à disséquer, 1 sonde urinaire rigide) o une table d'accouchement o une horloge murale fonctionnelle et à l'heure o un aspirateur fonctionnel avec sondes d'aspiration et SNG N°6 et N°8 o un pèse bébé fonctionnel - Tout le matériel présent selon les caractéristiques suscitées = 30 pts - Absence d'un seul élément = 0 pt		30		
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico – technique de la prise en charge de la malnutrition	- Tous les éléments (Salter avec culottes, toise pour moins de 2 ans et pour plus de 2 ans, bandelettes de Shakir nationale) présents et fonctionnels = 5 - Un seul élément manquant = 0		5		
Total disponibilité du matériel médico technique			**50**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
4. Tenue des supports de collecte de données					
Qualité de tenue des supports de collecte des données* : - Registre de CCI** - Registre de PCIME** - Registre de PF - Registre de CPN - Registre d'accouchement - Registre de consultation post natale - Registre de consultation du nourrisson sain de 0 – 11 mois - Registre de consultation du nourrisson sain de 12 – 23 mois - Registre de gestion des vaccins - Registre de gestion des consommables - Registre PTME	- Chaque support correctement tenu (couverture existante, registre propre et pas de feuille déchirée) = 2 *(*) Si activité non menée = non applicable* *(**) numérotation mensuelle*		*(2 x n)* n max = 15		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échan tillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Registre/cahier de dépistage de l'infection à VIH (PTME exclue) - Cahier de causerie lors des CPN - Registre/cahier de gestion de la file active - Registre de mise en observation - Registre de prise en charge de la malnutrition - Cahier de vente journalier des MEG - Cahier de recettes tarification - Registre/cahier de gestion des intrants - Registre/cahier de référence/contre référence					
Total tenue des supports de collecte de données			**30**		
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échan tillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
5. Gestion des médicaments, consommables et intrants					
Disponibilité des 20 médicaments et produits traceurs	- Aucune molécule n'a connu une rupture=10 - Absence d'une seule molécule en rupture=0		10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échan tillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Disponibilité des méthodes contraceptives (pilules, injectables, implants, DIU, préservatifs masculins, condoms féminin)	- Toutes les méthodes ont été disponibles = 10 - Absence d'une seule méthode absente = 0		10		
Existence de boites à images PF et d'échantillon des méthodes contraceptives	- Présence de boites à images PF avec cachet de la FS et d'échantillon de méthodes contraceptives = 5 - Absence d'un seul des éléments = 0		5		
Disponibilité en consommables pour la CPN	- Consommables (gants d'examen et bandelettes urinaires) disponibles et utilisables durant la période = 5 - Rupture d'un seul des éléments = 0		5		
Disponibilité en consommables pour la petite chirurgie	- Matériel disponible pour la petite chirurgie (gants stérile, fils de suture, lame de bistouri Alcool, Bétadine, compresses, boite de petite chirurgie complète, Xylocaïne, seringue et coton) = 10 - Manque d'un seul élément = 0		5		
Disponibilité des vaccins, seringues et diluants – BCG, Polio orale, pentavalent (DTCoq-HepB-Hib), Pneumo, Rota, RR, VAA, VAT	- Tous les vaccins, seringues et diluants sont disponibles durant la période = 30 - Rupture d'au moins un jour pour au moins un des vaccins ou un des diluants =0		5		
Disponibilité des intrants pour la prise en charge de la malnutrition	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
aigüe modérée (Vit. A, FAF, Mebendazole/Albendazole)					
Disponibilité des intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (Vit. A, Mebendazole/Albendazole, plumpy-nut, Amoxicilline)	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0		5		
Disponibilité des réactifs (tests sensibles) pour le dépistage de l'infection à VIH	- Réactifs disponibles durant la période = 10 - Rupture de réactifs durant la période = 0		10		
Total gestion des médicaments, consommables et intrants			**60**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
6. Respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités					
Respect des conditions de conservation des réactifs de dépistage de l'infection à VIH	- Toutes les conditions respectées = 3 points - Un seul élément non respecté = 0 point		3		
Réalisation de contrôle de qualité sur les tests de dépistage de l'infection à VIH – tous les indéterminés, – les 5èmes positifs	- Tous les échantillons acheminés au labo du CM/CMA/CHR = 3 points - Un seul échantillon non acheminé = 0 point		3		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
– les 20èmes négatifs					
Les MEG au dépôt sont stockés correctement : Local propre, bien aéré avec un bac à sable/extincteur à proximité ; MEG rangés par forme et par ordre alphabétique dans l'armoire ou sur des étagères étiquetées	- Les médicaments sont bien gardés= 3 - Un seul élément non respecté = 0		3		
Au dépôt, absence de médicaments périmés ou avec des étiquettes falsifiées	- Absence de médicaments périmés =3 - Existence de médicament périmés= 0		3		
Personnel en tenue conforme	- Tous les agents en blouse propre - boutonnée avec identification et en sabot =3 - Un seul élément non respecté = 0		3		
Personnel de santé capable de placer implants et/ou DIU (au moins 1 implant/DIU inséré)	- Personnel capable de placer implant et/ou DIU = 6 - Personnel non capable de placer implant et/ou DIU= 0		6		
Réalisation de causeries de groupe les jours de CPN	- Causeries de groupe réalisées chaque jour de CPN = 6 - Existence de jour de CPN sans causeries de groupe = 0		6		
Chaine de froid	- Tous ces éléments sont présents ou non applicable = 9		9		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
– Feuille de température remplie 2 fois par jour (matin et soir) pour la partie réfrigération – Température de conservation des vaccins des 30 derniers jours comprise entre +2° et+8° pour la partie réfrigérateur (données du fridge-tag) – Vaccin rangé selon les consignes dans le réfrigérateur – Absence de produits autres que vaccins ou produits autorisés (milieux de transport de certains prélèvements, réactifs de PTME, Ocytocine, methylergométrine, vitamine K1) – Stock théorique correspond au stock réel – Absence de givre dans la partie congélation comme dans la partie réfrigération	- Au moins un de ces éléments n'est pas présent = 0				
Réalisation de démonstrations culinaires au sein de la formation sanitaire pour la formation des mères sur l'alimentation des enfants :	- Démonstrations réalisées au moins deux fois par mois = 6 - Non réalisées ou moins de 2 fois par mois = 0		6		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Disponibilité du matériel de démonstration ; - Effectivité de la démonstration					
Total respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités			**40**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
7. Gestion Financière					
Tarifs des actes, médicaments et consommables : - affichés dans la salle d'attente, à la caisse et au DMEG; - lisibles ; respectant les marges bénéficiaires selon les instructions ministérielles	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Carnets de reçu de consultation et de vente MEG en feuillet auto carboné : - Disponible ; - Spécifiant : nom du client, le montant reçu en chiffres et en lettres et le motif de payement renseignés	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		

Journal des recettes : - Disponible ; - Concordant avec le quittancier / Carnet de reçu - A jour et sans surcharge d'écritures	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Pièces justificatives appropriées et certifiées de dépenses éligibles (sur 10 pièces choisies au hasard) : - Classées, numérotées et retrouvables facilement ; - Spécifiant : nom de l'acquéreur (FS), le montant dépensé en chiffres et en lettres, le motif de dépense	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Rapport mensuel de trésorerie disponible: - Concordance entre situation théorique (livre caisse/banque) et réelle (livret ou extrait bancaire ou caisse physique) ; - Concordance entre rapport mensuel de trésorerie et journaux de recettes et de dépenses	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
éléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**		**Points obtenus**	**Observations**
7. Gestion Financière (suite)					
Livre de trésorerie du CSPS seulement tenu par le trésorier et enregistrant les opérations de recettes et de dépenses ainsi que les déblocages et dépôt en banque : - disponible ;	- Tous les éléments respectés = 8 - Un seul élément non respecté= 0		8		

- à jour (jusqu'au mois précédant le jour de l'évaluation) et arrêté mensuellement ; - concordant avec les pièces justificatives de dépenses et les extraits bancaires et le journal de recettes et sans surcharge d'écriture.					
Système de calcul des primes de performance : - prenant en compte les critères : qualification, ancienneté, responsabilité, nombre de jours d'absence, évaluation trimestrielle de performance ; - connu par le personnel.	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Les 3 derniers outils d'indice avec liste de présence : - disponibles ; - validés (signés) ; - sans surcharge d'écriture.	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Total gestion Financière			**50**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
8. Hygiène et Assainissement					
Propreté des locaux (dispensaire, maternité, dépôt) – absence de poussière dans les salles – absence de toiles d'araignées dans les salles – sols, murs et plafonds propres	- Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 18 - Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0		18		

– absence de déchet sur le sol					
Tri et gestion des déchets biomédicaux – sachets noir, jaune et rouge existent ; – déchets éliminés selon les normes.	- Toutes les normes respectées= 4 - Une seule norme non respectée = 0		4		
Propreté de la cour : – existence de poubelle dans la cour – existence de latrines fonctionnelles en maternité – existence de latrines fonctionnelles au dispensaire – absences de déchets trainant dans la cour	- Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 9 - Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0		9		
Prévention des infections – fosse à ordure / incinérateur fonctionnel – matériel de stérilisation disponible et fonctionnel (cocotte-minute ou poupinel). – point d'eau avec savon disponible en salle d'accouchement – point d'eau avec savon disponible en salle de consultation – point d'eau avec savon disponible en salle de pansement / petite chirurgie – point d'eau avec savon disponible en salle de CPN/PF – point d'eau avec savon au niveau des latrines – existence de produits de décontamination – existence de poubelles dans les salles de CC, CPN, PF, pansement, accouchement.) – bacs de décontamination en salle d'accouchement	- Tous les éléments présents = 19 - Un élément absent= 0		19		

– bacs de décontamination en salle de pansement ; – existence de boites de sécurité en salle d'injections ; – existence de boites de sécurité en maternité ; – existence d'un dispositif (Affiches lavage des mains, fiche de notification…) de prévention des AES.					
Total hygiène et Assainissement			**50**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
9. Planification					
PAP	- PAP trimestriel de la FS disponible, accessible et élaboré dans les délais= 3 (Superviseur vérifie le PAP du trimestre objet de la vérification) - PAP non disponible = 0		3		
	- PAP élaboré avec les acteurs clés = 6 (COGES (si fonctionnel) Autres agents de la FS, Responsable(s) FS sous contractée(s) (si applicable)		6		

	-PAP de qualité (Guide)				
	- Taux d'exécution physique du PAP du trimestre précédent > 80% = 3		3		
Plan de développement des infrastructures	- La FS dispose d'un plan de développement d'infrastructure nécessaire pour rendre opérationnel toutes les activités PMA = 3 - la FS ne dispose pas d'un plan de développement d'infrastructure = 0		3		
Total PAP			**15**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
10. Evaluation qualitative de la prise en charge des nouveaux consultants de 5 ans et plus reçus en CCI					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la CCI (IDE, SFE/ME, AB/IB, Attaché de santé)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la CCI, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage du registre de consultation curative	- tous les items du registre de consultation curative sont correctement renseignés=2 - un ou plusieurs items du registre non rempli ou mal renseigné=0	10	*(2 x n)* *20*		

Respect du GDT et des algorithmes pour la PEC et Prescription rationnelle en MEG	- adéquation entre symptomatologie et diagnostic = 4 - si pas le cas = 0 pour l'évaluation de l'élément - adéquation du traitement (molécule) avec le diagnostic=4 - adéquation de la posologie et du poids du patient =2 - adéquation de la voie d'administration avec le diagnostic =2 - non prescription de spécialités à la place de MEG disponibles=2 - Si pas le cas = 0 pour l'évaluation du cas - prescription uniquement de médicaments préconisés par les GDT ou les algorithmes= 4 - Si pas le cas = 0 pour l'évaluation du cas	10	*(8 x n)* *80*		
Total CCI			**100**		
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
11. Evaluation qualitative de la prise en charge des enfants de 02 à 59 mois (moins de 5 ans) malades					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la CCI/PCIME	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la CC, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				

(Attaché de santé, IDE, SFE/ME, AB/IB)					
Prise en charge selon l'approche PCIME	- Utilisation de l'approche PCIME = poursuite de la vérification - Non utilisation de l'approche PCIME = 0 pour l'élément de l'échantillon				
Qualité de remplissage de l'entête de la fiche	- Tous les items de l'entête sont correctement remplis=1 - Au moins un item de l'entête mal ou non rempli=0	10	*(1 x n)* *10*		
Suivi des protocoles PCIME pour les enfants de 02 à 59 mois	- Recherche de signes généraux de danger (si oui, évaluation du cas, si non = 0) - Evaluation et classification de la toux=1 - Evaluation et classification de la fièvre=1 - Evaluation et classification de la diarrhée=1 - Evaluation et classification des problèmes d'oreille=1 - Evaluation et classification de l'état nutritionnel=2 - Evaluation et classification de l'anémie=2 - Evaluation et classification de l'infection à VIH=1 - Evaluation et classification des autres problèmes=1 - Vérification de l'état vaccinal=2 - Evaluation de la supplémentation en vit A= 1 - Evaluation de l'alimentation de l'enfant=1 - Traitement en accord avec les protocoles=3 - Existence d'une visite de suivi (si nécessaire) =2	10	*(19 x n)* *190*		
Total prise en charge des enfants de 02 à 59 mois (moins de 5 ans) malades			**200**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
12. Evaluation qualitative de la mise en observation des malades					
Qualité de remplissage du registre de mise en observation	- Tous les items du registre de mise en observation sont correctement renseignés=2 - Un ou plusieurs items du registre non rempli ou mal renseigné=0	10	*(2 x n)* *20*		
Respect du GDT	- Adéquation entre symptomatologie et diagnostic. si pas le cas = 0 pour l'évaluation de l'élément - Adéquation du traitement avec le diagnostic = 4 - Adéquation de la voie d'administration des médicaments = 2 - Adéquation de la posologie avec le poids du patient et - respect des intervalles d'administration des différentes doses = 2	10	*(8 x n)* *80*		
Total mise en observation			**100**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
13. Evaluation qualitative de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois					
Calendrier vaccinal (respect des intervalles) – BCG : dès la naissance et au plus tard le 28ème jour – Polio 0 : dès la naissance et au plus tard le 42ème jour – Penta 1 + Polio 1 + Pneumo1 + Rota 1: à 2 mois et au minimum 4 semaines après le précédent contact vaccinal – Penta 2 + Polio 2 + Pneumo2 + Rota 2: à 3 mois et au minimum 4 semaines après le précédent contact vaccinal – Penta 3 + Polio 3+ Pneumo 3 + Rota 3 : à 4 mois et au minimum 4 semaines après le précédent contact vaccinal – VAA+RR1 : à partir de 9 mois, au minimum 4 semaines après le précédent contact vaccinal et avant le 1er anniversaire	- Tous les contacts respectent les intervalles = 5 - 1 contact ne respecte pas l'intervalle =2 - Plus de 1 contact ne respectent pas les intervalles=0	10	*(5 x n)* 50		
Vigilance :	Tous les critères sont rempli = 30		*30*		- Bordereau de transmission de la FPV

– Déclaration d'effet indésirable susceptible d'être dû à l'utilisation d'un médicament. – Déclaration utilisant la Fiche de Pharmacovigilance (FPV) – Complétude de la FPV – Transmission effective de la FPV – Notification des MAPI	- Un seul critère est non rempli = 0				- Copie de la FPV
Total vaccination			**80**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
14. Evaluation qualitative des consultations prénatales					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la CPN (Attaché de santé, SFE/ME, IDE, AB, IB, AA)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la CPN, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Prise des constantes (T°, TA, pouls, taille et poids, PB)	- Toutes les constantes prises = 2 - Un seul élément manquant = 0	10	(2 x n) 20		
Examen physique complet	- Tous les éléments présents = 4 - Un seul élément manquant = 0		(4 x n)		

– examen des seins – recherche des œdèmes – examen des conjonctives – HU – BCF (à partir de la 20ème semaine) – examen au speculum et TV (selon les normes et les besoins)			40		
Examens complémentaires (Albuminurie, Glycosurie)	- Tous les examens réalisés = 2 - Un seul examen non réalisé = 0		(2 x n) 20		
Vaccination antitétanique à intervalles prévus	- VAT fait = 1 ; VAT non fait = 0 - Intervalles respectés = 1 - Intervalles non respectés = 0		(2 x n) 20		
Prescription – fer + acide Folique, – SP (après le 4ème mois ou MAF+) – déparasitant (à partir de T2)	- Prescription correcte = 2 - Prescription insuffisante = 0		(2 x n) 20		
Complétude de la CPN (CPN1 à T1 ; CPN2 à T2 ; CPN3 à T3, CPN4 à T3)	- Toutes les CPN faites (en fonction de l'âge de la grossesse) =4 - Une seule manquant = 0		(4 x n) 40		
Total CPN			**160**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
15. Evaluation qualitative des consultations postnatales					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la CPoN (Attaché de santé, SFE/ME, IDE, AB, IB, AA)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la CPoN, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Respect du protocole – Consultations J6 - J8 et entre S6 - S8 – Planification familiale proposée – Supplémentation fer + acide folique – Supplémentation en Vitamine A – Conseils nutritionnels	- Tous les éléments présents =9 - Un seul élément manquant = 0	10	*(9 x n)* 90		
Total consultations post natales			**90**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
16. Evaluation qualitative de l'accouchement					
Respect des normes en qualification des agents ayant réalisé les accouchements (ATS, AA, IB, AB, IDE, SFE/ME)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de l'accouchement, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Proportion d'accouchements suivis à l'aide d'un partogramme	- Proportion entre accouchements suivis par un partogramme parmi les accouchements réalisés o [0 – 80% [= 0 o [80 – 100% [= 10 o 100% = 50		60		
Qualité de la surveillance du travail et de l'accouchement	- Partogramme complètement et correctement rempli =24 - Absence de partogramme ou Partogramme incomplètement ou incorrectement rempli = 0	10	*(24 x n)* *240*		
Total accouchement			**300**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
17. Evaluation qualitative de la PF (toute méthode) pour les nouvelles utilisatrices					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la PF (SFE/ME, IDE, AB, IB, AA)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la PF, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Réalisation du counseling – 1ère consultation : counseling initial et counseling spécifique – Consultations suivantes : counseling de suivi	- Counseling réalisé = 2 - Counseling absent = 0	10	*(2 x n)* *20*		
Interrogatoire au cours de l'examen clinique de la cliente – antécédents, – DDR, – régularité du cycle, – durée et volume des règles, – dysménorrhées, – signes d'infection génitale	- Tous les éléments présents = 2 - Un seul élément manquant = 0	10	*(2 x n)* 20		
Examen physique : – Prise des constantes (TA, T°, poids, taille, IMC) – Recherche d'OMI, – Examen des conjonctives à la recherche d'anémie,	- Tous les éléments présents = 2 - Un seul élément manquant = 0	10	*(2 x n)* 20		

– résultats de l'examen au spéculum et du toucher					
Adéquation de la méthode choisie aux éléments de l'examen clinique	- Choix adéquat=2 - Choix inadéquat=0	10	*(2 x n)* *20*		
Total PF			***80***		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
18. Evaluation qualitative de la consultation du nourrisson sain de 0 à 11 mois					
Respect des normes de qualification de l'agent ayant réalisé la consultation du nourrisson sain de 0 – 11 mois (AIS, AA, AB, IB, IDE, SFE, ME)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la consultation du nourrisson sain de 0 – 11 mois, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage du registre	- Tous les items remplis = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(1 x n) 5		
Poids de naissance reporté	- Oui =1 - non =0	5	*(1 x n)* 5		
Poids pris tous les mois	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)*		

			10		
Courbe poids pour âge correctement tracée	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)* 10		
Vaccins à jour (selon l'âge de l'enfant)	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)* 10		
Vitamine A reçue par le nourrisson au cours des 6 derniers mois (si indiqué) chez les enfants âgés d'au moins 6 mois	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)* 10		
Total consultation du nourrisson sain de 0 – 11 mois			**50**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
19. Evaluation qualitative de la consultation du nourrisson sain de 12 à 23 mois					
Respect des normes de qualification de l'agent ayant réalisé la consultation du nourrisson sain de 12 – 23 mois (AIS, AA, AB, IB, IDE, SFE, ME)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la consultation du nourrisson sain de 12 – 23 mois, si non-respect de la norme de				

	qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage du registre	- Tous les items remplis = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(1 x n) 5		
Poids pris tous les 2 mois	- Oui =4 - non =0	5	*(4 x n)* 20		
Courbe poids pour âge correctement tracée	- Oui =3 - non =0	5	*(3 x n)* 15		
Vitamine A reçue par le nourrisson au cours des 6 derniers mois	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)* 10		
Total consultation du nourrisson sain de 12 – 23 mois			**50**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
20. Evaluation qualitative de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAM)					
Respect des normes de qualification de l'agent ayant réalisé la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAM (AIS, AA, AB, IB, IDE, SFE, ME, Attaché de santé)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAM, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage des items de la fiche de suivi et enregistrement du malade dans le registre	- Tous les items remplis et malade enregistré = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	*(1 x n)* *5*		
Examen d'admission – poids à l'entrée – taille à l'entrée – PB – Œdèmes – diagnostic nutritionnel à l'entrée (rapport P/T, PB et absence d'OMI)	- Tous les éléments présents = 2 - Un seul élément manquant = 0	5	*(2 x n)* *10*		
Traitement systématique : – Prescription de vitamine A – Prescription de déparasitant : Mebendazole ou Albendazole à partir de 12 mois – Prescription de fer acide folique	- Prescription correcte = 3 - Prescription insuffisante = 0	5	*(3 x n)* *15*		
Conseils nutritionnels	- Conseils donnés = 5 - Absence de conseils =0	5	*(5 x n)* *25*		

Suivi de l'état nutritionnel : – Suivi toutes les 2 semaines Prise du poids, taille et P/T et PB lors des RDV – Recherche des œdèmes – Vérification du statut vaccinal – Respect des critères de sortie (guéri, décédé, abandon, non réponse au traitement, référé)	- Tous les critères du suivi respecté = 5 - Un seul critère du suivi non respecté=0	5	*(5 x n)* *25*		
Total prise en charge MAM			**80**		
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
21. Evaluation qualitative de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAS sans complication)					
Respect des normes de qualification de l'agent ayant réalisé la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAS sans complication (AIS, AA, AB, IB, IDE, SFE, ME, Attaché de santé)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAS sans complication, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage des items de la fiche de suivi et enregistrement du malade dans le registre	- Tous les items remplis et malade enregistré = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(1 x n) 5		
Examen d'admission – poids à l'entrée – taille à l'entrée – recherche d'œdèmes – diagnostic nutritionnel à l'entrée (rapport P/T, PB et absence d'OMI)	- Tous les critères respectés = 3 - Un seul critère non respecté = 0	5	*(3 x n)* *15*		

Traitement systématique : – prescription de vitamine A – prescription de Mebendazole ou d'Albendazole à partir de 12 mois – prescription d'antibiotique (Amoxicilline)	- Prescription correcte = 5 - Prescription insuffisante = 0	5	*(5 x n)* *25*		
Traitement nutritionnel : - ATPE (Plumpy Nut…)	- Quantité servie correcte = 3 - Quantité servie incorrecte =0	5	*(3 x n)* *15*		
Suivi de l'état nutritionnel (toutes les semaines) : – prise du poids, P/T et PB – taille (toutes les 4 semaines) – recherche des œdèmes – vérification du statut vaccinal	- Suivi correct = 3 - Au moins un élément du suivi non correct=0	5	*(3 x n)* *15*		
Respect des critères de sortie selon le protocole en vigueur	- Si oui = 10 pts - Si non = 0 pts	5	*(5 x n)* *25*		
Total prise en charge MAS sans complication			**100**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
22. Evaluation qualitative du dépistage de l'infection à VIH					
Qualité de remplissage des registres	- Tous les items remplis = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(1 x n)		

			5		
Réalisation des counseling pré et post test	- Counseling pré et post test réalisés = 5 - un seul non réalisé = 0	5	(5 x n) 25		
Total dépistage infection à VIH			**30**		
23. Evaluation qualitative de la mise sous ARV de la femme enceinte séropositive					
– Respect du protocole PTME pour les femmes enceintes séropositives : – prévention des infections opportunistes (Cotrimoxazole), si indiqué – mise sous antirétroviraux selon le type de VIH, – prélèvement pour la réalisation du CD4 pour les mères – Examen clinique correct – Recherche et traitement des infections opportunistes (y compris la co-infection TB/VIH)	- Chaque élément présent = 5 - Un seul élément manquant = 0	5	*(5 x n)* *25*		
Total prise en charge femmes enceintes séropositives			**25**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
24. Evaluation qualitative de l'application à la naissance du protocole PTME aux nouveau-nés de mères séropositives					
Respect du protocole PTME pour les nouveau-nés nés de mère séropositive : – adoption d'un mode d'alimentation à moindre risque de transmission mère-enfant du VIH ; – prescription correcte d'ARV en post partum à l'enfant ; – prévention des infections opportunistes (Cotrimoxazole), si indiqué – prélèvement pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH chez les enfants nés de mères séro positives (DBS pour PCR) entre la 6ème et la 12ème semaine de vie.	- chaque élément présent = 5 - Un seul élément manquant = 0	5	*(5 x n)* *25*		
Total prise en charge nouveaux nés de femmes enceintes séropositives			**25**		
25. Evaluation qualitative du suivi des PVVIH sous ARV					
Respect du protocole et suivi des adultes sous traitement ARV : – prophylaxie des infections opportunistes – respect des protocoles de prise en charge des infections et affections opportunistes	- chaque élément présent = 10 - un seul élément manquant = 0	5	*(5xn)* *50*		

– respect du protocole d'administration du traitement ARV – suivi clinique correcte – recherche de la coïnfection VIH/tuberculose					
Total suivi des PVVIH sous ARV			**50**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
26. Evaluation qualitative du dépistage de la tuberculose					
Qualité du dépistage – respect de deux échantillons par patient – toux supérieure à 14 jours – délais de transmission des crachats au CMA *(max 3 jrs si conservation à la température ambiante ou 7 jrs si conservation au réfrigérateur)*	- chaque critère respecté =5 - Au moins un critère non respecté = 0	5	*(5 x n)* *25*		
Total dépistage tuberculose			**25**		
27. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)					
- prise supervisée pendant	- chaque élément sont respecté = 5 - Au moins 1 des éléments non respecté = 0	5	*(5 x n)* *Max n= 5*		

○ les 2 premiers mois (régime de 1ère ligne) ○ les 3 premiers mois (régime de 2ème ligne) - réalisation du test VIH - application correcte des régimes de traitement (1ère et 2ème ligne chez les malades tuberculeux (enfants et adultes) selon le poids. - contrôles bacilloscopiques ○ régime de 1ère ligne : à fin des 2ème, 5ème et 6ème mois ○ régime de 2ème ligne : à fin des 3ème, 5ème et 8ème mois			*Soit 5x5= 25*		
Total prise en charge des cas de tuberculose			**25**		

TABLEAU SYNTHESE DES RESULTATS DE LA VERIFICATION QUALITATIVE

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
1. Indicateurs généraux	50		
2. Conditions d'accueil des utilisateurs	40		
3. Disponibilité du matériel médico - technique	50		
4. Tenue des supports de collecte de données	30		
5. Gestion des médicaments, consommables et intrants	60		
6. Respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités	40		
7. Gestion Financière	50		
8. Prévention des infections	50		
9. plan d'amélioration de la performance (PAP)	15		
10. Evaluation qualitative de la prise en charge des nouveaux consultants de 5 ans et plus reçus en CC (consultation externe)	100		
11. Evaluation qualitative de la prise en charge des enfants de 02 à 59 mois (moins de 5 ans) malades	200		

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
12. Evaluation qualitative de la mise en observation des malades	100		
13. Evaluation qualitative de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois	80		
14. Evaluation qualitative des consultations prénatales	160		
15. consultations postnatales	90		
16. accouchement	300		
17. PF (toute méthode)	80		
18. consultation du nourrisson sain de 0 à 11 mois	50		
19. consultation du nourrisson sain de 12 à 23 mois	50		
20. prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAM)	100		
21. prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAS sans complication)	100		
22. dépistage de l'infection à VIH	30		
23. prise en charge des femmes enceintes séropositives	25		
24. application à la naissance du protocole PTME aux nouveau-nés de mères séropositives	25		

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
25. suivi des PVVIH sous ARV	50		
26. dépistage de la tuberculose	25		
27. prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)	25		
TOTAL	**1975**		

ANNXE 2 : Critères de vérification de la qualité du CM et sources de vérification

GRILLE DE VERIFICATION QUALITATIVE AU NIVEAU CM

Région de : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ District sanitaire de : _

Nom de la formation sanitaire : _ Période évaluée : _

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
28. Indicateurs généraux					
Organisation générale : - existence d'un panneau indicateur du centre médical - identification correcte des services - disponibilité d'une source d'énergie fonctionnelle (SONABEL/SOLAIRE + groupe de relais) - existence d'une source d'eau potable (adduction d'eau ou forage) - disponibilité d'une cuisine fonctionnelle	Tous les éléments présents = 5 Un seul élément manquant = 0		5		
Carte sanitaire de l'aire de santé	Carte sanitaire de l'année en cours, lisible et affichée montrant les villages/quartiers, routes principales,		5		

	barrières naturelles, les point spéciaux et distances= 5				
	Graphiques de surveillance des indicateurs PEV, et MPE à jour= 5		5		
	Tableau synoptique affiché et à jour = 5		5		
	Carte d'identité de la FS à jour et affichée = 5		5		
	Charte des utilisateurs des services de santé affiché, accessible aux utilisateurs à la maternité et au dispensaire= 5		5		
Archivage des documents	Documents : - (PAP, Cahier de supervision- PV réunions, cahier d'absence, outil d'indice validé, résultats des vérifications antérieures, fiches individuelles d'évaluation trimestrielle des agents disponibles, bien rangées et accessibles dans la FS = 10 - Un seul élément non disponible=0		10		
Organisation des services	- Programme de garde, d'astreinte et de permanence disponible et affiché= 5		5		
	- Respect du programme de garde, d'astreinte et permanence (interrogatoire des AS, registres		5		

	de consultation/garde et permanences)= 5				
	- Existence de description des postes et répartition des tâches = 5		5		
Référence/Evacuation - Fiches de référence/Evacuation (au moins 10 fiches non remplies) et registre disponibles - Existence d'une ambulance fonctionnelle - Disponibilité d'au moins un téléphone portable fonctionnel pour la communication	- Chaque élément rempli = 5		15		
Existence d'un document officiel (mairie) précisant les limites du domaine (cour) de la FS	- existence d'un document officiel précisant les limites du domaine de la FS ; à vérifier = 2 - absence du document ou document non officiel = 0		2		
Existence d'une clôture	- la formation sanitaire est entourée d'une clôture en bon état (absence de trou et ne laissant pas passer les animaux) = 5 - absence de clôture ou clôture en mauvais état = 0		5		
Total indicateurs généraux			**77**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations

29. Conditions d'accueil des utilisateurs					
Respect de la confidentialité dans les salles de prestation	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de consultation externe = 5		5		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de consultation curative= 5 -		5		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de PF = 5		5		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de CPN = 5		5		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle d'accouchement= 5		5		
Salles d'attentes	- Existence de salle d'attente équipée en chaises ou bancs en consultation curative et /ou en consultation externe - Existence de salle d'attente équipée en chaises ou bancs en maternité - Existence de salle d'attente équipée en chaises ou bancs au laboratoire - Tous les éléments existent = 5 - Un seul élément inexistant = 0		5		

Salles d'hospitalisation	- Existence d'au moins 10 lits en maternité avec matelas en bon état et moustiquaire (pour les lits occupés) = 5 - Existence d'au moins 12 lits en médecine avec matelas en bon état et moustiquaire (pour les lits occupés) = 5		10		
Durée moyenne de séjour (hospitalisation) dans la formation sanitaire (moyenne nationale 2014 : 3,2 dans les hôpitaux)	- Durée comprise entre 3,2 jours ± 1 (2.2 – 4.2) = 5 pts - Autrement =0 pt		5		
Total conditions d'accueil des utilisateurs			**45**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
30. Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico - technique					
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico-technique en consultation externe	- Tous les éléments sont présents =5 ○ tensiomètre adulte, stéthoscope, thermomètre, pèse-personne; ○ 1 négatoscope ○ tensiomètre pédiatrique, stéthoscope, thermomètre, pèse-personne, pèse-bébé, otoscope, toise en CE enfants Salter, caleçon, thermomètre et brassard		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- un seul élément absent=0				
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médicotechnique de la consultation curative	- Tous les éléments (tensiomètre, Stéthoscope, thermomètre et pèse-personne) sont présents et fonctionnels=5 - un seul élément absent=0		5		
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour la CPN	- Tout le matériel (tensiomètre, stéthoscope obstétrical, mètre ruban, pèse personne, toise et spéculum vaginal) disponible et fonctionnel = 5 - un seul élément absent = 0		5		
Disponibilité du matériel d'accouchement	- Existence d'au moins : o deux boites d'accouchement complètes (chaque boite contient : 2 pinces de Kocher, 2 paires de ciseaux, 1 pince porte aiguille, 1 pince à disséquer, 1 sonde urinaire rigide) o une table d'accouchement o d'une horloge murale fonctionnelle et à l'heure o d'un aspirateur fonctionnel avec sondes d'aspiration et SNG N°6 et N°8 o d'un pèse bébé fonctionnel - Tout le matériel présent selon les caractéristiques suscitées = 30 pts - un seul élément absent = 0 pt		30		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico – technique de la prise en charge de la malnutrition	- Tous les éléments (Salter avec culottes, toise pour moins de 2 ans et pour plus de 2 ans, bandelettes de Shakir nationale) présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		5		
Disponibilité du matériel pour le dépistage de la tuberculose	- Tous les éléments présents : (i) microscope fonctionnel ; (ii) crachoirs, lames, porte-lames et crayon diamant, réactifs de Ziehl ; (iii) Existence d'un réfrigérateur et d'une source de chaleur =10 - Un seul élément manquant =0		10		
Total disponibilité du matériel médico technique			**60**		
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
31. Tenue des supports de collecte de données					
Qualité de tenue des supports de collecte des données* : - Registre de CCI** - Registre de PCIME** - Registre de CE - Registre de prise en charge de la tuberculose (CDT) - Registre des soins post abortum - Registre de PF	- Chaque support correctement tenu (couverture existante, registre propre et pas de feuille déchirée) = 1 *(*) Si activité non menée = non applicable* *(**) numérotation mensuelle*		*(1 x n)* n max = 30 30		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Registre de CPN - Registre d'accouchement - Registre de consultation post natale - Registre de consultation du nourrisson sain de 0 – 11 mois - Registre de consultation du nourrisson sain de 12 – 23 mois - Registre de gestion des vaccins - Registre de gestion des consommables - Registre PTME - Registre/cahier de dépistage de l'infection à VIH (PTME exclue) - Cahier de causerie lors des CPN - Registre/cahier de gestion de la file active - Registre d'hospitalisation de médecine - Registre d'hospitalisation de maternité - Registre de prise en charge de la malnutrition - Cahier de vente journalière des MEG - Cahier de recettes tarification					

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Registre/cahier de gestion des intrants - Registre/cahier de référence/contre référence - Registre du laboratoire pour la tuberculose - Registres de laboratoire					
Total tenue des supports de collecte de données			**30**		
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
32. Gestion des médicaments, consommables et intrants					
Disponibilité des 20 médicaments et produits traceurs	- Aucune molécule n'a connu une rupture=10 - rupture d'une seule molécule =0		10		
Disponibilité des méthodes contraceptives (pilules, injectables, implants, DIU, préservatifs masculins, condoms féminin)	- Toutes les méthodes ont été disponibles = 10 - Au moins une méthode a été absente = 0		10		
Existence de boites à images PF avec cachet de la FS et d'échantillon des méthodes contraceptives	- Présence de boites à images PF et d'échantillon de méthodes contraceptives = 5 - Absence d'au moins un des éléments = 0		5		
Disponibilité en médicaments pour la prise en charge des	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
accouchements dystociques (sulfate de magnésie, gluconate de calcium, diazépam, ocytocine, antihypertenseur recommandé)					
Disponibilité du dispositif AMIU et /ou Misoprostol	Disponible = 5 - Non disponible = 0		5		
Disponibilité des intrants pour la prise en charge des MAS avec complication (lait thérapeutique F75 et F100, plumpy-nut, Ceftriazone, Amoxicilline, Mebendazole, Albendazole, Nystatine, Vit. A, Ac. Folique, RESOMAL)	Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		5		
Disponibilité des ARV pour la prise en charge des PvVIH (adultes et enfants) suivies*	Toutes les formes sont disponibles = 5 - Une seule forme manquante = 0		5		
Disponibilité des ARV pour la prise en charge des PvVIH (adultes et enfants) pour la PTME*	Toutes les formes sont disponibles = 5 - Une seule forme manquante = 0		5		
Disponibilité en consommables pour la CPN	- Consommables (gants d'examen et bandelettes urinaires) disponibles et utilisables durant la période = 10 - Rupture d'au moins un des éléments = 0		10		
Disponibilité en consommables pour la petite chirurgie	- Matériel disponible pour la petite chirurgie (gants stérile, fils de suture, lame de bistouri		10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	Alcool, Bétadine, compresses, boite de petite chirurgie complète, Xylocaïne, seringue et coton)				
Disponibilité des vaccins, seringues et diluants – BCG, Polio orale, pentavalent (DTCoq-HepB-Hib), Pneumo, Rota, RR, VAA, VAT	- Tous les vaccins, seringues et diluants sont disponibles durant la période = 10 - Rupture d'au moins un jour pour au moins un des vaccins ou un des diluants =0		10		
Disponibilité des intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée (Vit. A, FAF, Mebendazole/Albendazole)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		5		
Disponibilité des intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (Vit. A, Mebendazole/Albendazole, plumpy-nut, Amoxicilline)	**- Tous les éléments présents = 5** **- Un seul élément manquant = 0**		**5**		
Disponibilité des réactifs (tests sensibles) pour le dépistage de l'infection à VIH	**- Réactifs disponibles durant la période = 5** **- Rupture de réactifs durant la période = 0**		**5**		
Total gestion des médicaments, consommables et intrants			**95**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
33. Respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités					
Respect des conditions de conservation des réactifs de dépistage de l'infection à VIH	- Conditions respectées = 3 points - Un seul élément non respecté = 0 point		3		
Réalisation de contrôle de qualité sur les tests de dépistage de l'infection à VIH – tous les indéterminés, – les 5èmes positifs – les 20èmes négatifs	- Tous les échantillons sont acheminés au labo du CMA/CHR = 3 points - Un seul échantillon non acheminé = 0 point		3		
Les MEG au dépôt sont stockés correctement : Local propre, bien aéré avec extincteur à proximité ; MEG rangés par forme et par ordre alphabétique dans l'armoire ou sur des étagères étiquetées	- Les médicaments sont bien gardés= 3 - Un seul élément non respecté = 0		3		
Au dépôt, absence de médicaments périmés ou avec des étiquettes falsifiées	- Absence de médicaments périmés = 3 - Existence de médicament périmés= 0		3		
Personnel en tenue conforme	- Tous les agents sont en blouse propre - boutonnée avec identification et en sabot =3 - Un seul élément non respecté = 0		3		
Existence des protocoles de prise en charge des pathologies suivantes : ○ pré éclampsie	- Existence de tous les protocoles = 6 - Absence d'au moins un protocole = 0		6		

○ **éclampsie** ○ **drépanocytose sur grossesse** ○ **hémorragie du post-partum** **Urgence médico chirurgicale (état de choc, brulures, coma diabétique, urgences hypertensives, polytraumatismes, traumatisme crânien)**					
Personnel de santé capable de placer implants et/ou DIU (au moins 1 implant/DIU inséré)	**- Personnel capable de placer implant et/ou DIU = 6** **- Personnel non capable de placer implant et/ou DIU= 0**		**6**		
Réalisation de causeries de groupe les jours de CPN	**- Causeries de groupe réalisées chaque jour de CPN = 9** **- Existence de jour de CPN sans causeries de groupe = 0**		**9**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
6. Respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités (suite)					

Chaine de froid – **feuille de température remplie 2 fois par jour (matin et soir) pour la partie réfrigération** – **température de conservation des vaccins des 30 derniers jours comprise entre +2° et+8° pour la partie réfrigérateur (données du fridge-tag)** – **vaccin rangé selon les consignes dans le réfrigérateur** – **absence de produits autres que vaccins ou produits autorisés (milieux de transport de certains prélèvements, réactifs de PTME, Ocytocine, methylergométrine, vitamine K1)** – **stock théorique correspond au stock réel** – **absence de givre dans la partie congélation comme dans la partie réfrigération**	- **Tous ces éléments sont présents ou non applicable = 30** - **Au moins un de ces éléments n'est pas présent = 0**		**30**		
Réalisation de démonstrations culinaires au sein de la formation sanitaire pour la formation des mères sur l'alimentation des enfants	- **Démonstrations réalisées au moins deux fois par mois = 5** - **Non réalisées ou moins de 2 fois par mois = 0**		**5**		
Total respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités			**71**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
34. Gestion Financière					
Tarifs des actes, médicaments et consommables : - affichés dans la salle d'attente, à la caisse et au DMEG; - lisibles ; respectant les marges bénéficiaires selon les instructions ministérielles	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Carnet de reçu de consultation et de vente MEG en feuillet auto carboné : - disponible ; - spécifiant : nom du client, le montant reçu en chiffres et en lettres et le motif de payement renseignés	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Journal des recettes : - disponible ; - concordant avec le quittancier / Carnet de reçu - à jour et sans surcharge d'écritures	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Pièces justificatives appropriées et certifiées de dépenses (sur 10 pièces choisies au hasard) :	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		

- classées, numérotées et retrouvables facilement ; - spécifiant : nom de l'acquéreur (FS), le montant dépensé en chiffres et en lettres, le motif de dépense					
Rapport mensuel de trésorerie : - concordance entre situation théorique (livre caisse/banque) et réelle (livret ou extrait bancaire ou caisse physique) ; - concordance entre rapport mensuel de trésorerie et journaux de recettes et de dépenses	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
7. Gestion Financière (suite)					
Livre de trésorerie seulement tenu en CM par le trésorier et enregistrant les opérations de recettes et de dépenses ainsi que les déblocages et dépôt en banque : - disponible ; - à jour et arrêté mensuellement - concordant avec les pièces justificatives de dépenses et les extraits bancaires et le journal de recettes ; - sans surcharge d'écritures.	- Tous les éléments respectés = 8 - Un seul élément non respecté= 0		8		
Système de calcul des primes de performance :	- Tous les éléments respectés = 6		6		

- prenant en compte les critères : qualification, ancienneté, responsabilité, nombre de jours d'absence, évaluation trimestrielle de performance. - connu par le personnel	- Un seul élément non respecté= 0				
Éléments de gestion des stocks et fournitures - existence et tenue des outils de gestion des stocks (fiche/registre de stocks, bordereaux de livraison, bon de sortie....) - réalisation d'inventaire (trimestriel) des stocks de fournitures et consommables ; - approbation des sorties de fournitures (bons de sorties) par le 1er responsable du CM	Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Éléments de gestion du matériel durable : - existence d'un livre inventaire des immobilisations - livre bien renseigné et à jour	Tous les éléments respectés = 5 - Un seul élément non respecté= 0		5		
Eléments de gestion de la logistique roulante : - assurance et visites techniques à jours ; - archivage des documents (carte grise, carte jaune, assurance…) ; - respect des délais d'entretien des véhicules.	Tous les éléments respectés = 5 - Un seul élément non respecté= 0		5		
Outil d'indice : - Disponible ; - Validé (signé); - sans surcharge d'écritures	- Tous les éléments respectés = 6 - Un seul élément non respecté= 0		6		
Total gestion Financière			**66**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
35. Hygiène et Assainissement					
Propreté des locaux (dispensaire, maternité, consultation externe, laboratoire, hospitalisation et dépôt) - absence de poussière dans les salles ; - absence de toiles d'araignées dans les salles - sols, murs et plafonds propres ; - absence de déchet sur le sol.	- Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 8 - Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0		8		
Propreté de la cour : – existence de poubelle dans la cour ; – existence d'au moins 2 latrines fonctionnelles en maternité ; – existence d'au moins 2 latrines fonctionnelles au dispensaire/ hospitalisation ; – absences de déchets trainant dans la cour.	Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 6 - Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0		6		
Tri et gestion des déchets biomédicaux – sachets noir, jaune et rouge existent ; – déchets éliminés selon les normes.	- Toutes les normes respectées= 4 - Une seule norme non respectée = 0		4		
Prévention des infections : – incinérateur fonctionnel ; – matériel de stérilisation disponible et fonctionnel (cocotte-minute ou poupinel) ;	- Chaque éléments présents = 2 - Un élément absent= 0		2*n n= 15max 30		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
– point d'eau avec savon disponible en salle d'accouchement ; – point d'eau avec savon disponible en salle de consultation ; – point d'eau avec savon disponible en salle de pansement / petite chirurgie ; – point d'eau avec savon disponible en salle de CPN ; – point d'eau avec savon au niveau des latrines ; – point d'eau avec savon disponible au laboratoire ; – existence de produits de décontamination ; – existence de poubelles dans les salles de CC, CPN, PF, Accouchement, Labo, AMIU, Consultation externe) ; – bacs de décontamination en salle d'accouchement ; – bacs de décontamination en salle de pansement ; – existence de boites de sécurité en salle d'injections ; – existence de boites de sécurité en maternité ; – existence de boites de sécurité au laboratoire.					
Total hygiène et Assainissement			**48**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
36. Planification					
PAP	- PAP trimestriel de la FS disponible, accessible et élaboré dans les délais= 3 (Superviseur vérifie le PAP du trimestre objet de la vérification) - PAP non disponible = 0		3		
	- PAP élaboré avec les acteurs clés = 6 (COGECM (si fonctionnel) ; autres agents de la FS, responsable(s) FS sous contractée(s) (si applicable)		6		
	- Taux d'exécution du PAP du trimestre précédent ≥ 80% = 3		3		
	- PAP contient une stratégie de couverture géographique convaincante = 4 (Contractualisation avec les ASBC (villages 5km et plus) sur les stratégies avancées (PEV, PF, CPN, distribution moustiquaire,)		4		
Plan de développement des infrastructures	- La FS dispose d'un plan de développement d'infrastructure nécessaire pour rendre opérationnel toutes les activités PMA (Ce plan devra être financé par les recettes du CM)= 4		4		

	- La FS ne dispose pas d'un plan de développement d'infrastructure = 0				
Total PAP			**20**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
37. consultations externes					
Respect des normes de qualification	- malade pris en charge par un médecin ou par un attaché de santé = poursuite de l'évaluation - non-respect des normes de qualification = 0 pour l'évaluation de l'élément de l'échantillon				
Qualité de remplissage du registre de consultation curative	- Tous les items du registre de consultation curative sont correctement renseignés=10 Un ou plusieurs items du registre non rempli ou mal renseigné=0	10	(10 x n) 100		
Total Consultation externe	-		**100**		
38. Evaluation qualitative de la prise en charge des nouveaux consultants de 5 ans et plus reçus en CCI					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la CCI (IDE, SFE/ME, AB/IB)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la CCI, si non-respect de la norme de qualification de l'agent				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage du registre de consultation curative	- Tous les items du registre de consultation curative sont correctement renseignés=2 - Un ou plusieurs items du registre non rempli ou mal renseigné=0	10	*(2 x n)* *20*		
Respect du GDT et des algorithmes pour la PEC et Prescription rationnelle en MEG	- adéquation entre symptomatologie et diagnostic si inadéquation = <u>0 pour l'évaluation de l'élément</u> - adéquation du traitement (molécule) avec le diagnostic=4 - adéquation de la posologie et du poids du patient =2 - adéquation de la voie d'administration avec le diagnostic =2 - non prescription de spécialités à la place de MEG disponibles. - Si prescription de spécialités = <u>0 pour l'évaluation du cas</u>	10	*(8 x n)* *80*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- prescription uniquement de médicaments préconisés par les GDT ou les algorithmes. Si pas le cas = 0 pour l'évaluation du cas				
Total CCI			**100**		
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
39. Evaluation qualitative de la prise en charge des enfants de 02 à 59 mois (moins de 5 ans) malades					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la CCI/PCIME (IDE, SFE/ME, AB/IB)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la CC, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Proportion d'enfants malades de moins de 5 ans vus selon l'approche PCIME	- Proportion entre enfants vus selon l'approche PCIME sur total des enfants de moins de 5 ans vus en consultation ○ [0 – 75% [= 0 ○ [75 – 90% [= 10 ○ [90 – 100% [= 20 ○ 100% = 50		50		
Prise en charge selon l'approche PCIME	- Utilisation de l'approche PCIME = poursuite de la vérification - Non utilisation de l'approche PCIME = 0 pour l'élément de l'échantillon				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Qualité de remplissage de l'entête de la fiche	- Tous les items de l'entête sont correctement remplis=1 - un seul item de l'entête mal ou non rempli=0	10	*(1 x n)* *10*		
Suivi des protocoles PCIME pour les enfants de 02 à 59 mois	- recherche de signes généraux de danger (si oui, évaluation du cas, si non = 0) - évaluation et classification de la toux=1 - évaluation et classification de la fièvre=1 - évaluation et classification de la diarrhée=1 - évaluation et classification des problèmes d'oreille=1 - évaluation et classification de l'état nutritionnel=2 - évaluation et classification de l'anémie=2 - évaluation et classification de l'infection à VIH=1 - évaluation et classification des autres problèmes=1 - vérification de l'état vaccinal=2 - évaluation de la supplémentation en vit a= 1 - évaluation de l'alimentation de l'enfant=1 - traitement en accord avec les protocoles=3 - existence d'une visite de suivi (si nécessaire) =2	10	*(19 x n)* 190		
Total prise en charge des enfants de 02 à 59 mois (moins de 5 ans) malades			**250**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
40. Evaluation qualitative des hospitalisations des moins de 5 ans					
Qualité de remplissage de l'entête de la fiche	- Tous les items de l'entête sont correctement remplis=1 - un seul item de l'entête mal ou non rempli=0 *NB : en l'absence des noms, prénoms et âge de l'enfant, le reste de l'évaluation du cas est nulle*	*10*	*(1 x n)* **10**		
Suivi des protocoles TETU pour les enfants de moins de 5 ans	- Evaluation de l'enfant selon le concept ABCD : o voies aériennes = 1 o respiration = 1 o circulation = 1 o conscience = 1 o déshydratation = 1 - Appréciation de l'état nutritionnel[20] (si applicable) = 1 - Recherche des signes prioritaires =3 - Classement de l'enfant en « urgent », « prioritaire » ou « non urgent » = 3 - Traitement des signes d'urgence en accord avec les protocoles = 3 - Prise en charge ultérieure conforme au classement de l'enfant =2 - Existence d'une visite de suivi=2	*10*	*(n x 19)* **190**		

[20] Applicable aux enfants présentant un problème de choc ou de déshydratation

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Total hospitalisation des enfants de moins de 5 ans			**200**		
41. Evaluation qualitative des hospitalisations des malades de plus de 5 ans					
Malade vu par un médecin, une SFE/ME (à la maternité) ou un attaché de santé au plus tard 12 heures après son admission	- Critère respecté = poursuite de la vérification Critère non respecté = 0 pour l'élément de l'échantillon				
Existence de dossier du malade	- Existence de dossier = 4 - Absence de dossier = 0	10	(n x 4) 40		
Tenue du dossier d'hospitalisation	- Dossier correctement tenu (propre, pas froissé, non déchiré)= 1 - Dossier incorrectement tenu =0	10	(n x 1) 10		
Dossier du malade comprenant : – Nom et qualification de la personne qui a fait le dossier – Identité complète du malade – Résultats de l'interrogatoire – Résultats de l'examen physique (pouls, T°, TA, poids, taille, examen appareil par appareil)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0	10	(n x 5) 50		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
– Hypothèse(s) diagnostique(s) – Examens complémentaires à faire – Diagnostic initial – Traitement initial Diagnostic de sortie					
Eléments de suivi du malade : – état du malade au jour le jour – résultats des examens complémentaires – réajustement du traitement au jour le jour sortie du malade et CAT (Note guide : ordonnance et RDV de suivi)	– Tous les éléments présents = 10 Un seul élément manquant = 0	10	(n x 10) 100		
Total hospitalisations des malades de plus de 5 ans			**200**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
42. Evaluation qualitative de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois					
Calendrier vaccinal (respect des intervalles) – BCG : dès la naissance et au plus tard le 28ème jour – Polio 0 : dès la naissance et au plus tard le 42ème jour – Penta 1 + Polio 1 + Pneumo1 + Rota 1: à 2 mois et au minimum 4 semaines après le précédent contact vaccinal – Penta 2 + Polio 2 + Pneumo2 + Rota 2: à 3 mois et au minimum 4 semaines après le précédent contact vaccinal – Penta 3 + Polio 3+ Pneumo 3 + Rota 3 : à 4 mois et au minimum 4 semaines après le précédent contact vaccinal – VAA+RR1 : à partir de 9 mois, au minimum 4 semaines après le précédent contact vaccinal et avant le 1er anniversaire	- Tous les contacts respectent les intervalles = 5 - 1 contact ne respecte pas l'intervalle =2 - Plus de 1 contact ne respectent pas les intervalles=0	10	*(5 x n)* 50		
Vigilance : – Déclaration d'effet indésirable susceptible d'être dû à l'utilisation d'un médicament.	- Tous les éléments respectés = 30 - Un seul élément non respecté = 0		*30*		

– Déclaration utilisant la Fiche de Pharmacovigilance (FPV) – Complétude de la FPV – Transmission effective de la FPV					
Total vaccination			**80**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
43. Evaluation qualitative des consultations prénatales					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la CPN (Médecin, AS, SFE/ME, IDE, AB, IB, AA)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la CPN, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Prise des constantes (T°, TA, pouls, taille et poids, PB)	- Toutes les constantes prises = 2 - Un seul élément manquant = 0	10	(2 x n) 20		
Examen physique complet : – examen des seins ; – recherche des œdèmes ; – examen des conjonctives ; – HU ; – BCF (à partir de la 20ème semaine) ;	- Tous les éléments présents = 4 - Un seul élément manquant = 0	10	(4 x n) 10*4= 40		

– examen au speculum et TV (selon les normes et les besoins).					
Examens complémentaires (Albuminurie, Glycosurie, Groupage sanguin, RPR, électrophorèse de l'hémoglobine***)	- Tous les examens réalisés = 2 - Un seul examen non réalisé = 0	10	(2 x n) 20		
Vaccination antitétanique à intervalles prévus	- VAT fait = 1 ; VAT non fait = 0		(2 x n) 20		
	- Intervalles respectés = 1 - Intervalles non respectés = 0				
Prescription – fer + acide Folique, – SP (après le 4ème mois ou MAF+) – Déparasitant (à partir de T2)	- Prescription correcte = 2 - Prescription insuffisante = 0		(2 x n) 20		
Complétude de la CPN (CPN1 à T1 ; CPN2 à T2 ; CPN3 à T3, CPN4 à T3)	- Toutes les CPN faites (en fonction de l'âge de la grossesse) =4 - Une seule manquant = 0		(4 x n) 40		
Total CPN			**160**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
44. Evaluation qualitative des consultations postnatales					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la CPoN (SFE/ME, IDE, AB, IB, AA)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la CPoN, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Respect du protocole : – consultations J6 - J8 et entre S6 - S8 ; – planification familiale proposée ; – supplémentation fer + acide folique ; – supplémentation en Vitamine A ; – conseils nutritionnels.	- Chaque élément respecté =10 - Un seul élément manquant = 0	10	*(10 x n)* 10*10=100		
Total consultations post natales			**100**		
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
45. Evaluation qualitative de l'accouchement eutocique					
Respect des normes en qualification des agents ayant réalisé les accouchements (AA, IB, AB, IDE, SFE/ME, AS, Médecins)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de l'accouchement, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				

Proportion d'accouchements suivis à l'aide d'un partogramme	- Proportion entre accouchements suivis par un partogramme parmi les accouchements réalisés ○ [0 – 80% [= 0 ○ [80 – 100% [= 10 ○ 100% = 50		60		
Qualité de la surveillance du travail et de l'accouchement	- Partogramme complètement et correctement rempli =24 - Absence de partogramme ou Partogramme incomplètement ou incorrectement rempli = 0	10	*(20 x n)* *240*		
Total accouchement			**300**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
46. Evaluation qualitative de l'accouchement dystocique					
Respect des protocoles de PEC des dystocies	- Respect du protocole = 4 Un seul élément du protocole non respecté = 0	5	*(n x 4)* 20		
Dossier du malade comprenant : – l'identité complète ; – les données de l'interrogatoire ; – les données de l'examen physique ; – les résultats des examens para cliniques ;	- Existence de dossier = 2 Absence de dossier = 0	5	*(n x 2)* 10		
	- Tous les éléments présents = 4 Un seul élément manquant = 0	5	*(n x 4)* 20		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
– la conduite à tenir ; – les résultats des visites de suivi.					
Qualité de remplissage du partogramme	- Partogramme complètement et correctement rempli par un personnel qualifié (SFE/ME, AS, médecin)=20 - Partogramme incomplètement ou incorrectement remplis ou par du personnel non qualifié= 0	5	*(20 x n)* 100		
Total accouchements dystociques			**150**		
47. Evaluation qualitative des soins post abortum					
Mise en œuvre des soins d'urgence (évaluation initiale et lever de l'urgence si nécessaire avant toute chose)	- Oui = 4 - Non = 0	5	(n x 4) 20		
Réalisation de l'évacuation utérine par AMIU (si moins de 14 SA) et /ou par Misoprostol	- Oui = 4 - Non = 0	5	(n x 4) 20		
Réalisation d'un counseling (avant, pendant et après l'évacuation utérine)	- Oui = 2 - Non = 0	5	(n x 2) 10		
Début de prise en charge en PF (Note guide : début de méthode contraceptive)	- Oui = 2 - Non = 0	5	(n x 2) 10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Réalisation d'examens complémentaires (GS-Rh), (Note guide : Résultats de bilan dans les dossiers)	- Oui = 2 - Non = 0	5	(n x 2) 10		
Proposition de sérum anti D en cas de besoin	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* 10		
Total soins post abortum			**80**		
48. **Evaluation qualitative de la PF (toute méthode) pour les nouvelles utilisatrices**					
Respect des normes de qualification des agents ayant réalisé la PF (SFE/ME, IDE, AB, IB, AA, **Attaché de santé, Médecin)**	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la PF, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Réalisation du counseling – 1ère consultation : counseling initial et counseling spécifique – Consultations suivantes : counseling de suivi	- Counseling réalisé = 2 - Counseling absent = 0	10	*(2 x n)* *20*		
Interrogatoire au cours de l'examen clinique de la cliente – antécédents, – DDR, – régularité du cycle, – durée et volume des règles, – dysménorrhées,	- Tous les éléments présents = 2 - Un seul élément manquant = 0	10	*(2 x n)* 20		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
– signes d'infection génitale					
Examen physique : – prise des constantes (TA, T°, poids, taille, IMC) – recherche d'OMI, – examen des conjonctives à la recherche d'anémie, – résultats de l'examen au spéculum et du toucher	- Tous les éléments présents = 2 - Un seul élément manquant = 0	10	*(2 x n)* 20		
Adéquation de la méthode choisie aux éléments de l'examen clinique	- Choix adéquat=2 - Choix inadéquat=0	10	*(2 x n)* *20*		
Total PF			***80***		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
49. Evaluation qualitative de la consultation du nourrisson sain de 0 à 11 mois					
Respect des normes de qualification de l'agent ayant réalisé la consultation du nourrisson sain de 0 – 11 mois (AIS, AA, AB, IB, IDE, SFE, ME, AS, Médecin)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la consultation du nourrisson sain de 0 – 11 mois, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				

Qualité de remplissage du registre	- Tous les items remplis = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(1 x n) 5		
Poids de naissance reporté	- Oui =1 - non =0	5	*(1 x n)* 5		
Poids pris tous les mois	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)* 10		
Courbe poids pour âge correctement tracée	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)* 10		
Vaccins à jour (selon l'âge de l'enfant)	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)* 10		
Vitamine A reçue par le nourrisson au cours des 6 derniers mois chez les enfants âgés d'au moins 6 mois	Oui =2 non =0	5	(2 x n) 10		
Total consultation du nourrisson sain de 0 – 11 mois			**50**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
50. Evaluation qualitative de la consultation du nourrisson sain de 12 à 23 mois					
Respect des normes de qualification de l'agent ayant réalisé la consultation du nourrisson sain de 12 – 23 mois (AIS, AA, AB, IB, IDE, SFE, ME, Attaché de santé, Médecin)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la consultation du nourrisson sain de 12 – 23 mois, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage du registre	- Tous les items remplis = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(1 x n) 5		
Poids pris tous les 2 mois	- Oui =4 - non =0	5	*(4 x n)* 20		
Courbe poids pour âge correctement tracée	- Oui =3 - non =0	5	*(3 x n)* 15		
Vitamine A reçue par le nourrisson au cours des 6 derniers mois	- Oui =2 - non =0	5	*(2 x n)* 20		
Total consultation du nourrisson sain de 12 – 23 mois			**60**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
51. Evaluation qualitative de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAM)					
Respect des normes de qualification de l'agent ayant réalisé la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAM (AIS, AA, AB, IB, IDE, SFE, ME, Attaché de santé, Médecin)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAM, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage des items de la fiche de suivi et enregistrement du malade dans le registre	- Tous les items remplis et malade enregistré = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	*(1 x n)* *5*		
Examen d'admission – poids à l'entrée – taille à l'entrée – PB – Œdèmes – diagnostic nutritionnel à l'entrée (rapport P/T, PB et absence d'OMI)	- chaque élément présent = 2 - Un seul élément manquant = 0	5	*(2 x n)* *2*5=10*		
Traitement systématique : – prescription de vitamine A – prescription de déparasitant : Mebendazole ou Albendazole à partir de 12 mois – prescription de fer acide folique	- Prescription correcte = 5 - Prescription insuffisante = 0	5	*(2 x n)* *2*5=10*		

Conseils nutritionnels	- Conseils donnés = 5 - Absence de conseils =0	5	*(5 x n)* *25*		
Suivi de l'état nutritionnel : – suivi toutes les 2 semaines Prise du poids, taille et P/T et PB lors des RDV ; – recherche des œdèmes ; – vérification du statut vaccinal ; – respect des critères de sortie (guéri, décédé, abandon, non réponse au traitement, référé).	- chaque élément du suivi respecté = 4 - un élément du suivi non respecté=0	5	*(4 x n)* *4*5 = 20*		
Total prise en charge MAM			**70**		
Eléments de vérification	**Indications pour la notation**	**Taille de l'échantillon**	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
52. Evaluation qualitative de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAS sans complication)					
Respect des normes de qualification de l'agent ayant réalisé la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAS sans complication (AIS, AA, AB, IB, IDE, SFE, ME, AS, Médecin)	- Parmi les éléments de l'échantillon de l'évaluation de la qualité de la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAS sans complication, si non-respect de la norme de qualification de l'agent qui l'a réalisée = 0 pour l'évaluation de l'élément				
Qualité de remplissage des items de la fiche de suivi et enregistrement du malade dans le registre	- Tous les items remplis et malade enregistré = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(1 x n) 5		
Examen d'admission : – poids à l'entrée ;	- chaque élément présents = 2 - Un seul élément manquant = 0	5	*(2 x n)*		

– taille à l'entrée ; – recherche d'œdèmes ; – diagnostic nutritionnel à l'entrée (rapport P/T, PB et absence d'OMI).			*5*2 = 10*		
Traitement systématique : – prescription de vitamine A ; – prescription de Mebendazole ou d'Albendazole à partir de 12 mois ; – prescription d'antibiotique (Amoxicilline).	- Prescription correcte = 5 - Prescription insuffisante = 0	5	*(5 x n)* *5*5= 25*		
Traitement nutritionnel : - ATPE (Plumpy Nut…)	- Quantité servie correcte = 5 - Quantité servie incorrecte =0	5	*(5 x n)* *25*		
Suivi de l'état nutritionnel (toutes les semaines) : – prise du poids, P/T et PB ; – taille (toutes les 4 semaines) ; – recherche des œdèmes ; – vérification du statut vaccinal.	- Suivi correct = 5 - Au moins un élément du suivi non correct=0	5	*(5 x n)* 5*5=25		
Respect des critères de sortie selon le protocole en vigueur	- Si oui = 10 pts - Si non = 0 pts	5	*(10 x n)* *100*		
Total prise en charge MAS sans complication			**190**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
53. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère (MAS) avec complications					
Traitement diététique mis en œuvre correctement selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0	5	*(5 x 5)* 25		
Traitements spécifique et de routines prescrites correctement selon la (les) phase (s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		25		
Surveillance régulière correcte selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0				
Appréciation correcte des critères pour le passage à la phase suivante	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		25 25		
Traitement diététique mis en œuvre correctement selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		25		
Total prise en charge MAS avec complication			**125**		
54. Evaluation qualitative du dépistage de l'infection à VIH					

Qualité de remplissage des registres	- Tous les items remplis = 1 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	10	(1 x n) 10		
Réalisation des counseling pré et post test	- Counseling pré et post test réalisés = 5 - Au moins un des deux non réalisé = 0	10	(5 x n) 50		
Total dépistage infection à VIH			**60**		
55. Evaluation qualitative de la prise en charge des femmes enceintes séropositives					
Respect du protocole PTME pour les femmes enceintes séropositives : – prévention des infections opportunistes (Cotrimoxazole), si indiqué – mise sous antirétroviraux selon le type de VIH, – prélèvement pour la réalisation du CD4 pour les mères	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0	5	*(5 x n)* 25		
Total prise en charge femmes enceintes séropositives			**25**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
56. Evaluation qualitative de l'application à la naissance du protocole PTME aux nouveau-nés de mères séropositives					
Respect du protocole PTME pour les nouveau-nés nés de mère séropositive – adoption d'un mode d'alimentation à moindre risque de transmission mère-enfant du VIH – prescription correcte d'ARV en post partum à l'enfant – prévention des infections opportunistes (Cotrimoxazole), si indiqué – prélèvement pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH chez les enfants nés de mères séro positives (DBS pour PCR) entre la 6ème et la 12ème semaine de vie	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0	5	*(5 x n)* 25		
Total prise en charge nouveaux nés de femmes enceintes séropositives			**25**		
57. Evaluation qualitative de l'initiation sous ARV des PVVIH					
Existence de dossier	- Si oui poursuite de l'évaluation - Sinon arrêt de l'évaluation				
Respect du protocole :	- Tous les éléments présents = 8	5	*(n x 8)*		

- examen clinique correct ; - recherche et traitement des infections opportunistes (y compris la co-infection TB/VIH) ; - bilan pré-thérapeutique (NFS, CD4, glycémie, ASAT, ALAT, amylasemie) ; - respect du protocole d'administration du traitement ARV.	- Un seul élément manquant = 0		*40*		
Total initiation sous ARV des PvVIH			***40***		
58. Evaluation qualitative du suivi des PVVIH sous ARV (y compris femme enceinte)					
Respect du délai de suivi (J15, M1, M3, M6, M12 puis tous les 6 mois si adulte stable et tous les 3 mois si enfant stable)	- Oui = 3 - Non = 0	**5**	*(n x 3)* *15*		
Eléments recherchés lors de toutes les visites : - régression ou apparition des infections opportunistes ; - observance du traitement ; - effets secondaires des médicaments.	- Tous les éléments présents =3 - Un seul élément manquant =0	**5**	*(n x 3)* *15*		
Suivi biologique : Réalisation d'examens : NFS, CD4, Créatininémie, glycémie, lipasémie/amylasémie, Transaminases, triglycérides .	- Tous les éléments présents =10 - Un seul élément manquant =0	**5**	*(n x 10)* *50*		
– Renouvellement du traitement ARV (ordonnance)	- Dispensation réalisée = 4 Non réalisée = 0	**5**	*(n x 4)* *20*		

Total suivi des PVVIH sous ARV (y compris femme enceinte)	**100**		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
59. Evaluation qualitative du dépistage des cas de TPM+					
Qualité de remplissage du registre du laboratoire pour la tuberculose	- Tous les items remplis = 4 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	10	(4 x n) 40		
Total dépistage TPM+			**40**		
60. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)					
- Prise supervisée pendant o les 2 premiers mois (régime de 1ère ligne) o les 3 premiers mois (régime de 2ème ligne) - Réalisation du test VIH - Application correcte des régimes de traitement (1ère et 2ème ligne chez les malades tuberculeux (enfants et adultes) selon le poids. - Contrôles bacilloscopiques	- chaque élément respecté = 5 - Au moins 1 des éléments non respecté = 0	5	*(6 x n)* *(5*6=30)*		

○ Régime de 1ère ligne : à fin des 2ème, 5ème et 6ème mois ○ Régime de 2ème ligne : à fin des 3ème, 5ème et 8ème mois					
Total prise en charge des cas de tuberculose			**30**		

TABLEAU SYNTHESE DES RESULTATS DE LA VERIFICATION QUALITATIVE DU CM

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
1. Indicateurs généraux	77		
2. Conditions d'accueil des utilisateurs	45		
3. Disponibilité du matériel médico - technique	60		
4. Tenue des supports de collecte de données	30		
5. Gestion des médicaments, consommables et intrants	95		
6. Respects des normes de conservation des consommables et de réalisation de certaines activités	71		
7. Gestion Financière et matérielles	66		
8. Hygiène et Assainissement	48		
9. Planification	20		
10. Consultations externes	100		
11. Prise en charge des nouveaux consultants de 5 ans et plus reçus en CCI	100		
12. Prise en charge des enfants de 2 à 59 mois malades	250		

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
13. Hospitalisations des enfants de moins de 5 ans malades	200		
14. Hospitalisations des malades de plus de 5 ans	200		
15. Vaccination des enfants de 0 à 11 mois	80		
16. Consultations prénatales	160		
17. Consultations postnatales	100		
18. Accouchement eutocique	300		
19. Accouchement dystocique	150		
20. Soins post abortum	80		
21. PF (toute méthode) pour les nouvelles utilisatrices	80		
22. Consultation du nourrisson sain de 0 à 11 mois	50		
23. Consultation du nourrisson sain de 12 à 23 mois	60		
24. Prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAM)	70		
25. Prise en charge des enfants de 6 à 59 mois malnutris (MAS sans complication)	190		
26. Prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère avec complications	125		

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
27. Dépistage de l'infection à VIH	60		
28. Prise en charge des femmes enceintes séropositives	25		
29. Application à la naissance du protocole PTME aux nouveau-nés de mères séropositives	25		
30. Initiation au TARV des PVVIH	40		
31. Suivi des PVVIH sous ARV (y compris femme enceinte)	100		
32. Dépistage des cas de TPM+	40		
33. Prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)	30		
TOTAL	**3127**		

Annexe 3: Critères de vérification de la qualité du 2nd échelon et sources de vérification

GRILLE DE VERIFICATION QUALITATIVE AU NIVEAU CMA

Région de : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ District sanitaire de : _

Nom de la formation sanitaire : _ Période évaluée : _

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
1. Indicateurs généraux				
Organisation générale de l'hôpital - Carte d'identité affichée - Identification correcte des services - Disponibilité d'une cuisine fonctionnelle pour les patients hospitalisés et d'une morgue - Disponibilité d'une buanderie - Disponibilité d'un groupe électrogène fonctionnel	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		5	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
- Disponibilité d'un service d'accueil fonctionnel (dépliant d'information, les procédures d'accueil dans les services) - Organisation des staffs cliniques (au moins une fois par semaine en Médecine, Maternité, Pédiatrie, Chirurgie)				
Organisation de la référence/CR - Disponibilité d'au moins 10 fiches de CR par unité - Ambulance fonctionnelle - Existence d'un téléphone (flotte) fonctionnel	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0		10	
Organisation des services - Existence d'un programme de permanence-garde affichée dans toutes les unités	- Oui = 10 ; - Non = 0		10	
- Programme d'astreinte des médecins et pharmaciens affiché dans toutes les unités				
- Description des postes et répartitions des tâches affichées dans les unités				
Archivage des documents - Rapports mensuels – PAP – cahier de supervision - PV réunions, cahier d'absence, outil d'indice validé, rapports d'audits des décès	- Oui = 20 ; - Non = 0		20	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
maternels et néonataux - résultats des vérifications antérieures, fiches individuelle d'évaluation trimestrielle des agents disponibles,bien rangés et accessibles dans la FS				
Recouvrement des coûts - Affichage des coûts des prestations et des prix des médicaments dans toutes les unités	- Oui = 5 ; - Non = 0		5	
Disponibilité d'une banque de sang fonctionnelle	- Oui = 10 ; Non = 0		10	
Existence d'une salle de réanimation/ Soins intensifs fonctionnelle : comportant : - une source d'oxygène, - au moins 02 lits avec matelas, - des médicaments (Adrénaline, sérum glucosé à 5 et 10%, sérum salé à 0,9%, NA+, CA++,K+ et Vitamine K1, sulfate de magnésie, gluconate de calcium, diazépam, antihypertenseur recommandé, furosémide, digoxine, colloïdes)	- Oui = 20 ; - Non = 0		20	
- matériel de réanimation (Sondes vésicales, sonde d'aspiration N°6, 8, 10 stériles adulte, ballons d'ambu adulte et Ballon avec masque néonatal, Sondes d'intubation taille 2,5 à 3,5, 6,5,				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
7 et 8, Canules de Guedel, Aspirateurs, au moins 01 boîte de laryngoscopie, Intranules enfants et adulte, seringues, perfuseurs)				
- source d'eau				
Réalisation des audits de décès maternels, néonataux	- Oui = 20 ; - Non = 0		20	
Sous total indicateurs généraux			**100**	
2. Conditions d'accueil des utilisateurs				
Respect de la confidentialité dans les salles de prestation	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salles de consultation externe = 10		10	
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de PF = 10		10	
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de CPN = 10		10	
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle d'accouchement= 10		10	
Salles d'attentes	- Existence de salles d'attente en médecine, en maternité, en pédiatrie, chirurgie et au labo = 5 - Existence de chaises ou de bancs dans les salles d'attentes = 5		10	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Salles d'hospitalisation	- Existence de lits, de matelas avec moustiquaires en nombre suffisant et en bon état dans les salles d'hospitalisation (Médecine générale et pédiatrie = 30 lits, Maternité = 12 lits, Chirurgie = 18 lits) = 10		10	
Durée moyenne de séjour (hospitalisation) dans la formation sanitaire (moyenne nationale 2014 : 3,2 dans les hôpitaux)	-Durée comprise entre 3,2 jours ± 0,5 (2,7 – 3,7) = 5 - Autrement =0		5	
Affichage de la charte d'utilisateur (au moins format A3) des services de santé dans tous les services/unités de soins	Affichage de la charte dans tous les services = 5 Absence de charte dans au moins un service =0		5	
Total conditions d'accueil des utilisateurs			**70**	
3. Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico - technique				
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico-technique en consultation externe	- Tous les éléments sont présents et fonctionnels = 10 otensiomètre adulte, stéthoscope, thermomètre, pèse-personne, négatoscope en CE adultes ; otensiomètre pédiatrique, stéthoscope, thermomètre, pèse-personne, pèse-		10	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
	bébé, otoscope, négatoscope, toise en CE enfants - Au moins 1 élément absent ou non fonctionnel =0			
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico technique pour la prise en charge des urgences néonatales	Tous les éléments présents et fonctionnels (i) Aspiration (aspirateur, Sondes d'aspiration n° 6, 8 et 10 stériles, Flacons de rinçage stériles) ; (ii) Oxygénation et ventilation (source d'oxygène médical : extracteur d'oxygène, oxygène mural ou bouteille d'oxygène, Débitmètre d'oxygène, Ballon avec masque néonatal, Sondes d'intubation taille 2,5 à 3,5, Canules de Guedel) = 20 - Au moins un élément manquant ou non fonctionnel = 0		20	
Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'accouchement	- Existence et fonctionnalité d'au moins : -cinq (05) boites d'accouchement complètes (chaque boite contient : 2 pinces de Kocher, 2 paires de ciseaux, 1 pince porte aiguille, 1pince à disséquer, 1 sonde urinaire rigide) -deux tables d'accouchement		20	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
	-d'une horloge murale fonctionnelle et à l'heure -d'un aspirateur fonctionnel (électrique et à pédale) -d'un pèse bébé fonctionnel Tout le matériel présent et fonctionnel selon les caractéristiques suscitées = 20 pts Absence ou non fonctionnalité d'un seul élément = 0 pt			
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour la CPN	- Tout le matériel disponible et fonctionnel (tensiomètre, stéthoscope obstétrical, mètre ruban, pèse personne avec toise, spéculum,)et fonctionnel= 10 - Au moins un élément manquant ou non fonctionnel = 0		10	
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour la prise en charge de la malnutrition	- Tous les éléments présents (Salter avec culottes, pèse bébé précision 10g, toise pour moins de 2 ans et pour plus de 2 ans, bandelettes de Shakir nationale) et fonctionnel= 20		20	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
	- Un seul élément manquant ou non fonctionnel= 0			
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour le dépistage de la tuberculose	- Tous les éléments présents et fonctionnels : (i) microscope fonctionnel ; (ii) crachoirs, lames, porte-lames et crayon diamant, réactifs de Ziehl ; (iii) Existence d'un réfrigérateur et d'une source de chaleur =20 - Un seul élément manquant ou non fonctionnel =0		20	
Total disponibilité et fonctionnalité du matériel médico technique			**100**	
4. Tenue des supports de collecte de données				
Qualité de la tenue des supports de collecte des données : - Registres de consultation externe/référence (médecins, attachés de santé et SFE/ME) - Registre d'hospitalisation de médecine - Registre d'hospitalisation de la pédiatrie - Registre d'hospitalisation de chirurgie - Registre d'hospitalisation de la maternité - Registre d'accouchement	Chaque support correctement tenu (couverture existante, pas de feuille déchirée) = 2		48	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
- Registre de CPN - Registre de consultation post natale - Registre de PF - Registre de Compte Rendu Opératoire - Registre de CR anesthésique - Registre de référence/CR - Registre de gestion de la file active - Registre PTME - Registre de prise en charge des avortements - Registre des recettes (tarification) - Registre de vente des MEG - Registre de bacilloscopie - Registre de contrôle de qualité PTME - Registres de laboratoire - Registre de prise en charge de la TB (CDT) - Registre de la malnutrition aigüe - Fiche pharmaco vigilance - Fiche Matério vigilance				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Total tenue des supports de collecte de données			**48**	
5. Gestion des médicaments, consommables et intrants				
Disponibilité des 45 médicaments et produits traceurs + arthémeter injectable	- Aucune molécule n'a connu une rupture=20 - Au moins une molécule en rupture=0		20	
Disponibilité de médicaments pour la prise en charge des urgences néonatales (Adrénaline, sérum glucosé à 5 et 10%, sérum salé à 0,9%, NA^{+}, CA^{++},K^{+} et Vitamine K1)	- Médicaments disponibles durant la période = 10 - Rupture d'au moins un des éléments =0		10	
Disponibilité en médicaments pour la prise en charge des accouchements dystociques (sulfate de magnésie, gluconate de calcium, diazépam, antihypertenseur recommandé)	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0		10	
Disponibilité en consommables pour la CPN (gants d'examen, bandelettes urinaires)	- Consommable disponibles durant la période = 10 - Rupture d'au moins un des éléments = 0		10	
Disponibilité et fonctionnalité du dispositif AMIU et /ou disponibilité du Misoprostol	Disponible et fonctionnel = 5 Non disponible ou non fonctionnel = 0		5	
Disponibilité des intrants pour la prise en charge des MAS avec complication (lait thérapeutique F75 et F100, plumpy-nut, Ceftriazone,	- Tous les éléments présents = 15 - Un seul élément manquant = 0		15	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Amoxicilline, Mebendazole ou Albendazole, Nystatine, Vit. A, Ac. Folique, RESOMAL)				
Disponibilité des réactifs (tests sensibles) pour le dépistage de l'infection à VIH	- Réactifs disponibles durant la période = 10 - Rupture de réactifs durant la période = 0		10	
Disponibilité des ARV pour la PEC des PvVIH (anciens comme éventuels nouveaux) et pour la PTME	- ARV disponibles durant la période = 10 - Rupture d'ARV durant la période = 0		10	
Disponibilité des méthodes contraceptives (Pilules, Injectables, implants, DIU)	- Toutes les méthodes disponibles = 20 - Au moins une méthode absente = 0		20	
Déclaration sur la Fiche de pharmaco vigilance (FPV) d'effets indésirables susceptibles d'être dû à l'utilisation d'un médicament : -Complétude de la déclaration sur la FPV -Transmission effective de la FPV - Hemo vigilance Matério vigilance	Tous les critères sont respectés =10 Non respect d'au moins un critère =0		10	
Total gestion des médicaments, consommables et intrants			**120**	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
6. Respects des normes de réalisation de certaines activités				
Port de tenue de travail	Pour tous les agents, blouse propre, boutonnée avec identification (nom, prénoms, qualification) et port de « sabot médical » =20 - Absence d'au moins un élément=0		20	
Existence et accessibilité des protocoles de prise en charge des pathologies suivantes - Pré éclampsie sévère - Eclampsie - Hémorragie du post-partum - Drépanocytose sur grossesse -Urgences médico- chirurgicales (état de choc, brulures, coma diabétique, urgences hypertensives, polytraumatismes, traumatisme crânien)	- Existence de tous les protocoles = 10 - Absence d'au moins un protocole = 0		10	
Respect des conditions de conservation des réactifs de dépistage de l'infection à VIH	Conditions respectées = 20 Un seul élément non respecté = 0		20	
contrôle de qualité sur les tests de dépistage de l'infection à VIH -tous les indéterminés,	- Tous les échantillons de contrôle qualité reçus sont testés et conservés au congélateur = 10 points		10	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-les 5 èmes positifs - les 20èmes négatifs	- Un seul échantillon non conservé = 0 point			
Existence de boites à images portant le nom/cachet de la formation sanitaire et d'échantillon des méthodes contraceptives	- Présence de boites à images et d'échantillon de méthodes contraceptives = 10 - Absence d'au moins un des éléments = 0		10	
Total respect des normes de réalisation de certaines activités			**70**	
7. Hygiène et Assainissement				
Propreté des locaux (médecine, maternité, dépôt, hospitalisation, bloc opératoire, laboratoire) -absence de poussière dans les salles -absence de toiles d'araignées dans les salles -sols, murs et plafonds propres -absence de déchet sur le sol	- Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 20 - Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0		20	
Propreté de la cour : -Existence de poubelle dans la cour -Existence de latrines fonctionnelles en maternité	- Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 20 - Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0		20	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-Existence de latrines fonctionnelles en hospitalisation -absences de déchets trainant dans la cour				
Prévention des infections -Incinérateur fonctionnel -Matériel de stérilisation disponible et fonctionnel (poupinel et/ou autoclave). -Points d'eau disponible (avec eau de javel et/ou dakin et du savons) en salle d'accouchement - Point d'eau disponible (avec eau de javel et/ou dakin et du savon) en salle de consultation - Points d'eau disponible (avec eau de javel et/ou dakin et du savons) en salle de soins -Points d'eau avec savon au niveau des latrines -Existence de produits de décontamination -Existence de poubelles dans les salles de CC, Acc. AMIU, etc.) -Bacs de décontamination en salle d'accouchement -Bacs de décontamination en salle de soins. -Existence de boites de sécurité fonctionnelles en salle de soins	- Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 60 - Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0		40	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-Existence de boites de sécurité fonctionnelles en maternité -Existence d'un dispositif (Affiches lavage des mains, fiche de notification…) de prévention des AES				
Respect du principe du tri et élimination des dechets -Déchets contaminés, non contaminé, tranchant -Existence de poubelles pour chaque type de déchets -Existence d'incinérateur	Tous les critères sont respectés = 20 pts Un seul element manquant =0 pts		20	
Total Hygiène et Assainissement		**100**		
8. Gestion des ressources financières et matérielles				
Eléments financiers et comptables : - Livres de banque complets et à jour ; - Livres de caisse (une caisse par compte) sont complets et à jour ; - Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépense ; - factures certifiées, timbrées et classées	- Tous les éléments respectés = 40		40	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
- Le rapprochement bancaire mensuel est effectué ; - L'archivage des pièces comptables est correct (numérotation en continu + classement chronologique) ; - L'inventaire mensuel de la caisse est réalisé ; - Existence d'un fichier de suivi des dettes à jour ; - Existence d'un fichier de suivi des créances à jour ; - Existence d'un manuel des procédures financières et comptables ; - vulgarisation et application des tarifs et prix en vigueur ; - Bonnes mesure de sécurité au niveau des caisses (coffre-fort, détecteur de faux billet, agent de sécurité et **renforcement des ouvertures**…) ; - Arrêt périodique des écritures comptables ; - Production de la situation d'exécution trimestrielle financière et physique du PA ;	- Un seul élément non respecté= 0			
Total gestion financière et materielle		40		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
8. Gestion des ressources financières et matérielles (suite)				
Éléments de gestion des stocks et fournitures - Existence et tenue des outils de gestion des stocks (fiche de stocks, bordereaux de livraison, bon de sortie....) - Réalisation d'inventaire des stocks de fournitures et consommables - Approbation des sorties de fournitures (bons de sorties)	Tous les éléments respectés = 10 - Un seul élément non respecté= 0		10	
Éléments de gestion du matériel durable - Existence d'un livre inventaire des immobilisations - Existence d'un dossier par immobilisation - Codification du matériel durable - Réalisation de la maintenance préventive et curative - Existence d'une fiche de suivi pour chaque équipement - Utilisation des fiches de signalisation des pannes	Tous les éléments respectés = 10 - Un seul élément non respecté= 0		10	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Eléments de gestion de la logistique roulante : - Existence d'un règlement précisant les responsabilités (tâches) et les règles dans l'utilisation de la logistique roulante ; - Existence d'un dossier par véhicule (y compris les motos) reprenant les fiches de suivi de la maintenance ; - Assurance et visites techniques à jours - Archivage des documents (carte grise, carte jaune, assurance…) - respect des délais d'entretien des véhicules	Tous les éléments respectés = 10 - Un seul élément non respecté= 0		10	
Outil d'indice : - Disponible; - ; - Validé (portant la signature du MCD) - Prenant en compte les critères : qualification, ancienneté, responsabilité, nombre de jours d'absence, évaluation trimestrielle de performance, proportion de temps consacré aux activités CMA (pour les membres de l'ECD) - Sans surcharge d'écritures	- Tous les éléments respectés = 10 - Un seul élément non respecté= 0		10	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Total gestion Financière	**80**			
9. Planification				
Respect des normes du PAP	- PAP trimestriel du CMA disponible, accessible et élaboré dans les délais= 10 (Superviseur vérifie le PAP du trimestre objet de la vérification) -		10	
	- PAP élaboré avec les acteurs clés = 25 (Médecins, Pharmaciens, SUS, CUS, SUT Gestionnaire du CMA, représentants des syndicats)		25	
	- Taux de réalisation physique du PAP - Inferieur 60%= - 60-80%= - 80-90%= - Superieur 90%= -		5	
Existence d'un plan de développement des infrastructures	- La FS dispose d'un plan de développement d'infrastructures nécessaires pour rendre opérationnel toutes les activités PCA = 10		10	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Total PAP	**50**			
10. consultations externes				
Respect du gradient de compétence	- Malade pris en charge par un médecin ou par un attaché de santé ou SFE-ME = poursuite de l'évaluation - Non-respect de gradient = 0 pour l'évaluation de l'élément de l'échantillon			
Qualité de remplissage du registre de consultation curative	Tous les items du registre de consultation curative sont correctement renseignés=15 - Un ou plusieurs items du registre non rempli ou mal renseigné=0	10	*(15x n)* 150	
Total consultations externes	**150**			
11. prise en charge des enfants de 29 jours à 59 mois (selon l'approche TETU)				
Qualité de remplissage de l'entête de la fiche	- Tous les items de l'entête sont correctement remplis=1 - Au moins un item de l'entête mal ou non rempli=0 - *NB : en l'absence des nom, prénoms et âge de l'enfant, le reste de l'évaluation du cas est nulle*	*(1 x n)* *10*	10	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Suivi des protocoles TETU pour les enfants de moins de 5 ans	- Evaluation de l'enfant selon le concept ABCD : o Voies aériennes = 1 o Respiration = 1 o Circulation = 1 o Conscience = 1 o Déshydratation = 1 o Appréciation de l'état nutritionnel = 1	*10*	(n x 19)190	
	- Recherche des signes prioritaires =3 - Classement de l'enfant en « urgent », « prioritaire » ou « non urgent » = 3 - Traitement des signes d'urgence en accord avec les protocoles = 3 - Prise en charge ultérieure conforme au classement de l'enfant =2 - Existence d'une visite de suivi=2			
Total prise en charge enfants malades selon l'approche TETU	**190**			

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
12. Evaluation qualitative de la prise en charge des urgences néonatales				
Dossier médical comprenant : - Nom et qualification de la personne qui a fait le dossier - ATCD pré per et post natals - Identité complète du malade - Résultats de l'interrogatoire - Résultats de l'examen physique (pouls, T°, poids, taille, examen appareil par appareil) - Hypothèse(s) diagnostique(s) - Examens complémentaires à faire - Traitement initial - Diagnostic de sortie -	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0	5	(n x 10) 50	
Eléments de suivi du malade : - Etat du malade au jour le jour - Résultats des examens complémentaires - Réajustement du traitement au besoin - Sortie du malade et CAT	- Tous les éléments présents = 10 - Au moins un élément manquant = 0	5	(n x 10) 50	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
- Registre/cahier de consigne correctement rempli (traçabilité des actes) et à jour - Feuille de température (correctement rempli) -				
Total prise en charge des urgences néonatales	**100**			
13. Evaluation qualitative des contre – références réalisées et transmises au niveau du CISSE				
Existence de documents de référence/CR (fiche de Référence/Evacuation, registre R/CR)	- Documents tous présents=2 - Au moins document absent=0	10	(n x 2) 20	
Remplissage de la fiche de CR	- Tous les items correctement renseignés= 2	10	(nx2) 20	
Délai de la rédaction de la contre-référence inférieur à 7 jours après la sortie du malade	- Oui = 3 ; - Non = 0	10	(n x 3) 30	
Délai de transmission de la contre-référence au responsable CISSE inférieur à 3 jours	- Oui = 3 ; - Non = 0	10	(n x 3) 30	
Total réalisation et transmission des contre références	**100**			
14. Evaluation qualitative des hospitalisations				
	- Critère respecté = poursuite de la vérification			

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-Malade vu par un médecin, une SFE/ME ou un attaché de santé au plus tard 12 heures après son admission	- Critère non respecté = 0 pour l'élément de l'échantillon			
-Existence de dossier du malade	- Existence de dossier = 4 - Absence de dossier = 0	10	(n x 4) 40	
-Tenue du dossier d'hospitalisation	- Dossier correctement tenu (propre, pas froissé, non déchiré)= 1 - Dossier incorrectement tenu =0	10	(n x 1) 10	
Dossier médical comprenant : -Nom et qualification de la personne qui a fait le dossier -Identité complète du malade -Résultats de l'interrogatoire -Résultats de l'examen physique (pouls, TA, T°, poids, taille, examen appareil par appareil) -Hypothèse(s) diagnostique(s) -Examens complémentaires à faire -Diagnostic initial -Traitement initial	Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0	10	(n x 10) 100	
Eléments de suivi du malade :	- Tous les éléments présents = 10	10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-Etat du malade au jour le jour -Résultats des examens complémentaires -Réajustement du traitement au jour le jour -Diagnostic de sortie et CAT -Registre/cahier de consigne correctement rempli (traçabilité des actes) et à jour -Feuille de température (correctement rempli) —	- Un seul élément manquant = 0		(n x 10) 100	
Total hospitalisations	**250**			
15. Evaluation qualitative des interventions chirurgicales majeures				
Qualité de la prise en charge :	- Existence d'un dossier du malade =5 - Absence de dossier du malade = 0	10	*(n x 5)* *50*	
	- Protocole opératoire et anesthésique détaillé avec le type d'anesthésie, nom et prénom de l'opérateur et signature d'un médecin=5 - Un seul élément insuffisant = 0	10	*(n x 5)* *50*	
	- Utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale=5 - Si non utilisé = 0	10	*(n x 5)* *50*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Réalisation de bilan paraclinique (GS RH, NFS, Azotémie ou créatininémie, glycémie) dans les 24 heures au plus tard après l'intervention	- Examens complémentaires faits = 5 - Au moins un examen non réalisé = 0	10	*(n x 5)* *50*	
Réalisation de la consultation ou visite pré-anesthésique	- CPA/VPA réalisée =5 - CPA/VPA non réalisée=0	10	*(n x 5)* *50*	
Total interventions chirurgicales majeures	**250**			
16. Evaluation qualitative des accouchements eutociques assistés				
Qualité de la surveillance du travail de l'accouchement	- Partogramme complètement et correctement rempli par un personnel qualifié (SFE/ME, AS, médecin)=30 - Partogramme incomplètement ou incorrectement remplis ou par du personnel non qualifié= 0	10	*(30 x n)* *300*	
Total interventions accouchements eutociques	**300**			
17. Evaluation qualitative des césariennes réalisées				
Qualité de la prise en charge :	- Existence d'un partogramme bien rempli (si indiqué) =5 - Absence de partogramme ou partogramme insuffisamment rempli = 0	10	*(n x 5)* *50*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
	- Délai de prise en charge (<60mn) entre la décision opératoire et le début de l'intervention=15 - Délai de prise en charge ≥ 60mn = 0	10	*(n x 15)* *150*	
	- Protocole opératoire détaillé avec le type d'anesthésie, nom et signature du médecin=5 - Un seul élément insuffisant = 0	10	*(n x 5)* *50*	
Réalisation d'examens complémentaires (GS-Rh, NFS, Azotémie/Créatininémie et Glycémie) dans les 24 heures au plus tard après l'intervention	- Examens complémentaires faits = 5 - Au moins un examen non réalisé = 0	10	*(n x 5)* *50*	
Réalisation de la consultation ou visite pré-anesthésique	- VPA réalisée =5 - VPA non réalisée=0	10	*(n x 5)* *50*	
Total césariennes	**350**			
18. Evaluation qualitative de la prise en charge des GEU				
Qualité de la prise en charge	- Dossier du malade bien rempli=5 - Absence de dossier ou dossier insuffisamment rempli = 0	5	*(n x 5)* *25*	
	- Délai de prise en charge) entre la décision opératoire et le début de l'intervention < 60mn =15	5	*(n x 15)*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
	- Délai de prise en charge entre la décision opératoire et le début de l'intervention ≥ 60mn = 0		*75*	
	- Protocole opératoire détaillé avec le type d'anesthésie, nom et signature du médecin=5 - Un au moins des éléments insuffisant = 0	5	*(n x 5)* *25*	
Réalisation d'examens complémentaires (NFS/Taux d'Hb, GS-Rh)	- Examens complémentaires faits = 5 - Au moins un examen non réalisé = 0	5	*(n x 5)* *25*	
Réalisation de la visite pré-anesthésique	- VPA réalisée =5 - VPA non réalisée=0	5	*(n x 5)* *25*	
Total prise en charge GEU rompue	**175**			
19. Evaluation qualitative des accouchements dystociques assistés				
Respect des protocoles de PEC des dystocies	- Respect du protocole = 4 - Un seul élément du protocole non respecté = 0	5	*(n x 4)* *20*	
Dossier du malade comprenant : -L'identité complète -Les données de l'interrogatoire	- Existence de dossier = 2 - Absence de dossier = 0	5	*(n x 2)* *10*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-Les données de l'examen physique -Les résultats des examens para cliniques (NFS/Tx d'Hb, GS/Rh, Glycémie, Azotémie/Créatininémie) -La conduite à tenir				
-Les résultats des visites de suivi	- Tous les éléments présents = 4 - Un seul élément manquant = 0	5	*(n x 4)* *20*	
Qualité de remplissage du partogramme	- Partogramme complètement et correctement rempli par un personnel qualifié (SFE/ME, AS, médecin)=20 - Partogramme incomplètement ou incorrectement remplis ou par du personnel non qualifié= 0	5	*(20 x n)* *100*	
Total accouchements dystociques	**150**			
20. Evaluation qualitative des consultations prénatales réalisées				
Prise des constantes (T°, TA, pouls, taille et poids, PB)	Toutes les constantes prises = 3 - Un seul élément manquant = 0	10	*(3x n)* *30*	
Examen physique -Examen des seins -Recherche des œdèmes	- Tous les éléments présents = 4	10	*(4 x n)* *40*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-Examen des conjonctives -HU -BCF (à partir de la 20ème semaine) -Examen au speculum et TV	- Un seul élément manquant = 0			
Examens complémentaires (Albuminurie, Glycosurie, GS-Rh, RPR/TPHA et électrophorèse de l'hémoglobine)	- Tous les examens réalisés = 2 - Un seul examen non réalisé = 0	10	*(2 x n)* *20*	
Vaccination antitétanique à intervalles prévus	- VAT faite = 1 VAT non faite = 0 - Intervalles respectés = 1 - Intervalles non respectés = 0	10	*(2 x n)* *20*	
Prescription -fer + acide Folique, -SP (après le 4ème mois ou MAF+) -Déparasitant (à partir de T2)	- Prescription correcte = 3 - Prescription insuffisante = 0	10	*(3 x n)* *30*	
Complétude de la CPN (CPN1 à T1 ; CPN2 à T2 ; CPN3 à T3, CPN4 à T3)	- Toutes les CPN faites (en fonction de l'âge de la grossesse) =4 - Une seule manquant = 0	10	*(4 x n)* *40*	
Total consultations prénatales	**180**			

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
21. Evaluation qualitative des consultations postnatales				
-Examen clinique réalisé selon les normes -Respect des intervalles : J6 - J8, S6 - S8 -Planification familiale proposée -Supplémentation fer+acide folique, vit A -Conseils nutritionnels	- Tous les éléments présents =10 - 1 ou plusieurs éléments manquants =0	10	*(n x 10)* *100*	
Total consultations postnatales	**100**			
22. Evaluation qualitative des soins post abortum				
Mise en œuvre des soins d'urgence (évaluation initiale et lever de l'urgence si nécessaire avant toute chose)	- Oui = 4 - Non = 0	5	*(n x 4)* *20*	
Réalisation de l'évacuation utérine par AMIU (si moins de 14 SA) et /ou par Misoprostol	- Oui = 4 - Non = 0	5	*(n x 4)* *20*	
Réalisation d'un counseling (avant, pendant et après l'évacuation utérine)	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* *10*	
Début de prise en charge en PF	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* *10*	
Réalisation d'examens complémentaires (GS-Rh),	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* *10*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
Proposition de sérum anti D en cas de besoin	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* *10*	
Total soins post abortum	**80**			
23. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère avec complications				
-Traitement diététique mis en œuvre correctement selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0	5	*(n x 20)* *100*	
-Traitement spécifique (PEC des complications et Formulaire de Soins Critiques) et de routine prescrit correctement selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0			
-Surveillance régulière correcte selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0			
-Appréciation correcte des critères pour le passage à la phase suivante	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0			
Total prise en charge MAS avec complication	**100**			
24. Evaluation qualitative du dépistage volontaire de l'infection à VIH				
Qualité de remplissage du registre	- Tous les items remplis = 2 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(2 x n) 10	
Réalisation des counseling pré et post test	- Counseling pré et post test réalisés = 6	5	(6 x n)	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
	- Au moins un des deux non réalisé = 0		30	
Total prise dépistage volontaire de l'infection à VIH	**40**			
25. Evaluation qualitative de la mise sous protocole ARV des femmes enceintes VIH+				
Respect du protocole PTME pour les femmes enceintes séropositives : - prévention des infections opportunistes (Cotrimoxazole), si indiqué - Mise sous antirétroviraux selon le type de VIH - Prélèvement pour la réalisation du CD4 pour les mères	- Tous les éléments présents = 6 - Un seul élément manquant = 0	5	*(6 x n)* *30*	
Total mise sous protocole ARV des femmes enceintes VIH+	**30**			
26. Evaluation qualitative de la prise en charge des nouveau-nés de femmes VIH+				
Respect du protocole PTME pour les nouveau-nés nés de mère séropositive - Adoption d'un mode d'alimentation à moindre risque de transmission mère-enfant du VIH - Prescription correcte d'ARV (NVP ou AZT) en post partum à l'enfant	- Tous les éléments présents = 6 - Un seul élément manquant = 0	5	*(6 x n)* *30*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
- Prélèvement pour la réalisation du diagnostic VIH chez les enfants nés de mères séro positives (DBS pour PCR) entre la 6ème et la 12ème semaine de vie				
Total prise en charge des nouveau-nés de femmes VIH+	**30**			
27. Evaluation qualitative de l'initiation sous ARV des PVVIH				
Respect du protocole - Examen clinique correct - Recherche et traitement des infections opportunistes (y compris la co-infection TB/VIH) - Bilan pré-thérapeutique (NFS, CD4, glycémie, ASAT, AlAT, amylasemie) - Respect du protocole d'administration du traitement ARV	- Tous les éléments présents = 8 - Un seul élément manquant = 0	5	*(n x 8)* *40*	
Total initiation sous ARV des PvVIH	**40**			
28. Evaluation qualitative du suivi des PVVIH sous ARV (Dossier papier ou ESOPE électronique)				
Respect du délai de suivi (J15, M1, M3, M6, M12 puis tous les 6 mois si adulte stable et tous les 3 mois si enfant stable)	- Oui = 3 - Non = 0	5	*(n x 3)* *15*	
Eléments recherchés lors de toutes les visites	- Tous les éléments présents =3	5	*(n x 3)*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-Régression ou apparition des infections opportunistes -Observance du traitement -Effets secondaires des médicaments	- Un seul élément manquant =0		*15*	
Suivi biologique -Réalisation d'examens : NFS, CD4, Créatininémie, glycémie, lipasémie/amylasémie, Transaminases, triglycérides	- Tous les éléments présents =10 - Un seul élément manquant =0	5	*(n x 10)* *50*	
Renouvellement du traitement ARV (ordonnance)	- Dispensation réalisée = 4 - Non réalisée = 0	5	*(n x 4)* *20*	
Total suivi des PVVIH sous ARV	**100**			
29. Evaluation qualitative du dépistage des cas de TPM+				
Qualité de remplissage du registre du laboratoire pour la tuberculose	- Tous les items remplis = 4 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	10	(4 x n) 40	
Total dépistage TPM+	**40**			
30. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)				
- Prise supervisée pendant o les 2 premiers mois (régime de 1ère ligne) o les 3 premiers mois (régime de 2ème ligne)	- Tous ces éléments sont respectés = 20	5	*(n x 20)*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
- recherche de l'infection à VIH - Application correcte des régimes de traitement (1ère et 2ème ligne chez les malades tuberculeux (enfants et adultes) selon le poids. - Contrôles bacilloscopiques o Régime de 1ère ligne : à fin des 2ème, 5ème et 6ème mois o Régime de 2ème ligne : à fin des 3ème, 5ème et 8ème mois	- Au moins 1 des éléments non respecté = 0		*100*	
Total prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)	**100**			
31. Evaluation qualitative de la prise en charge des nouvelles utilisatrices de la PF (contraceptifs oraux, injectables, DIU, implants)				
Réalisation du counseling -1ère consultation : counseling initial et counseling spécifique -Consultations suivantes : counseling de suivi	- Counseling réalisé = 2 - Counseling absent = 0	10	*(2 x n)* *20*	
Interrogatoire au cours de l'examen clinique de la cliente -antécédents, -DDR, -régularité du cycle,	- Tous les éléments = 2	10	*(2 x n)* *20*	

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus
-durée et volume des règles, -dysménorrhées, -signes d'infection génitale	- Un seul élément manquant = 0			
Examen physique : -Prise des constantes (TA, T°, poids, taille, IMC) -Recherche d'OMI, -Examen des conjonctives à la recherche d'anémie, -résultats de l'examen au spéculum et du toucher)	- Tous les éléments = 5 - Un seul élément manquant = 0	10	*(5 x n)* *50*	
Adéquation de la méthode choisie aux éléments de l'examen clinique	- Choix adéquat=1 - Choix inadéquat=0	10	*(1 x n)* *10*	
Total PF (contraceptifs oraux, injectables, DIU, implants)			**100**	

RECAPITULATIF DES POINTS OBTENUS

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Observations**
1. Indicateurs généraux	100		
2. Conditions d'accueil des utilisateurs	70		
3. Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico - technique	100		
4. Tenue des supports de collecte de données	48		
5. Gestion des médicaments, consommables et intrants	120		
6. Respects des normes de réalisation de certaines activités	70		
7. Hygiène et Assainissement	100		
8. Gestion des ressources financières et matérielles	80		
9. Planification	50		
10. consultations externes	150		**50**
11. prise en charge des enfants de 29 jours à 59 mois (selon l'approche TETU)	190		**10**
12. Evaluation qualitative de la prise en charge des urgences néonatales	100		
13. Evaluation qualitative des contre – références réalisées et transmises au niveau du CISSE	100		
14. Evaluation qualitative des hospitalisations	250		**50**

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
15. Evaluation qualitative des interventions chirurgicales majeures[2]	250		**50**
16. Evaluation qualitative des accouchements eutociques assistés	300		
17. Evaluation qualitative des césariennes réalisées	350		
18. Evaluation qualitative de la prise en charge des GEU	175		
19. Evaluation qualitative des accouchements dystociques assistés	150		
20. Evaluation qualitative des consultations prénatales réalisées	180		
21. Evaluation qualitative des consultations postnatales	100		
22. Evaluation qualitative des soins post abortum	80		
23. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère avec complications	100		
24. Evaluation qualitative du dépistage volontaire de l'infection à VIH	40		
25. Evaluation qualitative de la mise sous protocole ARV des femmes enceintes VIH+	30		
26. Evaluation qualitative de la prise en charge des nouveau-nés de femmes VIH+	30		
27. Evaluation qualitative de l'initiation sous ARV des PVVIH	40		

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
28. Evaluation qualitative du suivi des PVVIH sous ARV (Dossier papier ou ESOPE électronique)	100		
29. Evaluation qualitative du dépistage des cas de TPM+	40		
30. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)	100		
31. Evaluation qualitative de la prise en charge des nouvelles utilisatrices de la PF (contraceptifs oraux, injectables, DIU, implants)	100		
TOTAL	3693		

ANNEXE 4 : Critères de vérification de la qualité du 2ème niveau de soins et sources de vérification

GRILLE DE VERIFICATION QUALITATIVE AU NIVEAU CHR

Région de : _ CHR de : _

Période évaluée : _

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
1. Indicateurs généraux					
Organisation générale de l'hôpital - Carte d'identité affichée - Identification correcte des services - Disponibilité d'une cuisine fonctionnelle pour les patients hospitalisés - Disponibilité d'une morgue avec chambre froide fonctionnelle - Disponibilité d'une buanderie - Disponibilité d'un groupe électrogène fonctionnel - Disponibilité d'un service d'accueil fonctionnel (dépliant d'information, les procédures d'accueil dans les services) - Charte des utilisateurs affichée	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Organisation des staffs cliniques quotidiens (au moins les jours ouvrables en Médecine, Maternité, Pédiatrie, Chirurgie)					
Organisation de la référence/CR - Disponibilité d'au moins 10 fiches de CR par unité - Ambulance fonctionnelle - Existence d'un téléphone fonctionnel	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0		10		
Permanence des services - Existence d'un programme de permanence-garde affiché dans toutes les unités - Programme d'astreinte des médecins et pharmaciens affiché dans toutes les unités	- Oui = 10 ; - Non = 0		10		
Archivage des documents - Rapports mensuels – business plan/ PAP – PV réunions, dossiers de malades– cahier de supervision - cahier d'absence, outil d'indice validé, rapports d'audits des décès maternels et néonataux - résultats des vérifications antérieures, fiches individuelle d'évaluation trimestrielle des agents bien rangés (classeurs, étagères) et accessibles dans la FS	- Oui = 20 ; - Non = 0		20		
Recouvrement des coûts - Affichage des coûts des prestations et des prix des médicaments dans toutes les unités	- Oui = 5 ; - Non = 0		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Disponibilité d'une banque de sang fonctionnelle	- Oui = 10 ; - Non = 0		10		
Existence d'une unité ou d'un service de réanimation/ Soins intensifs fonctionnel comprenant : - une source d'oxygène, - au moins 03 lits avec matelas, - les médicaments suivants : Adrénaline, sérum glucosé à 5 et 10%, sérum salé à 0,9%, NA+, CA++,K+ et Vitamine K1, diazépam, antihypertenseur recommandé, furosémide, cristalloïdes ; - le matériel de réanimation suivant : Sondes vésicales, sonde d'aspiration stérile adulte, ballons d'ambu adulte, 2 Canules de Guédel, 1 Aspirateur, au moins 01 boîte de laryngoscopie et sonde trachéale adultes, Intranules enfants et adultes, seringues, perfuseurs ; - une source d'eau	- existence du service avec tous les éléments = 20 ; - absence du service ou absence d'un seul élément = 0		20		
100% des décès maternels audités	Oui = 30 ; - Non = 0		30		
10% de décès néonatals audités	- Oui = 20 ; - Non = 0		20		
Sous total indicateurs généraux	**130**				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
2. Conditions d'accueil des utilisateurs					
Respect de la confidentialité dans les salles de prestation	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salles de consultation externe = 10		10		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de PF = 10		10		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle de CPN = 10		10		
	- Discrétion visuelle et auditive garantie en salle d'accouchement= 10		10		
Salles d'attentes	- Existence de salles d'attente en médecine, en maternité, en chirurgie, en pédiatrie et au labo = 5 - Existence de chaises ou de bancs dans les salles d'attentes = 5		10		
Salles d'hospitalisation	- existence de matelas en nombre suffisant (Médecine=30 ; Chirurgie=30 ; Maternité/Hospitalisation=34 : Pédiatrie=27 ; MI=08) et en		10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	bon état et de moustiquaires dans les salles d'hospitalisation et de suites de couche				
Cuisine pour utilisateurs/accompagnants	- existence de point cuisine pour utilisateurs = 5		5		
Durée moyenne de séjour (hospitalisation) dans la formation sanitaire (moyenne nationale 2014 : 3,2 jours)	- Durée comprise entre 3.2 jours ± 0,5 (2.7 – 3,7) = 5 - Hors intervalle =0		5		
Affichage de la charte d'utilisateur (au moins format A3) des services de santé dans tous les services/unités de soins	- Affichage de la charte dans tous les services = 5 Absence de charte dans au moins un service =0		5		
Total conditions d'accueil des utilisateurs	**75**				
3. Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico - technique					
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico-technique en consultation externe	- Tous les éléments sont présents et fonctionnels =10 otensiomètre adulte, stéthoscope, thermomètre, pèse-personne, négatoscope en CE adultes ; otensiomètre pédiatrique, stéthoscope, thermomètre,		10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	pèse-personne, pèse-bébé, otoscope, négatoscope, toise en CE enfants - Au moins élément absent ou non fonctionnel=0				
Disponibilité et fonctionnalité du matériel médico technique pour la prise en charge des urgences néonatales	- Tous les éléments présents et fonctionnels (i) Aspiration (aspirateur, Sondes d'aspiration n° 6, 8 et 10 stériles, Flacons de rinçage stériles) ; (ii) Oxygénation et ventilation (Débitmètre d'oxygène, Ballon avec masque néonatal, Sondes d'intubation taille 2,5 à 3,5, Canules de Guedel) = 20 - Au moins un élément manquant ou non fonctionnel = 0		20		
Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'accouchement	- Existence et fonctionnalité d'au moins dix (10) boites d'accouchement complètes (chaque boite contient : 2 pinces de Kocher, 2 paires de ciseaux, 1 pince porte aiguille,		20		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	1pince à disséquer, 1 sonde urinaire rigide)= 20 - Moins de 5 ou 10 boites d'accouchement selon le niveau ou boites incomplètes = 0				
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour la CPN	- Tout le matériel disponible et fonctionnel (tensiomètre, stéthoscope obstétrical, mètre ruban, pèse personne avec toise, spéculum,) = 10 - Au moins un élément manquant ou non fonctionnel = 0		10		
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour la prise en charge de la malnutrition	- Tous les éléments présents et fonctionnels (Salter avec culottes, pèse bébé précision 10g, toise pour moins de 2 ans et pour plus de 2 ans, bandelettes de Shakir nationale)= 20 - Un seul élément manquant ou non fonctionnel = 0		20		
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour le dépistage de la tuberculose	- Tous les éléments présents et fonctionnels: (i) microscope		20		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	fonctionnel ; (ii) crachoirs, lames, porte-lames et crayon diamant, réactifs de Ziehl ; (iii) Existence d'un réfrigérateur et d'une source de chaleur =20 - Un seul élément manquant ou non fonctionnel =0				
Disponibilité et fonctionnalité du matériel pour ligature des trompes (Cf. annexe guide de vérification qualitative pour la composition de la boite)	- Présence et fonctionnalité de boites de chirurgie spécifique pour ligature des trompes = 10 - Absence ou non fonctionnalité d'au moins un élément = 0		10		
Total disponibilité et fonctionnalité du matériel médico technique	**110**				
4. Tenue des supports de collecte de données					
Qualité de la tenue des supports de collecte des données : - Registre de consultation externe / référence de médecine - Registre de consultation externe / référence de maternité - Registre de consultation externe / référence de pédiatrie - Registre de consultation externe / référence de chirurgie - Registre de consultation externe / référence d'ophtalmologie	- Chaque support correctement tenu (couverture existante, pas de feuille déchirée) = 2		46		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Registre de consultation externe / référence d'ORL - Registre de consultation externe / référence d'odonto – stomatologie - Registre de consultation externe / référence de psychiatrie - Registre d'hospitalisation de médecine - Registre d'hospitalisation de pédiatrie - Registre d'hospitalisation de chirurgie - Registre d'hospitalisation de maternité - Registre d'accouchement - Registre des soins après avortements - Registre de Compte Rendu Opératoire - Registre de CR anesthésique - Registre(s) de référence/CR - Registre(s) du laboratoire - Registre de la radiologie - Registre de la malnutrition aigue - Fiche pharmaco vigilance - Fiche MAPI					

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Fiche Matério vigilance					
Total tenue des supports de collecte de données	**46**				
5. Gestion des médicaments, consommables et intrants					
Disponibilité des 45 médicaments et produits traceurs	- Aucune molécule n'a connu une rupture=20 - Au moins une molécule en rupture=0		20		
Disponibilité de médicaments pour la prise en charge des urgences néonatales (Adrénaline, sérum glucosé à 5 et 10%, sérum salé à 0,9%, NA^{+}, CA^{++},K^{+} et Vitamine K1)	- Médicaments disponibles durant la période = 10 - Rupture d'au moins un des éléments =0		10		
Disponibilité en médicaments pour la prise en charge des accouchements dystociques (sulfate de magnésie, gluconate de calcium, diazépam, antihypertenseur recommandé)	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0		10		
Disponibilité en consommables pour la CPN (gants d'examen, bandelettes urinaires)	- Consommable disponibles durant la période = 10 - Rupture d'au moins un des éléments = 0		10		
	Disponible et fonctionnel = 5		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Disponibilité et fonctionnalité du dispositif AMIU et /ou Misoprostol	Non disponible ou non fonctionnel = 0				
Disponibilité des intrants pour la prise en charge des MAS avec complication (lait thérapeutique F75 et F100, plumpy-nut, Ceftriazone, Amoxicilline, Mebendazole, Albendazole, Nystatine, Vit. A, Ac. Folique, RESOMAL)	- Tous les éléments présents = 15 - Un seul élément manquant = 0		15		
Disponibilité des réactifs (tests sensibles) pour le dépistage de l'infection à VIH	- Réactifs disponibles durant la période = 10 - Rupture de réactifs durant la période = 0		10		
Disponibilité des ARV pour la PEC et la PTME	- ARV disponibles durant la période = 10 - Rupture d'ARV durant la période = 0		10		
Disponibilité des méthodes contraceptives (Pilules, Injectables, implants, DIU)	- Toutes les méthodes disponibles = 20 - Au moins une méthode absente = 0		20		
Déclaration sur la Fiche de pharmaco vigilance (FPV) d'effets indésirables susceptibles d'être dû à l'utilisation d'un médicament : - Complétude de la déclaration	-		10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Transmission effective de la FPV					
Hemo vigilance	-				
Matério vigilance	-				
Total gestion des médicaments, consommables et intrants	**120**				
6. Respects des normes réalisation de certaines activités					
Port de tenue de travail	- Pour tous les agents, blouse propre, boutonnée avec identification (nom, prénoms, qualification) et port de « sabot médical » =15 - Absence d'au moins un élément=0		15		
Existence et accessibilité des protocoles de prise en charge des pathologies suivantes Pré éclampsie sévère Eclampsie Hémorragie du post-partum Drépanocytose sur grossesse	- Existence de tous les protocoles = 10 - Absence d'au moins un protocole = 0		10		
Respect des conditions de conservation des réactifs de dépistage de l'infection à VIH	- Conditions respectées = 5 points		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- Un seul élément non respecté = 0 point				
contrôle de qualité sur les tests de dépistage de l'infection à VIH, □tous les indéterminés, □les 5 èmes positifs □les 20èmes négatifs	- Tous les échantillons conservés au congélateur = 10 points - Un seul échantillon non acheminé = 0 point		10		
Existence de boites à images et d'échantillon des méthodes contraceptives	- Présence de boites à images et d'échantillon de méthodes contraceptives = 10 - Absence d'au moins un des éléments = 0		10		
Existence d'un personnel formé en technique ambulatoire de ligature des trompes	- Oui = 20 - Non = 0		20		
Total respect des normes de réalisation de certaines activités	**70**				
7. Hygiène et assainissement					
Propreté des locaux (dispensaire, maternité, dépôt, hospitalisation, bloc, laboratoire) □absence de poussière dans les salles □absence de toiles d'araignées dans les salles	- Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 20		20		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
sols, murs et plafonds propres absence de déchet sur le sol	- Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0				
Propreté de la cours : Existence de poubelle dans la cours Existence de latrines fonctionnelles en maternité Existence de latrines fonctionnelles en hospitalisation absences de déchets trainant dans la cours	- Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 20 - Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0		20		
Prévention des infections Incinérateur fonctionnel Matériel de stérilisation disponible et fonctionnel (poupinel et/ou autoclave). Points d'eau disponible(avec eau de javel et/ou dakin et du savons) en salle d'accouchement Point d'eau disponible(avec eau de javel et/ou dakin et du savons) en salle de consultation Points d'eau disponible (avec eau de javel et/ou dakin et du savons) en salle de soins Existence de produits de décontamination Existence de poubelles dans les salles de CC, Acc. AMIU, etc.)	Tous les éléments présents dans tous les bâtiments = 40		40		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
□Bacs de décontamination en salle d'accouchement □Bacs de décontamination en salle de soins. □Existence de boites de sécurité fonctionnelles en salle de soins □Existence de boites de sécurité fonctionnelles en maternité □Existence d'un dispositif (Affiches lavage des mains, fiche de notification…) de prévention des AES	- Un seul absent dans un au moins des bâtiments = 0				
Respect du principe du tri et élimination des dechets - Déchets contaminés, non contaminé, tranchant - Existence de poubelles pour chaque type de déchets - Existence d'incinérateur	Tous les critères sont respectés = 20 pts Un seul element manquant =0 pts		20		
Total prévention des infections		**100**			
8. Gestion financière					
Eléments de gestion des marchés publics - Existence d'un plan de passation des marchés - Respect de la procédure de passation des marchés (y compris les publications des avis et des résultats) - existence d'un bilan trimestriel de la mise en œuvre du plan de passation des marchés	- Tous les éléments respectés = 5 - Un seul élément non respecté= 0		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Eléments de gestion budgétaire : - Existence d'un budget équilibré (concordance entre les montants de la nomenclature budgétaire, le budget détaillé et la répartition par source de financement du PA); - Respect des procédures de gestion budgétaire (dépenses, revues périodiques, réaménagement...) - Existence d'un logiciel de gestion budgétaire opérationnel - Production d'états certifiés de dépenses pour les subventions (notamment subvention de l'Etat)	- Tous les éléments respectés = 10 - Un seul élément non respecté= 0		10		
Éléments de gestion des stocks et fournitures - Existence et tenue des outils de gestion des stocks (fiche de stocks, bordereaux de livraison, bon de sortie....) - Existence d'un logiciel de gestion des stocks opérationnel - Réalisation d'inventaire des stocks de fournitures et consommables - Approbation des sorties de fournitures (bons de sorties)	- Tous les éléments respectés = 5 - Un seul élément non respecté= 0		5		
Éléments de gestion du matériel durable - Existence d'un livre inventaire des immobilisations - Existence d'un dossier par immobilisation - Codification du matériel durable	- Tous les éléments respectés = 5		5		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Réalisation de la maintenance préventive et curative - Existence d'une fiche de suivi pour chaque équipement - Archivage des fiches d'intervention - Utilisation des fiches de signalisation des pannes	- Un seul élément non respecté= 0				
8. Gestion financière (suite)					
Eléments de gestion de la logistique roulante : - Existence d'un règlement précisant les responsabilités (tâches) et les règles dans l'utilisation de la logistique roulante ; - Existence d'un dossier par véhicule (y compris les motos) reprenant les fiches de suivi de la maintenance ; - Assurance et visites techniques à jours - Archivage des documents (carte grise, carte jaune, assurance…) - respect des délais d'entretien des véhicules	- Tous les éléments respectés = 5 - Un seul élément non respecté= 0		5		
Outil d'indice : - Disponible, - validé; - Prenant en compte les critères : qualification, ancienneté, responsabilité, nombre de jours d'absence, évaluation trimestrielle de performance proportion de temps consacré aux activités CMA (pour le membre de l'ECD)	- Tous les éléments respectés = 20 - Un seul élément non respecté= 0		20		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Total gestion Financière	**50**				
9. Planification					
Respect des normes du PAP	- PAP trimestriel du CHR disponible, accessible et élaboré dans les délais= 10 (Superviseur vérifie le PAP du trimestre objet de la vérification) - = 10 (Superviseur vérifie le PAP en vigueur)		10		
	- PAP élaboré avec les acteurs clés = 25 (Directeurs, chefs de service, SUS, SUT, responsables des différentes commissions)		25		
	- PAP élaboré en présence de représentant de la DRS et de l'ACV = 5		5		
Existence d'un plan de développement des infrastructures	- La FS dispose d'un plan de développement d'infrastructures nécessaires		10		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	pour rendre opérationnel toutes les activités PCA = 10				
Total business plan	**50**				
10.consultations externes					
Respect du gradient de compétence	- Malade pris en charge pour un médecin ou par un attaché de santé = poursuite de l'évaluation - Non-respect de gradient = 0 pour l'évaluation de l'élément de l'échantillon				
Qualité de remplissage du registre de consultation curative	Tous les items du registre de consultation curative sont correctement renseignés=15 - Un ou plusieurs items du registre non rempli ou mal renseigné=0	10	*(15 x n)* *150*		
Total consultations externes	**150**				
11.prise en charge des enfants de 29 jours à 59 mois (selon l'approche TETU)					
Qualité de remplissage de l'entête de la fiche	- Tous les items de l'entête sont correctement remplis=1 - Au moins un item de l'entête mal ou non rempli=0	*10*	*(1 x n)*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- *NB : en l'absence des nom, prénoms et âge de l'enfant, le reste de l'évaluation du cas est nulle*		*10*		
Suivi des protocoles TETU pour les enfants de moins de 5 ans	- Evaluation de l'enfant selon le concept ABCD : oVoies aériennes = 1 oRespiration = 1 oCirculation = 1 oConscience = 1 oDéshydratation = 1 - Appréciation de l'état nutritionnel = 1 - Recherche des signes prioritaires =3 - Classement de l'enfant en « urgent », « prioritaire » ou « non urgent » = 3 - Traitement des signes d'urgence en accord avec les protocoles = 3	*10*	*(n x 19)* *190*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- Prise en charge ultérieure conforme au classement de l'enfant =2 - Existence d'une visite de suivi=2				
Total prise en charge enfants malades selon l'approche TETU	**190**				
12.Evaluation qualitative de la prise en charge des urgences néonatales					
Dossier du malade comprenant : Nom et qualification de la personne qui a fait le dossier ATCD pré per et post natals Identité complète du malade Résultats de l'interrogatoire Résultats de l'examen physique (pouls, T°, poids, taille, examen appareil par appareil) Hypothèse(s) diagnostique(s) Examens complémentaires à faire Traitement initial Diagnostic de sortie	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0	5	(n x 10) 50		
Eléments de suivi du malade :		5	(n x 10)		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Etat du malade au jour le jour Résultats des examens complémentaires Réajustement du traitement au besoin Sortie du malade et CAT (ordonnance et RDV de suivi)	- Tous les éléments présents = 10 - Au moins un élément manquant = 0		50		
Total prise en charge des urgences néonatales	**100**				
13.Evaluation qualitative des contre – références réalisées et transmises au niveau du SIM					
Existence de documents de référence/CR (fiche de Référence/Evacuation, registre R/CR)	- Documents tous présents=2 - Au moins document absent=0	10	(n x 2) 20		
Remplissage de la fiche de CR	- Tous les items correctement renseignés = 2 Si non = 0	10	(nx2) 20		
Délai de la rédaction de la contre-référence inférieur à 7 jours après la sortie du malade	- Oui = 3 ; - Non = 0	10	(n x 3) 30		
Délai de transmission de la contre-référence au responsable SIM inférieur à 3 jours	- Oui = 3 ; - Non = 0	10	(n x 3) 30		
Total réalisation et transmission des contre références	**100**				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
14.Evaluation qualitative des hospitalisations					
Malade vu par un médecin, ou un attaché de santé au plus tard 12 heures après son admission	- Critère respecté = poursuite de la vérification - Critère non respecté = 0 pour l'élément de l'échantillon				
Existence de dossier du malade	- Existence de dossier = 2 - Absence de dossier = 0	10	(n x 2) 20		
Tenue du dossier d'hospitalisation	- Dossier correctement tenu (propre, pas froissé, non déchiré)=3 - Dossier incorrectement tenu =0	10	(n x 3) 30		
Dossier médical comprenant : Nom et qualification de la personne qui a fait le dossier Identité complète du malade Résultats de l'interrogatoire Résultats de l'examen physique (pouls, TA, T°, poids, taille, examen appareil par appareil) Hypothèse(s) diagnostique(s) Examens complémentaires à faire	Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0	10	(n x 10) 100		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
□Diagnostic initial □Traitement initial □					
Eléments de suivi du malade : □ Etat du malade au jour le jour □ Résultats des examens complémentaires □ Réajustement du traitement au jour le jour □ Diagnostic de sortie et CAT (ordonnance et RDV de suivi) □ Registre/cahier de consigne correctement rempli (traçabilité des actes) et à jour □ Feuille de température (correctement rempli) □	- Tous les éléments présents = 10 - Un seul élément manquant = 0	10	(n x 10) 100		
Total hospitalisations	**250**				
15.Evaluation qualitative des interventions chirurgicales majeures (Hernie, péritonite, hydrocèle, occlusion, autres laparotomies, GEU, prostate, myomes, prolapsus, lithiase, réparation des fistules, appendicite, parage de fractures ouvertes)					
Qualité de la prise en charge :	- Existence d'un dossier du malade =5 - Absence de dossier du malade = 0	10	*(n x 5)* *50*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- Protocole opératoire et anesthésique détaillé avec le type d'anesthésie, nom et prénom de l'opérateur et signature du médecin d'astreinte =5 - Un seul élément insuffisant = 0	10	*(n x 5)* *50*		
	Utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale=5 Si non utilisé = 0	10	*(n x 5)* *50*		
Réalisation de bilan préopératoire (GS RH, NFS, Azotémie ou créatinémie, glycémie)	- Examens complémentaires faits = 5 - Au moins un examen non réalisé = 0	10	*(n x 5)* *50*		
Réalisation de la CPA	- CPA réalisée =5 - CPA non réalisée=0	10	*(n x 5)* *50*		
Total interventions chirurgicales majeures	**250**				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
16.Evaluation qualitative des accouchements eutociques assistés					
Qualité de la surveillance du travail et de l'accouchement	- Partogramme complètement et correctement rempli par un personnel qualifié (SFE/ME, AS, médecin)=30 - Partogramme incomplètement ou incorrectement remplis ou par du personnel non qualifié= 0	10	*(30 x n) 300*		
Total interventions accouchements eutociques	**300**				
17.Evaluation qualitative des césariennes réalisées					
Qualité de la prise en charge :	- Existence d'un partogramme bien rempli (si indiqué) =5 - Absence de partogramme ou partogramme insuffisamment rempli = 0	10	*(n x 5)* *50*		
	- Délai de prise en charge (<60mn) entre la décision opératoire et le début de l'intervention=15 - Délai de prise en charge ≥ 60mn = 0	10	*(n x 15)* *150*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- Protocole opératoire détaillé avec le type d'anesthésie, nom et signature du médecin=5 - Un seul élément insuffisant = 0	10	*(n x 5)* *50*		
Réalisation d'examens complémentaires (GS-RH, NFS, Azotémie ou Créatininémie, Glycémie) dans les 24 heures après l'intervention	- Examens complémentaires faits = 5 - Au moins un examen non réalisé = 0	10	*(n x 5)* *50*		
Réalisation de la visite pré-anesthésique	- CPA réalisée =5 - CPA non réalisée=0	10	*(n x 5)* *50*		
Total césariennes	**350**				
18.Evaluation qualitative de la prise en charge des GEU					
Qualité de la prise en charge	- Dossier du malade bien rempli=5 - Absence de dossier ou dossier insuffisamment rempli = 0	5	*(n x 5)* *25*		
	- Délai de prise en charge) entre la décision opératoire et le début de l'intervention < 60mn =15	5	*(n x 15)*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
	- Délai de prise en charge entre la décision opératoire et le début de l'intervention ≥ 60mn = 0		*75*		
	- Protocole opératoire détaillé avec le type d'anesthésie, nom et signature du médecin=5 - Un au moins des éléments insuffisant = 0	5	*(n x 5)* *25*		
Réalisation d'examens complémentaires (NFS, GS-RH)	- Examens complémentaires faits = 5 - Au moins un examen non réalisé = 0	5	*(n x 5)* *25*		
Réalisation de la consultation pré-anesthésique	- CPA réalisée =5 - CPA non réalisée=0	5	*(n x 5)* *25*		
Total prise en charge GEU	**175**				
19.Evaluation qualitative des accouchements dystociques					
Respect des protocoles de PEC des dystocies	- Respect du protocole = 4 - Un seul élément du protocole non respecté = 0	5	*(n x 4) 20* *20*		
Dossier du malade comprenant :	- Existence de dossier = 2	5	*(n x 2) 10*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
L'identité complète Les données de l'interrogatoire Les données de l'examen physique Les résultats des examens para cliniques La conduite à tenir	- Absence de dossier = 0		*10*		
Les résultats des visites de suivi	- Tous les éléments présents = 4 - Un seul élément manquant = 0	5	*(n x 4)* *20*		
Qualité de remplissage du partogramme	- Partogramme complètement et correctement rempli par un personnel qualifié (SFE/ME, AS, médecin)=20 - Partogramme incomplètement ou incorrectement remplis ou par du personnel non qualifié= 0	5	*(20 x n)* *100*		
Total accouchements dystociques	**150**				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
20.Evaluation qualitative des consultations prénatales réalisées					
Prise des constantes (T°, TA, pouls, taille et poids, PB)	Toutes les constantes prises = 3 - Un seul élément manquant = 0	10	*(3 x n)* *30*		
Examen physique complet: ☐ Examen des seins ☐ Recherche des œdèmes ☐ Examen des conjonctives ☐ HU ☐ BCF (à partir de la 20ème semaine)	- Tous les éléments présents = 4 - Un seul élément manquant = 0	10	*(4 x n)* *40*		
Examens complémentaires (Albuminurie, Glycosurie, GS-Rh, RPR ou TPHA/VDRL et électrophorèse de l'hémoglobine)	- Tous les examens réalisés = 2 - Un seul examen non réalisé = 0	10	*(2 x n)* *20*		
Vaccination antitétanique à intervalles prévus	- VAT faite = 1 VAT non faite = 0	10	*(2 x n)*		
	- Intervalles respectés = 1 - Intervalles non respectés = 0		*20*		
Prescription:	- Prescription correcte = 3	10	*(3 x n)30*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
☐ fer + acide Folique, ☐ SP (après le 4ème mois ou MAF+) ☐ Déparasitant (à partir de T2)	- Prescription insuffisante = 0		*30*		
Complétude de la CPN (CPN1 à T1 ; CPN2 à T2 ; CPN3 à T3, CPN4 à T3)	- Toutes les CPN faites (en fonction de l'âge de la grossesse) =4 - Une seule manquant = 0	10	*(4 x n)* *40*		
Total consultations prénatales	**180**				
21.Evaluation qualitative des consultations postnatales					
☐ Examen clinique réalisé selon les normes ☐ Respect desintervalles : J6 - J8, S6-S8 ☐ Planification familiale proposée ☐ Supplémentation fer+acide folique, vit A ☐ Conseils nutritionnels	- Tous les éléments présents =10 - 1 ou plusieurs éléments manquants =0	10	*(n x 10)* *100*		
Total consultations postnatales	**100**				
22.Evaluation qualitative des soins post abortum					
Mise en œuvre des soins d'urgence (évaluation initiale et lever de l'urgence si nécessaire avant toute chose)	- Oui = 4 - Non = 0	5	*(n x 4)* *20*		
	- Oui = 4	5	*(n x 4)*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
Réalisation de l'évacuation utérine par AMIU (si moins de 14 SA) et /ou par Misoprostol	- Non = 0		*20*		
Réalisation d'un counseling (avant, pendant et après l'évacuation utérine)	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* *10*		
Début de méthode contraceptive	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* *10*		
Réalisation d'examens complémentaires (GS-Rh),	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* *10*		
Proposition de sérum anti D en cas de besoin	- Oui = 2 - Non = 0	5	*(n x 2)* *10*		
Total soins post abortum	**80**				
23.Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère avec complications					
□ Traitement diététique mis en œuvre correctement selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0	5	*(n x 20)*		
□ Traitement spécifique (PEC des complications et FSC) et de routine prescrit correctement selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
□ Surveillance régulière correcte selon la (les) phase(s)	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0		*100*		
□ Appréciation correcte des critères pour le passage à la phase suivante	- Tous les éléments présents = 5 - Un seul élément manquant = 0				
Total prise en charge MAS avec complication	**100**				
24.Evaluation qualitative du dépistage volontaire de l'infection à VIH					
Qualité de remplissage du registre	- Tous les items remplis = 2 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	5	(2 x n) 10		
Réalisation des counseling pré et post test	- Counseling pré et post test réalisés = 6 - Au moins un des deux non réalisé = 0	5	(6 x n) 30		
Total dépistage volontaire de l'infection à VIH	**40**				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
25.Evaluation qualitative de la mise sous protocole ARV des femmes enceintes VIH+					
Respect du protocole PTME pour les femmes enceintes séropositives : □prévention des infections opportunistes (Cotrimoxazole), si indiqué □traitements antirétroviraux (chimio prophylaxie ou trithérapie)	- Tous les éléments présents = 6 - Un seul élément manquant = 0	5	*(6 x n)* *30*		
Total mise sous protocole ARV des femmes enceintes VIH+	**30**				
26.Evaluation qualitative de la prise en charge des nouveau-nés de femmes VIH+					
Respect du protocole PTME pour les nouveau-nés de mère séropositive : □Adoption d'un mode d'alimentation à moindre risque de transmission mère-enfant du VIH □Prescription correcte d'ARV (AZT ou NVP) en post partum à l'enfant □Prélèvement pour la réalisation du diagnostic VIH chez les enfants nés de mères séro positives (DBS pour PCR) entre la 6ème et la 12ème semaine de vie	- Tous les éléments présents = 6 - Un seul élément manquant = 0	5	*(6 x n) 30*		
Total prise en charge des nouveau-nés de femmes VIH+	**30**				

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
27.Evaluation qualitative de l'initiation sous ARV des PVVIH					
Respect du protocole - Examen clinique correct - Recherche et traitement des infections opportunistes (y compris la co-infection TB/VIH) - Bilan pré-thérapeutique (NFS, CD4, glycémie, ASAT, ALAT, amylasemie) - Respect du protocole d'administration du traitement ARV	- Tous les éléments présents = 8 - Un seul élément manquant = 0	5	*(n x 8)* *40*		
Total initiation sous ARV des PvVIH	**40**				
28.Evaluation qualitative du suivi des PVVIH sous ARV (Dossier papier ou ESOPE électronique)					
Respect du délai de suivi (J15, M1, M3, M6, M12 puis tous les 6 mois si adulte stable et tous les 3 mois si enfant stable)	- Oui = 3 - Non = 0	5	*(n x 3)* *15*		
Eléments recherchés lors de toutes les visites: - Régression ou apparition des infections opportunistes - Observance du traitement - Effets secondaires des médicaments	- Tous les éléments présents =3 - Un seul élément manquant =0	5	*(n x 3)* *15*		
Suivi biologique:	- Tous les éléments présents =10	5	*(n x 10)*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
- Réalisation d'examens : NFS, CD4, Créatininémie, glycémie, lipasémie/amylasémie, Transaminases, triglycérides et charge virale (CHR)	- Un seul élément manquant =0		*50*		
Renouvellement du traitement ARV	- Dispensation réalisée = 4 - Non réalisée = 0	5	*(n x 4)* *20*		
Total suivi des PVVIH sous ARV	**100**				
29.Evaluation qualitative du dépistage des cas de TPM+					
Qualité de remplissage du registre de laboratoire pour la tuberculose	- Tous les items remplis = 4 - Un ou plusieurs items non remplis = 0	10	(4 x n) 40		
Total dépistage TPM+	**40**				
30.Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)					
- Prise supervisée pendant o les 2 premiers mois (régime de 1ère ligne) o les 3 premiers mois (régime de 2ème ligne) - recherche de l'infection à VIH - Application correcte des régimes de traitement (1ère et 2ème ligne chez les malades tuberculeux (enfants et adultes) selon le poids. - Contrôles bacilloscopiques	- Tous ces éléments sont respectés = 20 - Au moins 1 des éléments non respecté = 0	5	*(n x 20)* *100*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
o Régime de 1ère ligne : à fin des 2ème, 5ème et 6ème mois o Régime de 2ème ligne : à fin des 3ème, 5ème et 8ème mois					
Total prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)	**100**				
31.Evaluation qualitative de la prise en charge des utilisatrices de la PF (contraceptifs oraux, injectables, DIU, implants)					
Réalisation du counseling: □ 1ère consultation : counseling initial et counseling spécifique □ Consultations suivantes : counseling de suivi	- Counseling réalisé = 2 - Counseling absent = 0	10	*(2 x n)* *20*		
Interrogatoire au cours de l'examen clinique de la cliente: □ antécédents, □ DDR, □ régularité du cycle, □ durée et volume des règles, □ dysménorrhées, □ signes d'infection génitale	- Tous les éléments = 2 - Un seul élément manquant = 0	10	*(2 x n)* *20*		
Examen physique : □ Prise des constantes (TA, T°, poids, taille, IMC) □ Recherche d'OMI, □ Examen des conjonctives à la recherche d'anémie,	- Tous les éléments = 5	10	*(5 x n)* *50*		

Eléments de vérification	Indications pour la notation	Taille de l'échantillon	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
□ résultats de l'examen au spéculum et du toucher)	- Un seul élément manquant = 0				
Adéquation de la méthode choisie aux éléments de l'examen clinique	- Choix adéquat=1 - Choix inadéquat=0	10	*(1 x n)* *10*		
Total PF (contraceptifs oraux, injectables, DIU, implants)	**100**				
32.Evaluation qualitative de la prise en charge des utilisateurs de la PF (ligature des trompes)					
Réalisation du counseling: □1ère consultation : counseling initial et counseling spécifique	- Counseling réalisé = 10 - Counseling absent = 0	2	*(10 x n)* *20*		
Réalisation du bilan clinique complet de la femme	- Bilan clinique complet réalisé = 20 - Bilan non réalisé ou bilan incomplet = 0	2	*(20 x n)* *40*		
Réalisation du bilan para clinique complet de la femme	- Bilan para clinique complet réalisé = 10 - Bilan non réalisé ou bilan incomplet = 0	2	*(10 x n)* *40*		
Existence d'une fiche de consentement volontaire signée par la femme	- Présence de la fiche = 10 - Absence de la fiche = 0	2	*(10 x n)* *20*		
Total ligature des trompes			**120**		

RECAPITULATIF DES POINTS OBTENUS

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
1.Indicateurs généraux	130		
2.Conditions d'accueil des utilisateurs	75		
3.Disponibilité du matériel médico - technique	110		
4.Tenue des supports de collecte de données	46		
5.Gestion des médicaments, consommables et intrants	120		
6.Respects des normes réalisation de certaines activités	70		
7.Prévention des infections	100		
8.Gestion Financière	50		
9.Planification	50		
10. consultations externes	150		
11. prise en charge des enfants de 29 jours à 59 mois (selon l'approche TETU)	190		
12. Evaluation qualitative de la prise en charge des urgences néonatales	100		
13. Evaluation qualitative des contre – références réalisées et transmises au niveau du CISSE/SIM	100		
14. Evaluation qualitative des hospitalisations	250		
15. Evaluation qualitative des interventions chirurgicales majeures	250		

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
16. Evaluation qualitative des accouchements eutociques assistés	300		
17. Evaluation qualitative des césariennes réalisées	350		
18. Evaluation qualitative de la prise en charge des GEU	175		
19. Evaluation qualitative des accouchements dystociques	150		
20. Evaluation qualitative des consultations prénatales réalisées	180		
21. Evaluation qualitative des consultations postnatales	100		
22. Evaluation qualitative des soins post abortum	80		
23. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère avec complications	100		
24. Evaluation qualitative du dépistage volontaire de l'infection à VIH	40		
25. Evaluation qualitative de la mise sous protocole ARV des femmes enceintes VIH+	30		
26. Evaluation qualitative de la prise en charge des nouveau-nés de femmes VIH+	30		
27. Evaluation qualitative de l'initiation sous ARV des PVVIH	40		
28. Evaluation qualitative du suivi des PVVIH sous ARV	100		
29. Evaluation qualitative du dépistage des cas de TPM+	40		
30. Evaluation qualitative de la prise en charge des cas de TB traités et guéris (TPM+)	100		
31. Evaluation qualitative de la prise en charge des utilisatrices de la PF (contraceptifs oraux, injectables, DIU, implants)	100		
32. Evaluation qualitative de la prise en charge des utilisateurs de la PF (ligature des trompes)	120		

Domaine / Activités ayant fait objet de vérification	Points maximum possibles	Points obtenus	Observations
TOTAL	**3 826**		

Annexe 5 : Grille qualité au niveau ECD

Région de : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ District sanitaire de : _ Période évaluée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

GRILLE DE VERIFICATION DE LA QUALITE AU NIVEAU ECD

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
1. INDICATEURS GÉNÉRAUX					
1. **Carte du district** de dimension d'au moins A0 (1mx1m) affichée et montrant les formations sanitaires, routes principales, barrières naturelles, et les villages	Carte affichée et complète = 2 Carte absente ou incomplète = 0	-Tableau d'affichage		2	
2. **Gestion rationnelle des véhicules et des motos** : i. Existence d'un fichier électronique et /ou papier de gestion des véhicules et des motos ii. Existence de notes d'affectation des motos iii. existence par véhicule d'un carnet/cahier de bord à jour	Tous les critères remplis = 2 Un seul critère absent = 0	-Fichier de gestion -Cahier de bord -règlement -support de synthèse		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
iv. existence d'un règlement précisant les responsabilités (tâches) et les règles dans l'utilisation du parc auto et moto du district					
v. existence d'une synthèse mensuelle des carnets de bord des véhicules reprenant au moins leur utilisation, leur kilométrage et leur maintenance périodique					
3. **Disponibilité de l'outil informatique** :	Tous les critères remplis =2 Un seul critère absent = 0	-Vérifier la protection -vérifier disque dur -vérifier la connexion internet		2	
i. Tous les ordinateurs fonctionnels du siège de l'ECD (CISSE, SAF, PEV, DRD et secrétariat) sont protégés par un antivirus valide avec base de données à jours (pas plus de 7 jours)					
ii. Existence de disque dur externe pour tous les bureaux ci-dessus cités					
iii. Disponibilité d'une connexion internet au siège du district					
4. Identification	Tous les critères remplis =2 Un seul critère absent = 0	-Observation d'un panneau -observation des bureaux		2	
i. Existence d'un panneau indicateur du siège de l'ECD (panneau métallique correctement fixé d'au moins 1m x 1,5m)					
ii. Identification de tous les bureaux des membres de l'ECD et des locaux au siège du district sanitaire					
5. Gestion du personnel	Tous les critères remplis =2	-Fichier du personnel		2	
i. Fichier du personnel du district disponible et à jour					

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
ii. Existence d'une base de données précisant les formations continues reçues	Un seul critère absent = 0	-Base de données affiches			
iii. Horaire du travail, description des postes et répartition des tâches de tous les membres du bureau du district disponibles et affichés					
6. **Disponibilité de téléphone portable** pour la communication entre les membres de l'ECD et les FS (Portable fonctionnel)	Portable disponible et fonctionnel = 1 portable non disponible ou non fonctionnel = 0	Vérification par 2 appels aléatoires		1	
7. **Registre d'inventaire du matériel** disponible et à jour pour la période objet de la vérification	-Registre disponible et à jour = 2 -Registre non disponible ou non à jour = 0	Registre existe		2	
8. **Les infrastructures du siège de l'ECD sont en bon état** : c'est-à-dire qu'elles ne nécessitent pas de travaux importants de :	Tous les critères remplis =2 Un seul critère non rempli =0	Observation		2	
i. reprise générale de la peinture extérieure					
ii. reprise générale de la peinture des bureaux					
iii. réfection de la toiture					

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
iv. réfection du circuit électrique					
v. réfection du système d'adduction d'eau					
vi. Toutes les ampoules sont fonctionnelles,					
vii. Tous les climatiseurs et/ou les brasseurs d'airs sont fonctionnels,					
viii. le plancher est en bon état					
9. **Sécurisation de l'enceinte du district** :	Tous les critères remplis =2 Un seul critère non rempli =0	-Observation		2	
i. gardien (ou agent de sécurité) de nuit et les heures non ouvrables,					
ii. coffre-fort pour les régisseurs (avance et recettes),					
iii. Grille métallique de protection au niveau des fenêtres des régisseurs					
iv. Portes métalliques pour les bureaux des régisseurs					
v. barre de sécurité sur les portes des magasins (DRD, magasin du gestionnaire)					
vi. existence d'un extincteur fonctionnel,					
vii. Existence de régulateur de tension pour les appareils					
10**. Archivage**	Critères remplis =3	- Temps mis pour retrouver		3	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. Tous les documents de l'évaluation accessibles dans un délai de 10 mn	Un seul critère non rempli =0	les documents = 10 mn			
Total indicateurs généraux				**20**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
2. GESTION FINANCIERE					
1. Rapports mensuels de trésorerie des FS − 100% des Formations sanitaires y compris le CMA ont leurs rapports mensuels de trésorerie disponibles. − Tous les items remplis et toutes les signatures apposées.	Tous les critères remplis =20 un seul élément manquant = 0	-support de rapport mensuel des FS		25	
2. Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus	Tous les critères remplis =2	-vérification des documents comptables et financiers		2	
Etat financiers mensuel : i. flux financiers par partenaire/Tableau emplois-ressources ; ii. état de rapprochement, iii. PV d'inventaire de caisse et des stocks	un seul élément manquant = 0				
3. REGIES AVANCE ET RECETTES − Livre-journal de caisse (Régie d'avances), correctement remplis et à jour des écritures comptables − PV d'inventaire de caisse et des stocks - conforme au solde théorique du livre de caisse et à la liquidité en caisse − Registre de suivi du compte de dépôt (Régie d'avances), correctement remplis et à jour des écritures comptables	Tous les critères remplis =2 un seul élément manquant = 0	--vérification des documents comptables et financiers		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
− Registre de carburant de fonctionnement disponible, correctement rempli et à jour des écritures comptables					
− Les pièces justificatives des dépenses sont disponibles et bien archivées					
4. PADS	Tous les critères remplis =2 un seul élément manquant = 0	--vérification des documents comptables et financiers		2	
i. PV d'inventaire de caisse et des stocks					
ii. conforme au solde théorique et à la liquidité en caisse					
iii. Registre de carburant disponible, correctement rempli et à jour des écritures comptables					
iv. Brouillard de caisse disponible, correctement rempli et à jour des écritures comptables					
v. brouillard de banque disponible, correctement rempli et à jour des écritures comptables					
vi. Les pièces justificatives des dépenses sont disponibles et bien archivées					
5. La répartition des fonds de la gratuité reçus au plus tard 15 jours après la réception des fonds	critère rempli = 15, critère non rempli= 0	-Vérification états de répartition		15	
6. Les fonds alloués par les PTF sont justifiées dans les 6 mois après réception des chèques	critère rempli = 4, critère non rempli=0	-pièces justificatives		4	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
Total gestion financière				**50**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
3. HYGIENE & ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL					
1. Clôture disponible et bien entretenu	critère rempli = 1, critère non rempli = 0	Observation		1	
2. Disponibilité de poubelles :	tous les critères remplis = 2	Observation		2	
i. poubelles devant chaque bâtiment	un seul critère non rempli = 0				
ii. Poubelles non pleines avec couvercle accessibles aux usagers	critère non rempli = 0				
3. Présence de toilettes ou de latrines fonctionnelles en nombre suffisant et en bon état :	Tous les critères remplis = 2	Observation		2	
i. au moins 2 toilettes;	un seul critère non rempli = 0				
ii. avec portes et toiture					
iii. propres et sans matières fécales visibles					
4. Existence d'un dispositif de lavage des mains fonctionnel (type Ebola) avec savon dans la cour	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Observation		2	
5. Le matériel hors d'usage (motos, réfrigérateurs, mobiliers etc.) est bien rangé	critère rempli = 2, critère non rempli =0	Observation		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
6. Propreté de la cour	tous les critères remplis = 6 un seul critère non rempli = 0	Observation		6	
i. *Absence de déchets et de produits dangereux (aiguilles – ampoules –, médicaments périmés, sachets plastiques…) dans la cour*					
ii. *Herbes coupées – jardin bien entretenu – pas d'excréta et excréments (animaux)*					
iii. *Robinet ou pompe fonctionnel dans la cour*					
Total hygiène et environnement de travail				**15**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
4. GESTION DES MEDICAMENTS					
1. Le DS dispose d'un logiciel fonctionnel de gestion des médicaments et consommables	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Logiciel existe et à jour		2	
2. les fiches de stock du DRD sont tenues à jour i. montrant le stock de sécurité = *Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2* ii. montrant le Stock théorique	Tous les critères remplis = 2 un seul critère non rempli = 0	Fiches de stock		2	
3. Le stock théorique correspond au stock physique (Vérifiez sur un échantillon de dix (10) médicaments)[i]*	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Fiches de stock		2	
4. Les médicaments sont gardés correctement : i. dans un local propre, bien aéré, ii. sur des palettes ou étagères étiquetés, iii. et bien rangés par ordre alphabétique, iv. ou dans d'un réfrigérateur pour les produits thermo sensibles	Tous les critères remplis = 2 un seul critère non rempli =	-Observation		2	
5. Le DRD livre les médicaments selon les commandes des FS (le contrôleur vérifie si la quantité commandée est conforme à la quantité servie)(Superviseur fait un échantillon de dix commandes)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	-vérification		2	
6. Absence médicaments périmés ou avec des étiquettes falsifiées		-Observation		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. le contrôleur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables ii. Produits périmés bien séparé de stock iii. Système de destruction des médicaments fonctionnel (Manuel de gestion des déchets pharmaceutiques, registre de suivi des périmés des formations sanitaires, destructions périodiques)	Tous les critères remplis = 2 un seul critère non rempli = 0	-Echantillonnage de médicaments			
7. les inventaires trimestriels sont réalisés et les fiches de stock (quantité) mises à jour (inventaire différent de celui du contrôle effectué par la DRS)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	-Rapport d'inventaire		2	
8. Absence de rupture des 45 molécules et produits traceurs durant la période objet de vérification	critère rempli = 4, critère non rempli= 0	-rapport d'inventaire		4	
9. existence d'un réfrigérateur pour les produits thermo sensibles (Relevé de température à jour, thermomètre interne pour la prise de température)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Observation		2	
Total gestion des médicaments				**20**	
	5. MEDICAMENTS TRACEURS + Arthemeter / Luméfantrine				
	Vérifier le Stock de Sécurité à partir des fiches de stock (Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2)				
1. Amoxicilline 500 mg gél 2. Ampicilline 1g pdre inj 3. Artésunate + Amodiaquine cp adulte	-Disponible avec stock de sécurité > CMM/2 = 10 pour tous les			10	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
4. Cefriaxone 500 mg pdre inj	médicaments ou consommables -Non respecté pour un seul médicament/consommable = 0	-Fiches de stock			
5. Cotrimoxazole 480 mg cp					
6. Diazépam 5mg/ml, 2ml inj					
7. Ibuprofène 400 mg cp					
8. Mebendazole					
9. Métronidazole 250mg cp					
10. Quinine 100mg/ml, 4ml inj					
11. Glucose 5% 500ml					
12. Compresse 40x40					
13. Gants chirurgicaux 7,5 ; 8					
14. Perfuseur					
15. Seringue 10 ml					
16. Artemether+luméfantrine 20/120					
Total médicaments traceurs				**10**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
6. VACCINATION					
1. Les cibles pour les différents antigènes sont affichées	critère rempli = 1, critère non rempli= 0	Tableau d'affichage		1	
2. Tableau de monitorage des différents antigènes du PEV est affiché et à jour	critère rempli=2, critère non rempli =0	Tableau d'affichage		2	
3. Chaine de froid :	Tous les critères remplis = 2 un seul critère non rempli = 0	Observation		2	
i. contrôle régulier de la chaîne de froid et Fridge-Tag présent dans le compartiment du réfrigérateur (*en cas d'anomalies, voir si des dispositions ont été prises pour protéger les vaccins)*					
ii. Disponibilité de feuille de température, remplis 2 fois par jour pour chaque appareil fonctionnel – inclusivement le jour de la visite. La température doit être comprise entre +2 et +8 degré Celsius pour les réfrigérateurs et 0 degré et moins pour les congélateurs. (*en cas d'anomalies, voir si des dispositions ont été prises pour protéger les vaccins)*					
iii. Absence d'alarme du Fridge-Tag dans les 30 jours précédant l'évaluation Fridge-Tag (*en cas d'anomalies, voir si des dispositions ont été prises pour protéger les vaccins)*					
iv. existence d'un cahier de maintenance (préventive + curative) à jour					

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
4. Pas de rupture de DTC+ HepB+ Hib (Penta), BCG, RR+VAA, VPO, VAT, Rota, PCV13	Tous les critères remplis = 2 un seul critère non rempli = 0	-fiches de stock -observation		2	
i. *Présence des fiches de stock à jour (registre de gestion des vaccins)*					
ii. *vérificateur vérifie le stock physique dans le frigo*					
iii. *Concordance entre stock physique et théorique pour trois (3) antigènes*					
5. Les vaccins sont correctement disposés dans le réfrigérateur	Tous les critères remplis = 2 un seul critère non rempli = 0	-Observation		2	
i. Compartiment congelé : VPO – RR,					
ii. *Compartiment NON congelé : BCG – DTC+HepB, VAT,* Rota, PCV13, *RR*					
iii.Absence de vaccins périmés ou pastille de contrôle de vaccins virés					
Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles					
6. Les accumulateurs de froid sont bien congelés	critère rempli = 1, critère non rempli= 0	-observation		2	
7. Registres de gestion manuelle des vaccins et des consommables biens remplis	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	-observation		2	
8. existence d'un groupe électrogène de relai fonctionnel et connecté au PEV	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	-Observation		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
9. Existence de seringues :	Tous les critères remplis = 2	Observation		2	
i. autobloquantes – (au moins 1 seringue pour 1 dose de vaccin)	un seul critère non rempli = 0				
ii. pour dilution – (au moins 1 seringue pour 1 flacon à reconstituer)					
10. Stock de boites de sécurité en quantité suffisante (au moins 1 boite de sécurité pour 100 seringues)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Observation		2	
11. Propreté des locaux du PEV et rangement du matériel (pas de poussière, pas de toile d'araignée, pas d'encombrement)	critère rempli = 1, critère non rempli= 0	Observation		1	
Total vaccination				**20**	
7. Intrants programmes spécifiques (SR, paludisme, Nutrition, Tuberculose, VIH)					
1. Intrants PTME disponibles (au moins 5 kits de dépistages complets disponibles)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Vérifier par observation		2	
2.TDR paludisme répartis aux formations sanitaires	critère rempli = 1	Etat de répartition		1	
Vérifier l'existence d'un état de répartition aux formations sanitaires une semaine après réception au DRD					
3. crachoirs disponibles (au moins 25)	critère rempli = 1, critère non rempli= 0	Observation		1	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
4. réactifs de dépistage de la tuberculose disponible (au moins 1 kit)	critère rempli = 1, critère non rempli= 0	Observation		1	
5. ATPE disponibles (au moins 5 cartons)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Observation		2	
6. ARV disponible (au moins 01 mois de stock de sécurité pour chaque patient y compris les femmes enceintes dépistées positives sous ARV)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Observation/vérification		2	
7. DBS disponible (au moins 5 kits)	critère rempli = 1, critère non rempli= 0	Observation des kits		1	
Total intrants programmes spécifiques				**10**	
8. Gestion de l'information sanitaire					
1. Complétude des rapports mensuels = 100%	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Rapport mensuels		2	
2. Promptitude des rapports mensuels > 90%	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Rapports mensuels		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
3. Le taux de rapportage des données sur ENDOS = 100%*	critère rempli = 4, critère non rempli= 0	Endos		4	
4. Le nombre de retro information trimestrielles effectuées aux formations sanitaires	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Documents de retro-information		2	
5. Graphiques de surveillance des maladies à potentiel épidémique affichés et à jour y compris le jour de la vérification (information sanitaire)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Tableau d'affichage		2	
6. Tableau de monitorage de la transmission des TLHO et rapports mensuels est affiché et à jour y compris le jour de la vérification (information sanitaire)	critère rempli = 2, critère non rempli= 0	Tableau d'affichage		2	
7. Rapport synthèse de gestion des produits contraceptifs	critère rempli = 1, critère non rempli= 0	-rapport		1	
8. Analyse des données du SNIS au niveau du district	critère rempli = 4, critère non rempli= 0	-rapport d'analyse		4	
9. Tableau de suivi des principaux indicateurs affiché	critère rempli = 1, critère non rempli= 0	-tableau d'affichage		1	
Total gestion de l'information sanitaire				20	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
9. Planification suivi et évaluation					
1. **Existence de plannings mensuels des activités**; i. programme des 3 mois écoulés est disponible ii. rapport d'évaluation mensuel du planning mensuel des 3 mois écoulés est disponible iii. programme du mois en cours est signé, affiché au siège du district et transmis aux formations sanitaires au plus tard le 1er du mois en cours	Tous les critères remplis = 3 un seul critère non rempli = 0	-3 programmes mensuels -rapport d'évaluation -programme du mois en cours		3	
2.Rapport de progrès du trimestre écoulé disponible et signé (MCD, DRS)	critère rempli = 2 critère non rempli = 0	-rapport de progrès		2	
3. **Tenue d'au moins 8 réunions de l'ECD** au cours du trimestre dirigé par le MCD, avec compte rendu contenant (vérifier pour le dernier trimestre): i. ordre du jour détaillé ii. Bilan des activités de la semaine écoulée iii. Planning des activités de la semaine suivante iv. suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des réunions (recommandations réunion précédente et formulation des recommandations de la présente réunion) iv. liste de présence avec signature des participants	Tous les critères remplis pour chaque réunion = 5 un seul critère non rempli pour 1 réunion = 0	-rapport de réunions -liste de présence avec signature		5	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
Total planification – suivi et évaluation				10	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
10. Supervisions					
1. au moins 50% des formations sanitaires ont bénéficié d'une supervision intégrée au cours du trimestre	Tous les critères remplis = 15 critères non remplis 0	-grilles de supervision		15	
2. Organisation de la supervision *i. Tenue d'une rencontre préparatoire entre superviseurs avant la date de la première sortie (PV de la rencontre)* ii. *TDR envoyé une semaine avant le début de la supervision*	Tous les critères remplis = 4 1 seul critère non rempli = 0	-PV de rencontre -TDR		4	
3. Contenu de la grille de la supervision prend en compte : i. Le suivi de la prise en charge des indigents dans les Formations sanitaires ii. l'état de mise en œuvre des recommandations issues des vérifications qualité, quantité et communautaire iii. *l'état de mise en œuvre des recommandations issues de la supervision précédente/PRP* iV. Des aspects sur la gratuité des soins	Critère rempli = 8 Critère non rempli = 0	-grille de supervision		8	
4. Profil des superviseurs *En fonction des thèmes de supervision :* i. il existe une cohérence avec le profil des superviseurs,	Tous les critères remplis = 4	-grilles de supervision		4	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
ii. gradient de compétence est respecté,	Un seul critère non rempli = 0	avec signature des superviseurs			
iii. équipe dirigée par un médecin					
IV. Equipe complète					
5. Après la supervision	Tous les critères remplis = 4 Un seul critère non rempli = 0	-rapport de supervision -grille de supervision		4	
i. PRP disponible et signé par le chef de l'équipe de supervision et le responsable de la FS					
ii. Rapports de supervision disponible 14 jours après la fin de la supervision					
Total supervision				**35**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
11. Contrôles					
1. Réalisation de 50% des contrôles au cours du trimestre	critères remplis = 15, critères non remplis 0	-grilles de contrôles		**15**	
2. Organisation du contrôle *i. Tenue d'une rencontre préparatoire entre contrôleurs au moins un jour avant la 1ere sortie (PV de la rencontre)* ii. *TDR disponible au district sanitaire*	Tous les critères remplis = 4 1 seul critère non rempli = 0	-PV de rencontre -TDR		**4**	
3. La grille de contrôle prend en compte : i. La conformité entre l'OI validé par l'ECD et l'OI exécuté sur le terrain ii. le contrôle en rapport avec la gratuité des soins (financiers, disponibilité du médicament etc….)	critères remplis = 8, critères non remplis 0	-grille de contrôle		**8**	
4. Le profil des contrôleurs est respecté (pharmacie, SAF)	critères remplis = 4, critères non remplis 0	-signature des contrôleurs sur les grilles		**4**	
5. Après le contrôle :		-rapport		**4**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. PRP disponible et signé par le responsable de l'équipe et l'ICP	critère rempli = 4				
ii. Rapport de synthèse du contrôle disponible 14 jours après le contrôle du dernier CSPS	critères non remplis 0				
Total contrôles				**35**	
	12. Activités spécifiques FBR				
1. **Vérification trimestrielle de la qualité de toutes les FS (100%) du 1er échelon réalisée dans les 30 jours après la fin du trimestre**	Si oui = 120 points si non 0	-grilles qualité		100	
2. **Qualité de la vérification** :	tous les critères remplis = 30 un seul critère non rempli = 0	-grilles qualités -signature sur les grilles qualités -email/BE programme mensuel/information transmis à la DRS		30	
i. Equipes complètes					
ii. Respect du profil des vérificateurs					
iii. grille de vérification complètement et correctement remplie (y compris les points forts, points faibles et recommandations)					
IV. pas plus de 2 formations sanitaires à contrat principal par jour V. DRS informé de la date de la vérification qualité Vi. optionnel : ST-FBR informé (doit venir superviser)					
3. Rapport trimestriel FBR transmis au service 60 jours après la fin du trimestre (suivant le canevas) à la DRS avec copie au S/ FBR	Critère remplis=30	-BE/email de transmission		10	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
	Critère non rempli=0				
4. Transmission des grilles qualité déjà remplies à l'ACV (antenne district) dans les 72h ouvrables suivant la fin de l'évaluation	Critère rempli = 10; Critère non rempli = 0	-mail et/ou BE		10	
5. La rencontre bilan de la vérification :	tous les critères remplis = 20 un seul critère non rempli = 0	-Rapport -email		20	
i. est faite dans les 45 jours après la fin du trimestre					
ii. la date de la rencontre bilan trimestriel est communiquée au ST-FBR, à l'ACV et à la DRS au moins une semaine avant la rencontre					
iii. la rencontre prend en compte les résultats quantitatifs, qualitatifs et financiers des FS y compris le CMA/CHR					
iv. Evaluation de la mise en œuvre des recommandations de la rencontre					
6. Les ICP ont été évalués par le MCD pour la période objet de l'évaluation	Critère rempli = 20; Critère non rempli = 0	-Résultats d'évaluation		10	
7. Participation des membres de l'ECD à la rencontre bilan semestriel au niveau régional	Critère rempli = 5 Critère non rempli = 0	- rapport de participation disponible		5	
9. Monitoring de la performance des Formations sanitaires		-Tableau d'affichage		**5**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. tableau de monitoring des scores de qualité des formations sanitaire affiché	Critère rempli = 5 Critère non rempli = 0				
ii. tableau synthèses des indicateurs quantité trimestriels est affiché					
iii. Tableau synthèse des subsides trimestriels des formations sanitaires est affiché					
iv. Suivi de la performance des formations sanitaires dans la prise en charge des indigents					
10. Résultats qualitatifs FBR : Score de qualité moyen au niveau des CSPS (source portail FBR pour T-1)	□ 60%=0	-Portail -Tableau d'affichage		50	
	□60%-70%□□□□				
	□70%-80%□□□□□□				
	□80-90%□□□□				
	□90-95%□□=40				
	≥95%=50				
11. Tenue de réunion du comité de validation et de coordination de la mise en œuvre du FBR au niveau district		-Rapport		30	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. faite au plus tard à la fin du mois suivant le mois objet de la vérification dirigé par le MCD ou son représentant ii. respecte les normes de la note technique iii. Rapport avec liste de présence signée des participants existe iv. ACV a été informé de la tenue de la réunion au moins 3 jours ouvrables avant (via email ou courrier)	tous les critères remplis = 20 un seul critère non rempli = 0	-email d'information			
12. Coaching/appui (PAP/OI) : **i.** 100% des FS ont bénéficié d'un coaching au cours du trimestre pour le PAP et l'outil d'indice **ii.** existence de 100% des grilles de coaching **iii.** ii. Existence de mécanismes de suivi/évaluation de la mise en œuvre des recommandations issues du coaching (à insérer dans les grilles ou le rapport)	tous les critères remplis = 40 un seul critère non rempli = 0	-Rapport - grilles		40	
3. Complétude et promptitude des PAP i. Centralisation de 100% des PAP du trimestre en cours de toutes les formations sanitaires en fichier électronique ou dur	tous les critères remplis = 50 un seul critère non rempli = 0	-PAP du trimestre en cours (pas du trimestre écoulé)		40	
12. Qualité du coaching		-grilles de coaching		20	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. Sortie d'appui conjoint avec l'ACV région	tous les critères remplis = 20 un seul critère non rempli = 0	-Rapport d'appui disponible			
ii. Une formation sanitaire par jour					
iii. Existence de mécanismes de suivi/évaluation de la mise en œuvre des recommandations issue du coaching/appui					
14. Qualité des PAP des formations sanitaires (échantillonnage de 40 PAP)	- 100% des PAP sont de qualité = 40 -[90-100%[=30 -[80-90%[=20 -< 80% = 0	-PAP du trimestre en cours des formations sanitaires (pas du trimestre écoulé)		30	
i. Existence de directives trimestrielles pour l'élaboration des PAP dans les délais signés du MCD					
i. S'assurer que tous les items du PAP sont bien remplis					
ii. ii. Bilan physique et Bilan financier rempli					
iii. Analyse des problèmes					
iv. Formulation des objectifs et Planning opérationnel des activités					
v. Annexes remplis					
vi. Détails du budget disponible					
vii. Respect du guide et étapes du PAP					
viii. Liste de présence avec signature des participants					
14. PAP de l'ECD (issue des subsides)	Tous les critères remplis = 10	-PAP de l'ECD disponible		20	
i. Existence d'un PAP dans les délais signés par le MCD					
ii. Niveau d'atteinte physique des résultats supérieur ou égal à 90%					

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
	un seul critère non rempli = 0				
15. Mise en œuvre des recommandations i. Au moins 90% des recommandations échues de l'évaluation précédente a été mise en œuvre ii. Au moins 90% des recommandations adressées à l'ECD issues des cadres de concertation FBR du niveau district, région et central (rencontre-bilan district, région, central, sorties de suivi) auxquelles ils ont été convié sont mises en œuvre dans les délais	Critère rempli = 40 Critère non rempli =0	-grille de l'évaluation précédente -liste des recommandations transmise par le ST-FBR		40	
5. Complétude et promptitude des outils d'indices i. Centralisation des 3 outils d'indices du trimestre précédent de 100% des formations sanitaires en fichier électronique ou dur ii. 100% des outils d'indice des 3 mois des formations sanitaires ont été élaborés dans les délais (au plus tard à la fin du mois n+1 objet de l'outil d'indice	Critères respectés = 100 Non respecté = 0	-Fichier des OI existe -OI version dur dans les FOSA		40	
1. Validation de tous les outils d'indice (100%) au plus tard à la fin du mois n+1 objet de l'outil d'indice (ex : OI de Mars doit être validé au plus tard le 30 Avril) daté et signé par le BAF (échantillon de 40 outils d'indices)	Critères respectés = 100 Non respecté = 0	-Outils d'indice validés -		40	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
2. **Qualité des outils d'indices (**échantillonnage de 40 outils d'indices) i. correctement et complètement remplis (prenant en compte les absences et l'évaluation individuelle …) ii. Cohérence recette/disponibilité iii. Cohérence vente MEG/Achat MEG iv. Cohérence dépense/disponibilité v. Fait le rapprochement entre l'OI et le rapport mensuel de trésorerie de la période, vérifie si les commandes de médicaments de la période au DRD sont renseignées dans l'OI vi. respecte tous les critères, respect du guide de l'OI et les étapes du guide). vii. Liste de présence de ceux qui ont participé à l'élaboration	Critère rempli = 50 Critère non rempli =0	-calcul à partir de l'échantillon - 100% = 50 -[90-100%[=40 -[80-90%[=30 -< 80% = 0		40	
17. Utilisation des supports : i. Existence de cahier d'absence à jour ii. Réalisation de l'évaluation individuelle du trimestre objet de l'évaluation des membres ECD	Critère rempli = 10 Critère non rempli = 0	-cahier d'absence -outil d'indice de l'ECD		10	
18. l'outil d'indice rempli i. disponible pour le trimestre précédent ii. rempli 14 jours après l'évaluation iii. prend en compte tous les critères y compris les absences et les résultats des évaluations individuelles		-outils d'indices de l'ECD		10	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
19. Répartition des primes au staff de l'ECD : i. faite dans les 14 jours après la réception de l'information sur le virement ii. respecte tous les critères requis y compris la proportion de temps consacré au CMA et à l'ECD, les absences et l'évaluation individuelle iii. Répartition des subsides aux formations sanitaires (pour les chèques qui transitent par l'ECD)	Critère rempli = 10 Critère non rempli = 0	- Etat d'émargement - outil d'indices		10	
18. Tenue du conseil de santé de district (CSD) i. Dirigé par le haut-commissaire ou son représentant ii. Tenue dans les 2 mois suivant la fin du semestre iii. Rapport disponible iv. L'agenda contient un thème sur le FBR y compris la PEC des indigents v. Les thèmes sur le FBR sont intégrés au CSD pour information aux autorités	Critère rempli = 10 Critère non rempli = 0	-rapport		10	
19. **Investigation/détection des cas de fraudes** i. suspicion et notification de cas suspects de fraude à l'ACV, la DRS et au ST-FBR (identifiées lors de la vérification qualité)	Critère rempli = 40	- fiche de notification -BE/email d'envoie -rapport d'investigation		**30**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
ii. Investigation des cas suspects de fraude identifiées (lors des supervisions/coaching/vérification, contrôles, vérification qualité, communautaire en collaboration avec l'ACV iii. Rapport d'investigation de fraude avéré transmis à l'ECD, DRS, ST-FBR	Critère non rempli = 0				
20. Réalisations : Réaliser au moins 1 investissement au cours du trimestre avec éclat dans au moins une formation sanitaire (rénovation/reprise de peinture, carrelage, achat de moto, etc…)		-observation/image -rapport		**20**	
Total activités FBR				**670**	
	13. RENCONTRE TRIMESTRIELLE ECD-ICP				
Tenue de la réunion trimestrielle ECD-ICP i. Dirigé par le MCD ou son intérimaire en cas de force majeure ii. Tenue dans les 45 jours suivant la fin du trimestre iii. Prend en compte l'analyse de la performance trimestrielle des FS iv. L'agenda contient un thème sur le FBR y compris la PEC des indigents	tous les critères remplis = 10 un seul critère non rempli = 0	- Rapport		10	
Total RENCONTRE TRIMESTRIELLE ECD-ICP				**10**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
14. RENCONTRE SEMESTRIELLE ECD-ICP-COGES					
Tenue de la réunion semestrielle ECD-ICP-COGES i. Dirigée par le MCD ou son intérimaire ii. Tenue dans les 45 jours suivant la fin du semestre	tous les critères remplis = 10 un seul critère non rempli = 0	-Rapport		**10**	
Total RENCONTRE SEMESTRIELLE ECD-ICP-COGES				**10**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
15. INDICATEURS DE PERFORMANCE DU DISTRICT					
i. Taux d'utilisation des soins curatifs (nombre de nouveaux contacts par habitant et par an) (à adapter les cotations en fonction du niveau national)*	- <0,70 = 0 - 0,70 – 0,80 = 1 - 0,81 – 0,90 = 2 - >0,90 = 3	- Endos		3	
ii. Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans	- <1 = 0 - 1 – 1,8 = 2 >1,8 = 3			3	
iii. Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	– < 80%= 0 – 80 – 85% = 2 – 85 - 90% = 3 90 - 95 = 4 95 > = 5	Endos		5	
iv. Proportion des accouchements assistés avec parthograme	– <90%= 0 – 90 – 99% = 3	- Endos		5	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
	– 100% = 5				
v. Taux de couverture vaccinale en DTC-Hib-HepB3 des enfants de 0 à 11 mois	– <100% = 0	- Endos		2	
	– 100% = 2				
vi. Proportion d'enfants complètement vaccinés	– <100% = 0			2	
	– 100% = 2				
vii. Taux de couverture en CPN4 des femmes enceintes	– <30,0 = 0	Endos		5	
	– 0 ,0 – 35% = 1				
	– 35,0 – 40,0% = 3				
	– >40% = 5				
viii. Taux d'utilisation des méthodes contraceptive modernes	– <35,0 = 0			5	
	– 35 ,0 – 40% = 1	Endos			

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
	– 40 – 45% = 3 – >45% = 5				
ix. Pourcentage de contre références transmises aux CSPS	– <90% = 0 090≤X<100% = 1 – 100%=2	Endos		2	
x. Proportion de FS remplissant les normes en personnel	– <100% = 0 – 100% = 1			1	
xi. Proportion de FS publiques du 1er échelon disposant de COGES	– <100% = 0 – 100% = 1			1	
xii. Nombre de staff hebdomadaires tenus	– □8=0 – □8-12□=1 – 12=2	Endos		2	
	-<0,50 = 0			10	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
xiii. CCI trimestriel des indigents (proportion des indigents pris en charge à l'échelle district)	-0,50 – 0,70 = 2	Endos			
	-0,70 – 0,80 = 5				
	->0,80 = 10				
Total indicateurs de performance				**46**	

TABLEAU SYNTHESE DES RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE

Domaines	**Points obtenus**	**Points maximum possibles**	**Observations**
1. INDICATEURS GÉNÉRAUX		20	
2. GESTION FINANCIERE		50	
3. HYGIENE & ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL		15	
4. GESTION DES MEDICAMENTS		20	
5. MEDICAMENTS TRACEURS + Arthemeter / Luméfantrine		10	
6. VACCINATION		20	
7. INTRANTS PROGRAMMES SPECIFIQUES (SR, paludisme, Nutrition, Tuberculose, VIH)		10	
8. GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE		20	
9. PLANIFICATION SUIVI ET EVALUATION		10	
10. SUPERVISIONS		35	
11. CONTROLES		35	
12. ACTIVITES SPECIFIQUES FBR		670	
13. RENCONTRE TRIMESTRIELLE ECD-ICP		10	

14. RENCONTRE SEMESTRIELLE ECD-ICP-COGES		10	
15. INDICATEURS DE PERFORMANCE DU DISTRICT		46	
TOTAL		**981**	

Annexe 6 : Grille de vérification au niveau DRS

GRILLEDE VERIFICATION DE LA QUALITE AU NIVEAU DRS

Direction régionale de la santé : **Période évaluée :**

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
1. INDICATEURS GENERAUX					
1. **Carte sanitaire de la région** de l'année en cours disponible et affichée ; *Carte affichée dans la région en montrant les districts, les CMA, CM, CHR et CSPS, routes principales, barrières naturelles, les points spéciaux la légende et l'échelle*	critère rempli = 1, critère non rempli = 0	-Tableau d'affichage		2	
2. La **gestion rationnelle de la logistique roulante** est assurée :	Tous les critères remplis=2 un seul critère non rempli = 0	-Règlement -cahier de bord -répertoire existe -document d'affectation		2	
i. un règlement précisant les responsabilités (tâches) et les règles dans l'utilisation du parc auto de la DRS					
ii. existence d'un cahier de bord* par véhicule mis à jour					
iii. Un répertoire de l'ensemble des véhicules y compris les motos					
iv. Document d'affectation des motos signées par le DRS					
3. **disponibilité de l'outil informatique** :	Tous les critères remplis=2	- Vérifier la protection		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. Tous les ordinateurs fonctionnels du siège de la DRS (CISSE, SAF, PEV, DRD et secrétariat) sont protégés par un antivirus valide avec base de données à jours (pas plus de 7 jours)	un seul critère non rempli = 0	- vérifier disque dur -vérifier la connexion internet			
ii. Existence de disque dur externe pour tous les bureaux ci-dessus cités					
iii. Disponibilité d'une connexion internet au siège de la DRS					
4. **Registre d'inventaire du matériel** disponible et à jour pour la période objet de la vérification	Registre disponible et à jour = 2	Registre existe		2	
	Registre non disponible ou non à jour = 0				
5. Identification	Tous les critères remplis=2 un seul critère non rempli = 0	Observation d'un panneau -observation des bureaux		2	
i. Existence d'un panneau indicateur du siège de la DRS (panneau métallique correctement fixé d'au moins 1m x 1,5m)					
ii. Identification de tous les bureaux des membres de la DRS et des locaux au siège du district sanitaire					
6. Gestion du personnel	Fichier à jour = 2	-Fichier du personnel -Base de données		2	
i. Fichier du personnel de la région disponible et à jour					
ii. Existence d'une base de données précisant les formations continues reçues	fichier non à jour = 0				

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
iii. Horaire du travail,		- tableau d'affiches -portes des bureaux			
iv. description des postes et répartition des tâches de tous les membres de la DRS disponibles et affichés					
7. Existence de **flotte téléphonique** pour la communication entre les membres de la DRS et les membres ECD	critère rempli = 1, critère non rempli = 0	Vérification par 2 appels aléatoires		1	
8. Les **infrastructures de la DRS** sont en bon état : c'est-à-dire qu'elles ne nécessitent pas de travaux importants de	Tous les critères remplis= 4 un seul critère non rempli = 0	Observation		3	
i. reprise générale de la peinture extérieure					
ii. reprise générale de la peinture des bureaux					
iii. Le plancher est propre et en bon état					
iv. réfection de la toiture					
v. réfection du circuit électrique					
vi. réfection du système d'adduction d'eau					
vii. Toutes les ampoules sont fonctionnelles,					
viii. Tous les climatiseurs et/ou les brasseurs d'airs sont fonctionnels,					
9. Sécurisation de l'enceinte de la DRS :		Observation		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. gardien (ou agent de sécurité) de nuit et les heures non ouvrables,	Tous les critères remplis= 3 un seul critère non rempli = 0				
ii. coffre-fort pour les régisseurs (avance et recettes),					
iii. Grille métallique de protection au niveau des fenêtres des régisseurs					
iv. Portes métalliques pour les bureaux des régisseurs					
v. barre de sécurité sur les portes des magasins (pharmacie et matériel non médicaux)					
vi. existence d'un extincteur fonctionnel,					
vii. Existence de régulateur de tension pour les appareils					
10. Archivage **i**. Tous les documents de l'évaluation accessibles dans un délai de 10 mn	Tous les critères remplis= 2	Temps mis pour retrouver les documents = 10 mn		**2**	
Total indicateurs généraux				**20**	
2. GESTION FINANCIERE					
1. Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus	Tous les critères remplis =2	vérification des documents		2	
Etat financiers mensuel :					

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. flux financiers par partenaire/Tableau emplois-ressources ;	un seul élément manquant = 0	comptables et financiers			
ii. état de rapprochement,					
iii. PV d'inventaire de caisse et des stocks					
2. **REGIES AVANCE ET RECETTES**	Tous les critères remplis =2 un seul élément manquant = 0	vérification des documents comptables et financiers		2	
i. Livre-journal de caisse (Régie d'avances), correctement remplis et à jour des écritures comptables					
ii. PV d'inventaire de caisse et des stocks					
iii. conforme au solde théorique du livre de caisse et à la liquidité en caisse					
iv. Registre de suivi du compte de dépôt (Régie d'avances), correctement remplis et à jour des écritures comptables					
v. Registre de carburant de fonctionnement disponible, correctement rempli et à jour des écritures comptables					
vi. Les pièces justificatives des dépenses sont disponibles et bien archivées					
3. **PADS**	Tous les critères remplis =12	vérification des documents		12	
vii. PV d'inventaire de caisse et des stocks					

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
viii. conforme au solde théorique et à la liquidité en caisse	un seul élément manquant = 0	comptables et financiers			
ix. Registre de carburant disponible, correctement rempli et à jour des écritures comptables					
x. brouillard de caisse disponibles, correctement remplis et à jour des écritures comptables					
xi. brouillard de banque disponibles, correctement remplis et à jour des écritures comptables					
4. Les fonds alloués par les PTF sont justifiées dans les 6 mois après réception des chèques	Tous les critères remplis =4 un seul élément manquant = 0	vérification les pièces justificatives		4	
Total gestion financière				**20**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
3. HYGIENE& ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL					
1. **Clôture et portail** disponible	critère rempli = 2, critère non rempli = 0	Observation		2	
2. **Disponibilité de poubelles** : poubelles devant chaque bâtiment Poubelles non pleines avec couvercle accessibles aux clients -	critère rempli = 2, critère non rempli = 0	Observation		2	
3. **Présence de toilettes ou de latrines fonctionnelles** en nombre suffisant et en bon état :	Tous les critères remplis = 3	Observation		3	
i. *au moins 2 ;*					
ii. *avec portes et toiture*	un seul critère non rempli = 0				
iii. *propres et sans matières fécales visibles*					
4. **Existence d'un dispositif de lavage des mains (type Ebola) fonctionnel** (eau plus savon) dans la cour	critère rempli = 2, critère non rempli = 0	Observation		2	
5. **le matériel hors usage** (vielle motos, vieux frigos, vieille tables, vieux véhicules etc.) de la DRS est bien rangé	critère rempli = 2, critère non rempli = 0	Observation		2	
6. Propreté de la cour		Observation		9	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
i. *Absence de déchets et de produits dangereux (aiguilles – ampoules, médicaments périmés, sachets plastiques…) dans la cour*	Tous les critères remplis = 9				
ii. *Herbes coupées – jardin bien entretenu – pas d'excréta et excréments (animaux)*	un seul critère non rempli = 0				
iii. Par ailleurs il doit y avoir au moins un robinet d'eau ou pompe fonctionnel dans la cour					
Total hygiène & environnement de travail				**20**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
4. SUPERVISION INTEGREE TRIMESTRIELLE					
1. **100% des districts sanitaires ont bénéficié d'une supervision** intégrée au cours du trimestre	Si Oui=20 points Si non 0	-grilles de supervision		20	
2. Organisation de la supervision	Tous les critères remplis = 2	-PV de rencontre préparatoire -TDR		2	
i. Tenue d'une rencontre préparatoire entre superviseurs ii. *TDR envoyé une semaine avant le début de la supervision*	un seul critère non rempli = 0				
1. **Contenu de la grille de la supervision** prend en compte :	Tous les critères remplis = 7 un seul critère non rempli = 0	-Grille de supervision		7	
i. Le suivi de la prise en charge des indigents dans les districts					
ii. l'état de mise en œuvre des recommandations FBR issues de l'évaluation de la performance de l'ECD,					
iii. *l'état de mise en œuvre des recommandations issues de la supervision précédente*					
IV. Des aspects sur la gratuité des soins					
2. Profil des superviseurs	Tous les critères remplis = 4 un seul critère non rempli = 0	-signature sur les grilles de supervision par les superviseurs		4	
En fonction des thèmes de supervision :					
i. il existe une cohérence avec le profil des superviseurs,					
ii. gradient de compétence est respecté,					

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
iii. équipe dirigée par un médecin de santé publique					
IV. Equipe complète					
3. Après la supervision	Tous les critères remplis = 2	-rapport de supervision -grille de supervision		2	
i. Support de la restitution immédiate faite avec un PRP et signé par la DRS et l'ECD.	1 seul critère non rempli = 0				
ii. Rapport de supervision transmis 14 jours après la fin de la dernière supervision à l'ECD					
Total supervision intégrée trimestrielle				**35**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
5. VACCINATION					
1. **Chaine de froid** :	Tous les critères remplis = 2	Observation		2	
- contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur (*en cas d'anomalies, voir si des dispositions ont été prises pour protéger les vaccins)*					
- *Présence d'une chambre froide avec température comprise entre + 2 et +8° (en cas d'anomalies, voir si des dispositions ont été prises pour protéger les vaccins)*					
- *Présence d'un congélateur avec température comprise entre – 15 et -25° (en cas d'anomalies, voir si des dispositions ont été prises pour protéger les vaccins)*					
- *Existence de glacières*	un seul critère non rempli = 0				
- *Existence de cahier ou fiche de températures (-, congélateur, chambre froide positive, en cas d'anomalies, voir si des dispositions ont été prises pour protéger les vaccins)*					
- *Existence d'un cahier de maintenance à jour*					
- *Présence des thermomètres fonctionnels et des fridge-tags (le superviseur vérifie la fonctionnalité des thermomètres et des fridge-tag, en cas d'anamalies, voir si des dispositions ont été prises pour protéger les vaccins)*					
2. Pas de rupture de DTC+HepB+Hib, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT, ROTA, PCV-13	Tous les critères remplis = 2	Observation		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
- Registre de gestion manuelle des vaccins et consommables à jour (vérifiez le stock physique dans le frigo)	un seul critère non rempli = 0				
- Le superviseur vérifie le stock physique dans la chambre froide					
3. Les **vaccins sont correctement disposés** dans chambre froide/congélateur	Tous les critères remplis = 2 un seul critère non rempli = 0	Observation		2	
- Compartiment congelé : VPO					
- Compartiment non congelé : BCG- DTC+HepB, VAT, ROTA, PCV-13, VAR, VAA, diluants					
- Absence de vaccins périmés ou pastille de contrôle de vaccins virés					
- Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles					
4. Les **accumulateurs de froid** sont bien congelés	critère rempli =1, critère non rempli = 0			1	
5. Existence de seringues	Tous les critères remplis = 1 un seul critère non rempli = 0	Observation		1	
- autobloquantes – au moins 1 carton par type					
- pour dilution – au moins 10 cartons					
6. Stock de **boites de sécurité** en quantité suffisante au moins un carton par district	critère rempli =1, critère non rempli = 0	Observation		1	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
7. Existence d'un **groupe électrogène** de relai fonctionnel connecté à la chambre froide	critère rempli =2, critère non rempli = 0	Observation		2	
8. **Outil/Base de données sur les stocks** (disponibles et à jour)	critère rempli =2, critère non rempli = 0	Observation		2	
9. Les **locaux du PEV propres** (sans poussière, ni toile d'araignée) et bien rangés	critère rempli =2, critère non rempli = 0	Observation		2	
Total vaccination				**15**	
6. GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE					
1. **Analyse des données** du SNIS au niveau de la région	critère rempli =2, critère non rempli = 0	Document d'analyse disponible		2	
2. **Retro information trimestrielle** aux districts sanitaires e	critère rempli =2, critère non rempli = 0	-BE d'envoie -email d'envoie		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
3. **Tableau de suivi des principaux indicateurs** affiché	critère rempli =4, critère non rempli = 0	Tableau d'affichage		4	
4. Taux de rapportage sur Endos	- < 100% = 0 - 100% = 2	Endos		2	
5. **Graphiques de surveillance épidémiologique des MPE** (méningite rougeole) et courbe de suivi de l'évolution des couvertures vaccinales de la région affichés et à jour	critère rempli =2, critère non rempli = 0	Tableau d'affichage		2	
6. **Tableau de monitorage de la transmission des TLHO et de saisie des rapports mensuels** est affiché au niveau de la DRS	critère rempli =1, critère non rempli = 0	Tableau d'affichage		1	
7. Tous les **rapports de programmes spécifiques** sont disponibles : Rapport synthèse de gestion des produits	critère rempli =2, critère non rempli = 0	-rapport		2	
Total gestion de l'information sanitaire				**15**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
7. PLANIFICATION SUIVI ET EVALUATION					
1. Existence de plannings mensuels des activités : i. programme des 3 mois écoulés est disponible ii. optionnel : transmis au ST-FBR (permet d'éviter les retards d'information)	Tous les critères remplis = 4	-3 programmes mensuels -Email de transmission -rapport d'évaluation -programme du mois en cours affiché		4	
ii. rapport d'évaluation mensuel du planning mensuel des 3 mois écoulés est disponible iii. programme du mois en cours est signé, affiché au siège de la DRS et transmis aux districts sanitaires au plus tard le 1er du mois en cours	un seul critère non rempli = 0				
2. Disponibilité du rapport de progrès du trimestre évalué (signé)	critère rempli =2, critère non rempli = 0	-rapport de progrès		2	
3. **Tenue des cadres de concertation** Staff de la DRS (*au moins 8 réunions au cours du trimestre)* avec : - *ordre du jour détaillé* - *suivi des recommandations de la dernière réunion* - *évaluation du programme hebdomadaire d'activités* - Programmation des activités de la semaine suivante	Tous les critères remplis = 4 un seul critère non rempli = 0	-rapport de réunions -liste de présence avec signature		4	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
- *recommandations de la réunion avec responsable du suivi et délais d'exécution*					
- *liste de présence avec signature*					
CTRS,					
CODI,					
session du comité de suivi du PNDS,					
Total planification – suivi et évaluation				**10**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
8. CONTROLES					
1. Réalisation de 100% des contrôles au cours du trimestre	Si oui = 20 points Si non 0	-Grilles de contrôles		20	
2. Organisation du contrôle i. *Tenue d'une rencontre préparatoire entre contrôleurs* ii. TDR disponible à la région	Tous les critères remplis = 3 1 seul critère non rempli = 0	-PV de rencontre -TDR		3	
3. La grille de contrôle prend en compte : i. l'analyse de la qualité des outils d'indices des districts (ECD et CMA) de la période (respect des critères, respect du guide de l'OI, consensus sur la proportion de temps consacré au CMA et à l'ECD) les aspects sur la gratuité des soins (disponibilité des médicaments, etc….)	critère rempli = 7	Grilles de contrôles		7	
4. Le profil des contrôleurs est respecté (pharmacie, SAF)	critère rempli = 3	Signature des contrôleurs sur les grilles		3	
5.Après le contrôle : - *PRP disponible et signé par la DRS et l'ECD.*	- Tous les critères remplis = 2	rapport		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
- Rapport de contrôle disponible et transmis 14 jours après le contrôle de chaque district	- 1 seul critère non rempli = 0				
Total contrôles				**35**	
9. CONTROLES DE QUALITE DES LABORATOIRES DES CMA					
100% des laboratoires ont été contrôlés au cours du semestre (structures sous FBR)	Tous les critères remplis = 8	-grilles de contrôles		**8**	
Réalisation des contrôles de qualité des laboratoires des CMA	critères remplis =12, 1 seul non rempli	-grilles de contrôles -TDR -rapport		**12**	
i. Réalisées dans les délais (avant la fin du semestre)					
ii. Profil des contrôleurs/superviseurs : Présence d'au moins un pharmacien et d'un TBM					
iii. TDR transmis une semaine avant le contrôle					
iv. Rapport transmis 14 jours après le contrôle de qualité de chaque laboratoire					
Total contrôles de qualité des laboratoires des CMA				**20**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
10. INSPECTION DES OFFICINES ET STRUCTURES PRIVEES DE SOINS					
Réalisation de l'Inspection des officines et structures privées de soins	critère rempli =20, 1seul non rempli=0	- grilles -signatures des inspecteurs -rapports		20	
i. Profil des inspecteurs : un médecin pour l'inspection des structures privées de soins					
ii. Pharmacien pour l'inspection des officines privées					
iii. Rapport transmis aux concernés 14 jours après l'inspection de chaque structure					
Total inspection des officines et structures privées de soins				20	
11. RENCONTRES STATUTAIRES (CODI, CTRS)					
CODI/CTRS	critère rempli =10, critère non rempli = 0	-rapport		**10**	
-Tenue au plus tard dans les 15 jours après la fin du trimestre/semestre					
- Rapport disponible au niveau de la DRS					
Total rencontres statutaires (CODI, CTRS)				**10**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
12. MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES SPECIFIQUES FBR					
1. **La rencontre bilan semestrielle de la vérification** :	Tous les critères remplis = 30, 1 seul critère non rempli = 0	- Rapport - Email /BE d'information		30	
i. est faite dans les 60 jours après la fin du semestre					
ii. la date de la rencontre bilan trimestriel est communiquée au ST-FBR et à l' ACV, au moins deux semaines avant la rencontre					
iii. la rencontre prend en compte les résultats synthèses quantitatifs, qualitatifs et financiers des districts y compris le CMA/CHR					
iv. Prise en compte de la thématique indigent					
v. Existence d'un plan de suivi/évaluation de la mise en œuvre des recommandations de la rencontre antérieure					
2. Réalisation de la supervision des vérificateurs qualité du 1er et du second échelon	Tous les critères remplis = 30	-grilles signé des superviseurs -Rapport		30	
i. 30 jrs après la fin du trimestre					
ii. profil des superviseurs respecté (avoir des compétences sur le FBR, dirigé par un médecin)	1 seul critère non rempli = 0				
iii. rapport de supervision disponible					
3. Vérifications trimestrielles de la qualité des CMA réalisées	Tous les critères remplis = 100	- grilles -Rapport -BE/email d'information		100	
i. est faite dans les 30 jours après la fin du trimestre	1 seul critère non rempli = 0				
ii. respect du profil des vérificateurs et équipe complète					

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
iii. grille de vérification complètement et correctement remplie (y compris les points forts, les points à améliorer et les recommandations) iv. Date de la vérification qualité des CMA communiquée à l'ACV au moins trois (3) jours ouvrables à l'avance					
4. Vérification qualité des ECD i. Date est communiquée au ST-FBR et à l'ACV au moins 2 semaines avant le début de l'activité ii. réalisée dans les 45 jrs suivant la fin du trimestre (vérifier sur le rapport et auprès de l'ECD) iii. Equipe complète (voir rapport observation ACV et signature sur les grilles) iv. profil des évaluateurs est respecté	Tous les critères remplis = 100 1 seul critère non rempli = 0	- grilles -Rapport -BE/email d'information		100	
4. Rapport trimestriel FBR transmis au service technique FBR 60 jours après la fin du trimestre via email (suivant le canevas)	critère rempli =10, critère non rempli = 0	-rapport BE/Email d'envoie		10	
5. Participation de la DRS à l'évaluation de l'ACV	critère rempli =5 critère non rempli = 0	-rapport/grille d'observation		5	
6. Utilisation des supports : i. Existence de cahier d'absence à jour	critère rempli =10	-cahier d'absence à jour		10	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
ii. Grille d'évaluation individuelle du trimestre objet de l'évaluation disponible et à jour	critère non rempli = 0	-outil d'indice du trimestre objet de l'évaluation			
7. Les thèmes sur le FBR sont intégrés aux rencontres du comité de suivi du PNDS (si tenues)	Critère rempli = 20 Critère non rempli = 0	-rapport		20	
8. PAP de la DRS (issue des subsides) **i.** Existence d'un PAP dans les délais signés par le DRS **ii.** Niveau d'atteinte physique des résultats supérieur ou égal à 90%	Critère rempli = 20 Critère non rempli = 0	-PAP		20	
9. l'outil d'indice rempli i. disponible pour le trimestre précédent ii. rempli 14 jours après l'évaluation iii. prend en compte tous les critères y compris les absences	Tous les critères remplis = 20 1 seul critère non rempli = 0	Outils d'indices		20	
10. Répartition des primes au staff de la DRS :		-Etat de répartition - Affiches		20	
i. faite dans les 14 jours après la réception de l'information sur le virement	Tous les critères remplis = 40				
ii. respecte tous les critères requis y compris les absences et l'évaluation individuelle	1 seul critère non rempli = 0				

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
11. existences d'un tableau de bord de suivi de la performance des districts FBR selon le canevas établi à cet effet	Critère rempli = 10 Critère non rempli = 0	- affiches -ACV		10	
12. Résultats qualitatifs FBR : Score de qualité moyen des ECD au niveau de la région	□ 60%=0 □60%-70%□□□□□ □70%-80%□□□□ □80-90%□□□□ ≥90%=40	-Portail		□□	
13. Recommandations i. Au moins 90% des recommandations échues de l'évaluation précédente ont été mise en œuvre ii. Au moins 90% des recommandations adressées à l'ECD issues des cadres de concertation FBR du niveau district, région et central (rencontre-bilan district, région, central, sorties de suivi) auxquelles ils ont été convié sont mises en œuvre dans les délais	Tous les critères remplis = 50 1 seul critère non rempli = 0	-Grille évaluation précédente -liste des recommandations fournies par le ST-FBR		40	
	□ 60%=0	-ACV		**25**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
10. Résultats qualitatifs FBR : Score de qualité moyen au niveau des CSPS (source portail FBR pour T-1)	□60%-70%□□□□	-Portail			
	□70%-80%□□□□□□				
	□80-90%□□□□				
	□90-95%□□=20				
	≥95%=25				
14. Investigation/détection des cas de fraudes dans les districts iv. **suspicion et** notification de cas suspects de fraude à l'ACV, et au ST-FBR (identifiées lors de la vérification qualité) v. Investigation des cas suspects de fraude identifiées (lors des supervisions/coaching/, contrôles, vérification qualité, en collaboration avec l'ACV vi. Rapport d'investigation de fraude avéré transmis à l'ECD, DRS, ST-FBR	Tous les critères remplis = 30	- fiche de notification -BE/email d'envoie -rapport d'investigation		**30**	
Total				**510**	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
13. INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA REGION					
1. Taux d'utilisation des soins curatifs (nombre de nouveaux contacts par habitant et par an)	- <0,70 = 0 - 0,70 – 0,80 = 1 - 0,81 – 0,90 = 2 - >0,90 = 3	**Endos**		3	
2. Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans	- <1 = 0 - 1 – 1,8 = 2 - >1,8 = 3	**Endos**		3	
3. Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	– < 80%= 0 – 80 – 85% = 2 – 85 - 90% = 3 - 90 - 95 = 4 – 95 > = 5	**Endos**		5	
4. Proportion des accouchements assistés avec parthogramme	– <90%= 0 – 90 – 99% = 3 – 100% = 5	**Endos**		5	
	– <100% = 0	**Endos**		2	

INDICATEURS	CRITERES DE NOTATION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS OBTENUS	POINTS MAX	OBSERVATIONS
5. Taux de couverture vaccinale en DTCHibHep3 des enfants de 0 à 11 mois	– 100% = 2				
6. Proportion d'enfants complètement vaccinés	– <100% = 0 – 100% = 2	**Endos**		2	
7. Taux de couverture en CPN4 des femmes enceintes	– <30,0 = 0 – 30 ,0 – 35% = 1 – 35,0 – 40,0% = 3 – >40% = 5	**Endos**		5	
8. Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	– <35,0 = 0 – 35 ,0 – 40% = 1 – 40 – 45% = 3 – >45% = 5	**Endos**		5	
9. Pourcentage de contre références transmises aux districts	- <90% = 0 -090≤X<100% = 1 - 100%=2	**Endos**		2	
Total indicateurs de performance de la région				32	

TABLEAU SYNTHESE DES RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE

Domaines	**Points obtenus**	**Points maximum possibles**	**Observations**
1. Indicateurs généraux		20	
2. Gestion financière		20	
3. Hygiène & environnement de travail		20	
4. Supervision intégrée trimestrielle		35	
5. Vaccination		15	
6. Gestion de l'information sanitaire		15	
7. Planification suivi et évaluation		10	
8. Contrôles		35	
9. Contrôles de qualité des laboratoires des CMA		20	
10. Inspection des officines et structures privées de soins		**20**	
11. Rencontres statutaires **(CODI, CTRS)**		**10**	
12. Mise en œuvre des activités spécifiques FBR		**510**	
13. Indicateurs de performance de la région		32	
TOTAL		**762**	

Annexe 7 : Liste de contrôle de la performance – ACV

GRILLE D'EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES AGENCES DE CONTRACTUALISATION ET DE VERIFICATION(ACV)

ACV de la Région du Période évaluée :

INDICATEURS	DEFINITION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS MAXIMUM	POINTS OBTENUS	OBSERVATIONS (aspects négatifs)
A. EVALUATION BUREAU ACV SIEGE CENTRAL					
1. Disponibilité du personnel i. Coordonnateur ii. Coordonnateur adjoint iii. Gestionnaire de données iv. Vérificateurs médicaux selon le nombre requis v. Vérificateurs communautaires selon le nombre requis vi. Nombre d'ASLO selon le nombre requis vii. Nombre d'enquêteurs selon le nombre requis viii. Secrétaire comptable ix. Chauffeur x. Gardien pendant les heures ouvrables et la nuit xi. Manœuvre pour le ménage xii. Respect du profil	Tous les critères sont respectés =50 Un seul non respecté = 0	Liste du personnel	50		

2. Situation administrative du personnel i. Existence de contrats de travail /prestation de services de tout le staff ACV (y compris les VM/VC) ii. En règle avec l'administration	Tous les critères sont respectés =100 Un seul non respecté = 0	Contrats Cessation de service	**100**		
3. Disponibilité pleine et entière du staff ACV région et antenne district (VM/VC) pour faire le travail **i.** résidence, **ii.** temps de 8 heures de travail pour le compte de l'ACV aux jours ouvrables au bureau ou sur le terrain, iii. absences justifiées	Tous les critères sont respectés =50 Un seul non respecté = 0	- rapport de contrôles/investigation	**50**		

4. Infrastructures i. Existence d'un siège offrant un cadre de travail agréable, climatisé (au moins 1 climatiseur fonctionnel) pour l'ACV ii. Présence de toilettes ou de latrines fonctionnelles en nombre suffisant et en bon état **(***au moins 2 dont une avec porte et toiture);* iii. Existence d'un siège pour l'antenne district (hors mis les districts siège)	Tous les critères sont respectés =50 Un seul non respecté = 0	Observation (bureaux et panneaux existent)	50		
5. Logistique i. Présence d'au moins un véhicule en bon état pour le staff ACV région (confortable, climatisé) ii. Existence d'un dispositif de véhicule temporaire pour le coaching iii. Chaque vérificateur médical a une moto en bon état iv. Chaque vérificateur communautaire a une moto en bon état v. La secrétaire-comptable dispose d'une moto en bon état	Tous les critères sont respectés =50 Un seul non respecté = 0	Fiche d'inventaire Contrat de location	50		

6. **Disponibilité de l'outil informatique** : i. Chaque membre du staff régional possède un ordinateur (coordo, coordo adjoint gestionnaire de données ,secrétaire) ii. Disponibilité d'une connexion internet au siège de l'ACV	Tous les critères sont respectés =20 Un seul non respecté = 0	Note d'affectation des ordinateurs Vérifier la connexion	20		
7. Fonctionnement/Autonomie : i. Existence d'une caisse de menues dépenses ii. L'ACV dispose d'un compte bancaire pour la réalisation des activités	Tous les critères sont respectés =10 Un seul non respecté = 0	Outil de gestion de la caisse programme d'activité	10		
8. **Disponibilité d'une flotte** pour la communication entre les membres de l'ECD, les FS et le staff ACV (Portable fonctionnel)	Tous les critères sont respectés =10 Un seul non respecté = 0	Vérification par 2 appels aléatoires	10		
9. Suivi sur le terrain i. visite conjointe de terrain au moins une fois par trimestre par le bureau central et l'ACV région	Critère rempli = 30	- rapport de visite	30		
10. Participation des DG des bureaux à l'évaluation trimestrielle de la performance des ACV	Critères remplis = 20	Présence	20		

11. Recommandations: i. 90% des recommandations échues de l'évaluation précédente ont été mises en œuvre dans les délais ii. Au moins 90% des recommandations faites à l'ACV à l'issues des cadres de concertation FBR (ateliers, réunions…) du niveau district, région et central auxquelles ils ont été convié sont mises en œuvre dans les délais	Critères remplis =40	Rapport de mise en œuvre	40		
12. **L'ACV dispose de ressources financières** suffisantes pour la mise en œuvre de leurs activités trimestrielles conformément au cahier de charge et à leurs missions	- 100% du budget sollicité= 50 - [95-100%[=40 - [90-95%[=30 - [85-90%[= 20 - [80-85%[= 10 - < 80% =0	Programme trimestriel avec budget alloué	50		
13. Le bureau dispose d'un Assistance technique internationale ou nationale conforment au cahier de charge	Critères remplis =30	- Contrat d'AT	20		
14. L'ACV respecte les directives pour l'harmonisation des conditions de travail des agents (frais de mission, carburant, location motos, durée nécessaire pour faire le travail etc….)	Critères remplis =40	- Interviews - Rapports - Cahier de charge	40		

15. . **Identification** i. Existence d'un panneau indicatif au siège de l'ACV région ii. Existence d'un panneau indicateur du siège de l'ACV et des antennes district (panneau métallique correctement fixé d'au moins 1m x 1,5m à distance)	Critères remplis =40	- Observation	10		
Total			550		
B. Evaluation ACV RECION (OPERATIONNEL)					
1. Indicateurs généraux					
2. Carte de la région de dimension d'au moins A0 (1mx1m) affichée et montrant les districts et formations sanitaires FBR	Tous les critères sont respectés =2 Un seul non respecté = 0	Tableau d'affichage	2		
3. Identification i. Identification de tous les bureaux des membres du staff des ACV ii. Tout le staff ACV et vérificateurs disposent de badges	Tous les critères sont respectés =2 Un seul non respecté = 0	Panneau existe Fiche d'identification	2		
4. Gestion du personnel i. Horaire du travail, description des postes et répartition des	Tous les critères sont respectés =1	Fiche d'affichage	6		

tâches de tous les membres du staff de l'ACV région et antenne district disponibles et affichés ii. Evaluation individuelle de tous les membres du staff région et district par le coordonnateur	Un seul non respecté = 0				
Total Indicateurs généraux			**10**		
2. Hygiène& environnement de travail et sécurité					
1. Locaux et cour propre i. Absence de poussière, toile d'araignée dans les locaux ii. Absence de déchets et de sachets plastiques dans la cour iii. Herbes coupées – jardin bien entretenu – pas d'excréta et excréments (animaux)	Tous les critères sont respectés =5 Un seul non respecté = 0	Observation	5		
2. Disponibilité de poubelles : au moins une poubelle avec couvercles accessible aux visiteurs et non pleine	Tous les critères sont respectés =1 Un seul non respecté = 0	Observation	1		
3. Présence de toilettes ou de latrines fonctionnelles : i. en bon état ii. Propres et sans matières fécales visibles	Tous les critères sont respectés =1 Un seul non respecté = 0	Observation	2		

4. **Existence d'un dispositif de lavage des mains:** fonctionnel avec savon dans la cour	Tous les critères sont respectés =5 Un seul non respecté = 0	Observation	2		
Total hygiène& environnement de travail			**10**		
3. Vérification quantitative					
1. **Réalisation des vérifications quantitatives mensuelles** (100%) au plus tard le 23 du mois suivant les prestations faisant l'objet de vérification de toutes les FS de sa zone de responsabilité	Critère rempli=50 Non rempli = 0	grilles de vérification programmes	50		
2. **La vérification quantité est de qualité :** **i. grilles quantités sont :** correctement et complètement remplies (y compris les points forts, les points à améliorer et les recommandations selon le canevas)** ii. tenue d'une rencontre préparatoire de la vérification quantité iii. pas plus de 2 FS à contrat principal/j, iv. respecte le nombre de jours requis par VM v. disponibilité d'un rapport de vérification de chaque VM	Critère respecté = 50 Non respecté = 0	-grille de vérification - visite dans les FOSA -fiche de suivi de la FOSA - rapport	50		

3. Réalisation des vérifications quantitatives mensuelles des ECD au plus tard le 23 du mois	Critère respecté= 20 Non respecté= 0	Grille de vérification	20		
4. Réalisation des vérifications quantitatives mensuelles des DRS au plus tard le 23 du mois	Critère respecté= 20 Non respecté= 0	Grille de vérification	20		
Total vérification quantitative			**140**		
4. Participation en tant qu'observateurs					
1. Participation à la vérification qualité des CHR	Critère respecté=10 Non respecté = 0	-Rapport de participation/grille d'observation	10		
2. Participation à la vérification qualité des CMA	Critère respecté=10 Non respecté = 0	Rapport de participation/grille d'observation	10		
3. Participation à l'évaluation de la qualité des DRS	Critère respecté=10 Non respecté = 0	Rapport de participation/grille d'observation	10		
4. Participation à l'évaluation de la qualité des ECD	Critère respecté=10 Non respecté = 0	Rapport de participation/grille d'observation	10		
Total			**40**		

INDICATEURS	DEFINITION	SOURCE DE VERIFICATION	POINTS MAXIMUM	POINTS OBTENUS	OBSERVATIONS (aspects négatifs)
5. Saisie et validation des résultats					
1. **Saisie des résultats des vérifications quantitatives mensuelles** de toutes les FS dans le portail FBR du Burkina au plus tard le 26 du mois suivant le mois faisant l'objet de vérification	Critères respectés = 70 Non respecté = 0	Portail FBR	70		
2. **Validation des résultats des vérifications quantitatives mensuelles** de toutes les FS et des structures d'encadrement dans sur le portail FBR du Burkina au plus tard deux jours après la validation par le comité de coordination et validation	Critères respectés = 20 Non respecté= 0	Portail FBR	20		
3. **Saisie des résultats des vérifications quantitatives mensuelles** des structures d'encadrement sur le portail FBR du Burkina au plus tard le 26 du mois	Critère respecté = 30 Non respecté= 0	Portail FBR	30		

suivant le mois faisant l'objet de vérification					
4. **Saisie des résultats des vérifications qualitatives trimestrielles** de toutes les FS dans le portail FBR du Burkina au plus tard le 10 du 2ème mois suivant la fin du trimestre	Critère respecté = 70 Non respecté = 0	Portail FBR	70		
5. **validation des résultats des vérifications qualitatives trimestrielles** de toutes les FS dans le portail FBR du Burkina deux jours au plus tard après la session suivante du comité de coordination et de validation	Critère respecté = 20 Non respecté = 0	Portail FBR	20		
6. **Saisie et validation des résultats de l'évaluation de la performance des ECD** dans le portail FBR au plus tard 24heures après l'évaluation**	Critère respecté = 20 Non respecté = 0	Portail FBR	20		
7. **Saisie et validation des résultats de la vérification qualité du CHR** dans le portail FBR au plus tard 24 heures après la réception de la grille**	Critère respecté = 20 Non respecté = 0	Portail FBR	20		
8. **Saisie et validation de 100% des résultats des vérifications communautaires** dans la base de données au plus tard le 20 du 2ème mois suivant la fin du trimestre	Critère respecté = 20 Non respecté = 0	Portail	20		

Total saisie des résultats			**270**		
6. Coaching des équipes des FS					
3. Coaching (PAP/OI) : 100% des FS ont bénéficié d'un coaching au cours du trimestre pour le PAP et l'outil d'indice i. existence de 100% des grilles de coaching ii. Existence de mécanismes de suivi/évaluation de la mise en œuvre des recommandations issues du coaching (à insérer dans les grilles ou le rapport)	Critères respectés = 100 Non respecté = 0	Rapport de coaching Grilles de coaching	100		
2. Qualité du coaching ii. Fait par le staff ACV région (appuyé de 2 ou 3 VM expérimentés pour les districts de plus de 100 FS avec au moins 70% fait par le staff région) iii. Sortie de coaching conjoint avec l'ECD iv. Sur site v. Un jour par FS vi. Liste de présence de ceux qui ont participé au coaching	Critères respectés = 100 Non respecté = 0	Rapport de coaching	100		
3. Complétude et promptitude des PAP	Critères respectés = 100	- Fichier électronique des PAP	100		

ii. Centralisation des PAP du trimestre en cours de toutes les formations sanitaires en fichier électronique ou dur iii. Elaboré et validé par le coordonnateur de l'ACV dans les délais (au plus tard à la fin du mois suivant la fin du trimestre)	Non respecté = 0	- Voir les PAP des FOSA			
4. 100% des PAP sont de qualité (échantillonnage de 40 PAP)): ix. Transmission des informations aux MCD pour d'éventuelles directives x. S'assurer que tous les items du PAP sont bien remplis xi. Bilan physique xii. Bilan financier xiii. Analyse des problèmes xiv. Formulation des objectifs xv. Planning opérationnel des activités xvi. Annexes remplis xvii. Détails du budget disponible xviii. pour l'élaboration du PAP	- 100% des PAP sont de qualité = 50 -[90-100%[=40 -[80-90%[=30 -< 80% = 0	- Note de transmission ou email - PAP	55		

xix. Signature du coordonnateur de l'ACV ou son adjoint sur les PAP en copie dur (disponible dans les FS) xx. Liste de présence de ceux qui ont participé à l'élaboration					
5.Complétude et promptitude des outils d'indices iii. Centralisation des 3 outils d'indices du trimestre de 100% de toutes les formations sanitaires en fichier électronique ou dur iv. 100% des outils d'indice des 3 mois des formations sanitaires ont été élaborés dans les délais (au plus tard à la fin du mois n+1 objet de l'outil d'indice	Critères respectés = 100 Non respecté = 0	- Fichier des OI existe - OI version dur dans les FOSA	100		
6.Qualité des outils d'indices (échantillonnage de 40 outils d'indices) **:** viii. correctement et complètement remplis (prenant en compte les absences et l'évaluation individuelle …) ix. Cohérence recette/disponibilité x. Cohérence vente MEG/Achat MEG xi. Cohérence dépense/disponibilité xii. Fait le rapprochement entre l'OI et le rapport mensuel de trésorerie de la	Critères respectés = 50 Non respecté = 0	-Outils d'indice - voir OI version dur dans les formations sanitaires à visiter	55		

période, vérifie si les commandes de médicaments de la période au DRD sont renseignées dans l'OI xiii. respecte tous les critères, respect du guide de l'OI et les étapes du guide). xiv. Liste de présence de ceux qui ont participé à l'élaboration					
7. Réalisations : i. Réaliser au moins 1 investissement au cours du trimestre avec éclat dans au moins une formation sanitaire (rénovation/reprise de peinture, carrelage, achat de motos etc….)	Critères respectés = 50 Non respecté = 0	- Investissement visible	**50**		
8. visite de terrain des formations sanitaires (confère fiche de suivi de l'action des ACV sur le terrain) i. Connaissances du staff ACV ii. compétences disponibles au sein de la FOSA sur le PAP et l'OI iii. briefing sur le FBR faite par l'ACV au niveau de la formation sanitaire iv. compréhension de l'absence v. connaissance sur les nouvelles directives de changement vi. connaissance des missions des ACV vii. compréhension de l'évaluation individuelle viii. Outils actualisés du FBR disponibles dans la formation sanitaire et connus des responsables	Chaque critère rempli=3 soit au total =40	-interviews -moyenne des présents interviewés	**40**		

ix. Documents à afficher sont à jour et affichés dans la FOSA x. Tous les PAP sont signés par les parties prenantes xi. Liste de présence avec signature de ceux qui ont participé à l'élaboration du PAP et de l'OI et au coaching xii. Les OI validés sont affichés dans un endroit accessible (salle de garde….) **xiii.** Perception globale de l'accompagnement des ACV (<5=0 ; [5-7[= 2 : [7-9[=3 ; [9-10]=4					
Total **coaching des équipes des FS**		-	**600**		
v. Contractualisation					
1. Existence de protocoles d'entente principaux signés dans les délais entre les FS à contrats principaux ayant un PAP et les ACV (100%)**	Critères respectés = 40 Non respecté = 0	Les contrats existent	40		
2. Existence de protocole d'entente secondaires signés dans les délais entre les FS à contrats principaux et les FS à contrat secondaire ayant un PAP (100%)	Critères respectés = 20 Non respecté = 0	Les contrats existent	20		
3. Existence de protocoles d'entente signés dans les délais entre les ECD de la zone de couverture et les ACV (100%)	Critères respectés = 15 Non respecté = 0	Les contrats existent	15		
4. Existence de protocoles d'entente signés dans les délais entre la DRS de la zone de couverture et les ACV	Critères respectés = 15 Non respecté = 0	Les contrats existent	15		

5. Contrats existants entre des associations locales pour la vérification communautaire de toutes les aires de santé de sa zone de responsabilité et les ACV (100%)	Critères respectés = 10 Non respecté = 0	Les contrats existent	10		
Total contractualisation		-	**100**		
vi. Vérification communautaire					
1. Formation des enquêteurs a. Tous les enquêteurs sont formés sur leurs tâches (vérifier les rapports de formation) (100%) b. La durée de la formation a été respectée	Critères remplis = 30	rapport de formation	15		
2. Déroulement de l'enquête a. Nombre de jours d'enquêtes a été respecté b. Nombre de jours de supervisions de l'enquête a été respecté			15		
3. Résultats de la vérification communautaire trimestrielle de T-1 disponibles au plus tard à la fin du trimestre T (y compris l'Analyse des résultats par FS et la Rédaction du rapport de l'enquête)	Critères remplis = 70	Rapport de la vérification communautaire	70		

4. Diffusion des résultats de la vérification communautaire à toutes les formations sanitaires (y compris le score de satisfaction par formation sanitaire)	Critères remplis = 70	PV de rencontre de diffusion	20		
5. Existence d'un mécanisme de suivi/évaluation de la mise en œuvre des recommandations issues de la vérification communautaire	Critères remplis = 70		30		
Total vérification communautaire			**150**		
6. Système d'information sanitaire					
1. Existence d'un document d'analyse de suivi trimestrielle de la performance des structures sous FBR : i. formations sanitaires, ECD, DRS et CHR ii. respecte le contenu du cahier de charge (qualité, quantité, subsides, atteinte des cibles trimestrielles etc…) iii. Réalisé au plus tard à la fin du mois suivant la fin du trimestre iv. transmis aux ECD et à la DRS	Critères remplis = 20	Document existe	20		
2. Tableau de monitoring : i. scores de qualité des formations sanitaires affichées ii. monitoring de la performance quantitative des formations sanitaires	Critères remplis =10	Tableau d'affichage	10		

iii. monitoring du financement par FS iv. Évolution du niveau moyen des indicateurs qualité par DS v. Évolution du niveau moyen des subsides par DS					
3.Archivage : Tous les documents et supports nécessaire à l'évaluation disponible doivent être à porter de main	Critères remplis = 10	Temps mis pour retrouver les documents = 10 mn	10		
4.Le nombre de retro informations trimestrielles effectuées à toutes les formations sanitaires (synthèse qualité, quantité, subsides)	Critères remplis =10	Document de retro-information	10		
vii. Réalisation d'au moins une recherche-action par an	Critères remplis =10	Document disponible	10		
i. Investigation /détection des cas suspects de fraude dans les formations sanitaires, ECD, DRS a. Notification de cas suspects de fraude à l'ECD et au ST-FBR b. Investigation des cas suspects de fraude (lors des supervisions/coaching/vérification quantités et communautaire)	Critères remplis =10	- Rapport - Fiche de notification	20		

c. Rapport d'investigation de fraude avéré transmis à l'ECD, DRS, ST-FBR					
Total système d'information sanitaire			**80**		
7. Coordination					
t. Participation à la rencontre bilan semestriel au niveau régional	Critère rempli = 10	Rapport	10		
t. Participation aux 3 rencontres du comité de coordination et de validation au cours du trimestre		rapport	15		
i. Participation aux rencontres-bilans trimestrielles dans les districts (staff région antenne district)			15		
i. Tenue des cadres de concertation : Tenue d'au moins 3 réunions de l'ACV au cours du trimestre dirigé par le coordonnateur, avec compte rendu contenant (vérifier pour le dernier trimestre): *i. ordre du jour détaillé* *ii. Bilan des activités du mois écoulé* *iii. Planning des activités du mois suivant* *iv. Recommandations (bilan des recommandations antérieures et*	Critères remplis = 10	-PV de réunions - planning des 3 mois	10		

formulation des recommandations présentes) v. *liste de présence avec signature des participants*					
i. Tenue d'au moins une réunion trimestrielle avec les VM/VC et le staff de l'ACV région	Critère rempli = 10	- Rapport de réunion	10		
v. Recommandations: iii. 90% des recommandations échues de l'évaluation précédente ont été mises en œuvre dans les délais iv. Au moins 90% des recommandations faites à l'ACV à l'issues des cadres de concertation FBR (ateliers, réunions…) du niveau district, région et central auxquelles ils ont été convié sont mises en œuvre dans les délais	Critères remplis =40	Rapport de mise en œuvre	40		
Total coordination			**100**		
8. Planification suivi et évaluation					
1. Existence d'un programme trimestriel d'activités avec budget sollicité du trimestre n+1 transmis au plutard à la fin du trimestre n au ST FBR et au bureau central ACV	Critère rempli = 5	programme trimestriel existe	5		

2. **Existence de plannings mensuels des activités:** i. programme des 3 mois écoulés est disponible ii. rapport d'évaluation mensuel du planning mensuel des 3 mois écoulés est disponible iii. programme du mois en cours est signé, affiché au siège de l'ACV	Critère rempli = 5	programmes mensuels rapport d'évaluation	5		
3. Transmission de la fiche de suivi mensuel au ST dans les délais (vérifier les 3 fiches de suivi mensuels)	Critère rempli = 5	Email	5		
4. Transmission dans les délais du rapport trimestriel d'activité (60 jours après la fin du trimestre)	Critères remplis = 5	Bordereau d'envoi / email	5		
Total planification suivi et évaluation			**20**		
9. Supervisions					
1. Tous les vérificateurs médicaux ont bénéficié d'une supervision au moins une fois au cours du trimestre	Si Oui, poursuivre l'évaluation	si non le reste de l'évaluation tombe à 0			
2. **Organisation de la supervision:** i. Tenue d'une rencontre préparatoire entre superviseurs (PV de la rencontre)	Critères remplis =30	PV de la rencontre Grille Liste de présence	30		

ii. Utilisation de la grille de supervision selon le canevas fourni par le ST FBR					
3. **Après la supervision:** i. Rapport de supervision disponible 14 jours après la fin de la supervision du dernier vérificateur ii. Restitution commune des résultats de la supervision lors de la rencontre trimestrielle **iii.** Existence d'un mécanisme de suivi/évaluation de la mise en œuvre des recommandations issues de la supervision (peut être mentionné sur les grilles de supervision ou dans le rapport)	Critères remplis =30	-Rapport - grilles	30		
4. Tous les vérificateurs communautaires ont bénéficié d'une supervision du staff ACV	Si Oui, poursuivre l'évaluation	si non le reste de l'évaluation tombe à 0			
5. **Organisation de la supervision:** **i.** *Tenue d'une rencontre préparatoire entre superviseurs (PV de la rencontre)* **ii.** *Grille de supervision*	Critères remplis =10	PV de rencontre Grille Liste de présence	10		
6. **Après la supervision:**	Critères remplis =30	Rapport avec PRP disponible	30		

iv. Rapport de supervision disponible 14 jours après la fin de la supervision du dernier vérificateur v. Restitution commune des résultats de la supervision lors de la rencontre trimestrielle **vi.** Existence d'un mécanisme de suivi/évaluation de la mise en œuvre des recommandations issues de la supervision (peut être mentionné sur les grilles de supervision ou dans le rapport)		Mécanisme de suivi existe			
7. Tous les enquêteurs ont bénéficié d'une supervision par le vérificateur communautaire/ staff ACV **a.** Existence d'une grille de supervision **b.** Rapport de supervision disponible 14 jours après la fin de la supervision	Critères remplis =30	Rapport avec PRP disponible Mécanisme de suivi existe	30		
Total supervisions			**130**		
10. Prise en Charge des indigents					
1. Evaluation d'atteinte des cibles mensuelles des indigents (tous les indicateurs indigents) et Existence d'aspect lié à la PEC des indigents lors des coaching des FS	Critère rempli=50 Non rempli=0	- Grilles quantités - Fiche de planification mensuelle des cibles	40		

		- Grille de coaching - Rapport de coaching			
2. CCI trimestriel des indigents (à l'échelle district	– <0,50 = 0 – 0,50 – 0,70 = 2 – 0,70 – 0,80 = 5 – >0,80 = 10	Rapport d'analyse	10		
3. Prise en compte de la PEC des indigents dans les protocoles d'entente entre ACV et FS	Critère rempli=5 Non rempli =0	Contrats	5		
4. Les données quantité mensuelles des indigents non mutualistes sont transmises au ST-FBR	Critère rempli=5 Non rempli =0	BE/email	5		
5. **Résultats qualitatifs FBR :** Score de qualité moyen au niveau des CSPS	– < 60%=0 – [60%-70%[=5 – [70%-80%[=10 – [80-90%[=20 – ≥90% =40	Portail FBR pour T-1	40		
Total prise en charge des indigents			**100**		

TABLEAUX SYNTHESE DES RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE

A. SYNTHESE EVALUATION ACV BUREAU CENTRAL				
	Points maximum possibles	**Points obtenus**	**Score ACV central = Points obtenus/points maximum (%)**	**Observations**
Total 1	**550**			

B. SYNTHESE Evaluation ACV RECION (OPERATIONNEL)				
Domaines	**Points maximum possibles**	**Points obtenus**	**Points obtenus/points maximum (%)**	**Observations**
1. Indicateurs généraux	**10**			
2. Hygiène & environnement de travail et sécurité	10			
3. Vérification quantitative	140			

4. Participation en tant qu'observateurs	40			
5. Saisie et validation des résultats	270			
6. Coaching des équipes des FS	600			
7. Contractualisation	100			
8. Vérification communautaire	150			
9. Système d'information sanitaire	80			
10. Coordination	100			
11. Planification/suivi/évaluation	20			
12. Supervisions	130			
13. Promotion prise en charge des indigents	100			
TOTAL 2	**1 750**			
Score ACV région				

ANNEXE 8: Liste de contrôle de la performance – ST-FBR

DOMAINES	CRITERES DE NOTATION
1. Planification - coordination	
1. Tenue des réunions hebdomadaires d'évaluation et de planification des activités du ST-FBR *Vérifier les copies de 5 CR de réunions hebdomadaires avec pour chaque CR : (i) Une planification d'activités de la semaine ; (ii) une évaluation des activités de la semaine précédente ; (iii) la cohérence du plan hebdomadaire avec le plan d'action trimestriel ; (iv) Signé avec liste des participants*	Tous les critères remplis pour 1CR=2 Si 1 des critères manque pour 1CR=0 Tous les critères remplis pour 5 CR=10
2. Elaboration du plan trimestriel d'activités *Vérifier : (i) la disponibilité du plan à jour ; (ii) la cohérence du plan trimestriel avec le plan annuel*	Tous les critères remplis =4 un seul critère non rempli = 0
3. Elaboration du rapport trimestriel d'activités de mise en œuvre du FBR (vérifier la disponibilité du rapport)	critère rempli = 2
4. Participation d'un membre du service à chacune des rencontres – bilan au niveau des districts sanitaires *Vérifier les CR des rencontres, les rapports d'activités et le CR de réunions hebdomadaires*	critère rempli = 4 un seul critère non rempli = 0
Points totaux planification - coordination = 20	
2. Evaluation performance ACV et DRS	
1. Réalisation des évaluations de la performance de toutes les ACV et DRS pour le trimestre précédent	Critères remplis = 3
2. Réalisation des évaluations de la performance de toutes les ACV et DRS pour le trimestre précédent dans les délais 3. *vérifier les rapports d'évaluation de la performance des ACV et DRS*	Critères remplis = 2
4. Transmission des factures pour paiement des ACV et des DRS dans les délais au PADS (vérifier BE transmission résultats au PADS)	Critères remplis = 3
5. Saisie des résultats des évaluations de la performance de toutes les ACV et DRS dans le cloud computing (vérification dans le cloud computing)	Critères remplis = 2
Points totaux évaluation performance ACV et DRS = 10	
3. Organisation vérification qualitative des CHR	
1. Réalisation de la vérification trimestrielle de la qualité de tous les CHR concerné par des équipes de pairs dans les délais *vérifiez note technique organisation vérification qualité des CHR et rapports de vérification de la qualité des CHR*	Critères remplis = 5
2. Respect du profil des membres des équipes de pairs	Critères remplis = 5

vérifiez note technique organisation vérification qualité des CHR et rapports de vérification de la qualité des CHR	
Points totaux organisation vérification qualitative des CHR = 10	
4. Organisation de l'évaluation de la performance des structures du niveau central	
Organisation de l'évaluation de la performance du ST_FBR et du PADS *vérifiez la note technique de l'organisation de l'évaluation de la performance du ST_FBR et du PADS* *vérifiez le calendrier de l'évaluation trimestrielle de la performance du ST_FBR et du PADS* *Vérifiez les BE de transmission des documents nécessaires à l'évaluation trimestrielle de la performance du ST_FBR et du PADS aux évaluateurs*	Critères remplis = 10
Points totaux organisation de l'évaluation de la performance des structures du niveau central = 10	
5. Compilation et transmission des factures des structures	
1. Compilation des factures mensuelles de toutes structures dans les délais *vérifiez toutes les données du mois précédent et sur un échantillon de données des autres mois du trimestre*	Critères remplis = 5
2. Transmission des compilations mensuelles au PADS dans les délais *vérifier les BE de toutes les données du trimestre*	Critères remplis = 5
3. Compilation des factures trimestrielle de toutes structures dans les délais *vérifiez toutes les données du trimestre précédent*	Critères remplis = 5
4. Transmission des compilations trimestrielles au PADS dans les délais *vérifier les BE de toutes les données du trimestre précédent*	Critères remplis = 5
Points totaux Compilation et transmission des factures des structures = 20	
6. Supervisions	
1. Supervision dans chacun des DS concernés au moins une fois au cours du trimestre lors des vérifications quantitatives mensuelles *Vérifier les rapports d'activités et les CR de réunions hebdomadaires*	Critères remplis = 4
2. Supervision dans chacun des DS concernés au moins une fois au cours du trimestre lors des vérifications qualitatives trimestrielles *Vérifier les rapports d'activités et les CR de réunions hebdomadaires*	Critères remplis = 4
3. Supervision de toutes les équipes de vérification de la qualité des CMA et des CHR au cours du trimestre *Vérifier les rapports d'activités et les CR de réunions hebdomadaires*	Critères remplis = 4

4. Supervision de chacun des vérificateurs communautaires au moins une fois chaque trimestre *Vérifier les rapports d'activités et les CR de réunions hebdomadaires*	Critères remplis = 4
5. Supervision de chacune des ACV une fois au cours du trimestre *vérifier les rapports de supervision des ACV*	Critères remplis = 4
Points totaux supervision = 20	
7. Archivage des documents	
1. Disponibilité des copies des contrats de performance des CSPS/CM, ECD, DRS, CMA/CHR, ST_FBR, PADS *100% de contrats à jour signés par les parties, classés par entités et par ordre alphabétique*	Critère rempli = 3
2. Disponibilité des copies des factures et de la compilation des factures des périodes précédentes pour toutes les structures contractualisées *Factures et compilation des factures du précédent paiement pour 100% CSPS/CM, ECD, DRS, CMA/CHR, ST-FBR, PADS sont disponibles a la demande et classées par bénéficiaires et par ordre chronologique*	Critère rempli = 3
3. Disponibilité des rapports et des résultats de vérification de toutes les structures contractées *Vérifier sur un échantillon de FS et de période la disponibilité des rapports et des résultats de vérification*	Critère rempli = 4
Points totaux Archivage des documents = 10	

Synthèse des points totaux possibles par domaine

Domaines	**Nombre de points**	**Poids**
1. Planification - coordination	20	20,0%
2. Evaluation performance ACV et DRS	10	20,0%
3. Organisation vérification qualitative des CHR	10	10,0%
4. Organisation de l'évaluation de la performance des structures du niveau central	10	20,0%
5. Compilation et transmission des factures des structures	20	10,0%
6. Supervisions	20	10,0%
7. Archivage des documents	10	10,0%
TOTAL	**100**	

AANNEXE 9: Liste de contrôle de la performance – PADS

DOMAINES	CRITERES DE NOTATION
1. Financement des activités de mise en œuvre du FBR	
Déblocage à temps des fonds de mise en œuvre des activités du FBR - Les requêtes de financement sont appréciées dans un délai de 3 jours maximum à compter de leur date d'introduction ; - 100% des requêtes de financement sont appréciées	Tous les critères remplis = 10 un seul critère non rempli =0
Points totaux financement des activités de mise en œuvre du FBR = 10	
2. Délai et complétude de virements/paiements des subsides	
Délai entre la transmission de la demande de paiement par la DGESS/ST_FBR au PADS et le virement des montants des subsides « quantité » au niveau des comptes des FS (1er, 2nd échelon et CHR) - Le virement des subsides de 100% des structures ont été fait dans les délais ;	critères remplis = 10
Délai entre la transmission de la demande de paiement par la DGESS/ST_FBR au PADS et le virement des montants des subsides « qualité » au niveau des comptes des FS - Le virement des subsides de 100% des structures ont été fait dans les délais	critères remplis = 10
Délai entre la transmission de la demande de paiement par la DGESS/ST_FBR au PADS et le virement des primes de performance au niveau des comptes des ECD et des DRS - Le virement des subsides de 100% des structures ont été fait dans les délais	critères remplis = 10
Délai entre la transmission de la demande de paiement par la DGESS/ST_FBR au PADS et le virement du montant de la part variable du paiement total au profit de l'ACV - Le virement des subsides de 100% des structures ont été fait dans les délais	critères remplis = 10
Points totaux délai et complétude de virements/paiements des subsides = 40	
3. feedback sur l'effectivité des paiements des structures contractualisées	
- Le DGESS/ST_FBR est informé par mail ou par correspondance de l'effectivité des paiements des subsides « quantité et qualité » dans un délai de 2 jours après que l'ordre de virement ait été donné ; - délai de 2 jours après que l'ordre de virement ait été donné ;	Tous les critères remplis = 20 un seul critère non rempli =0
Points totaux feedback sur l'effectivité des paiements des structures contractualisées = 20	

Synthèse des points totaux possibles par domaine

Domaines	**Nombre de points**	**Poids**
1. Financement des activités de mise en œuvre du FBR	10	14%
2. Délai et complétude de virements des subsides	40	57%
3. Assurer le feedback sur l'effectivité des paiements des structures contractualisées	20	29%
TOTAL	**70**	

ANNEXE 10 : Critères de répartition des primes pour le 1er échelon

1. Critères

Cinq critères sont à prendre en compte. Il s'agit de :

- la categorie de l'agent ;
- l'ancienneté de l'agent dans le district ;
- la responsabilité de l'agent ;
- la proportion de jours travaillés ;
- la performance individuelle de l'agent.

2. Poids des différents critères

A chaque critère retenu, il est accordé un poids qui donne l'importance du critère dans le calcul global des revenus de chaque agent. Le tableau suivant donne le récapitulatif des critères retenus et leur poids correspondants

Tableau 1 : critères et poids pour la répartition individuelle des primes de performance au niveau 1er échelon

Critères	**Poids**
Qualification	10 à 125
Ancienneté	0 à 16
Responsabilité	0 ou 20
Proportion de jours travaillés	0% à 100%
Performance individuelle	0 à 30

3. Variables retenues pour chacun des critères

Pour chaque critère, il existe des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, en fonction de la variable qui est la sienne, l'agent obtiendra des points. Pour les différents critères, les variables sont les suivantes, avec pour chacune les points correspondants :

a. Qualification

Chaque catégorie donne droit aux points suivants :

Tableau 2 : Points obtenus selon la catégorie des agents du 1er échelon

Catégorie	**Points**
A1	**125**
A2	**115**
A3	**110**

B1	**100**
B2	**95**
B3	**90**
C1	**80**
C2	**75**
C3	**70**
D1	**65**
D2	**60**
D3	**55**
E1	**20**
E2	**15**
E3	**10**

b. Ancienneté

C'est l'ancienneté au niveau du district qui est prise en compte. Elle se calcule à partir de la date de prise de service de l'intéressé. Une année correspond à 4 points.

Ainsi, selon l'ancienneté, l'agent peut obtenir les points suivants :

- < 1 an = 0 point
- [1 – 2 ans[= 4 points
- [2 – 3 ans[= 8 points
- [3 – 4 ans] = 12 points
- > 4ans = 16 points

c. Responsabilité

Il n'est retenu au niveau 1er échelon comme poste de responsabilité donnant droit à un bonus de points que celui de chef de poste (CSPS), et medecin chef du CM et les coordonateurs ainsi que les surveillants. ainsi, selon la responsabilité, les concernés reçoivent les points suivants:

Responsabilité	**Points accordés**
CSPS	
Chef de poste	20
CM	
Medecin chef du CM	20
CUS/SUS/SUT	10

d. Proportion de jours travaillés

Sur la base du nombre de jours du mois et du nombre de jours d'absence de l'agent, il s'agit de déterminer la proportion de jours travaillés en pourcentage. Les jours d'absence sont toutes les absence de l'agent de son poste quelles qu'en soient les raisons (congés administratifs, congés de maternité, repos pour maladie, autorisations d'absence, participation à des ateliers, séminaires et réunions, etc.).

La proportion de jours travaillés jouant comme un facteur de la somme des points totaux obtenus par l'agent.

e. Performance individuelle

Une grille d'évaluation individuelle (Cf. annexe 23) sera remplie pour chaque agent ce qui permettra de déterminer les points qu'il a obtenus.

Les résultats quantitatifs obtenus par chaque agent seront utilisés tels quels dans le calcul de son revenu.

Ce sont les Chefs de Postes qui font l'évaluation des autres agents des CSPS. Les Chefs de Poste quant à eux sont évalués par le MCD.

L'évaluation doit être objective, les résultats se discutent entre l'agent et son évaluateur et la grille doit être cosignée par les deux personnes.

Les points obtenus lors de l'évaluation trimestrielle individuelle comptent pour moitié dans le calcul des primes et sont valables pour les trois mois du trimestre.

ANNEXE 11: Critères de répartition des primes pour le 2nd échelon

1. Critères

Six critères sont à prendre en compte. Il s'agit de :

- la catégorie de l'agent ;
- l'ancienneté de l'agent dans le district
- la responsabilité de l'agent ;
- la proportion de jours travaillés ;
- la performance individuelle de l'agent.
- La proportion du temps de travail de l'agent consacré au CMA

2. Poids des différents critères

A chaque critère retenu, il est accordé un poids qui donne l'importance du critère dans le calcul global des revenus de chaque agent. Le tableau suivant donne le récapitulatif des critères retenus et leur poids correspondants

Tableau 1 : critères et poids pour la répartition individuelle des primes de performance au niveau CMA

Critères	**Poids**
catégorie	10 à 135
Ancienneté	0 à 20
Responsabilité	0 à 40
Proportion de jours travaillés	0% à 100%
Performance individuelle	0 à 30
Proportion du temps de travail de l'agent consacré au CMA[21]	0 à 1

3. Variables retenues pour chacun des critères

Pour chaque critère, il existe des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, en fonction de la variable qui est la sienne, l'agent obtiendra des points. Pour les différents critères, les variables sont les suivantes, avec pour chacune les points correspondants :

a. Qualification

Chaque catégorie donne droit à des points suivants :

Tableau 2 : Points obtenus selon la qualification des agents des CMA

Catégorie	Points
P6	135
A1	125

[21] elle peut être estimée ou calculé sur la base des absences

Catégorie	Points
A2	115
A3	110
B1	100
B2	95
B3	90
C1	80
C2	75
C3	70
D1	65
D2	60
D3	55
E1	20
E2	15
E3	10

b. Ancienneté

C'est l'ancienneté au niveau du district sanitaire qui est prise en compte. Elle se calcule à partir de la date de prise de service. Une année correspond à 4 points.

Ainsi, selon l'ancienneté, l'agent peut obtenir les points suivants :

- < 1 an = 0 point
- [1 – 2 ans[= 4 points
- [2 – 3 ans[= 8 points
- [3 – 4 ans[= 12 points
- [4 – 5 ans[= 16 points
- ≥ 5 ans = 20 points

c. Responsabilité

Au niveau des CMA, ne sont considérés comme postes de responsabilité donnant droit à un bonus que les postes officiellement reconnus.

Ainsi, les postes de responsabilité sont :

Tableau 3 : Points obtenus selon le poste de responsabilité au niveau CMA

Poste	**Points**
Responsable du CMA	40
Chef de service / Coordonnateur des unités de soins	30

Surveillant d'unité de soins ou d'unité technique	20
Le gestionnaire du CMA	20

d. Proportion de jours travaillés

Sur la base du nombre de jours du mois et du nombre de jours d'absence de l'agent, il s'agit de déterminer la proportion de jours travaillés en pourcentage. Les jours d'absence sont toutes les absence de l'agent de son poste quelles qu'en soient les raisons (congés administratifs, congés de maternité, repos pour maladie, autorisations d'absence, participation à des ateliers, séminaires et réunions, etc.).

La proportion de jours travaillés jouant comme un facteur de la somme des points totaux obtenus par l'agent.

e. Performance individuelle

La grille d'évaluation sera remplie pour chaque agent, ce qui permettra de déterminer les points qu'il a obtenus.

Les résultats quantitatifs obtenus par chaque agent seront utilisés tels quels dans le calcul de son revenu.

Les évaluations sont faites :

- Pour les agents des unités de soins et unités techniques par les SUS/SUT ;
- Pour les SUS/SUT, par le CUS ;
- Pour le personnel administratif et financier par le responsable du service ;
- Pour le CUS, les médecins, pharmaciens et responsable administratif et financier par le responsable du CMA.

Le responsable du CMA est évalué par le MCD.

Confère grille d'évaluation individuelle du personnel des CMA à l'annexe 23

Les points obtenus lors de l'évaluation trimestrielle individuelle comptent pour moitié dans le calcul des primes et sont valables pour les trois mois du trimestre.

f. Proportion du temps de travail de l'agent consacré au CMA

En ce qui concerne la proportion du temps de travail de l'agent consacré au CMA, il sera utilisé comme facteur multiplicateur du nombre total des points obtenu par l'agent. Ce critère correspond à la proportion de temps de travail que l'agent consacre à ses tâches au niveau du CMA. Il est évident qu'un résultat inférieur à 1 ne s'applique qu'aux agents qui exercent dans d'autres entités en plus du CMA

ANNEXE 12: Critères de répartition des primes pour le 2ème niveau

1. Critères

Cinq critères sont à prendre en compte. Il s'agit de :

- la catégorie de l'agent ;
- l'ancienneté de l'agent au sein du CHR ;
- la responsabilité de l'agent ;
- les jours d'absence de l'agent ;
- la performance individuelle de l'agent.

2. Poids des différents critères

A chaque critère retenu, il est accordé un poids qui donne l'importance du critère dans le calcul global des revenus de chaque agent. Le tableau suivant donne le récapitulatif des critères retenus et leur poids correspondants

Tableau 1 : critères et poids pour la répartition individuelle des primes de performance au niveau CHR

Critères	**Poids**
Catégorie	60 à 135
Ancienneté	0 à 20
Responsabilité	0 à 25
Proportion de jours travaillés	0% à 100%
Performance individuelle	0 à 30

3. Variables retenues pour chacun des critères

Pour chaque critère, il existe des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, en fonction de la variable qui est la sienne, l'agent obtiendra des points. Pour les différents critères, les variables sont les suivantes, avec pour chacune les points correspondants :

a. Qualification

Chaque catégorie donne droit à des points suivants :

Tableau 2 : Points obtenus selon la catégorie des agents des CHR

Catégories fonctionnaires	**Points**	Catégories contractuels
P6	135	6P
A1	130	1A

A2	125	1B
A3	120	1C
B1	115	2A
B2	110	2B
B3	105	2C
C1	100	3A
C2	95	3B
C3	90	3C
D1	85	4A
D2	80	4B
D3	75	4C
E1	70	5A
E2	65	5B
E3	60	5C

b. Ancienneté

C'est l'ancienneté au niveau de la formation sanitaire qui est prise en compte. Elle se calcule à partir de la date de prise de service. Une année correspond à 4 points.

Ainsi, selon l'ancienneté, l'agent peut obtenir les points suivants :

- < 1 an = 0 point
- [1 – 2 ans[= 4 points
- [2 – 3 ans[= 8 points
- [3 – 4 ans[= 12 points
- [4 – 5 ans[= 16 points
- ≥ 5 ans = 20 points

c. Responsabilité

Au niveau des CHR, ne sont considérés comme postes de responsabilité donnant droit à un bonus que les postes officiellement reconnus.

Ainsi, les postes de responsabilité sont :

Tableau 3 : Points obtenus selon le poste de responsabilité au niveau CHR

Responsabilité	**Points accordés**
Directeur Général	25
Directeur / AC / CF	20
Chef de service	15

Coordonnateur des unités de soins	10
Surveillant d'unité de soins ou d'unité technique	10

d. Proportion de jours travaillés

Sur la base du nombre de jours du mois et du nombre de jours d'absence de l'agent, il s'agit de déterminer la proportion de jours travaillés en pourcentage. Les jours d'absence sont toutes les absence de l'agent de son poste quelles qu'en soient les raisons (congés administratifs, congés de maternité, repos pour maladie, autorisations d'absence, participation à des ateliers, séminaires et réunions, etc.).

La proportion de jours travaillés jouant comme un facteur de la somme des points totaux obtenus par l'agent.

e. Performance individuelle

La grille d'évaluation sera remplie pour chaque agent, ce qui permettra de déterminer les points qu'il a obtenus.

Les résultats quantitatifs obtenus par chaque agent seront utilisés tels quels dans le calcul de son revenu.

Les évaluations sont faites :

- Pour les agents des unités de soins et unités techniques par les SUS/SUT ;
- Pour les SUS/SUT, par le CUS ;
- Pour les CUS, par le Chef de service ;
- Pour le personnel administratif et financier par le responsable du service ;
- Pour le Chef de service, les médecins, pharmaciens et responsable administratif et financier par le Directeur Général du CHR.
- Pour le Directeur Général du CHR par le Président du conseil d'administration

La grille d'évaluation individuelle du personnel des CHR est jointe à l'annexe du guide de mise en œuvre.

Les points obtenus lors de l'évaluation trimestrielle individuelle comptent pour moitié dans le calcul des primes et sont valables pour les trois mois du trimestre.

ANNEXE 13: Critères de répartition des primes pour les ECD

1. Critères

Quatre critères sont à prendre en compte. Il s'agit de :

- la catégorie de l'agent ;
- la responsabilité de l'agent ;
- l'évaluation de la performance de l'agent.
- la proportion du temps de travail de l'agent consacré à l'ECD

2. Poids des différents critères

A chaque critère retenu, il est accordé un poids qui donne l'importance du critère dans le calcul global des revenus de chaque agent. Le tableau suivant donne le récapitulatif des critères retenus et leur poids correspondants

Tableau n°1 : critères et poids pour la répartition individuelle des primes de performance au niveau ECD

Critères	**Poids**
catégorie	20 à 125
Responsabilité	0 à 40
Performance individuelle	0 à 30
Proportion du temps de travail de l'agent consacré à l'ECD	0 à 1

3. Variables retenues pour chacun des critères

Pour chaque critère, il existe des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, en fonction de la variable qui est la sienne, l'agent obtiendra des points. Pour les différents critères, les variables sont les suivantes, avec pour chacune les points correspondants :

a. Qualification

Chaque qualification donne droit à des points suivants :

Tableau 2 : Points obtenus selon la qualification des agents du bureau du district

Catégories	**Points**
A1	125

Catégories	Points
A2	115
A3	110
B1	100
B2	95
B3	90
C1	80
C2	75
C3	70
D1	65
D2	60
D3	55
E1	20
E2	15
E3	10

b. Responsabilité

Au niveau des ECD, ne sont considérés comme postes de responsabilité donnant droit à un bonus que les postes officiellement reconnus.

Ainsi, les postes de responsabilité sont :

Tableau 3 : Points obtenus selon le poste de responsabilité au niveau ECD

Responsabilités		Points
	Directeur régional	20
	MCD / Chef de service	15
	Chef de bureau / Responsable / Régisseur / CR	10

c. Performance individuelle

La grille d'évaluation sera remplie pour chaque agent, ce qui permettra de déterminer les points qu'il a obtenus.

Les résultats quantitatifs obtenus par chaque agent seront utilisés tels quels dans le calcul de son revenu.

Les évaluations sont faites :

- Pour les agents par les responsables de service ;
- Pour les responsables de service par le MCD ;
- Pour le MCD par le Directeur régional de la santé.

La grille d'évaluation individuelle du personnel des ECD est jointe à l'annexe du guide de mise en œuvre.

Les points obtenus lors de l'évaluation trimestrielle individuelle comptent pour moitié dans le calcul des primes et sont valables pour les trois mois du trimestre.

d. Proportion du temps de travail de l'agent consacré au bureau de l'ECD

En ce qui concerne la proportion du temps de travail de l'agent consacré au bureau de l'ECD, il sera utilisé comme facteur multiplicateur du nombre total des points obtenu par l'agent. Ce critère correspond à la proportion de temps de travail que l'agent consacre à ses tâches au niveau du bureau de l'ECD. Il est évident qu'un résultat inférieur à 1 ne s'applique qu'aux agents qui exercent dans d'autres entités en plus du bureau de l'ECD

ANNEXE 14 : Critères de répartition des primes pour les DRS

1. **Critères**

Trois critères sont à prendre en compte. Il s'agit de :
- la catégorie de l'agent ;
- la responsabilité de l'agent ;
- l'évaluation de la performance de l'agent.

2. **Poids des différents critères**

A chaque critère retenu, il est accordé un poids qui donne l'importance du critère dans le calcul global des revenus de chaque agent. Le tableau suivant donne le récapitulatif des critères retenus et leur poids correspondants

Tableau n°1 : critères et poids pour la répartition individuelle des primes de performance au niveau DRS

Critères	**Poids**
catégorie	20 à 125
Responsabilité	0 à 40
Performance individuelle	0 à 30

3. **Variables retenues pour chacun des critères**

Pour chaque critère, il existe des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, en fonction de la variable qui est la sienne, l'agent obtiendra des points. Pour les différents critères, les variables sont les suivantes, avec pour chacune les points correspondants :

a. Qualification

Chaque qualification donne droit à des points suivants :

Tableau 2 : Points obtenus selon la catégorie des agents des DRS

Catégories	Points
A1	125
A2	115
A3	110

B1	100
B2	95
B3	90
C1	80
C2	75
C3	70
D1	65
D2	60
D3	55
E1	20
E2	15
E3	10

b. Responsabilité

Au niveau des DRS, ne sont considérés comme postes de responsabilité donnant droit à un bonus que les postes officiellement reconnus.

Ainsi, les postes de responsabilité sont :

Tableau 3 : Points obtenus selon le poste de responsabilité au niveau DRS

Poste	**Points**
Directeur	20
Chef de service	15
Chef de bureau	10

c. Performance individuelle

La grille d'évaluation sera remplie pour chaque agent, ce qui permettra de déterminer les points qu'il a obtenus.

Les résultats quantitatifs obtenus par chaque agent seront utilisés tels quels dans le calcul de son revenu.

Les évaluations sont faites :

- Pour les agents par les chefs de service ;
- Pour les chefs de service par le Directeur ;

Le directeur sera évalué par le secrétaire général du MS

Confère grille d'évaluation individuelle du personnel des DRS à l'annexe 23

Les points obtenus lors de l'évaluation trimestrielle individuelle comptent pour moitié dans le calcul des primes et sont valables pour les trois mois du trimestre.

ANNEXE 15 : Critères de répartition des primes pour le S_FBR

1. Critères

Le S_FBR est chargé de la coordination technique de la mise en œuvre du FBR. A ce titre il est animé par une équipe multidisciplinaire composée de : (i) de fonctionnaires affectés par le Ministère ; (ii) de spécialistes recrutés pour apporter un appui technique et (iii) de personnel de soutien. Le service technique du FBR est logé au sein de la Direction de la coordination des projets et programme qui est elle-même une direction technique de la DGESS. Ainsi seront concernées par les primes de performance les personnes directement impliquées dans la mise en œuvre du FBR. Il s'agit de :

- Le DGESS ;
- Le chef de service ;
- Les spécialistes recrutés ;
- Le personnel de soutien et d'appui recruté pour appui au S_FBR ;

Concernant la répartition des primes de performance au profit des agents de ces différentes entités, trois critères sont à prendre en compte. Il s'agit de :

- la qualification/classification de l'agent ;
- la responsabilité de l'agent ;
- La part du temps de l'agent consacré au FBR

2. Poids des différents critères

A chaque critère retenu, il est accordé un poids qui donne l'importance du critère dans le calcul global des primes de performance de chaque agent. Le tableau suivant donne le récapitulatif des critères retenus et leur poids correspondants.

Tableau n°1 : critères et poids pour la répartition individuelle des primes de performance

Critères	**Poids**
Qualification	40 à 110
Responsabilité	0 à 20
Part du temps consacré au FBR	0 à 100

3. Variables retenues pour chacun des critères

Pour chaque critère, il existe des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, en fonction de la variable qui est la sienne, l'agent obtiendra des points. Pour les différents critères, les variables sont les suivantes, avec pour chacune les points correspondants :

a. Qualification

Chaque qualification donne droit à des points suivants :

Tableau 2 : Points obtenus selon la qualification/classification des agents

Qualifications	Points
Médecins spécialistes	110
Economistes / Spécialistes en suivi et évaluation	100
Secrétaire - comptable	70
Gestionnaire des hôpitaux	60
Secrétaire Sténodactylographe	50
Agent de liaison	40
Chauffeurs	30

b. Responsabilité

Ne sont considérés comme postes de responsabilité donnant droit à un bonus que les postes officiellement reconnus.

Ainsi, les postes de responsabilité sont :

Tableau 3 : Points obtenus selon le poste de responsabilité

Poste	**Points**
Directeur général	20
Directeur technique	15
Chef de service	10
SAF	10

c. Part de temps consacré au FBR

Pour ce critère la part de temps consacrée au FBR exprimée en pourcentage est convertie en points. Ainsi 1% correspond à 1 point.

Exemple :

100% = 100 points

50% = 50 points

25% = 25 points

10% = 10 points

ANNEXE 15 : Critères de répartition des primes pour le PADS

4. **Critères**

Le PADS est chargé de la gestion financière de la composante FBR du PSR. Il est dirigé par un Coordonnateur et comprend plusieurs services opérationnels animés par un personnel propre au programme. Il s'agit du service de l'administration et des finances, du service de passation des marchés, du service de contrôle interne, du service de suivi et d'évaluation et du service de suivi des ONG/associations dans le cadre de la contractualisation. Le Coordonnateur y compris le secrétariat et les services de l'administration et des finances, de passation des marchés sont directement impliqués dans la gestion des fonds et la mise en œuvre des activités du FBR. A cet effet, deux critères sont à prendre en compte dans le cadre de la répartition individuelle des primes de performance au profit des agents de ces différents services. Il s'agit de :

- la qualification/classification de l'agent ;
- la responsabilité de l'agent.

5. **Poids des différents critères**

A chaque critère retenu, il est accordé un poids qui donne l'importance du critère dans le calcul global des primes de performance de chaque agent. Le tableau suivant donne le récapitulatif des critères retenus et leur poids correspondants.

Tableau n°1 : critères et poids pour la répartition individuelle des primes de performance

Critères	**Poids**
Qualification	20 à 110
Responsabilité	0 à 40

6. **Variables retenues pour chacun des critères**

Pour chaque critère, il existe des variables qui correspondent chacune à des points. Ainsi, en fonction de la variable qui est la sienne, l'agent obtiendra des points. Pour les différents critères, les variables sont les suivantes, avec pour chacune les points correspondants :

d. <u>Qualification</u>

Chaque qualification donne droit à des points suivants :

Tableau 2 : Points obtenus selon la qualification/classification des agents

Qualifications/fonctions	Points
Hors catégorie	110

Cadre en gestion financière et comptable/Spécialiste en passation de marchés/Médecins de santé publique	90
Comptable/ Secrétaire de direction/ Assistant de passation des marchés	80
Secrétaire Sténodactylographe	35
Agent de liaison	30
Chauffeurs	20

e. Responsabilité

Au niveau du PADS, notamment les services impliqués directement dans la gestion des fonds FBR et la mise en œuvre des activités sur le FBR, ne sont considérés comme postes de responsabilité donnant droit à un bonus que les postes officiellement reconnus.

Ainsi, les postes de responsabilité sont :

Tableau 3 : Points obtenus selon le poste de responsabilité

Poste	**Points**
Coordonnateur	40
Chef du service	30
Chef comptable	25
Responsable du Service de secrétariat	10

ANNEXE 17: Fiche d'enquête sur la satisfaction du client

ITEMS	APPRECIATION			COTATION	NOTE
1. Accueil					
Comment avez-vous été accueilli ?	Bien	Passable	Mauvais	Bien = 4 Passable = 2 Mauvais = 0	
Le personnel soignant était-il ?	Respectueux		Irrespectueux	Respectueux = 2 Irrespectueux = 0	
Comment était la durée d'attente ?	Raisonnable	Passable	Trop longue	Raisonnable = 2 Passable = 1 trop longue = 0	
2. Disponibilité des médicaments					
Est-ce qu'il y avait les médicaments prescrits à la pharmacie de la Formation sanitaire?	Oui	en partie	non	Oui = 4 En partie = 2 Non = 0	
3. Qualité des soins					
Comment avez-vous trouvé la qualité des soins ?	Bonne	Passable	Mauvaise	Bonne = 3 Passable = 1 Mauvaise = 0	
4. Coût des soins et paiement					
Combien avez-vous dépensé ?	Pour le déplacement |_____| FCFA				
	Pour la consultation/accouchement |_____| FCFA				
	Pour les médicaments |_____| FCFA				
	Pour l'hospitalisation |_____| FCFA				
	Pour les documents (fiche, carnet) |_____| FCFA				
	Autres dépenses |_____| FCFA				
	Coût total |_____| FCFA				
Comment avez-vous trouvé le coût total ?	Raisonnable		Trop cher	Raisonnable = 2 Trop cher = 0	

Où avez-vous payé ?	Le tout à la caisse	Une Partie à la caisse	Le tout au personnel soignant	le tout à la caisse=3 une partie à la caisse = 1 le tout au personnel = 0	
Total points				**20**	

Que suggérez-vous à la Formation sanitaire pour améliorer ses prestations ?

_ _ _ _

Annexe 18 : Guide d'entretien

I. Le financement basé sur les résultats (FBR)

1. Pouvez-vous nous raconter comment le choix de mettre en œuvre le FBR a été fait ?

(Pourquoi input vers le financement basé sur les résultats ? Les arguments avancés étaient t'ils fondés avec des preuves scientifiques ou plus idéologique ?)

2. Pouvez-vous nous expliquer comment le choix des acteurs intervenant dans la conception et la diffusion du FBR a été fait ? Quel était le rôle de chacun d'entre eux ?

(Origine des consultants, A quel titre sont-ils intervenus ? Est-ce les mêmes acteurs depuis la phase de conception jusqu'à la phase d'évaluation ? Quel type de rapport existait entre ces acteurs ? Le document de mise en œuvre est le fruit d'une concertation où une œuvre élaborée par un groupe d'acteur et soumis aux autres ?)

3. Pouvez-vous nous expliquer les objectifs visés par le FBR et comment ils devaient être atteints ?

(Le mécanisme par lequel le FBR devait agir auprès des acteurs pour atteindre ses objectifs était il perçu de la même manière par tous les acteurs ? les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés)

4. Que pouvez-vous nous dire sur les résultats obtenus par le FBR ?

(À t'il améliorer les éléments du système de santé en vue de la mise en œuvre de la CSU ? (Quantité, qualité des soins, gouvernance, etc.)

5. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi le FBR a finalement été arrêté ?

(Consensus ? Uni latéral ? sur quelle base ? Est-ce qu'il y'avait un plan de diffusion public des résultats d'évaluation ?)

II. Financement basé sur les résultats et couverture santé universelle

1. Pouvez-vous nous expliquer le type de lien ou de rapport que vous faites entre le FBR et la CSU ?
   (le lien était fait dès le début ou au fur et à mesure de la mise en œuvre du programme ? Dans qu'elle circonstance (séminaires ? études, lecture, etc.)

2. Pouvez-vous nous expliquer de quelle façon le FBR mis en œuvre au Burkina Faso a servi à la mise en œuvre de la CSU
3. Quel est l'effet de l'arrêt du FBR sur la mise en œuvre de la CSU ?

4. Est-ce qu'il y'a un élément que vous jugez important que nous n'avons pas évoqué dans cette discussion ?

Achat stratégique : avez-vous une idée du concept ? Faites-vous le lien entre FBR, AS et CSU

Classer les acteurs selon le niveau de connaissance du lien entre FBR et CSU.

III. Régime d'assurance maladie (RAMU) (CNAMU)

1. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi le choix d'un régime d'assurance maladie universelle ?

2. Pouvez-vous nous expliquer comment le RAMU pourrait contribuer à l'atteinte d'une CSU ?

3. Pouvez-vous nous dire ce que vous savez du FBR ? (Reformuler) Comment définirez-vous le FBR ?

4. Pouvez-vous nous expliquer le lien que vous faites entre le FBR et le RAMU ?

5. Expliquez-nous la relation de rapport que vous avez avec les bénéficiaires du RAMU et les prestataires de soins conventionnés.

6. Pouvez-vous nous dire davantage sur la méthode utilisée dans le choix des prestataires ?

7. Pouvez-vous nous expliquer le type d'articulation qu'il y'a entre le RAMU et la gratuité des soins ?

(Le leadership, la gestion financière, SONU, l'assujetti paie pour son enfant qui doit bénéficier des soins gratuits…L'état fait -il payer la gratuité ?

8. Pouvez-vous nous expliquer le mode de gouvernance du RAMU ?
   (Participation des syndicats ? Patronat ? etc.)

5. Est-ce qu'il y'a un élément que vous jugez important que nous n'avons pas évoqué dans cette discussion ?

IV. RAMU et CSU

1. Comment définirez-vous la CSU et du RAMU ?

(Mode de gouvernance, fonctionnement, rôle des acteurs dont les bénéficiaires, etc.)

2. Pouvez-vous nous expliquer le lien que vous faites entre le RAMU et la CSU ?

(Comment le RAMU peut contribuer à l'atteinte de la CSU ?)

Annexe 19 : codage des resultats via le logiciel QDA Miner

Répartition des raisons évoqués pour l'introduction du FBR en fonction des acteurs

Code	Texte	ACTEUR	STRUCTURES
Argument scientifique	Ce que je sais c'est que courant 2009-2010, il y'a eu un voyage d'étude des hauts cadres du Ministère de la santé au Rwanda pour la mise en œuvre du FBR qui s'y passait. C'était pour voir l'expérience du Rwanda par rapport à la mise en œuvre du FBR et ça été conduit par la banque mondiale. Donc ils sont allés là-bas avec les hauts cadres du ministère y compris les Syndicats, la DEP, vraiment les hauts cadres. Ils sont allés, ils ont regardé. Ils ont trouvé que l'expérience était intéressante et de retour ils ont décidé avec le partenaire technique et financier qui est la banque mondiale de tester la mise en œuvre au niveau du Burkina.	Concepteur	Cellule technique fbr

Argument scientifique	On a décidé d'adopter le FBR effectivement à partir des expériences dans divers pays tels que le Rwanda et autre même en Amérique latine. On a vu que le financement classique finançait parfois des choses qui n'étaient pas prioritaires. C'est le ministère qui décide à Ouaga ici de ses directives, qui fixe ses priorités et il y'a une sorte de carcan de planification où on mettait tout le monde. Alors que le financement basé sur les résultats permettait aux districts de tenir compte de ses propres priorités et de mener des activités qui vont les permettre d'atteindre les objectifs et de produire de l'argent	Bailleur	Ministère de la santé
Argument scientifique	Globalement, il faut dire qu'on a constaté premièrement que la stratégie de financement des intrants n'était pas très efficace et efficiente pour le système de santé. La stratégie de financement des intrants s'intéressait à acheter régulièrement les …construire des établissements de santé, acheter des consommables, les ambulances. On ne s'intéressait pas très bien aux résultats de la santé donc les indicateurs de la santé n'étaient pas très animés, donc n'étaient pas connus pour apprécier cette stratégie de financement des intrants. Deuxièmement, a un moment donné on voulait chercher à comprendre les stratégies de motivation des agents dans le secteur de la santé pour mieux	Evaluateurs,	Centre de recherche

	orienter les choix de financement. Que ça soit des mécanismes endogènes de financement (partage des coûts) ou bien des mécanismes exogènes de financement ainsi de suite. » Troisièmement il faut dire aussi que le FBR a été dans sa forme classique mis en œuvre dans certains pays mais dans sa forme associée à l'évaluation d'impact il manquait ces évidences-là pour finalement aider les pays, en tout cas proposer cette stratégie aux pays comme un mécanisme de financement national de la santé. Cet argument a aussi pesé parce que dans les autres pays il y'a eu quand même la mise en œuvre du FBR classique sans évaluation d'impact et on cherchait aussi des secteurs pour pouvoir le faire. Le Burkina a bien voulu adhérer à ça avec une volonté politique et stratégique au niveau de secteur de la santé qui a accompagné cette mise en œuvre. C'était aussi un mécanisme qui permettait du coup de financer le secteur de la santé à partir de cette expérience surtout le secteur de la santé maternelle et infantile où on voulait aussi rehausser un certain nombre d'indicateurs. Voilà à peu près ce que je peux dire mais, il faut savoir que les deux premiers arguments ont beaucoup pesé.		
Argument scientifique	Le choix du financement basé sur les résultats s'explique par la volonté de **booster un certain nombre d'indicateur en privilégient la performance** et que les	Exécutant	District sanitaire

	structures soient dotées en fonction de leur performance avec une contrepartie pour les soignants dans le but de les motiver.		
Argument scientifique	Je ne peux pas expliquer exactement pourquoi le pays a choisi le passage vers le FBR, mais en lisant les rapports j'ai compris que les acteurs voyaient au **FBR un mécanisme efficace pour l'atteinte des OMD en matière de santé. C1 FBR**	Concepteur	Cellule technique fbr
Argument scientifique	Le rationnel c'est d'améliorer la performance, la couverture et la qualité des soins tout en motivant les acteurs à contribuer pour plus de performance. C'était pour avoir plus de fluidité dans les processus, impliquer les acteurs, engager plus de motivation, plus de compétition pour trouver des solutions endogènes de manière participative pour pouvoir améliorer l'accès et l'utilisation des services	Exécutant	ACV
Argument scientifique	L'histoire qui a prévalu à la mise en œuvre du FBR est la suivante. Il faut dire que concrètement, quand on a fait le bilan à mi-parcours on s'est rendu compte que nous n'allons pas atteindre les OMD et qu'il faille aller vers des stratégies novatrices comme le FB	Concepteur	Cellule technique fbr

Argument scientifique	Le secrétaire général du Ministère de la santé à l'époque, Pr TRAORE Adama, à l'époque avait été approché par la banque mondiale pour un projet de voyage d'étude au Rwanda parce que ce pays avait déjà mis en œuvre le FBR depuis 2006 avec des résultats qui semblaient inintéressant.	Concepteur	Cellule technique fbr
Opportunisme	Donc on a connu une période très très…où il y'a eu une dégradation de la qualité du processus de planification. Je pense que ça été une fenêtre d'opportunité pour les partenaires et la banque mondiale en particulier de suggérer une approche dite nouvelle, le financement basé sur les résultats qui était comme d'habitude dans certaines politiques publiques et là ça arrive un peu comme une mode dans toute la sous-région, Burkina, Niger, Mali, Benin…M'bon bref tout le monde mettait en œuvre le FBR parce que la banque mondiale était derrière. Et donc pour moi ça été un choix d'opportunité et la banque mondiale n'a pas eu du mal à convaincre le ministère de dire écouter, votre processus de planification il n'est pas bon	Evaluateurs,	Cabinets de consultation
Opportunisme	Je pense qu'il n'y a pas eu d'étude préalable à la mise en œuvre du FBR. C'était une proposition de la banque mondiale au gouvernement Burkinabè de l'essayer avec le financement de la banque mondiale.	Concepteur	Ministère de la santé

Mode de recrutement des acteurs ayant participé à la mise en œuvre du FBR

Catégorie	Code	Texte	POSTE	STRUCTURES
Choix des acteurs du FBR	Concours ou dossier	Après, nous on a été toujours impliqué en tant qu'acteurs externes des évaluations des formations, de la recherche car on a conçu un dispositif de sélection communautaire des indigents. Nous on a été sélectionné sur la base des procédures classiques de la banque mondiale par appel d'offre et nous avons postulé et nous avons été retenu par la commission de sélection, nous avons conduit les processus	Consultant	Cabinets de consultation
Choix des acteurs du FBR	Concours ou dossier	Dans l'évolution là, on a évolué de cellule technique FBR sous la coupe de la DGESS et par la suite pour des questions d'appropriation et de transferts de compétence, le ministère de la santé a identifié des fonctionnaires pour venir s'ajouter à notre cellule	Membre cellule technique FBR	Cellule technique fbr

Choix des acteurs du FBR	Concours ou dossier	Par principe on a recruté des gens d'un certain niveau d'expertise pour pouvoir effectivement coordonner la mise en œuvre et c'est là qu'on a mis en œuvre la cellule constituée de médecin de santé publique, médecin économiste, des épidémiologistes, pour faire effectivement le travail. C'était une sélection sur texte. Les candidats retenus signaient un contrat, certains étaient des contractuelles carrément et étaient payés à 100 % par le projet, ils ne font que le travail du projet.	Chef de service	Ministère de la santé
Choix des acteurs du FBR	Concours ou dossier	Le choix de l'université d'Heidelberg est un choix basé sur un appel à candidature. Je pense qu'un des arguments aussi qui a prévalu à leur choix c'est qu'ils ont travaillé au Cameroun dans la mise en œuvre du FBR. Ils avaient donc l'expérience dans la mise en œuvre de cette stratégie-là.	Coordinateur	Centre de recherche

Choix des acteurs du FBR	Concours ou dossier	Pour les membres de la cellule technique les trois sur quatre ont été recruté sur test. Le quatrième était un fonctionnaire de la DEP détaché	Responsable de la cellule technique	cellule technique fbr
Choix des acteurs du FBR	Concours ou dossier	Au niveau des ACV je pense que c'était un appel à candidature. On a sélectionné des bureaux sur la base de certains critères. Ils ont été choisis pour appuyer les régions sanitaires y compris les districts dans la mise en œuvre. Les bureaux c'étaient les agences de vérification et de contractualisation.	Coordinateur adjoint	ACV
Choix des acteurs du FBR	Concours ou dossier	Je ne saurai vous expliquer comment ils ont choisi les responsables. Seulement quand ils ont abordé les fonctions, les agences de contractualisation et de vérification c'était par appel à candidature et les ONG ont soumissionné et ont été retenus.	0	0

Choix des acteurs du FBR	Par la banque mondiale	Les experts qui nous ont accompagné c'est Robert Soeters, on avait fait la formation à Cotonou puis la banque l'a retenu pour nous accompagner. C'est lui qui est venu nous aider à faire le costing, l'élaboration des documents, identification des indicateurs a acheté. C'est lui qui a accompagné, par la suite, il y'a eu d'autres experts mais toujours de la banque mondiale qui sont vénus du Cameroun	Membre cellule technique FBR	Cellule technique fbr
Choix des acteurs du FBR	Par la banque mondiale	Au niveau international, la banque mondiale nous a mis en contact avec l'université d'Heidelberg, qui est en Allemagne et qui avait des experts qui appuyaient d'autres pays dans la mise en œuvre du FBR. Ils avaient un rôle de coaching, d'appui technique. Dans le cadre des évaluations, ils apportaient leur expertise au centre MURAZ ou bien à l'IRSS qui étaient donc chargés des différentes évaluations. Que ça soit l'évaluation de base, l'évaluation à mi-parcours ou l'évaluation d'impact, ces experts internationaux ont joué un rôle d'appui scientifique et technique pour les différentes évaluations et autre	Chef de service	Ministère de la santé

Choix des acteurs du FBR	Par la banque mondiale	Au début nous n'avons pas eu d'appui d'expert, les partenaires ne croyaient pas à ce projet de FBR étendu à tout le système de santé d'emblée. C'est après 2013 que nous avons commencé avec l'appui de la banque mondiale. Elle nous a donné un expert pour nous appuyer à la personne de Dr Robert Soeters	Responsable de la cellule technique	Cellule technique fbr
Choix des acteurs du FBR	Par la banque mondiale	Pour l'évaluation, le choix de l'université d'Heidelberg en Allemagne était un choix de la banque mondiale. Ils devaient aussi travailler avec les acteurs locaux. Je pense qu'il y'a eu un appel à candidature et le centre MURAZ a été retenu pour appuyer l'université d'Heidelberg dans la phase d'évaluation d'impact.	Enseignant chercheur	Université
Choix des acteurs du FBR	Par la banque mondiale	Le choix des consultants était fait par les partenaires techniques financiers. L'expert FBR de la banque mondiale venait pour appuyer la cellule nationale dans la mise en œuvre et lorsqu'il y avait des difficultés, on essayait de faire des adaptations pour que ça passe. Si la partie nationale avait des difficultés, l'expert venait pour aider à résoudre. Le document de base s'inspirait de la boîte à outil FBR	Directeur	Ministère de la santé

		dont l'expert de la banque mondiale à participer à son élaboration.		
Choix des acteurs du FBR	Par la banque mondiale	Il y'avait également un acteur important qui est l'assistance technique internationale. Il faut dire que le FBR est tombée comme ça. Nous on a reçu des formations par ci et par là. Il fallait donc être encadrer. Le PADS et les partenaires avaient trouvé un expert international, le père fondateur du FBR, à la personne de Robert Soeters, un Néerlandais qui venait de temps en temps nous coacher, nous accompagner si on a des difficultés, surtout la cellule technique.	Membre cellule technique FBR	Cellule technique fbr

Présentation du codage des causes de la suspension du FBR selon les acteurs concernés

Catégorie	Code	Texte	STRUCTURES
Raison de l'arrêt du FBR	Insuffisance de résultat	Il y'avait une combinaison de plusieurs facteurs dont les résultats mitigés	0
Raison de l'arrêt du FBR	Insuffisance de résultat	Pour le FBR son aspect coûteux à jouer contre lui en plus des résultats peu probants de l'évaluation d'impact.	Ministère de la santé
Raison de l'arrêt du FBR	Insuffisance de résultat	Il faut noter cependant que les premières évaluations du FBR dans certains pays n'ont pas abouti aux résultats qu'on attendait. En 2018 aussi, l'évaluation du FBR au Burkina Faso avait démarré et c'était l'université d'Heidelberg qui s'en occupait. Cela a coûté 600 millions de FCFA je crois pour l'évaluation d'impact. Ils ont fait sortir un rapport qui n'était pas aussi fameux. La différence entre les zones FBR et les zones non FBR n'était pas trop perceptible	Cellule technique fbr

Raison de l'arrêt du FBR	Manque d'appropriation	Peut-être qu'il n'y a pas eu une appropriation au plus haut niveau,	Cellule technique fbr
Raison de l'arrêt du FBR	Manque d'appropriation	Ça je ne peux pas répondre à cette question puisque c'est à un niveau politique et stratégique. Dans tous les cas pour moi, c'est parce que le ministère n'en fait pas sa priorité. Si on a pu mobiliser des ressources pour faire ce qui a été fait, c'est au ministère de trouver d'une manière ou d'une autre de mobiliser les ressources pour financer la suite s'il trouvait que c'était une priorité. J'avais dit que je ne peux pas répondre c'est juste un avis personnel. C'est une question de vision et de priorisation que le ministère devrait faire.	Ministère de la santé
Raison de l'arrêt du FBR	Manque d'appropriation	Mais ce que je peux dire de mon œil d'acteur important au niveau de ce dispositif, il faut savoir qu'il y'a eu des tentatives de prolongement de ce FBR à travers un repositionnement de ce FBR pour financer l'assurance maladie universelle. Il y'a eu des discussions qui ont été menées, mais je pense qu'a un moment donné, de mon point de vue, ça ne cadrait pas avec les	Centre de recherche

		valeurs que ça soit au ministère de la santé ou du partenaire financier. Et puis c'est resté sans suite.	
Raison de l'arrêt du FBR	Manque d'appropriation	Ce ne sont pas les résultats en deçà de nos attentes qui ont été à la base de l'arrêt du FBR. Il n'y avait pas de volonté politique de continuer avec le FBR. Le service FBR a été placé tellement bas dans la hiérarchie que nous n'avions pas de visibilité	Cellule technique fbr
Raison de l'arrêt du FBR	Manque d'appropriation	Je pense qu'il y'a plusieurs raisons. D'abord il faut dire que l'encrage institutionnelle posait problème. Il n'y a pas eu beaucoup d'appropriation à mon avis. Parce que quand on regarde la manière dont ça été mis en œuvre, ça été comme un projet. Il n'y a pas eu cette grande institutionnalisation au niveau du système de santé	Université Heidelberg
Raison de l'arrêt du FBR	Manque d'appropriation	Quand c'est arrivé à la fin, c'était comme n'importe quel projet qui arrive à la fin. Je pense qu'il n'y a pas eu un large soutien pour que le projet continue. Je pense que ce	Université de Ouagadougou

		sont les acteurs de mise en œuvre eu même qui se sont battus comme ils peuvent pour voir si ça pouvait continuer. Mais ils étaient probablement minoritaires. En plus il y' avait la politique de gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes qui a été adopté le 2 Mars 2016 je pense et mis en œuvre à partir d'Avril 2016. Il y' avait comme une sorte de concurrence entre les deux politiques pour voir sur quoi il, fallait mettre l'accent et les ressources. Je pense que ce sont ces facteurs qui ont contribué à ce que le FBR ne puisse pas continuer après le 30 juin 2016	
Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	Dans la conception du FBR il était question que l'état contribue financièrement. Donc, on devait avoir normalement un engagement politique à travers la création bien sure de ligne budgétaire. Si on prend les pays où les FBR a commencé et continue jusqu'à présent, ce sont les pays où l'état s'est engagé financièrement a contribué en créant même parfois des lignes dans la loi de finance qui sont alimentées.	Cellule technique fbr
Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	Pour moi c'est une question de ressource. Si l'état devait prendre le relai je me demande ça serait avec qu'elle ressource ? Ce n'est	District sanitaire

		pas que l'état n'était pas convaincu mais c'est un problème de moyen	
Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	Je ne maîtrise pas trop le concept	District sanitaire
Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	Ils ont lié l'arrêt du programme au manque de financement. Je trouve que cette explication n'était pas pertinente, rationnelle car on a planifié avec des coûts, on fait un costing des activités, il y'a eu une certaine flexibilité donc on pouvait avoir un cumul de ces éléments pour permettre de planifier.	ACV
Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	La problématique qui s'est posé c'est qu'on pouvait essayer de convaincre le Ministre des finances pour qu'on puisse prendre un arrêté conjoint ou un décret pour qu'on puisse dire voilà avec l'engagement du gouvernement. Là en ce moment, la phase pilote intervient comme un dispositif de leçons apprises puis on fait le dispositif de passage à l'échelle. Mais ça n'a pas été le cas. Donc à partir du moment où on a une stratégie, une approche qui n'engage pas de reformes au point de vue financier pour	Ministère de la santé ST/CSU

		pouvoir garantir la durabilité, ça va s'arrêter et ça s'est arrêter voilà.	
Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	Je pense que la raison principale c'est le problème de financement.	Ministère de la santé
Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	Pour le FBR son aspect coûteux à jouer contre lui en plus des résultats peu probants de l'évaluation d'impact.	Ministère de la santé
Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	A la fin du budget, la banque mondiale a demandé au gouvernement de prendre le relais. Elle travaillait sur la mise en œuvre d'un projet qui est le projet de renforcement des structures de santé PRSS. Mais elle n'avait pas encore eu de convention avec le gouvernement, ce qui l'empêchait de décaisser de l'argent pour appuyer le projet. Elle a donc demandé au gouvernement de mobiliser des fonds pour poursuivre le projet FBR et il sera remboursé grâce aux fonds du projet PRSS. L'objectif étant d'assurer la continuité du projet. Le gouvernement n'a pas pu mobiliser cet argent.	Cellule technique fbr

Raison de l'arrêt du FBR	Manque de moyen	Je ne connais pas les raisons officielles mais je pense que c'était un projet et comme tout projet il faut faire une pause pour évaluer et passer à l'échelle s'il le faut. Au fil du temps, je me suis résigné en me disant que c'est probablement un manque de financement.	ONG
Raison de l'arrêt du FBR	Remplacement par un nouveau programme	Logiquement, le FBR devrait être repris sous une forme qu'on a appelé achat stratégique à partir de 2018. Je crois que la banque mondiale à travers le projet renforcement du système de santé l'avait prévu et le pays était engagé dans ce sens	Cellule technique fbr
Raison de l'arrêt du FBR	Remplacement par un nouveau programme	Je pense que ça devait se poursuivre sous une autre forme qui est l'achat stratégique mais jusqu'à présent il y'a des difficultés pour la mise en œuvre de ce projet	District sanitaire
Raison de l'arrêt du FBR	Remplacement par un nouveau programme	La banque mondiale avait signé avec le ministère de la santé, un projet d'achat stratégique qui devait commencer en 2018.	Cellule technique fbr
Raison de l'arrêt du FBR	Remplacement par un nouveau programme	En plus il y' avait la politique de gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes qui a été adopté le 2 Mars 2016 je pense et mis en œuvre à	Université

		partir d'Avril 2016. Il y' avait comme une sorte de concurrence entre les deux politiques pour voir sur quoi il, fallait mettre l'accent et les ressources. Je pense que ce sont ces facteurs qui ont contribué à ce que le FBR ne puisse pas continuer après le 30 juin 2016.	
Raison de l'arrêt du FBR	Remplacement par un nouveau programme	Il se poursuit cependant sous une autre forme qui est l'achat stratégique. Le manuel a été validé et l'équipe de vérification qualité est sur le terrain. Bientôt on va payer les bonus qualité	Ministère de la santé
Raison de l'arrêt du FBR	Remplacement par un nouveau programme	. Pour satisfaire cette volonté politique le gouvernement à mobiliser de l'argent. Il fallait montrer qua c'est un nouveau régime et que les choses ont changé. L'Etat à donc privilégier la gratuité des soins au FBR.	Cellule technique fbr

Codage de l'appréciation du résultat global du FBR selon les acteurs

Résultat du FBR	Négatif globalement	La troisième difficulté, c'est qu'il y'a eu un montage assez complexe avec des districts témoins pour l'évaluation d'impact. Ce qui fait que lors de l'évaluation d'impact, il n'y a pas eu une grande différence entre les districts FBR et les témoins. Moi je suis parti en 2017 mais après j'ai appris que l'évaluation de 2018 n'avait pas trouvé grand-chose non plus.	Concepteur	Responsable de la cellule technique
Résultat du FBR	Négatif globalement	L'expérience de mise en œuvre n'ayant pas donnée de bons résultats, à mon avis son arrêt n'a pas freiné le pays dans sa course vers la CSU.	Concepteur	Responsable de la cellule technique
Résultat du FBR	Négatif globalement	Bon, moi mon point de vue est très clair hein, j'ai été toujours assez critique vis-à-vis du FBR. Pour moi c'est Non pour plusieurs raisons	Evaluateurs,	Consultant

Résultat du FBR	Négatif globalement	Je ne suis pas sûr que les objectifs visés soient atteints. En considérant par exemple les indicateurs de la SR à mon avis le niveau souhaité n'a pas été atteint.	Exécutant	Médecin Chef de district
Résultat du FBR	Nuancé	Donc ce qu'on peut retenir en gros c'est que les résultats sont contrastés. C'est à dire qu'il y'a des indicateurs sur lesquels on a observé une amélioration comme il y'a d'autres indicateurs pour lesquels on n'a pas observé grands choses	Chercheur indépendant	Enseignant chercheur
Résultat du FBR	Nuancé	Les résultats pour l'évaluation d'impact étaient assez limités	Chercheur indépendant	Enseignant chercheur
Résultat du FBR	Nuancé	Je dis expérience parce que même si sur le plan quantitatif les résultats n'étant pas ceux attendus, mais il y'a quand même une certaine tendance à l'amélioration de certains	Evaluateurs,	Coordinateur

		indicateurs comme la prise en compte de l'équité, prise en compte de la qualité et la prise en compte de la motivation des prestataires		
Résultat du FBR	Positif globalement	Absolument, d'abord en tant qu'acteur de début mais en en tant qu'agent du PADS parce qu'en 2013 je suis venu au PADS j'ai suivi tout ça de près. Avec toutes les sorties que nous avons faites, les évaluations qu'on a eues en comparaison des districts FBR et des districts non FBR en termes d'indicateur de santé, la qualité des soins dans les districts FBR, la motivation des agents, oui on peut dire avec un peu de réserve quand même que le FBR a atteint ses objectifs.	Bailleur	Chef de service

Résultat du FBR	Positif globalement	Je peux dire globalement que le FBR tel que mis en œuvre était sur la voie de la CSU par la préparation du terrain quoi.	Concepteur	Membre cellule technique FBR
Résultat du FBR	Positif globalement	Les résultats étaient satisfaisants même si je ne peux pas parler de l'aspect efficience parce que je n'ai pas tous les éléments. Je pense néanmoins que ça été bénéfique pour la population	Exécutant	Gestionnaire projet

Codage représentant la différence de perception du FBR entre les différents acteurs

Code	Texte	ACTEUR	FONCTION	POSTE
Les objectifs perçus de la même façon par les acteurs	L'expérience de mise en œuvre n'ayant pas donnée de bons résultats, à mon avis son arrêt n'a pas freiné le pays dans sa course vers la CSU.	Concepteur	Médecin santé publique	Responsable de la cellule technique
Les objectifs perçus différemment	Je ne peux pas généraliser mais beaucoup d'acteurs de terrain voyaient au FBR une possibilité pour améliorer leur condition de vie d'abord et peut-être par la suite les conditions de travail. Je pense que de façon générale, c'est la tendance qui se dégageait. Peut- être que c'était lié à la mise en œuvre mais c'est la perception que j'ai eu. Les acteurs voyaient le FBR comme un projet avec donc une fin et non comme une réforme majeure du système de santé.	Chercheur indépendant	Médecin économiste	Enseignant chercheur
Les objectifs perçus différemment	Les soignants concernés étaient pourtant des fonctionnaires, quand on a proposé de changer le mode de rémunération les syndicats ont refusé. Deuxièmement	Concepteur	Economiste	Directeur

	quand on évaluait la quantité et la qualité des soins dispensés ça aussi c'était payé alors que les ristournes existaient aussi déjà au niveau des formations sanitaires. Ce que nous n'avons pas pu changer. Le FBR venait donc comme une ristourne supplémentaire.			

Codage des interprétations des différents acteurs sur le FBR

Catégorie	**Code**	**Texte**	**Type d'acteur**	**Poste**
Impact FBR sur CSU/ NON	Offre de soins	Pour ce qui est de l'offre, théoriquement c'était possible mais dans la pratique ça n'a pas marcher paracerque lorsque vous payez des primes au personnel dans le but de les motiver ça devient l'objectif principal pour le personnel.	Evaluateurs,	Consultant

Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Ce qui fait que l'argent que les gens recevaient étaient utilisés pour investir dans la qualité pour améliorer la qualité et vous pouvez voir les indicateurs qualité des différents centres de santé à travers la consultation des différentes vérifications. On sentait que la qualité des prestations s'améliorait. Donc à ce niveau le FBR a beaucoup agi	Concepteur	Membre cellule technique FBR
Impact FBR sur CSU/OUI	la demande de soins	Maintenant par rapport à la population couverte qui est également un élément important, là on partait progressivement. On est parti de trois districts, ensuite on a couvert quinze districts avec une population qui s'est beaucoup agrandi mais je n'ai pas de chiffre	Concepteur	Membre cellule technique FBR
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Quand on regarde également l'élan que les formations sanitaires avaient pris,	Concepteur	Membre cellule technique FBR

		vraiment ça allait contribuer énormément puisqu'en termes d'amélioration de la qualité là, tu allais voir des formations sanitaires qui se sont transformées complétement à travers le carrelage de leur formation sanitaire, la climatisation, l'achat de matériels tels que les tables d'accouchements, matelas, etc. il y'a vraiment des choses qui préparaient à une offre de soins de qualité		
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Parce que quand tu vois un peu au stade actuel des formations sanitaires, les infrastructures et le point crucial qui est la disponibilité des médicaments avec les ressources qu'ils avaient facilement les ruptures étaient moins constatées. Même avec la gratuité s'il y'avait des retards de paiement avec le FBR on	Concepteur	Membre cellule technique FBR

		arrivait à combler ces éléments etc.		
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Même avec la gratuité s'il y'avait des retards de paiement avec le FBR on arrivait à combler ces éléments etc.	Concepteur	Membre cellule technique FBR
Impact FBR sur CSU/OUI	La demande de soins	La couverture aussi on peut l'avoir d'une certaine façon parce que les gens développaient des stratégies locales pour aller chercher les patients. Que ça soit pour les soins curatifs ou préventif il y'a eu quand même de la motivation, l'engouement pour faire venir des patients. Pour moi ça vraiment augmenter la couverture puisque les gens cherchaient à avoir de bons indicateurs.	Exécutant	Coordinateur adjoint ACV
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Si l'achat stratégique ou le FBR qui sont axés sur l'achat des soins de qualité peuvent permettre d'améliorer la qualité des soins,	Concepteur	DGESS Ministère de la santé

		l'accessibilité, je pense dans ce cas que ça peut d'une manière ou d'une autre contribuer à l'amélioration de la couverture santé universelle.		
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Avec le FBR, les formations sanitaires avaient l'obligation de rendre disponible les médicaments en les responsabilisant pour ne pas perdre les primes. A cela s'ajoute l'équité dans la mise en œuvre du FBR au profit des indigents	Exécutant	Gestionnaire projet-ONG

Codage des modes d'arrêt du FBR selon les participants

Catégorie	Code	Texte	ACTEUR	STRUCTURES
Mode d'arrêt du FBR	Unilatérale	Je ne suis pas vraiment dans le secret mais mon point de vue c'est que c'est plus le bailleur qui a décidé d'arrêter. Comme je le disais au début, pour moi c'est un phénomène de mode dans lequel beaucoup de nos systèmes de santé tombent malheureusement. Ça vient et puis ça part voilà. Aujourd'hui quand on fait le tour de beaucoup de pays, je pense qu'il y'a une tendance à l'abandon du FBR.	Evaluateurs,	Cabinets de consultation
Mode d'arrêt du FBR	Unilatérale	Je peux dire qu'ici on a péché vraiment. Peut-être qu'il n'y a pas eu une appropriation au plus haut niveau, le bailleur à tous simplement décidé d'arrêter parce qu'on ne peut pas continuer comme ça	Concepteur	Cellule technique fbr

Mode d'arrêt du FBR	Unilatérale	Le projet est arrivé à son terme en décembre 2017. La décision d'arrêter n'a pas été faite de façon bilatérale	Concepteur	Cellule technique fbr
Mode d'arrêt du FBR	Unilatérale	Je pense que le FBR a été arrêté de manière brutale même les responsables du FBR au niveau central avaient du mal à expliquer cela.	Exécutant	ACV
Mode d'arrêt du FBR	Unilatérale	Pour ce qui est de la décision d'arrêter nous n'avons pas été consulté	Exécutant	ONG

Apport du FBR dans la mise en œuvre de la CSU

Catégorie Structures	Code	Texte	
Apport du FBR dans la CSU	En partie	On se tendait vers mais on ne peut pas dire qu'on a atteint la CSU avec d'autant plus que le FBR a été arrêté.	Cellule technique fbr
Apport du FBR dans la CSU	NON	Bon, moi mon point de vue est très clair hein, j'ai été toujours assez critique vis-à-vis du FBR. Pour moi c'est Non pour plusieurs raisons. D'abord conceptuellement je ne suis pas toujours convaincu que l'approche FBR telle que c'est dit va vraiment permettre d'améliorer la demande. Je suis très clair, oui améliorer l'offre d'accord, mais la demande ce n'est pas évident.	Cabinets de consultation
Apport du FBR dans la CSU	NON	Bon, moi mon point de vue est très clair hein, j'ai été toujours assez critique vis-à-vis du FBR. Pour moi c'est Non pour plusieurs raisons	Cabinets de consultation

Apport du FBR dans la CSU	NON	Si le fbr avait été mis en œuvre tel que prévu et sans les difficultés rencontrées, je pense qu'il aurait permis au pays d'atteindre la couverture santé universelle. Mais on eut des résultats qui ont été éphémères car certains agents démotivés avaient décidé de faire le contraire de ce que le fbr demande. Certains pensait que nous cellule technique avons détourné l'argent qu'ils devaient recevoir d'où cette défiance. Tel que mis en œuvre avec les difficultés rencontrées je n'en suis pas sûre que le FBR ait contribué à la mise en œuvre de la CSU.	Cellule technique fbr
Apport du FBR dans la CSU	NON	Je pense que le Burkina avait déjà entrepris des réformes pour la CSU parce que pour la CSU il faut une réforme structurante pas des reformes conjoncturelles. Le FBR a été bâti sans qu'il ait des réformes profondes pour la suite. C'est ce que j'ai expliqué de suite. Si on avait construit sur la base des textes préexistants ou si on avait pris des textes, aujourd'hui le budget de l'état pouvait permettre de continuer le financement basé sur les résultats. Mais c'est venu et c'est parti, ça n'a pas couvert tout le pays. Je ne peux pas dire que c'est une réforme qui amis le pays sur le chemin de la CSU. Pourtant	ST-CSU/ Ministère de la santé

		quand vous prenez des réformes comme la subvention SONU ou ça été mis en place pendant dix ans, ça c'est une réforme structurante et après la politique de gratuité des soins pendant sept ans ou réellement on s'est appuyé sur le système, ce sont des reformes structurantes qui mettent le pays sur le chemin de la CSU. Le recrutement des ASBC pour renforcer la santé communautaire, vous prenez par exemple, la distribution régulière tous les trois ans de moustiquaire, la chimioprophylaxie saisonnière ou on a commencé dans les régions mais on a généralisé à partir de l'année passée ou c'est cette année, ça se sont des reformes qui permettent vraiment de pouvoir faire bouger les lignes de la CSU cous voyez. Mais, pour le financement basé sur les résultats je suis réservé que ça ait mis le pays sur le chemin de la CSU	
Apport du FBR dans la CSU	NON	Mais c'est venu et c'est parti, ça n'a pas couvert tout le pays. Je ne peux pas dire que c'est une réforme qui amis le pays sur le chemin de la CSU	

Apport du FBR dans la CSU	NON	Au vu des résultats, je ne pense pas que le FBR a vraiment servi à mettre le pays sur les rails de la CSU.	Université Heidelberg
Apport du FBR dans la CSU	NON	Je ne vois pas en quoi le FBR mis en œuvre a contribué à mettre le pays sur la voie de la CSU	Ministère de la santé
Apport du FBR dans la CSU	OUI	Oui, Je peux dire que ça donné pas mal d'expérience, de connaissance pour que la CSU puisse se mettre en place. CSU c'est la couverture santé universelle qui parle de quantité et qualité des soins sans appauvrir les ménages. Cette stratégie a permis j'allais dire de booster un peu l'assurance maladie universelle qui a essayé de s'inspirer de cette stratégie et de construire ses outils.	Centre de recherche
Apport du FBR dans la CSU	OUI	C'est comme je l'ai dit, il y'a quand même quelques bons résultats du FBR en termes d'instruments, de changement de comportement de certains acteurs sur le	Centre de recherche

		terrain qui ont poussé favorablement à la mise en œuvre de la CSU au Burkina Faso. Moi je pense très confortablement qu'il y'a eu quelques effets quand même sur la mise en œuvre de la CSU.	

Codage du mode d'action du FBR selon les acteurs

Catégorie	Code	Texte	STRUCTURES
Levier d'action du FBR	Amélioration du cadre de travail	Le paiement est fait par le PADS chaque fois qu'un bilan est fait et à partir de ce paiement le dispositif permettait de générer beaucoup de ristournes qui devaient constituer la base de motivation du personnel mais aussi qui devrait permettre ce qu'il appelait le plan d'amélioration des performances de financer l'acquisition de petit matériel, de petits équipements, la logistique, améliorer un peu le cadre de travail.	Cabinets de consultation
Levier d'action du FBR	Amélioration du cadre de travail	C'est améliorer la quantité et la qualité des services et là il y' avait des grilles par rapport à ça ou chaque on faisait des vérifications en se disant que par le mécanisme d'achat-là, les acteurs allaient être intéressés pour améliorer leur performance puisque c'était un financement basé sur la performance. Il était question aussi d'améliorer la qualité puisqu'avec les ressources qu'ils recevaient ils avaient le libre choix avec l'autonomie de	Cellule technique fbr

		pouvoir corriger leur insuffisance à travers un investissement dans la qualité	
Lévier d'action du FBR	Amélioration du cadre de travail	Le FBR lui était censé modifier le fonctionnement des structures, motiver le personnel de santé à donner le meilleur d'eux même, renforcer les formations sanitaires en ressource humaine, disponibiliser les équipements et les médicaments.	Cellule technique fbr
Lévier d'action du FBR	Motivation	Le paiement est fait par le PADS chaque fois qu'un bilan est fait et à partir de ce paiement le dispositif permettait de générer beaucoup de ristournes qui devaient constituer la base de motivation du personnel mais aussi qui devrait permettre ce qu'il appelait le plan d'amélioration des performances de financer l'acquisition de petit matériel, de petits équipements, la logistique, améliorer un peu le cadre de travail.	Cabinets de consultation
Lévier d'action du FBR	Motivation	Le FBR dans son modèle logique devrait en tout cas améliorer la motivation des prestataires à produire des résultats quantitatifs et qualitatifs aussi dans le domaine de la santé maternelle et infantile	Centre de recherche MURAZ

Lévier d'action du FBR	Motivation financière	C'est ce à quoi devait servir les subsides générés au niveau des formations sanitaires et leur répartition dans la formation sanitaire pour améliorer la motivation des travailleurs.	Centre de recherche MURAZ
Lévier d'action du FBR	Motivation financière	Les acteurs pensaient plus à l'aspect motivation c'est à dire les ressources financières qu'ils devaient avoir plus qu'à l'amélioration des indicateurs de santé.	District sanitaire
Lévier d'action du FBR	Motivation financière	Sur le plan rationnel, le FBR devait agir sur la motivation en créant une forme d'émulation, de compétition entre les acteurs pour pouvoir se surpasser et travailler à atteindre ces objectifs que j'ai cité tantôt	ACV
Levier d'action du FBR	Motivation financière	Généralement on s'appuyait sur des mécanismes incitatifs donc pour améliorer cette qualité des soins.	Université Heidelberg
Levier d'action du FBR	Motivation financière	Le dispositif tel que prévu par la théorie conditionnait même la rémunération mensuelle de l'agent de santé à la performance de la structure.	Ministère de la santé
Levier d'action du FBR	Motivation financière	Le FBR lui était censé modifier le fonctionnement des structures, motiver le	Cellule technique fbr

		personnel de santé à donner le meilleur d'eux même, renforcer les formations sanitaires en ressource humaine, disponibiliser les équipements et les médicaments.	
Levier d'action du FBR	Motivation financière	Même quand tu demandes aux agents de santé, la stratégie d'achat était appréciée parce qu'ils se voyaient chaque trimestre récompensé. Ceux qui fournissaient moins d'effort ont redoublé d'effort.	ONG
Lévier d'action du FBR	Ressource humaine	Le FBR lui était censé modifier le fonctionnement des structures, motiver le personnel de santé à donner le meilleur d'eux même, renforcer les formations sanitaires en ressource humaine, disponibiliser les équipements et les médicaments	Cellule technique fbr

La chronologie du lien entre le FBR et la CSU selon les répondants

Catégorie	Code	Texte	ACTEUR	STRUCTURES
Lien FBR et CSU	Etabli au début	Au début du processus le lien entre le FBR et la CSU était connu à travers des aspects comme l'accessibilité aux soins, la prise en charge des plus démunis etc.	Exécutant	ACV
Lien FBR et CSU	Etabli au début	Dans la théorie, il y'a un lien. Maintenant c'est plutôt dans la pratique qu'on devait percevoir le lien. Même si dans la conception on ne parlait pas beaucoup du concept CSU mais le lien existait oui.	Chercheur indépendant	Université
Lien FBR et CSU	Etabli au début	Dans les années 2010, le concept CSU était connu mais n'était pas vraiment autant vulgarisé. Il apparaissait dans les études, les évaluations etc. On s'avait qu'il fallait travailler à ce que les populations aient accès aux services de santé, que le panier de soins soit accessible à tout le monde, que le coût des soins soit accessible de sorte à ce que les gens ne tombent pas	Concepteur	Cellule technique fbr

		dans la pauvreté. On en parlait dans les formations mais ce n'était pas vraiment vulgarisé		
Lien FBR et CSU	Etabli par la suite	Pour moi c'est bien après que le Vocab CSU a été évoqué. Toute la dynamique sur la CSU est arrivée bien après dans un contexte où il y'avait beaucoup d'autre initiatives qui ont créé vraiment le flou parce qu'il y'a eu tout un programme de gratuité au niveau du Burkina qui est arrivé aussi après un peu le FBR.	Evaluateurs	Cabinets de consultation
Lien FBR et CSU	Etabli par la suite	Je crois qu'au début de la mise en œuvre le vocable FBR et CSU étaient faiblement appréhendés puisque quand on prend un peu, le paradigme n'était pas du tout pareil. Je pense que le CSU on se trouve un paradigme d'accès aux soins mais le FBR on se trouve dans un paradigme de marchandage des soins si on veut catégoriser les deux	Evaluateurs	Centre de recherche

Lien FBR et CSU	Etabli par la suite	Non, le concept couverture santé universelle est apparu bien après la mise en œuvre du FBR.	Concepteur	Ministère de la santé

Les acteurs de diffusion du FBR au Burkina Faso

Catégorie	**Code**	**Texte**	**ACTEUR**	**STRUCTURES**
Acteur de diffusion	Banque mondiale	Moi je dirai que l'initiative FBR est de toute les marinière une initiative exogène, ce n'est pas du tout endogène et c'est sous l'influence de la banque mondiale. Après on verra plus tard que quand ils ont décidé d'arrêter ils ont arrêté.	Evaluateurs	Cabinets de consultation
Acteur de diffusion	Banque mondiale	Moi j'ai intégré l'équipe dans la phase de 2013 de la banque mondiale. Ça c'était financé entièrement par la banque mondiale, la phase de 2013	Concepteur	Cellule technique fbr

Acteur de diffusion	Banque mondiale	L'évaluation d'impact était planifiée dès le début de la mise en œuvre. On avait même créé trois branches T1, T2, T3 avec un objectif de recherche à faire avec FBR - mutuelles de santé, FBR -indigents, etc. il y'avait plein d'étude dans ce sens avec pour finalité de démontrer justement si ça marche, si c'était réplicable et c'est l'université de Heidelberg en collaboration avec le centre MURAZ qui ont mené cette étude. Il y'a d'abord eu une enquête de base de pratiquement toutes les structures et logiquement on devait avoir une enquête finale pour démontrer certaines choses mais comme tu l'as dit, il y'a eu beaucoup de problème dans la disponibilité des résultats quoi. Officiellement il y'a eu trop de ping Pong et jusqu' a ce que je quitte je n'ai pas pu connaitre la raison puisque logiquement après l'évaluation d'impact qu'ils sont venus faire là ils devaient présenter les résultats à tout le pays. Je ne suis même pas sûre que le ministère ait eu vent de ce résultat alors que c'était le minimum quoi.	Concepteur	Cellule technique fbr

Acteur de diffusion	Banque mondiale	En plus la porte d'entrée de l'achat stratégique reste la banque mondiale même si ça été repris par l'OMS, ça déstabilise, comme le FBR il y'a eu beaucoup de détracteurs pour moi il faut beaucoup de sensibilisation, de préparation du système de santé pour que ça puisse être un concept qui va venir vraiment utiliser tous les acquis du FBR.	Evaluateurs,	Centre de recherche
Acteur de diffusion	Banque mondiale	Je pense que c'était dans le cadre d'un projet de la banque mondiale dénommé projet S R qui signifie santé de la reproduction.	Exécutant	District sanitaire

La relation entre le FBR et l'achat stratégique

Code	Texte	ACTEUR	FONCTION	STRUCTURES
Aucune idée	Moi sincèrement je ne sais même pas du tout à quoi réfère ce concept puisque ce concept n'a pas été du tout très bien valorisé. Je travaille dans le système du secteur de la santé et du financement de la santé ainsi de suite mais si vous me dites est ce qu'il y'a des achats stratégiques dans nos système de santé je vais vous dire que je ne sais pas puisque c'est au moment où on parlait de ça qu'on a compris en tout cas au niveau de certains pays qu'il fallait mieux utiliser les résultats du FBR pour construire nos systèmes de santé mais c'était déjà trop tard	Evaluateurs	Médecin de santé publique	Centre de recherche
Complémentaire	Je crois qu'avec l'achat stratégique on a un paquet de soins plus large par rapport au FBR et c'était aux acteurs de déterminer les objectifs à atteindre. Je n'ai cependant pas trop de connaissances sur le sujet étant donné que l'achat stratégique est conduit par une autre direction à savoir la	Exécutant	Médecin santé publique	District sanitaire

	direction du financement des services de santé.			
Complémentaire	C'est pratiquement le même concept. Jusqu'à présent, je n'arrive pas à voir la différence entre les concepts. L'achat stratégique est un concept plus large. A titre de comparaison, le FBR est comme une orange et l'achat stratégique est comme un fruit. Dans l'achat stratégique le paiement n'est pas fait au hasard, il est guidé par un objectif bien précis, une recherche d'efficience	Concepteur	Economiste	Cellule technique fbr
Différent	D'autres ont pensé que ce n'est pas que les résultats. On prenait en compte son apport dans l'amélioration de la qualité des soins. Je pense que le FBR tel que mis en œuvre mettait un accent sur la quantité des soins et moins sur la qualité. Dans la conception, on pourrait voir l'aspect achat stratégique que j'ignore. Mais pour l'achat stratégique, l'idée de départ était de certifier les formations sanitaires en fonction de la qualité des prestations offertes par la formation sanitaire. Le prix d'achat de l'acte est fonction de la qualité des soins dispensés. Le prix d'achat élevé	Partenaire	Juriste	CNAMU

	va permettre au centre de santé d'avoir des ressources pour motiver le système et le personnel.			
Identique	J'avoue que je n'ai pas beaucoup travaillé sur l'achat stratégique au niveau du Burkina. Je, suis dans une mission en RDC où ils ont aussi une approche achat stratégique. Mais dans le fond en réalité quand on regarde bien tous ces concepts-là tournent autour de la même idée.	Evaluateurs,	Médecin santé publique	Cabinets de consultation
Identique	Je ne sais pas si dans ta documentation là, il y'a une différence fondamentale entre l'achat stratégique et le FBR.	Concepteur	Médecin santé publique	Cellule technique fbr
Identique	Oui, l'achat stratégique comme le fbr sont des stratégies de financement du système de santé. Donc, le lien entre fbr et achat stratégique c'est bien identifier les domaines d'activité ainsi que les critères d'évaluation. Pour moi ce n'est pas fondamentalement différent. Au Burkina, le montage du projet d'achat stratégique	Concepteur	Médecin santé publique	Cellule technique fbr

	de la banque mondiale n'est pas fondamentalement différent du fbr			
Identique	D'aucuns disent que l'achat stratégique est une continuité plus ou moins du FBR dans sa version améliorée. Donc pour moi il y'a un lien. Le FBR c'est comme l'achat stratégique.	Chercheur indépendant	Médecin économiste	Université

Les éléments sur lesquels le FBR a eu un impact

Catégorie	**Code**	**Texte**	**FONCTION**	**STRUCTURES**
Impact FBR sur CSU/ NON	Demande de soins	Pour ce qui est de la demande, je n'ai jamais perçu dans le dispositif mis en place quel est le levier pour améliorer la demande.	Médecin santé publique	Cabinets de consultation
Impact FBR sur CSU/ NON	Offre de soins	Pour ce qui est de l'offre, théoriquement c'était possible mais dans la pratique ça n'a pas marcher paracerque lorsque vous payez des primes au personnel dans le but de les motiver ça devient l'objectif principal pour le personnel.	Médecin santé publique	Cabinets de consultation

Impact FBR sur CSU/OUI	Bonne gouvernance	l y avait également en termes de transparence dans la gestion des outils d'indice où tous les fonds étaient mis calculés et les primes que chacun percevait étaient calculées et affichées dans les centres de santé etc. Donc ça permettait quand même d'améliorer quand même la gouvernance financière.	Médecin santé publique	Cellule technique fbr
Impact FBR sur CSU/OUI	La demande de soins	Maintenant par rapport à la population couverte qui est également un élément important, là on partait progressivement. On est parti de trois districts, ensuite on a couvert quinze districts avec une population qui s'est beaucoup agrandi mais je n'ai pas de chiffre	Médecin santé publique	Cellule technique fbr
Impact FBR sur CSU/OUI	La demande de soins	La couverture aussi on peut l'avoir d'une certaine façon parce que les gens développaient des stratégies locales pour aller chercher les patients. Que ça soit pour les soins curatifs ou préventif il y'a eu quand même de la motivation, l'engouement pour faire venir des patients. Pour moi ça vraiment augmenter la couverture	Médecin santé publique	ACV

		puisque les gens cherchaient à avoir de bons indicateurs.		
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Ce qui fait que l'argent que les gens recevaient étaient utilisés pour investir dans la qualité pour améliorer la qualité et vous pouvez voir les indicateurs qualité des différents centres de santé à travers la consultation des différentes vérifications. On sentait que la qualité des prestations s'améliorait. Donc à ce niveau le FBR a beaucoup agi	Médecin santé publique	cellule technique fbr
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Quand on regarde également l'élan que les formations sanitaires avaient pris, vraiment ça allait contribuer énormément puisqu'en termes d'amélioration de la qualité là, tu allais voir des formations sanitaires qui se sont transformées complétement à travers le carrelage de leur formation sanitaire, la climatisation, l'achat de matériels tels que les tables d'accouchements, matelas, etc. il y'a vraiment des choses qui préparaient à une offre de soins de qualité	Médecin santé publique	cellule technique fbr

Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Parce que quand tu vois un peu au stade actuel des formations sanitaires, les infrastructures et le point crucial qui est la disponibilité des médicaments avec les ressources qu'ils avaient facilement les ruptures étaient moins constatées. Même avec la gratuité s'il y'avait des retards de paiement avec le FBR on arrivait à combler ces éléments etc.	Médecin santé publique	cellule technique fbr
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Même avec la gratuité s'il y'avait des retards de paiement avec le FBR on arrivait à combler ces éléments etc.	Médecin santé publique	Cellule technique fbr
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Si l'achat stratégique ou le FBR qui sont axés sur l'achat des soins de qualité peuvent permettre d'améliorer la qualité des soins, l'accessibilité, je pense dans ce cas que ça peut d'une manière ou d'une autre contribuer à l'amélioration de la couverture santé universelle.	Economiste	Ministère de la santé
Impact FBR sur CSU/OUI	L'offre de soins	Avec le FBR, les formations sanitaires avaient l'obligation de rendre disponible les médicaments en les responsabilisant pour ne pas	Gestionnaire de projet	ONG

		perdre les primes. A cela s'ajoute l'équité dans la mise en œuvre du FBR au profit des indigents		
impact FBR sur CSU/OUI	Motivation du personnel	Oui le personnel a été très motivé. Tout le monde était enthousiaste de travailler sous le FBR paracerque il y'en a qui recevait deux ou trois fois leurs salaires de base en sus de leurs salaires et le plan d'amélioration de la performance n'était pas un instrument de travail comme c'est prévu théoriquement	Médecin santé publique	Cabinets de consultation
impact FBR sur CSU/OUI	Motivation du personnel	Le FBR a entraîné aussi une forme de redevabilité parce que quand on travaille pour avoir de l'argent ce n'est pas abstrait.	Médecin santé publique	ACV
Impact FBR sur CSU/OUI	Protection risque financier	Également si on voit la prise en compte des indigents qui est intégré, ça aussi c'est un élément qui permet d'assurer la gratuité de la prise en charge des indigents	Médecin santé publique	Cellule technique fbr
Impact FBR sur CSU/OUI	Protection risque financier	Au début du processus le lien entre le FBR et la CSU était connu à travers des aspects comme l'accessibilité aux	Médecin santé publique	ACV

		soins, la prise en charge des plus démunis etc		
Impact FBR sur CSU/OUI	Protection risque financier	Avec le FBR, les formations sanitaires avaient l'obligation de rendre disponible les médicaments en les responsabilisant pour ne pas perdre les primes. A cela s'ajoute l'équité dans la mise en œuvre du FBR au profit des indigents	Gestionnaire de projet	ONG

Présentation de la perception des acteurs sur l'origine du FBR

Catégorie	Code	Texte	FONCTION	STRUCTURES
Origine FBR	Exogène	Moi je dirai que l'initiative FBR est de toute les marinière une initiative exogène, ce n'est pas du tout endogène et c'est sous l'influence de la banque mondiale. Après on verra plus tard que quand ils ont décidé d'arrêter ils ont arrêté.	Médecin santé publique	Cabinets de consultation
Origine FBR	Exogène	Ils sont allés, ils ont regardé. Ils ont trouvé que l'expérience était intéressante et de retour ils ont décidé avec le partenaire technique et financier qui est la banque mondiale de tester la mise en œuvre au niveau du Burkina.	Médecin santé publique	Cellule technique fbr
Origine FBR	Exogène	En plus la porte d'entrée de l'achat stratégique reste la banque mondiale même si ça été repris par l'OMS, ça déstabilise, comme le FBR il y'a eu beaucoup de détracteurs pour moi il faut beaucoup se sensibilisation, de préparation du système de santé pour	Médecin santé publique	Centre de recherche

		que ça puisse être un concept qui va venir vraiment utiliser tous les acquis du FBR.		
Origine FBR	Exogène	Je pense que c'était dans le cadre d'un projet de la banque mondiale dénommé projet S R qui signifie santé de la reproduction.	Médecin santé publique	District sanitaire
Origine FBR	Exogène	C'est que le financement basé sur les résultats de la banque mondiale, je pense que la conception a pris deux ou trois ans de 2010 à 2012 comme ça et il y'a eu une première phase de mise en œuvre dans trois districts puis elle s'est étendue à plusieurs régions jusqu'en 2017 ou ça s'est arrêté	Médecin économiste de la santé	Université
Origine FBR	Exogène	Je n'ai pas vraiment participé à la conception mais de ce que je sais, il me semble que c'est la banque mondiale qui a proposé le FBR au Ministère de la santé du Burkina Faso.	Médecin économiste	Université

Origine FBR	Exogène	Je pense qu'il n'y a pas eu d'étude préalable à la mise en œuvre du FBR. C'était une proposition de la banque mondiale au gouvernement Burkinabè de l'essayer avec le financement de la banque mondiale.	Economiste	Ministère de la santé
Origine FBR	Exogène	Le secrétaire général du Ministère de la santé à l'époque, Pr TRAORE Adama, à l'époque avait été approché par la banque mondiale pour un projet de voyage d'étude au Rwanda parce que ce pays avait déjà mis en œuvre le FBR depuis 2006 avec des résultats qui semblaient inintéressant	Economiste	Cellule technique fbr

Liste des tableaux

Tableau 1: les cibles de l'ODD3 en rapport avec la santé 24

Tableau 2: description des indicateurs selon les cibles des ODD 26

Tableau 3: la relation entre le secteur de la santé et le NPM 30

Tableau 4: récapitulatif des différents mécanismes existants de couverture contre le risque maladie 36

Tableau 5: Les indicateurs d'efficacité utilisés pour l'évaluation de l'initiative de Bamako ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau 6:Présentation des pays ayant mis en œuvre la gratuité des soins selon la date..... 75

Tableau 7: évolution des mécanismes de financement de la santé au Burkina Faso 84

Tableau 8: récapitulatif des différents programmes clés au Burkina Faso avec les priorités ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau 9: La répartition du personnel médical selon le type de poste 86

Tableau 10: répartition des soignants selon les lieux d'exercice 87

Tableau 11: ratio habitants par type de personnel de santé en 2021 88

Tableau 12: les différents mécanismes de paiement à la performance 96

Tableau 13: les terminologies du paiement à la performance 99

Tableau 14: Evolution de quelques indicateurs de santé maternelle et infantile 115

Tableau 15: Tableau pour le calcul des subsides 125

Tableau 16: répartition de l'échantillon par poste 207

Tableau 17: réparation selon les rôles joués pendant la mise en œuvre du FBR 208

Tableau 18: Trajectoire professionnel des acteurs entre la mise en œuvre du FBR et le moment de notre enquête 209

Tableau 19: évaluation quantitative de l'impact du FBR par la banque mondiale ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Liste des schémas

Schéma 1: Représentation du processus du FBR 94

Schéma 2: processus du FBR axé sur la demande 95

Schéma 3: la relation entre les acteurs du FBR 102

Schéma 4: le mécanisme du financement input 106

Schéma 5: une représentation simplifiée des causes du changement institutionnel 188

Schéma 6: illustration des trois aspects de la couverture santé universelle 195

Schéma 7: illustration de la relation entre le FBR et la CSU 198

Schéma 8: illustration de l'implication des PTF dans toutes les phases du FBR 235

Schéma 9: la relation entre les PTF, le gouvernement et les bénéficiaires dans la mise en œuvre des programmes 236

Schéma 10: la relation entre les PTF, les ONG et les bénéficiaires dans la mise en œuvre des programmes 237

Liste des graphiques

Graphique 1: les projections des ressources du système de santé au Burkina Faso..... 117

Liste des figures

Figure 1 : récapitulatif des ODD 23

Figure 2: la carte de l'Afrique..... 34

Figure 3: carte des différents pays selon le type de gratuité mis en œuvre 74

Figure 4: Les différentes terminologie du paiement à la performance 98

Figure 5: la carte du Burkina Faso avec les districts sanitaires..... 114

Liste des encadrés

Encadré 1: les conséquences de l'ajustement structurel en Afrique 59

Encadré 2: Les principes directeurs de l'initiative de Bamako..... 63

Liste des sigles

∑	Somme
AA	Accoucheuse auxiliaire
AAAQ	Disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité (Anglais)
AB	Accoucheuse brevetée
AC	Agent comptable
Acc.	Accouchement
ACH	Adjoint des cadres hospitaliers
ACV	Agence de contractualisation et de vérification
AFD	Agence Française pour le développement
AHSS	Administrateur des hôpitaux et des services de santé
AIS	Agent itinérant de santé
ALAT	Alanine – aminotransférase (transaminases)
AMIU	Aspiration manuelle intra utérine
ARV	Anti Rétro Viral
AS	Attaché de santé / Agent de santé
AS	Achat stratégique
ASBC	Agent de santé à base communautaire
ASCE	Autorité supérieure du contrôle d'Etat
Atcd	Antécédent
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BAQ	Bonus d'amélioration de la qualité

BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BF	Burkina Faso
BM	Banque mondiale
C.A.M	Contre avis médical (sortie)
CA	Conseil d'administration
CARFO	Caisse autonome de retraite des fonctionnaires
CAT	Conduite à tenir
CC	Consultation curative
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCI	Consultation curative infirmière
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
CD4	Cluster de différenciation 4
CDT	Centre de dépistage et de traitement
CDV	Conseil – dépistage volontaire
CE	Consultation externe
CF	Contrôleur financier
cf.	Confère
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSE	Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
CM	Centre médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMM	Consommation moyenne mensuelle
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CNAMU	Caisse nationale d'assurance maladie

CoDi	Conseil de direction
COGES	Comité de Gestion
COSA	Comité de santé
CPA	Consultation pré anesthésique
CPN	Consultation Pré Natale
CPoN	Consultation post natale
CR	Compte rendu
CSD	Conseil de santé de district
CSPS	Centre de Santé et de promotion Sociale
CSU	Couverture santé universelle
CTRS	Comité technique régional de santé
CUS	Coordonnateur d'unités de soins
CVS	Comité villageois de sélection
DBC	Distribution à base communautaire
DCPP	Direction de la coordination des projets et programmes
DDR	Date des dernières règles
DECAM	Développement de la couverture maladie dans le contexte de la décentralisation
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Dispositif intra utérin
DMEG	Dépôt de Médicaments Essentiels Générique
DN	Direction de la nutrition
DPS	Direction de la promotion de la santé
DPV	Direction de la prévention par les vaccinations

DRD	Dépôt répartiteur de district
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District sanitaire
DSF	Direction de la santé de la famille
DSS	Direction des statistiques sectorielles
DTCoq	Diphtérie – Tétanos – Coqueluche (vaccin)
DTN	Directeur technique national
ECD	Equipe Cadre de District
ECV	Enfant complètement vacciné
FA	Femme allaitante
FAF	Fer – acide Folique
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Francs de la communauté financière africaine
FE	Femme enceinte
FS	Formation Sanitaire
GH	Gestionnaire des hôpitaux
IB	Initiative de Bamako
ICP	Infirmier chef de poste
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEC	Information – Education - Communication
IGF	Inspection générale des finances
IMC	Indice de masse corporelle
IST	Infection sexuellement transmissible
ITSS	Inspection technique des services de santé
MCD	Médecin chef de district

ME	Maïeuticien d'Etat
MEG	Médicament essentiel sous forme générique
MILDA	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
MPE	Maladie à potentiel épidémique
MS	Ministère de la santé
OBC	Organisation à base communautaire
OBCE	organisation à Base Communautaire d'Exécution
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMI	Œdème des membres inférieur
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Plan d'action
PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PAP	Plan d'Amélioration de la Performance
PAS	Plan d'ajustement structurel
PB	Périmètre brachial
PBF	Performance based financing
PC	Périmètre crânien
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEP	Préparateur d'Etat en pharmacie
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan national de développement sanitaire

PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PRP	Plan de résolution des problèmes
PSSLS	Programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la transmission mère – enfant
PU	Prix unitaire
PV	Procès-verbal
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
R / CR	Référence / contre référence
RAMU	Régime d'assurance maladie
RDV	Rendez vous
RMA	Rapport mensuel d'activités
SAF	Service de l'administration et des finances
SFE	Sage – femme d'Etat
SIM	Service d'information médicale
SIO	Soins infirmiers et obstétricaux
SMI	Santé maternelle et infantile
SNIS	Système national d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR	Santé de la reproduction
ST_FBR	Service technique du FBR
SUS	Surveillant d'unité de soins
SUT	Surveillant d'unité technique
T	Trimestre
TBM	Technologiste bio médical

TDR	Test de diagnostic rapide / Termes de référence
TETU	Tri – Evaluation – Traitement d'urgence
TLOH	Télégramme-lettre officielle hebdomadaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPM+	Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
UDAM	Unité departementale d'assurance maladie
UE	Union européenne
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VAD	Visite à domicile

Table des matières

REMERCIEMENTS **3**

LISTE DES SCHEMAS **9**

LISTE DES GRAPHIQUES **9**

LISTE DES FIGURES **10**

LISTE DES ENCADRES **10**

LISTE DES SIGLES **11**

RESUME **17**

INTRODUCTION GENERALE **21**

1. POURQUOI CE SUJET DE THESE ? 31
2. POURQUOI LE BURKINA FASO 33
   2.2. Etat de la protection sociale au Burkina Faso *35*
3. PARTICULARITE DU BURKINA FASO 37
4. PROBLEMATIQUE-HYPOTHESE 38
5. POSITIONNEMENT DE LA RECHERCHE 41
6. APPROCHE METHODOLOGIQUE 44
7. PRESENTATION DU PLAN DE THESE 47

PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DU FINANCEMENT DE LA SANTE AU BURKINA FASO DES INDEPENDANCES A NOUS JOURS **51**

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE 53

CHAPITRE 1 : EVOLUTION DES POLITIQUES DE SANTE AU BURKINA FASO 55

Introduction *55*

1. Des indépendances à l'initiative de Bamako *56*

2. La mise en œuvre de l'initiative de Bamako *62*

3. La réintroduction des mécanismes d'exemption de paiement ciblée et des subventions *72*

4. Les critiques aux politiques de la gratuité des soins *78*

5. Introduction des mécanismes de paiement à la performance *81*

6. La course vers l'assurance maladie universelle *83*

7. Ressource humaine en santé et l'état des infrastructures sanitaires au Burkina Faso *85*

Conclusion *90*

CHAPITRE 2 : PRESENTATION DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS 92

Introduction *92*

1. Financement basé sur les résultats *93*

2. La mise en œuvre du Financement basé sur les resultats au Burkina Faso *111*

Conclusion *132*

DEUXIEME PARTIE : ANALYSER L'INTRODUCTION DU FBR EN AFRIQUE ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA CSU A TRAVERS UNE REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE ET THEORIQUE 134

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE 136

CHAPITRE 3 : IMPACT DU FBR SUR LES SYSTEMES DE SANTE ET ETAT DE LA CSU DANS LES PAYS A REVENUS FAIBLES ET INTERMEDIAIRES : UNE REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE. 139

Introduction *139*

1. Analyse de l'apport du financement basé sur les resultats sur les systèmes de santé : une approche empirique *141*

2. Revue de la littérature sur la couverture santé universelle *152*

Conclusion *160*

CHAPITRE 4 : ANALYSER LE CHANGEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE AU BURKINA FASO A TRAVERS LES THEORIES DU CHANGEMENT INSTITUTIONNEL 161

Introduction *161*

1. Définition des institutions *162*

2. Les modèles de changement institutionnel *165*

3. Changement institutionnel et développement *178*

4. Evaluation de la qualité des institutions *179*

5. Un cadre d'analyse pour mieux cerner la mise en œuvre du FBR *185*

6. Evaluation du changement institutionnel *192*

Conclusion *199*

TROISIEME PARTIE : COMPRENDRE L'INTRODUCTION DU FBR ET SON APPORT A LA MISE EN ŒUVRE D'UNE CSU AU BURKINA FASO : UNE APPROCHE QUALITATIVE 200

INTRODUCTION DE LA TROISIEME PARTIE 202

CHAPITRE 5 : APPORT DU FBR DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CSU AU BURKINA FASO : ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES ACTEURS CLES. 204

1. Méthodologie *204*

1.1. Collecte et traitement des données *205*

4. Discussion des résultats *222*

CHAPITRE 6 : DES RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LES PROGRAMMES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE 231

Introduction *231*

1. L'efficacité de l'aide publique au développement *233*

2. La mobilisation des ressources propres au profit du secteur de la santé *239*

3. L'ordre dans la priorisation des problèmes de santé *241*

4. L'approche participative dans l'élaboration des programmes de santé *244*

5. La fragmentation des programmes de santé *245*

6. Le choix des indicateurs et l'implication des bénéficiaires finaux *247*

CONCLUSION GENERALE **251**

BIBLIOGRAPHIE **261**

ANNEXE **289**

LISTE DES TABLEAUX **643**

LISTE DES SCHEMAS **644**

LISTE DES GRAPHIQUES **645**

LISTE DES FIGURES **645**

LISTE DES ENCADRES **645**

LISTE DES SIGLES **646**