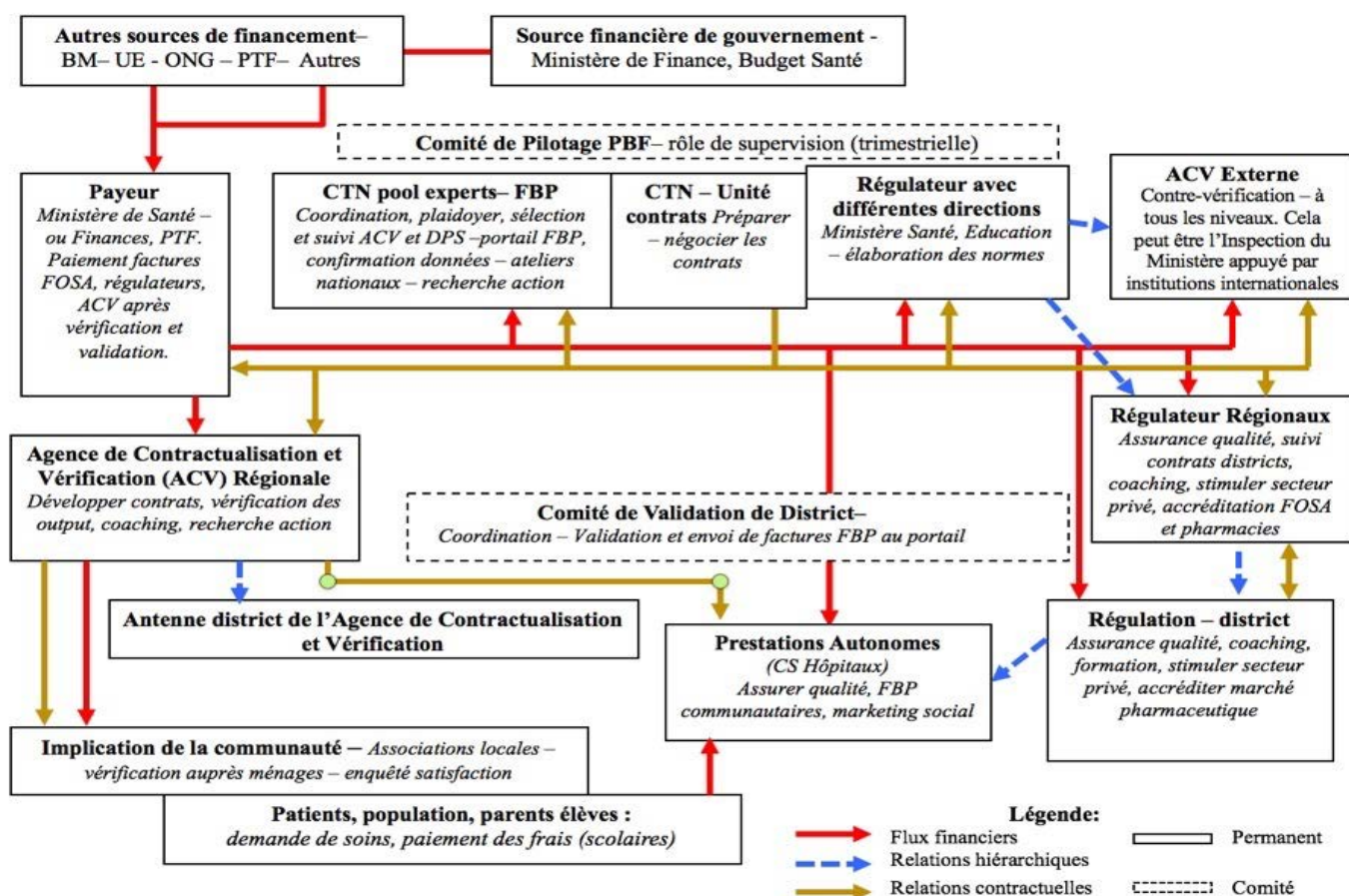


Financement basé sur la performance en action

Théorie et Instruments

Guide de cours avec 17 modules



Version septembre 2026

Manuel du cours FBP

<http://www.sina-health.com> (Version électronique en anglais ou français)

Boîte à Outil Financement Basé sur la Performance de la Banque mondiale 2013

FBP en action

Théories et Outils

Guide du cours FBP

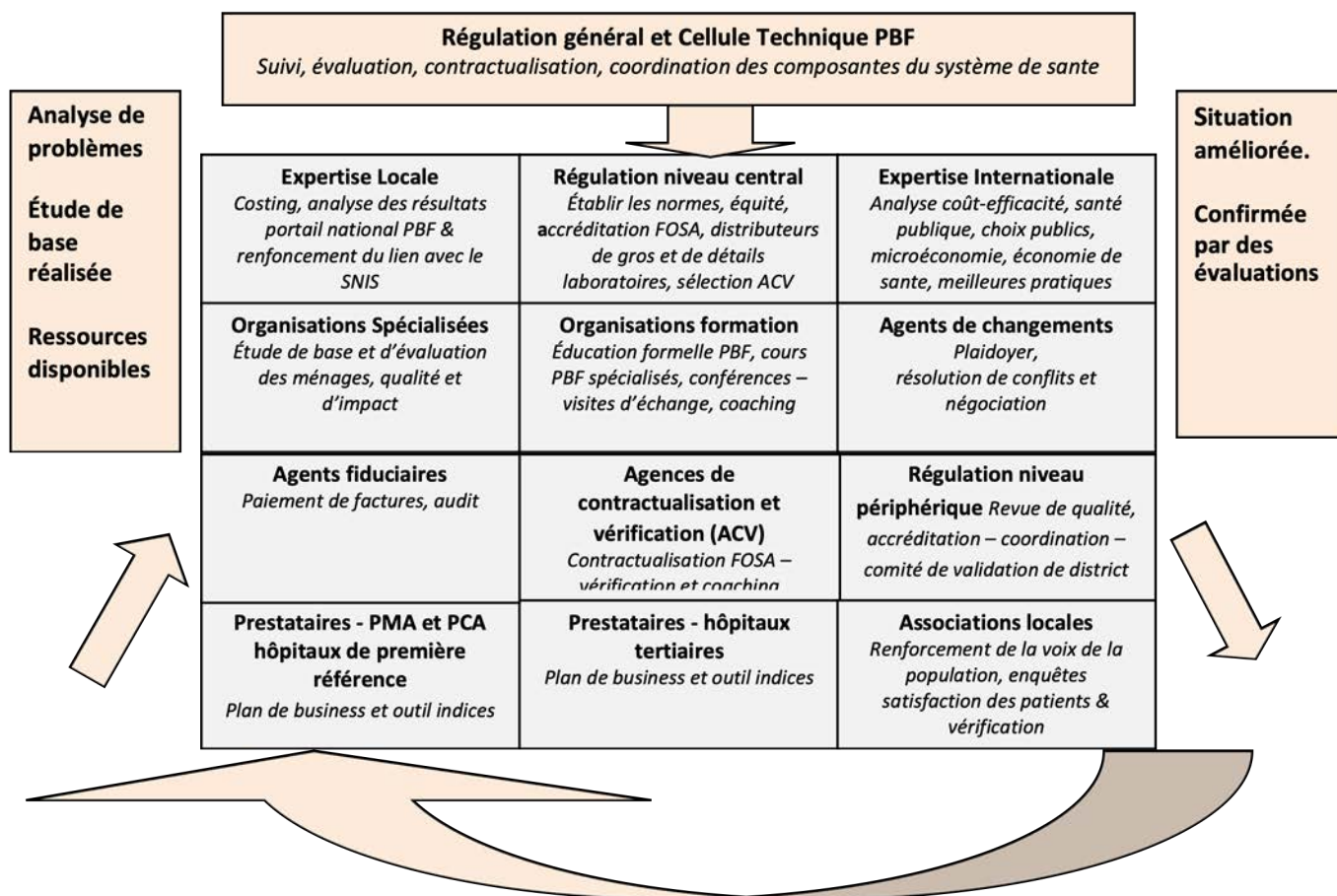


Schéma des composantes de la boîte noire FBP

Neuvième édition 2026

Guide

Le contenu de cette publication peut être reproduit par tous à condition que la source soit dûment mentionnée. L'utilisation de ce livre pour l'organisation des cours est autorisée lorsque les cours sont coordonnés par Robert Soeters de SINA Health, afin de s'assurer de l'utilisation de la dernière version du livre et du matériel, ainsi que de la méthodologie adéquate, en vue d'assurer la qualité de la formation.

Rédaction Générale : Robert Soeters, PhD - SINA Health

Collaborateurs (par ordre alphabétique) :

Freddy BATUNDI, Michel BOSSUYT, Moussoume EKOANGUE, Harmelle ENAME, Bwanga ENANDJOUR, Gyuri FRITSCHÉ, Christian HABINEZA, Jean Baptiste HABIGUHIRWA, Sosthène HICUBURUNDI, Célestin KIMANUKA, Frank van de LOOIJ, Philémon MBESSAN, Annick MONDJO, Sylvain MUNYANGA, Pacifique MUSHAGULUSA, Dr Juvénal NDAYISHIMIYE, Patricia NGO SAK, Canut NKUNZIMANA, Claude NTABUYANTWA, Jean Paul NYARUSHATSI, Didier NTIRORANYA, Peter Bob PEERENBOOM, René QUEFFELEC, Ernest SCHOFFELEN, Francis SIMO, Denise TAMGA, Jean Claude TAPTUE, Jean Pierre TSAFACK, Godelieve VAN HETEREN, Fanen VERINUMBE, Jannes van der WIJK, Michel ZABITI.

FBP en Action : Théories et Outils, Guide du cours FBP
La Haye, 2026

Ce guide peut être téléchargé gratuitement sur le site suivant : www.sina-health.com

Si vous voulez faire parvenir vos commentaires, vos critiques, les résultats de vos recherches ou obtenir des informations supplémentaires, contactez ou visitez le site : www.sina-health.com

SINA Health Consult

Kramsvogellaan 22

2566 CC, The Hague, the Netherlands

Tél: +31 703 666 855

E-mail : robert_soeters@hotmail.com

TABLE DES MATIÈRES

SCHEMA DES COMPOSANTES DE LA BOITE NOIRE FBP	2
TABLE DES MATIÈRES	4
ABBREVIATIONS.....	10
QUELQUES INDICATEURS CLÉS EN FBP	11
1. INTRODUCTION DU COURS, LIENS CSU ET MÉTHODOLOGIE	13
1.1 CONTENU DU MANUEL	13
1.2 REMERCIEMENTS.....	15
1.3 METHODOLOGIE DU COURS.....	16
1.3.1 <i>De la zone de confort vers la zone de changement.....</i>	<i>17</i>
1.3.2 <i>Stratégies d'apprentissage pendant le cours FBP.....</i>	<i>17</i>
1.3.3 <i>Plans d'action des participants par pays ou par thème</i>	<i>18</i>
1.4 LA HIERARCHIE DES BUTS DANS LE FBP : QUALITE, EFFICIENCE ET ÉQUITÉ.....	18
1.5 COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE, INSTRUMENTS D'ÉQUITÉ FBP ET RECOUVREMENT DE COUTS.....	18
1.6 LE FBP ET LES CRISES HUMANITAIRES, CATASTROPHES ET ÉPIDÉMIES	20
1.7 FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE ET ÉDUCATION	20
2. BUTS DU COURS, POURQUOI FBP ET PROCESSUS DE CHANGEMENT	21
2.1 BUT ET OBJECTIFS SPECIFIQUES DU COURS FBP	21
2.2 HISTOIRE DES COURS FBP	21
2.3 POURQUOI LE FBP EST DEvenu POPULAIRE DEPUIS SON INTRODUCTION	21
2.4 PREUVES ACADEMIQUES EN FAVEUR DU FBP	22
2.5 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DES PREUVES ACADEMIQUES.....	24
2.6 COMMENT FONCTIONNE LE FBP : UN EXEMPLE SIMPLE D'UN CENTRE DE SANTE.....	25
2.7 QUESTIONS DE CHANGEMENT DANS LE FBP ET POUR LES PARTICIPANTS	26
2.8 COMPARAISON DU FBP AVEC LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET L'INITIATIVE DE BAMAKO	27
3. DÉFINITION, MEILLEURES PRATIQUES, INSTRUMENTS D'ÉQUITÉ.....	30
3.1 DÉFINITION FBP	30
3.2 COMMENT FONCTIONNE LE FBP : LES 11 MEILLEURES PRATIQUES.....	31
3.2.1 <i>Séparer les fonctions entre les principaux acteurs du système de santé</i>	<i>31</i>
3.2.2 <i>Concurrence pour les contrats</i>	<i>32</i>
3.2.3 <i>Partenariat public-privé, la non-discrimination et les contrats principaux et secondaires</i>	<i>33</i>
3.2.4 <i>Rôle de la régulation : définir les indicateurs, faire le costing et assurer la qualité.....</i>	<i>33</i>
3.2.5 <i>Autonomie de gestion des structures.....</i>	<i>34</i>
3.2.6 <i>Importance d'équilibrer les recettes et les dépenses des structures</i>	<i>34</i>
3.2.7 <i>Les ACV négocient les contrats et font le coaching des instruments de gestion des structures.</i>	<i>35</i>
3.2.8 <i>Associations locales défendant les intérêts des patients et le marketing social.....</i>	<i>35</i>
3.2.9 <i>Améliorer l'efficacité des structures à travers le paiement cash et libre choix des intrants.....</i>	<i>35</i>
3.2.10 <i>Effets multiplicateurs économiques pour stimuler l'économie locale</i>	<i>37</i>
3.2.11 <i>Étendre les contrats de performance à d'autres secteurs que la santé.....</i>	<i>37</i>
3.3 STRATÉGIES D'ÉQUITÉ FBP POUR ATTEINDRE LA COUVERTURE DE LA SANTE UNIVERSELLE	38
3.3.1 <i>Subventionner les externalités positives et les biens publics.....</i>	<i>38</i>
3.3.2 <i>Donner un signal au marché pour faire baisser les tarifs des soins curatifs.....</i>	<i>39</i>
3.3.3 <i>Doter d'un bonus d'équité géographique les régions et les districts.....</i>	<i>39</i>
3.3.4 <i>Doter d'une prime de vulnérabilité les formations sanitaires ou des écoles.....</i>	<i>39</i>
3.3.5 <i>Exempter les patients vulnérables ou indigents.....</i>	<i>40</i>
3.3.6 <i>Différentes méthodes d'identification des indigents.....</i>	<i>41</i>
3.3.7 <i>Méthode consistant à évaluer à peu près les moyens des ménages</i>	<i>42</i>
3.3.8 <i>Réponse FBP en cas de catastrophes naturelles ou humanitaires.....</i>	<i>43</i>
3.4 TERMES DE REFERENCE POUR LA VISITE DE TERRAIN PENDANT LE COURS FBP	44
4. THÉORIES LIÉES AU FBP ET BONNE GOUVERNANCE	45
4.1 ANALYSE DES SYSTEMES.....	45
4.2 MOTIVATION DES ACTEURS ET THEORIE DE CHOIX PUBLICS.....	48

4.2.1	<i>Comment motiver les agents dans le FBP dans la logique des choix publics</i>	49
4.2.2	<i>Incitations positives</i>	49
4.2.3	<i>Incitations négatives</i>	50
4.2.4	<i>Éviter des incitations perverses</i>	50
4.3	THEORIE DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE ET DES CONTRATS.....	51
4.3.1	<i>Contrats classiques</i>	52
4.3.2	<i>Contrats relationnels</i>	52
4.3.3	<i>Transiter des contrats relationnels vers des contrats classiques</i>	53
4.4	REFERENCES CONCERNANT LA THEORIE DES CONTRATS.....	53
4.5	MICRO-ECONOMIE ET PRINCIPES DU MARCHE LIBRE	54
4.6	ÉCONOMIE DE LA SANTE ET SANTE PUBLIQUE	54
4.7	DECENTRALISATION.....	54
4.8	BONNE GOUVERNANCE.....	55
5.	MICRO-ÉCONOMIE ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ.....	56
5.1	MICRO-ECONOMIE	56
5.1.1	<i>Quelques concepts et définitions en économie</i>	56
5.1.2	<i>Boîte à outils de l'économiste</i>	57
5.1.3	<i>Rareté, planification centrale et de l'économie de marché</i>	58
5.1.4	<i>Coût d'opportunité</i>	59
5.1.5	<i>Demande de biens en microéconomie</i>	60
5.1.6	<i>Élasticité de la demande</i>	61
5.1.7	<i>Offre de biens en microéconomie</i>	62
5.1.8	<i>Équilibre en microéconomie</i>	63
5.1.9	<i>Concurrence parfaite</i>	64
5.1.10	<i>Prix plafond, prix plancher et la main invisible d'Adam Smith</i>	65
5.1.11	<i>Comment utiliser les instruments du marché pour atteindre les objectifs sociaux</i>	67
5.2	ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET SYSTÈMES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES	69
5.2.1	<i>Qu'est-ce que l'économie de santé ?</i>	69
5.2.2	<i>Efficiences allocative, technique et administrative</i>	70
5.2.3	<i>Coût marginal, économies d'échelle et économies de portée</i>	71
5.2.4	<i>Demande de soins de santé</i>	72
5.2.5	<i>Offre des services de santé</i>	73
5.3	ÉCHECS DU MARCHE DE LA SANTE	74
5.3.1	<i>Asymétrie de l'information</i>	74
5.3.2	<i>Externalités positives et négatives</i>	74
5.3.3	<i>Sous-utilisation des biens publics</i>	75
5.3.4	<i>Défaillances du marché de l'assurance maladie</i>	75
5.4	SYSTEMES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES.....	76
5.4.1	<i>Service national de santé offrant la gratuité des soins</i>	76
5.4.2	<i>Assurance maladie obligatoire</i>	77
5.4.3	<i>Assurances maladie volontaires et mutuelles</i>	78
5.4.4	<i>Le paiement direct des patients au travers du recouvrement de coûts</i>	78
5.4.5	<i>Système de voucher ou « conditional cash transfer »</i>	79
5.4.6	<i>Coût des prestations de qualité dans la santé et dans l'éducation</i>	79
5.4.7	<i>Quel est le meilleur système de paiement pour les prestataires ?</i>	80
5.5	EXERCICE ECONOMIE.....	80
5.6	RESUME DES CONCEPTS CLES MICRO-ECONOMIE A RETENIR	81
5.7	RESUME DES CONCEPTS CLES D'ECONOMIE DE SANTE A RETENIR.....	81
6.	POLITIQUES NATIONALES, RÉGULATION, ASSURANCE QUALITÉ.....	83
6.1	DEFINITIONS.....	84
6.2	OBJECTIFS SOCIO-ECONOMIQUES DE L'ÉTAT.....	84
6.3	OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE DE L'ÉTAT	85
6.4	COMMENT EVITER LES CONFLITS D'INTERETS ET STIMULER UNE POLITIQUE RATIONNELLE	85
6.5	ROLE DU COMITE DE PILOTAGE NATIONAL FBP.....	86
6.6	CELLULE TECHNIQUE NATIONALE FBP	87
6.6.1	<i>Tâches de la CTN</i>	87

6.6.2	<i>Composition de la Cellule Technique Nationale et de l'Unité de Contractualisation</i>	88
6.6.3	<i>Procédures administratives et de paiement de la CTN</i>	89
6.6.4	<i>Indicateurs qualité de la Cellule Technique Nationale FBP</i>	91
6.6.5	<i>Outil de Gestion Indices de la CTN</i>	92
6.7	AUTRES DIRECTIONS ET PROGRAMMES DU MINISTERE	93
6.7.1	<i>Les rôles et activités des directions du ministère</i>	93
6.7.2	<i>Indicateurs quantité des Directions négociés par l'unité de contractualisation</i>	93
6.7.3	<i>Indicateurs de qualité des Directions et Programmes du Ministère</i>	96
6.7.4	<i>Outil de Gestion Indices des Directions et Programmes de santé</i>	98
6.7.5	<i>Critères d'évaluation de l'application de l'Outil Indices des Directions et Programmes</i>	98
6.8	AGENCE DE PAIEMENT	99
6.9	ROLES DE LA DIRECTION REGIONALE DE SANTE.....	100
6.9.1	<i>Élaboration du Plan de business (PB) de la DRS</i>	100
6.9.2	<i>Négocier et signer des contrats avec les ECD, après validation des plans de business</i>	100
6.9.3	<i>Évaluer les équipes cadre des districts chaque trimestre</i>	101
6.9.4	<i>Vérifier les BAQ pour les infrastructures des ECD</i>	101
6.9.5	<i>Participer aux réunions comités de validation des districts du dernier mois du trimestre</i>	102
6.9.6	<i>Organiser les revues trimestrielles par les pairs de la qualité des hôpitaux et y prendre part</i>	102
6.9.7	<i>Introduire les données de revues de qualité et les scores d'évaluation des ECD sur le portail</i>	103
6.9.8	<i>La contre-vérification des revues de la qualité au niveau des FOSA et de l'accréditation</i>	103
6.9.9	<i>Organiser les réunions trimestrielles de coordination des activités du FBP dans la région</i>	103
6.9.10	<i>Assurer le rapportage périodique et la bonne documentation et l'archivage</i>	103
6.9.11	<i>Assurer la bonne gestion des ressources humaines matérielles et financières</i>	104
6.9.12	<i>Inspections des tous les grossistes pharmaceutiques de la région</i>	104
6.10	QUESTIONNAIRE POUR L'INSPECTION DES PHARMACIES.....	104
6.11	LES OUTILS DE TRAVAIL DE LA DRS SONT :	107
6.12	L'EVALUATION ET PAIEMENT DES INDICATEURS DE QUANTITE ET DE QUALITE DE LA DRS	108
6.12.1	<i>Processus d'évaluation de la DRS</i>	108
6.12.2	<i>Les indicateurs quantité des DRS</i>	108
6.12.3	<i>Indicateur qualité des services de la DRS</i>	110
6.12.4	<i>Modèle de facture et modalités de paiement</i>	113
6.13	UTILISATION DE L'OUTIL INDICES ET SON INTEGRATION DANS LA GRILLE D'EVALUATION	113
6.14	ÉQUIPE CADRE DE DISTRICT	114
6.14.1	<i>Élaboration d'un plan de business de l'ECD</i>	115
6.14.2	<i>Cartographier et découper les FOSA en aires de santé au niveau primaire et hospitalier</i>	115
6.14.3	<i>Évaluer trimestriellement la qualité technique des prestataires du niveau primaire</i>	116
6.14.4	<i>Accréditer les structures de santé</i>	116
6.14.5	<i>Organiser les Comités de Validation Mensuelle des districts</i>	116
6.14.6	<i>Inspecter les pharmacies de détail (= officines) du district</i>	117
6.14.7	<i>Tenir une réunion de coordination d'évaluation et de planification trimestrielle</i>	117
6.14.8	<i>Saisir les données de la revue de qualité technique des FOSA PMA sur le portail FBP</i>	117
6.14.9	<i>Assurer la bonne gestion des ressources humaines, matérielles et financières du District</i>	118
6.14.10	<i>Assurer la bonne documentation et l'archivage</i>	118
6.15	DECOUPAGE EN AIRES DE SANTE DANS LES DISTRICTS DE SANTE	118
6.16	OUTIL INDICES ET SON INTEGRATION DANS LE SCORE DE QUALITE DES ÉQUIPES CADRE DE DISTRICT	120
6.17	OUTILS DE TRAVAIL DE L'ECD	121
6.18	PROCESSUS DE VERIFICATION ET D'EVALUATION DES ECD	122
6.19	LE PAIEMENT DES ECD – POUR LA QUANTITE ET LA QUALITE.....	122
6.19.1	<i>Description des indicateurs de quantité des Équipes Cadre de District</i>	122
6.19.2	<i>Indicateurs de qualité des Équipes Cadre de District</i>	123
6.20	STRATEGIES ET INSTRUMENTS POUR L'ASSURANCE QUALITE EN FBP	126
6.20.1	<i>Stratégies différentes</i>	126
6.20.2	<i>Instruments qualité : questionnaire, vignette, observation directe, entretien patient</i>	126
6.21	QUESTIONNAIRE STANDARD POUR LA REVUE DE LA QUALITE DES FORMATIONS SANITAIRES.....	127

7.	AGENCE DE CONTRACTUALISATION ET VÉRIFICATION - ACV	143
7.1	HISTOIRE ET DEVELOPPEMENT DES ACV (REGIONALES) ET DES ONG LOCALES.....	144
7.2	OBJECTIFS ET ROLES DES ACV REGIONALES	145
7.2.1	<i>Négocier et signer les contrats avec les FOSA ou d'autres structures.....</i>	146
7.2.2	<i>Vérifier les résultats quantitatifs des FOSA sous contrat FBP.....</i>	146
7.2.3	<i>Organiser la vérification communautaire et les enquêtes de satisfaction.....</i>	147
7.2.4	<i>Analyse des enquêtes communautaires par les ACV.....</i>	148
7.2.5	<i>Faire le coaching sur les outils du FBP (Plan de Business, Outil Indices).....</i>	150
7.2.6	<i>Organiser la formation des personnels des FOSA sur des sujets liés au FBP.....</i>	150
7.2.7	<i>Assister mensuellement aux réunions du comité de validation des districts</i>	150
7.2.8	<i>Saisir les données sur le portail FBP du MSP</i>	150
7.3	PRODUIRE LES RAPPORTS TRIMESTRIELS D'ACTIVITES DE L'ACV	151
7.3.1	<i>Conduire la recherche-action.....</i>	151
7.4	BONUS D'AMELIORATION DE QUALITE (BAQ).....	151
7.4.1	<i>Comment fonctionne les BAQ.....</i>	151
7.4.2	<i>Le processus d'allocation des BAQ des FOSA.....</i>	152
7.5	PROFILS DE L'EQUIPE DE L'ACV ET ATTRIBUTIONS	153
7.5.1	<i>Manager de l'ACV.....</i>	153
7.5.2	<i>Manager adjoint.....</i>	154
7.5.3	<i>Comptable.....</i>	155
7.5.4	<i>Assistante administrative</i>	155
7.5.5	<i>Vérificateurs médicaux.....</i>	156
7.5.6	<i>Vérificateurs communautaires.....</i>	156
7.5.7	<i>Vérificateur d'infrastructure (bonus d'amélioration de la qualité).....</i>	156
7.5.8	<i>Autres personnels.....</i>	157
7.6	PROCESSUS DE RECRUTEMENT DU PERSONNEL DE L'ACV.....	157
7.7	DESCRIPTION ET L'UTILISATION DES OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE L'ACV.....	157
7.8	PRESENTATION DES INDICATEURS DE L'ACV	158
7.8.1	<i>Indicateurs quantité et critères de leur validation / évaluation.....</i>	158
7.8.2	<i>Indicateurs qualité ACV et leur évaluation.....</i>	159
7.9	MODALITES DE PAIEMENT DE L'ACV ET MODELE DE FACTURE.....	162
7.10	OUTIL INDICES ACV.....	162
7.11	TECHNIQUES DE NEGOCIATION DES CONTRATS ENTRE L'ACV ET LES STRUCTURES	164
7.12	SYSTEME DE COLLECTE DE DONNEES FBP ET LES LIENS AVEC LE SNIS	164
7.13	COLLECTE DE DONNEES AU TRAVERS DU SITE WEB FBP ET SNIS.....	165
8.	MARKETING SOCIAL ET LA SATISFACTION DES PATIENTS	167
8.1	PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE D'ALMA-ATA A TRAVERS DES COMITES DE SANTE	167
8.2	L'APPROCHE FBP DE MARKETING SOCIAL ET RENFORCEMENT DE LA VOIX DE LA POPULATION.....	167
8.3	RENFORCEMENT DE LA VOIX DE LA POPULATION ET VERIFICATION DES ACTIVITE FOSA PAR LES NGO.....	168
8.4	MARKETING SOCIAL	169
8.5	MARKETING SOCIAL AU TRAVERS DES VISITES A DOMICILE SUIVANT UN PROTOCOLE	169
8.6	ROLE DU RELAIS COMMUNAUTAIRE DANS LE FBP COMMUNAUTAIRE.....	171
9.	LE SCORE FAISABILITÉ D'UN PROGRAMME FBP ET PLAIDOYER.....	172
9.1	LES CYCLES DE GESTION DES PROGRAMMES.....	172
9.2	SCORE DE FAISABILITE DU FBP : COMBIEN DE CRITERES SUR 23 SONT SATISFAITS ?	173
9.3	COMMENT EVITER LES HYPOTHESES FATALES DANS UN PROGRAMME FBP ?	175
9.4	AIDE-MEMOIRE POUR ETABLIR LES GRANDES LIGNES D'UNE INTERVENTION FBP	176
9.5	PLAIDOYER POUR LE FBP	176
9.6	EXERCICE : ANALYSE DU SCORE DE FAISABILITE POUR LE FBP ET JEU DE ROLE	178

10.	GESTION DES CONFLITS ET TECHNIQUES DE NÉGOCIATION EN FBP	179
10.1	IMPORTANCE DE LA RESOLUTION DE CONFLITS.....	179
10.2	DEFINITIONS CONCERNANT LA GESTION DES CONFLITS.....	179
10.3	CHANGEMENT PERÇU COMME SOURCE DE CONFLIT - QUE FAIRE ?.....	180
10.4	STYLES DE GESTION DES CONFLITS : FORCER, CONFRONTER, ÉVITER OU CEDER.....	181
10.4.1	<i>Négociation et recherche de compromis.....</i>	<i>182</i>
10.4.2	<i>Préparer les négociations</i>	<i>183</i>
10.5	MENER LES NEGOCIATIONS.....	184
10.6	LA NEGOCIATION : LES IL FAUT FAIRE ET LES IL NE FAUT PAS FAIRE	184
10.7	EXERCICE DE NEGOCIATIONS.....	186
11.	ETUDES DE BASE ET ETUDES D'EVALUATION DANS LE FBP	187
11.1	POURQUOI REALISER DES ETUDES FBP DE BASE ET D'EVALUATION ?	187
11.2	ORGANISER DES ENQUETES DE MENAGES ET DES ETUDES DE QUALITE PROFESSIONNELLES.....	188
11.3	QUI REALISE LES ETUDES FBP ? DEUX OPTIONS	188
11.4	ÉTAPES DANS LA CONDUITE DES ETUDES DE MENAGES ET DE LA QUALITE DES STRUCTURES DE SANTE.....	189
11.5	BIAIS SYSTEMATIQUES ET STATISTIQUES DES ETUDES	189
11.5.1	<i>Biais systématiques.....</i>	<i>190</i>
11.5.2	<i>Biais Statistiques.....</i>	<i>191</i>
11.6	ENQUETES DE MENAGES.....	192
11.6.1	<i>Définitions, objectifs et indicateurs.....</i>	<i>192</i>
11.6.2	<i>Méthodologie des enquêtes de ménages.....</i>	<i>192</i>
11.7	LES ENQUETES DE QUALITE DES STRUCTURES	193
11.8	ENQUETES SEMI-STRUCTUREES AVEC LES RESPONSABLES DES STRUCTURES.....	193
12.	CHOIX DES INDICATEURS OUTPUT, CIBLES ET SUBSIDES.....	194
12.1	DIFFERENTS TYPES D'INDICATEURS.....	194
12.2	INDICATEURS DES OUTPUTS ET LEURS CIBLES	195
12.2.1	<i>Indicateurs PMA.....</i>	<i>195</i>
12.2.2	<i>Indicateurs PCA - hôpitaux.....</i>	<i>196</i>
12.3	CRITERES POUR ETABLIR LES SUBSIDES PAR ACTIVITE OU PAR INDICATEUR.....	198
12.4	OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES PRIMAIRES	198
12.5	EXERCICE INDICATEURS 1.....	199
12.6	EXERCICE INDICATEURS 2 : CAS DU CENTRE DE SANTE D'IBO	200
13.	OUTIL DE GESTION DE LA BOÎTE NOIRE : LE PLAN DE BUSINESS	203
13.1	INTRODUCTION	203
13.2	CYCLE DE GESTION D'UN PLAN DE BUSINESS	204
13.3	MODE DE FONCTIONNEMENT D'UN PLAN DE BUSINESS ?.....	204
13.4	CONTRAT DE PRESTATION ENTRE UNE STRUCTURE ET UN EMPLOYE CONTRACTUEL	206
13.5	ANNEXE : EXEMPLE DE PLAN DE BUSINESS ET CONTRAT ACV - FOSA PRINCIPAL.....	208
13.6	EXEMPLE DE CONTRAT STANDARD ACV – FOSA (CAMEROUN).....	216
13.7	PLAN DE BUSINESS /OU PLAN D'ACTION POUR LES GROUPES DE TRAVAIL	221
14.	OUTIL DE GESTION DES INDICES	222
14.1	OBJECTIFS DE L'OUTIL DE GESTION « OUTIL INDICES »	222
14.2	RECETTES DE LA FOSA	222
14.3	EXEMPLE DE COMMENT L'OUTIL INDICES FONCTIONNE DANS UNE FOSA.....	223
14.4	PLANIFIER LES DEPENSES ET EQUILIBRER UN BUDGET	224
14.4.1	<i>Salaires de base</i>	<i>225</i>
14.4.2	<i>Méthode 1 pour calculer les salaires de base : le responsable est le standard</i>	<i>225</i>
14.4.3	<i>Méthode 2 pour calculer le salaire fixe : Appliquer l'indice salarial du gouvernement</i>	<i>226</i>
14.4.4	<i>Impôts et cotisations sociales.....</i>	<i>228</i>
14.4.5	<i>Approvisionnement en médicaments, consommables et équipements</i>	<i>229</i>
14.4.6	<i>Dépenses de marketing social.....</i>	<i>229</i>
14.4.7	<i>Dépenses de fonctionnement.....</i>	<i>229</i>
14.4.8	<i>Investissements.....</i>	<i>229</i>
14.4.9	<i>Paiement des sous-contrats.....</i>	<i>230</i>
14.5	FAIRE UNE RESERVE DE FONCTIONNEMENT EN LIQUIDE DE TROIS MOIS.....	230

14.6	CRITERES POUR CALCULER LES PRIMES DE PERFORMANCE DU PERSONNEL	230
14.6.1	<i>Bonus de responsabilité</i>	232
14.6.2	<i>Bonus pour les heures supplémentaires</i>	232
14.6.3	<i>Bonus d'absence d'exercice de la pratique privée</i>	233
14.6.4	<i>Bonus de score de qualité du département – services - unités.....</i>	234
14.6.5	<i>Critère de la performance individuelle.....</i>	234
14.6.6	<i>Canevas utilisable pour l'évaluation individuelle.....</i>	235
14.6.7	<i>Critère d'augmentation des revenus du département / services.....</i>	237
14.6.8	<i>Pénalités pour les heures perdues</i>	237
14.6.9	<i>Pénalités individuelles pour les infractions.....</i>	238
14.7	CALCUL DES PRIMES PAR EMPLOYÉ.....	239
14.8	INDICATEURS DE VIABILITÉ D'UNE FOSA.....	239
14.9	OUTIL INDICES POUR DES HÔPITAUX DE 150 PERSONNELS ET PLUS.....	240
14.9.1	<i>Approche conceptuelle pour résoudre des problèmes complexes</i>	240
14.9.2	<i>Indicateurs de performance des hôpitaux tertiaires.....</i>	241
14.9.3	<i>Subsides FBP départementaux à l'intérieur des hôpitaux.....</i>	241
14.9.4	<i>Indicateurs de performance des départements.....</i>	242
14.9.5	<i>Liste des indicateurs quantitatifs</i>	243
14.9.6	<i>Indicateurs qualitatifs</i>	243
14.10	EXERCICE OUTIL INDICES	244
15.	FBP DANS LES SITUATIONS D'URGENCE.....	248
15.1	POURQUOI UN PROTOCOLE SUR LE RÔLE DU FBP EN CAS D'URGENCE : OBJECTIFS.....	248
15.2	RÔLE DES ACTEURS PENDANT UNE URGENCE.....	249
15.2.1	<i>Centre National d'Intervention d'Urgence FBP (CNIU-FBP).....</i>	250
15.2.2	<i>Agences de paiement au niveau national et/ou régional</i>	251
15.2.3	<i>Distributeurs des inputs.....</i>	251
15.2.4	<i>Comité de Validation de District FBP en cas d'Urgence.....</i>	251
15.2.5	<i>Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) Régionales pendant l'urgence.....</i>	251
15.2.6	<i>Structures de santé</i>	252
	BIOGRAPHIE DES AUTEURS.....	253
	GLOSSAIRE.....	256

ABBREVIATIONS

AAP	Agence d'Achat de Performance – plus récent aussi appelé ACV
ACV	Agence de Contractualisation et Vérification
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASLO	Associations Locales
AT	Accoucheuses traditionnelles
AVCI	Années de Vie Corrigées de l'Incapacité (en anglais Daly)
BAQ	Bonus d'Amélioration de la Qualité (= Unité d'Investissement)
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CCLL	Claire, Concis, Large et Lisible
CI	Comité d'Indigent
COSA	Comité de santé
CPN	Consultations prénatales
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
CTN FBP	Cellule Technique Nationale - FBP
DALY	Disability Adjusted Life Years - Années de Vie Ajustées d'Invalidités
DIU	Dispositif Intra Utérin
DRS	Direction Régionale de la Santé
ECD	Équipe Cadre de District
ECV	Enfant Complètement Vacciné
FBP	Financement Basé sur la Performance
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fond Régional Promotion de la Santé (structure abritant les ACV)
HD	Hôpital de District
HGR	Hôpital Général de Référence
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information, Éducation et Communication
INSP	Institut National de Santé Publique (Burundi)
IRA	Infections Respiratoires aiguës
MDF	Fondation du développement de la gestion
MS(P)	Ministère de la Santé (Publique)
ODD	Objectifs du Développement Durables
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P4P	Paieement pour la Performance
PB	Plan de Business
FBP / FBP	Performance Based Financing – Financement Basé sur la Performance
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités – niveau hospitalier
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités – pour le niveau primaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission VIH de la Mère-Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RBF / FBR	Result Based Financing - Financement Basé sur les Résultats
RC	Recouvrement de Coûts
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources Humaines
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIS	Système d'Information Sanitaire.
SMART	Spécifiques, Mesurables, Accessible et Réalisables ; en Temps opportun
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
TAPIS	Temps opportun, de manière Autonome, Participative, Innovatrice et Synthétique
TDR	Termes de Référence
VAD	Visite à Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

QUELQUES INDICATEURS CLÉS EN FBP

- Pour un programme FBP, il faut prévoir au moins *4,00 \$ US par personne cible et par an*. Dans le cas où le programme FBP voudrait ajouter plusieurs éléments (comme le FBP communautaire, la supplémentation alimentaire, l'équité ciblée des vulnérables et de grands investissements dans le domaine de l'infrastructure et de l'équipement), il faut augmenter le budget de 5 à 8 \$US.
- Une bonne économie d'échelle est obtenue lorsque le programme FBP présente *un coût administratif de l'ordre de 20 %*. Ce coût est lié à la mise en place des ACV, à l'appui au Régulateur et à la formation. Un coût administratif supérieur à 30 % est à éviter grâce à de bonnes économies d'échelle et de portée, ainsi qu'à l'application des meilleures pratiques de FBP.
- Une Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) peut couvrir 2 à 3 millions de personnes au niveau d'une province, d'une région ou d'un État (ce qui représente une bonne économie d'échelle). Cependant, cette population cible importante nécessite également la création d'*antennes ACV* de district, avec des vérificateurs médicaux (1 pour 100 000 habitants), communautaires (1 pour 200 000 habitants) et d'infrastructure (1 pour 500 000 habitants) qui y résideront. Ce personnel ACV, logé dans le district, sera membre de l'ACV régionale. Il faut éviter, lors du montage d'un projet FBP, d'avoir une population cible inférieure à 300 000 par ACV.
- Un centre de santé, dans un pays à revenu faible ou intermédiaire qui fournit toutes les activités du paquet minimum *devrait générer au moins 7 \$US par personne cible par an*. Cela constitue un objectif chiffré important pour le gestionnaire du centre. Les hôpitaux doivent générer 20 \$US par personne cible par an et les écoles primaires au moins 100 \$US par élève par an.
- Le *score du scan de faisabilité*, calculé sur la base des 23 critères de pureté de FBP, doit être *d'au moins 80 %*. Il faut éviter, dans le montage, la présence d'hypothèses fatales, notamment un budget inférieur à 4 \$US par personne et par an, l'existence de monopoles sur les intrants, comme les médicaments, ou un manque d'autonomie des prestataires.
- Pour fournir à la population un paquet minimum d'activités (PMA) de qualité, il faut avoir au moins *1 personnel qualifié pour 1000 habitants*. Pour le paquet complémentaire d'activités hospitalières (PCA), il faut également 1 membre du personnel qualifié pour 1 000 habitants.
- Pour assurer sa *stabilité financière*, une formation sanitaire devrait générer entre *40 et 60 % de ses recettes en interne*, grâce au recouvrement des coûts et aux recettes de l'assurance maladie. Les gestionnaires des formations sanitaires (FOSA) doivent éviter une dépendance excessive, du fait d'une part de recettes externes supérieure à 60 %, issues du gouvernement, des partenaires ou du FBP.
- Le *stock de sécurité* de médicaments dans une structure FBP ayant accès à des distributeurs concurrentiels doit couvrir *15 jours*.
- La réserve en banque ou en autres liquidités d'une structure doit correspondre à environ trois mois de dépenses.
- La *contribution des populations* à leur santé, en tarification directe ou par cotisations à la mutuelle, devrait représenter entre *10% et 15%* des recettes des structures de santé.
- Il est souhaitable que l'État alloue, pour la santé, une dotation équivalente à environ 15 % de son budget global. Cependant, la volonté politique d'autoriser cette contribution dépendra fortement de l'efficacité de son utilisation et de l'impact perçu par la population et les décideurs.
- La proportion de patients qui reçoivent gratuitement des soins curatifs, en raison de leur vulnérabilité, sera plafonnée à 5%, 15% ou 25%, en fonction des moyens disponibles du programme FBP et de la vulnérabilité globale de la population. En cas de crise humanitaire ou naturelle, cette proportion peut atteindre 50 % ou plus.

- La population que doit couvrir le contractant principal d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) est de 10 000 habitants, et celle du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) d'un hôpital, d'environ 150 000 habitants.
- L'accréditation d'une structure peut être accordée lorsque le score de qualité obtenu au cours de deux revues de qualité trimestrielles est supérieur à 80%. Après une période de grâce, une structure qui a un score inférieur ou égal à 35% pendant deux trimestres consécutifs devrait être fermée ou changer de gestionnaire.

1. INTRODUCTION DU COURS, LIENS CSU ET MÉTHODOLOGIE

Principaux messages de ce module

- Le financement basé sur la performance (FBP en sigle) est une approche de réforme des systèmes qui offre une réponse à la question de savoir comment parvenir à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et aux Objectifs du Développement Durable 2015-2030 (ODD).
- Le FBP propose que, dans l'offre de soins, *la qualité* des services vienne en première place, suivie de *l'utilisation efficiente* des rares ressources publiques et privées, puis de *l'équité* et de *l'accès financier*.
- Il est de la responsabilité de chaque prestataire (santé, éducation, etc.) de générer des revenus suffisants pour assurer une prestation *de qualité*. Il est de la responsabilité des gouvernements ou des partenaires externes de financer des biens publics et des activités générant des externalités positives, et de protéger les personnes vulnérables.
- Le FBP propose des mécanismes pour protéger les personnes vulnérables par des instruments d'équité applicables aux niveaux régional et district, ainsi qu'au niveau de chaque prestataire et de chaque individu. En cas d'urgence naturelle ou humanitaire, il faut accroître les ressources mises à la disposition des prestataires et le plafond de la proportion de personnes vulnérables à exempter.
- Le FBP peut réformer le secteur de la santé, mais également d'autres secteurs, tels que l'éducation, l'administration et le pouvoir judiciaire.

1.1 Contenu du manuel

Ce cours de 14 jours évolue en permanence : il décrit les limites de la connaissance actuelle sur le FBP et vise à présenter les expériences les plus récentes ainsi que les débats, y compris ceux qui n'ont pas encore été publiés. Les modules de cours FBP qui suivent décrivent la structure habituelle du cours, mais en fonction des besoins spécifiques de chaque groupe, des changements peuvent être apportés au programme au jour le jour.

Les organisateurs de cours sont conscients que la quantité de matière contenue dans le présent livre de cours est difficile à assimiler en 14 jours et que, par conséquent, des choix doivent parfois être faits quant à ce qui peut être abordé en détail. C'est pourquoi nous encourageons fortement les participants *à commencer à lire le livre avant le début du cours*.

Module 1 : Introduction, objectifs du cours et méthodologie

Le module commence par le contenu du manuel, les remerciements et la reconnaissance mondiale du FBP. On présente la méthodologie, l'importance de changer les attitudes et de produire les plans d'action.

Module 2 : Un exemple simple de FBP

Le module présente les objectifs du cours, le « pourquoi » du cours FBP, l'histoire du FBP, les preuves académiques en faveur du FBP et les références académiques. Le module explique comment le FBP fonctionne au sein d'un centre de santé et pourquoi le changement de paradigme est important. On compare l'approche FBP aux soins de santé primaires et à l'Initiative de Bamako.

Module 3 : Définition du FBP, meilleures pratiques et Équité. Ce module présente la définition du FBP, les onze (11) meilleures pratiques et les stratégies d'équité du FBP pour atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU).

Module 4 : Théories liées au FBP

Le module présente les théories d'analyse des systèmes, de choix publics, de contractualisation, de bonne gouvernance et de décentralisation.

Module 5 : Microéconomie et économie de la santé

Le module explique comment les principes et les lois économiques s'appliquent aux systèmes de santé et à la gestion des formations sanitaires. Ce module est souvent considéré comme « difficile » par ceux qui n'ont pas de connaissances préalables en économie. C'est pourquoi son étude *avant* le cours du manuel FBP est fortement recommandée.

Module 6 : Politique nationale, régulation et assurance qualité

Ce module explique le rôle de la régulation aux niveaux national, régional et de district, comment le FBP doit être pérennisé dans le système de santé et comment les organes de régulation peuvent être mis sous contrat de performance. On explique aussi les mécanismes d'assurance qualité et d'accréditation.

Module 7 : Les Agences de Contractualisation et Vérification (ACV)

Ce module explique les rôles des ACV dans le système FBP et comment les ACV peuvent être mises en contrat de performance. On explique aussi les étapes de déclaration des résultats output.

Module 8 : Interaction communauté – prestataire et marketing social

Le module présente le FBP communautaire avec de nouveaux indicateurs de visites à domicile, de cas d'abandon récupérés et de cas référés par les relais communautaires. On y discute du rôle du volontariat et du bénévolat.

Module 9 : Développement d'un projet FBP, hypothèses fatales et plaidoyer

Le module montre comment initier de nouveaux projets FBP, examiner le plus tôt possible la faisabilité d'un nouveau programme FBP et mener le plaidoyer pour rendre l'approche FBP « pure » et éviter les hypothèses fatales. Ce module est également lié aux plans d'action des participants et se conclut par des jeux de rôle.

Module 10 : Résolution des conflits et négociation

Le présent module vise à doter les participants des compétences et du savoir-faire nécessaires pour gérer des conflits liés au changement.

Module 11 : Études de base et d'évaluation dans les programmes FBP

Ce module souligne l'importance des études menées avant et pendant les interventions FBP et propose des pistes de réflexion sur la manière de les mener.

Module 12 : Indicateurs output FBP et leurs subsides

Le module montre les différences entre les indicateurs d'output, de qualité, d'impact, d'équité et de processus. Comment développer des indicateurs SMART. Les participants effectuent un exercice en EXCEL pour calculer les cibles d'output et le budget nécessaire pour les indicateurs d'output, le bonus de qualité et l'équité géographique.

Module 13 : Gestion des formations sanitaires : plan de business

Ce module présente les principes clés de la gestion autonome d'une formation sanitaire, conformément au plan de business utilisé comme outil de négociation du contrat avec l'ACV. Le module présente le contrat standard d'une structure avec un employé, ainsi que le bonus d'amélioration de la qualité (BAQ).

Module 14 : Gestion des formations sanitaires : l'Outil indices

Le module porte sur l'utilisation de l'Outil Indices par les structures pour analyser les recettes, l'affectation des dépenses et le calcul des primes de performance individuelles de leur personnel. Cet outil stimule simultanément l'autonomie des structures et la transparence, tant à l'interne qu'à l'externe.

Module 15 : FBP et des réponses en crise humanitaire, naturelle ou épidémies

L'expérience a démontré que le FBP peut s'avérer pertinent dans des situations d'urgence telles que les guerres, les catastrophes ou les épidémies, comme celle de la maladie virale d'Ébola.

Module 16 : Le « costing » d'une intervention FBP

Ce module porte sur l'évaluation du coût d'une intervention basée sur la performance (PBF).

Module 17 : La PBF dans l'éducation**1.2 Remerciements**

Des milliers de membres de la « famille » du FBP ont travaillé au cours des dernières années pour innover et développer les idées à l'origine de ce livre. Les idées du FBP sont souvent nées de la frustration de travailler dans des systèmes de santé inefficaces et du désir de passer à une bonne gouvernance, à une gestion efficace des prestataires, à une motivation accrue du personnel et au renforcement de la voix des consommateurs. Les praticiens du FBP partagent en effet un fort désir de travailler pour un monde plus « juste ».

Depuis la fin des années 1990, le FBP s'est répandu dans le monde entier et a touché environ 250 millions de personnes en 2019. Le financement provenait initialement d'organisations telles que la Banque asiatique de développement et d'ONG comme Cordaid. Par la suite, l'Union européenne et la Banque mondiale ont développé un intérêt pour le financement des programmes FBP. Plus récemment, les gouvernements ont pris en charge le financement. Jusqu'à présent, plus de 3200 participants ont suivi les cours de 14 jours sur le FBP.

Sincères *remerciements* à CORDAID La Haye pour son soutien indéfectible au FBP depuis 2002 et en particulier à Niek Thijssen, Piet Spaarman, Piet Vroeg, Remco van der Veen, Frank van der Looij et Beatrice Looijenga. Sincère gratitude à tous les contributeurs à cet ouvrage mentionnés au début de chaque chapitre, originaires du Rwanda, du Burundi, de la République démocratique du Congo, de la République centrafricaine, du Cameroun, de la Zambie et des Pays-Bas. Des remerciements spéciaux vont à Célestin Kimanuka et Jean-Baptiste Habaguhirwa, qui ont aidé à développer, au début, les cours en français. À notre regretté Jean-Baptiste Habaguhirwa, décédé en 2011, nous dédions ce livre.

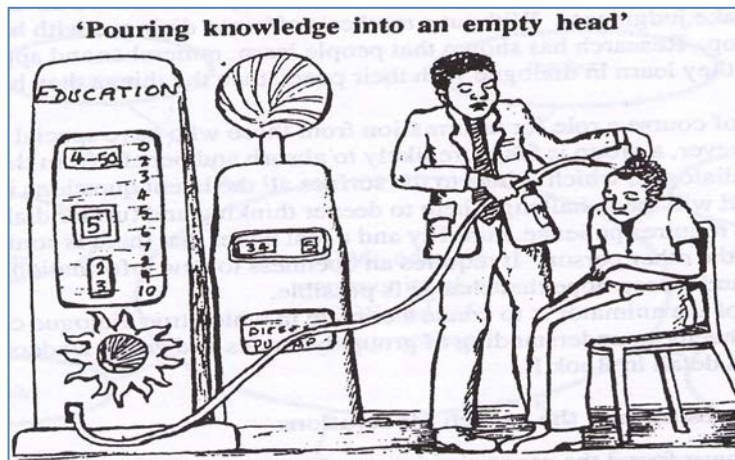
Au Bénin, nous avons organisé 18 formations PBF entre 2013 et 2026 avec Aoudi Ibouraima et Christophe Dossouvi (BEST-SD Bénin) et Joseph Catraye (BASP-96 Burkina Faso).

Nous remercions Gyuri Fritsche et Godelieve van Heteren, qui ont joué un rôle déterminant dans le développement des formations PBF en anglais à partir de 2010. Nous avons bénéficié du soutien de Claire Rwiyereka (HDP Rwanda), Fanen Verinumbe (État d'Adamawa, Nigéria) et Annick Mondjo (ministère de la Santé, Gabon). Nous avons organisé 15 formations PBF avec le Fonds régional littoral pour la promotion de la santé (CRPS) au Cameroun et nous remercions Jean Claude Taptue, Denise Tamga, Francis Simo, Fadimatou Atiné et Patricia Ngo Sak pour leur contribution à cet ouvrage.

1.3 Méthodologie du cours

Traditionnellement, on suppose que l'enseignant est le seul détenteur des connaissances et des compétences, et que l'élève dispose des connaissances nécessaires pour apprendre. L'élève accepte et assimile ce que le « maître » lui apprend et doit reproduire ce qu'on lui a demandé de faire. Ainsi, l'élève doit mémoriser. L'esprit de l'apprenant est comme *une tête vide* qui sera remplie de connaissances, comme le montre l'image ci-dessous.

Verser des connaissances dans une tête vide



Dans l'apprentissage des adultes (= andragogie), les participants au cours doivent contribuer activement à leur propre formation et adopter une approche participative. Dans la formation des adultes, l'étudiant devient un participant au processus de formation et est, de ce fait, au centre, tandis que l'enseignant en est le facilitateur. Le participant et le facilitateur explorent ensemble et trouvent le chemin pour aller de l'avant. Le facilitateur est un guide, un catalyseur et une source de motivation. Le participant apprend par sa propre activité, son engagement et sa motivation intrinsèque. Il est actif dans le travail de groupe avec ses pairs, participe et collabore à l'accomplissement des tâches communes.

La formation traditionnelle des programmes commence souvent par la théorie, puis par la pratique. Le cycle d'apprentissage des adultes s'inverse : il commence par *l'expérience* de chaque participant.

Il y a quatre étapes principales dans le cycle de l'apprentissage des adultes :

- **Expérience** : observer, réaliser une activité, offrir à l'apprenant des situations pour simuler le processus d'expérimentation : par exemple, présenter son expérience, faire des *jeux de rôle*, mener des études de cas et répondre à des questionnaires à choix multiples, au moyen de *Turning Point*.
- **Analyse** : réfléchir à l'activité, discuter et fournir une rétroaction pour approfondir l'expérience ; faciliter le dialogue et diriger les travaux de groupe.
- **Généralisation** : aider le participant à généraliser à partir de son expérience et à en déduire quelques meilleures pratiques qui pourraient également être appliquées en réalité.
- **Application en pratique** : les participants élaborent des plans concrets pour assimiler ce qu'ils ont appris et sont encouragés à utiliser la généralisation pour changer de comportement et devenir plus efficaces.

Les objectifs de formation visent à répondre aux domaines d'apprentissage suivants :

- | | |
|---|----------------------------------|
| (1) Accumuler de la connaissance | (= <i>savoir</i>) ; |
| (2) Acquérir des compétences et des aptitudes | (= <i>le savoir-faire</i>) et ; |
| (3) Changer de comportement, d'attitude | (= <i>savoir-être</i>). |

Il existe une hiérarchie entre les trois domaines d'apprentissage. Quelqu'un peut savoir quelque chose, mais ne pas avoir les compétences ou les aptitudes pour l'appliquer. Une personne peut aussi savoir quelque chose et avoir la compétence nécessaire pour l'appliquer, mais elle peut encore manquer d'attitude ou de volonté de l'appliquer. En FBP, nous cherchons à approfondir les trois domaines d'apprentissage qui se reflètent dans les chapitres du livre FBP sur les connaissances (théories, pratiques), les compétences (application des instruments FBP) et l'attitude (façon de devenir agent de changement, de négocier et de gérer les oppositions et conflits).

1.3.1 De la zone de confort vers la zone de changement

Les dilemmes d'apprentissage pour des participants impliqués dans un processus d'apprentissage des adultes, par rapport à ceux exposés au type traditionnel d'une formation consistant à « remplir une tête vide de connaissances », sont les suivants :

ZONE DE CONFORT Enseignement traditionnel (verser dans une tête vide)	ZONE DE CHANGEMENT Apprentissage des adultes
Consommation de la matière	Participation
Attend et voit	Est responsable de sa propre formation
Référence à ses propres références	Accepte les nouvelles approches
Vérification	Curiosité
Cherche des vérités	Accepte des surprises
Cherche des affirmations	Pose des questions
Cherche des procédures de routine	Permet de changer des idées
Veut des boîtes à outils	Est acteur
Est en vacances	Est en voyage

Pour obtenir le maximum de l'apprentissage, les participants et les facilitateurs doivent :

- Être prêts à sortir de leur zone de confort pour aller vers un environnement de changement ;
- Être responsables de leur propre apprentissage ;
- Avoir une idée claire de leurs attentes personnelles ;
- Participer activement à la dynamique de formation (participation aux travaux de groupe, réaliser des résumés quotidiens et faire des présentations lors des séances plénières) ;
- Faire face à des situations inattendues. Les facilitateurs vont présenter des éléments de connaissance, des aptitudes et des attitudes que certains participants peuvent juger désagréables ou non réalisables. L'objectif sera d'ajouter de nouvelles idées, mais aussi d'identifier des problèmes d'attitude susceptibles de bloquer le changement. De telles discussions n'ont bien sûr jamais pour objectif d'offenser qui que ce soit.

1.3.2 Stratégies d'apprentissage pendant le cours FBP

- a. Élection du « *chef du village* » par les participants pour assurer un lien entre les facilitateurs et les participants sur les aspects logistiques et disciplinaires du cours ;
- b. *Récapitulation* : Des groupes seront créés pour résumer le travail du jour précédent.

La récapitulation ainsi que les présentations doivent être **TAPIS**, acronyme qui signifie que les présentations doivent être faites en **temps** opportun, élaborées de manière autonome, participatives, innovantes et synthétiques. Lors des présentations, les notes ou les PowerPoint devraient également être **CCLL**, c'est-à-dire clairs, concis, larges et lisibles.

1.3.3 Plans d'action des participants par pays ou par thème

Pendant le cours, il y aura des occasions où les groupes de chaque pays ou de chaque groupe thématique présenteront leur situation spécifique et les actions à mener à l'issue du cours FBP. Il leur sera demandé de commencer par expliquer la situation actuelle de leur travail en lien avec le FBP, puis d'analyser les défis posés par sa mise en œuvre. Après quoi, les participants élaboreront leurs plans opérationnels répondant à la question de savoir qui fera quoi, quand et où au cours des prochains mois. Dans ces plans, les participants aborderont les aspects de connaissances (qu'est-ce que nous voulons atteindre et selon quels principes ?), les aspects de compétences (quels instruments utiliser ? et comment le faire ?) et les aspects d'attitude. La partie sur l'attitude porte sur la raison pour laquelle les gens s'opposent au FBP, comment y faire face et quelles techniques de plaidoyer utiliser. Cela nécessite que tous les participants aient un regard critique sur leurs propres compétences, leurs attitudes face au changement et leur manière de gérer les conflits.

1.4 La hiérarchie des buts dans le FBP : Qualité, Efficience et Équité

L'approche de financement basée sur la performance est un cadre de réforme visant à assurer une couverture universelle dans les domaines de la santé, de l'éducation et d'autres secteurs. Le FBP est différent des autres mécanismes de financement car il propose **une hiérarchie** dans laquelle la *qualité* est la plus importante, suivie par l'*efficience* et, si les ressources permettent, par l'*équité* :

1. La *qualité* de prestation de services vient en première place car sans qualité un centre de santé ou une école peut devenir plutôt un danger pour la santé publique ;
2. L'*efficience* vient en deuxième place car les ressources publiques sont par essence limitées ;
3. On ne recherche l'*équité* que lorsque les fonds publics permettent de rembourser les structures sociales pour des éléments de la gratuité.

Dans les approches traditionnelles, l'accessibilité financière et la gratuité des soins ont souvent la priorité, quelles que soient les ressources disponibles et, par conséquent, les services sont souvent d'une qualité si médiocre qu'il est douteux qu'ils conduisent à un meilleur état de santé (ou à une meilleure éducation).

1.5 Couverture Sanitaire Universelle, instruments d'équité FBP et recouvrement de coûts

Tout d'abord, nous proposons que le FBP constitue la meilleure stratégie de réforme pour atteindre la couverture sanitaire universelle, l'accès universel à l'éducation, etc. Le FBP aide au financement de services de qualité de la manière la plus efficiente possible et cible également les régions vulnérables, tout en exonérant les individus vulnérables. Les réformes FBP proposent que le financement privé demeure important pour la durabilité et encouragent les personnes capables de payer à contribuer financièrement aux services.

Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les dépenses de santé par recouvrement direct des coûts représentent entre 30% et 80% des dépenses totales de santé. Ce n'est pas souhaitable en soi, car cela crée des barrières financières ou conduit à l'inutilisation des services. L'OMS suggère que le coût pour atteindre la couverture sanitaire universelle soit d'environ 86 USD par personne et par an. Cependant, le calcul de l'OMS semble reposer sur un financement inefficace des « inputs », que le FBP vise à transformer en un financement basé sur les performances. De plus, les calculs de l'OMS ne semblent pas tenir compte du fait qu'il est possible d'utiliser plus efficacement des contributions de la population au financement des services des prestataires publics et privés. Les réformes FBP réduisent considérablement le besoin de financement public d'environ 10 à 15 USD par habitant et par an. Cela financerait les paquets de santé aux niveaux primaire et hospitalier, y compris plusieurs composants

gratuits. Pourtant, jusqu'à présent, aucun pays à revenu faible ou intermédiaire n'a généré plus de 4 à 5 USD de ressources publiques par habitant et par an pour les réformes du FBP, et même financer ce montant minimum constitue un défi. Le Cameroun a proposé 4 à 5 USD pour son budget 2020-2022, au Rwanda et au Burundi, le financement du FBP s'élève à environ 2 USD par habitant et par an, mais ces pays bénéficient également d'un soutien extérieur important. D'autres pays, tels que le Lesotho, le Zimbabwe, la RDC et la RCA, dépendent principalement de ressources extérieures pour leurs systèmes de FBP.

Par conséquent, le **recouvrement direct des coûts reste important** pour : (1) *Générer des revenus suffisants* pour les structures de santé afin d'assurer des services de qualité. Pour fournir des services de santé de qualité au niveau primaire dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il en coûte entre 7 et 10 USD par personne et par an. Au niveau des *hôpitaux*, cela représente au moins 20 USD par personne et par an ; (2) *Éviter les paiements de taxes informels*. Cela représente un risque particulier lorsque les gouvernements imposent des soins de santé gratuits en dessous de l'équilibre des prix du marché et sans un système de remboursement robuste. (3) *Stabiliser les revenus des prestataires*, en particulier parce que le financement externe des gouvernements et des partenaires est souvent irrégulier. Pour assurer la pérennité des structures, il est prudent qu'elles génèrent en interne entre 40 et 60 % de leurs revenus, provenant des paiements directs et des cotisations d'assurance maladie.

Cependant, les paiements directs posent également des problèmes d'accès financier pour les patients et l'approche FBP propose les instruments d'équité suivants :

Par conséquent, le recouvrement direct des coûts reste important, mais pour répondre aux exigences des vulnérables les réformes du FBP **proposent six instruments d'équité** :

1. Subsidés avec de grandes sommes afin de rendre gratuit les activités qui ont les caractéristiques d'un *bien public* comme la promotion d'habitudes de vie saines ou des *externalités positives* comme la planification familiale, la vaccination, la prévention de la transmission de tuberculose ou de la maladie à virus Ébola ou de la COVID-19 ;
2. Subsidés versés en petites sommes pour des *activités curatives*, telles que le traitement du paludisme, des insuffisances respiratoires aiguës (IRA), de la diarrhée, du diabète, etc. Cela donne un signal pour que les prestataires publics et privés baissent leurs prix ;
3. Des subsides pour les *provinces ou régions vulnérables* pour réduire les inégalités géographiques ;
4. Des subsides additionnels pour les *formations sanitaires* (ou les écoles, etc.) vulnérables pour réduire les inégalités existant à l'intérieur d'un même district ;
5. Augmentation des subsides pour les *personnes vulnérables*, ce qui permet aux prestataires d'exempter ces patients de paiements directs. Les prestataires reçoivent alors un subside pour compenser le coût de cette exemption. Cela étant, la proportion de patients exemptés doit être plafonnée afin d'éviter les dépassements de coûts ou des abus des prestataires (hasard moral) ;
6. Des subsides plus élevés pour les formations sanitaires en situation *d'urgence humanitaire ou naturelle*, afin d'exempter une large proportion de la population des paiements directs.

Il y a peu d'avenir pour les *schémas d'assurance volontaire* dans le cadre de l'équité. Toutefois, les initiatives d'assurance de type « mutuelle » peuvent coexister avec les systèmes FBP, pour ceux qui peuvent se permettre de payer une prime d'assurance. Ces mutuelles peuvent concerner des individus ou des groupes de personnes, tels que des fonctionnaires ou des employés d'une entreprise. Dans ce cas, l'objectif principal d'une telle assurance volontaire sera de répartir *les risques financiers entre des personnes qui ne sont pas pauvres*.

Les systèmes *d'assurance maladie obligatoires* à grande échelle sont, en principe, de bonnes

solutions. Cependant, les expériences avec des systèmes d'assurance obligatoires au Ghana et au Gabon montrent que le coût de ces programmes est souvent insoutenable et qu'une partie des demandes d'assurance des promoteurs demeure impayée. En outre, les rapports d'évaluation du Ghana et du Gabon relèvent des problèmes d'efficacité dans la gestion des remboursements, des systèmes de vérification non satisfaisants, des problèmes de hasard moral et d'un « panier » d'assurance qui exclut les activités promotionnelles et préventives. La couverture n'est que de 45% au Ghana et d'environ 70% au Gabon, de sorte que l'objectif final d'une véritable couverture « universelle » de santé dans ces pays n'est pas encore atteint. Dès à présent, le régime d'assurance obligatoire au Rwanda jouit d'une bonne réputation, mais il convient de souligner que, depuis 2005, ce régime a été établi en même temps que le système national de financement basé sur la performance et que le Gouvernement est en mesure d'imposer aux citoyens le paiement d'une prime.

Nous pensons que la meilleure réforme du système de santé sera celle qui « mariera » le FBP (qui assure la qualité des soins, l'efficacité et une bonne vérification) avec les principes de l'Assurance Maladie Obligatoire (qui assurera le financement et la pérennité).

1.6 Le FBP et les crises humanitaires, catastrophes et épidémies

Les expériences menées en RDC, en RCA et Cameroun et Mali ont démontré que le financement basé sur la performance (FBP) peut être un outil précieux lors de crises telles que les guerres, les catastrophes ou les épidémies comme celle de la maladie à virus Ebola (MVE).

En République centrafricaine, à partir de 2013 – période marquée par une insurrection –, il a été possible de comparer une intervention d'urgence basée sur le FBP à l'approche classique de financement des intrants par le biais d'ONG internationales. L'approche FBP a permis de maintenir les subventions aux établissements de santé, ce qui s'est avéré plus rentable. Aucun établissement de santé financé par le FBP n'a cessé de fonctionner pendant le conflit. Le personnel qualifié a continué d'y travailler. À l'inverse, dans les zones d'intervention d'urgence traditionnelles, plusieurs établissements de santé ont cessé leurs activités et le personnel qualifié a quitté la région. Le principal problème de l'approche de financement d'urgence gérée par les ONG internationales résidait dans le fait qu'elle ne favorisait pas l'appropriation par le personnel local.

En mai 2025, le rapport final du projet 2020-2024 de la Banque mondiale au Mali, doté d'un budget de 90 millions de dollars, a fait état de résultats spectaculaires, notamment d'une couverture sanitaire accrue et d'une meilleure qualité des soins. Des travaux de réhabilitation et de construction d'infrastructures ont été menés dans des centaines d'établissements de santé, dont des hôpitaux. Les zones à risque ont été bien couvertes. Le programme a permis de fournir des soins gratuits à un million de personnes défavorisées. Le programme de financement basé sur la performance (FBP) a été bien intégré aux structures d'assurance maladie existantes et a couvert 8 millions de personnes (40 % de la population malienne). Le taux de couverture du programme était de 92 %, ce qui indique que, lorsque les meilleures pratiques et les outils du FBP sont correctement utilisés, les programmes de FBP obtiennent de bons résultats.

1.7 Financement basé sur la performance et éducation

Le secteur de l'éducation affiche des résultats encourageants en République démocratique du Congo (RDC) et en République centrafricaine (RCA), où, depuis 2008, les écoles primaires sont soumises à des contrats de performance. Actuellement, cinq ou six pays ont mis en place des contrats de performance dans leurs écoles, avec des résultats prometteurs. Au Malawi, SINA Health a contribué à l'élaboration du questionnaire d'évaluation de la qualité (voir le module 17 de ce manuel).

2. BUTS du COURS, POURQUOI FBP et PROCESSUS de CHANGEMENT

Principaux messages de ce module

- Il est important, mais cela ne suffit pas, de savoir comment fonctionne le FBP. Il est tout aussi essentiel de maîtriser les processus de gestion de la transition et du changement et de développer des aptitudes en plaidoyer et en négociation.
- La preuve du FBP ne repose pas uniquement sur des études scientifiques, mais aussi sur des expériences pratiques, le bon sens et le pragmatisme. De plus en plus, il semble qu'il n'existe pas de « plan B » alternatif aux réformes du FBP pour parvenir à une couverture santé universelle.
- Le FBP favorise la bonne gouvernance, introduit la concurrence et exploite les avantages comparatifs des secteurs publics, privés et confessionnels. Il repose sur le simple principe que « si une personne travaille davantage, en termes de résultats ou de qualité, sa récompense sera plus grande ».
- Si des experts proposent d'autres approches de réforme, ils devraient également présenter des arguments expliquant pourquoi ils s'éloignent des meilleures pratiques et des instruments du FBP, ainsi que des preuves montrant qu'elles produisent de meilleurs résultats.

2.1 But et objectifs spécifiques du cours FBP

Le cours FBP vise à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en offrant des services accessibles, équitables et de qualité.

Le cours a aussi les **objectifs spécifiques suivants** :

- a) Maîtriser les théories du FBP, les meilleures pratiques et les outils pertinents pour mettre en œuvre le FBP, et développer les aptitudes et les attitudes nécessaires pour créer le changement.
- b) Faire comprendre ce que les marchés font de bien, mais aussi quand ils sont défaillants, et comment corriger ces défaillances en recourant à des instruments fondés sur les lois du marché.
- c) Atteindre une masse critique qui adhère à l'application du FBP, qui peut l'appliquer et qui remplacera les systèmes reposant sur le financement et la gestion traditionnels des intrants (inputs).

2.2 Histoire des cours FBP

Le premier cours FBP a été organisé en 2007, en RDC, avec un groupe de 30 participants. Il a été financé par Cordaid et conceptualisé avec le soutien de l'École de Santé Publique de Kinshasa, l'ACV Sud-Kivu et de MDF Goma. Jusqu'en 2026, 98 cours ont été organisés pour plus de 3200 participants. La plupart des participants appartiennent au groupe de praticiens qui souhaitent promouvoir le FBP dans un nombre croissant de pays. Plus de 3100 participants ont réussi le test de fin de formation. Les cours sont de plus en plus participatifs et répondent aux besoins spécifiques de chaque participant, d'organisation, de zone géographique ou de pays.

2.3 Pourquoi le FBP est devenu populaire depuis son introduction

- Pour la *population*, car le FBP peut offrir des services de santé de meilleure qualité, avec davantage de respect et un accueil plus chaleureux du personnel.
- Les *autorités gouvernementales*, comme les ministères de la Santé, peuvent trouver le FBP attractif en vue d'améliorer rapidement et efficacement les services sociaux et, ainsi, l'état de santé de la population. Les ministères des Finances peuvent apprécier le FBP, car il permet d'obtenir des résultats avec le budget alloué à la Santé.
- Les *politiciens* peuvent considérer le FBP comme pertinent, car il permet de répondre aux demandes de ceux qui les ont élus.

- Les *organisations de développement* peuvent apprécier le FBP, car il peut contribuer à l'atteinte des Objectifs de développement durable ainsi qu'à d'autres objectifs sociaux.
- Pour le *personnel de santé*, le FBP peut être intéressant, car il permet d'augmenter leur rémunération, dans la mesure où s'applique le principe de « travailler plus pour gagner plus ». Ils peuvent également apprécier l'amélioration de l'environnement de travail et le renforcement de la supervision, notamment lorsque leurs autorités sont elles aussi soumises à des contrats de performance.

En bref, le FBP a du sens.

Le FBP favorise la bonne gouvernance, introduit la concurrence et exploite les avantages comparatifs des secteurs publics, privés et confessionnels. Il repose sur le simple principe que « si une personne travaille davantage, en termes de résultats ou de qualité, sa récompense sera plus grande ». Le FBP encourage une gestion autonome des prestataires et met en place des stratégies efficaces pour décentraliser le système d'offre de services aux consommateurs. Ces idées sont faciles à expliquer au public, parce qu'elles ont du sens. Plusieurs gouvernements adoptent donc les idées du FBP, parfois même avant que des études d'impact concluantes n'aient démontré leurs effets positifs dans leur pays.

2.4 Preuves académiques en faveur du FBP

Souvent, la réforme FBP suscite chez les décideurs, les exécutants, les consommateurs et les organismes d'aide le désir de changer. Pourtant, d'un point de vue académique, la question de savoir s'il existe des « preuves » demeure.

Il y a de plus en plus de preuves dans la littérature (et d'autres non publiées), portant sur les structures de santé ou les écoles, qui montrent que l'utilisation et la qualité des services augmentent après l'introduction du FBP. Il ne semble pas y avoir de doute que le versement d'une prime, ou « *subside* », pour un service fourni incite les prestataires à fournir davantage d'efforts. Pourtant, le FBP ne se contente pas d'introduire des incitations financières. Le FBP favorise aussi une réforme plus profonde, notamment une plus grande autonomie des structures de santé, crée un environnement plus concurrentiel, fait passer du paiement des inputs au paiement de la performance, recherche la collaboration avec le secteur privé, recherche les effets multiplicateurs économiques, etc.

Lors des évaluations de l'impact du FBP, la question peut aussi être "*Quelle est l'alternative ?*". On peut, par exemple, se demander s'il existe une preuve scientifique que les systèmes de financement des intrants (inputs) ou les systèmes d'assurance maladie volontaire produisent des résultats plus durables. Jusqu'à présent, cette question reste sans réponse. Il est évident que faire davantage de la même façon n'est pas une solution.

Le rapport coût-efficacité a aussi son importance, et c'est là que le FBP fait clairement la différence. Une étude menée dans la République démocratique du Congo a montré que le FBP, ainsi que le financement des inputs, avait permis d'améliorer le système. Toutefois, l'approche FBP a permis d'atteindre le même résultat à un coût environ quatre fois inférieur à celui de l'approche des inputs (Soeters et coll., 2011).

Une approche pure (c'est-à-dire qui intègre au moins 80% des meilleures pratiques et d'instruments de FBP) produit presque toujours des améliorations de la qualité ainsi que des résultats quantitatifs. La valeur des approches FBP a été discutée dans la littérature. Un élément qui complique les choses tient au fait que de nombreux auteurs interprètent le FBP de manière restrictive, uniquement comme une méthodologie de contractualisation (Fretheim, Witter et coll., 2012 ; Eldridge et Palmer, 2009), tandis que d'autres considèrent le FBP comme une réforme de santé plus globale (COP FBP, 2010 ; Soeters, Habineza et coll., 2006 ; Soeters, Peerenboom et coll., 2011).

La plupart des études sur les programmes de contractualisation ont mis l'accent sur les résultats en termes d'outputs quantitatifs et de qualité des services (Basinga et coll., 2011 ; Eichler et coll., 2009 ; Meessen et coll., 2007). Au Cambodge, Loevinsohn et Harding (2005) ont indiqué que la contractualisation était plus robuste que les services de santé de routine du gouvernement en matière d'accès et de prestation des services de santé. Keller, de Jong et coll. (2008) ont montré que les contrats de performance mis en œuvre par des ONG, avec des ressources supplémentaires pour le recrutement de plus de personnel et l'incitation du personnel, ont conduit à un meilleur niveau de prestation de services que dans les districts de santé non conventionnés sans intervention. Par ailleurs, on a trouvé que l'impact sur la prestation des services des différents systèmes de paiement pour la performance (y compris le FBP) variait, avec certains indicateurs s'améliorant plus que d'autres (Banerjee, Duflo et al 2010 ; Basinga et al 2010 ; Basinga et coll. 2011 ; Soeters, Peerenboom et al 2011 ; Miller, Luo et coll, 2012).

En 2014, 4 études ont été publiées sur le FBP au Burundi et il y avait une convergence des résultats montrant que la qualité ainsi que certains indicateurs d'output avaient été améliorés (Bonfrer, Soeters et coll., 2014 ; Bonfrer, Van de Poel, Van Doorslaer, 2014 ; Rudasingwa, M et coll., 2014 ; Falisse et coll., 2015). La Banque mondiale a finalisé des études d'impact dans plusieurs pays qui montrent également des résultats positifs, notamment au Zimbabwe, au Cameroun et au Nigeria (World Bank 2014). Sans surprise, ces études d'impact ont également révélé que lorsque les programmes appliquaient seulement une partie des meilleures pratiques du FBP, les résultats étaient moins bons.

En 2017 et 2018, des articles pour le FBP ont été publiés comme ceux du Mozambique et de l'Arménie. Le programme FBP du Mozambique a entraîné une augmentation significative des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), de traitement du VIH et de services mère-enfant (Rajkotia, Y et al, 2017). L'article de la Zambie a révélé que la couverture et la qualité des soins augmentaient nettement plus dans les districts du financement basé sur les résultats que dans les districts témoins (Zeng et al, 2018). L'article de l'Arménie décrit le succès de l'intégration du FBR dans le système de soins de santé primaires tout au long de la période 2000-2015 (Petrosyan V, et al, 2017). En 2018, il y avait aussi un article très critique sur le FBP de Paul et al, 2018, mais cet article a été reposté d'une manière convaincante par un autre article des auteurs africains (Mayaka Ma-Nitu S et al, 2018).

En mai 2025, le rapport de fin de projet de la Banque mondiale pour la période 2020-2024 au Mali, doté d'un budget de 90 millions de dollars, a démontré des résultats spectaculaires en matière d'augmentation de la couverture sanitaire et d'amélioration de la qualité des soins. Des travaux de réhabilitation et de construction d'infrastructures ont été réalisés dans des centaines d'établissements de santé, dont des hôpitaux. Les zones d'insécurité ont été bien couvertes. Le programme a fourni des soins gratuits à un million de personnes défavorisées. Le programme FBP était bien intégré aux structures d'assurance maladie existantes et couvrait 8 millions de personnes (40 % de la population malienne). La pureté du programme était de 92 %, ce qui indique que, lorsque les meilleures pratiques et les instruments du FBP sont correctement utilisés, les programmes FBP obtiendront de bons résultats.

En bref : le financement fondé sur la performance (FFP) fonctionne lorsque les meilleures pratiques et les instruments sont appliqués correctement.

2.5 Références bibliographiques des preuves académiques

- Banerjee, A. V., E. Duflo et al. (2010). Improving immunization coverage in rural India: clustered randomized controlled evaluation of immunisation campaigns with and without incentives. *BMJ* 340:c2220.
- Basinga, P., Gertler, P., Binagwaho, A., Soucat, A., Sturdy, J., & Vermeersch, C. (2010) Paying primary health care centers for performance in Rwanda. Policy Research Working Paper 5190. Washington D.C., the World Bank.
- Basinga, P., J. P. Gertler et al. (2011). Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet* 377:1421-1428.
- Bonfrer, I, Van de Poel E, Van Doorslaer, E The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and childcare in Burundi. *Social Science & Medicine* 123 (2014) 96-104.
- Bonfrer, I., Soeters, R., Van de Poel, E., Basenya, O., Longin, G., van de Looij, F. (2014). Introduction of performance-based financing in Burundi associated with improvements in care and quality. *Health Affairs*.
- Eichler, R., Levine, R., & Group, P. B. W. (2009) Performance incentives for global health: Potential and pitfalls, Washington DC, Center for Global Development.
- Eldridge, C. & Palmer, N. (2009) Performance based payment: some reflections on the discourse, evidence, and unanswered questions. *Health Policy and Planning*, 24, 160-166.
- Falisse, JB, Ndayishimiye, J, Kamenyero, V, Bossuyt, M Performance-based financing in the context of selective free healthcare: an evaluation of its effects on the use of primary health-care services in Burundi using routine data. *Health Policy and Planning* 2014; 1–10
- Fretheim, A., S. Witter et al. (2012). Performance-based financing in low- and middle-income countries: Still more questions than answers. *Bulletin of the World Health Organization* 90:559-559A.
- Keller, S., J. de Jong et al. (2008). Assessment of Performance Contracting in Kampong Cham Province, Cambodia. Phnom Penh, Belgium Technical Cooperation.
- Loevinsohn, B., & Harding, A. (2005b) Contracting for the Delivery of Primary Health Care in Cambodia: Design and Initial Experience of Large Pilot Test. *The Lancet*, 366, 676-681.
- Mayaka, S, Tembey L, Bigirimana E, Dossouvi C, Basenya, O, Mago E, Mushagalusa P, Zongo A, Veriumbe, F (2018). “Towards constructive rethinking of PBF: perspectives of implementers in sub-Saharan Africa” *BMJ Global Health* Volume 3, Issue 5 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001036>
- Meessen B, Kashala JP, Musango L. (2007) Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bull World Health Organ*; 85(2):108–15.
- Miller, G., R. Luo et al. (2012). Effectiveness of provider incentives for anaemia reduction in rural China: a cluster randomised trial. *BMJ* 345: e4809.
- Miller, G., R. Luo et al. (2012). Effectiveness of provider incentives for anaemia reduction in rural China: a cluster randomised trial. *BMJ* 345: e4809.
- Paul E, Albert L, Bisala BN, et al. Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health* 2018 ; 3 : e000664.
- Rajkotia, Y et al. The effect of a performance-based financing program on HIV and maternal/child health services in Mozambique—an impact evaluation. *Health Policy and Planning*, 32, 2017, 1386–1396.
- Petrosyan V, Melkom Melkomian D, et al. National Scale-Up of Results-Based Financing in Primary Health Care: The Case of Armenia. *Journal Health Systems & Reform* Volume 3, 2017 - Issue 2: Taking Results-Based Financing from Scheme to System pages 117-128.
- Rudasingwa, M, Soeters, R, Bossuyt, M. The Effect of Performance-Based Financial Incentives on Improving Health Care Provision in Burundi: A Controlled Cohort Study. *Global Journal of Health Science*; Vol. 7, No. 3; 2015
- Soeters, R., Habineza, C., Peerenboom, P. (2006) Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 884-889.
- Soeters, R., Peerenboom, B. P., Mushagalusa, P., & Kimanuka, C. (2011) Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Affairs*, 30(8): 1518-1527.
- World Bank (2014) A Smarter Approach to Delivering More and Better Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health Services. Annual RBF report 2014.
- Zeng W, Shepard D, et al. Cost-effectiveness of results-based financing, Zambia: a cluster randomized trial. *Bull World Health Organ* 2018; 96:760–771 doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.207100>.
- Zeng W, Shepard D, Rusatira J, Blaakman A and Nsitou B. Evaluation of results-based financing in the Republic of the Congo: a comparison group pre-post study. *Health Policy and Planning*, 33, 2018, 392–400.

2.6 Comment fonctionne le FBP : un exemple simple d'un Centre de Santé

Le tableau suivant présente le bilan financier d'un Centre de Santé FBP, pour lequel 24% des recettes ont été générées par les subsides FBP, 40% par le recouvrement des coûts et 36% par les salaires du gouvernement. Dix-huit pour cent (18%) des recettes reposent directement sur les résultats quantitatifs de la structure. Quatre pour cent (4 %) ont été ajoutés au titre de la prime d'éloignement et deux pour cent (2 %) au titre de la prime de qualité. En pratique, chaque activité (ou indicateur) a reçu un subside fixe, soit 4,00 \$US pour un enfant totalement vacciné et 0,30 \$US pour une consultation ordinaire, tandis que le montant du subside accordé pour les consultations de patients vulnérables (exemptés de paiement) a été de 1,20 \$US, soit une subvention 4 fois supérieure à celle consentie pour les patients qui paient les soins. Comme nous le reverrons plus amplement par la suite, l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) vérifie mensuellement les résultats quantitatifs et les superviseurs du district vérifient la qualité des services.

Dans cet exemple, les dépenses sont équilibrées par les recettes. Les primes de performance constituent une part variable destinée à équilibrer les recettes et les dépenses. Cette partie est prélevée sur le « bénéfice » de la formation sanitaire.

Recettes d'un Centre de Santé pour une population de 15.000 personnes	Prestation	Prix Unitaire	Total Réalisé	%	\$ par personne par an
Subsides PBF-RBF					
Enfants complètement vaccinés	60	\$ 4.00	\$ 240		
Accouchement par un personnel qualifié	50	\$ 10.00	\$ 500		
Consultation externe - patient payant	1380	\$ 0.30	\$ 414		
Consultation externe- patient vulnérable (<i>maximum 20% des patients payants</i>)	207	\$ 1.20	\$ 248		
Visite à domicile selon protocole	124	\$ 3.00	\$ 372		
Sous -Total			\$ 1,774	18%	
Bonus d'Équité pour la FOSA	20%		\$ 355	4%	
Bonus de qualité - Exemple: un score de 60% de 20% des subsides totales de quantité	= sous-total x 20% x 60%		\$ 213	2%	
TOTAL subsides PBF			\$ 2,342	24%	\$ 1.87
Salaires fixes (fonction publique ou propre)			\$ 3,500	36%	
Revenus de recouvrement de coût direct			\$ 2,330	24%	
Revenus d'assurance maladie			\$ 1,560	16%	
Recettes Totales			\$ 9,732	100%	\$ 7.79
Dépenses de la FOSA (doit équilibrer avec recettes)			Total	%	\$ par personne par an
Salaires fixes (fonction public ou propre)			\$ 3,500	36%	\$ 2.80
Coûts de fonctionnement			\$ 550	6%	
Médicaments, consommables, équipements			\$ 1,600	16%	
Marketing social			\$ 925	10%	
Paiement des sous contrats			\$ 727	7%	
Réhabilitations			\$ 550	6%	
L'épargne vers le compte bancaire FOSA			\$ 500	5%	
Sous-Total:			\$ 8,352	86%	
Primes performance (<i>recettes moins sous-total</i>)			\$ 1,380	14%	\$ 1.10
Dépenses Totales			\$ 9,732	100%	\$ 7.79

Lorsque les « bénéfices » du centre de santé augmentent, la prime de performance augmente également. Ce système incite le personnel à être efficace et, il donne la possibilité aux gestionnaires de développer une structure de motivation du personnel. Les rémunérations du personnel ne doivent pas dépasser 60 % des dépenses totales : dans cet exemple, elles représentent 50 %. Les dépenses de médicaments, dans un environnement concurrentiel, peuvent représenter environ 15%, et le Centre de Santé fait bien en investissant entre 5 et 10 % de ses revenus par mois dans les réhabilitations.

Une fois que la structure réalise un bénéfice, ou « profit », la question se pose de savoir comment le répartir entre le personnel. Le tableau suivant montre comment cela peut être fait. L'outil d'indice prend en compte un certain nombre de critères, tels que le niveau académique de chaque membre du personnel

(c'est-à-dire la valeur de l'indice de salaire), la responsabilité du personnel, les heures supplémentaires ou perdues, le bonus d'absence d'exercice de la pratique privée, le score de qualité du département et le score de performance individuelle. Lorsque les autres dépenses diminuent et que les revenus augmentent, le bénéfice, et par conséquent les primes du personnel, peuvent également augmenter. L'augmentation des primes permettra de réduire les dépenses inutiles, de renforcer l'esprit d'équipe et d'inciter le personnel à mieux répondre aux besoins des patients et à améliorer la qualité des services.

Un questionnaire détaillé sur la manière de mesurer la qualité des services est examiné dans le Module 6. Par ailleurs, un questionnaire visant à mesurer la performance individuelle de chaque membre du personnel est présenté dans le Module 15.

Catégories Personnel	Valeur d'indice	Salaire de base fixe	1. Bonus de Responsabilité	2. TOTAL points heures addi.	3. Bonus de ne PAS faire pratique privées	4. Score Qualité Département = Score Max X Score Qual.	5. Bonus individuel performance = Score Maximum X Score	SCORE TOTAL	Score Indices du mois	Bonus Total	Salaire de Base + Bonus
Médecin - chef	715	\$ 408.77	80	1.4	72	122	100	375	0.87	\$ 327	\$ 736
Ass Med/Adjoint directeur	480	\$ 324.99	50	5.8	48	82	67	253	0.87	\$ 221	\$ 546
Assistant Médical	335	\$ 273.30	30	13.4	17	40	47	144	0.87	\$ 126	\$ 399
Comptable	300	\$ 260.82	20	0.0	30	24	42	116	0.87	\$ 101	\$ 362
Infirmière -sage-femme	335	\$ 273.30	20	0.0	34	54	47	154	0.87	\$ 135	\$ 408
Cassier	115	\$ 99.98	10	0.0	0	9	16	0	0.87	\$ 0	\$ 100
Infirmier	335	\$ 273.30		3.4	34	34	47	117	0.87	\$ 102	\$ 376
Aide Infirmier	180	\$ 156.49		0.0	18	18	25	61	0.87	\$ 53	\$ 210
Personnel non qualifié	105	\$ 91.29		0.0	11	11	15	36	0.87	\$ 31	\$ 122
Aide Infirmier	200	\$ 173.88		0.0	20	32	28	80	0.87	\$ 70	\$ 244
Personnel non qualifié	105	\$ 91.29		0.0	11	17	15	42	0.87	\$ 37	\$ 128
Assistant Médical	560	\$ 353.51		0.0	56	67	78	202	0.87	\$ 176	\$ 530
TOTAL		\$ 2,781	210	24	348.25	508.15	527.1	1579		\$ 1,380	\$ 4,161
			13%	1%	22%	31%	33%			33%	

Pour fonctionner dans un système FBP, des conditions doivent être réunies afin de permettre aux gestionnaires des centres de santé d'être efficaces. Ces centres de santé doivent fonctionner de manière autonome, disposer d'un accès direct à leurs fonds et être autorisés à acheter des intrants auprès de fournisseurs de qualité, en concurrence. Les responsables des centres de santé doivent adopter une attitude positive, consistant à être innovants et proactifs, et à être équipés d'outils de gestion adéquats, plutôt que d'être un récipient passif rempli d'instructions. Cela nécessite des régulateurs aux niveaux central, régional et de district, qui permettent aux prestataires d'être autonomes, de dispenser du coaching et de s'assurer du respect des normes de qualité. Les agences de contractualisation et de vérification indépendantes négocient les contrats avec les prestataires, vérifient les résultats (outputs) et assurent le coaching des gestionnaires de FOSA.

2.7 Questions de changement dans le FBP et pour les participants

Les idées de changement sont très différentes et peuvent être spécifiques dans le *temps*, à chaque *pays* ou à chaque *participant* du cours.

Les questions de changement peuvent être *temporelles*. Par exemple, il y a eu un débat intense il y a quelques années sur le meilleur équilibre de répartition des subsides entre « quantité » et « qualité » ou sur la nécessité de la séparation des fonctions. Ces débats semblent aujourd'hui résolus, mais ont été remplacés par de nouvelles discussions portant, par exemple, sur les moyens de renforcer le FBP communautaire ou d'assurer l'accès au financement pour les personnes les plus pauvres.

D'autres questions relatives aux changements qui suscitent d'importants débats peuvent être *propres à un pays*, comme au Burundi, où se tient le débat autour de la gratuité des soins. En RDC, des débats se

poursuivent sur le rôle de l'assurance maladie. En RDC, il y a aussi un débat féroce sur la question de savoir « pourquoi les ONG et les bailleurs devraient continuer à monopoliser le marché des médicaments essentiels ».

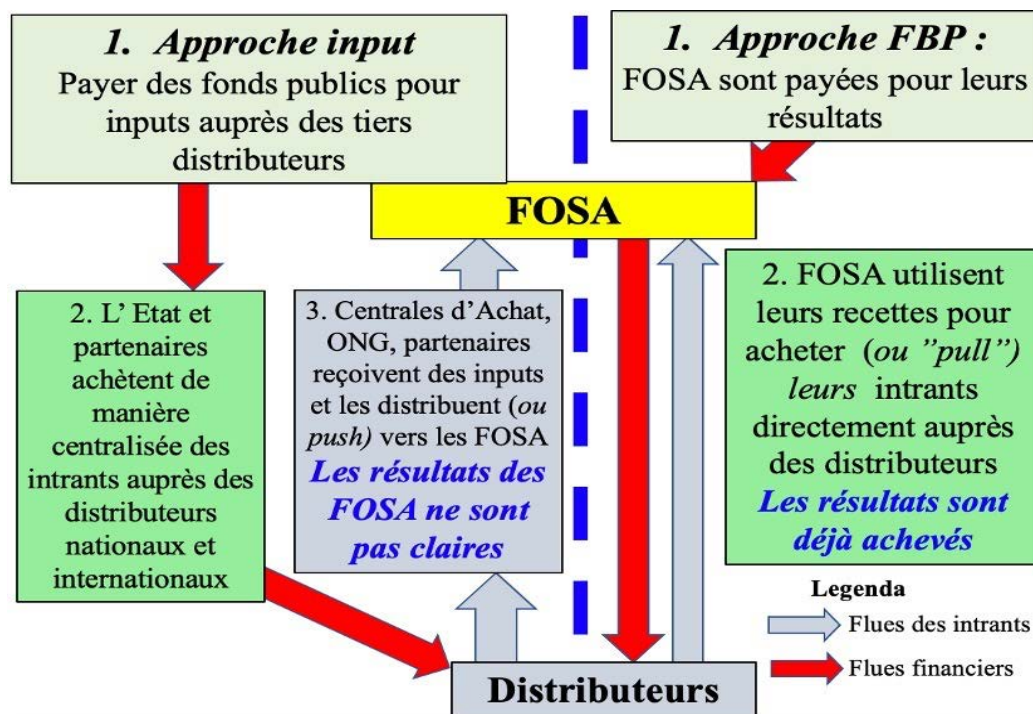
Enfin, des questions liées au changement peuvent être individuelles ou propres à *chaque participant* du cours FBP. Certains participants sont déjà engagés dans le FBP et, pour eux, il n'est pas nécessaire de changer d'opinion. D'autres ne connaissent que superficiellement le FBP et peuvent toujours avoir besoin de passer par un processus de développement de leurs idées.

Dans les Modules 9 (compétences de plaidoyer) et 10 (résolution des conflits et techniques de négociation), on présentera les processus qui conduisent à des changements réussis en faveur de l'amélioration des systèmes de santé.

2.8 Comparaison du FBP avec les Soins de Santé Primaires et l'Initiative de Bamako

Le principal changement de paradigme du financement basé sur la performance (FBP) réside dans son mode de financement :

On passe d'une approche « input ou push » où les administrateurs centraux utilisent des fonds publics pour acheter des médicaments, du matériel, des moyens de transport et des moyens de réhabilitation d'infrastructure, principalement via un fournisseur médical centralisé, à une approche FBP « axée sur les résultats ou pull » où les fonds publics servent à rémunérer les établissements de santé (et autres acteurs) en fonction de leurs résultats. Dans le cadre du FBP, les prestataires autonomes achètent ensuite leurs intrants auprès de distributeurs indépendants. Voir schéma.



Dans le tableau ci-dessous, nous présentons les différences entre les paradigmes de l'approche FBP et ceux des soins de santé primaires (SSP) d'Alma-Ata des années 1970 et de l'initiative de Bamako (IB) des années 1990.

Les trois approches de réforme ont les mêmes objectifs sociaux, visant à fournir des services de qualité tant aux pauvres qu'aux riches. **Toutefois, les stratégies diffèrent, comme le montre le tableau ci-dessous.**

Soins de Santé Primaires Depuis Alma Ata 1978	Initiative de Bamako À partir de 1987	Financement basé sur la performance - De 1998 vers la CSU, et les ODD
But : « Santé pour tous »	But : Amélioration de l'accès aux soins de qualité	But : Améliorer l'accès aux soins de qualité avec autant d'équité que possible
D'abord l'équité et peu d'importance accordée à la qualité et à l'efficacité	L'efficacité et la maîtrise des coûts sont devenues plus importantes	D'abord la qualité, deuxièmement l'efficacité et seulement en troisième place l'accès aux soins, si les ressources le permettent
Focus sur l'intérêt public et les théories de la déontologie médicale	La théorie concernant le comportement des agents est peu claire	La théorie des choix publics vise à faire progresser les intérêts publics mais également les intérêts personnels
Le Gouvernement fournit des services à travers un système de planification central et hiérarchisé	Le Gouvernement fournit des services à travers un système de planification central et hiérarchisé	Le Gouvernement joue le rôle de régulateur. La séparation des fonctions vise à améliorer la gouvernance. Contractualisation et prestation sont faites par des organisations indépendantes
La compétition n'est pas considérée comme importante	Un certain degré de compétition pour les patients est introduit à travers des paiements directs	La compétition auprès des acteurs pour les contrats et pour l'argent public est cruciale dans le FBP
Le secteur privé n'est pas considéré comme important ou peut être perçu comme une nuisance pour la santé	Le rôle du secteur privé dans l'IB n'est pas clair	Le secteur privé est aussi important que le secteur public – On applique le principe de non-discrimination pour capter les avantages comparatifs.
Les SSP sont un système qui, depuis sa conception, était orienté vers le milieu rural et peu adapté à la réalité urbaine de 2017	L'IB est également un système rural et peu adapté à la réalité urbaine de 2017	Le FBP établit également des contrats avec les structures privées et publiques dans les villes et introduit l'accréditation des structures
Le régulateur ne définit que vaguement les indicateurs des outputs, de la qualité et de l'équité	Le régulateur définit les paquets, mais les indicateurs ne sont pas encore SMART	Le Régulateur définit des indicateurs SMART d'évaluation des outputs (25-35) et de la qualité (150) ainsi que des indicateurs d'équité
Il se concentre en théorie au niveau primaire mais, en pratique, peu de financement public atteint les FOSA	Il se concentre en théorie au niveau primaire mais, en pratique, peu de financement public atteint les FOSA	Une forte proportion de financement public concerne les FOSA primaires et les hôpitaux de première référence.
L'équité est en théorie importante, mais en réalité une mauvaise qualité est fournie par un personnel peu motivé	Les exemptions du partage des coûts destinées aux personnes vulnérables sont peu efficaces	L'équité est importante et repose sur le financement : (a) des biens publics et des externalités ; (b) de l'éloignement des régions ; (c) de l'éloignement des prestataires ; (d) la vulnérabilité des consommateurs individuels ; (e) les urgences.
Répartition du personnel faite par les bureaucraties centrales et menant à une faible couverture rurale	Répartition du personnel faite par les bureaucraties centrales mais les recettes internes permettent un certain recrutement local	Répartition du personnel qualifié au moyen d'un budget par habitant plus élevé pour les régions et pour les prestataires éloignés et vulnérables. Recrutement de prestataires fait de façon autonome
Basé sur des salaires fixes pour les travailleurs qualifiés. Rôle important des travailleurs non qualifiés (ASC, AT)	Basé sur des salaires fixes pour les travailleurs qualifiés. Rôle encore important des travailleurs non qualifiés	Basé sur les subsides de performance pour attirer du personnel qualifié dans les zones mal desservies. Aucun rôle des travailleurs non qualifiés dans les soins curatifs
Aucune organisation indépendante en place pour vérifier la performance	Aucune organisation indépendante en place pour vérifier la performance	Organisation indépendante (l'agence de la contractualisation et de vérification = ACV) pour faire la vérification et pour le coaching
Système de participation communautaire avec des acteurs bénévoles	Certaines responsabilisation du patient grâce au partage des coûts	ONG locales indépendantes renforçant la voix des patients (ASLO). Existence d'indicateurs SMART bénéficiant de subsides pour le marketing social.
La maîtrise des coûts n'est pas une préoccupation exprimée	La maîtrise des coûts est importante => Paiements directs	Maîtrise des coûts importante => Accent sur l'efficacité, la gratuité ciblée et le partage des coûts
Système de SNIS à la demande avec plus de 1000 indicateurs	Système de SNIS à la demande avec plus de 1000 indicateurs	Le FBP assure la qualité de 25-40 indicateurs FBP quantitatifs et améliore ainsi le SNIS
Système de distribution des intrants via des centrales d'achat et des monopoles du Gouvernement	Système de distribution des intrants via des centrales d'achat et des monopoles. Les recettes directes des FOSA introduisent une certaine efficacité du marché	Les prestataires achètent leurs intrants auprès des distributeurs opérant en compétition. L'argent est injecté vers les prestataires, en se basant sur la performance : 1 \$US en FBP est typiquement équivalent à 4 \$US fournis en « inputs »

Soins de Santé Primaires Depuis Alma Ata 1978	Initiative de Bamako À partir de 1987	Financement basé sur la performance - De 1998 vers la CSU, et les ODD
Ne vise pas à investir de fonds publics dans l'économie locale.	Ne vise pas à investir de fonds publics dans l'économie locale.	FBP prévoit d'injecter des liquidités dans l'économie locale dans le but de créer des effets multiplicateurs économiques
Collaboration avec d'autres secteurs présente en théorie, mais peu efficace	Stratégie de collaboration avec d'autres secteurs peu claire	Le FBP a également été introduit dans d'autres secteurs : l'enseignement, l'administration.

3. DÉFINITION, MEILLEURES PRATIQUES, INSTRUMENTS D'ÉQUITÉ

Principaux messages du module

- La définition du FBP a été le fruit d'une discussion au sein de la communauté de pratique du FBP en 2010. Cette définition montre que le FBP n'est pas seulement un mécanisme de financement ou de contractualisation, mais bien une approche de réforme dans les secteurs de la santé, de l'éducation et/ou du secteur social.
- Les mécanismes d'équité FBP sont : (1) Subventionner des externalités positives et des biens publics comme la promotion pour la santé ; (2) Fournir des signaux de prix pour inciter les fournisseurs à réduire leurs tarifs de soins curatifs ; (3) Appliquer des bonus d'équité géographique pour les régions et les district sanitaires ; (4) Appliquer des bonus d'équité des prestataires ; (5) Cibler les personnes vulnérables pour une exemption de paiement (au plus 5-20% de la population) ; et, (6) Cibler 50% voire même 100% de la population à exempter pendant des urgences naturelles ou humanitaires.

3.1 Définition FBP

"Le financement basé sur la performance est une approche systémique, orientée vers les résultats, définie par la quantité et la qualité des produits, ainsi que par l'inclusion des personnes vulnérables. Cela implique que les structures soient considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au service d'objectifs de santé publique et/ou de leurs personnels. Il se caractérise également par des contrats de performance pour les acteurs de la régulation, les agences de contractualisation et de vérification, les financeurs, ainsi que par le renforcement de la voix de la population. Le financement basé sur la performance utilise les forces des lois du marché, tout en visant à corriger les échecs du marché. Le FBP, en même temps, vise la maîtrise des coûts et la combinaison durable de recettes provenant du recouvrement des coûts et des contributions gouvernementales et internationales. Le FBP cherche sans cesse à tester ses théories par des recherches empiriques et des évaluations d'impact rigoureuses qui conduisent à de meilleures pratiques ».

Références : Le FBP s'inspire de la microéconomie, de l'analyse des systèmes (*systems analysis*), des théories du choix public (*public choice theory*) et de la nouvelle gestion publique (New Public Management). Son efficacité peut être renforcée par des interventions du côté de la demande telles que les programmes de transferts d'argent conditionnels (« *conditional cash transfers* »), les systèmes de chèques santé ou d'éducation (« *vouchers* »), et les assurances maladie obligatoires.

À première vue, cette définition peut désorienter le lecteur en raison de sa complexité. Pourtant, elle montre immédiatement que le FBP est plus qu'un simple mécanisme contractuel entre prestataires et acheteurs. Le FBP vise des réformes beaucoup plus vastes.

Certains pays ou organisations utilisent le terme « *financement basé sur la performance* » (Cameroun, RDC, RCA, Nigeria), d'autres utilisent « *financement basé sur les résultats* » (Zambie, Zimbabwe, Guinée), et l'OMS a récemment proposé le terme « achat stratégique ». Fondamentalement, l'important n'est pas le nom utilisé, mais plutôt dans quelle mesure on est d'accord sur la définition et les meilleures pratiques. Nous utilisons le terme « FBP » dans ce livre.

3.2 Comment fonctionne le FBP : les 11 meilleures pratiques

Une meilleure pratique est une technique, un processus ou une activité considérée comme plus efficace que toute autre pour atteindre un résultat particulier. La PBF fonde son approche sur de meilleures pratiques scientifiquement validées, constamment améliorées et adaptées aux nouvelles données probantes.

En FBP, nous distinguons les onze (11) meilleures pratiques ou propositions suivantes :

1. La séparation des fonctions de régulation, de prestation, de contractualisation et de vérification, de paiement des fonds et de renforcement de la voix de la communauté ;
2. La stimulation de la concurrence entre les structures et d'autres intervenants pour l'obtention des contrats ;
3. La promotion du partenariat public-privé, avec égalité de traitement entre les prestataires publics, religieux et privés ;
4. Le régulateur ne s'occupe pas directement de la gestion des services, mais définit les indicateurs output, de qualité et d'équité. Le régulateur n'intervient que lorsque la FOSA constitue un danger pour la santé publique ou lorsqu'elle est engagée dans des activités criminelles. Le régulateur fait le « *costing* » du budget public avec des paiements additionnels pour les régions, les FOSA et les individus vulnérables (bonus d'équité) ;
5. Les prestataires (de santé, d'éducation, etc.) sont autonomes pour embaucher et licencier (« *hiring and firing* »), décider de manière autonome comment utiliser leurs propres fonds et comment répondre aux paquets de santé définis par le Gouvernement et par la demande des patients ;
6. Les prestataires doivent assurer l'équilibre de leurs recettes et de leurs dépenses, tout en fournissant des services de santé de qualité équitables, avec un personnel qualifié et motivé, afin de ne pas s'exposer au risque de non-renouvellement du contrat et à la faillite ;
7. Existence d'une agence de contractualisation et de vérification (ACV) pour négocier des contrats et assurer le coaching des gestionnaires des structures, à l'aide du plan de business et de l'Outil indices. Le versement ou le paiement des subsides est effectué par une autre organisation.
8. Des associations locales (ASLO) sont recrutées pour assurer les intérêts du patient, par des enquêtes de satisfaction, et pour vérifier que les activités subventionnées ont bien eu lieu. Le marketing social est fait par les structures ;
9. Paiements des subventions *en espèces* pour des résultats, et non pas des moyens en nature ou en « *inputs* ». Les prestataires doivent avoir *le libre choix d'acheter* leurs intrants auprès de distributeurs indépendants accrédités et concurrentiels.
10. Recherche des effets économiques multiplicateurs pour créer des emplois, la croissance économique et les recettes fiscales en injectant directement des liquidités dans l'économie locale ;
11. Élargissement du financement fondé sur la performance à d'autres secteurs que celui de la santé.

3.2.1 Séparer les fonctions entre les principaux acteurs du système de santé

Dans les systèmes traditionnels, les autorités gouvernementales jouent simultanément les rôles de régulateur, de prestataire et de distributeur d'intrants. Un tel monopole du pouvoir ne produit pas de résultats transparents, en particulier lorsque les autorités de santé sont elles-mêmes mal rémunérées.

Le financement basé sur la performance propose donc de séparer les fonctions suivantes :

1. La régulation, la planification et l'assurance qualité. Les autorités sanitaires doivent définir les cibles pour les objectifs attendus, la qualité et l'équité, et fixer les indicateurs sur la base desquels elles déterminent les subsides nécessaires pour atteindre la couverture du paquet souhaité pour les

indicateurs de santé. Ceci permet de déterminer le budget national FBP ainsi que les subsides supplémentaires nécessaires pour les régions, les structures et les individus vulnérables.

2. L'offre autonome de services. Les structures autonomes répondent aux subsides que le régulateur et l'ACV sont prêts à payer pour un paquet de services de santé donné. Les gestionnaires des structures équilibrent les recettes provenant des subsides, du tiers payant et du recouvrement des coûts avec les dépenses nécessaires pour fournir des services de qualité grâce à un personnel motivé. L'équilibre des recettes est obtenu au travers de décisions prises localement, y compris pour ce qui est des tarifs à demander à la population dans le cadre du recouvrement des coûts (ou du paiement direct).
3. Agence de contractualisation et de vérification des services (ACV). Les ACV, bien équipées et indépendantes, contractualisent les services auprès des prestataires de santé, des écoles, etc. Elles ont aussi pour tâche de former les structures (« *coaching* ») à l'utilisation des plans d'affaires et des outils d'indices. Le ministère peut également recruter des organisations qui font la contre-vérification et l'audit de manière indépendante, et qui vérifient la performance des ACV, des associations locales et des revues/évaluations de qualité effectuées par les autorités (sanitaires).
4. Le Payeur. Pour s'assurer que les subsides FBP pour les prestations seront isolés des coûts administratifs, il est préférable de séparer le rôle de l'Agence de Contractualisation et de Vérification de celui du Payeur. Ainsi, un payeur indépendant (ministère des Finances, Unité de Projet ou ONG) transfère directement l'argent sur les comptes bancaires des prestataires, des régulateurs ou des associations locales, sur la base des factures validées par les ACV.
5. Renforcement de la voix des consommateurs. Premièrement, les patients ont plus de pouvoir pour influencer le comportement des structures de santé (= offre) quand ils payent directement pour les services. Deuxièmement, dans le système FBP, des associations locales vérifient la satisfaction des patients et s'assurent que les activités subventionnées ont bien eu lieu. Troisièmement, les résultats et la qualité des prestations sont pris en compte dans le paiement de la performance des structures.

Le montage institutionnel du système FBP figure sur la première page du livre.

3.2.2 Concurrence pour les contrats

La concurrence pour les contrats est importante afin d'obtenir le meilleur rapport qualité-prix possible auprès des prestataires de services. Ce mécanisme est bénéfique pour les consommateurs, les organisations d'assurance et le gouvernement. En l'absence de concurrence, les fournisseurs ont tendance à se montrer complaisants. Ils peuvent même abuser de leur position sur le marché lorsqu'ils sont le seul fournisseur, par exemple dans une aire de santé ou dans un secteur scolaire donné. Les prestataires ou les fournisseurs peuvent être publics, privés ou même à but lucratif. Avant l'attribution des contrats, le régulateur et les ACV doivent établir une cartographie des fournisseurs afin d'accroître les possibilités de choix. La concurrence est importante dans le FBP et permet d'établir de nouvelles règles du jeu (North, 1990, Meessen et al, 2006). En bref, un contrat FBP n'est pas un droit, mais il est conditionné par la bonne performance (Soeters et Griffiths, 2003, Soeters et al, 2006).

Un monopole naturel, comme l'existence d'un seul hôpital dans une zone isolée, n'est pas considéré comme problématique dans le FBP. Les gestionnaires constituent généralement le goulot d'étranglement des fournisseurs peu performants, mais ils peuvent être remplacés. Dans ce cas, les responsables des ACV peuvent insister auprès des autorités ou des propriétaires de la structure (qu'elle soit gouvernementale, religieuse ou privée) pour que les gestionnaires ne soient recrutés qu'au terme d'un processus de sélection concurrentiel.

3.2.3 Partenariat public-privé, la non-discrimination et les contrats principaux et secondaires

Le statut d'une FOSA (publique ou privée) n'est pas un critère de sélection pour l'obtention d'un contrat. Le critère principal consiste à déterminer dans quelle mesure la FOSA est capable de fournir des services de qualité et équitables. Les autorités sanitaires et les ACV identifient les FOSA existantes (par un « *mapping* », *c'est-à-dire une cartographie*) et en sélectionnent les meilleures. Les critères de sélection incluent la disponibilité de personnel qualifié, la complétude des services fournis, l'état de l'infrastructure, la qualité des services et la volonté manifeste d'entrer dans un contrat et d'améliorer les services. Une fois qu'une FOSA a remporté le contrat principal, elle ne doit pas considérer les autres structures de santé situées dans sa zone d'influence comme des « concurrents » ou des « menaces », mais plutôt comme une opportunité. Dans le cadre du FBP, ces autres structures peuvent être « sous-contractées » par le titulaire d'un contrat principal. En règle générale, 20 % de la production peut être retenue par le contractant principal à titre de frais administratifs et de supervision, lequel rétrocède 80 % aux titulaires des contrats secondaires.

Dans les zones rurales mal desservies, le titulaire d'un contrat principal, avec l'appui des autorités sanitaires locales, peut encourager des fournisseurs à ouvrir de nouvelles cliniques afin d'améliorer la couverture géographique ou d'offrir des activités de santé que le titulaire du contrat principal ne fournit pas. Dans les zones urbaines, il peut y avoir trop d'établissements de santé, parfois informels, illégaux et aux normes de qualité douteuses. Dans de telles circonstances, seuls des candidats sérieux sont choisis pour obtenir un contrat secondaire et contribuer à améliorer la santé nationale dans son ensemble. Il faut formaliser les activités des FOSA de santé (privées) et subventionner leurs services, tout en faisant pression sur les structures de santé informelles ou illégales pour les faire fermer.

Un système d'accréditation par lequel le régulateur accorde l'accréditation aux structures qui atteignent un niveau minimal de qualité est également fortement recommandé. Cette accréditation peut être renforcée par un logo reconnaissable par la population, afin qu'elle sache que le gouvernement a approuvé cette structure. Une fois que le système d'accréditation dans les secteurs public et privé sera opérationnel, le régulateur pourra fermer les structures fournissant des services de mauvaise qualité ou inacceptables.

3.2.4 Rôle de la régulation : définir les indicateurs, faire le costing et assurer la qualité

Le premier rôle du régulateur est de définir les activités et/ou les indicateurs que le gouvernement achète auprès des structures, en termes d'output, de qualité et d'équité. Cela étant, il devrait intervenir le moins possible sur les stratégies par lesquelles les structures obtiennent les résultats souhaités.

Le deuxième rôle du régulateur est d'établir le « *costing* » pour l'achat de paquets de santé et de proposer des subsides réalistes afin d'obtenir des services de qualité financièrement accessibles.

Un troisième rôle du régulateur est d'examiner dans quelle mesure les structures de certaines régions (provinces ou districts) occupent une position plus vulnérable que celles d'autres, en raison de la pauvreté de leur population, de leur éloignement de la capitale ou d'un emplacement défavorable. De telles inégalités peuvent être compensées par des bonus qui s'ajouteront aux subsides de base attribués en fonction des indicateurs.

De plus, le gouvernement peut subventionner des exonérations de paiement pour les patients vulnérables.

3.2.5 Autonomie de gestion des structures

Selon les théories de l'analyse des systèmes et de la microéconomie, une structure est à la fois un composant indépendant et un acteur économique autonome de l'offre. Il s'ensuit que les responsables des structures sont les mieux placés pour trouver des solutions à leurs problèmes spécifiques. Ils doivent avoir la liberté d'embaucher, de licencier et de fixer les tarifs de recouvrement des coûts, en accord avec leur communauté. Les responsables doivent décider de l'utilisation de leurs revenus et de l'achat de leurs intrants auprès des distributeurs agréés.

Le principe de base du FBP est qu'une structure qui génère plus d'activités ou présente une meilleure qualité reçoit plus de subsides. Une partie de ces recettes supplémentaires constitue un bénéfice que les responsables peuvent ensuite utiliser pour accorder à leur personnel des primes de performance. Ceci crée une forte incitation positive qui pousse le personnel à travailler mieux. L'outil FBP de gestion des indices aide les gestionnaires à convertir les bénéfices en primes de performance pour chaque membre du personnel.

Au contraire, lorsque la structure est moins performante, les recettes et les primes diminuent, ce qui crée de fortes incitations négatives, voire la fermeture de la structure. Dans cette logique, la mauvaise performance n'est pas d'abord considérée comme un problème de l'autorité sanitaire ou de l'ACV, mais surtout comme celui de la structure. Lorsque les problèmes sont trop graves, l'ACV peut soit différer le renouvellement du contrat, soit même l'annuler et en identifier un autre, plus efficace. La concurrence favorise les structures de santé qui réussissent et permet d'éliminer celles de mauvaise qualité ou trop chères. Suivant cette logique, le Gouvernement s'éloigne du paiement centralisé des salaires des fonctionnaires et évolue progressivement vers un système où les structures prendront leurs décisions de gestion des ressources humaines.

3.2.6 Importance d'équilibrer les recettes et les dépenses des structures

En ce qui concerne le résultat financier d'une structure, trois situations sont possibles :

- a. Les revenus < dépenses totales : => Il y a un déficit qui exige l'équilibre à restaurer
- b. Les revenus > dépenses totales : => Il y a un bénéfice ou profit
- c. Les revenus = dépenses totales : => Il n'y a ni profit ni perte

L'option « c » peut être illustré par la formule suivante : $P \times Q = G + P + R$ Où

P = Prix unitaire ;

Q = Quantité de produit de soins ;

G = Contribution du Gouvernement (subventions de base, les salaires) ;

P = Contributions des partenaires (intrants, des fonds d'actions, subventions, etc.) ;

R = Revenus provenant du recouvrement de coûts : le remboursement des systèmes d'assurance, les paiements directs des patients (montant forfaitaire ou à l'acte).

$P \times Q$ est égale aux dépenses de la structure ;

$G + P + R$ est égal au revenu total de la structure.

Si les revenus sont trop faibles par rapport aux dépenses, de nouvelles sources de revenus doivent être trouvées ou les dépenses devront être réduites. Lorsque les activités visent à atteindre des normes de qualité plus élevées, plus de revenus sont aussi nécessaires. Dans les pays à faible revenu, l'expérience montre que les recettes des structures primaires disposant d'un personnel suffisant devraient atteindre au moins 7 \$US par personne et par an. Pour les hôpitaux, on estime les recettes nécessaires à 20 \$US par personne et par an. Les subventions de FBP sont généralement comprises entre 5 % (hôpitaux) et 30 % (centres de santé) des revenus totaux. Les autres recettes doivent être obtenues par d'autres

contributions, comme celles du gouvernement, mais nous croyons qu'un établissement de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire devrait pouvoir générer entre 40 et 60 % de ses revenus au moyen du recouvrement des coûts (paiement direct) ou de paiements d'assurance. Une telle répartition de revenus devrait assurer un revenu stable, qui ne soit pas trop dépendant des revenus externes, souvent peu fiables.

3.2.7 Les ACV négocient les contrats et font le coaching des instruments de gestion des structures

Les Agences de la Contractualisation et de Vérification, indépendantes et bien équipées, sont responsables de la négociation et du développement des contrats avec les structures de santé (ou d'autres secteurs : écoles, etc.). Le premier instrument est le plan d'affaires (voir le module 14). Typiquement, une ACV peut inviter les responsables des contrats principaux et des contrats secondaires à assister à un atelier de 3 à 5 jours, pour les accompagner dans le développement de leur plan de business. Les instruments permettant de s'assurer que les gestionnaires des formations sanitaires équilibrent les recettes et les dépenses sont présentés dans le module 15 « Outil Indices ». Cet outil aide les gestionnaires à calculer les recettes, à planifier les dépenses incompressibles et à déterminer les primes de performance individuelles du personnel en s'appuyant sur des critères SMART.

3.2.8 Associations locales défendant les intérêts des patients et le marketing social

Dans le FBP, il est clair que les patients, les consommateurs, les élèves et les parents d'élèves sont des parties prenantes incontournables. Ce sont leurs intérêts qui doivent être assurés en fin de compte. À cet effet, le FBP propose d'identifier des associations locales indépendantes pour réaliser des enquêtes de satisfaction et vérifier si les structures ont réalisé les activités pour lesquelles elles réclament des subsides. En outre, ces associations locales vérifient la satisfaction des patients à l'égard des services reçus. Les résultats de satisfaction peuvent être convertis en un score chiffré, qui influe sur le montant des subsides versés aux prestataires pour les résultats output et la qualité.

Un autre élément important du FBP communautaire est le *marketing social* visant à induire un changement de comportement au sein de la communauté en vue de l'adoption de modes de vie plus sains.

Des indicateurs du FBP communautaire ont été développés, tels que les visites à domicile conformes à un protocole, la détection de problèmes de santé prioritaires ou l'identification d'abandons liés à des activités importantes comme la vaccination, le traitement de la tuberculose, la planification familiale, la maladie à virus Ébola, la COVID-19, etc.

3.2.9 Améliorer l'efficacité des structures à travers le paiement cash et libre choix des intrants

Le paiement des subsides FBP devrait être effectué en espèces ou par virement bancaire. Cela garantit également que les structures sont autonomes et libres d'utiliser l'argent pour résoudre leurs problèmes spécifiques. Plusieurs gouvernements, bailleurs et ONG internationales apportent leur appui aux structures *en termes d'inputs* tels que les médicaments, les équipements, la réhabilitation des infrastructures et les salaires. Ceci est généralement inefficace, car certains produits sont trop abondants ou n'ont pas été demandés, tandis que d'autres sont en rupture de stock. Une étude FBP a montré qu'un dollar (1 \$US) donné en cash à une structure, par le mécanisme du FBP, peut avoir le même effet que 4 \$US fournis à la structure sous forme d'intrants, tels que des médicaments et des équipements.

Par conséquent, dans cette logique, le Gouvernement doit s'assurer que les gestionnaires des structures *ont accès à des distributeurs d'intrants opérant en concurrence*. Toutefois, dans de nombreux pays, les régulateurs sont profondément impliqués dans la distribution des médicaments et d'autres inputs,

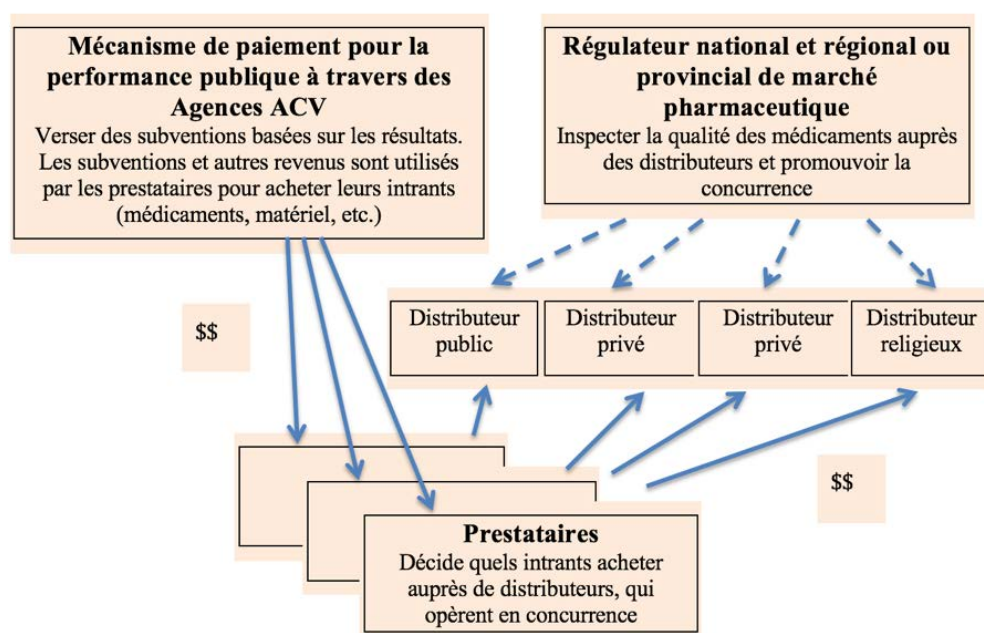
activités dont les intéressés tirent parfois des revenus personnels. Cela ne facilite pas le changement, car des intérêts personnels peuvent être affectés. Ce genre de conflit d'intérêts est interdit par la loi, en Europe et aux États-Unis, mais cela ne semble pas arrêter les bailleurs de fonds ou les ONG de ces pays à promouvoir des monopoles publics dans les pays à faible revenu.

Le rôle du gouvernement dans la distribution des intrants devrait être de combattre les monopoles et les cartels et de promouvoir la concurrence entre des distributeurs indépendants, qui doivent par ailleurs répondre strictement aux normes de qualité. Le régulateur peut inciter des distributeurs à ouvrir de nouvelles entreprises dans les zones mal desservies ou faire fermer les pharmacies qui ne respectent pas les normes minimales de qualité.

Le cas de la République démocratique du Congo :

La monopolisation de la distribution de médicaments a été imposée en RDC par le biais des centres de distribution provinciaux, avec l'argument selon lequel c'est la seule approche permettant d'assurer la qualité des médicaments. Cet argument en faveur des monopoles n'a pas été confirmé par des études menées entre 2006 et 2008 par Cordaid dans la province du Sud-Kivu. Celles-ci ont montré que la monopolisation des médicaments essentiels par des ONG internationales et par le gouvernement dans deux districts a provoqué de graves ruptures de stock de médicaments. Ces ruptures de stock ont été mises en évidence par des études de satisfaction des patients menées auprès de 200 ménages, ainsi que par des entretiens avec les responsables des formations sanitaires. Au contraire, dans les deux districts de santé qui appliquaient le FBP et où les FOSA ont été autorisées à acheter des médicaments essentiels à tout distributeur agréé par l'autorité sanitaire provinciale, il n'y a pas eu de pénurie de médicaments (Soeters et al, 2011).

Les normes de qualité des médicaments et de l'équipement sont fixées par les régulateurs nationaux, tandis que le régulateur de niveau périphérique doit veiller à leur respect. Le système de distribution des médicaments proposé par le FBP est présenté dans le tableau ci-dessous. Dans cette approche, l'État exploite les avantages comparatifs du secteur privé et crée un mécanisme d'assurance qualité pour les médicaments essentiels et les équipements médicaux. Le gouvernement doit également encourager les investisseurs privés à créer une industrie pharmaceutique afin de produire des médicaments, des moustiquaires, du matériel et des meubles, plutôt que d'acheter ces intrants à l'étranger.



3.2.10 Effets multiplicateurs économiques pour stimuler l'économie locale

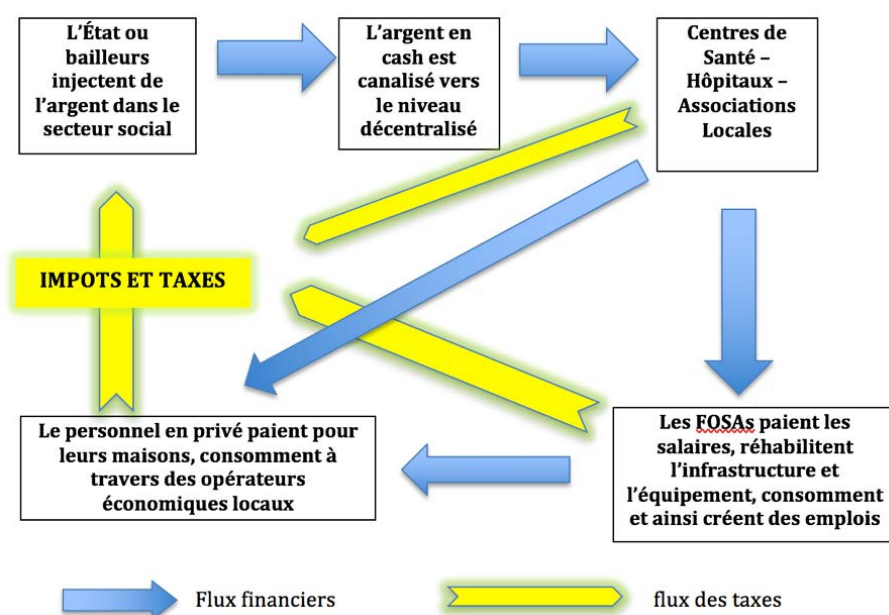
Le FBP, en raison de sa réorientation, qui permet d'investir le plus de cash possible au niveau primaire, contribuera également à accroître les fonds disponibles à ce niveau. Le FBP profitera à l'économie locale, car l'argent changera de mains pour acheter ce dont la structure a besoin, améliorer les logements du personnel et couvrir les autres dépenses liées au personnel de santé. Tout cela exerce une bonne influence sur l'économie locale, en raison de l'augmentation des revenus des agents de santé mais aussi du besoin d'améliorer la qualité des soins offerts par les structures sanitaires.

Les effets économiques multiplicateurs se développeront comme suit :

- Les subsides sont en cash et non en nature et ils sont utilisés dans l'économie locale ;
- Les structures ont la liberté d'utiliser l'argent sans interférence des autorités locales ou centrales ;
- Les transactions économiques locales comprennent les salaires et les primes de performance, la réhabilitation des infrastructures, ainsi que les achats de médicaments essentiels et de matériel.

Le gouvernement peut taxer ces activités économiques. Il peut également utiliser cet argent pour le réinvestir dans l'économie locale. Grâce à ce mécanisme, l'argent investi se "multiplie" par lui-même.

Explication des effets économiques multiplicateurs : <http://www.youtube.com/watch?v=H3nyc8XHrQc>



3.2.11 Étendre les contrats de performance à d'autres secteurs que la santé

Le FBP ne se limite pas au secteur de la santé. Il peut également être appliqué à d'autres secteurs, tels que l'éducation, le développement rural et l'administration.

L'Éducation et le développement rural dans le FBP

Le premier programme multisectoriel FBP, lancé au Sud-Kivu (RDC), en 2008, comprenait la santé, l'éducation et le développement rural. Les indicateurs output du secteur de l'éducation comprenaient, entre autres, la scolarisation des filles et des garçons, ainsi que des séances d'éducation sexuelle, avec des indicateurs de qualité tels que la disponibilité du matériel et du mobilier éducatifs, et le nombre d'enfants par classe.

Les indicateurs du développement rural étaient : le nombre de ponts réhabilités, 1 km de route sarclée, etc.

D'autres programmes d'éducation FBP ont commencé en RCA, au Cameroun, en RDC, au Burundi et au Malawi.

3.3 STRATÉGIES d'ÉQUITÉ FBP pour atteindre la Couverture de la Santé Universelle

L'approche FBP propose aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire des stratégies pour atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU), dans le cadre des Objectifs de Développement Durable (ODD) 2015-2030. Stimuler l'équité est apparu comme une réponse à la déception suscitée par les mécanismes d'équité traditionnels, qui ne répondent pas aux attentes. C'est vrai pour les diverses formes de systèmes d'assurance maladie volontaires et les régimes d'exemption du recouvrement des coûts, en particulier pour les soins de santé gratuits généralisés. Les stratégies d'équité constituent également une réponse aux critiques fondées formulées à l'encontre de modèles antérieurs de FBP ou de RBF, antérieurs à 2010.

On rappelle d'abord que le *premier principe* de la stratégie d'équité FBP est que les prestataires doivent fournir des *niveaux de qualité acceptables*. Pour cela, les prestataires ont besoin de *générer des recettes suffisantes*, dont le montant est estimé, pour les pays à revenu faible et intermédiaire, à 7 \$US par habitant et par an pour les centres de santé, à 20 \$US par habitant et par an pour les hôpitaux, et à 100 \$US par élève et par an pour les écoles primaires.

Après la qualité, le *second principe* de la stratégie FBP est que les prestataires doivent utiliser les ressources publiques rares de *la manière la plus efficiente*.

Le *troisième principe* est qu'il n'appartient pas aux prestataires individuels de financer des services gratuits pour les personnes pauvres. Cette responsabilité incombe au Gouvernement ou à d'autres partenaires grâce à un mécanisme de financement externe. *Quel niveau* d'équité doit être visé dans une société donnée est l'expression de la *volonté politique d'aider les personnes vulnérables*. Il est encore plus essentiel que la société soit prête à payer des taxes (ou des impôts) pour ce motif. La volonté politique peut alors se traduire par la mise en place d'un système réaliste de prélèvement de taxes ou d'impôts afin de mobiliser les fonds nécessaires.

Un autre principe est que les ressources publiques limitées destinées aux éléments d'équité doivent cibler efficacement les vulnérables et ne pas être distribuées indistinctement à des groupes de la population en général, comme les jeunes enfants dont les parents ne sont pas nécessairement pauvres (égalité).

En nous basant sur les principes ci-dessus, nous pouvons individualiser les six instruments d'équité suivants dans le FBP :

3.3.1 Subventionner les externalités positives et les biens publics

Les subsides FBP pour des activités présentant des externalités positives élevées ou des caractéristiques de biens publics sont conçus pour être si élevés que le coût pour les patients devient nul ; ces activités incluent donc automatiquement les personnes vulnérables et pauvres. Ces activités comprennent la planification familiale, les vaccinations, les services de diagnostic et de traitement du VIH et de la tuberculose, ainsi que divers types d'activités de marketing social, effectuées par du personnel qualifié, au moyen de visites à domicile conformes à un protocole. Des subsides plus importants que le coût de production peuvent également être proposés dans le but de stimuler les prestataires, ou pour inciter financièrement des patients, à adopter un comportement souhaité, comme pour les parents de faire vacciner complètement leurs enfants, le paiement d'extras pour l'alimentation ou le transport des patients tuberculeux ou des enfants souffrant de malnutrition. Ces *incitations du FBP à la demande* d'activités, grâce à l'augmentation de l'offre, sont similaires aux systèmes de chèques-santé (Vouchers) ou aux programmes de transferts de fonds conditionnels (« *conditional cash transfers* » ou CCT, en

anglais). En les organisant sous la forme d'un ensemble d'activités de l'offre, on réduit fortement les coûts administratifs.

3.3.2 Donner un signal au marché pour faire baisser les tarifs des soins curatifs

De petits subsides FBP pour les autres services curatifs (sans externalités positives) réduisent automatiquement les tarifs du recouvrement des coûts grâce aux mécanismes du marché. Les gestionnaires devront ensuite faire un compromis entre une réduction de leurs tarifs de paiement direct, ce qui accroît l'utilisation de leurs services, et le fait de recevoir davantage de recettes publiques. Dans le module 5 « micro-économie » de ce manuel, il est expliqué que les subsides versés aux prestataires déplacent la courbe d'offre des services vers la droite et réduisent ainsi le prix d'équilibre des prestations.

3.3.3 Doter d'un bonus d'équité géographique les régions et les districts

Attribuer des *bonus d'équité géographique* de 10 à 40% à une région ou à un district, qui s'ajoutent aux subsides de base. Cela peut corriger les écarts entre les districts relativement mieux dotés et les districts vulnérables.

Les critères de sélection peuvent être les suivants :

- a) La densité de la population par km² : Plus dense => moins de subsides ;
- b) Nombre de personnel qualifié pour 1.000 habitants : Plus de personnel => moins de subsides ;
- c) Score de pauvreté : Plus de pauvreté => plus de subsides ;
- d) Nombre d'heures de voyage de la capitale vers le district sanitaire : Plus d'heures => plus subsides
- e) District avec minorité : Plus de minorités, déplacés, pygmées, etc. => bonus d'équité plus élevé
- f) Facteurs de sécurité : Moindre sécurité => plus de subsides

La pondération des critères ci-dessus est généralement effectuée au niveau central, lors du « costing » du programme. Cela étant, les districts peuvent, dans un deuxième temps, fournir des informations et « renégocier » leur catégorie de vulnérabilité.

3.3.4 Doter d'une prime de vulnérabilité les formations sanitaires ou des écoles

Attribuer aux structures de santé des *primes d'équité* de -20%, -10%, 0%, +10% ou +20%. Celles-ci visent à corriger les écarts observés entre les structures de santé favorisées et défavorisées au sein d'un même district. Si la vulnérabilité d'un district donné est, par exemple, de 30 %, les options possibles pour la vulnérabilité des FOSA situées dans ce même district seront de 10 %, 20 %, 30 %, 40 % ou 50 %. La moyenne des scores de toutes les FOSA de ce district doit rester à 30 %.

La détermination des bonus de vulnérabilité par FOSA peut être effectuée par l'équipe cadre de district (ECD), en collaboration avec la DRS et l'ACV, lors de la réunion trimestrielle de validation des districts. Le processus de détermination des scores est qualitatif. Les responsables des structures peuvent contribuer en fournissant des informations et en négociant leur catégorie de vulnérabilité. L'évaluation du score de vulnérabilité peut être effectuée une fois par an, car les scores (et les critères) peuvent évoluer au fil du temps.

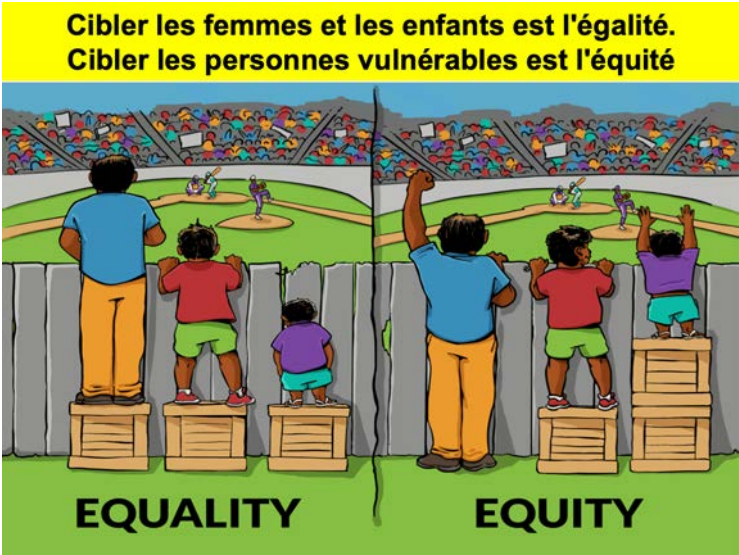
Les critères, justifications et indicateurs de vulnérabilité peuvent être les suivants.

	Critères d'équité <i>intra</i> district	Justifications	Indicateurs
1	Nombre de personnel qualifié	Une structure avec moins de <i>personnel qualifié</i> => plus de bonus	Personnel qualifié par 1.000 habitants
2	Densité de la population dans l'aire de responsabilité	Une structure avec une faible <i>densité de la population</i> aura plus de problèmes pour atteindre la population couverte => plus des bonus	Habitants / km ²
3	État du bâtiment et de l'équipement	Une structure avec un <i>bâtiment vétuste</i> ou des équipements manquants doit faire des investissements => plus des bonus	Bon état / Plus ou moins bon état/ Mauvais état
4	Distance, état de route et durée du voyage au chef-lieu district	Une structure située à <i>grande distance</i> et avec longue durée du voyage entraine l'augmentation du coût du transport => plus des bonus	Heures de voyage par voiture / moto
5	Appui par des partenaires	Une structure sans autres partenaires => plus de bonus	3 ou plus / 1-2 / 0 partenaire
6	Localité avec des risques sécuritaires	Une structure dans une localité à risque sécuritaire => plus des bonus	Pas de risque / Faibles risques / Zone rouge
7	Structure avec minorités	Plus de minorités, de déplacés, pygmées, etc. => plus des bonus	Oui / Peu / non

Le tableau suivant montre un exemple de primes additionnelles pour les structures de santé :

Indicateurs	Structure Urbaine En bon état	Structure Située à 5-10 km En Bon état	Structure Isolée, en Bon état	Structure Isolée, en Bon état, Population pauvre	Structure Isolée, Mauvaise infrastructure, Population pauvre
Primes additionnels	0%	10%	20%	30%	40%
Accouchement	\$ 5,00	\$ 5,50	\$ 6,00	\$ 6,50	\$ 7,00
Consultation externe	\$ 0,30	\$ 0,33	\$ 0,36	\$ 0,39	\$ 0,42
Consultation externe indigent	\$ 1,20	\$ 1,30	\$ 1,40	\$ 1,50	\$ 1,60
Contact Planification Familial	\$ 1,50	\$ 1,65	\$ 1,80	\$ 1,95	\$ 2,10

3.3.5 Exempter les patients vulnérables ou indigents



Un cinquième mécanisme pour aider les pauvres consiste en l'introduction d'un système de subsides à *deux niveaux* par indicateur curatif. Un subside inférieur sera versé aux patients capables de payer eux-mêmes les tarifs de recouvrement des coûts, et un autre subside plus élevé sera versé aux prestataires en échange d'une exemption du paiement direct pour les patients vulnérables incapables de payer. Si, par exemple, pour une consultation externe ordinaire, on verse 0,30 \$US, on pourra verser 1,20 \$US

pour un patient vulnérable. Pour que cela fonctionne, le gouvernement peut proposer que chaque structure de santé soit autorisée à exempter, par exemple, de 10 % à 20 % de ses patients. Les vérificateurs de l'ACV comptent donc chaque mois le nombre de patients exemptés, et ce montant sera remboursé à la structure de santé dans le cadre de la facture mensuelle. Un paiement prompt des subsides est important, car les structures préfinancent l'appui aux personnes vulnérables. Ce mécanisme d'équité ciblant les personnes financièrement vulnérables diffère du ciblage des groupes physiquement vulnérables, comme les femmes ou les petits enfants, qui ne sont pas nécessairement financièrement vulnérables. Ce dernier peut être considéré comme une forme d'égalité qui mobilise des fonds publics au profit de groupes qui n'ont pas nécessairement besoin d'un soutien financier.

3.3.6 Différentes méthodes d'identification des indigents

Les structures doivent élaborer des stratégies pour identifier les personnes vulnérables. Dans l'approche FBP, il faut indiquer précisément aux acteurs impliqués *le plafond* de la proportion d'indigents dont l'on est autorisé à exempter des paiements (5 %, 10 % ou 20 %). La méthodologie d'identification doit être le plus possible décentralisée au sein des structures de santé et de leurs communautés. L'expérience montre qu'une centralisation de l'identification des personnes vulnérables s'avère inopérante et trop complexe.

Il existe différentes stratégies : (1) dans les zones rurales, on peut travailler avec des comités de village ; (2) pour les structures de santé religieuses, les églises peuvent déjà avoir un mécanisme d'identification des indigents; (3) les structures urbaines peuvent identifier comme vulnérables ceux qui ne sont tout simplement pas capables de payer leur facture.

Les principales méthodes couramment utilisées pour identifier les vulnérables à des fins d'inclusion dans des programmes sociaux sont :

- La méthode *consiste à estimer approximativement les moyens* et à construire, pour chaque ménage, un score fondé sur un petit nombre de caractéristiques facilement observables. Cette approche exige une capacité administrative et des moyens relativement élevés, car il faut rendre visite à tous les ménages d'une aire de santé. Cependant, cette méthode peut valablement être combinée à l'indicateur du FBP communautaire de visite à domicile, selon un protocole.
- *Cibler les pauvres en s'appuyant sur la communauté* nécessite de disposer d'un groupe communautaire ou d'un comité de village capable d'identifier les pauvres dans l'aire de santé. Cette approche prend en compte les connaissances locales du contexte individuel ; elle tient compte de la définition locale de l'indigence et transfère les coûts d'identification des bénéficiaires du programme sur la communauté. Cependant, les membres de la population locale peuvent avoir d'autres motivations, ce qui pourrait renforcer ou accentuer les exclusions sociales.
- Autoriser les structures à sélectionner des « *indigents de circonstance* ». Cela signifie que des patients sans moyens seront dispensés et que le jugement relève de la discrétion de la structure. Il pourra s'agir d'accidentés de la route sans moyens, ainsi que de groupes spéciaux vulnérables mais qui ne résident pas dans l'aire de santé, comme des travailleurs saisonniers, des déplacés, etc.

Dans ce paragraphe, on propose un texte (inspiré par la RDC et la RCA) qui pourrait servir d'exemple pour un manuel national FBP sur la manière d'identifier les personnes vulnérables au sein d'une société. Bien sûr, ce texte doit être adapté aux conditions locales propres à chaque pays.

Le Ministère de la Santé en RDC se propose d'aider les plus pauvres des pauvres à accéder à des soins médicaux de qualité dans le cadre du programme FBP. Ce nouveau programme permettra aux formations sanitaires de classer jusqu'à 10% ou 20% des consultations curatives du mois précédent, classées sous la rubrique « nouvelle consultation d'un patient indigent », « journée d'admission d'un patient indigent », « petite chirurgie d'un indigent », « accouchement eutocique d'une indigente », « accouchement dystocique d'une indigente », « césarienne d'une indigente », « grande chirurgie d'un indigent ».

La formation sanitaire est autorisée à demander un remboursement plus élevé (4 fois le subside reçu pour un patient payant) pour cette catégorie de soins, dans les conditions suivantes:

1. Le patient est effectivement très pauvre, ou pauvre par circonstance ;
2. Le nombre total par mois est limité à 10% du total des nouveaux consultants du mois précédent ;
3. Il y a un comité d'indigents fonctionnel qui supervise l'identification correcte des plus pauvres ;
4. La structure continue d'offrir à ces indigents des soins de la même qualité qu'aux autres patients.

Les prestataires peuvent identifier un Comité d'Indigents (CI) avec les tâches suivantes :

- S'assurer que les exemptions sont utilisées uniquement par les plus pauvres des pauvres ;
- Sensibiliser la communauté locale sur ce mécanisme d'assistance aux plus pauvres des pauvres ;
- Se réunir au moins une fois par mois et examiner et approuver l'application de la « catégorie de paiement indigent ». Les procès-verbaux doivent être consignés dans un registre, signés par les participants et datés ;
- Résoudre les problèmes susceptibles de survenir avec ce mécanisme d'assistance.

3.3.7 Méthode consistant à évaluer à peu près les moyens des ménages

D'abord, il faut souligner que l'application d'un tel outil doit être adaptée à la situation locale. Comme dans les systèmes FBP, il est possible que seulement 10 % des patients soient exemptés de payer les frais (voir le paragraphe 3.3.5). Les vulnérabilités spécifiques des districts et des prestataires sont déjà prises en compte sur la base d'autres critères (voir les paragraphes 3.3.3 et 3.3.4). Cet exemple est inspiré du Kenya.

Critères pour évaluer les moyens : Niveau 1 (très pauvre) = 1; Niveau 2 (pauvre) = 2; Niveau 3 (moins pauvre) = 3		Score <i>Encercler la bonne réponse</i>
Sélectionner le score de chaque indicateur dans l'outil puis additionner le total des points marqués pour tous les indicateurs afin de déterminer le score global de pauvreté.		
1. Type de maison :		
- Maison de boue, toit de tôle	= niveau 1	1 / 2 / 3
- Maison de boue, toit en tôle de fer (Mabati)	= niveau 2	
- Maison en briques, murs en plâtre, fondation cimentée	= niveau 3	
2. Accès aux services de santé (naissances précédentes / coût de la structure)		
- Herboristes, accoucheuses traditionnelles	= niveau 1	1 / 2 / 3
- Hôpital public	= niveau 2	
- Hôpital privé ou clinique privée	= niveau 3	
3. Eau (pour boire / l'eau pour nettoyage obtenu (ou acheté) à partir de :		
- Rivière ou une autre source non traitée	= niveau 1	1 / 2 / 3
- Robinet communautaire	= niveau 2	
- Robinet d'eau privé	= niveau 3	
4. Combustible pour la cuisine		
- Bois de chauffage recueilli par le ménage et insuffisant	= niveau 1	1 / 2 / 3
- Mélange de bois de chauffage et le charbon de bois acheté	= niveau 2	
- Charbon ou du kérosène	= niveau 3	
5. Propriété foncière (nombre des familles partageant / activités entreprise / élevage)		
- Location ou occupation illégale	= niveau 1	1 / 2 / 3
- Plus de 1/8 acres, moins de 1 acre	= niveau 2	

Critères pour évaluer les moyens : Niveau 1 (très pauvre) = 1; Niveau 2 (pauvre) = 2; Niveau 3 (moins pauvre) = 3 Sélectionner le score de chaque indicateur dans l'outil puis additionner le total des points marqués pour tous les indicateurs afin de déterminer le score global de pauvreté.		Score <i>Encercler la bonne réponse</i>
- 1 acre ou plus	= niveau 3	
6. Assainissement (structure de la paroi : polyéthylène / sac, de la boue, du bois, de la pierre)		
- Dans la brousse	= niveau 1	1 / 2 / 3
- Partage de latrines à fosse avec d'autres ménages	= niveau 2	
- Latrine privée	= niveau 3	
7. Revenu journalier de la personne interrogée / conjoint (sécurité de l'emploi / occupation / base éducative)		
- Moins de 1 \$USD	= niveau 1	1 / 2 / 3
- Entre 1 \$US et 2 \$US	= niveau 2	
- 2\$US ou plus	= niveau 3	
8. Nombre moyen de repas par jour (le type ou la fréquence des aliments de qualité / stock de nourriture)		
- 1 repas ou moins	= niveau 1	1 / 2 / 3
- Plus de 1 repas, moins de 3 repas	= niveau 2	
- 3 repas ou plus	= niveau 3	

3.3.8 Réponse FBP en cas de catastrophes naturelles ou humanitaires

Lors d'une crise, naturelle ou humanitaire, la structure peut être autorisée à dispenser les personnes affectées ou déplacées de payer directement. La proportion de patients exemptés peut augmenter, passant d'une situation normale de 10 % ou 25% à, par exemple, 50 %, voire à 100 % pendant la crise.

Le programme FBP rembourse alors les frais en versant, à titre de subside, à une personne vulnérable quatre fois le montant accordé à un patient payant. Les gestionnaires des prestataires locaux peuvent alors décider de l'utilisation de cet argent. Cette réponse d'urgence du FBP a montré qu'elle était nettement plus efficace que l'alternative consistant pour les organisations internationales à prendre en charge les interventions d'urgence, alors qu'en fin de compte cette approche de financement externe n'est pas durable. Pour plus de détails, consultez le module 15 du livre.

Dans le cadre d'une réponse FBP en cas de crise, le comité de validation de district peut décider quelles structures de santé seront dispensées du recouvrement des coûts et jusqu'à quel point. La Cellule Technique Nationale FBP peut vérifier les décisions prises par le comité de validation de district, et la CTN-FBP a également la responsabilité de définir les critères permettant de décider (et de déclarer) qu'une aire de santé est située dans une zone de crise. La CTN FBP calcule par ailleurs, à l'avance, chaque trimestre, le budget de la région pour le PMA et le PCA, et veille ainsi à éviter toute surconsommation du budget FBP disponible. En cas de crise grave et généralisée, la CTN FBP doit également prévoir une augmentation du budget afin de permettre le paiement des factures pendant la crise.

3.4 Termes de référence pour la visite de terrain pendant le cours FBP

Les participants sont répartis en groupes de 4 à 5 personnes. Ils peuvent visiter les structures suivantes : un hôpital de district, un centre de santé, une école du gouvernement, une clinique privée, un bureau de santé ou d'éducation du district. Ils réunissent les représentants et discutent avec les différents acteurs. Après la visite, les participants discutent ensemble. Les participants cherchent à analyser les données qu'ils collectent en les comparant aux standards, par exemple : pour les ressources humaines, au nombre optimal de personnel qualifié par mille habitants ; ou, pour le montant des recettes annuelles, au montant théorique de recettes en dollars (\$US) par personne cible dans l'aire et par an nécessaire pour assurer la qualité des soins.

Les équipes peuvent exploiter les questions de l'interview qui suivent :

- La structure reçoit-elle des inputs (médicaments, équipements, etc.) ? Lesquels ? et de qui ?
- La structure a-t-elle une gestion autonome (achat des inputs, recrutement du personnel, définition des tarifs de recouvrement des coûts) ?
- Quelles sont les sources de financement de la structure ? Existe-t-il des paiements en espèces ? Quelles procédures doivent être suivies pour obtenir un financement ?
- Calculez les recettes de la structure, par an et par personne cible, dans l'aire de santé. Est-ce que ces recettes excèdent \$US 7,00 par personne et par an pour les structures au niveau primaire et \$US 20 par personne et par an pour les hôpitaux ?
- Y a-t-il une ACV dans le milieu ?
- Y a-t-il des monopoles dans la distribution des intrants (médicaments) ? Si oui, expliquer ?
- Y a-t-il une séparation des fonctions telles que la régulation, l'ACV, le paiement des factures, la prestation de services et le renforcement de la voix des consommateurs ?
- Selon le personnel, est-il nécessaire de développer des activités de FBP multisectorielles ? Si oui, lesquelles et pourquoi ?
- Quels sont les mécanismes utilisés pour mesurer la satisfaction des patients ?
- Est-ce qu'il y a suffisamment de personnel qualifié ? Norme : 1 personne qualifiée pour 1000 habitants ?
- Est-ce que la FOSA applique un outil de gestion des indices de manière à ce que le personnel soit rémunéré sur la base de différents critères de performance (responsabilité, heures additionnelles ou perdues, évaluation de la performance de qualité ou individuelle, bonus pour absence d'exercice de la pratique privée) ?

4. THÉORIES LIÉES au FBP et BONNE GOUVERNANCE

Robert SOETERS, Peter Bob PEERENBOOM, Frank VAN DE LOOIJ

Principaux messages de ce module

- *La microéconomie, l'économie de la santé et l'analyse des systèmes* constituent les piliers économiques et conceptuels du FBP.
- La théorie de *l'analyse des systèmes* est développée pour résoudre des problèmes complexes, par exemple, sur la façon de lancer une fusée vers la Lune ou d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD). On coupe le problème en plus petites composantes (les boîtes noires), qui sont résolues par des entités spécialisées et autonomes.
- La théorie du *choix public* décrit le comportement des acteurs en général, et des fonctionnaires en particulier, et propose des moyens d'influencer ce comportement au service de l'intérêt public. Il faut trouver des stratégies où l'intérêt privé du fonctionnaire correspond à l'intérêt public. Il faut trouver des incitations positives et négatives, et éviter les incitations perverses. Plus de travail devrait se traduire par davantage de récompenses. 30 à 40 % de la rémunération devrait être variable et pourrait être versée sous forme de primes de performance FBP.
- La *théorie de la contractualisation* s'appuie sur la théorie du principal-agent. Cette théorie implique la nécessité d'une communication entre un principal et un agent, afin qu'il y ait une compréhension claire des besoins du principal et la capacité de l'agent à y répondre. Ces *contrats sont toujours binômes*, car un contrat ne peut pas être signé par plusieurs acteurs, afin d'éviter que l'on ne sache plus clairement qui est le responsable et pour quel service. Il existe deux options pour améliorer la performance des structures publiques : 1) l'application, aux structures publiques, des règles de gestion propres au secteur privé ; 2) la privatisation totale.
- Dans des *contrats classiques*, l'avenir est prévisible et le contrat est opposable au tribunal. Dans des *contrats relationnels*, la situation est plus diffuse et ne peut pas être prévue. Dans ce type de contrat, il faut un certain degré de confiance et de flexibilité entre le principal et l'agent. Ces derniers contrats peuvent être formalisés dans des *aides-mémoire* et reposent sur l'intérêt mutuel à collaborer.
- Dans le FBP, nous adoptons une approche de contrat relationnel lorsque les événements sont difficiles à prévoir. Après une phase au cours de laquelle les leçons du FBP pilote sont assimilées, les étapes suivantes peuvent devenir plus prévisibles et, avec le temps, les contrats *peuvent devenir plus classiques que relationnels*.

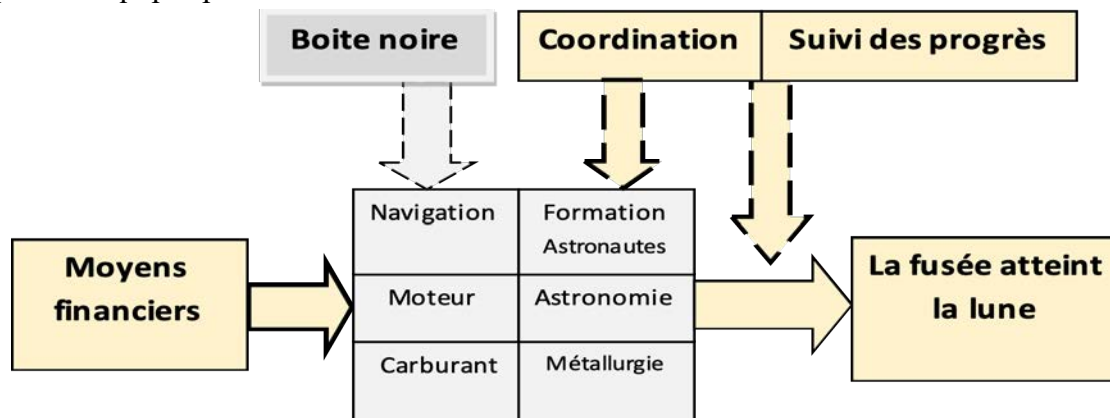
Quelles sont les théories liées au FBP

1. Analyse des systèmes ;
2. Choix Publics ;
3. Théorie de la Contractualisation ;
4. Bonne gouvernance et décentralisation
5. Microéconomie et principes du marché libre (voir chapitre 5A) ;
6. Économie de la santé et santé publique (voir chapitre 5B) ;

4.1 Analyse des systèmes

La théorie de l'analyse des systèmes a été développée pour comprendre les systèmes complexes et interactifs, tels que le lancement d'une fusée sur la Lune ou la construction d'un avion moderne. L'analyse des systèmes étudie les relations entre les différentes composantes d'un système. L'idée de base est que bien que chacune des composantes soit considérée comme indépendante et autonome (la boîte noire), elle a besoin de coordination et de suivi pour s'assurer que les objectifs communs du

système sont atteints. Est-il possible pour une personne de comprendre tous les détails de la façon de lancer *une fusée Apollo vers la Lune* ? Bien sûr, la réponse est NON. Cela nécessiterait de comprendre tous les détails, tels que la conception du moteur, le carburant à utiliser, la navigation, les logiciels à utiliser, ainsi que la sélection et la formation des astronautes. Par conséquent, les gestionnaires de la coordination du projet considèrent que chaque composante est indépendante (boîte noire) et doit être gérée par une équipe spécialisée et autonome.



Par exemple, la composante carburante, exige des recherches autonomes dirigées par un directeur d'experts, le recrutement d'experts en chimie et en financement, la façon de collaborer dans le projet avec un producteur de carburant, etc. Les détails de la production du carburant doivent être gérés par le directeur de la composante carburant. Pour que la fusée n'explose pas, elle doit résister à des températures très basses et disposer d'un carburant en quantité suffisante pour atteindre la Lune en aller-retour, etc. Le coordonnateur du projet de fusée lunaire évaluera le département du carburant en fonction de l'atteinte d'objectifs précis et signera un contrat de performance avec le directeur de la composante du carburant, en fonction de ces objectifs.

Dans la boîte noire

- Le directeur doit être un scientifique avec une large autonomie
- Finances
- La recherche fondamentale
- Les contrats avec les compagnies pétrolières
- Les experts en vue de stabiliser le stockage de carburant
- Experts pour surveiller et contrôler la pollution
- Etc.

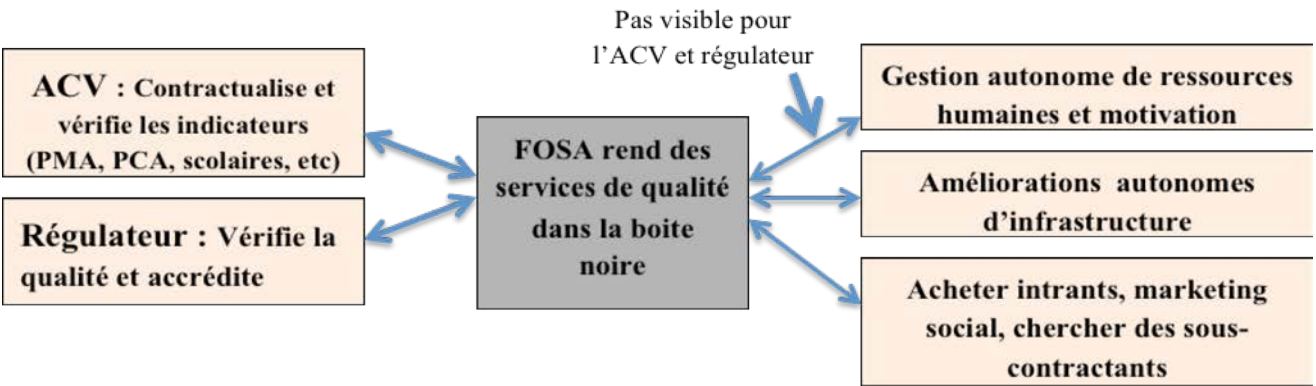


**Carburant
pour la fusée**

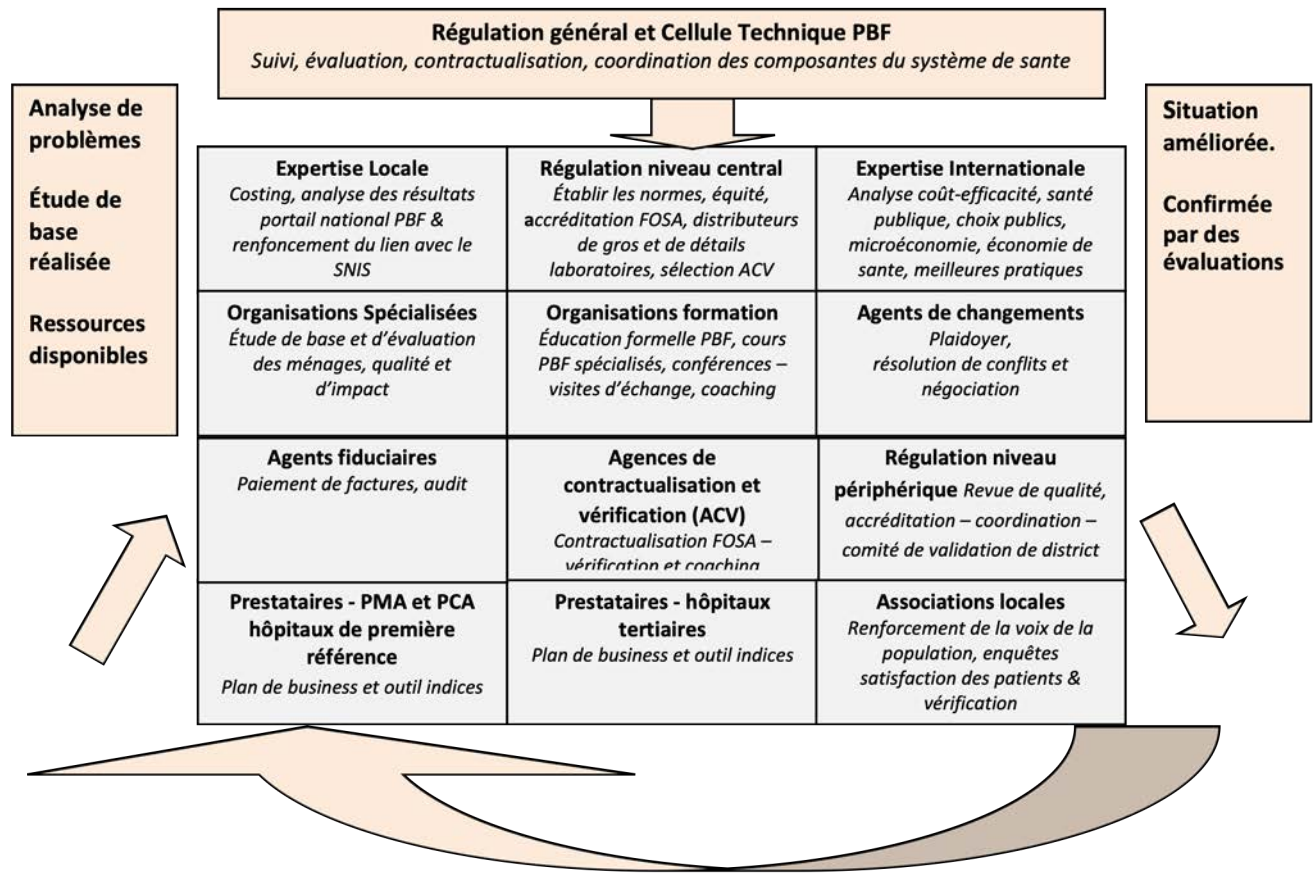
Le **financement basé sur la performance** s'appuie également sur la théorie de l'analyse des systèmes. Ni les décideurs aux niveaux national et local, ni les gestionnaires de fonds, ni les responsables des ACV ne peuvent connaître tous les détails relatifs à la gestion, à la logistique et aux aspects financiers de chaque structure de santé (ou d'école). Ces détails varient d'une structure de santé à l'autre, de sorte qu'il est impossible pour un planificateur central de tout maîtriser. Les tentatives de contrôle du système de santé depuis le haut sont donc vouées à l'échec. En FBP, le gouvernement détermine, par contrat, les résultats à atteindre, les indicateurs de qualité des services et la nature des soins à fournir. Toutefois, les structures doivent déterminer elles-mêmes les stratégies et les choix spécifiques à l'échelle locale afin d'atteindre ces résultats. Dans la théorie de l'analyse des systèmes, le centre de santé, en tant qu'acteur indépendant de l'offre, est considéré comme une « boîte noire ». Le gestionnaire, le comité de gestion de la structure de santé et le personnel doivent élaborer leurs stratégies. Ils savent quels sont les inputs dont ils ont besoin et où les obtenir. Ils peuvent développer des approches de marketing social adaptées aux conditions locales et tirer parti des possibilités de collaboration avec les structures privées locales ou d'autres intervenants dans leur aire d'influence.

Cette approche de « boîte noire » ne signifie pas que les procédures internes des structures de santé ne doivent pas être transparentes. Le FBP demande que les gestionnaires d’un centre de santé utilisent des outils standards de gestion, tels que la rédaction d’un plan de business trimestriel et l’application de l’outil de gestion « indices » pour le calcul des recettes, des dépenses et des primes individuelles de performance du personnel. Cette approche permet aux gestionnaires de disposer d’une autonomie décisionnelle en matière de recrutement du personnel et d’achat de médicaments et de matériel, sans obligation de consulter les autorités supérieures. En fin de compte, ce ne sont que les résultats qui comptent, et non la manière dont ils ont été obtenus.

Le centre de santé est une boîte noire autonome, comme un acteur économique de l’offre



Le tableau suivant présente les 12 composantes de base du système FBP. La 13e composante est la régulation, ou le volant du système, qui doit veiller à ce que les 12 composantes de base s’orientent vers une amélioration du statut de santé de la population.



4.2 Motivation des acteurs et Théorie de Choix Publics

Les fonctionnaires sont censés défendre l'intérêt public et maintenir la justice sociale, la sécurité et les services sociaux. Pourtant, si leurs intérêts privés ne sont pas garantis, les fonctionnaires peuvent ne pas agir dans l'intérêt public et même causer des dommages à la société. Dans certains pays, les policiers, les agents de santé, les enseignants ou les autorités font davantage partie du problème que de la solution - prise de pots-de-vin, prescription de trop de médicaments pour gagner plus d'argent ou absences répétées du service... Cela conduit à de l'injustice, à des troubles sociaux, à des dégâts dans les structures de santé et les écoles, et même à des États défailants. Il est donc essentiel de trouver la meilleure manière d'expliquer le comportement des fonctionnaires.

Nous pouvons identifier trois théories expliquant le comportement des fonctionnaires :

1. *Le comportement d'intérêt public* suppose que les fonctionnaires et les politiciens suivront leur description de tâches et les intérêts de leurs patients, élèves, citoyens, etc., quelle que soit leur rémunération ou leur salaire. La théorie de l'intérêt public fait l'hypothèse que le gouvernement est composé d'individus motivés par le désir de servir le public et de faire ce qui est « juste ». Il suppose que l'État est en mesure d'identifier l'intérêt public et que ses fonctionnaires sont compétents pour le mettre en œuvre. Cependant, *la théorie de l'intérêt public semble peu réaliste*.

Dans certains pays, le salaire des fonctionnaires est assez élevé pour répondre à leurs besoins de base, et il peut être exact de supposer qu'ils accomplissent leurs tâches sans être tentés par la corruption ni par l'enrichissement personnel. Cependant, même avec des salaires raisonnables, il subsiste de nombreux exemples de fonctionnaires abusant de leur pouvoir. Alors, à quoi s'attendre dans des pays où le salaire des fonctionnaires ne dépasse pas 100-200 \$US par mois, ce qui est insuffisant pour satisfaire leurs besoins fondamentaux en nourriture et en logement, ainsi que les frais de scolarité de leurs enfants.

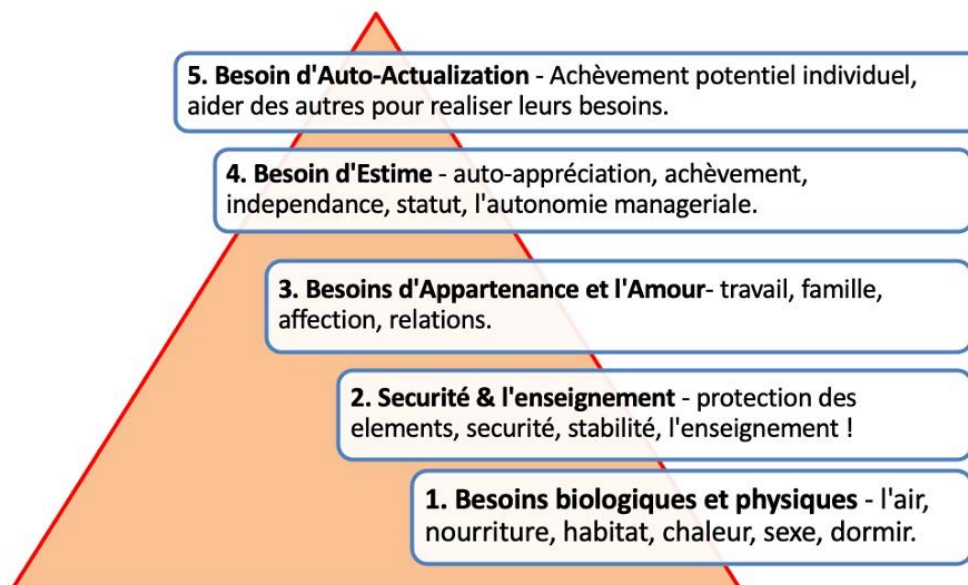
2. *Le comportement de l'éthique médicale* : selon cette théorie, les professionnels de santé se comportent conformément au serment d'Hippocrate. Les universités ou écoles exigent souvent des étudiants ou des élèves qu'ils prêtent ce type de serment lors de la remise des diplômes. Cette théorie met l'accent sur les gains scientifiques obtenus en appliquant la science au profit des malades, en prenant toutes les mesures nécessaires, tout en évitant un traitement excessif. Elle suppose que les agents de santé font preuve de bienveillance et respectent la vie privée des patients, et que la prévention est préférable à la guérison. Pourtant, si de telles promesses sont importantes et désirables, il est douteux qu'elles soient réalistes. Certains professionnels peuvent en effet suivre le serment, mais peut-on construire avec succès un système sur l'hypothèse que cette attitude est la règle ?

3. Troisièmement, il y a la **théorie du choix public**, fondée sur le *comportement orienté par les intérêts personnels*, qui postule que chaque agent économique vise à maximiser son intérêt personnel. Si les agents de l'offre (les FOSA) et les patients visent à maximiser leur propre avantage dans des conditions de concurrence parfaite, cela permettra également de maximiser l'intérêt public en tirant le meilleur parti des ressources limitées. Un argument analogue peut être développé au sujet du comportement des fonctionnaires. La théorie des choix publics repose sur l'hypothèse que la plupart des acteurs agiront dans leur intérêt personnel. Cela implique que les fonctionnaires ne protègent pas automatiquement l'intérêt public. L'idée est que l'intérêt personnel (du fonctionnaire) et l'intérêt public deviennent identiques (congruence des objectifs). Il suppose que les fonctionnaires cherchent, pour la plupart, leur intérêt personnel et que le choix public étudie leurs interactions avec le système social.

La compréhension, dans l'approche FBP, de la façon dont les fonctionnaires agissent est fondée sur la théorie des choix publics, elle-même basée sur la théorie des intérêts personnels.

Celle-ci utilise des outils économiques modernes pour étudier des problèmes qui relèvent traditionnellement du domaine de la science politique. Elle traite de sujets où les intérêts matériels sont supposés prédominer. Elle vise notamment à expliquer et à influencer le comportement probable des politiciens et des fonctionnaires, tels que les agents de santé, les enseignants, les policiers, etc.

La hiérarchie des besoins de Maslow peut également nous aider à comprendre le comportement des individus. Comme le montre le schéma ci-dessous, ce n'est que lorsque les besoins d'ordre inférieur en santé physique et en bien-être émotionnel sont satisfaits que l'on peut être concerné par les besoins d'ordre supérieur et par le développement personnel. Il est clair à partir de ce diagramme que, dans les pays en développement, peu de fonctionnaires ont atteint les niveaux élevés où ils peuvent commencer à aider d'autres personnes à satisfaire leurs besoins.



4.2.1 Comment motiver les agents dans le FBP dans la logique des choix publics

Dans le FBP, on suppose que la majorité des agents sont d'abord motivés par leurs intérêts personnels ; il faut donc s'assurer qu'il existe un lien entre l'intérêt public et l'intérêt personnel. Si un agent travaille bien au service public, il doit également être correctement rémunéré. Ainsi, la motivation provient principalement de l'extérieur (extrinsèque). Pour cela, le FBP a développé, sur la base de la théorie du choix public, des incitations positives et négatives et propose d'éviter toute forme d'incitation perverse.

Cependant, cela signifie-t-il que *la motivation intrinsèque* n'est pas importante ? Au contraire, le système FBP doit également créer une ambiance où ceux qui font ce qui est bien pour leur communauté se sentent à l'aise et appréciés. Cela semble mieux assuré lorsque le système est juste, au sens où quelqu'un qui fait ce qu'il est censé faire est reconnu par ses pairs.

4.2.2 Incitations positives

1. En **premier lieu**, il est nécessaire d'atteindre **un niveau de rémunération** (total du salaire et de la prime de performance), qui permet de soutenir une famille, en termes de nourriture, d'habillement, de logement et de scolarisation des enfants. Les études initiales devraient identifier ce niveau essentiel de rémunération. Par exemple, au Burundi, lors des études initiales menées avant les interventions FBP dans les domaines de la santé et de l'éducation, nous avons constaté que la rémunération totale devrait être le triple du salaire octroyé par le gouvernement.

2. La **deuxième incitation positive** visant à motiver les acteurs est que la rémunération ne devrait pas être entièrement fixe. Une partie devrait être variable et financée par les primes de performance. Ceci est conforme au principe « *travailler plus et gagner plus* ». En FBP, les proportions de la rémunération destinées aux salaires et aux primes de performance sont respectivement de l'ordre de 60% et 40%. Pourtant, cela peut varier selon que le niveau des salaires fixes est élevé ou faible par rapport au coût de la vie. Par exemple, en République démocratique du Congo, les salaires fixes sont si bas — voire absents — qu'il faut des primes supérieures à 40% de la rémunération totale, tandis qu'au Ghana et en Zambie, où les salaires sont déjà assez élevés, la proportion des primes variables pourra être inférieure à 40%.
3. La troisième **incitation positive** est qu'il doit y avoir une atmosphère administrative et politique de transparence, ainsi qu'un appui au renforcement de celle-ci. Il est également important d'aligner les objectifs entre l'employeur et les agents, ou entre les autorités de santé et les prestataires de soins, afin que chaque acteur comprenne clairement ces objectifs dans le cadre d'une vision partagée. Les structures de santé peuvent viser à créer chez leurs travailleurs une atmosphère d'objectifs communs et un sentiment d'appartenance à une « famille ».

4.2.3 Incitations négatives

1. Le principal peut **ne pas verser de subsides** aux agents s'ils n'ont pas accompli les tâches prévues. Même de petites retenues de subsides ont tendance à constituer un « bâton » efficace pour prévenir les comportements indésirables.
2. Le principal **peut rompre les contrats** de performance conclus avec les structures. Lorsque la performance des structures sera satisfaisante, les contrats seront renouvelés sans difficulté. En cas de problèmes mineurs, l'acheteur peut retarder l'approbation du plan d'affaires (et du contrat) jusqu'à la soumission d'un nouveau plan d'affaires plus convaincant et plus réaliste. Quand la performance de la structure est mauvaise, à tel point qu'il est peu probable que les objectifs soient atteints, le contrat peut être rompu et une autre structure peut être contactée, ou bien le comité de gestion de la structure peut être invité à proposer un changement important du plan d'affaires.
3. **Des mesures administratives.** Lorsque le personnel adopte des comportements contraires à l'éthique, il est important que les dirigeants de la structure prennent des mesures pour y remédier. Au cas où le comportement négatif persiste, cela peut entraîner la suspension du contrat ou le licenciement. Dans le secteur privé, ces mesures sont souvent efficaces. Dans le secteur public, qui concerne les fonctionnaires de l'État, ces procédures administratives tendent à être inefficaces, car elles sont complexes et souvent très bureaucratiques. Toutefois, les mesures disciplinaires ne doivent pas être négligées.

4.2.4 Éviter des incitations perverses

Des incitations trop élevées et perverses, comme un montant de subsides octroyé pour les césariennes situé au-dessus du prix de production, vont créer une demande induite par le fournisseur ou « hasard moral ». Les hôpitaux répondront à cette incitation en maximisant leurs profits, en réalisant des interventions qui n'étaient pas nécessaires. Pour cette raison, il faut éviter d'accorder des subsides trop élevés, qui entraînent des remboursements supérieurs au coût de production, pour les activités de soins curatifs et les soins de santé gratuits. Pour les patients qui bénéficient de la gratuité, on peut proposer des subsides équivalents à 60-80% du prix de production. Cela permettra d'éviter le hasard moral et d'être suffisamment juste pour que le fournisseur accepte d'exempter de paiement les soins de santé ciblés.

4.3 **Théorie de la nouvelle gestion publique et des contrats**

La **nouvelle gestion publique** est un cadre théorique qui introduit les approches de gestion du marché dans le secteur public et vise à améliorer l'efficacité des services publics (Craig et Porter 2006). La théorie des contrats est un élément important de la nouvelle approche de gestion publique des années 80 et 90. (Dunleavy et Hood, 1994).

Dans la nouvelle théorie de gestion publique, il existe seulement deux options réalistes pour améliorer la performance des structures publiques :

- a. Appliquer également aux structures publiques les règles de gestion du secteur privé.
- b. La privatisation totale du secteur public.

La privatisation dans les pays d'Afrique est rarement reconnue comme telle. Elle survient surtout dans les zones urbaines, lorsque les investisseurs du secteur privé répondent à la demande de services de santé créée par la population des villes en expansion. Le secteur public est absent de la réponse à cette demande. Dans des villes comme Douala et Brazzaville, les cartographies des structures de santé réalisées en prélude aux interventions FBP ont montré que plus de 80 % d'entre elles étaient privées. Certaines détenaient une autorisation d'ouverture, tandis que d'autres n'en avaient pas. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une privatisation planifiée mais plutôt d'une privatisation *de facto*.

La **théorie des contrats** s'appuie sur la théorie du principal-agent, qui fait écho à la séparation entre le fournisseur et l'acheteur, et considère le contrat comme l'outil permettant d'établir la relation entre eux. Avant tout, la théorie des contrats implique la nécessité d'une communication entre un principal et un agent, de sorte qu'il y ait une compréhension claire, de part et d'autre, des besoins du principal et de la capacité de l'agent à les satisfaire de manière appropriée. Pour éviter les malentendus entre l'agent et le principal, les contrats doivent être signés par les deux parties : *un contrat se doit d'être bilatéral ou binôme*.

La théorie des contrats permet de se concentrer sur les résultats et de surmonter les contraintes qui empêchent les gouvernements d'utiliser efficacement les ressources publiques. Elle vise à utiliser les avantages comparatifs des prestataires privés et publics. Elle introduit la concurrence (via des appels d'offres) afin d'accroître l'efficacité et l'efficacité des services (Batley et Larbi 2004 ; Loevinsohn et Harding 2005a). Elle vise aussi à accroître l'équité entre les consommateurs dans l'accès aux services. En outre, le régulateur doit viser à créer autant que possible des conditions de concurrence parfaite. Cela peut se faire en incitant le secteur privé à investir dans des services de santé afin d'augmenter le nombre d'acteurs de l'offre. Informer les patients des services permet de réduire le risque de demande induite par le fournisseur, tandis que communiquer les scores de qualité des structures à la communauté permet de réduire le nombre de services de mauvaise qualité. Par ailleurs, établir des normes, mener des évaluations de la qualité et assurer l'accréditation améliorent encore plus les conditions de concurrence parfaite des services de santé sur le marché.

Pour éviter des avantages injustifiés lors des transactions, des efforts de la part du principal sont nécessaires, tels que la collecte préalable d'informations en vue de la négociation des contrats et un suivi rigoureux. Ces activités génèrent des coûts de transaction. Les contrats doivent être formulés en précisant les conditions de paiement sur la base des outputs produits et la nature des sanctions en cas de mauvais résultats (Duran, Sheiman et al. 2005).

La vérification rigoureuse des résultats des contrats est essentielle pour faire respecter les objectifs visés et émettre des avertissements en cas de problème ou de suspicion de manigances (par exemple : chiffres bidons, fausses déclarations). Au fur et à mesure que les services ou les produits deviennent plus

complexes, le contrat doit être plus détaillé et la vérification plus rigoureuse, ce qui a également un coût (Forder, Robinson et al., 2005).

Néanmoins, la contractualisation peut présenter des limites. Les coûts des vérifications, parfois cachés et onéreux, doivent être pris en compte (Guinness 2011). Les coûts de ces transactions, dans des systèmes FBP en cours de développement, peuvent atteindre 30%, mais grâce à des économies d'échelle réalisées au niveau national, ils peuvent être ramenés à environ 20%.

La contractualisation ne peut pas améliorer l'efficacité dans les milieux où seuls quelques entrepreneurs sont en concurrence.

Généralement, dans le **processus de passation d'un contrat**, les étapes sont les suivantes : (a) préparation ; (b) formalisation de la relation contractuelle ; (c) mise en œuvre du contrat ; (d) fin du contrat, qui peut conduire à un renouvellement, à un non-renouvellement ou à une renégociation.

Un contrat **valide doit remplir les conditions suivantes** : (a) le consentement libre et éclairé des deux parties ; (b) les partenaires doivent avoir un statut juridique ; (c) l'absence, dans le contrat, de quoi que ce soit qui incite à un comportement illégal ; (d) les objectifs du contrat et les cibles doivent être clairs et vérifiables.

Les **éléments d'un arrangement contractuel** sont : (a) une alliance volontaire entre des partenaires indépendants, qui se répartissent des droits et des responsabilités réciproques : ces partenaires attendent des avantages de leur relation ; (b) les avantages du contrat ne sont pas altruistes : les deux parties visent à tirer un avantage (financier) de l'arrangement.

Quand tous les acteurs économiques engagés dans le processus agissent avec un haut niveau de compétence, le résultat de l'arrangement peut être mutuellement satisfaisant.

4.3.1 Contrats classiques

Un *contrat classique* se caractérise par un objectif clair ; il est limité dans le temps ; les partenaires connaissent exactement le « quoi », le « quand » et le « comment » du contrat. L'avenir est prévisible. Le contrat est opposable au sens juridique. Il est généralement mis au point par un appel d'offres et s'accompagne de spécifications détaillées ou de termes de référence. Les exemples de contrats classiques sont le contrat de construction d'une maison ou la sous-traitance des services de blanchisserie ou de sécurité dans un hôpital. Les contrats entre les ACV-FBP et les prestataires deviennent de plus en plus classiques lorsque les conditions contractuelles, les indicateurs et les instruments de travail sont élaborés et améliorés. Dans le FBP, certaines relations contractuelles peuvent être expliquées par la théorie des contrats classiques, comme les services qu'un centre de santé fournit et qui doivent être vérifiés par l'ACV. Les services disposent d'indicateurs SMART ; les subsides sont clairs, de même que les sanctions en cas d'abus. La fraude et des services de mauvaise qualité, qui ne sauraient être tolérés, peuvent être sanctionnés par la suspension du versement des subsides ou même par l'annulation du contrat.

4.3.2 Contrats relationnels

La réalité des services de santé peut être complexe et il est difficile de prévoir l'avenir. Des événements imprévus peuvent survenir, tels que des facteurs politiques, des revenus instables et des crises humanitaires ou naturelles. Ainsi, la **rationalité limitée** consiste en le fait que les partenaires du contrat ne connaissent pas l'avenir, mais qu'en revanche ils ont un intérêt commun à entrer dans une relation

contractuelle. Ce genre de contrat, fondé sur la confiance plutôt que sur la certitude, est appelé **contrat relationnel**.

Les contrats relationnels sont nécessairement vagues quant aux objectifs spécifiques et aux stratégies, car la réalité peut évoluer au cours de la durée du contrat. Ainsi, la durée du contrat ne peut être fixée objectivement par les partenaires, mais doit l'être en partenariat et en interdépendance. Cela exige une confiance mutuelle car il y a un besoin de flexibilité en cas d'événements imprévus. Il est difficile d'aller au tribunal notamment parce que le contrat a été conclu dans le cadre d'un partenariat. Ces contrats sont utilisés dans le cadre du financement basé sur la performance.

4.3.3 Transiter des contrats relationnels vers des contrats classiques

Dans le FBP, nous appliquons une approche de contrat relationnel lorsque les événements sont difficiles à prévoir, notamment au cours de la phase pilote d'un nouveau programme FBP. Un gouvernement peut demander à une grande ONG ou à un partenaire technique financier ayant de l'expérience en FBP d'aider au développement du FBP dans son pays. Cette phase nécessite de tester de nouvelles idées, et de changer le montage de l'approche FBP une fois que les leçons auront été apprises. Cela nécessite la mise en œuvre de la recherche opérationnelle afin de développer les meilleures stratégies possibles pour atteindre les objectifs sociaux. Cette relation exige un certain degré de confiance mutuelle. La relation contractuelle peut être régie par un aide-mémoire, avec un article précisant que les objectifs du contrat peuvent évoluer au cours de sa durée. Passée la phase initiale durant laquelle les leçons du FBP pilote sont apprises, les étapes suivantes peuvent devenir plus prévisibles et, avec le temps, les contrats peuvent devenir plus classiques que relationnels.

4.4 Références concernant la théorie des contrats

- Batley, R. & Larbi, A. G. (2004). The experience of contracting. Chapter 7 in *The Changing Role of Government: The Reform of Public Services in Developing Countries*. New York, N.Y., Palgrave MacMillan.
- Craig, D. and D. Porter (2006). *Development beyond neoliberalism?* New York, NY, USA, Routledge.
- Dunleavy, P. and C. Hood (1994). From old public administration to new public management. *Public Money & Management* 14(3):9-16.
- Duran, A., I. Sheiman et al. (2005). Purchasers, providers and contracts. In Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (eds.) *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Berkshire, Open University Press.
- Eldridge, C. & Palmer, N. (2009) Performance based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning*, 24, 160-166.
- Forder, J., Robinson, R., & Hardy, B. (2005) Theories of purchasing. In Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (eds.) *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Berkshire, Open University Press.
- Guinness, L. (2011). What can transaction costs tell us about governance in the delivery of large-scale HIV prevention programmes in southern India? *Social Science & Medicine* 72:1939-1947.
- Kadai, A., Sall, L. F., Andriantsara, G., & Perrot, J. (2006) The benefits of setting the ground rules and regulating contracting practices. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 841-920.
- Loevinsohn, B., & Harding, A. (2005a). Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *The Lancet*, 366, 676-681.
- Macqa, J. and J.-C. Chiema (2011). Looking at the effects of performance-based financing through a complex adaptive systems lens. *Bulletin of the World Health Organization*, 89:699-700.
- Perrot, J. (2006) Different approaches to contracting in health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 859-866.
- Perrot, J. (2012). Typology of contractual relations. J. Perrot and E. Roodenbeke (eds.), *Strategic contracting for health systems and services*. New Brunswick, U.S.A. and London, U.K., Transaction Publishers.
- Soeters, R., Peerenboom, B. P., Mushagalusa, P., & Kimanuka, C. (2011) Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Affairs*, 30(8): 1518-1527.

4.5 Micro-économie et principes du marché libre

L'économie de marché libre est adoptée par la plupart des pays du monde comme la meilleure approche pour allouer des ressources rares. Elle est souvent de mise dans une société qui accepte la démocratie, recherche des partenariats avec le secteur privé, favorise le libre choix des consommateurs et des structures de l'offre, ainsi que la concurrence entre ces structures. En revanche, dans certains pays, les décideurs considèrent que les principes du marché libre ne doivent pas être appliqués, parce que les échecs du marché à atteindre les objectifs sociaux sont tels que les systèmes sociaux devraient reposer sur une planification et un contrôle centralisé, comme cela se fait dans les pays communistes. Est-ce que c'est mieux ? Dans ce livre, nous présentons les arguments expliquant pourquoi les principes du marché libre doivent être appliqués, tout en soulignant que les échecs du marché doivent également être pris au sérieux. Cela étant, les défaillances du marché peuvent également être corrigées en recourant à des techniques de l'économie de marché (libre).

4.6 Économie de la santé et santé publique

Économie de santé

L'économie de la santé est importante pour comprendre le marché des soins de santé (offre, demande, équilibre), identifier les défaillances du marché et les mécanismes pour y remédier, en s'appuyant également sur des techniques de marché (voir le module 5).

Santé publique

La santé publique est une autre discipline importante pour le FBP, car elle aide à définir des interventions ayant un bon rapport coût-efficacité, comme les éléments du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des centres de santé, et du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) des hôpitaux. Dans ce livre, nous ne traitons pas en détail de la santé publique, car nous supposons que les participants maîtrisent déjà suffisamment cette discipline.

4.7 Décentralisation

La décentralisation est le transfert de la responsabilité de l'État aux autorités locales ou à une institution locale. En FBP, la **décentralisation** est importante, car elle permet aux décideurs et aux acteurs locaux d'influencer davantage les prestations et de renforcer l'autonomisation.

Les niveaux de décentralisation sont les suivants :

- a. La **déconcentration**. Il s'agit de la première étape de la décentralisation d'un système de commande et de contrôle centralisé, hiérarchique et rigide. Elle confère des pouvoirs délégués aux autorités locales pour mettre en œuvre fidèlement les politiques nationales, conformément à la loi, aux procédures, etc. Toutefois, celles-ci n'ont pas le pouvoir de modifier l'une des procédures nationales ou des instructions. La déconcentration est parfois décrite comme une forme de décentralisation où les autorités locales jouent un rôle de « marionnettes » des décideurs nationaux.
- b. La **décentralisation administrative géographique** permet le transfert des responsabilités et des pouvoirs de décision aux autorités de la périphérie (provinciales ou de district). Il peut s'agir de décisions relatives aux changements apportés aux services à fournir ou au choix des institutions avec lesquelles elles ont un contrat pour rendre les services disponibles à la population. C'est particulièrement important dans les grands pays, comme le Nigéria, la RDC ou l'Indonésie, où les États, les provinces et les districts diffèrent considérablement en termes de géographie, de culture, etc.
- c. La **gestion autonome** vise à conférer une autonomie juridique aux structures. Cela peut également être fait pour les structures publiques, où le gouvernement conserve la propriété de la structure, mais

où la gestion est autonome en matière de recrutement du personnel (embauche et licenciement), d'utilisation des ressources et d'établissement et de fixation des tarifs de recouvrement des coûts pour la population. Cette étape de la décentralisation est souvent mise en œuvre dans le cadre du FBP. Elle implique la séparation des fonctions entre l'acheteur et le prestataire, ainsi que celle entre l'acheteur, le régulateur et le payeur des subsides. Chacun a une responsabilité distincte. Ce système présente l'avantage supplémentaire que les structures publiques, privées et religieuses sont traitées de la même manière, sans discrimination.

- d. La forme la plus avancée de la décentralisation est la **privatisation complète** avec le transfert des biens publics au secteur privé. Dans de tels systèmes (par exemple aux Pays-Bas), le gouvernement joue principalement le rôle de régulateur du marché de la santé et de l'assurance maladie, et assure une partie du financement de ces services au moyen des impôts. C'est probablement la forme de décentralisation la plus recherchée.

4.8 Bonne Gouvernance

Partout dans le monde, d'intenses débats font rage sur la **bonne gouvernance** et sur ce que ce terme implique réellement. La Banque mondiale a adopté une définition de la bonne gouvernance qui souligne l'importance de : (1) la gestion des services publics, de leur efficacité et de leur efficacité ; (2) la responsabilité ; (3) l'échange et la libre circulation de l'information (transparence) ; et (4) un cadre juridique qui favorise le développement, la justice et le respect des droits de l'homme et des libertés.

La gouvernance implique l'autorité (le droit à l'obéissance à la commande – le Parlement) et la puissance (l'exercice de l'autorité – la police). La bonne gouvernance implique qu'un individu ou un groupe n'exerce ni l'autorité ni la puissance simultanément. Il se caractérise donc par la division et l'équilibre des pouvoirs entre des entités distinctes.

La bonne gouvernance est souvent caractérisée par la coopération entre trois ou plusieurs entités telles que :

- Dans le *domaine politique*, il y a un triangle politique : (a) Le législateur / régulateur (l'Assemblée nationale), qui a le droit de donner des ordres ; (b) L'exécutif (le gouvernement), qui exerce la puissance de l'autorité ; (c) Le système judiciaire, qui juge si les lois sont correctement appliquées ; (d) Les médias, qui assurent la transparence.
- Dans la *gestion financière*, il y a : 1) le directeur (ordonnateur) ; 2) le comptable (administrateur) ; 3) le caissier (caisse).
- En FBP, ces notions de bonne gouvernance ont été traduites par la séparation des fonctions, le renforcement de la transparence, le renforcement de la voix des consommateurs et l'établissement de la responsabilité des résultats des différents acteurs. Le FBP sépare les fonctions suivantes : (1) le régulateur ; (2) l'agence de contractualisation et de vérification ; (3) les prestataires de santé ou d'éducation ; (4) l'agence de paiement ; et (5) le consommateur.

Pour assurer la stabilité, le triangle doit être équilatéral entre les acteurs. Il devrait y avoir un équilibre des pouvoirs (« *checks and balances* ») entre ces acteurs, et leurs responsabilités doivent être clairement définies.

Les différents acteurs (et leurs rôles) sont traités plus en détail dans les autres modules du manuel. Les structures de la gouvernance et de la régulation dans le module 6 ; la contractualisation et la vérification dans le module 7. Pour les enquêtes de satisfaction des clients et le renforcement de la voix de la population, se reporter au module 8. Les autres modules traitent du fonctionnement des prestataires.

5. MICRO-ÉCONOMIE et ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Pacifique MUSHAGULUSA, Didier NTIRORANYA, Harmelle ENAME, Prof MUNYANGA

5.1 MICRO-ECONOMIE

Principaux messages de ce module

- Toute forme de monopole est indésirable et nuisible à la société. Ceux-ci conduisent à une utilisation inefficace des ressources publiques rares, à des services de mauvaise qualité et à des prix de produits trop élevés. Des **interventions gouvernementales** sont nécessaires pour corriger les abus de monopole afin d'améliorer l'efficacité du marché et le rapport qualité-prix.
- Une société distribue au mieux les ressources limitées si les acteurs économiques de la demande (consommateurs, patients) et de l'offre (centres de santé, écoles) ont le droit de prendre des décisions économiques plutôt que les planificateurs centraux.
- Un expert en FBP devrait être guidé par *l'économie positive*, qui consiste à prédire l'avenir en s'appuyant sur des constats testés et à conseiller les décideurs en conséquence. Lorsque des décisions *économiques, normatives et politiques* sont examinées, l'expert doit calculer les conséquences en s'appuyant sur l'analyse de l'économie positive. Ainsi, les décideurs et les politiciens prennent une décision « normative » en pleine connaissance des options disponibles.
- Un expert en FBP devrait toujours se poser la question : « Y a-t-il une autre façon de faire les choses de manière plus efficace ? » et, à cette fin, appliquer *l'analyse des coûts d'opportunité*.
- Le but d'améliorer l'accès financier, en particulier pour les personnes vulnérables, est partagé par tous les systèmes de santé, y compris le FBP. Cependant, pour atteindre cet objectif, il est imprudent pour un gouvernement ou une autorité locale de fixer les tarifs de recouvrement des coûts dans les établissements de santé sans un mécanisme bien conçu pour compenser les pertes liées à la réduction des revenus issus du partage des coûts. La fixation d'un prix tend à créer un prix inférieur au prix d'équilibre (prix plafond), ce qui entraîne des effets secondaires négatifs plus importants que les avantages des objectifs sociaux escomptés. « *La main invisible d'Adam Smith va se gifler* ».
- Dans le FBP, les prestataires autonomes devraient être libres de fixer leurs prix. Cela étant, le régulateur peut influencer le prix du marché grâce aux subsides, aux taxes et à l'information des consommateurs.

Un économiste peut influencer le prix de marché grâce à des subsides et des taxes. Exemples :

1. Donner des subsides aux formations sanitaires pour les soins curatifs => Cela a pour effet de déplacer la courbe de l'offre vers la droite. Cela réduira le prix d'équilibre et augmentera la demande.
2. Les taxes sur l'alcool ou les cigarettes déplacent la courbe de l'offre vers la gauche. Cela augmentera le prix d'équilibre et réduira la demande.

5.1.1 Quelques concepts et définitions en économie

Le mot « économie » vient de deux mots grecs : OIKOS, qui signifie « maison », et NOMOS, qui signifie « ordre, principe, règle ou loi ». La science économique étudie l'utilisation des ressources rares pour répondre aux besoins illimités des êtres humains.

Microéconomie = L'étude des échanges économiques lorsque *l'unité de prise de décision* est l'individu, qu'il s'agisse de consommateurs (demande) ou de sociétés produisant des biens et des services (offre).

Macroéconomie = L'étude des échanges économiques, aux niveaux national et international, de l'ensemble de l'économie. Elle étudie des problèmes tels que le niveau général des prix, le chômage, l'inflation et la croissance économique.

Les concepts fondamentaux en économie :

- **Désir** : Toute aspiration humaine, souhaite.
- **Bien** : Toute chose capable de satisfaire un besoin et disponible à cette fin.
- **Agent économique** : Tout individu ou toute institution, par exemple un patient, un centre de santé ou un hôpital, qui constitue un centre de décision économique (*achat ou vente, ou ni achat ni vente*).
- **Acte économique** : Actions menées par un agent économique
- **Système économique** : Il porte sur les questions d'allocation des ressources, ainsi que sur les procédures ou processus de prise de décision.

Bien que la science économique puisse contribuer aux connaissances théoriques testées et fondées sur des preuves pour une question particulière (= **économie positive** = ce qui est ou a été), la décision finale sur les questions de politique repose souvent sur des valeurs sociales et l'éthique, choses sur lesquelles les individus peuvent avoir des opinions différentes (= **économie normative** = ce qui devrait être). Idéalement, ces décisions relatives aux politiques normatives sont prises au moyen d'un processus démocratique étayé par des preuves, et accessibles à l'électorat au moment de faire des choix. C'est le rôle des économistes - fondé sur les théories économiques et sur des modèles testés - de prévoir les conséquences probables, en termes de coûts et d'efficacité, de ces décisions normatives pour l'avenir.

Pour des prestataires autonomes du FBP on distingue des ressources économiques suivantes :

(a) Le capital ; (b) Les ressources humaines ; (c) L'organisation ; (d) L'innovation / L'entrepreneuriat. La dernière ressource était souvent oubliée par le passé, ce qui empêchait le système d'évoluer.

5.1.2 Boîte à outils de l'économiste

Un économiste a une gamme variée d'outils - la boîte à outils économique :

- **Analyse historique** à l'aide de statistiques, afin d'identifier les causes. « *Il est nécessaire d'étudier le présent à la lumière du passé en vue de prédire l'avenir.* »
- **Modélisation économique.** Ce sont des versions simplifiées de certains aspects de l'économie. Les modèles économiques sont souvent exprimés sous forme d'équations, de graphiques ou de mots. Ils reposent sur l'abstraction, qui ignore les détails afin de se concentrer sur les éléments les plus importants du problème.
- **Théorie économique.** Pour une théorie, il existe des preuves scientifiques. C'est une simplification délibérée des relations, utilisée pour en expliquer le fonctionnement. Ceci est important pour faire face aux possibilités *qui n'ont pas réellement eu lieu et vise à prédire l'avenir* sur la base de théories lorsqu'on propose, par exemple, une certaine manière d'organiser le système de santé. Un autre exemple est « comment réduire le chômage » ; une théorie économique étudie les effets d'une nouvelle politique. C'est souvent le travail des organisations scientifiques telles que le Bureau National des Statistiques (aux Pays-Bas) ou des Écoles d'Économie de la Santé. Cependant, ces dernières ne jouent pas pleinement leur rôle en Afrique, car elles restent rares.
- **Hypothèse** : Contrairement à une théorie économique testée, une hypothèse est une théorie non vérifiée pour laquelle il n'existe pas encore de preuve scientifique que l'hypothèse est correcte, Exemple d'une hypothèse (il y a quelques années) : « L'approche FBP avec l'autonomie de gestion et la décentralisation est plus rentable que la prise de décision et le contrôle au niveau central »

(centralisés) des procédures de gestion et de la distribution d'intrants tels que les médicaments ». Une telle hypothèse doit ensuite être testée par une étude « ici et là » ou une étude « avant-après ».

5.1.3 Rareté, planification centrale et de l'économie de marché

Pratiquement toutes les ressources sont rares, ce qui signifie que les individus en ont moins qu'ils ne le souhaiteraient. Par conséquent, les choix des individus doivent être faits parmi un ensemble limité de possibilités ou d'alternatives, tout en étant pleinement conscients que prendre la décision d'avoir une chose donnée (en quantité suffisante) implique qu'on aura moins d'une autre.

Globalement, il existe deux systèmes de distribution de biens et services :

1. Le **système d'économie de marché libre**. C'est une forme d'organisation économique qui consiste à laisser les décisions d'allocation des ressources à la discrétion des producteurs et des consommateurs, qui agissent dans leur propre intérêt, sans intervention de directives issues du niveau central.
2. Le **système d'économie planifiée ou centralisée**. Dans ce cas, les décideurs du niveau central dictent (imposent) aux agents économiques comment produire, ce qu'il faut produire et ce qu'il faut consommer. Ce système était en vigueur dans l'ancienne Union soviétique en 1991, sous le régime communiste. Cependant, celui-ci s'est effondré de façon spectaculaire et les anciens pays socialistes ont travaillé dur pour rendre leurs économies plus libres. En outre, la Chine, qui est toujours un pays « communiste » de nom, s'est orientée vers le système du libre marché. Aujourd'hui, certains éléments du système planifié sont encore appliqués en Corée du Nord, à Cuba et dans des pays à régime populiste, comme le Venezuela.

L'impossibilité de la planification centrale. Le processus de production des différentes industries et les préférences des consommateurs sont tous interdépendants ; l'ensemble de l'économie peut être perturbé si le problème de planification de la production n'est pas résolu. Cela dit, l'interdépendance de ces processus de production implique le traitement d'une grande quantité de données, ce qui rend *la planification centralisée quasi impossible*.

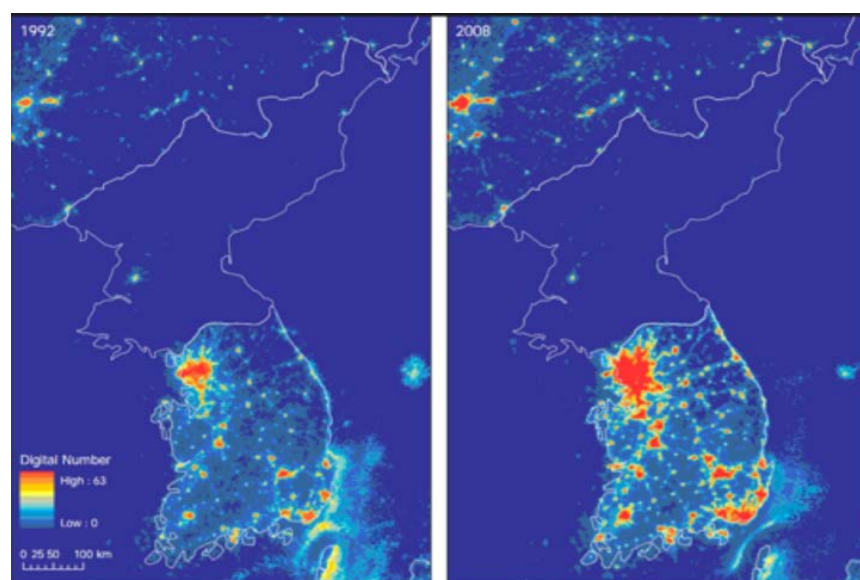


Illustration : Les deux Corées : Planification centralisée (Nord) et l'économie de marché (Sud) – 1992 et 2008.

L'économie de marché (où les acteurs économiques ont la liberté de fixer les prix à leur guise) fournit une solution à ce problème grâce à la loi de l'offre et de la demande, qui tend automatiquement vers le prix d'équilibre sans intervention extérieure.

Toutefois, le système économique de marché libre ne peut pas résoudre les problèmes de chômage ni de protection de l'environnement, et tous les objectifs sociaux ne peuvent pas être atteints avec ce système. Ils peuvent produire trop ou trop peu d'objectifs socialement désirables, et les acteurs ayant une connaissance plus approfondie du marché peuvent en abuser et en tirer des bénéfices injustifiés.

On peut défendre ou attaquer le système capitaliste, mais des socialistes, tels que Karl Marx, ont aussi convenu que le marché (libre) est remarquablement efficace dans la production et la distribution de biens. Le système économique de marché libre est la meilleure façon de répartir les ressources rares, bien que les marchés puissent échouer dans certaines circonstances. Ces échecs peuvent cependant être corrigés par des techniques de marché telles que les subsides (en améliorant les services souhaitables), les taxes (réduisant les mauvaises habitudes comme le tabagisme), des campagnes d'information (pour promouvoir les comportements souhaités tels que l'accès à la vaccination ou à la planification familiale) et la réglementation gouvernementale (comme l'assurance qualité sur le marché de la santé).

La coordination dans une économie par les forces du marché: Pour décider de la manière d'allouer les ressources rares, chaque société doit, en quelque sorte, prendre trois sortes de décisions: (1) elle doit comprendre comment utiliser efficacement les ressources pour atteindre le maximum de possibilités économiques, (2) elle doit décider quelle est la meilleure combinaison possible de biens à produire - combien de nourriture, de voitures, de soins de santé, etc.; (3) elle doit aussi décider quelle part de la production totale de chaque bien distribuer à chaque personne. Le pouvoir du marché de Milton Friedman : <https://youtu.be/PvX13GCcVTA>

Sub 1 : Choix de la production : C'est le système de marché qui détermine ce que la communauté produit en vertu de la loi de l'offre et de la demande. En vertu du « non-interventionnisme », la répartition des ressources d'une société dépend de deux facteurs décisifs : (a) les préférences des consommateurs et (b) la difficulté relative à produire les marchandises (coût de production). Le prix varie de sorte que la quantité produite soit égale à la quantité nécessaire.

Sub 2 : Distribution des ressources : En vertu du principe de non-intervention, c'est le système des prix qui répartit l'énergie et les autres matières premières entre les différentes industries, en fonction des besoins de chacune. Dans un marché libre, les facteurs de production sont alloués aux firmes capables de les utiliser de manière productive. Les firmes qui ne sont pas capables d'utiliser de manière productive un produit, sont écartées du marché par le prix de ce facteur de production (et cela peut les conduire à la banqueroute).

Sub 3 : Distribution des produits aux consommateurs : Le système des prix remplit cette fonction en attribuant des prix élevés aux produits pour lesquels la demande est forte et en laissant les consommateurs libres d'agir selon leurs propres intérêts, leurs goûts et leurs préférences, ainsi qu'en fonction de leurs revenus.

5.1.4 Coût d'opportunité

Le **coût d'opportunité** de toute décision est la valeur de la meilleure solution de rechange à laquelle la décision prise oblige le décideur à renoncer (par exemple, travailler dès l'âge de 16 ans ou étudier pour améliorer ses connaissances et y gagner plus tard). Ce n'est pas le prix du marché d'une maison ou d'un nouvel ordinateur, ni les dépenses liées à la scolarité, dont il s'agit, mais le *coût réel de la décision*. C'est plutôt la valeur accordée à ce qu'il faut abandonner, comme les repas au restaurant, un nouveau bureau ou un jour férié. Ce coût d'opportunité correspond à toutes les possibilités que l'individu, l'entreprise ou l'organisation doit délaissier pour obtenir la propriété désirée. Pour faire des choix logiques, le coût d'opportunité doit être pris en compte dans le processus décisionnel.

Lorsque le marché fonctionne mal (par exemple lorsque les décideurs centraux imposent leurs décisions au marché), le coût d'opportunité est élevé. Ceci est très fréquent dans les pays en développement, lorsque les administrateurs centraux se prononcent sur les procédures de gestion et distribuent des intrants, tels que des médicaments, pour le compte des gestionnaires des structures de santé. Le coût d'opportunité est alors élevé, car la même somme d'argent aurait pu être utilisée plus efficacement, de manière décentralisée, par les acteurs de l'offre pour améliorer l'infrastructure et l'équipement, ou pour recruter du personnel supplémentaire.

5.1.5 Demande de biens en microéconomie

La quantité d'un bien demandé en économie dépend de plusieurs facteurs :

- Le *prix du bien concerné* (P_x) ;
- Le *prix du produit de substitution* (bœuf au lieu du porc ou du poisson ; spaghettis au lieu de macaroni)
- Le *revenu disponible* (R) du consommateur ;
- Le *goût du consommateur et ses préférences* (qui peuvent être influencés par la publicité)
- La *croissance démographique*.

La **loi de la demande** émane de l'hypothèse selon laquelle les prix des produits de substitution, le revenu disponible des consommateurs, les goûts et la croissance démographique restent constants. Ainsi, la loi de la demande est formulée comme suit : « *Toutes choses étant égales par ailleurs, les quantités demandées d'un bien varient en fonction inverse de son prix* ». La courbe de la demande est décroissante de gauche à droite ; sa pente est donc négative. Cela signifie que lorsque le prix diminue, la quantité demandée augmente.

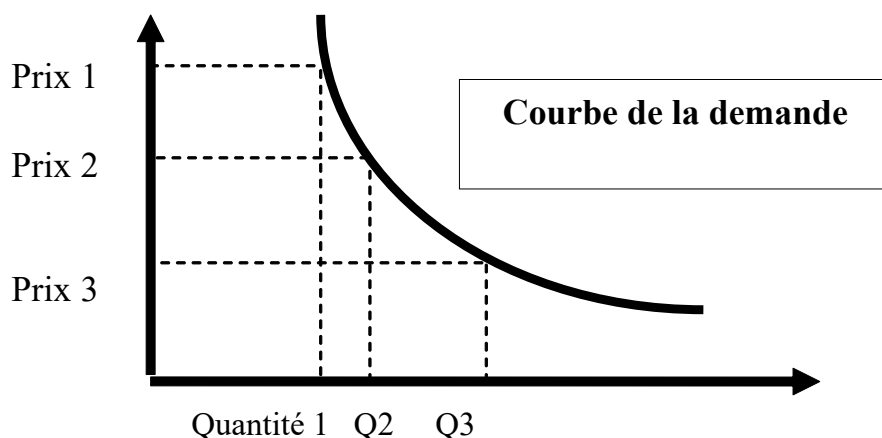


Figure : Une variation de prix entraîne un déplacement de la demande le long de la courbe de demande.

Déplacement de la courbe de demande. Une *variation du prix* d'un bien provoque un déplacement le long de la courbe de demande. Au contraire, une variation d'autres facteurs (tels que le revenu, la croissance démographique, les goûts des consommateurs, etc.) influençant la demande de biens provoquera un déplacement de la courbe de demande dans son ensemble.

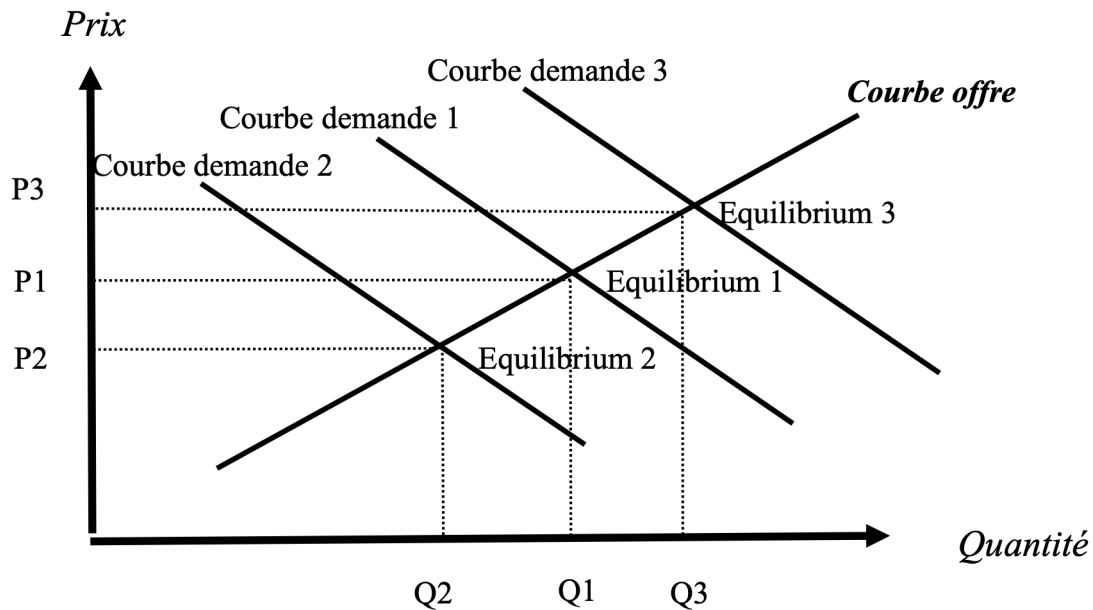


Figure : Déplacement de la courbe de demande à la suite d'un facteur autre que le prix.

En conséquence, tout facteur (croissance démographique, popularité du produit) qui déplace la courbe de demande vers la droite, sans changer la courbe de l'offre, entraîne une hausse du prix d'équilibre et de la quantité. Tout facteur (réduction des revenus des ménages, augmentation du chômage, instabilité politique, introduction d'un produit de substitution dans les magasins) qui provoque le déplacement de la courbe de la demande vers la gauche, sans changer la courbe de l'offre, entraîne une chute du prix d'équilibre et de la quantité.

5.1.6 Élasticité de la demande

L'élasticité de la demande est très importante pour le calcul des tarifs de recouvrement des coûts d'un prestataire. Si la demande est très élastique, un changement de prix d'un pourcentage donné entraîne une variation en pourcentage de la quantité demandée plus importante. Dans une situation de concurrence parfaite, il peut exister une courbe de demande presque horizontale, également appelée « *courbe de demande parfaitement élastique* ». Ainsi, par exemple, sur un marché avec de nombreux vendeurs et acheteurs de bananes, où le prix est de 1 \$US le kg, si un vendeur augmente le prix à 1,10 \$US, la demande de ce produit sera ramenée à zéro.

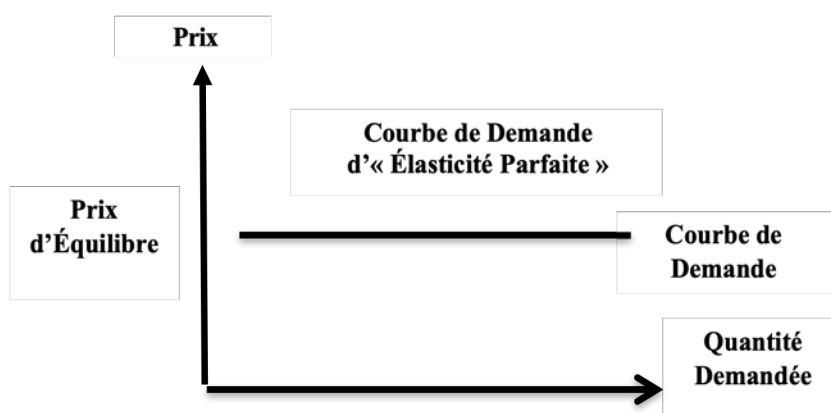


Figure : Courbe de la demande parfaitement élastique

En revanche, lorsque la demande est inélastique, un prix plus élevé ne réduit pas beaucoup la demande et le prestataire peut réaliser de gros profits (courbe de demande presque verticale, ou « *courbe de demande parfaitement inélastique* »). Cela peut être le cas lorsqu'un patient arrive à l'hôpital avec une blessure présentant un risque vital. Dans ce cas, l'hôpital peut demander ce qu'il veut ; le patient accepte le prix. Pour éviter de tels résultats négatifs, le gouvernement peut insister pour que les prix soient annoncés à l'avance, et non au moment de l'événement. Le gouvernement peut aussi stimuler la concurrence en offrant à d'autres fournisseurs d'entrer sur le marché – et ainsi faire baisser les prix.

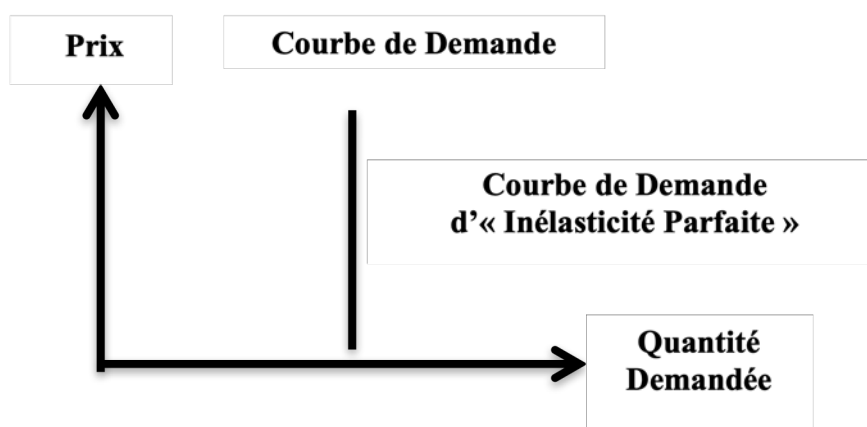


Figure : Courbe de la demande parfaitement inélastique

L'élasticité de la demande par rapport au prix est la proportion de l'augmentation de la fréquentation (par exemple : le nombre de consultations) divisée par la proportion de la réduction du prix. Si l'élasticité est > 1 , cela signifie que la fréquentation augmente proportionnellement plus que les prix diminuent.

5.1.7 Offre de biens en microéconomie

L'offre d'un bien est la quantité de ce bien proposée sur le marché par un vendeur à un prix donné. **La quantité d'un bien offert sur le marché dépend de plusieurs facteurs :**

- Le *prix* du bien concerné
- La taille de l'industrie
- Le progrès technologique
- Les prix des facteurs de production
- Le prix des produits connexes ou substituables

La loi de l'Offre

Plus le prix d'un bien augmente, plus la quantité offerte de ce bien sur le marché augmente. Par conséquent, la loi de l'offre est formulée comme suit : « ***Toutes choses étant égales par ailleurs, la quantité offerte d'un bien varie directement avec son prix*** ». La courbe de l'offre est ascendante de gauche à droite ; sa pente est donc positive, car lorsque le prix augmente, la quantité offerte augmente également.

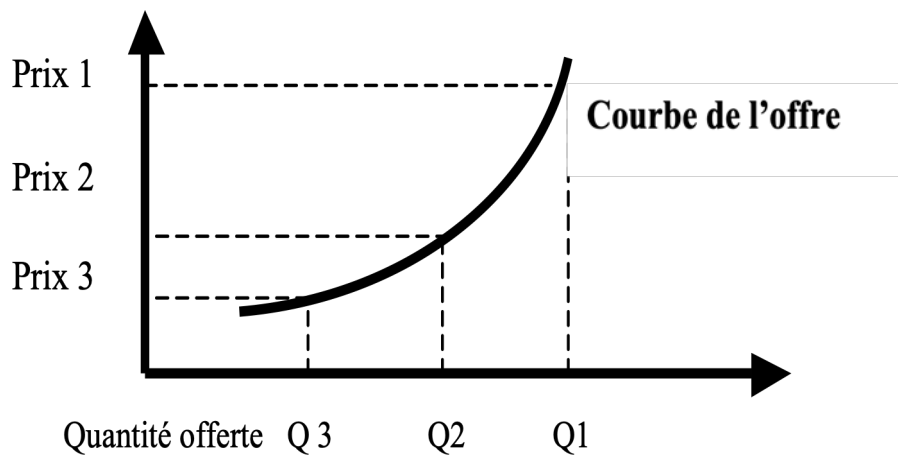


Figure : Une variation de prix entraîne un changement de la demande le long de la courbe de l'offre.

Déplacement de la courbe de l'offre : Une variation du prix d'un bien donné provoque un déplacement de la courbe le long de la courbe de l'offre. Au contraire, une variation d'un des autres facteurs (prix des facteurs de production, taille de l'industrie, progrès technologiques, etc.) qui influe sur l'offre de ce bien provoquera un déplacement de la courbe d'offre.

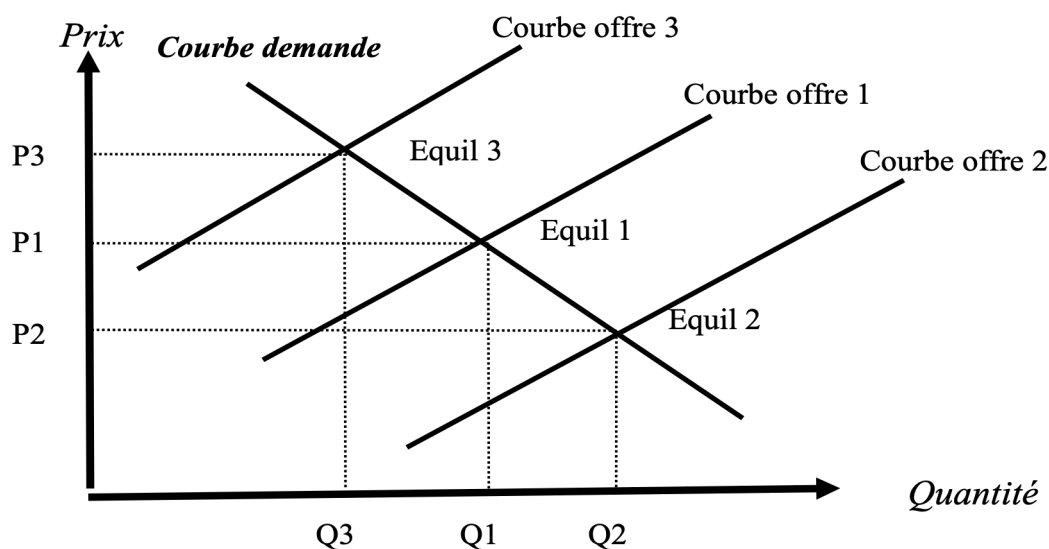
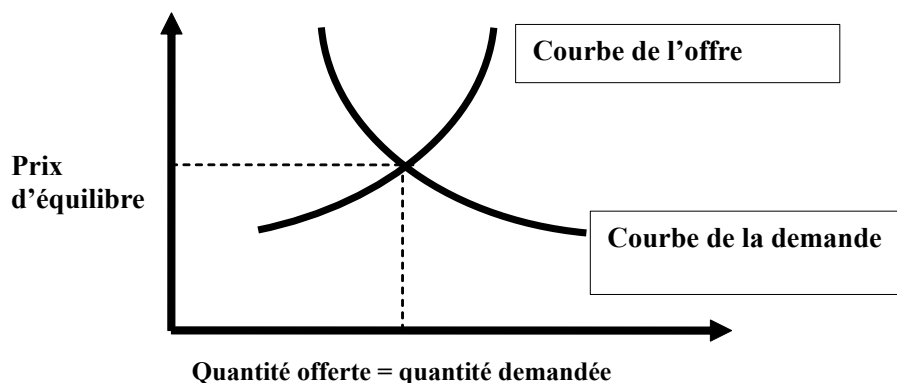


Figure : Déplacement de la courbe de l'offre à la suite d'une variation d'un autre facteur que le prix.

En conséquence, tout facteur qui provoque le déplacement de la courbe d'offre vers la droite sans changer la demande (progrès technologique, concurrence entre les fournisseurs) entraîne une baisse du prix et une augmentation de la quantité d'équilibre. Tout facteur qui provoque un déplacement de la courbe d'offre vers la gauche, sans changer la courbe de la demande (augmentation du prix des facteurs de production), entraîne une hausse du prix et une baisse de la quantité d'équilibre.

5.1.8 Équilibre en microéconomie

Le prix d'équilibre : Afin d'analyser comment le marché libre détermine le prix, il faut comparer les désirs des consommateurs (demande) et ceux des producteurs (offre), et voir comment ils interagissent. Dans un marché libre, le prix et la quantité sont déterminés par l'intersection des courbes d'offre et de demande. L'équilibre est atteint lorsqu'il n'y a plus de forces inhérentes produisant le changement. Les changements qui pourraient survenir loin de la position d'équilibre ne se produiront qu'en raison « d'événements extérieurs » qui perturbent le *statu quo*.



La loi de l'offre et de la demande stipule que, dans un marché libre, les forces de l'offre et de la demande tendent à faire converger le *prix* vers le niveau où *la quantité demandée est égale à la quantité offerte*.

5.1.9 Concurrence parfaite

La concurrence parfaite se produit dans un marché lorsque ce marché est composé de nombreuses petites entreprises produisant des produits homogènes, quand il n'y a aucun obstacle à l'entrée ou la sortie des entreprises, et lorsqu'une information complète est disponible.

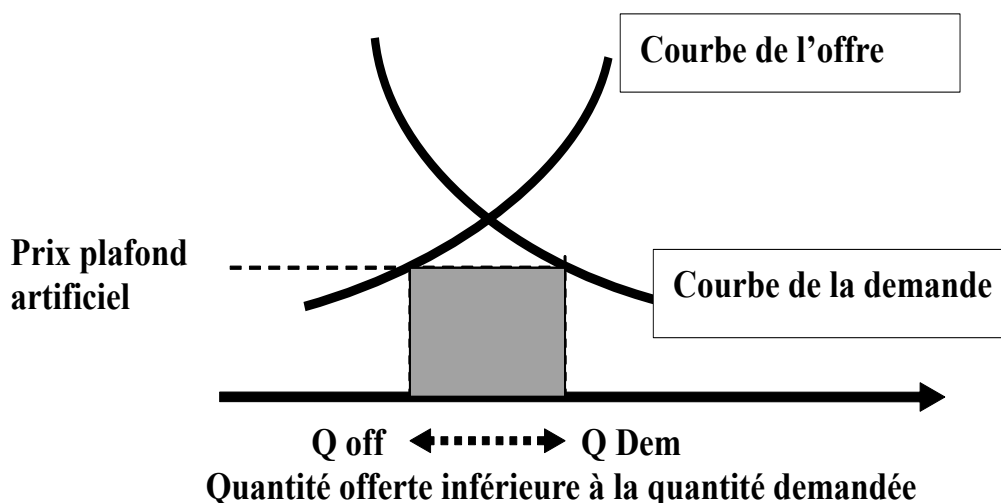
En résumé, les conditions d'une concurrence parfaite sont les suivantes :

- L'existence de nombreux petits vendeurs et de plusieurs clients. Cette règle exclut des arrangements collusoires où les entreprises travaillent ensemble pour fixer les prix ;
- L'homogénéité du produit. Le produit fourni par une entreprise est identique à celui fourni par d'autres entreprises et les consommateurs ne se soucient pas de choisir dans quelle entreprise ils vont s'approvisionner ou acheter ;
- La liberté des entreprises d'entrer sur le marché et de concurrencer les entreprises existantes. De même quand une entreprise n'est pas rentable, aucune barrière ne devrait l'empêcher de sortir ;
- L'information parfaite entre les fournisseurs et les consommateurs sur les quantités offertes et demandées, ainsi que sur les prix du marché.

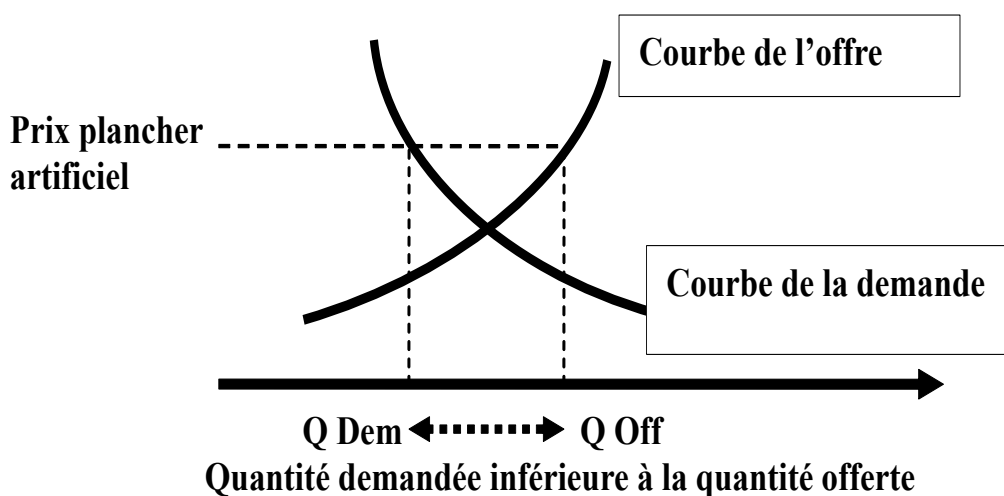
En pratique, ces exigences **ne sont pas faciles à réunir**. Les **exemples les plus proches sont ceux des marchés africains en plein air où l'on vend** des légumes et des fruits produits localement, ainsi que des produits de première nécessité. Pourquoi étudier la concurrence parfaite ? La réponse est que, **en cas de concurrence parfaite, les mécanismes de marché fonctionnent mieux, car les entreprises et les consommateurs utilisent** les ressources limitées de la société de la manière la plus efficace possible.

5.1.10 Prix plafond, prix plancher et la main invisible d'Adam Smith

Lorsqu'il y a *pénurie d'un produit*, son prix a tendance à augmenter. Parfois, les consommateurs en colère font pression sur les politiciens pour les inciter à réguler le problème en fixant un **prix plafond**. C'est aussi le cas des prix nominaux à « valeur nulle » (comme la gratuité des soins) dans les services de santé.



Quand il y a *surplus d'un produit* en raison de conditions météorologiques favorables, par exemple, la récolte s'améliore et les prix tendent à diminuer. Les producteurs, dans une telle situation, sont mécontents et vont tenter, parfois avec succès, de promouvoir des lois qui empêchent la baisse des prix en deçà d'un minimum, en fixant un *prix plancher*.



Les tentatives décrites ci-dessus qui entravent le fonctionnement de la loi de l'offre et de la demande, provoquent généralement des échecs et produisent le résultat inverse au lieu de l'effet souhaité :

- Quand un État contrôle les loyers (prix plafond) pour protéger les locataires, le logement devient rare, car il devient moins rentable de construire ou d'entretenir des maisons ;
- Quand le gouvernement fixe un salaire minimum (prix plancher) pour protéger les travailleurs, des emplois marginaux disparaissent parce que les employeurs les trouvent trop coûteux ;
- Lorsqu'un prix plancher est fixé pour des produits agricoles, comme le blé ou le lait, les excédents s'accumulent dans les entrepôts.

Les dirigeants politiques qui tentent d'ignorer le fonctionnement de la loi de l'offre et de la demande risquent de provoquer des problèmes imprévus. En fixant les prix, le gouvernement ouvre une boîte de Pandore qui mène souvent à la corruption et au favoritisme. La mesure réactionnelle parallèle qui sera mise en place pour appliquer le prix réduit le volume des transactions et conduit à une répartition inefficace des ressources rares.

En résumé, on sera « *frappé par la main invisible d'Adam Smith* »

Cela entraîne une réaction en chaîne de conséquences qui sont :

- La pénurie persistante des produits concernés,
- L'émergence d'un marché illégal/illicite, ou « marché noir »,
- Des prix du marché noir qui sont presque toujours supérieurs à ceux du marché libre,
- L'enrichissement des agents du marché noir au détriment des producteurs usuels des biens concernés.

Quels sont les facteurs qui influencent le prix des prestations et la demande de soins curatifs (consultations OPD, hospitalisations et accouchements) ? *La main invisible d'Adam Smith.*

Si la qualité des soins s'améliore (temps d'attente raisonnable, respect des patients, bon accueil, confidentialité, médicaments disponibles), la courbe de l'offre se déplace vers la gauche (et le prix augmente) tandis que si la qualité est mauvaise, la courbe de l'offre se déplace vers la droite (et le prix diminue). Si le revenu par habitant d'une zone donnée augmente, par une bonne récolte, la courbe de demande se déplace vers la droite (et le prix augmente), alors que s'il y a une diminution des ressources (crise politique ou naturelle), la courbe de demande se déplace vers la gauche (et le prix diminue).

« Le marché » détermine automatiquement un nouveau prix optimal pour les patients et les formations sanitaires, en tenant compte de tous les facteurs complexes qui influencent les lois de l'offre et de la demande. Ces facteurs incluent également la manière dont chaque formation sanitaire est organisée, la capacité de ses responsables, la motivation du personnel, l'état de l'infrastructure, les stratégies de marketing social, la présence d'équipements et de médicaments, etc.

Selon la théorie économique, il est quasiment impossible pour les planificateurs centraux de connaître et de maîtriser tous les facteurs influençant l'offre et la demande, qui varient d'une province à l'autre, d'un district à l'autre et entre les formations sanitaires. Malheureusement, c'est ce que les décideurs du secteur de la santé font souvent : ils ont tendance à fixer les prix plafond pour les tarifs des services de santé, pour des raisons éthiques ou de politique populiste, et sont alors confrontés à la célèbre « *main invisible d'Adam Smith* », ce qui a le plus souvent un coût énorme pour la société.

À titre d'exemple typique, on peut citer le cas du **Burundi**, de 2006 à 2009, lorsque le gouvernement, sous la pression des bailleurs et pour des raisons électorales, a introduit un système de gratuité des soins, dont la mise en œuvre a été mal conçue. Ceci a immédiatement entraîné une perte de recettes pour les formations sanitaires publiques, qui n'avaient aucune compensation.

Cette situation a créé une agitation ouvrière chronique. Le personnel qualifié a abandonné les formations sanitaires rurales, et les populations recevaient des soins de mauvaise qualité, avec des délais d'attente très longs et un manque de respect. En 2008, une étude a révélé que, dans ces provinces où seule la politique de gratuité des soins était appliquée, les femmes payaient plus pour les accouchements parce que « la main invisible d'Adam Smith » avait trouvé des tarifs indirects pour le transport et l'achat de nourriture. Les malades ont aussi commencé à fréquenter des structures sanitaires privées et religieuses qui **n'appliquaient pas** la gratuité. Après quoi, vers 2010, le gouvernement a introduit le FBP, et plusieurs de ces effets négatifs ont disparu.

5.1.11 Comment utiliser les instruments du marché pour atteindre les objectifs sociaux

Dans la logique du marché libre, plutôt que d'imposer des prix irréalistes, les gouvernements devraient recourir aux mécanismes du marché pour atteindre des objectifs sociaux.

Solutions proposées par des économistes pour résoudre des échecs du marché :

- Les services qui présentent une *externalité positive* (certains services de santé, comme la vaccination ou la planification familiale) ou des caractéristiques de *biens publics* (informations sur le sexe, l'utilisation de pratiques d'hygiène sûres) doivent être subventionnés.
- L'*information imparfaite* doit être contrée par des campagnes d'information et, parfois, par le renforcement de la régulation afin d'empêcher des prestataires ou du personnel non qualifié d'entrer sur le marché.
- Les entreprises ou les ministères qui *cherchent à monopoliser* une part du marché doivent être sanctionnés, et des concurrents devraient être encouragés à entrer sur le marché.
- Le *hasard moral* consiste en ce que les prestataires et les patients, sachant qu'ils sont assurés auprès d'une mutuelle ou d'une compagnie d'assurance et qu'ils ne payent pas l'intégralité des services de santé, abusent du système et en font un usage excessif. Ceci peut être corrigé par le ticket modérateur ou par les copaiements.
- La *sélection adverse* existe de la part des compagnies d'assurance, lorsque ces dernières sélectionnent seulement des clients sains et jeunes. Ceci doit être réglementé afin d'éviter que les compagnies d'assurance ne refusent l'affiliation de certains patients. La meilleure solution pour l'éviter est l'assurance maladie obligatoire.

Notions clés en FBP : comment influencer la tarification des prestataires ?

Le but d'améliorer l'accès aux services financiers, en particulier pour les personnes vulnérables, est partagé par tous les systèmes de santé, y compris le FBP. Cependant, pour atteindre cet objectif, il est imprudent pour un gouvernement ou une autorité locale de fixer les tarifs de recouvrement des coûts dans les établissements de santé sans un mécanisme bien conçu pour compenser les pertes de revenus liées au partage des coûts. La fixation d'un prix tend à créer un prix inférieur au prix d'équilibre (prix plafond) de la loi de l'offre et de la demande, ce qui entraîne davantage d'effets secondaires négatifs que d'avantages au regard des objectifs sociaux visés (voir ci-dessus).

Un économiste peut influencer le prix du marché en utilisant des subsides et des taxes.

Exemples :

1. Donner des subsides aux soins curatifs des formations sanitaires => Cela a pour effet de déplacer la courbe de l'offre vers la droite. Le montant du subside peut être adapté aux circonstances spécifiques de la région, du district et/ou de la formation sanitaire, mais le tarif pour les clients doit être établi uniquement par la formation sanitaire autonome et, par conséquent, laissé à la décision du marché. Un subside supplémentaire pour les activités curatives (accouchement, consultation OPD, etc.) peut être accordé aux personnes vulnérables, afin que le tarif du paiement direct soit nul pour cette catégorie de patients.
2. Les taxes sur l'alcool ou les cigarettes déplacent la courbe de l'offre vers la gauche. Cela augmentera le prix d'équilibre et réduira la demande.

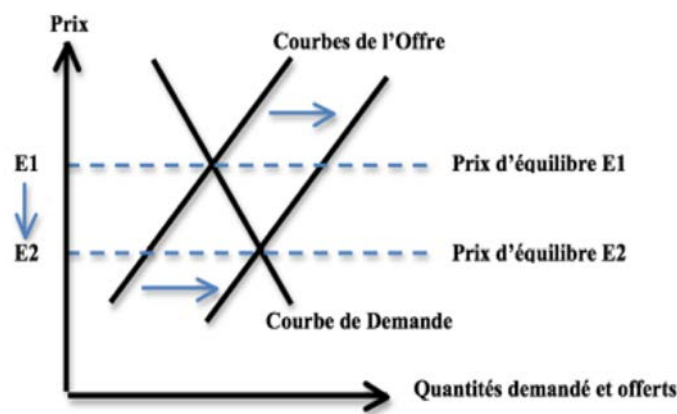


Figure : Pousser la courbe de l'offre vers la droite à travers des subsides "intelligents".

Un **monopole pur** est la situation où une industrie est le seul fournisseur d'un produit, pour lequel il n'existe pas de substituts proches et dont il est très difficile, voire impossible, pour une autre entreprise de coexister.

Il n'y a que quelques cas où les monopoles sont justifiés, tels que les licences par lesquelles une compagnie pharmaceutique est autorisée à protéger les investissements qu'elle a réalisés pour découvrir et tester de nouveaux médicaments. Cependant, la plupart du temps, les monopoles sont indésirables et nuisibles à la société. Ils conduisent à une utilisation inefficace des ressources publiques rares, à des services de mauvaise qualité et à des prix des produits trop élevés. L'origine de ces monopoles tient aux obstacles à l'entrée sur le marché. Il peut s'agir de restrictions juridiques (ex. : système de distribution des médicaments en RDC), d'un contrôle de ressources rares (ex. : syndicat des diamants d'Afrique du Sud), de coûts fixes déjà engagés (pour l'industrie aéronautique, un gros avion comme le 787 « Dreamliner », jusqu'à ce que l'Airbus A350 entre sur le marché) ou d'une supériorité technique (Microsoft pour les ordinateurs Windows).

Un **cartel** est une situation où quelques organisations, dans un secteur de l'industrie ou autre, s'accordent sur des prix plus élevés et dominent le marché. Habituellement, la loi interdit cette pratique, car elle réduit la disponibilité du bien au sein de la société. Ce phénomène est courant, par exemple, dans l'industrie des télécommunications ou entre de grandes sociétés de construction.

Les **interventions gouvernementales** sont nécessaires pour corriger les abus de monopole et améliorer l'efficacité du marché, notamment le rapport qualité-prix. C'est grâce à la concurrence que les prix vont baisser et que la qualité des services pourra s'améliorer, car les fournisseurs veulent attirer les clients afin de réaliser des profits et de survivre.

Le **monopole naturel** désigne une situation où une industrie ou un fournisseur bénéficie d'un avantage de la production en masse, de sorte qu'une seule entreprise peut mieux répondre à la demande du marché à un coût moindre que celui de plusieurs fournisseurs offrant de plus petites quantités.

Exemple de monopoles naturels : le chemin de fer et un hôpital de district

Il n'est pas efficace de construire deux chemins de fer côte à côte. On peut également considérer qu'un hôpital de district est un monopole naturel, car il serait un gaspillage de construire deux hôpitaux de district pour une population de 100 000 habitants, l'un à côté de l'autre. Par conséquent, il n'est pas logique de construire de nouveaux chemins de fer ou des hôpitaux pour des raisons de monopole naturel. Toutefois, pour stimuler la concurrence, il est possible de modifier la gestion de l'hôpital ou d'avoir plusieurs sociétés d'exploitation de trains appartenant à différentes sociétés sur les mêmes voies de chemin de fer. En outre, le gouvernement peut stimuler le secteur privé afin d'ouvrir de nouveaux hôpitaux en concurrence avec les hôpitaux publics.

5.2 ÉCONOMIE de la SANTÉ et SYSTÈMES de PAIEMENT des PRESTATAIRES

Principaux messages du module Économie de santé

- Un expert FBP doit rechercher des *économies d'échelle* afin de déterminer le nombre efficient correspondant à une activité donnée, pour lequel le coût marginal est le plus proche de zéro. Dans la pratique, cela signifie que les structures de santé de niveau primaire ciblent autour de 10 000 personnes
- Les *économies de portée*, ou « scope » en anglais, visent à répartir les coûts fixes entre plusieurs activités. Ainsi, un prestataire doit fournir entre 25 et 35 activités principales afin de garantir des paquets complets. Des approches de programmes verticaux, axées sur moins de 20 indicateurs d'output, doivent être évitées en raison de leur inefficience économique.
- Un expert FBP doit toujours avoir l'esprit de recherche de l'*efficience allocative* (entre différentes activités), *technique* (entre différentes stratégies pour la même activité) et *administrative* (diminution des coûts d'accompagnement).
- Le problème de la maladie, sur le plan économique, est que l'individu ne peut pas prédire quand elle surviendra. D'où la *nécessité des filets de sécurité sociale* pour prévenir la mortalité et la morbidité au cas où les patients ne disposeraient pas des fonds nécessaires pendant la maladie. Pourtant, la plupart des sociétés manquent de ressources pour mettre le prix des soins à zéro. Par conséquent, le FBP propose de cibler, par l'aide publique, les zones et les individus vulnérables en cas de maladie, tout en laissant suffisamment d'espace pour des opérations de marché permettant d'assurer les revenus nécessaires à la fourniture de services de qualité. Ces opérations de marché visent également à améliorer l'efficience et à réduire les coûts.
- Le FBP vise à cimenter, par des arrangements contractuels, différents mécanismes de paiement des prestataires, tels que des salaires fixes, des budgets de fonctionnement fixes, des contributions à l'assurance maladie et le recouvrement des coûts. Les subsides FBP variables peuvent ne représenter que 10 à 30 % des revenus totaux, mais ils sont essentiels pour atteindre les objectifs sociaux et améliorer l'efficience. *Les subsides FBP sont comme l'huile dans la machine.*
- Le système d'assurance maladie obligatoire peut être plus réaliste que le système d'assurance volontaire de type « mutuelle ».
- Les systèmes d'assurance maladie et le paiement direct des soins par les patients peuvent également générer des revenus pour les établissements de santé. Le système d'assurance obligatoire est plus viable que le système d'assurance maladie communautaire volontaire (« mutuelle »).
- Le complément des recettes fiscales par des contributions de partenaires techniques et financiers est fortement souhaitable. En adoptant l'approche de réforme du financement basé sur la performance (FBP), les contributions des donateurs externes seront plus efficaces que les systèmes traditionnels des agences d'aide, qui peuvent entraver des réformes plus profondes du système de santé, notamment lorsqu'elles se substituent aux contributions gouvernementales et ne sont pas directement destinées aux prestataires de soins et aux communautés.

5.2.1 Qu'est-ce que l'économie de santé ?

L'économie de la santé est une discipline relativement jeune. Dans les années 1960 et 1970, et même lors de la Conférence d'Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires (1978), peu d'attention était accordée à la question de la rareté. Le « *ciel était la limite* » parce que la santé ne devrait pas avoir de prix. Toutefois, il est également devenu évident, progressivement, pour le secteur de la santé qu'il est nécessaire d'appliquer les lois économiques afin d'assurer une utilisation rationnelle et efficiente des ressources limitées. Cette rareté est encore aggravée par le fait qu'il y a eu, à l'échelle mondiale, de

rapides progrès technologiques. Aussi, dans les pays industrialisés, les questions de la rareté et de la répartition des ressources limitées sont devenues incontournables et pertinentes.

Définition de l'économie de la santé :

C'est l'étude de la rareté et des choix dans le secteur de la santé.

Objectifs de l'économie de la santé : elle vise à fournir des théories testées conduisant aux meilleures pratiques, permettant de fournir des services de santé de qualité et équitables, tout en rendant l'utilisation des ressources rares la plus efficiente possible.

Dans une perspective macroéconomique, l'économie de la santé étudie l'importance de la santé pour l'économie dans son ensemble. Quelle est la proportion optimale du revenu global de son économie qu'une société doit consacrer à la santé ? Comment le secteur de la santé peut-il contribuer à la croissance économique ? Comment peut-on créer des effets multiplicateurs économiques ? Quel rôle le système de santé joue-t-il pour stabiliser la situation démographique de ce pays ?

Dans la perspective microéconomique, l'économie de la santé permet une utilisation plus efficiente des ressources limitées au niveau micro. Par exemple : faut-il investir dans les prestations de soins primaires, secondaires ou tertiaires et dans quelle proportion ? Faut-il investir dans des interventions de santé curatives ou préventives ?

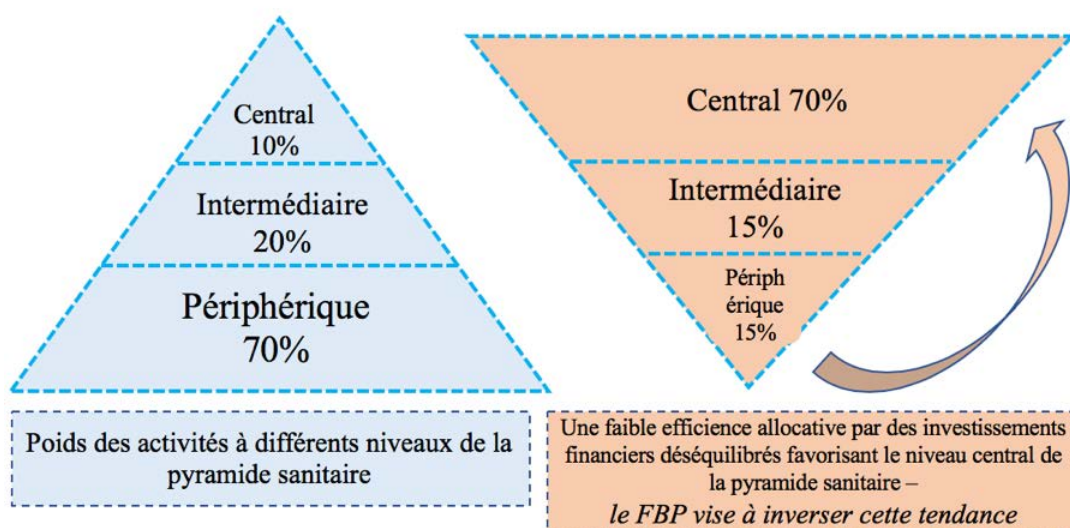
5.2.2 Efficiences allocative, technique et administrative

On peut identifier trois domaines d'efficiences :

- a) *L'efficiences allocative* : quelle intervention permet d'obtenir le gain de santé le plus élevé : la vaccination ou la chirurgie cardiaque ? Par intuition, on sait qu'avec la même somme d'argent, on peut sauver plus de vies grâce à la vaccination des enfants que grâce aux investissements nécessaires à une intervention chirurgicale cardiaque.

Le ratio d'efficiences peut être exprimé en termes de coûts pour obtenir une *année de vie corrigée de l'incapacité* (DALY, en anglais : disability-adjusted life year). Le coût pour un enfant protégé pendant un an (et qui meurt de tétanos, par exemple) peut être de 20 \$US, tandis que celui d'une personne âgée vivant un an de plus après une intervention chirurgicale cardiaque peut être de 10 000 \$US.

De plus, les décisions d'efficiences allocative des ressources jouent un rôle majeur sur les marchés de la santé, notamment en ce qui concerne les investissements dans les activités de soins primaires et tertiaires. Dans de nombreux pays, les gouvernements privilégient les soins tertiaires plutôt que les soins primaires. Bien qu'il soit évident que l'investissement à la base de la pyramide des soins soit souhaitable, dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les fonds publics sont investis dans les hôpitaux universitaires et le financement des intrants tels que les médicaments, la réhabilitation des infrastructures, les équipements et les moyens de transport est décidé par les administrations centrales du ministère de la Santé plutôt que par les prestataires de soins. C'est ce que l'on appelle la pyramide financière inversée que le financement basé sur la performance (FBP) vise à corriger.



L'efficacité de l'allocation des ressources concerne également la répartition entre les soins curatifs, les interventions de santé publique et la prévention. Les fonds publics doivent-ils être investis dans les établissements publics ou privés ?

Des décisions irrationnelles entraîneront une faible efficacité de l'allocation des ressources et, par conséquent, une faible efficacité allocative.

- b) *L'efficacité technique* : comment mettre en œuvre une intervention de la manière la plus efficace possible ? Par exemple, en utilisant des stratégies fixes ou mobiles lors de l'exécution d'un programme de vaccination ? Comment sera financée la prestation de soins de santé : par le financement des intrants ou par le financement de la performance (FBP) ? Est-ce que la fourniture d'intrants, tels que les médicaments essentiels, doit être assurée par des systèmes monopolistiques ou concurrentiels ? Un passage vers la réalisation du FBP peut rendre certaines activités de santé techniquement plus efficaces.
- c) *L'efficacité administrative* : elle traite des questions relatives aux frais administratifs (« overhead costs » en anglais), liés à l'organisation par rapport aux investissements dans la prestation des soins de santé au sein du système de santé. Quels sont les coûts du ministère central de la Santé, des autorités de santé régionales et des autorités de santé de district ? Quel est le coût d'une agence de contractualisation et de vérification dans le système FBP ? Est-ce que ce coût peut être réduit grâce à des économies d'échelle (= *scale*) ou de portée (= *scope*) ?

Différents types de coûts :

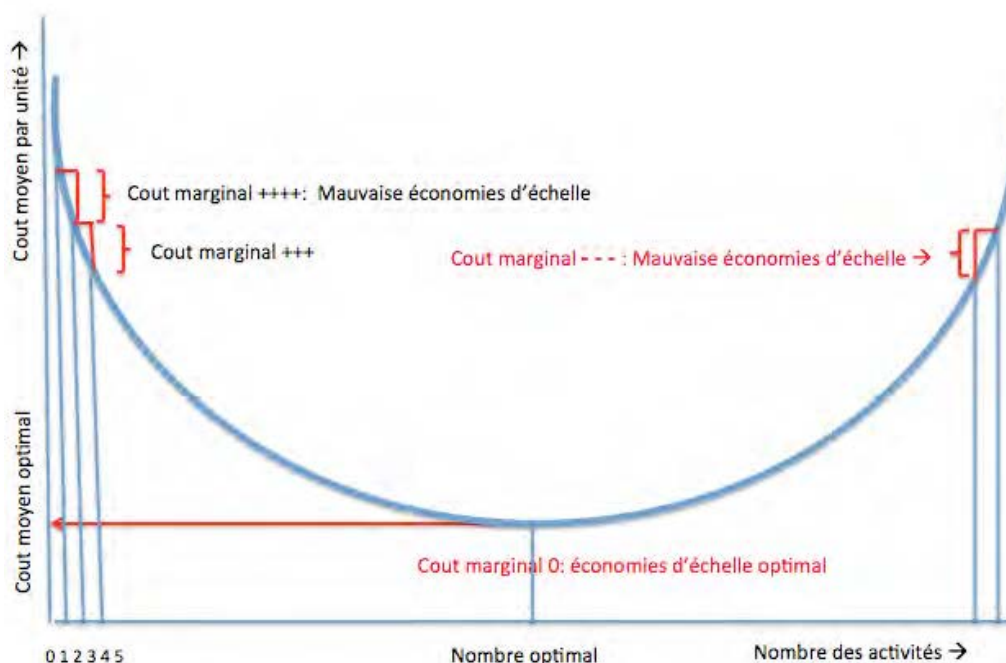
- *Coût moyen* = moyenne des valeurs monétaires de l'ensemble des unités ;
- *Coût marginal* = valeur monétaire de la production d'une unité supplémentaire => économie d'échelle.

5.2.3 Coût marginal, économies d'échelle et économies de portée

Quand un centre de santé ne reçoit qu'un patient par mois, le coût moyen est très élevé, car tous les coûts fixes (le bâtiment, le personnel, le transport, etc.) doivent être supportés par un seul patient. Quand le centre reçoit deux patients par mois, le coût moyen diminue, car les coûts fixes sont répartis entre eux. La différence entre le coût moyen d'un patient et celui de deux patients correspond au *coût marginal*, qui est très élevé (voir la figure suivante). Quand il y a trois patients, le coût moyen diminue encore et le coût marginal, qui reste très élevé, diminue légèrement.

Ainsi, dès que l'on atteint 1 000 patients par mois, le coût marginal peut être proche de zéro et le coût moyen devient le plus faible possible. Dans ce cas, on dit qu'il y a une bonne *économie d'échelle* et que le niveau le plus coût-efficace est atteint.

À l'autre bout, s'il y a 1500 patients par mois, le centre de santé devient très complexe (longues distances entre les villages, administrations complexes, etc.) et le coût moyen augmente ; le coût marginal augmente également.



Les économies d'échelle sont des économies réalisées grâce à l'augmentation de la quantité produite d'un bien. Dans les systèmes de santé, nous cherchons à réaliser des économies d'échelle en rationalisant le nombre d'habitants servis par un contractant principal. De même, nous cherchons des économies d'échelle en déterminant le nombre optimal d'habitants pouvant être desservis par une seule Agence de Contractualisation et de Vérification.

Les économies de portée (*economies of scope en anglais*) sont des économies réalisées grâce à la production simultanée de plusieurs biens, souvent aussi appelées « économies de supermarché ». Par exemple, dans un supermarché, un client souhaite acheter du pain, mais achète aussi des chaussures sur un coup de tête car, en cherchant du pain, il aperçoit des chaussures à un prix raisonnable.

Dans les systèmes de santé, les économies d'échelle sont réalisées lorsqu'un même établissement de santé propose l'ensemble des activités de santé (approche horizontale) plutôt que seulement quelques-unes (approche verticale). Il y a trente ans, les économistes de la santé soutenaient, pour les mêmes raisons que celles des économies de portée, que les systèmes de soins de santé primaires horizontaux étaient préférables aux systèmes verticaux, dans lesquels un établissement de santé, par exemple, ne propose que des services de santé reproductive ou de lutte contre le VIH/sida.

5.2.4 Demande de soins de santé

En économie, la demande provient d'un besoin, et l'intérêt du consommateur est de maximiser sa satisfaction en ce qui concerne ce besoin, afin d'obtenir la quantité de biens ou de services la plus satisfaisante. Comment ces besoins sont-ils exprimés dans le secteur de la santé ?

On distingue trois types de besoins dans le secteur de la santé

- *Besoins ressentis par le consommateur* ou le patient, habituellement également exprimés. Par exemple, le traitement de la pneumonie est généralement un besoin ressenti par l'individu et confirmé par le médecin.
- *Besoins définis par les professionnels ou des experts*, mais qui ne sont pas nécessairement ressentis individuellement par les patients ou les consommateurs. Par exemple : une mauvaise hygiène personnelle et l'absence d'assainissement, l'eau polluée ou des rapports sexuels non protégés peuvent être identifiés professionnellement comme des problèmes, mais ne pas nécessairement être ressentis comme tels par les individus concernés.
- *Besoins non satisfaits*, mais ressentis et exprimés par les consommateurs (et les professionnels). On peut aussi parler d'une demande non satisfaite relative à un service de santé. La non-satisfaction d'une demande peut être due à des problèmes d'ordre financier, qui peuvent constituer une barrière empêchant le patient de rechercher des soins. Le problème peut aussi être lié à l'absence de services de lutte contre le VIH, de services de planification familiale ou de programmes de promotion de l'hygiène.

Problème économique dans le domaine de la santé : une maladie est souvent un événement inattendu. La survenue de la maladie est généralement inattendue et ne peut donc pas être planifiée de la même façon qu'un achat d'ordinateur ou d'une voiture. Les patients ne savent pas à l'avance s'ils vont tomber malades, et encore moins quel sera le coût à supporter durant l'épisode de la maladie. De telles considérations sont à la base de la justice sociale et, par conséquent, du principe de partage des risques au sein de l'assurance maladie. C'est donc une question éthique et sociale très puissante.

Est-ce que les coûts liés à la grossesse et à l'accouchement sont également inattendus ? On peut aussi se demander dans quelle mesure les coûts liés à la grossesse, à l'accouchement ou à la garde d'enfants sont imprévus. D'un point de vue économique, les parents pourraient planifier ces événements et les coûts qui en découlent. En outre, du point de vue éthique, on peut affirmer qu'un couple qui décide d'avoir un enfant pourrait aussi, au moins partiellement, planifier financièrement sa venue au monde. Ces dilemmes sont chaudement débattus dans des pays comme le Rwanda où l'on se demande dans quelle mesure le gouvernement est responsable de tous les enfants qui naissent. Cela a conduit à la proposition que le gouvernement puisse aider pour les deux ou trois premiers enfants d'un couple, mais pas nécessairement pour les suivants. Ces notions sont de plus en plus intégrées dans les systèmes de santé, et l'approche FBP peut fournir les instruments nécessaires pour mener ces débats économiques et éthiques portant sur des questions démographiques.

5.2.5 Offre des services de santé

Les services de santé sont produits par les facteurs suivants : le capital, les ressources humaines, l'organisation, l'entrepreneuriat et l'innovation. Toutefois, le facteur « entrepreneuriat et innovation » était souvent mal compris comme s'il devait être automatiquement disponible. En fait, la clé du développement réside dans l'esprit d'entreprise. Par conséquent, plus récemment, l'innovation et les initiatives individuelles sont également considérées comme des facteurs de production importants. Les pays disposent souvent de nombreuses ressources humaines inexploitées et ignorées. Outre les services officiels de santé (du gouvernement), il peut y avoir plusieurs autres prestataires de santé privés, aussi bien formels qu'informels, tels que des pharmacies et des guérisseurs traditionnels. Ces services de santé peuvent être soit homogènes (centre de santé public ou privé) soit substituables l'un à l'autre (pharmacie vs guérisseur traditionnel).

Exemples de substitutions :

- La pneumonie traitée par des antibiotiques dans une FOSA publique ou privée (= homogène) ou par des plantes médicinales chez le tradipraticien (= substitut)
- Le traitement d'une crise de paludisme dans un CS peut être remplacé par l'achat par l'individu d'une "demi-cure" dans une pharmacie (= substitut)

Si ces substitutions ont du sens d'un point de vue économique, il appartient à chaque pays de déterminer dans quelle mesure les substitutions proposées par la médecine traditionnelle sont autorisées. Si, par exemple, il existe des preuves que cela entraîne de mauvais résultats en matière de santé, un pays peut les interdire, tandis qu'un autre peut les autoriser. Il s'agit là de décisions normatives.

5.3 Échecs du marché de la santé

Il existe quatre grandes catégories de défaillances du marché en économie de la santé : (1) l'asymétrie de l'information ; (2) les externalités positives et négatives ; (3) la fourniture de biens publics ; (4) et, les échecs liés au marché de l'assurance.

5.3.1 Asymétrie de l'information

En économie, la symétrie existe lorsque les fournisseurs et les consommateurs disposent des mêmes informations sur la transaction. Quand deux personnes négocient un accord pour lequel l'une d'elles dispose de plus d'informations, on parle d'*asymétrie d'information*, ce qui constitue un échec du marché.

L'asymétrie d'information est plus fréquente dans les transactions en matière de santé que, par exemple, dans l'achat et la vente d'aliments ou de bicyclettes. Toutefois, il ne faut pas oublier que, même sur le marché de la santé, il peut y avoir des situations de parfaite connaissance et donc de concurrence parfaite. Par exemple, lorsqu'un individu souffre d'un mal de tête ou d'une simple infection des voies respiratoires, il recherche du paracétamol ou une cure d'antibiotiques. Dans ce cas, il y a *symétrie de l'information* : le patient comprend son problème, sait ce qu'il cherche, le médecin est d'accord et lui prescrit les médicaments demandés.

Cependant, lorsqu'un patient présente des douleurs thoraciques, le problème peut s'avérer plus complexe. Est-ce une simple douleur musculaire ou un problème cardiaque potentiellement mortel ? Dans ce cas de figure, les médecins ont des connaissances supérieures quant à la manière de déterminer si le problème est grave ou non et d'identifier le traitement à proposer. Dans ce cas, il y a une *asymétrie d'information*. Dans ce scénario, le médecin peut en outre induire une demande de soins au nom du consommateur, ce qu'on appelle « *la demande induite par l'offre* ». Il s'agit d'une défaillance du marché car le médecin peut facilement abuser de ses connaissances supérieures en proposant des interventions diagnostiques ou thérapeutiques inutiles.

L'information imparfaite doit être contrée par des campagnes d'information, des revues de qualité (voir le module 6) et une régulation qui empêche les entreprises ou les prestataires dangereux de pénétrer sur le marché.

5.3.2 Externalités positives et négatives

En économie, l'externalité d'une opération économique a un impact sur une partie qui n'est pas directement impliquée dans la transaction. Dans un tel cas, les prix ne reflètent pas l'intégralité des coûts ni des avantages liés à la production ou à la consommation d'un produit ou d'un service. Une externalité positive est appelée avantage externe, tandis qu'une externalité négative est appelée coût externe. Les producteurs et les consommateurs d'un marché peuvent soit ne pas supporter tous les coûts, soit ne pas profiter de tous les avantages de l'activité économique. Par exemple, la production de ciment

entraîne de la pollution atmosphérique, ce qui impose des coûts à la société tout entière, tandis que la protection d'une maison contre les incendies améliore également la sécurité des voisins.

Les externalités positives en santé : c'est le cas du traitement de la tuberculose ou de la vaccination des enfants. Or, le patient peut demander moins de soins que la société souhaite. Ainsi, un malade souffrant de la tuberculose peut ne pas être disposé à faire de grands efforts pour se faire traiter, par peur ou parce qu'il est déprimé par sa maladie. Bien que sa réaction puisse se comprendre, elle est dangereuse pour les membres de sa famille et pour la société, qui peuvent être exposés au risque d'infection. De même, une mère peut ne pas être disposée ou être trop occupée pour faire vacciner son enfant, ce qui réduira l'immunité collective (= *herd immunity*) contre la poliomyélite ou la rougeole au sein de sa communauté.

Les externalités positives dans l'éducation. Ce sont une meilleure santé et une mortalité plus faible chez les enfants, un nombre de naissances réduit et une productivité accrue. Les mères bien éduquées ont un effet positif sur le développement de leurs enfants. L'éducation renforce l'engagement civique et contribue à une société stable et démocratique. Une main-d'œuvre mieux éduquée stimule également l'innovation dans l'économie.

Externalités négatives : par exemple, la pollution, l'alcool, les cigarettes ou la pisciculture (qui favorise la prolifération des moustiques et donc le paludisme). Les producteurs de la pollution, notamment de celle liée à l'industrie du ciment, ne sont pas principalement intéressés par la protection de l'environnement, car les mesures correctives peuvent accroître leurs coûts de production et donc réduire leurs bénéfices. Toutefois, la pollution étant un enjeu très préoccupant pour la société, le gouvernement doit prendre des mesures pour protéger l'environnement.

En général, les services à externalités positives devraient être subventionnés, tandis que ceux à externalités négatives devraient être taxés. Cependant, le subsidie public ne signifie pas que le gouvernement doit également fournir les services. Le secteur privé est probablement mieux outillé pour fournir des services de qualité à la population.

5.3.3 Sous-utilisation des biens publics

Un bien public est une marchandise ou un service *qui profite à tous, dont il est impossible d'exclure* qui que ce soit. Il s'agit également d'une défaillance du marché, car, s'il est laissé au marché libre, il y aura une sous-fourniture de ces biens publics, parce que personne sur le marché n'est prêt ou capable de payer individuellement pour cela. Exemples de biens publics : des informations sur les pratiques dangereuses pour la santé, les routes, les forces de sécurité, la justice. Le gouvernement peut alors intervenir pour trouver une solution de financement collective.

5.3.4 Défaillances du marché de l'assurance maladie

Les marchés de l'assurance santé sont particulièrement sensibles aux défaillances.

Le **risque moral** est la tendance à la surconsommation et à la surproduction de services de santé lorsque la personne qui en bénéficie n'est pas celle qui en supporte les coûts. C'est le cas quand un tiers payant paie la facture, par exemple une compagnie d'assurance maladie. Le risque moral peut être imputable au patient, mais il existe également un risque moral lié au prestataire de services, qui, sachant que le patient est assuré, peut augmenter les prestations fournies à des fins lucratives.

Dans le cas des soins de santé, *le risque moral peut être corrigé* par la mise en place d'un copaiement ou d'un ticket modérateur (montant fixe ou pourcentage de la facture totale payée par l'assuré), ou par

le paiement forfaitaire préalable par le patient d'un montant de risque propre (par exemple, 50 \$US pour toutes les factures). Cela augmente les coûts des soins de santé pour les consommateurs, ce qui réduit leur incitation à consommer. Ainsi, les assurés ont une incitation financière à réduire et à éviter les dépenses de santé.

La **sélection adverse** décrit la tendance selon laquelle seuls ceux qui bénéficieront de l'assurance l'achèteront. Ainsi, les personnes qui ne sont pas en bonne santé sont plus susceptibles de souscrire à une assurance maladie, parce qu'elles s'attendent à payer de lourds frais médicaux. D'un autre côté, les personnes qui estiment être en assez bonne santé peuvent considérer l'assurance médicale comme une dépense inutile. Quand elles prévoient de consulter un médecin seulement une fois par an, elles considèrent que payer une facture directement coûte moins cher que de cotiser à l'assurance maladie. Dans ce cas, les dépenses engagées par les patients à haut risque feront que la moyenne des primes sera plus élevée, du fait que les patients à moindre risque ne cotisent pas. Cela rend le système d'assurance maladie d'autant plus coûteux et peut, en fin de compte, entraîner sa faillite, ce système « facultatif ». Ce problème est malheureusement très répandu, surtout avec les systèmes volontaires du type « mutuelles de santé ».

L'**antisélection, ou l'écrémage**, s'opère également au sein des compagnies d'assurance maladie. Celles-ci seront davantage intéressées par la sélection des patients présentant les moindres risques et par l'exclusion de ceux à haut risque de tomber malades et de faire des factures élevées auprès de leur compagnie d'assurance. Cette sélection adverse survient lorsque l'assureur en sait plus que les consommateurs eux-mêmes. Ils préfèrent donc les personnes en bonne santé et les jeunes, et refusent l'adhésion aux patients présentant des risques élevés (diabétiques, séropositifs, personnes âgées).

5.4 Systèmes de paiement des prestataires

Un certain nombre de systèmes de paiement des prestataires sont disponibles dans un pays, et le présent paragraphe analyse leurs avantages et leurs inconvénients comparatifs. Quelle serait la combinaison optimale de ces différents systèmes dans un pays donné ?

5.4.1 Service national de santé offrant la gratuité des soins

Ce système de financement fondé sur la gratuité des soins a été introduit dans les années 1950-1960 par le Service National de Santé (*National Health Service, NHS*) en Grande-Bretagne. Le système socialisé de l'Union soviétique était comparable à un État qui payait pour les services. Ce genre de système a été étroitement associé à l'OMS et au système des soins de santé primaires de la Conférence d'Alma-Ata, en 1978.

De nombreux pays africains avaient déjà opté pour cela après leur indépendance, avec une orientation consistant à servir la population par le biais de structures gouvernementales et de partenariats, tout en faisant peu appel au secteur privé. C'était en effet une époque de monopole public, où la prestation, la régulation et la canalisation des fonds étaient assurées par la hiérarchie du ministère de la santé, du niveau national jusqu'au niveau périphérique. Il s'y associait une centralisation de la prise de décision relative à la gestion des FOSA, à la distribution des intrants, tels que les médicaments et les équipements, ainsi qu'à la construction d'infrastructures. Théoriquement, les recettes de ce système centralisé devaient être générées par les impôts nationaux. En pratique, en Afrique, cet argent a été rarement disponible et souvent remplacé par l'aide extérieure des partenaires au développement.

À un moment donné, des pays comme le Lesotho, la Zambie, la RDC et le Burundi en sont venus à dépendre de l'aide étrangère pour 20 à 50 % de leurs dépenses de santé. Cela a créé des problèmes de durabilité et a freiné le développement endogène de leurs systèmes de santé. Un grand pays comme le

Nigéria a bénéficié de manière marginale de l'aide extérieure. Toutefois, le Nigeria non plus n'a pas développé un système fiscal efficace permettant de financer la gratuité des soins de santé ; de ce fait, la gratuité n'y existe qu'en théorie. Il en est résulté le système actuel, qui suit les orientations du gouvernement et des services de santé, peu performants en matière de production, de qualité et d'équité. En fin de compte, les services de santé, dans des pays comme le Nigéria et le Cameroun, sont pour la plupart fournis par un système informel et non réglementé de services de santé privés.

En raison de l'absence de système de financement solide, les services de santé sont caractérisés par des prix inférieurs à l'équilibre du marché, ce qui crée des effets décrits dans le module de microéconomie, un marché noir, la mauvaise qualité, le vol des ressources publiques et une main-d'œuvre peu motivée. La distribution des intrants, planifiée au niveau central, entraîne en outre des pénuries de médicaments.

Le système national des soins de santé gratuits a donc, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, une mauvaise réputation en matière d'accès aux services de santé, de qualité des soins et de durabilité.

5.4.2 Assurance maladie obligatoire

Dans des systèmes d'assurance-maladie obligatoires, les employeurs et les employés contribuent ensemble à une prime destinée aux services de santé des formations sanitaires. Une compagnie d'assurance indépendante (ou du gouvernement) négocie les remboursements pour un ensemble bien défini de prestations de services de santé destinées aux patients assurés. L'avantage de l'assurance obligatoire est qu'elle empêche les problèmes liés à la sélection adverse (du patient) et à l'écroulement (de la compagnie d'assurance). Ce système est répandu en Europe continentale depuis de nombreuses années et a été appliqué au Rwanda, au Gabon et au Ghana.

Les gouvernements doivent subventionner les systèmes d'assurance obligatoire afin que le paiement des primes soit réaliste (soutenable) pour les assurés. Dans de nombreux pays, le gouvernement paie, par exemple, pour les malades chroniques (aux Pays-Bas) ou pour les services hospitaliers (au Rwanda). Sinon, la cotisation devient coûteuse, en particulier pour les plus pauvres.

Les systèmes d'assurance plus petits ont des coûts administratifs très élevés liés à la collecte des primes, à l'administration et à la vérification des résultats. Ces coûts administratifs sont réduits lorsqu'il existe des économies d'échelle, ainsi que lorsque le revenu par habitant du pays augmente. Par conséquent, dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les coûts administratifs des systèmes d'assurance maladie tendent à être très élevés – et ils représentent jusqu'à plus de 50% des coûts totaux. Ainsi, après le paiement des coûts fixes de l'administration, il ne reste que peu d'argent pour le remboursement des structures de santé. De plus, il existe un risque moral. Comme expliqué plus haut, le risque moral peut être corrigé par la mise en place d'un copaiement ou d'un ticket modérateur (montant fixe ou pourcentage de la facture totale), ou par le paiement forfaitaire préalable d'un montant de risque propre (par exemple, 50 \$US pour les premières factures).

Le cas du Rwanda avec l'assurance obligatoire. L'exemple du Rwanda est une expérience encourageante, montrant qu'il peut y avoir, en Afrique aussi, un rôle pour les systèmes d'assurance obligatoires, en particulier lorsqu'ils sont combinés au FBP. La combinaison d'un système d'assurance maladie et du FBP pourra être développée progressivement au cours des prochaines années.

5.4.3 Assurances maladie volontaires et mutuelles

Le système **d'assurance maladie volontaire (mutuelle)** repose sur des cotisations des assurés. Ce système a tendance à favoriser une répartition équilibrée des risques entre ses membres. Toutefois, ce sont surtout les « riches » qui ont tendance à adhérer. Pour les pauvres, même les primes nominales sont encore trop élevées et plusieurs études ont montré que les citoyens dont le revenu par habitant est inférieur à 1 \$US par jour adhèrent rarement à une assurance maladie volontaire. Pour eux, les autres dépenses, comme la nourriture ou les frais d'écolage, sont plus importantes.

Donc, le système d'assurance volontaire dans les pays à faible revenu n'est pas équitable. Lorsque l'État investit de l'argent public dans la mutuelle, le système devient même « anti-pauvreté » parce que ce sont les groupes socio-économiques plus fortunés qui adhèrent le plus et qui bénéficient aussi le plus des investissements publics.

Un autre problème pour la mutuelle, dans les pays à faible revenu, est qu'une grande partie de l'économie est informelle et difficile à saisir.

Ces systèmes d'assurance ont des coûts administratifs élevés liés à la collecte des primes, au travail administratif et à la vérification des résultats. En résumé, le coût d'opportunité de l'assurance volontaire peut être élevé par rapport au financement basé sur la performance, qui est plus efficient et peut aussi protéger les pauvres.

5.4.4 Le paiement direct des patients au travers du recouvrement de coûts

Le paiement direct des patients est plus efficace, car il s'agit d'une transaction de marché entre un prestataire et un patient. Le patient négocie avec son propre argent et peut choisir une autre structure de santé s'il n'est pas satisfait.

Toutefois, les paiements directs peuvent poser un problème lorsque les tarifs sont trop élevés pour les patients. Ce problème d'accès aux financements est un réel souci et cette problématique n'a pas été bien résolue par l'Initiative de Bamako. Les tarifs peuvent soit être fixés à l'acte (pour chaque médicament, consommable ou consultation), soit correspondre à un tarif forfaitaire (en vertu duquel un montant fixe est versé, indépendamment de la manière dont différents médicaments, etc., sont consommés). Le problème avec la tarification à l'acte, c'est que les dépenses ne sont pas prévisibles pour les patients et constituent donc un risque financier pour le ménage. La tarification forfaitaire a l'avantage de mieux répartir le risque financier entre les patients et de leur permettre de savoir à l'avance combien ils paieront. Ceci constitue donc une forme de solidarité entre les patients. L'inconvénient de la tarification forfaitaire est l'augmentation des coûts, liée au fait que les patients exigent de bénéficier de médicaments ou d'autres biens en proportion de leur paiement.

La plupart des experts s'accordent donc à dire que, pour éviter que les ménages ne soient confrontés à des dépenses de santé catastrophiques, il convient de limiter le reste à la charge des patients à 8 à 12 % de leurs revenus totaux. Toutefois, il faut également éviter d'imposer des plafonds tarifaires ou la gratuité totale des soins. Les établissements de santé doivent conserver la possibilité de négocier les tarifs avec les communautés qu'ils desservent. La meilleure stratégie pour réduire la participation financière des usagers consiste à subventionner les services qui devraient être gratuits (tuberculose, vaccination) et à dispenser les patients vulnérables de tout paiement grâce aux mesures d'équité du financement fondé sur la performance (FBP).

5.4.5 Système de voucher ou « conditional cash transfer »

Les systèmes de chèques-santé, de vouchers et de transferts monétaires conditionnels (= *Conditional Cash Transfer* = CCT) relèvent des mécanismes de financement basés sur les résultats (FBR) de la demande (FBR). Le chèque santé accorde aux patients le droit de dépenser une certaine somme d'argent auprès d'une structure de santé donnée. Avec le transfert monétaire conditionnel, on transfère directement des liquidités à une famille qui, par exemple, a envoyé ses enfants à l'école, les a correctement vaccinés ou a effectué d'autres examens. Il existe plusieurs similarités entre le FBP et les chèques santé, comme : (1) L'achat de la performance des indicateurs ; (2) L'existence de mécanismes d'évaluation de la qualité ; (3) L'utilisation de mécanismes de contractualisation ; (4) L'autonomie des structures ; (5) L'existence d'outils de gestion et de mécanismes de vérification auprès de la communauté ; (6) Le recours à des transferts de fonds directement aux formations sanitaires.

Pourtant, il y a aussi des différences. Le FBP acquiert tous les indicateurs du paquet minimum d'activités, tandis que le système de Voucher se concentre souvent sur la santé reproductive. Les chèques santé ciblent généralement les enfants, les femmes enceintes, les accouchements ou la planification familiale, mais le FBP cible aussi d'autres personnes ou groupes vulnérables, comme les personnes âgées, les personnes handicapées ou les personnes déplacées, etc. Le coût des mécanismes de ciblage du système de Voucher est élevé, car il implique la mise en place de groupes communautaires pour l'identification des bénéficiaires et l'impression de chèques santé. De son côté, le FBP vise les personnes vulnérables au sein des structures de santé, à un coût administratif relativement faible. De plus, l'approche plus globale du FBP crée des économies de portée.

5.4.6 Coût des prestations de qualité dans la santé et dans l'éducation

Nous estimons que les centres de santé peuvent fournir le paquet minimum d'activités de bonne qualité lorsqu'ils génèrent au moins 7 \$US par personne cible et par an dans leur aire de santé. Pour le paquet complémentaire d'activités (des hôpitaux), les structures doivent générer au moins 20 \$US de recettes par personne cible et par an. Pour les écoles primaires, les coûts d'une éducation de qualité s'élèvent à environ 100 \$US par élève et par an.

Par conséquent, si un centre de santé dessert 10 000 personnes, il doit générer 70 000 \$US par an (soit 5 500 à 6 000 \$US par mois). Ce revenu doit être disponible en espèces (ou par virements bancaires), car s'il est donné sous forme d'inputs (par exemple de médicaments ou de matériel), l'efficacité est si faible que les ressources requises sont 3 à 5 fois plus élevées. La plupart des études pré-FBP menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire montrent que les recettes des prestataires de services en espèces sont inférieures à 3 \$US, ce qui rend impossible la fourniture de services de qualité. De plus, les initiateurs des nouveaux programmes FBP doivent se demander comment les FOSA peuvent atteindre un revenu de 7 \$US par personne et par an.

Le fonctionnement d'une structure de santé est plus durable lorsqu'au moins 40 % de ses recettes totales proviennent des recettes directes, du recouvrement des coûts et de l'assurance maladie. Environ 40 à 60 % du reste des revenus peut être généré par des sources extérieures à la structure (gouvernement ou financement extérieur).

Le gouvernement peut également aider les prestataires grâce à un budget de fonctionnement fixe. Supposons que ce budget fixe de soutien représente 20 à 40 % des recettes et que celles du recouvrement des coûts représentent environ 40 % ; cela implique que les subsides FBP représentent environ 20 à 30 % des recettes totales. Le niveau de contribution moyenne des subsides FBP est plus élevé pour le PMA (environ 20-40 %) que pour le PCA hospitalier (environ 5-20 %).

5.4.7 Quel est le meilleur système de paiement pour les prestataires ?

Le système de financement « idéal » des prestataires dépend de plusieurs facteurs tels que le montant des ressources gouvernementales disponibles, le pouvoir d'achat de la population par rapport au tarif des primes d'assurance, ainsi que l'historique du développement du système de financement. Le financement basé sur la performance (FFP) doit s'adapter et s'intégrer à chaque pays, tout en promouvant les meilleures pratiques et en évoluant vers la forme de réforme la plus « pure » afin d'en garantir le succès.

Cela étant, le FBP vise à intégrer les différents systèmes de paiement des prestataires en développant des contrats avec ces derniers, les régulateurs et les agences ACV. On ne doit jamais exclure le rôle que le marché peut jouer dans la répartition des ressources rares, tandis que le régulateur, de son côté, devrait chercher à corriger les défaillances du marché.

Il est probable que le meilleur système de financement de la santé est un mélange des différents systèmes décrits ci-dessus, dans lequel une partie du financement est obtenue de l'État, au travers des impôts, et une autre, des organismes chargés de négocier et d'acheter le meilleur résultat possible auprès des structures de santé, à un niveau décentralisé, par le biais de contrats de performance.

Des revenus peuvent également être générés grâce aux systèmes d'assurance maladie et aux paiements directs des patients aux FOSA. Le système d'assurance obligatoire peut être plus réaliste que le système volontaire des « mutuelles ». Il est hautement souhaitable de compléter les contributions de l'État et celles des partenaires techniques et financiers en adoptant l'approche de réforme du FBP, qui sera plus efficiente que les systèmes traditionnels de type « inputs ».

5.5 Exercice économie

Quelles sont les idées liées à la micro-économie?

À chaque mot / concept clé de la colonne de gauche, associer un mot / une idée clé de celle de droite.

- | | |
|--|---|
| - Toutes autres choses étant égales par ailleurs | - Seulement le prix influence la demande et l'offre |
| - Peut créer un marché noir | - Courbe de la demande |
| - Ni profit, ni déficit | - Marché libre |
| - Instrument pour influencer le prix du marché | - Appliqué pour protéger l'intérêt du fournisseur |
| - Prix plancher | - Prix plafond |
| - Courbe descendante | - Marché à concurrence parfaite |
| - Rencontre de la demande et de l'offre | - Subsidés |
| - Approche pour distribuer des ressources rares | - Prix imposé |
| - Entrée ou la sortie libre du marché | - Prix d'équilibre |
| - Interventionnisme de l'État | - Balancer les recettes et les dépenses |

Quelles sont les idées liées à l'économie de la santé?

À chaque mot / concept clé de la colonne de gauche, associer un mot / une idée clé de celle de droite.

- | | |
|---|---|
| - Assurance maladie | - Création d'un marché noir |
| - Ce que ne fait pas la mutuelle | - Créer de l'équité |
| - Externalités positives | - Mettre en place un ticket modérateur |
| - Échecs du marché de la santé | - Protéger contre (le risque) le coût de la maladie |
| - Gratuité des soins | - Taxer pour diminuer la demande |
| - Bien public dans le domaine de la santé | - Politique des inputs centralisés |
| - Externalités négatives | - Effets économiques multiplicateurs |

- Approche classique de distribution
- Risque moral
- Subsidés décentralisés en cash
- Corrections par des mesures de marché
- Stimuler par les subsides
- Informer public sur dangers du VIH

5.6 Résumé des concepts clés micro-économie à retenir

1. Coûts d'opportunité.
2. Signification du mot économie : OIKOS - NOMOS.
3. Économie positive et économie normative.
4. Microéconomie et macroéconomie.
5. Les acteurs économiques de la demande et de l'offre en tant que centres de décision.
6. L'économie de marché, ou libérale, contre l'économie de planification centralisée.
7. La loi de la demande : tous les autres facteurs étant égaux, une hausse des prix entraîne une baisse de la demande.
8. La loi de l'offre : tous les autres facteurs étant égaux, une hausse des prix entraîne une hausse de l'offre.
9. Un changement de prix entraîne un déplacement le long de la courbe de demande ou de l'offre. Un changement d'autres facteurs fait que la courbe de la demande ou de l'offre se déplace vers la droite ou vers la gauche.
10. Lorsque la courbe de demande et la courbe d'offre se croisent, le prix de l'équilibre est établi automatiquement et la satisfaction des consommateurs et des agents d'approvisionnement est maximisée.
11. Dans le cas où le gouvernement crée un prix inférieur au prix d'équilibre (plafond) ou supérieur au prix d'équilibre (plancher) il y aura une pénurie ou une pléthore. La société sera frappée par la main invisible d'Adam Smith ce qui provoque une pénurie, des pratiques du marché noir, la mauvaise qualité en cas de plafond et une pléthore de produits en cas de plancher.
12. Les défaillances du marché dans le secteur de la santé sont les biens publics (promotion de la santé), les externalités (tuberculose, vaccination, VIH), l'asymétrie d'information (abus par les prescripteurs), le hasard moral dans les systèmes d'assurance. Le gouvernement doit corriger ces défaillances par des mesures correctives (subsidés, taxes, assurance qualité).
13. Les critères de la concurrence parfaite sont : l'existence de nombreux vendeurs et clients, l'homogénéité des produits, la libre entrée et la sortie du marché et la parfaite information entre les fournisseurs et les consommateurs.

5.7 Résumé des concepts clés d'économie de santé à retenir

1. Le marché de la santé comporte un nombre relativement élevé d'échecs à corriger. Notamment, l'asymétrie d'information d'un médecin par rapport à celle des patients, qu'il faut corriger par l'information des patients, l'analyse des dossiers lors des évaluations par les pairs et la fixation de pénalités en cas d'abus.
2. Le niveau d'équité proposé dans une société donnée dépend largement de la volonté de la population de payer des taxes et de sa perception de la manière dont le gouvernement les utilise afin d'avoir un impact manifeste.
3. Efficience allocative : comment répartir l'argent entre les différentes activités : aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire ; entre le curatif, le préventif et le promotionnel ; entre les structures privées et publiques.
4. Efficience technique : la meilleure stratégie adoptée pour réaliser une activité (par exemple : pour la vaccination, stratégie avancée ou fixe).

5. Efficience administrative : Les coûts administratifs (= *overheads*) du système sont aussi bas que possible. En FBP, ils ne devraient pas dépasser 30% du budget global.
6. Les maladies sont des événements inattendus, d'où la nécessité de mettre en place des mécanismes d'assurance maladie.
7. Pour les acteurs économiques de l'offre, l'entrepreneuriat et l'innovation constituent des « ressources » économiques importantes, permettant d'améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes sociaux.
8. Un prestataire social (public ou privé) doit toujours chercher à réaliser un bénéfice afin d'investir et d'améliorer sa qualité. L'incapacité à générer des bénéfices pourrait entraîner des dettes structurelles, et cet échec devrait même être sanctionné par la menace d'une mise en faillite.
9. Lors de l'établissement des dépenses d'une structure, il ne faut pas oublier les coûts fixes, ainsi que ceux liés à l'amortissement des infrastructures, des grands équipements et des modes de transport.
10. Le coût marginal est lié aux économies d'échelle (au nombre optimal d'une activité spécifique, comme la consultation externe, ou au nombre d'habitants desservis par une ACV). Une bonne économie d'échelle est obtenue lorsque le coût moyen est le plus bas possible (le coût marginal d'une unité supplémentaire est alors zéro)
11. L'économie de portée est comparable à une « économie de supermarché », dans laquelle le patient (ou le consommateur) de la structure de santé (ou du magasin) a accès à plusieurs produits. Une bonne économie de portée signifie que le coût moyen est aussi faible que possible.
12. L'assurance maladie obligatoire est potentiellement un bon système, mais dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, elle devrait être associée à des réformes fondées sur le financement basé sur la performance (FBP) afin de garantir la qualité, de mettre en place des mécanismes de vérification rigoureux et de maîtriser les coûts.
13. L'assurance maladie volontaire (de type mutuelle) a un coût administratif élevé, un taux de cotisations souvent faible, est exposée au risque moral et bénéficie surtout aux plus fortunés => Les systèmes d'assurance maladie doivent développer des mécanismes de ticket modérateur ou de copaiement afin de combattre le risque moral.
14. Les systèmes de gratuité généralisée (Union soviétique, Grande-Bretagne) jouissent d'une réputation plutôt défavorable.

6. POLITIQUES NATIONALES, RÉGULATION, ASSURANCE QUALITÉ

Jean Paul NYARUSHATSI, Bwanga ENANJOURN, Dr. Philémon MBESSAN

Principaux messages du module

- Un rôle important du gouvernement consiste à *stimuler la croissance économique et la création d'emplois*. L'économie de marché est la meilleure approche pour atteindre ces objectifs. Les régulateurs doivent donc : (a) s'opposer aux monopoles et aux cartels économiques ; (b) corriger les défaillances du marché en recourant à des subsides et des taxes ; (c) informer les fournisseurs et les consommateurs ; et (d) investir des ressources publiques dans l'économie locale.
- Des régulateurs de santé suffisamment rémunérés devraient également veiller à ce *que le marché de la santé fonctionne bien*, faciliter la *gestion autonome* des prestataires, déterminer des *paquets à financer*, établir des *normes de qualité*, *accréditer* des prestataires et des distributeurs de produits pharmaceutiques, et veiller au respect des normes convenues.
- Les régulateurs ne devraient pas confondre leur rôle avec celui de la gestion des inputs ni être directement impliqués dans la prestation de services. Ils doivent se comporter de manière neutre, comme un *arbitre* lors d'un match de football.
- Pour faire avancer une réforme FBP, les gouvernements peuvent nommer une *cellule technique nationale FBP* au sein de chaque ministère concerné. Ces unités devraient fonctionner au sein du Cabinet du Ministre ou du Secrétaire général.
- Une unité de contractualisation - étroitement liée à l'unité de FBP - peut négocier des contrats avec les directions du ministère afin d'améliorer leurs performances et de consolider les réformes. Les contrats peuvent être signés par le secrétaire général ou par le ministre de la Santé.
- Les comités de pilotage FBP au niveau national doivent garantir des budgets suffisants au FBP en réallouant les lignes budgétaires auparavant allouées aux inputs destinés au FBP. Ils doivent s'assurer que les coûts administratifs restent inférieurs à 30 % et promouvoir la réforme du FBP.
- Le FBP vise à améliorer la *qualité des prestations* de plusieurs manières : 1. Les *prestataires* doivent générer suffisamment de ressources pour atteindre les normes établies, disposer de l'autonomie nécessaire pour les utiliser et conclure des contrats de performance avec leur personnel ; 2. Les *régulateurs* doivent effectuer des revues de qualité et, une fois les normes respectées, accréditer les prestataires. 3. Les *ACV* doivent négocier des contrats avec les prestataires afin d'améliorer la qualité et de distribuer des bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) aux prestataires lorsque des améliorations de l'infrastructure, de l'équipement ou des ressources humaines ont été réalisées.
- Comment évaluer la qualité ? Les régulateurs utilisent des *questionnaires intégrant des indicateurs composites* pour évaluer la qualité des prestataires. Ils peuvent également recourir à des vignettes, à des entretiens de sortie avec les patients ou à des observations directes. Les ACV mènent des enquêtes sur la qualité perçue par les patients. Sur la base des scores de qualité, l'agence de paiement rémunère le prestataire. L'approche carotte + carotte peut, dans la plupart des cas, être préférée à l'approche carotte X bâton, en particulier lorsque les prestataires dépendent en grande partie de leurs revenus tirés des subsides du FBP.
- Dans de nombreux pays où le FBP est pratiqué, les revues de qualité par les pairs sont désormais de préférence utilisées par les hôpitaux et les départements ministériels. Les revues de qualité par les pairs ne sont pas hiérarchiques, mais constituent plutôt un exercice entre égaux, ou « pairs », dans lequel l'équipe d'une entité visite une autre entité. Le but de ces visites intercollégiales est de conseiller, plutôt que d'imposer des instructions unilatérales.

- Lors de toutes les revues de la qualité, les acteurs doivent respecter pleinement la *confidentialité* des patients.

6.1 Définitions

La régulation : un ensemble de règles qui doivent contrôler le comportement de ceux, à qui elles s'appliquent.

Normes : ensemble de critères qui définissent - d'une manière SMART - le niveau de qualité souhaité de ce qui doit être respecté par des services donnés, tout en évitant de mettre en danger les usagers ;

Procédures : formalisation des processus qui visent à l'atteinte des normes ;

Système de santé : ensemble de toutes les organisations, institutions et ressources consacrées à la production des actions dont l'intention première est d'améliorer la santé d'une population ;

Assurance de la qualité : ensemble des activités qui permettent de définir les normes, les procédures pour mesurer et améliorer la qualité, telle qu'elle est évaluée par des professionnels.

Accréditation : L'action ou le processus de reconnaissance officielle d'une organisation, sous réserve de normes de qualité minimales, pour exercer une activité particulière.

6.2 Objectifs socio-économiques de l'État

Film: <https://www.youtube.com/watch?v=9fcAlisq3Lg>

Chaque gouvernement doit développer des politiques socio-économiques fondées sur des objectifs normatifs et des valeurs qui devraient résulter d'un processus démocratique et politique. La plupart des pays ont identifié les (éléments des) **objectifs socio-économiques suivants**, tels que :

- *Assurer la croissance économique et le plein emploi pour garantir le potentiel économique et éviter les souffrances et des conflits humains ;*
- *Assurer le bon fonctionnement des marchés et prévenir les monopoles et les cartels ;*
- *Assurer la sécurité, la justice et les droits de propriété, tant sur le plan des actifs que sur le plan intellectuel.*
- *Promouvoir les biens publics et les externalités positives ;*
- *Protéger le public et l'environnement contre les risques pour la santé et les externalités négatives*
- *Assurer la stabilité des prix afin de prévenir l'inflation.* Ceci afin d'encourager les transactions commerciales et la volonté des citoyens d'épargner en vue d'investissements et de retraites.
- *Répartition équitable des ressources.* Cela vise à instaurer une société plus juste en taxant les riches pour soutenir les pauvres ou les vulnérables et corriger les inégalités.

Pour atteindre les objectifs susmentionnés, la plupart des pays ont adopté l'économie de marché comme moyen privilégié de distribution de ressources limitées. Une fois accepté, cela implique que le gouvernement doit s'opposer aux tendances des organisations ou des individus à créer des monopoles ou des cartels économiques, qui nuisent à l'intérêt public. Ils élaborent donc des lois contre les monopoles tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Ces lois sont tout aussi importantes dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour promouvoir le développement économique et protéger les consommateurs. Les gouvernements devraient également corriger les problèmes (ou les défaillances du marché) créés par le même marché libre.

6.3 Objectifs de la politique de santé de l'État

Chaque pays est autonome pour développer sa propre politique nationale de santé, mais celle-ci est souvent basée sur les objectifs suivants :

1. Améliorer *l'état de santé* de la population en rendant disponibles des services de santé de **qualité** et financièrement **accessibles**. Cet objectif repose également sur les principes des droits de l'Homme, qui lui garantissent l'accès aux services de santé.

Pourtant, pour des raisons de contrôle budgétaire, il est important de définir avec précision les paquets aux niveaux primaire et hospitalier auxquels la communauté a droit d'accès, et de préciser comment cibler les personnes vulnérables, alors que la partie la plus riche de la population devra encore payer. Donc, ce principe des droits de l'homme ne signifie pas la généralisation des soins de santé gratuits.

2. Assurer un **financement adéquat** du système de santé par le gouvernement, la population et les partenaires. Les **dépenses totales de santé** devraient atteindre, selon l'OMS, **au moins 86 USD par habitant et par an**, mais avec des systèmes de santé FBP plus coût-efficaces, cette cible pourrait être inférieure.
3. Veiller à ce que la **proportion des dépenses de santé**, rapportée aux revenus des ménages et du gouvernement, soit raisonnable. La proportion se situe généralement entre 10 et 15% si l'on calcule la moyenne des dépenses directes, des primes d'assurance et des dépenses de santé du gouvernement. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les dépenses de santé à la charge des patients jouent un rôle très important. Les dépenses de santé du gouvernement sont généralement faibles et devraient atteindre 15% des dépenses totales du gouvernement, avec aussi pour but de réduire le recouvrement des coûts directs.
4. Créer des **effets multiplicateurs économiques**, en investissant de l'argent directement dans l'économie locale et créer ainsi des emplois et de la croissance économique ;
5. **Promouvoir la concurrence** entre les prestataires pour assurer une utilisation efficiente des ressources publiques et rechercher des partenariats public-privé.
6. Assurer le **libre choix des prestataires publics et privés** par les patients, afin que les valeurs démocratiques et que la libre expression des opinions soient respectées ;
7. **Assurer l'équité, géographique, culturelle et financière.**
8. Assurer **l'utilisation rationnelle et efficiente des ressources**, en garantissant que les services soient orientés vers des besoins, déterminés par des professionnels et ressentis par la population ;
9. **Faire respecter les lois du travail**, telles que l'établissement de salaires minimums par niveau d'études, par années d'emploi, etc.

6.4 Comment éviter les conflits d'intérêts et stimuler une politique rationnelle

Dans de nombreux pays en développement, les gouvernements ont tendance à rencontrer des difficultés à assumer leurs rôles de régulateurs et de promoteurs des objectifs sociaux, comme cités ci-haut.

Les problèmes peuvent être les suivants :

- Les fonctionnaires et les décideurs ne peuvent pas se concentrer sur leur rôle de régulation visant à défendre l'intérêt public, en raison de conflits d'intérêts, tels que leur implication directe dans la logistique, la distribution des fonds ou la prestation de services.
- Les fonctionnaires et les décideurs peuvent avoir une connaissance limitée du fonctionnement de l'économie de marché et pensent donc, à tort, qu'il leur incombe de promouvoir une relation de commandement et de contrôle centralisée. De telles opinions bloquent l'esprit d'entreprise des

gestionnaires des centres de santé, ignorent les avantages comparatifs du secteur privé et rendent les fonctionnaires vulnérables à la fraude et à la corruption.

- La performance des autorités de santé peut être compromise par leurs faibles salaires, indépendamment de leur performance.
- En l'absence d'instruments de mise en œuvre, les tâches de régulation peuvent être inappropriées ou inexistantes.

Si les gouvernements visent des réformes efficaces et des changements pour la réalisation d'objectifs sociaux tels que les objectifs de développement durable et la couverture santé universelle, les problèmes ci-dessus et les conflits d'intérêts doivent être abordés.

Comment pouvons-nous résoudre les problèmes et rendre le gouvernement plus efficace ?

- Assurer que les décideurs et hauts fonctionnaires deviennent les défenseurs de l'intérêt public
=> *Les solutions figurent dans la théorie du choix public quant à la manière de motiver les régulateurs.*
- Assurer une distribution efficiente des fonds publics et briser le cercle vicieux de la mauvaise performance du gouvernement source de mauvaise santé et de catastrophe économique
=> *Application des meilleures pratiques du FBP, telles que la concurrence pour les contrats, les partenariats public-privé, la décentralisation et la séparation des fonctions, afin de promouvoir la bonne gouvernance.*
- Briser le cercle vicieux du scepticisme parmi les citoyens à l'égard de l'État et restaurer leur croyance dans la capacité que celui-ci a des stratégies efficaces et de bien utiliser les ressources disponibles
=> *Présenter des résultats convaincants grâce à des programmes pilotes de FBP bien conçus.*
- Assurez-vous qu'au moins 70% du financement national sera acheminé directement vers « la ligne de front » constituée par les structures de santé, les écoles, les activités communautaires

6.5 Rôle du Comité de pilotage national FBP

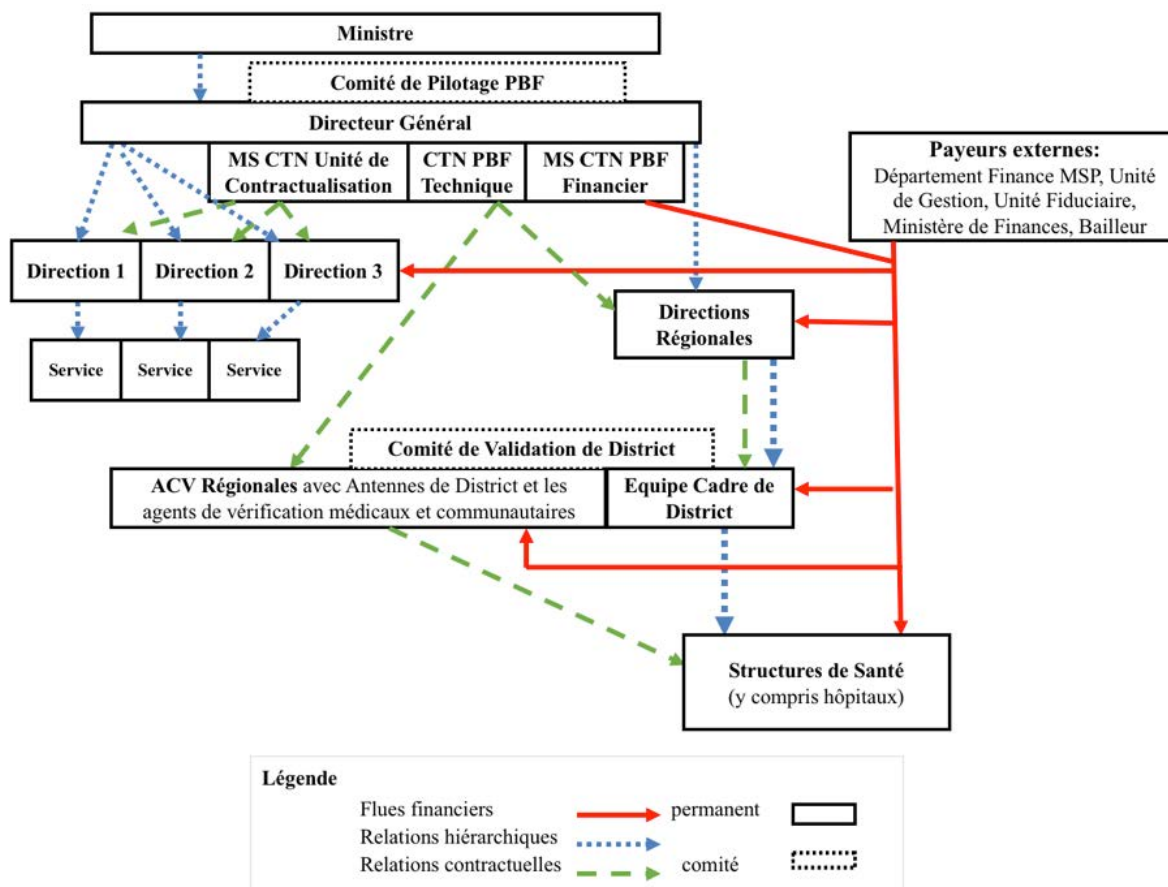
Le Comité de pilotage national FBP supervise et oriente l'approche de la réforme FBP et peut se réunir tous les trimestres, ou plus souvent si nécessaire. Souvent, ses membres sont choisis par le ministre de la Santé, mais il est important de les sélectionner en fonction de connaissances et de compétences telles que la connaissance du FBP, de l'économie, de la santé publique, de la bonne gouvernance et de la résolution des conflits. Ils devraient également être convaincus que le FBP favorise les réformes du système de santé et qu'ils en sont des agents de changement.

Ils remplissent les tâches suivantes :

- Assurer la coordination générale de tous les acteurs du programme du FBP ;
- Valider les budgets et assurer qu'au moins 70% du budget va aux prestataires et que le coût administratif de la contractualisation, de la vérification, de la formation et de la régulation d'une manière idéale reste autour de 20% ;
- Assurer une bonne efficience allocative (niveau PMA, PCA, tertiaire ; public, privé ; curatif, préventif et promotionnel) ;
- Gérer les conflits ;
- Appuyer la Cellule Technique dans ses démarches de plaidoyer en faveur du FBP.

6.6 Cellule Technique Nationale FBP

La Cellule Technique Nationale (CTN) d'un pays peut avoir un Unité Technique, une Unité de Contractualisation et une Unité Financière et être positionnée comme suit :



La CTN FBP peut être rattachée au bureau du ministre ou au secrétariat général du ministère. En effet, le FBP est une approche de réforme qui affecte les activités de toutes les directions et de tous les niveaux de la hiérarchie du ministère. Les membres permanents de la CTN FBP peuvent être des fonctionnaires ou des assistants techniques recrutés, mais leur sélection doit être compétitive. Ils devraient recevoir une rémunération concurrentielle afin de prévenir les comportements d'intérêt privé. La rémunération comprend une partie fixe (salaire des fonctionnaires, salaire de l'unité FBP ou versée par une agence externe) et une partie variable liée à la performance de la CTN FBP en général et de chaque employé en particulier. La partie variable peut être supérieure au salaire fixe si le salaire du fonctionnaire est trop faible.

L'unité de contractualisation FBP peut être directement rattachée au secrétaire général ou au cabinet du ministre et passer des contrats avec les directions du ministère de la santé, les autorités sanitaires régionales et les agences CDV régionales.

6.6.1 Tâches de la CTN

1. *Renforcer la pérennisation du FBP* en s'assurant que le budget nécessaire, d'au moins 4,00 \$US par personne et par an, est disponible. La CTN identifie les écarts financiers, de préférence un ou deux ans à l'avance, afin de pouvoir prendre des mesures correctrices à temps.
2. *Promouvoir le FBP* auprès des parties prenantes au niveau national et des organisations partenaires

3. Réviser les indicateurs d'output et de qualité (PMA et PCA), les prix des indicateurs et assurer l'évaluation des coûts (= costing) du budget.
4. Réviser les indicateurs quantitatifs (output), de qualité et d'équité de toutes les autorités de régulation aux niveaux : central, régional et des districts, ainsi que des ACV régionales.
5. Organiser les évaluations trimestrielles de la performance des directions du ministère de la Santé, des directions régionales de la Santé et des ACV. Celles-ci seront réalisées par une équipe de 3 à 5 personnes, sur une période de quelques jours. Le paiement des différents acteurs sera effectué, par le payeur du système FBP, sur la base de ces évaluations menées avec des critères SMART.
6. Organiser des contre-vérifications sur la base d'échantillons de la vérification des prestations menée par : 1. les ACV Régionales, auprès des structures de santé ; 2. les Directions Régionales, auprès des Districts Sanitaires et des Pharmacies grossistes régionales. La contre-vérification sera effectuée en partie de manière aléatoire et, pour l'autre partie, selon un choix raisonné (suspicion de tricherie, résultats trop bons ou trop mauvais). Cette contre-vérification peut également être effectuée de préférence par l'Inspection générale du ministère ou par un organisme externe.
7. Alimenter le portail FBP avec l'analyse et le feedback portant sur les points forts et faibles des indicateurs réalisés par les structures de santé, les districts, les régions et le niveau national ;
8. Confirmer les factures d'output (mensuellement) et de qualité (trimestriellement) des FOSA, soumises par les Comités de validation des districts sur le portail FBP, ainsi que les factures trimestrielles des régulateurs des différents niveaux (ECD, DRS, niveau central). La transmission des factures confirmées aux agences de paiement doit être effectuée dans le délai de 7 jours ;
9. Organiser des séminaires FBP nationaux, au moins une fois par an, à l'intention des acteurs FBP, pour échanger sur les points forts ainsi que sur les points à améliorer et leur trouver des solutions ;
10. Réviser et rendre disponibles les instruments du FBP, notamment les questionnaires des plans de business et des revues de qualité, l'Outil Indices, les termes de référence des différents acteurs du FBP et les canevas de contrats.
11. Assister aux réunions du Secrétariat du Comité de Pilotage National FBP et en assurer la préparation. Il revient au coordonnateur de préparer les documents du comité de pilotage (invitations, agenda, rapports d'activités). Après la réunion du Comité, la CTN-FBP est chargée d'en diffuser le rapport et les recommandations à tous les acteurs concernés.

6.6.2 Composition de la Cellule Technique Nationale et de l'Unité de Contractualisation

La Cellule Technique permanente comprend :

- Le *coordinateur* est responsable des activités de plaidoyer, des contacts externes, de la durabilité et de la coordination de l'équipe.
- Le *coordinateur adjoint* joue le rôle de coordinateur en cas d'absence et peut, en tant que tâche spécifique, organiser les évaluations des directions régionales de la santé et des ACV régionales et organiser les visites de contre-vérification ;
- Un *Gestionnaire du Portail FBP* est l'administrateur du portail et en assure la maintenance ;
- Les responsables du suivi sont des *experts FBP* qui confirment les données du portail FBP et les analysent aux niveaux des établissements de santé, des districts, des régions et des pays. Les experts de FBP évaluent également les ACV et les Directions Régionales.
- L'*agent de communication / formateur* du FBP fait le plaidoyer pour le FBP et organise des sessions de formation ;
- Les organisations partenaires peuvent ajouter des *experts FBP* afin de renforcer leurs équipes.

L'Unité de Contractualisation comprend :

- Des experts en contractualisation interne des contrats avec les Directions et les Programmes du ministère de la Santé.

6.6.3 Procédures administratives et de paiement de la CTN

Pour accomplir ses missions, la Cellule Technique Nationale doit disposer de l'autonomie nécessaire pour gérer ses ressources. À cet effet, un compte bancaire, cosigné par le coordonnateur, le coordinateur-adjoint et le gestionnaire comptable, peut être ouvert auprès d'un établissement bancaire, sur lequel l'agence fiduciaire effectuera les virements. Deux signatures conjointes seront nécessaires pour le décaissement des fonds. Les paiements seront effectués trimestriellement.

La CTN FBP peut être versée trimestriellement en fonction de ses activités, au-delà de laquelle une prime de qualité peut être versée. La CTN FBP peut commencer à fonctionner grâce à une avance de fonds destinée à lancer et à mener à bien les activités. Chaque trimestre, un comité d'évaluation évalue les activités réalisées et leur attribue un score de qualité. Ce comité peut aussi compter des membres issus de différentes directions.

Les composantes du paiement trimestriel de la CTN figurent dans le tableau suivant :

- Le paiement pour les 18 indicateurs output de l'Unité permanente de la CTN ;
- Un bonus de qualité calculé sur la base de 15% du montant total des outputs, au cas où le score de qualité est de 100% (= total outputs réalisés x 15% x score de qualité) ;

Description des activités CTN-FBP	Coût unitaire (FCFA)
1. Signature des contrats de performance DRS et ACV – FRPS/ CANAM, Directions MINSANTE	50 000
2. Évaluation ACV par trimestre	1 500 000
3. Évaluation DRS par trimestre	1 500 000
4. Évaluation FRPS/CANAM par trimestre	400 000
5. Contre-évaluation DS - 1 DS par visite DRS	250 000
6. Contre-vérification FOSA - 2 x par évaluation ACV	200 000
7. Réunion d'évaluation trimestrielle FBP organisée par la CTN	500 000
8. Organiser l'évaluation par les pairs des hôpitaux, centraux et généraux	500 000
9. Supervision financière semestrielle (financière, contrôle interne) des ACV	500 000
10. Portail FBP fonctionnel et actualisé (1/mois)	500 000
11. Factures validées payées à temps (1/mois)	1 000 000
12. Revue et analyse des indicateurs et subsides faites	5 000 000
13. Costing réalisé et budget mobilisé (1/an)	5 000 000
14. Manuel de procédures FBP et administratives actualisé (1/an)	5 000 000
15. Textes juridiques adaptés (1/6mois)	3 000 000
16. Séminaire National de 3 jours pour 100 personnes	25 000 000
17. Cours FBP International de 14 jours	1 200 000
18. Recherche-action	5 000 000
Bonus de qualité – maximum 15%	15%

Les **critères de validation des indicateurs de quantité** de la CTN-FBP figurent dans le tableau ci-dessous.

Indicateurs output	Critères de validation des indicateurs de la CTN-FBP
Signature des contrats de performance	- Liste des Contrats signés du trimestre disponible et archivée à la CTN ; - L'équipe d'évaluation s'assure que les copies des contrats de toutes les ACV et de toutes les DRS existent et ont été signées par le coordonnateur de la CTN et par le Responsable de l'ACV ou de la DRS - Et qu'une copie de ces contrats également présente dans les ACV ou les DRS signataires
Évaluation ACV	- Grilles d'évaluation des ACV cosignées par le manager de l'ACV et par tous les membres de l'équipe d'évaluation ; - Facture de paiement de l'ACV établie et cosignée par le manager de l'ACV, le chef d'équipes d'évaluation et approuvée par le coordonnateur de la CTN ; rapport de l'ACV et copie du contrat évalué sont annexés à la facture.
Évaluation DRS	- Grilles d'évaluation des DRS cosignées par le DRS et par tous les membres de l'équipe d'évaluation ; - Facture de paiement du DRS est établie et cosignée par le manager de l'ACV, le chef d'équipe d'évaluation et approuvé par le coordonnateur de la CTN ; rapport du DRS et copie du contrat évalué annexés à la facture.
Contre-évaluation des DS	- Grilles de la contre-évaluation du District, cosignées par le chef de District et par tous les membres de l'équipe de contre-évaluation ; - Copies des rapports d'analyse de la contre-évaluation, et du feedback fait aux DRS, disponibles.
Contre-vérification des FOSA	- Grilles de la contre-évaluation des FOSA, cosignées par le responsable de la FOSA et par tous les membres de l'équipe de contre-évaluation ; - Copies des rapports d'analyse de la contre-évaluation, et du feedback fait aux ACV, disponibles.
Réunion d'évaluation trimestrielle FBP organisée par CTN	- Rapport de réunion, disponible, avec liste de présence des membres
Évaluation par les pairs des hôpitaux centraux et généraux	- Copie originale de la grille de l'évaluation par les pairs complètement remplie, comportant les recommandations faites à l'hôpital, et signée par le directeur de l'hôpital et par tous les membres de l'équipe d'évaluation avec leurs noms et leur qualification. (NB : une copie de la grille d'évaluation doit toujours rester à l'hôpital. En cas de vérification, si des différences sont observées entre les 2 grilles, l'évaluation sera annulée) - Évaluation de l'hôpital par les pairs, réalisée par des évaluateurs venant de deux autres hôpitaux au moins. Chaque équipe est composée de : i) personnes spécialisées en services à évaluer, ii) responsables des soins de santé iii) responsables administratifs et financiers. La prochaine évaluation trimestrielle est précédée du suivi de la mise en œuvre des recommandations de la réunion précédente. L'équipe est conduite par un responsable du Ministère ou de la CTN. Le vérifier sur la liste des signataires de la grille d'évaluation ; - Le rapport comporte le suivi des recommandations précédentes, l'analyse des recommandations à l'endroit de l'Hôpital évalué
Supervisions semestrielles (financière, contrôle interne) des ACV	- Rapport d'une tournée de supervision trimestrielle, faite dans les délais décrits dans le manuel FBP, disponible, avec ordres de mission, signés par les ACV supervisées.
Factures validées payées à temps	- Compter tous les paiements faits, aux FOSA, aux ACV, aux Districts de santé, aux DRS et aux autres directions du MSP, dans les délais décrits dans le manuel FBP.

6.6.4 Indicateurs qualité de la Cellule Technique Nationale FBP

L'évaluation portera sur l'état de mise en œuvre du Plan de Business de la CTN-FBP au regard de ses indicateurs de qualité, définis dans le tableau ci-dessous, ainsi que sur l'application de l'Outil Indices. La note obtenue par la CTN servira de base au calcul de son bonus qualité global et de sa prime de performance.

Les indicateurs qualité de la CTN-FBP sont les suivants :	Points
Bon décaissement du budget FBP - Le système FBP dépense entre 90% et 110% des dépenses prévues par le costing ou le PTBA	15
Assurer la disponibilité du budget FBP - Assurer la disponibilité de 4,00 - 7,00 \$US par personne par an pour le FBP (ou autre montant indiqué dans le costing), dans la zone couverte par le programme. - Disponibilité d'informations actualisées pour le suivi budgétaire (budget encore disponible, tendance de l'évolution et estimation de la période de rupture des fonds)	10
Promptitude de l'évaluation des structures régionales ou provinciales - Promptitude (45 jours maximum après la fin du trimestre) et complétude (100%) de l'évaluation de la performance des DRS et des ACV	10
Promptitude de l'évaluation des structures centrales - Promptitude (45 jours maximum après la fin du trimestre) et complétude (100%) de l'évaluation des pairs par la CTN, les Directions du Ministère et les Hôpitaux Tertiaires	10
Promptitude de la confirmation des factures au portail FBP et renvoi à l'Agence de Paiement - Traitement et confirmation de toutes les factures reçues des acteurs (FOSA, ECD, DRS, CTN-FBP, ACV, AEE) dans un délai de 7 jours, suivant la réception des factures (par portail le cas échéant) ;	15
Disponibilité de l'état d'exécution des recommandations du comité de pilotage à jour. - L'évaluateur passe en revue les recommandations et vérifie auprès des responsables concernés si leur statut est correct	5
Présence de toilettes / latrines en nombre suffisant et en bon état - Au moins une latrine accessible aux visiteurs et bien entretenue avec portes qui se ferment, - Sans mouches ni toiles d'araignées, sans poussière ni mauvaises odeurs ; - Avec murs en bon état et propres, - Bonne couverture, en tôles ou en tuiles, sans eaux de ruissellement qui coulent à l'intérieur - Pots sans corrosion, nettoyés et sans matières fécales visibles - Deux fûts d'au moins 100 litres d'eau de réserve par toilette/latrine	5
Propreté de la cour - Absence de papiers et d'autres ordures dans la cour ; - Entretien de la cour (herbes coupées, jardin bien entretenu, le cas échéant, absence d'excréta d'animaux, pas de flaques d'eau stagnantes) - Disponibilité de poubelles non pleines dans la cour, accessibles aux visiteurs	5
Conditions d'hygiène assurées dans les bureaux - Poubelles disponibles dans chaque bureau - Fenêtres propres dépoussiérées et rideaux des fenêtres propres - Sol propre, - Armoires et étagères propres sans poussière ni toiles d'araignées - Tous les documents bien rangés, sur les bureaux, sur les étagères ou dans les armoires	5
Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus - Pièces comptables et pièces justificatives des dépenses bien tenues, bien rangées et accessibles en moins de 5 minutes (documents à conserver pendant au moins 5 ans) ; - Rapports statutaires (suivi financier, audit interne, audit externe, passation de marchés, suivi évaluation) produits dans les délais prescrits ;	5
Le système établi pour le calcul trimestriel des primes de performance existe et est connu du personnel - Critères pour le calcul de la prime de performance, établis avec l'ensemble du personnel et calculés dans l'Outil Indices ; - Calcul des primes de performance fait de façon transparente et participative ; - Interroger 2 à 3 personnes au hasard.	15
TOTAL	100

Après l'évaluation de la CTN-FBP, la facture est établie et payée dans les 15 jours qui suivent. Cette facture comprend le reliquat de la production quantitative ainsi que le montant du bonus qualité de la CTN.

6.6.5 Outil de Gestion Indices de la CTN

L'Outil Indices sera également utilisé par la CTN. Les critères de paiement des primes de performance individuelles du personnel seront établis par la CTN ; certains critères peuvent être utilisés, notamment la promptitude dans l'exécution des tâches, les heures perdues et travaillées, l'évaluation individuelle, la note d'évaluation de la qualité attribuée par la CTN, etc.

Recettes	Montant reçu	Proportion %
Ressources en banque au début de la période		
Avance semestrielle reçue		
Paie trimestriel reçu		
Budget de l'État		
TOTAL		

Dépenses	Montant	Proportion %
Masse salariale		
Dépenses de fonctionnement		
Investissements		
Amortissement des équipements		
Augmentation de la réserve à la banque (salaires + Fonctionnement)		
Sous total Dépenses		
Prime de performance (Total recettes – total autres dépenses)		
TOTAL		

Les critères suivants sont utilisés pour évaluer l'application de l'Outil Indices par la CTN.

Tous les revenus de la CTN sont intégrés dans l'outil indice sous la forme d'un panier commun, ou « common basket ».

Conditions d'évaluation de l'Outil Indices : Si les recettes et les dépenses ne sont pas équilibrées, l'évaluation de l'Outil Indices ne peut pas continuer et la CTN perd tout.		
CRITERES	Norme	Total
- Rapport trimestriel technique avec analyse des recettes du trimestre, planification des dépenses et analyse des recommandations des évaluations. - Disponibilité d'une liste de présence de la réunion + signatures	25 points si présents, 0 si absents	25
- Fiche d'évaluation du personnel et ordre de virement des primes disponibles (le montant total de la prime doit correspondre à celle notée sur la fiche de synthèse des recettes / dépenses)	25 points si fiche est complètement remplie et signée avec les n° de téléphone, 0 dans le cas contraire	25
- Participation de tout le personnel. Interview de 2 personnes montrant : qu'elles ont participé, qu'elles connaissent les recettes, les dépenses, l'enveloppe de la prime et les critères de répartition ; que les primes marquées devant leur nom sont effectivement celles qu'elles ont reçues.	50 points	50
TOTAL		100

6.7 Autres Directions et Programmes du Ministère

Les directions et les programmes du Ministère auront des contrats de performance pour la mise en œuvre de leurs activités spécifiques. Les contrats seront négociés et signés avec une Unité de Contractualisation au sein du Secrétariat Général ou du Cabinet du Ministre. Cette Unité peut être appuyée par la CTN-FBP.

6.7.1 Les rôles et activités des directions du ministère

Les différentes directions et programmes du ministère de la Santé ont leurs propres activités mais participent également aux activités communes suivantes liées au FBP, telles que :

- Participation à la mise en œuvre d'activités FBP sur le terrain
- Définition et mise à jour des paquets minimum d'activités et paquets hospitaliers et des indicateurs de quantité à tous les niveaux de régulation, ACV, communautaires
- Définition et mise à jour des indicateurs de qualité à tous les niveaux
- Mobilisation des ressources du gouvernement pour le FBP
- Coordination des données SNIS, FBP, du portail FBP et de DHIS2.

6.7.2 Indicateurs quantité des Directions négociés par l'unité de contractualisation

L'unité de contractualisation interne du ministère de la santé - parfois assistée par l'unité FBP - élabore, négocie et signe des contrats avec les directions du ministère. Chaque direction exerce des activités différentes, et il serait difficile d'élaborer de nouveaux contrats et de nouveaux critères de paiement pour chacune d'elles.

Pour cela, il existe huit sujets de contrat :

1. Faire du plaidoyer en faveur d'un changement en faveur du FBP,
2. Réaliser des visites spéciales avec des termes de référence clairs,
3. Organiser des formations avec TDR,
4. Organiser des réunions avec TDR,
5. Réaliser des évaluations FBP des acteurs régionaux ;
6. Mener des recherches-actions ;
7. Recevez des bonus d'amélioration de la qualité pour la rénovation, l'équipement et les exigences de transport ;
8. Outil de gestion des indices correctement appliqué.

Chaque sujet de contrat a ses propres critères d'évaluation et paiements spécifiques tels qu'indiqués dans le tableau suivant.

	Les huit indicateurs généraux output de performance pour la Direction ou Programme de du ministère de Santé	Prix unitaire
1.	Sujet de changement des normes, des textes juridiques ou des instruments d'exécution SMART, identifié avec TDR et achevé. Ces changements : - Sont liés à la mission de la Direction et ont comme but général de renforcer l'approche FBP. - Les sujets spécifiques* suivants sont identifiés : ○ A ○ B - Le rapport du sujet spécifique contient le problème identifié, la solution proposée, les résultats de l'action achevée et une justification pour le paiement de la facture.	F 750.000 par sujet achevé

	Les huit indicateurs généraux output de performance pour la Direction ou Programme de du ministère de Santé	Prix unitaire
	- L'Unité de la Contractualisation Interne, appuyé par la CTN, a reçu le plan de business de la Direction, négocié et accepté les TDR du sujet spécifique et fourni son accord pour les critères d'achèvement. <i>* NB : Les sujets peuvent concerner des changements dans les documents stratégiques, les textes juridiques, les indicateurs output ou qualité, les canevas du plan de business, l'Outil indices, les grilles d'évaluations des acteurs.</i>	
2.	Visite spéciale réalisée selon TDR SMART, avec rapport produit et recommandations - Les objectifs de la visite et les problèmes à résoudre de la visite sont identifiés : ○ A. ○ B. - Le directeur de la Direction a approuvé les Termes de Référence et le nombre de jours requis pour chaque mission ; - La Direction connaît le nombre des jours affectés dans le contrat par l'Unité de la Contractualisation Interne aux visites spéciales par trimestre ; - L'expert de la Direction ou Programme qui réalise la mission doit : 1. Avoir les qualifications requises ; 2. Être apte d'exécuter les TDR ; 3. Produire un rapport de mission dans un délai raisonnable - Le rapport de la mission doit contenir : 1. Les problèmes à résoudre ; 2. L'objectif de la mission ; 3. Une courte description de la visite ; 4. Contenir des solutions constructives pour résoudre les problèmes identifiés ; - Pendant l'évaluation trimestrielle de la Direction, l'évaluateur vérifie la qualité du rapport et approuve le paiement ; - Le budget pour le transport et l'hébergement, per diem pour l'équipe est planifié par le Responsable de la Direction et les dépenses sont intégrées dans le montant forfaitaire. La Direction s'assure que les experts ont un moyen de transport et qu'ils seront rémunérés ; - Les visites doivent avoir lieu en dehors de la capitale et couvrir toutes les Régions. Cela veut dire que pour certaines missions il y aura une « perte » et pour d'autres un « bénéfice ». <i>NB : Il est la responsabilité de la Direction d'assurer le recrutement ou la mise sous contrat d'experts capables de mener à bien la mission, pour éviter des déceptions et le non-paiement de la mission à la suite de la vérification de cette activité pendant l'évaluation trimestrielle.</i>	F 65.000 / jour / personne
3.	Formation avec Plan de Formation SMART réalisée, avec rapport écrit - Les objectifs et les problèmes à résoudre de la formation sont identifiés ; ○ A ○ B - Le directeur de la Direction a approuvé le Plan de Formation et le nombre de jours requis pour exécuter le plan de formation ; - La Direction négocie avec l'Unité de la Contractualisation Interne, le nombre de formations et de jours – personnes par trimestre après explication de leur pertinence ; - La Direction connaît le nombre de jours affectés à la formation par trimestre dans le contrat de performance et elle détermine les priorités ; - Le nombre de jours ne doit pas excéder 1 jour par module et le nombre de participants ne doit pas excéder 30. - Il existe un Plan de Formation avec : 1. Un agenda ; 2. La méthodologie ; 3. Les modules du cours sous format électronique et / ou en copie papier ; 4. Des présentations PowerPoint correspondant aux modules ; 5. Le questionnaire de l'évaluation du cours par les participants ; 6. Un questionnaire de posttest - Les formateurs, qui réalisent la formation, doivent : 1. Avoir les qualifications requises ; 2. Être aptes à préparer et à exécuter la formation ; 3. Produire le rapport de la formation dans un délai raisonnable.	F 55.000 par participant formé et par jour

	Les huit indicateurs généraux output de performance pour la Direction ou Programme de du ministère de Santé	Prix unitaire
	- La formation doit être réalisée dans un lieu disposant d'une source d'électricité stable pour le rétroprojecteur. Il faut assurer que les lieux de formation sont équitablement distribués dans les régions. - Le rapport de la formation doit contenir : 1. Les problèmes à résoudre ; 2. L'objectif de la formation ; 3. Une courte description du déroulement du cours ; 4. Contenir l'évaluation du cours par les participants et le résultat du posttest. <i>NB : Il est la responsabilité de la Direction d'assurer le recrutement ou la mise sous contrat d'experts capables de faire la formation, pour éviter des déceptions et le non-paiement de la mission par suite de la vérification de cette activité pendant l'évaluation trimestrielle.</i>	
4.	Réunion de plaidoyer ou technique avec TDR SMART réalisée, avec rapport écrit - Les objectifs et les problèmes à résoudre de la réunion sont identifiés ; - o A. - o B. - La Direction négocie avec l'Unité de la Contractualisation Interne, le nombre des réunions, de jours et de personnes par trimestre, avec explication de leur pertinence ; - Il existe un plan de réunion avec : 1. un agenda ; 2. La méthodologie. - Les facilitateurs, qui réalisent la réunion, doivent : 1. Avoir les qualifications requises ; 2. Être aptes à préparer et à conduire la réunion ; 3. Produire le rapport dans un délai raisonnable. - Le rapport de la réunion doit contenir : 1. Les problèmes à résoudre ; 2. L'objectif de la réunion ; 3. Une courte description du déroulement de la réunion. <i>NB : Il est de la responsabilité de la Direction d'assurer le recrutement ou la mise sous contrat des fonctionnaires ou d'experts capables de faciliter la réunion pour éviter le non-paiement de la réunion après la vérification de cette activité pendant l'évaluation trimestrielle.</i>	F 45.000 par participant par jour
5.	Participation à l'évaluation des acteurs régionaux (DRS, ACV) organisée par la CTN-FBP - Assister à une évaluation régionale de 4 jours ; - Rapport concernant la visite avec un accent particulier sur les aspects qualité des services ; - Donner des contributions importantes pendant la visite d'évaluation ;	F 65.000 par jour par participant
6.	Action recherche-action exécuté avec problème identifié, rapport et recommandations SMART - La Direction a dans son PB un sujet de recherche-action soumis à l'avis technique de la réunion du comité de coordination FBP national ; Sujet identifié : - Le sujet doit avoir un lien avec le FBP - La proposition explique le problème à résoudre et la méthodologie de la recherche - Le rapport de l'étude montre les résultats de la recherche-action. - Le rapport contient au moins deux recommandations constructives qui contribuent à la résolution du problème identifié.	F 3.000.000 par étude complété
7.	Bonus d'Amélioration de Qualité proposé et exécuté - La Direction ou Programme propose dans son plan de business un investissement qui nécessite d'être appuyé par un BAQ ; - Le Plan de Business décrit le problème à résoudre et la solution proposée ; - Après réalisation de l'activité, l'équipe d'évaluation vérifie cette activité et vérifie si le montant dépensé pour la réalisation est supérieur au BAQ ; - BAQ proposé spécifique : - o A. - o B. <i>NB : Cet indicateur peut inclure des moyens de transport, l'impression de matériaux de formation, l'achat d'équipements, d'ordinateurs, de mobilier.</i>	F 1.500.000 par BAQ exécuté

	Les huit indicateurs généraux output de performance pour la Direction ou Programme de du ministère de Santé	Prix unitaire
8.	L'Outil indices est appliqué. - Pour la gestion des ressources de la Direction - Y compris pour la répartition des primes de performance au personnel	F 300.000 / trimestre
	Total 1	
	Bonus Qualité (Total 1 x 15% x score Évaluation qualité global = 50% Score qualité technique + 50% Score qualité d'application de l'Outil Indices)	
	TOTAL (= Total 1 + bonus qualité)	

6.7.3 Indicateurs de qualité des Directions et Programmes du Ministère

La CTN FBP accompagne les différentes directions techniques dans l'élaboration de leurs plans de business et de leurs contrats de performance.

Les grilles d'évaluation des directions techniques seront actualisées chaque trimestre par le Secrétariat Général, en collaboration avec la CTN et les directions concernées, en fonction des activités à accomplir. Le tableau ci-dessous présente les indicateurs d'évaluation de la qualité des directions et des programmes qu'il convient d'adapter pour chaque entité.

Critères de performance des Directions Centrales du ministère de Santé pour des évaluations trimestrielles par les pairs dans le MINSANTE	Points	Score
1. Relatifs à la Planification et au Suivi - Chaque Service et Sous-Direction a élaboré son Plan de Travail (Plan de Business). - Les Plans de Business des Services sont intégrés dans le PB des Sous-Directons. - Les Plans de Business des Sous-Directons sont intégrés dans PB de la Direction - Les Services, les Sous-Directons et la Direction analysent les missions générales et spécifiques de la Direction dans leurs PB. - Les analyses et les recommandations du PB démontrent que les Services, Sous-Directons et Directions appliquent les meilleures pratiques FBP, comme la promotion de la concurrence, l'autonomie des FOSA, la décentralisation des ressources et l'implication du secteur privé. - Chaque Service, chaque Sous-Direction et la Direction ont identifié au moins deux problèmes principaux dans leur PB et ont proposé des solutions. - La structure a produit des rapports de suivi liés au PB et aux aspects du FBP - Au moins 75% des solutions du PB proposées sont appliquées.	10	....
2. Relatifs à la coordination de la Direction - Les responsables clés des Services et des Sous-Directons ont été invités. - Les rapports des deux dernières réunions trimestrielles sont disponibles, avec la liste de présence des participants. - Le rapport de la réunion de coordination du dernier trimestre a identifié 4 principaux problèmes et des solutions ont été proposées. - Il existe la preuve qu'au moins 3 des 4 problèmes prioritaires ont été résolus pendant le trimestre considéré.	5	....
3. Relatifs à l'archivage des informations et des documents - (1) Plan de Business des Sous-Directons et Contrats de performance avec la Direction ; (2) Plan de Business de la Direction et Contrat de performance avec le Ministre ; (3) Dossiers de tout le personnel, lettres administratives ; (4) Documents comptables. - Documents bien rangés dans les classeurs et accessibles en 5 minutes à l'équipe d'évaluation.	5	....
4. Relatifs aux Formations Sanitaires - La direction a produit des normes et a contribué à l'amélioration de la qualité des FOSA. - Elle a également réalisé l'évaluation sur le terrain des formations sanitaires concernées.	10	....
5. Relatifs aux Régulateurs au niveau opérationnel - La direction a contribué à définir la mission et les indicateurs de la performance des régulateurs du niveau opérationnel. - Elle a également réalisé les évaluations de ces derniers sur le terrain.	10	....
6. Relatifs à l'approvisionnement en intrants - La direction a contribué à mettre en place un système d'approvisionnement décentralisé des intrants.	10	....
7. Relatifs à la gestion des ressources financières	10	....

Critères de performance des Directions Centrales du ministère de Santé pour des évaluations trimestrielles par les pairs dans le MINSANTE	Points	Score
- La direction a contribué à la décentralisation des ressources financières en espèces (cash -compte bancaire) vers les FOSA pour l'achat des intrants et le fonctionnement. - La direction a contribué à une mobilisation croissante de ressources en faveur de l'approche FBP. - La direction a contribué au renforcement de la capacité administrative et financière des formations sanitaires, y compris pour l'utilisation de l'Outil de l'indices.		
8. Relatifs aux Ressources Humaines - La direction a contribué aux stratégies permettant aux formations sanitaires des recruter un personnel qualifié avec des ressources financières qui leur sont propres. - La direction a contribué à une répartition équitable du personnel qualifié en faveur des formations sanitaires périphériques.	10	....
9. Relatifs aux réformes juridiques et institutionnelles - La structure a participé aux activités d'identification et de réforme des textes nécessaires à l'application des meilleures pratiques FBP.	5	....
10. Présence de toilettes/latrines en nombre suffisant et en bon état - Au moins une toilette/latrine accessible aux visiteurs et bien entretenue : - Avec portes qui se ferment ; - Sans mouches ni toiles d'araignées, sans poussière ni mauvaises odeurs ; - Avec des murs en bon état et propres, - Bonne toiture en tôles ou en tuiles, sans eaux de ruissellement qui coulent à l'intérieur ; - Pots sans corrosion, - Nettoyées et sans matières fécales visibles ; - Deux fûts, d'au moins 100 litres d'eau de réserve par toilette.	5	
11. Propreté de la cour - Absence de papiers et d'autres ordures dans la cour. - Entretien de la cour (Herbes coupées, jardin bien entretenu le cas échéant, absence d'excréta d'animaux, pas de flaques d'eau stagnantes). - Disponibilité de poubelles dans la cour, non pleines et accessibles aux visiteurs.	5	
12. Conditions d'hygiène assurées dans les bureaux - Poubelles disponibles dans chaque bureau ; - Fenêtres propres dépoussiérées ; - Rideaux des fenêtres propres ; - Sol propre ; - Murs dépourvus de toiles d'araignées ; - Armoires et étagères propres, sans poussière ni toiles d'araignées ; - Tous les documents bien rangés, sur les bureaux, sur les étagères ou dans les armoires ; - Les toilettes des bureaux doivent remplir au moins les mêmes conditions de propreté que celles décrites plus haut pour les toilettes/latrines.	5	
13. Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus - Pièces comptables et pièces justificatives de dépenses bien tenues, bien rangées, et accessibles en moins de 5 minutes (conservées pendant au moins 10 ans).	5	
14. Système établi du calcul trimestriel des primes de performance existe et est connu par le personnel - Critères pour le calcul de la prime de performance établis avec l'ensemble du personnel et calculés dans l'Outil Indices, - Calcul des primes de performance fait de façon transparente et participative, - Interroger 3 à 5 personnes au hasard.	5	
TOTAL	100	

L'évaluation trimestrielle des performances des structures du niveau central est réalisée par une équipe composée de « pairs » issus des directions techniques du Ministère. Après l'établissement des factures des services concernés, le Secrétaire Général valide les résultats de l'évaluation et transmet les factures à la CTN pour qu'elles soient payées. Chaque direction doit disposer d'un compte bancaire ou d'un compte financier auprès d'une trésorerie du Ministère. Après validation par le Secrétariat Général, la CTN dispose de 15 jours pour traiter chaque facture avant son paiement.

6.7.4 Outil de Gestion Indices des Directions et Programmes de santé

L'outil indices sera également utilisé par les directions et les programmes de santé pour une gestion transparente et participative, ainsi que pour la répartition des primes de performance. Les critères de paiement des primes de performance individuelle du personnel seront établis par chaque direction et chaque programme. Certains critères peuvent être utilisés, notamment la promptitude dans l'exécution des tâches, les heures perdues ou travaillées, l'évaluation individuelle, la note d'évaluation de la qualité attribuée par la direction ou par le programme, etc.

Recettes	Montant reçu	Proportion %
Budget de l'État		
Païement trimestriel FBP		
Ressources d'autres partenaires		
TOTAL RECETTES		

Dépenses	Montant	Proportion %
Masse salariale		
Dépenses fonctionnement y compris les missions		
Investissements y compris amortissement des équipements		
Augmentation de la réserve à la banque (salaire+ Fonctionnement)		
Sous total Dépenses		
Prime de performance (total recettes – total autres dépenses)		
TOTAL DEPENSES		

6.7.5 Critères d'évaluation de l'application de l'Outil Indices des Directions et Programmes

IDENTIFICATION

PÉRIODE : Du Au

DATE DE LA DERNIÈRE ÉVALUATION : / / 202. ..

	Catégorie et analyse des recettes et dépenses	Points prévus	Points obtenus
	I. Présence des recettes dans Outil Indices <i>L'équipe d'évaluation vérifie :</i> - Les différentes catégories des recettes sont présentées dans le rapport de l'Outil indices mensuel. Les catégories de recettes peuvent être : i. Subvention de l'État (y compris le salaire de l'État payé aux employées) ; ii. Subvention FBP ; iii. Recettes d'autres bailleurs ; - Vérifie si le total de recettes est correctement calculé.	10 points, si correct	...
	II. Présence des dépenses dans Outil indices <i>L'équipe d'évaluation vérifie :</i> - Les différentes catégories des dépenses sont présentées dans le rapport de l'Outil indices mensuel. - Les catégories de dépenses peuvent être : i. Le salaire fixe du personnel contractuel de la Direction / Programme ; ii. Les coûts de fonctionnement (carburant, frais de mission, fournitures de bureau) ; iii. Des investissements ; iv. L'augmentation de la réserve en banque ; v. Autres dépenses - Si le sous-total des dépenses est correctement calculé. - Si le calcul du bénéfice et de la prime pour le personnel de la Direction / Programme est correctement calculé.	10 points, si correct	.....
	III. Rapport d'analyse de l'outil indice trimestriel est disponible <i>L'équipe d'évaluation vérifie :</i> - Les recommandations et le suivi des recommandations de la réunion précédente - La liste de présence du personnel à la réunion + signature	20 points, si rapport correct	.....
	IV. Calcul des primes de performances du personnel réalisé selon au moins quatre des critères suivants :	10 points, si correct	....

	Catégorie et analyse des recettes et dépenses	Points prévus	Points obtenus
	<i>L'équipe d'évaluation vérifie l'existence des critères suivants :</i> - La responsabilité - L'ancienneté - Les heures additionnelles par mois - La performance individuelle des agents. - La pénalité sur base des problèmes administratifs.		
	V. La répartition des primes s'est faite d'une manière participative <i>L'équipe d'évaluation vérifie :</i> - L'existence d'un procès-verbal de la réunion ; - Interroger 3 à 4 personnels au hasard	25	....
	VI. Les membres de la Direction ont effectivement perçu les primes - Poser des questions à deux membres - Vérification de la facture de paiement	25	....
	TOTAL	100	
	POURCENTAGE	... %	

6.8 AGENCE DE PAIEMENT

Les agences de paiement sont responsables du paiement des factures émises par tous les acteurs. Les agences de paiement peuvent être des unités de paiement autonomes au sein du ministère de la Santé, liées à la CTN FBP, au ministère des Finances, à une organisation fiduciaire privée, à une ONG ou à une unité de gestion d'un partenaire, telle que la Banque mondiale. Une combinaison de mécanismes de paiement internes et externes peut également être conçue, avec plusieurs sources de financement et fondée sur des négociations avec différents partenaires pour déterminer qui paie quoi. Une excellente expérience a été développée au Burundi, avec 13 sources de financement, mais avec un seul site de collecte de données qui traite les factures de tous les acteurs, aux niveaux central et périphérique.

Les comités de validation de district valident d'abord les factures des prestataires de soins de santé, puis les transmettent au portail FBP. Après cela, la CTN FBP confirme les données. Après confirmation, les factures sont envoyées à l'agence de paiement qui transfère l'argent directement sur les comptes des différents acteurs. L'agence de paiement est également responsable des paiements versés aux autres acteurs du FBP, tels que les régulateurs à tous les niveaux, les ACV régionales et les consultants.

Le rôle de l'agence de paiement est similaire à celui d'une banque : elle paie les factures de différents acteurs du FBP dans un délai de 7 jours, par exemple. L'agence de paiement vérifie si le budget est disponible en fonction des lignes budgétaires (subsides de prestataires séparés des coûts administratifs) et assure l'administration des paiements, par exemple en tenant des registres financiers et en établissant des états financiers trimestriels et annuels.

Composition de l'Agence de Paiement FBP

- Un coordonnateur
- Un responsable administratif et financier ;
- Un responsable en passation des marchés ;
- Des comptables.

Check-list pour l'évaluation de l'Agence de Paiement

L'évaluation de l'Agence de Paiement sera effectuée par les pairs d'une autre Direction du Ministère. Les indicateurs d'évaluation des performances de l'Agence de Paiement sont les suivants :

Indicateurs Composites	Points
Païement des factures des différents acteurs (FOSA, ECD, DRS, CTN-FBR, ACV) fait dans un délai de 10 jours suivant la réception de ces factures (par le portail FBP) ;	50
Disponibilité d'informations actualisées sur le suivi budgétaire (budget encore disponible, tendance évolutive et estimation de la période de rupture des fonds) ;	20
Rapports trimestriels produits dans un délai de 45 jours après la fin du trimestre ;	10
Taux de passation des marchés prévus par le Plan de passation des marchés est > à 85% ;	10
États financiers mensuels produits dans un délai de 10 jours suivant la fin du mois considéré	10
TOTAL	100

L'agence de paiement devrait également être rémunérée en fonction de ses performances, par exemple pour chaque virement bancaire effectué dans un délai de 7 jours.

6.9 Rôles de la Direction Régionale de Santé

1. Élaborer trimestriellement le plan de business de la Région ;
2. Négocier et valider les plans de business et signer les contrats trimestriels de performance correspondants avec les ECD ;
3. Évaluer chaque trimestre les ECD et déterminer les performances sur base desquelles les bonus de performance de 15% des ECD seront payés ;
4. Vérifier les BAQ pour les infrastructures des ECD ;
5. Assister aux réunions des comités de validation des districts du dernier mois du trimestre ;
6. Organiser les revues trimestrielles par les pairs de la qualité des hôpitaux de la région et y prendre part ;
7. Introduire les données des revues de qualité par les pairs et celles des évaluations des ECD sur le portail FBP ;
8. Organiser, chaque trimestre, la contre-vérification de la qualité technique des soins des FOSA de la Région ;
9. Organiser les réunions trimestrielles de coordination des activités du FBP ;
10. Assurer le rapportage périodique et assurer la bonne documentation et l'archivage ;
11. Appliquer l'Outil Indices pour une gestion participative et transparente des ressources au niveau de la DRS ;
12. Effectuer des inspections et des accréditations une fois par semestre auprès de tous les grossistes pharmaceutiques de la région, et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de grossistes dans la région.

6.9.1 Élaboration du Plan de business (PB) de la DRS

Pour la réalisation de ces activités, un contrat trimestriel de performance est signé, entre la Cellule Technique Nationale FBP (CTN-FBP) du ministère de la Santé et la DRS. Le plan de business est un document qui accompagne le contrat. C'est un plan de travail trimestriel qui propose les stratégies nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, au regard de l'analyse des problèmes de la DRS, sur une période donnée. Les deux documents doivent être finalisés et envoyés à la CTN FBP pour analyse, au plus tard le 30^{ème} jour du premier mois du trimestre. La signature du plan de business se fera, au plus tard, le 30^{ème} jour du second mois du trimestre. Les activités des DRS seront évaluées trimestriellement par la CTN FBP avec l'appui des Directions Centrales du ministère de la Santé.

6.9.2 Négocier et signer des contrats avec les ECD, après validation des plans de business

Les contrats sont négociés et signés pour une période de trois mois, entre la DRS et les ECD, après vérification et validation du plan de business de ces derniers. Ces deux documents doivent être envoyés

à la DRS par l'ECD, pour analyse, au plus tard le 5^{ème} jour du deuxième mois du trimestre. La signature doit être faite au plus tard le 15^{ème} jour du second mois du trimestre. La DRS s'assurera que les ECD disposent de comptes bancaires pour recevoir leurs virements. La DRS transfère les détails des comptes bancaires des ECD à la CTN-FBP ou à tout autre payeur, dès la signature de leur premier contrat FBP, accompagnée d'une copie de ce premier contrat, ou en cas de modification du numéro du compte.

6.9.3 Évaluer les équipes cadre des districts chaque trimestre

La DRS évalue l'ensemble (100%) des districts sous FBP chaque trimestre, avant le 5^{ème} jour du second mois suivant la fin du trimestre considéré. Cette évaluation permet de déterminer la performance sur laquelle les bonus de performance de 15 % des ECD seront versés. Les critères d'évaluation trimestrielle des districts sanitaires par la DRS figurent dans le paragraphe ci-dessous. À l'issue de cette évaluation, la facture de paiement de l'ECD est produite et contresignée par le chef d'équipe des évaluateurs et le chef du district sanitaire. Cette facture sera ensuite validée par le coordonnateur de la CTN, avant sa transmission pour paiement.

Les copies des grilles des évaluation des districts de santé, faites par la DRS et le CDS, les copies des grilles de l'inspection des pharmacies de détail (officines) (complètement remplies et signées par le Pharmacien ou le technicien en sciences pharmaceutiques de l'ECD et par le pharmacien inspecté), le rapport de l'évaluation trimestrielle de qualité des FOSA, effectuée par l'ECD, et les rapports des réunions trimestrielles de coordination de l'ECD seront annexés à la facture produite par la DRS, avant sa validation et sa transmission pour paiement.

L'équipe de la CTN-FBP mène chaque trimestre une *contre-vérification* dans au moins deux districts afin de valider les évaluations réalisées par les DRS. Le choix d'un des districts sera aléatoire, et celui de l'autre, raisonné (suspçon de tricherie). Si le score de la CTN est supérieur à celui de la DRS, on peut attribuer cette différence à la mise en œuvre, par l'ECD, des recommandations formulées par la DRS. À l'inverse, si le score de la CTN est inférieur de plus de 10 % à celui de la DRS, la DRS perdra 20 points dans sa grille d'évaluation de la qualité.

Le paiement trimestriel des ECD sera effectué comme suit : (1) une partie variable, calculée sur la base des cinq indicateurs d'output réalisés et vérifiés par la DRS, multipliée par un bonus d'équité géographique fixe ; (2) une partie variable additionnelle de 15 %, après évaluation de la performance des ECD par la DRS.

6.9.4 Vérifier les BAQ pour les infrastructures des ECD

Les Bonus d'Amélioration de la Qualité (BAQ) seront attribués aux ECD et aux FOSA sur la base des propositions figurant dans leurs Plans de Business. La vérification se déroulera lors des évaluations trimestrielles des ECD, effectuées au plus tard le 25^e jour du premier mois suivant la fin du trimestre considéré. La vérification sera effectuée par l'ingénieur en génie civil de la DRS, qui veillera au respect des standards et des normes du ministère de la Santé, ainsi qu'à ceux des devis du Plan de Business. Le paiement sera effectué après la réalisation ou l'acquisition de l'ouvrage, en tout ou en partie, conformément aux dispositions du Plan de business.

6.9.5 Participer aux réunions comités de validation des districts du dernier mois du trimestre

La validation trimestrielle du dernier mois d'un trimestre porte sur : (1) les outputs quantitatifs du mois considéré (factures du dernier mois du trimestre des FOSA, score de l'Outil indices) ; (2) les revues trimestrielles de la qualité réalisées par les ECD au niveau primaire ou par les pairs pour les hôpitaux ; (3) les résultats des vérifications communautaires menées par les ASLO.

Lors de la réunion du comité de validation, présidée par le chef de district de santé ou par son représentant, sont présents : le Coordinateur de l'ACV Régionale ou son adjoint, un représentant de la DRS ayant conduit l'évaluation de la qualité par les pairs dans le district, les vérificateurs de l'ACV lié au district, et, de façon rotatoire, un représentant des FOSA et un représentant des ASLO. La présence de tous les membres est obligatoire. Au cours de la réunion, le représentant de la DRS présente les données de qualité issues de la revue par les pairs. Les factures générées sur le portail à la suite de la validation des indicateurs output, de la qualité technique, de l'Outil indices et des enquêtes des ASLO seront imprimées en trois exemplaires et signées par le Chef de District ou son représentant, ainsi que par le Coordonnateur de l'ACV ou le Coordonnateur Adjoint. Les trois copies sont remises à la FOSA, au Comité de Validation et à l'ACV. Une synthèse de l'ensemble des factures des FOSA est également établie par le Comité de Validation et signée par tous ses membres. Cette synthèse est scannée et enregistrée sur le portail. Un rapport doit être élaboré à la fin de la réunion et signé par le rapporteur et le président de la séance, avec une liste de présence signée qui lui est annexée. Les copies du rapport doivent être conservées par le district, la DRS et l'ACV. Une copie de la facture, à laquelle sont jointes la fiche de déclaration et la fiche de vérification signées par le chef de la FOSA et le vérificateur, est conservée à la FOSA, au district sanitaire et à l'ACV.

6.9.6 Organiser les revues trimestrielles par les pairs de la qualité des hôpitaux et y prendre part

Historiquement, les revues de la qualité des hôpitaux étaient souvent menées par des médecins spécialistes exerçant dans des hôpitaux de référence nationaux. Cette approche n'était pas très réaliste en raison de la pénurie de spécialistes, qui n'avaient pas suffisamment de temps pour effectuer des visites régulières dans de nombreux hôpitaux. De plus, les directeurs d'hôpital peuvent ne pas considérer de telles inspections hiérarchiques comme constructives.

C'est pourquoi, en 2003, l'examen par des pairs a été introduit au Rwanda et est aujourd'hui devenu la norme dans de nombreux pays FBP. Les revues de la qualité des groupes de pairs ne sont pas hiérarchiques, mais plutôt un exercice entre égaux, ou entre « pairs », dans le cadre duquel une équipe d'un hôpital visite un autre hôpital. L'esprit des visites inter collégiales est de conseiller, et non d'imposer, des instructions unilatérales.

Les évaluations par groupes de pairs sont effectuées par au moins deux autres hôpitaux, chacun étant représenté par trois personnes, par exemple le médecin traitant, l'administrateur et le responsable des soins infirmiers. Les pairs des deux hôpitaux peuvent être sélectionnés par la DRS ou, dans les pays moins peuplés, parfois par le ministère de la Santé. Un représentant de l'autorité sanitaire locale et de l'ACV peut également être invité. Les visites doivent être disciplinées afin que les participants arrivent à l'heure et ne perdent pas de temps. L'exercice peut commencer par l'examen des recommandations issues de l'évaluation précédente. Les médecins peuvent examiner les aspects techniques et médicaux ; les administrateurs peuvent examiner les performances financières et administratives ; les directeurs des soins infirmiers peuvent se concentrer sur les aspects infirmiers. L'atmosphère de la visite doit être franche, sincère et transparente, sans attitude de « recherche d'erreurs », mais plutôt orientée vers la recherche de stratégies pour améliorer ensemble les services.

Les résultats doivent être traités en toute *confidentialité afin* d'éviter que les hôpitaux cachent des informations, mais aussi pour protéger la *confidentialité individuelle des patients*, notamment des personnes vivant avec le VIH. À la fin de la visite, une réunion conjointe devrait être organisée pour discuter des conclusions et des recommandations.

6.9.7 Introduire les données de revues de qualité et les scores d'évaluation des ECD sur le portail

Le gestionnaire régional des données FBP devra saisir les données issues de la revue de qualité par les pairs et de l'évaluation des ECD sur le portail FBP. Cette saisie de données se fera au plus tard le 20^e jour du premier mois suivant le trimestre considéré. Ces données seront ensuite validées lors des réunions de validation du District.

6.9.8 La contre-vérification des revues de la qualité au niveau des FOSA et de l'accréditation

Pour obtenir une accréditation FBP, la FOSA doit avoir, pendant deux trimestres consécutifs, un score de qualité supérieur à 80 % lors de la revue effectuée *par les ECD ou les pairs*. Une contre-vérification est effectuée pour vérifier si les revues de la qualité des FOSA effectuées par les ECD ont été réalisées conformément aux normes. La personne qui effectue cette contre-vérification doit être du personnel technique et avoir de l'expérience dans le travail au niveau du district sanitaire. La contre-vérification utilise la même grille d'évaluation que l'ECD.

6.9.9 Organiser les réunions trimestrielles de coordination des activités du FBP dans la région.

Au plus tard le 15^{ème} jour du second mois suivant la fin du trimestre considéré, la DRS tient une réunion de coordination. Y prennent part les CDS et les responsables des hôpitaux PCA de la région, ainsi que le Coordonnateur et le Coordonnateur Adjoint de l'ACV. Le DRS peut inviter tout autre acteur jugé utile. À la fin de la réunion, un rapport faisant ressortir les principaux problèmes identifiés et les solutions proposées est rédigé, auquel la liste de présence est annexée.

6.9.10 Assurer le rapportage périodique et la bonne documentation et l'archivage

Le service régional des informations sanitaires et de la planification doit élaborer et transmettre, au niveau central, les rapports des programmes de santé dans les délais fixés. Les rapports des autres activités, à savoir les validations, les évaluations, les coordinations et les supervisions, sont non seulement acheminés à la hiérarchie, mais aussi partagés avec d'autres acteurs de la Région.

Tous les *outils de travail*, doivent être bien archivés et rangés dans des classeurs à savoir les Plans de Business, les contrats de performance de la DRS avec la CTN-FBP, les Outils indice, les revues trimestrielles de la qualité par les pairs des hôpitaux, les rapports trimestriels d'évaluation des Districts, les rapports semestriels d'inspection des grossistes pharmaceutiques, les grilles d'évaluation par les pairs des hôpitaux et celles des contre-évaluations des FOSA, ainsi que la copie des grilles d'évaluation des FOSA par les ECD, les dossiers individuels du personnel de la DRS, les lettres administratives et les justificatifs financiers. La durée de conservation de ces documents est d'au moins sept ans. De même, tous les autres documents doivent être correctement classés dans les différents bureaux. Tous les documents importants au format numérique doivent également être disponibles en copie papier et archivés.

6.9.11 Assurer la bonne gestion des ressources humaines matérielles et financières

Pour une bonne gestion des ressources humaines, matérielles et financières, la DRS doit appliquer l'outil de bonne gouvernance du FBP, à savoir l'Outil indices. C'est un outil de gestion transparente et participative qui permet d'analyser les recettes, d'identifier et de planifier les dépenses de la Direction Régionale, et de répartir les bénéfices susceptibles d'être reversés sous forme de prime de performance au personnel. L'Outil indices et les critères individuels de performance et d'évaluation sont maîtrisés par le personnel de la DRS.

6.9.12 Inspections des tous les grossistes pharmaceutiques de la région

La DRS a aussi la responsabilité de faire en sorte qu'il y ait suffisamment de grossistes dans la région, pour assurer une bonne concurrence entre eux. L'inspection d'un grossiste est effectuée semestriellement. Toutefois, la DRS peut inspecter 50 % des grossistes à chaque trimestre. Le nombre de grossistes du trimestre sera alors précisé dans le contrat de la DRS. Il faut d'abord procéder à la cartographie des grossistes, *agréés et non agréés*. Lors des inspections, l'équipe de la DRS, qui comprend un pharmacien, utilise la grille figurant en annexe. Cette grille prend en compte : les normes et les standards du Ministère concernant ce type d'infrastructure ; les documents autorisant l'exercice de la profession, l'importation des médicaments en stock, et attestant l'effectivité du contrôle qualité de ces médicaments ; les conditions de stockage ; et la source d'approvisionnement des médicaments en stock. La DRS dispose d'un plan d'inspection et collabore avec un laboratoire de contrôle de la qualité.

Les grossistes atteignant un score de 80% ou plus seront accrédités et autorisés à vendre des médicaments essentiels aux FOSA. Les grossistes ayant des scores compris entre 50% et 80%, mais présentant un potentiel d'amélioration, recevront des recommandations en ce sens. Une nouvelle inspection aura lieu dans les 3 mois. Les grossistes ayant des scores inférieurs à 50 % et/ou ne présentant aucun potentiel d'amélioration seront fermés. La DRS, en coordination avec les autorités locales, dispose d'une marche à suivre pour la fermeture de ces structures. À la fin de l'inspection, la DRS établit la liste des grossistes validés et retenus pour vendre des intrants aux FOSA et en adresse une copie au District et à l'ACV.

6.10 Questionnaire pour l'inspection des pharmacies

	QUESTIONNAIRE d'ACCREDITATION pour des PHARMACIES DE GROS (=GROSSISTES)		
A	ADMINISTRATION – STOCKS ET PRIX	Points	Score
1	Licence valable pour la vente en gros disponible - Une licence validée par le ministère de la Santé doit être disponible à la consultation ; - L'Inspecteur valide l'authenticité du document présenté.	2	....
2	Certificat de Bonnes Pratiques de Distribution disponible - Une licence valide par le ministère de la Santé doit être disponible à la consultation ; - L'Inspecteur valide l'authenticité du document.	2	....
3	Médicaments et matériel médical obtenus à partir de sources fiables - Vérifier la documentation sur les fournisseurs	4	....
4	Liste des médicaments essentiels génériques disponible - approuvée par gouvernement - avec mention des prix <i>Peut être obtenue auprès du personnel</i>	5	....
5	Inventaires des médicaments effectués à chaque trimestre - Vérifier la situation des stocks et identifier les écarts existant avec les registres d'inventaire	2	....
	TOTAL de Points – Maximum 15 points	... / 15	 %

B	Médicaments-traceurs disposant d'un stock de sécurité = consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2	Disponible OUI	Disponible NON
		> CMM / 2	< CMM / 2
1.	Amoxicilline caps /cp. 500 mg	0.5	0
2.	Amoxicilline sirop 250 mg/ 5ml	0.5	0
3.	Artésunate cp. 50 mg – amodiaquine 135 mg ou AL	0.5	0
4.	Cotrimoxazole cp. 480 mg	0.5	0
5.	Diazépam 10 mg / 2ml – inj.	0.5	0
6.	Fer – acide folique cp. 200 mg + 25 mg	0.5	0
7.	Mébendazole cp. 100 mg	0.5	0
8.	Méthergin / syntocinon amp. 10 Unités	0.5	0
9.	Métronidazole cp. 250 mg	0.5	0
10.	Paracétamol cp. 500 mg	0.5	0
11.	Artésunate injectable/Quinine cp. et quinine injectable	0.5	0
12.	SRO sachets per os	0.5	0
13.	Gants stériles	0.5	0
14.	Compresses stériles	0.5	0
15.	Soluté de glucosé 5%	0.5	0
16.	Ampicilline injectable 1g ou 500 mg	0.5	0
17.	Azithromycine	0.5	0
18.	Benzathine / Benzylpénicilline	0.5	0
19.	Bétaméthasone / Dexaméthasone	0.5	0
20.	Calcium (Gluconate)	0.5	0
21.	Céfémixine	0.5	0
22.	Chlorhexidine	0.5	0
23.	Gentamicine	0.5	0
24.	Hydralazine / Méthyl dopa / Nifédipine	0.5	0
25.	Sulfate de Magnésie	0.5	0
26.	Misoprostol	0.5	0
27.	Ocytocine	0.5	0
28.	Quinine injectable	0.5	0
29.	VAT.	0.5	0
30.	Zinc	0.5	0
	Kit de réanimation - <i>acheté par la FOSA</i>	1	0
	Kit Obstétrical - Kit d'accouchement – <i>acheté par la FOSA</i>	1	0
	Kit Obstétrical - Kit de césarienne – <i>acheté par la FOSA</i>	1	0
	Kit Obstétrical - Valise d'urgence – <i>acheté par la FOSA</i>	1	0
TOTAL - Maximum 19 points		... / 19	 %
OBSERVATIONS SUR LE COMPOSANT			

C	HYGIÈNE DU STOCKAGE, TEMPÉRATURE, HUMIDITÉ	Points	Score
1	Électricité disponible 24/24, 7/7 - Vérifier s'il y a l'électricité dans toutes les chambres du magasin - Vérifier qu'il existe une alimentation de secours (générateur ou autre source d'électricité) - Vérifier que l'alimentation de remplacement est en bon état de fonctionnement.	10	....
2	Hygiène et Assainissement du bâtiment et de ses environs - Les planchers et les étagères doivent être propres et exempts de saleté et de toiles d'araignées. - Les locaux sont sûrs, propres, bien entretenus. - Les locaux disposent de toilettes avec l'eau courante.	3	....
3	Zone de stockage suffisante par rapport au volume du stock	3	....

C	HYGIÈNE DU STOCKAGE, TEMPÉRATURE, HUMIDITÉ	Points	Score
	- Vérifier que la zone est bien rangée avec une aération adéquate ; - La zone de stockage n'est pas saturée ni encombrée.		
4	Produits classés par ordre alphabétique avec des fiches de stock - Des fiches de stock sont disponibles pour chaque produit ; - Les produits sont classés par ordre alphabétique	3	....
5	Produits correctement entreposés et pas placés sous la lumière directe du soleil. - Vérifier qu'il n'y a pas des produits entreposés au contact direct des murs ou du sol. - Les documents sont mis à jour jusqu'au jour de visite - Vérifier que les chambres sont conçues pour protéger les produits des rayons du soleil.	2	....
6	Gestion des biens endommagés et / ou périmés - Les produits endommagés et / ou périmés sont séparés du stock utilisable - Les marchandises sont détruites de façon sécuritaire afin qu'elles ne puissent plus rentrer dans la chaîne d'approvisionnement. - Vérifier la documentation sur les produits détruits	5	....
7	Produits stockés en tenant compte des dates de péremption - L'inspecteur vérifie aléatoirement les produits. - Application du principe « entré d'abord, premier sorti ».	2	....
8	Température et humidité du magasin contrôlées avec un mécanisme permettant d'en gérer les fluctuations - Vérifier les cartes de température et d'humidité. - Vérifier que les entrées sont à jour jusqu'à la supervision. - Vérifier la présence et l'état des humidificateurs, des ventilateurs et des climatiseurs.	2	....
9	Réfrigérateur pour le stockage de produits réfrigérés avec des équipements pour le transport - Vérifier la présence d'un réfrigérateur, son contenu et le dossier de température. - Les températures figurant sur les relevés devraient être comprises entre 2 et 8 degrés centigrades. - Vérifier la présence d'accumulateurs de froid, de sacs ou de boîtes remplies de glaçons.	5	....
	TOTAL de Points - 35 points maximum	35	 %
OBSERVATIONS SUR LE COMPOSANTE			

	SECURITÉ	Points	Score
1	Accès à l'espace de stockage de médicaments limité uniquement au personnel autorisé - Registre disponible, avec inscription précise des horaires d'accès du personnel et des visiteurs. - Vérifier le journal de bord.	3	....
2	Une sécurité adéquate est fournie dans les installations de stockage et les zones de transit. - Il y a des postes de sécurité avec des clôtures. - L'entrée des personnes seules est découragée.	2	....
3	Sécurisation des médicaments contrôlés - Les médicaments contrôlés sont stockés dans une armoire qui est verrouillée. - Accès limité aux seules personnes autorisées. - Vérifier la présence d'un local sécurisé et identifier qui a accès aux clés. - Vérifier l'enregistrement des produits dans un registre spécial, avec une mise à jour des entrées et des sorties pour la réception et la mise à disposition de chaque médicament contrôlé. - Compter et comparer la quantité physique de médicaments présents en stock à celles inscrites dans le registre ou base de données.	5	....
	TOTAL de Points - 10 points maximum	 / 10	 %
OBSERVATIONS SUR LE COMPOSANTE			

	CONTROLE DE LA QUALITE	Points	Score
1	Évaluations aléatoires de contrôle de la qualité menées - inspection physique - L'Inspecteur vérifie visuellement l'identité des caractéristiques physiques, la date d'expiration et l'uniformité des produits	5	
2	Évaluations aléatoires de contrôle de la qualité menées - tests de laboratoire - L'Inspecteur prélève des échantillons de façon aléatoire pour un contrôle de la qualité dans des laboratoires régionaux ou nationaux - L'Inspecteur prélève chaque trimestre des échantillons ou prend des échantillons de façon aléatoire par exemple, au niveau des derniers envois reçus et renvoie à la structure les résultats d'analyse des échantillons prélevés (voir rapport des précédents prélèvements).	20	
	TOTAL de Points - 25 points maximum	 / 25	 %
OBSERVATIONS SUR LE COMPOSANTE			
	TOTAL REVUE DE QUALITE DE LA PHARMACIE	Points	Score
49	TOTAL de POINTS - 100 points maximum	 100	 %

Vérifier dans quelle mesure toutes les rubriques du questionnaire ont été remplies correctement

Problèmes prioritaires identifiés

.....
.....

Actions urgentes proposées

.....
.....

Nom et signature de l'équipe d'inspection

.....

Nom et signature du responsable en charge de la pharmacie

.....

Outils de mise en œuvre à la DRS

6.11 Les outils de travail de la DRS sont :

1. **Le Plan de Business :**

Le plan de business est un plan de travail trimestriel qui propose les stratégies nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, au regard de l'analyse des problèmes de la DRS.

2. **Le contrat :**

Le contrat lie la DRS à la CTN. Il est signé conjointement par le DRS et la CTN. Il comprend les obligations des deux parties, la définition des indicateurs de performance et de leur prix, les modalités de paiement et les dispositions relatives aux cas de fraude et à la gestion des conflits.

3. **Outil Indices :**

C'est un outil de gestion transparente et participative qui permet d'analyser les recettes, d'identifier et de planifier les dépenses de la structure, et de répartir les bénéfices, susceptibles d'être reversés sous forme de primes de performance au personnel.

4. **Grille d'évaluation qualité des ECD :**

C'est une grille utilisée par la DRS pour évaluer les performances de l'ECD.

5. *Grille d'inspection pharmaceutique :*

Cette grille comprend plusieurs parties qui évaluent : l'inspection des documents d'achat, la disponibilité des médicaments, les conditions de stockage et d'hygiène, la permanence de l'électricité et de la chaîne du froid, la sécurisation et les tests de qualité des médicaments.

6. *Grille d'évaluation des FOSA PCA :*

C'est une grille de revue de la qualité des FOSA PCA qui utilise une liste d'indicateurs de qualité composites SMART. Un indicateur composite peut comporter plusieurs éléments, tous satisfaits pour valoir les points correspondants. La valeur de chacun de ces indicateurs peut être de 1, 2, 3, 4 ou 5 points, cela dépend de son importance. La fin de cet outil comprend un espace pour consigner les mesures correctives proposées afin de résoudre les problèmes identifiés.

7. *Grille d'évaluation de la qualité des FOSA PMA :*

La grille de revue de la qualité des FOSA PMA utilise une liste d'indicateurs composites SMART. Un indicateur composite peut comporter plusieurs éléments, tous satisfaits pour valoir les points correspondants. La valeur de chacun de ces indicateurs peut être de 1, 2, 3, 4 ou 5 points, cela dépend de son importance. La fin de cet outil comprend un espace pour consigner les mesures correctives proposées afin de résoudre les problèmes identifiés.

8. *Le portail*

Le portail FBP est une plateforme électronique qui permet à la DRS de saisir, d'exploiter et de suivre l'évolution des données et des indicateurs.

6.12 L'évaluation et paiement des indicateurs de quantité et de qualité de la DRS

Le paiement trimestriel des DRS sera effectué ainsi qu'il suit : (1) une partie fixe, sur la base des indicateurs outputs vérifiés par la CTN-FBP ; (2) et une autre partie variable additionnelle de 15% calculable après évaluation de la performance et de l'Outil Indices de la CTN. La liste des indicateurs d'output et la grille d'évaluation de la qualité de la DRS figurent dans les tableaux suivants. Les prix des indicateurs d'output et les bonus d'équité des DRS sont fixés par la CTN-FBP.

6.12.1 Processus d'évaluation de la DRS

La DRS sera évaluée par la CTN-FBP accompagnée des directions techniques du Ministère, au plus tard le 25^{ème} jour du deuxième mois suivant la fin du trimestre considéré. L'évaluation portera sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan de business. À la fin de cette première évaluation, la CTN-FBP affectera une note à la DRS, en utilisant la grille d'évaluation de la qualité des DRS, et une autre note pour l'évaluation de l'outil de gestion des indices du trimestre défini à partir de la fiche d'évaluation de l'outil de gestion des indices présentée dans le paragraphe ci-dessous. Ces deux notes serviront au calcul d'un bonus de qualité global.

6.12.2 Les indicateurs quantité des DRS

N	Indicateurs output	Nombre	PU en FCFA	PT
1	Évaluation d'une équipe cadre de district (ECD)		F 120 000	
2	Participation au Comité de Validation d'un District		F 110 000	
3	Évaluation par les Pairs de la qualité d'un hôpital PCA		F 300 000	
4	Inspection d'un grossiste pharmaceutique de la région		F 110 000	
5	Contre-Évaluation d'une FOSA PMA		F 110 000	
6	Visite spéciale district avec TDR		F 100 000	
7	Bonus d'Amélioration de Qualité		F 1 500 000	

Les critères de validation des indicateurs de quantité de la DRS sont compris dans le tableau suivant :

Indicateurs output pour les DRS	Critères de validation
1. Évaluation d'une équipe cadre de district (ECD)	- L'évaluation est faite par une équipe conduite par un personnel qualifié pour le faire (un médecin ou un infirmier ayant une expérience d'au moins 5 ans dans un district de santé) ; - La copie de la grille d'évaluation du district de santé est complètement remplie et signée par le représentant de la DRS qui a conduit l'évaluation et par le Chef de District de Santé. <i>(NB Une copie de la grille d'évaluation doit rester au District de Santé et la DRS. En cas de vérification, si des différences sont observées entre les 2 copies, le paiement sera annulé).</i> - La facture de paiement du district évalué est établie, signée par le chef d'équipe qui a conduit l'évaluation et par le Chef de district et validée par le DRS. Cette facture est accompagnée de tous les documents ayant permis l'établissement de cette facture, notamment; (1) la copie originale des grilles d'évaluation de la qualité des FOSA PMA menée par le district de santé, complètement remplies et signées, par le représentant du DS qui a conduit l'évaluation et le Responsable de la FOSA, (2) les copies originales des grilles d'inspection des pharmacies de détail (=officine), complètement remplies et signées, par le Pharmacien ou le technicien en sciences pharmaceutiques qui a fait l'inspection et par le pharmacien inspecté ; (3) la copie du rapport trimestriel de l'ECD, précisant les analyses et les recommandations faites aux FOSA, après leur évaluation ; (4) et, les rapports des réunions de coordination et de formation trimestrielle de l'ECD. - Le rapport de la DRS, soumis à la CTN, comporte des recommandations à l'endroit des du district, pour l'amélioration de leurs performances qualitatives et quantitatives.
2. Participation à un Comité de validation du District	- Le représentant de la Direction qui a participé au comité de validation du District est une personne qui a conduit l'évaluation par les Pairs dans un hôpital de ce district ou du supérieur auquel il a fait le feedback de l'évaluation. - Les données de l'évaluation de la qualité de l'hôpital sont présentées lors de la réunion de validation de District et saisies sur le portail. - La DRS conserve une copie du rapport de la réunion de validation et de la liste de présence dûment signées par son représentant à la réunion.
3. Évaluation par les pairs de la qualité d'un hôpital	- La copie originale de la grille de l'évaluation par les pairs est complètement remplie et comporte les recommandations faites à l'hôpital. Elle est signée par le directeur de l'hôpital et par tous les membres de l'équipe d'évaluation en précisant leurs noms et leur qualification. <i>(NB Une copie de la grille d'évaluation doit toujours rester dans l'hôpital évalué. En cas de vérification, si des différences sont observées entre les 2 grilles, l'évaluation sera annulée.).</i> - L'évaluation par les pairs de l'hôpital est réalisée par des évaluateurs venant au moins de deux autres hôpitaux. L'équipe des évaluateurs est constituée d'au moins : 1) un médecin/si possible le Directeur, 2) un Responsable des soins infirmiers/surveillant général et 3) un responsable administratif. L'équipe est conduite par un responsable de la délégation. <i>Vérifier sur la liste les signataires de la grille d'évaluation.</i> - Le rapport de la DRS soumis à la CTN du ministère de la Santé comporte les analyses et des recommandations à l'endroit de l'hôpital.

Indicateurs output pour les DRS	Critères de validation
4. Inspection d'un grossiste pharmaceutique de la région	- <i>L'inspection est faite par une équipe conduite par un pharmacien.</i> - La copie de la grille d'inspection est complètement remplie et signée par le Pharmacien de la DRS qui a conduit l'évaluation et par le Responsable de la pharmacie de gros inspectée (<i>NB Une copie de la grille d'inspection doit toujours rester chez le grossiste avant le départ</i>). - La liste des médicaments essentiels fournie par le grossiste, avec leurs prix, est annexée à la grille d'inspection. - Le rapport de la DRS, soumis à la CTN, comporte des recommandations à l'endroit du grossiste, pour l'amélioration de la qualité. - La liste des grossistes agréés est annexée au rapport de la DRS.
5. Contre-Évaluation d'une FOSA PMA, précédemment évaluée par l'ECD	- L'équipe de contre-évaluation est conduite par un personnel technique ayant au moins le niveau d'un IDE et ayant l'expérience professionnelle d'un district de Santé. - La copie originale de la grille de contre-évaluation de la qualité technique est complètement remplie et signée par le représentant de la DRS qui a conduit la contre-évaluation et par le chef du centre de santé/Médecin chef CMA (<i>NB Une copie de la grille de contre-évaluation doit toujours rester dans la FOSA avant le départ. En cas de vérification, si des différences sont observées entre les 2 grilles la contre-évaluation sera annulée</i>). - Le feedback de la contre-vérification, à l'équipe cadre du district est effectué par écrit par la DRS (analyse des discordances, recommandations). - Le rapport de la DRS soumis à la CTN comporte l'analyse des résultats de la contre-vérification et des recommandations faites à l'endroit du district de santé.
6. Visite spéciale au district avec TDR et rapport avec recommandations	- Attaché à la facture sont les Termes de Référence, qui justifient la visite spéciale ; - Le rapport de la visite spéciale comporte au moins 2 recommandations - Et précise dans quelle mesure au moins la moitié des recommandations ont été suivies.
7. Bonus d'Amélioration de Qualité	- Dans le plan de business de la DRSP on peut identifier certaines améliorations d'infrastructure, d'équipement, moyens de transport ou des ressources humaines. Une fois réalisées, le BAQ peut être accordé par l'Équipe d'Évaluation du niveau central.

6.12.3 Indicateur qualité des services de la DRS

Le calcul du bonus qualité peut être le suivant : les paiements pour les indicateurs outputs, multipliés par 15 %, puis par le score de qualité, basé sur les critères du tableau suivant.

	Critères pour les évaluations trimestrielles des Délégations Régionales de Santé (Publique) par la CTN-FBP	Points	Score
1	Carte sanitaire de la région disponible. - <i>Carte affichée montrant les routes, les barrières naturelles, les districts de santé, les hôpitaux régionaux, de district et assimilés (catégorie 1-4), les fournisseurs de produits pharmaceutiques en gros (grossistes accrédités), et les principales institutions collaboratrices</i> - <i>Les distances entre les régions et les districts sanitaires sont indiqués (en km et en durée moyenne de trajet).</i> - <i>Une carte sanitaire en bon état est accessible aux visiteurs.</i>	5	....

	Critères pour les évaluations trimestrielles des Délégations Régionales de Santé (Publique) par la CTN-FBP	Points	Score
2	Rapports et documents clés disponibles (1) Plan de business trimestriel de DRS et contrat de la DRS avec la CTN-FBP ; (2) Revues trimestrielles de qualité par les pairs des hôpitaux ; (3) Les rapports d'évaluation trimestrielle des districts ; (4) Rapports d'inspection semestrielle des grossistes pharmaceutiques ; (5) Les dossiers individuels du personnel DRS, fichier électronique et copie papier actualisée du personnel, lettres administratives... <i>- Documents papier bien rangés dans les classeurs et accessibles en 5 minutes</i>	5	....
3	Plan de business (PB) du dernier trimestre disponible et utilisé. <i>- PB dernier trimestre avec contrat entre la CTN-FBP et la DRS, accessible en 5 minutes ;</i> <i>- La Région a identifié 4 problèmes clés dans le PB du trimestre et a proposé des solutions ;</i> <i>- Preuve qu'au moins 3 des 4 problèmes ont été résolus durant le trimestre considéré ;</i>	5	....
4	Revue par les pairs de la qualité des hôpitaux effectuées. <i>- Au moins 90% des revues de qualité prévues sont achevées avant le 15^{ème} jour du premier mois suivant le trimestre considéré ;</i> <i>- Le DRS a conduit lui-même l'évaluation par les pairs dans au moins un hôpital, au cours du trimestre ;</i> <i>- Rapports assortis de recommandations disponibles ;</i> <i>- NB : Demander les rapports de deux revues de qualité successives de l'hôpital et vérifier si les recommandations des revues de qualité précédentes ont été mises en œuvre ;</i>	10	....
5	Évaluations des districts sanitaires (ECD) par la DRS réalisées et validées <i>- La DRS a évalué chaque trimestre l'ensemble (100%) des districts avant le 25^{ème} jour du premier mois suivant le trimestre concerné ;</i> <i>- Le DRS a conduit lui-même l'évaluation d'au moins une Équipe Cadre de District, au cours du trimestre ;</i> <i>NB : Équipe CTN fait chaque trimestre une contre-vérification dans au moins deux districts pour valider les évaluations réalisées par les DRS – Le choix sera un district choisi aléatoirement et un autre district identifié de manière raisonnée (suspçon de tricherie). La différence entre le score DRS et celui de la CTN-FBP ne doit pas être supérieure à 10% ;</i> <i>- Équipe CTN valide les évaluations des districts réalisées par la DRS.</i>	10	....
6	Participation aux réunions trimestrielles du comité de validation de districts <i>- La DRS a participé à toutes (100%) les réunions du Comité de validation de districts du trimestre précédent ;</i> <i>- Le représentant de la Délégation au Comité de validation du District est une personne qui a conduit l'évaluation par les pairs dans un hôpital de ce district ou le supérieur à qui il a fait le feedback de l'évaluation ;</i> <i>- Copie de la feuille de présence et de rapport de la réunion disponibles.</i>	10	....
7	Accréditation des FOSA effectuée <i>- Les FOSA qui ont un score de 80% ou plus pendant deux visites successives de la revue de qualité des districts seront accréditées par les DRS ;</i> <i>- Les FOSA perdent leur accréditation si pendant deux revues successives de qualité par l'ECD les scores sont inférieurs à 80% . ;</i>	10	....

	Critères pour les évaluations trimestrielles des Délégations Régionales de Santé (Publique) par la CTN-FBP	Points	Score
	- La DRS effectue une visite de contre-vérification de l'accréditation de façon aléatoire, mais doit inclure au moins une FOSA par district. Dans les districts où il y a des soupçons de fraude un nombre plus élevé des FOSA sera sélectionné.		
8	L'Accréditation des grossistes pharmaceutiques a eu lieu. - La DRS a un pharmacien, un plan d'inspection, les rapports des inspections précédentes, et la capacité de tester au moins 75% des médicaments essentiels ; - Une liste de tous les grossistes de la région (agréés et non agréés) est disponible ; - La DRS conduit deux fois par an une mission d'accréditation de tous les grossistes ; - Les grossistes avec un score de 80% ou plus seront accrédités et seront autorisés à vendre des médicaments essentiels aux FOSA FBP ; - Les grossistes avec des scores compris entre 50% et 80% et un potentiel d'amélioration ont reçu des recommandations. Une nouvelle inspection a eu lieu dans les 3 mois ; - Les grossistes avec scores inférieurs à 50% et/ou sans potentiel d'amélioration ont été fermés ; - La DRS avec les autorités locales ont un plan pour la fermeture des grossistes illégaux (Rapport d'inspection et demande de fermeture adressée aux autorités administratives locales appropriées).	10	....
9	Présence de toilettes/latrines en nombre suffisant et en bon état - Au moins 2 toilettes/latrines accessibles aux visiteurs et bien entretenues : - Avec des portes qui se ferment, - Sans mouches ni toiles d'araignées, sans poussière ni mauvaises odeurs, - Avec murs en bon état et propres, - Bonne toiture en tôles ou en tuiles, sans eaux de ruissellement qui coulent à l'intérieur - Pots sans corrosion, - Nettoyées et sans matières fécales visibles, - Deux fûts d'au moins 100 litres d'eau de réserve, par toilette.	10	
10	Propreté de la cour - Absence de papiers et autres ordures dans la cour ; - Entretien de la cour (herbes coupées, jardin bien entretenu le cas échéant, absence d'excréta d'animaux, pas de flaques d'eau stagnantes) ; - Disponibilité de poubelles dans la cour, non pleines et accessibles aux visiteurs.	5	
11	Conditions d'hygiène assurées dans les bureaux - Poubelles disponibles dans chaque bureau ; - Fenêtres propres et dépoussiérées, - Rideaux des portes et fenêtres propres, - Sol propre, - Murs dépourvus de toiles d'araignées - Armoires et étagères propres sans poussière ni toiles d'araignées - Tous les documents bien rangés sur les bureaux, sur les étagères ou dans les armoires - Les toilettes des bureaux doivent remplir au moins les mêmes conditions de propreté que celles des toilettes/latrines décrites ci-dessus	5	
12	Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus	5	

	Critères pour les évaluations trimestrielles des Délégations Régionales de Santé (Publique) par la CTN-FBP	Points	Score
	- <i>Pièces comptables et pièces justificatives de dépenses bien tenues, bien rangées et accessibles en moins de 5 minutes, (conservées pendant au moins 10 ans) ;</i>		
13	Système établi du calcul trimestriel des primes de performance présent et connu par le personnel - <i>Critères pour le calcul de la prime de performance, établis avec l'ensemble du personnel et calqué sur l'Outil indices,</i> - <i>Calcul des primes de performance fait de façon transparente et participative</i> - <i>Interroger 3 à 5 personnes, au hasard.</i>	10	
	TOTAL	100	....

6.12.4 Modèle de facture et modalités de paiement

Les DRS seront payés trimestriellement. Une facture comprenant le total de la production quantitative, le bonus d'équité et le montant de la prime de qualité de la DRS sera établie. La production de la DRS sera mise en ligne sur le portail FBP à l'issue de la validation par la CTN FBP. Une facture sera établie et payée dans les 7 jours qui suivent. Le modèle de facture des DRS est le suivant :

Indicateurs output pour les DRS	Quantité Déclarée	Quantité Validée	Coût unitaire de base (FCFA)	Coût Total
1. Évaluation d'une équipe cadre de district (ECD)			120 000	
2. Participation à la réunion d'un Comité de validation du District			110 000	
3. Évaluation par les pairs de la qualité d'un hôpital			300 000	
4. Inspection d'un grossiste pharmaceutique de la région			110 000	
5. Contre-évaluation d'une FOSA PMA			110 000	
6. Visite spéciale d'un district avec TDR			100 000	
VII. Bonus d'Amélioration de Qualité			1 500 000	
Total 1				
Bonus d'équité (= _____ % x Total 1)				
Total 2 (Total 1 + bonus d'équité)				
Bonus qualité (= 15% x total 2 x score évaluation qualité globale %)				
Facture totale (= Total 2 + Bonus qualité)				

Score évaluation qualité globale = (score qualité technique + score outil indice) / 2

6.13 Utilisation de l'Outil Indices et son intégration dans la grille d'évaluation

L'outil indices sera également utilisé par l'ECD. Chaque DRS élabore son outil d'indices. Les critères de paiement des primes individuelles de performance du personnel seront établis par la DRS. Divers critères peuvent être utilisés, notamment la promptitude dans l'exécution des tâches, les heures perdues et travaillées, l'évaluation individuelle, la note d'évaluation de la qualité attribuée par la DRS, etc. Les éléments de la feuille récapitulant les recettes et les dépenses de la DRS figurent dans le tableau situé ci-dessous.

Recettes	Montant reçu	Proportion %
Budget de l'État		
Subsides FBP		
Ressources propres		
Ressources d'autres partenaires		
TOTAL		

Dépenses	Montant	Proportion %
Masse salariale		
Dépenses fonctionnement y compris les missions		
Investissements y compris amortissement des équipements		
Augmentation de la réserve bancaire (salaires + Fonctionnement)		
Sous Total Dépenses		
Prime de performance (Total recettes – total autres dépenses)		
TOTAL		

Les éléments suivants sont utilisés pour évaluer l'usage de l'outil indices par la DRS.

Conditions d'évaluation de l'outil Indices : Si les recettes et les dépenses ne sont pas équilibrées, l'évaluation de l'Outil Indices ne peut pas continuer et la DRS perd tout.		
CRITERES	Norme	Total des points
- Rapport trimestriel technique avec analyse des recettes du trimestre, planification des dépenses et analyse des recommandations des évaluations. - Disponibilité d'une liste de présence de la réunion + signatures	25 points si présents, 0 si absents	25
- Fiche d'évaluation du personnel et ordre de virement des primes disponibles (le montant total de la prime doit correspondre à celle notée sur la fiche de synthèse des recettes / dépenses)	25 points si fiche est complètement remplie et signée avec les n° de téléphone, 0 dans le cas contraire	25
- Participation de tout le personnel. Interview de 2 personnes montrant : qu'elles ont participé, qu'elles connaissent les recettes, les dépenses, l'enveloppe de la prime et les critères de répartition ; que les primes marquées devant leur nom sont effectivement celles qu'elles ont reçues.	50 points	50
TOTAL		100

6.14 Équipe cadre de district

Les pays peuvent avoir des systèmes de régulation locaux différents. Dans la plupart des pays, ce sont les autorités des districts (santé), mais au Nigéria, il s'agit de l'autorité locale, et au Gabon, des régions de santé. Nous nous référons, dans cette partie, à l'équipe cadre de district (ECD), chargée de contrôler les aspects réglementaires au sein d'un district, avec une population cible comprise entre 50 000 et 400 000 habitants. L'ECD doit notamment contrôler la conformité des formations sanitaires et des pharmacies de détail aux normes de qualité.

Pour la réalisation de ces activités, un contrat de performance peut être conclu entre la Direction Régionale de la Santé (DRS) et l'ECD. Les évaluations des activités des ECD sont effectuées chaque trimestre par les DRS. La CTN-FBP, avec l'appui d'autres entités du ministère de la Santé, vérifiera les évaluations menées par les régions au moyen d'un échantillonnage aléatoire, en sélectionnant, chaque trimestre, au moins un district.

Les rôles des ECD sont :

1. Élaborer trimestriellement le plan de business du district ;
2. Évaluer trimestriellement la qualité technique des prestataires du niveau primaire ;
3. Organiser, en collaboration avec l'ACV et la DRS, la validation des données et des factures de paiement des subsides des FOSA du district ;
4. Établir et actualiser la liste complète des FOSA du district ;
5. Inspecter les pharmacies de détail (= officine) de district ;
6. Assurer la rationalisation de la carte sanitaire en aires de santé / zones de responsabilité
7. Réaliser des réunions trimestrielles de coordination / évaluation/planification avec les prestataires et d'autres partenaires clés du district ;
8. Saisir les données de la revue de la qualité technique des FOSA PMA sur le portail FBP
9. Assurer le rapportage périodique des différentes activités
10. Assurer la bonne gestion des ressources humaines matérielles et financières du District
11. Assurer la bonne documentation et l'archivage.

6.14.1 Élaboration d'un plan de business de l'ECD

Pour la réalisation de ses activités, un contrat de performance trimestriel est signé entre la DRS et l'ECD, représentée par le Chef de District de Santé (CDS). Le BP est un plan de travail trimestriel qui propose les stratégies nécessaires pour atteindre les objectifs fixés au regard de l'analyse des problèmes de l'ECD. L'ECD élabore un plan de business qui va être annexé au contrat signé avec la DRS. Ces deux documents doivent être envoyés à la DRS pour analyse au plus tard le 5^{ème} jour du deuxième mois du trimestre considéré. La signature du Plan de Business doit être faite au plus tard le 15^{ème} jour du second mois de ce même trimestre.

6.14.2 Cartographier et découper les FOSA en aires de santé au niveau primaire et hospitalier

Une description plus détaillée de la cartographie et du découpage figure dans le paragraphe 6.15.

L'ECD effectue le découpage du district en aires de santé et l'actualise au besoin.

La rationalisation des aires de santé du niveau primaire se fait comme suit :

1. Il faut d'abord procéder à une cartographie des formations sanitaires du district sanitaire, et les structures privées à but non lucratif et à but lucratif *ne devraient pas être exclues*.
2. Ensuite il convient d'actualiser la population du district. Pour cela, il faut recueillir les meilleures données démographiques disponibles, par aire de santé ;
3. Et enfin, organiser un atelier avec des représentants de toutes les FOSA et des autorités de district pour valider les données et produire une liste des aires de santé et des zones de responsabilité. L'étape suivante de l'Atelier permettra de rationaliser la population en aires de santé ou zones de responsabilité pour une couverture comprise entre 5 000 et 8 000 habitants dans les zones rurales et entre 8 000 et 15 000 habitants dans les zones urbaines. Les hôpitaux peuvent couvrir une population plus importante, de 50 000 à 200 000 habitants. Cette cartographie est réalisée soit par fusion des anciennes aires de santé, soit par subdivision d'aires existantes (quartiers/villages) en de nouvelles aires ou en zones de responsabilité de chaque FOSA.

Une carte sanitaire du district, montrant les aires de responsabilité, est alors élaborée. Un exemplaire en bon état doit être accessible aux visiteurs.

6.14.3 Évaluer trimestriellement la qualité technique des prestataires du niveau primaire

Réaliser des revues de la qualité des prestataires de premier niveau est, pour la plupart des équipes cadres de district (ECD), leur activité principale, car cela implique de passer un jour par trimestre dans chaque structure de santé avec au moins deux employés qualifiés.

Pour la description détaillée des stratégies et des instruments d'assurance qualité, veuillez consulter le paragraphe 6.20.

6.14.4 Accréditer les structures de santé

L'expérience dans différents pays montre que le score moyen de base se situe entre 10% et 40%, ce qui est loin de la norme d'accréditation de 80%. Si les régulateurs respectaient les normes, la plupart des centres de santé seraient fermés, car ils poseraient un danger pour la population. Ce n'est évidemment pas possible et créerait un secteur informel sans aucun contrôle.

Les régulateurs doivent donc :

1. Examiner la qualité de toutes les structures de santé d'un district ou d'une aire de santé, tant dans le secteur public que privé ;
2. Développer des contrats de performance avec suffisamment de prestataires capables de desservir toute la population ;
3. Convenir avec les établissements de santé de la manière dont ils amélioreront progressivement leurs scores de qualité afin d'atteindre les 80 % souhaités. Lors de la prochaine revue, il conviendrait de déterminer dans quelle mesure les recommandations précédentes ont été mises en œuvre et, à l'issue de l'évaluation, de formuler de nouvelles recommandations. Une séance de feedback doit être organisée pour l'ensemble du personnel et un rapport établi. Un exemplaire du rapport doit être conservé dans la FOSA et un autre dans le bureau de l'ECD.
4. Les structures de santé ayant obtenu un score de 80 % ou plus lors de deux évaluations successives de la qualité au niveau du district recevront l'accréditation. Cette accréditation doit être vérifiée par l'autorité de santé régionale et, si nécessaire, par une équipe de contre-évaluation indépendante. Cependant, après l'obtention de l'accréditation, si les structures de santé obtiennent des scores inférieurs à 80 % aux deux examens de qualité de l'ECD, elles perdront à nouveau leur accréditation.

6.14.5 Organiser les Comités de Validation Mensuelle des districts

Les réunions mensuelles du Comité chargé de valider les factures de quantité (« *outputs* ») sont présidées par le médecin-chef du District ou par son représentant. Elles sont organisées au plus tard le 30^e jour du mois suivant et font intervenir le coordonnateur de l'ACV ou son représentant, ainsi que tous les vérificateurs médicaux de district. Le Comité peut décider d'inviter un ou deux représentants des FOSA (un pour les FOSA PMA et un pour les FOSA PCA), choisis par leurs pairs du niveau primaire et/ou un représentant des hôpitaux (PCA).

La validation trimestrielle du dernier mois du trimestre concerne : (1) les outputs de fin de trimestre (factures du dernier mois du trimestre, score de l'Outil indices) ; (2) la revue de qualité trimestrielle réalisée par les ECD au niveau primaire et par les pairs au niveau des hôpitaux ; (3) les résultats des vérifications communautaires menées par les ASLO.

Le Comité de validation est présidé par le médecin-chef du District ou par son représentant. Sont également présents à ce comité : le Coordonnateur de l'antenne régionale de l'ACV ou son adjoint, le représentant de la DRS ayant conduit l'évaluation de la qualité par les pairs dans le district, les vérificateurs de l'ACV et, de manière rotatoire, un représentant des FOSA et un représentant des ASLO. La présence de tous les membres est obligatoire. La participation des différents acteurs (transport et per diem, le cas échéant, autres) est prise en charge dans leurs budgets respectifs. Seuls les coûts directement liés à la tenue de la réunion sont pris en charge par l'ECD.

Au cours de la réunion, le représentant de la DRS présente les données de qualité issues de la revue par les pairs. Les factures générées sur le portail, à la suite de la validation des indicateurs output, de la qualité technique, de l'Outil indices et des enquêtes des ASLO, seront imprimées en trois exemplaires et signées par le Chef de District ou son représentant, ou par le Coordonnateur de l'ACV ou son Adjoint. L'une des trois copies est remise à la FOSA, une autre à l'ECD et une autre à l'ACV. Une synthèse de toutes les factures des FOSA assortie de recommandations est également faite par l'ACV, et signée par les membres qui prennent part à la réunion du Comité de validation. Cette synthèse est scannée et attachée au portail. Les copies du rapport doivent être conservées par le district et par l'ACV.

6.14.6 Inspecter les pharmacies de détail (= officines) du district.

L'inspection d'une pharmacie de détail est effectuée semestriellement. Toutefois, l'ECD ne peut inspecter que 50 % des pharmacies chaque trimestre. Dans ce cas, le nombre de pharmacies pour ce trimestre sera consigné dans le contrat de l'ECD. Il faut d'abord procéder à la cartographie des pharmacies de détail, *agréées et non agréées*. Pendant les inspections, l'équipe de l'ECD, qui compte au moins un technicien en pharmacie, utilise une grille définie par la CTN et par les structures compétentes du ministère de la Santé publique. Cette grille prend en compte les normes et standards du Ministère concernant l'infrastructure, les documents autorisant l'exercice de la profession, les conditions de stockage et la source d'approvisionnement des médicaments en stock. Les pharmacies de détail ayant un score de 80 % ou plus seront accréditées et autorisées à vendre des médicaments essentiels aux populations. Les pharmacies ayant des scores compris entre 50% et 80% et présentant un potentiel d'amélioration recevront des recommandations en ce sens. Une nouvelle inspection aura lieu dans les 3 mois. Les pharmacies ayant un score inférieur à 50 % et/ou ne présentant aucun potentiel d'amélioration seront fermées. L'ECD, en coordination avec les autorités locales, dispose d'une marche à suivre pour la fermeture de ces structures. À la fin de l'inspection, l'ECD établit la liste des pharmacies validées et retenues pour la distribution de médicaments dans le District et leur vente auprès des populations, avec copie à la DRS.

6.14.7 Tenir une réunion de coordination d'évaluation et de planification trimestrielle

L'ECD tient une réunion de coordination, d'évaluation et de planification chaque trimestre. Cette réunion, qui se tient sur un ou deux jours, est présidée par le chef du district de santé. Au cours de cette réunion, les performances du district seront présentées et discutées ; une formation sur des thèmes liés aux problèmes identifiés lors des supervisions et des évaluations pourra être organisée. Les différentes expériences sur les bonnes pratiques du FBP peuvent également être partagées. À la fin de la réunion, le rapport rédigé, en faisant ressortir les principaux problèmes identifiés, les solutions ainsi que les recommandations proposées, est accompagné d'une liste de présence.

6.14.8 Saisir les données de la revue de qualité technique des FOSA PMA sur le portail FBP

L'ECD doit saisir les données issues de la revue de qualité des FOSA sur le portail FBP. Cette saisie des données est faite au plus tard le 10^{ème} jour du premier mois suivant la fin du trimestre considéré.

6.14.9 Assurer la bonne gestion des ressources humaines, matérielles et financières du District

Pour une bonne gestion des ressources humaines, matérielles et financières, l'ECD doit recourir à l'outil indices. C'est un outil de gestion transparent et participatif qui permet d'analyser les recettes, d'identifier et de planifier les dépenses de la structure, et de répartir les bénéfices, susceptibles d'être reversés sous forme de primes de performance au personnel. L'outil indices et les critères individuels de performance et d'évaluation sont maîtrisés par le personnel de l'ECD.

6.14.10 Assurer la bonne documentation et l'archivage

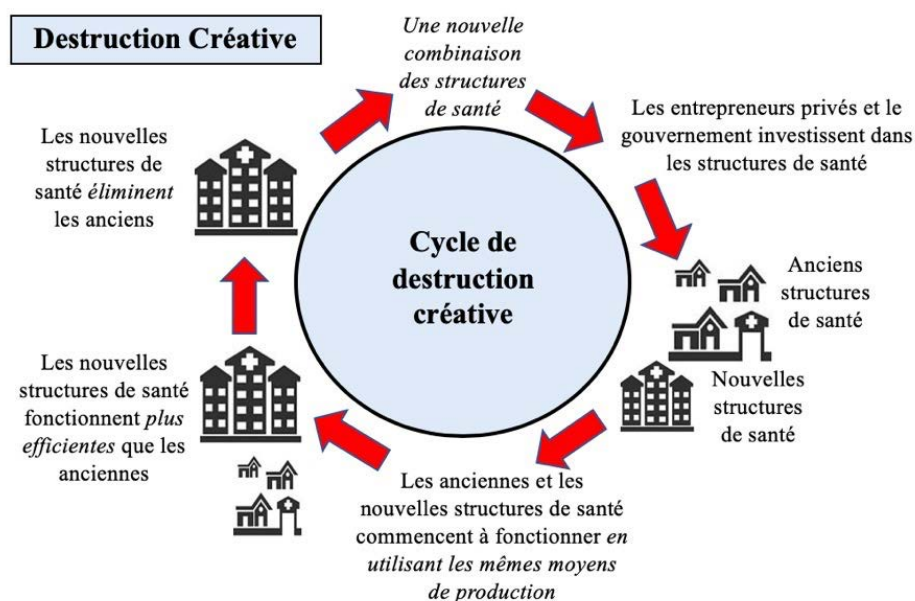
Tous les outils de travail à savoir les Plans de Business, les contrats de performance de l'ECD avec la DRS, les Outils indice, les revues trimestrielles de qualité des FOSA, les rapports de coordination et d'évaluation, les rapports d'inspection semestrielle des pharmacies de détails (= officine), les grilles d'évaluation qualité des FOSA, les dossiers individuels du personnel, les lettres administratives et les justificatifs financiers doivent être bien archivés et rangés dans les classeurs. La durée de conservation des documents est d'au moins cinq ans. De même, tous les autres documents doivent être correctement classés dans les différents bureaux. Tous les documents importants disponibles en numérique doivent aussi l'être en copies papier et être archivés.

6.15 Découpage en aires de santé dans les districts de santé

Le découpage des aires de santé aux niveaux primaire et hospitalier constitue l'un des rôles clés des régulateurs du district sanitaire. Cela devrait être fait sans aucun parti pris du régulateur, ni en faveur ni en défaveur de certains prestataires du secteur public ou privé.

Certaines structures de santé - publiques ou privées - peuvent ne pas être éligibles à un contrat lorsque la qualité est inférieure aux normes acceptables. Les structures déficitaires ou de très mauvaise qualité devraient disparaître pour laisser place à des structures plus efficaces. C'est la **"destruction créatrice"** que l'économiste Shumacher en 1942 a décrite comme le "processus de transformation qui révolutionne sans cesse les structures économiques, détruisant sans cesse l'ancien et créant sans cesse un nouveau".

Dans d'autres régions (souvent rurales), le régulateur peut ne trouver aucune structure de santé et, dans ce cas, un investisseur privé ou un gouvernement doit en créer une nouvelle. L'ACV peut accélérer son recrutement dans la construction, l'équipement ou les ressources humaines en proposant des bonus d'amélioration de la qualité.



La rationalisation des aires de santé au niveau primaire sera réalisée de la façon suivante :

1. Il faut commencer par réaliser la cartographie (« mapping ») des FOSA du district. Le questionnaire ci-dessus peut être utilisé, et le mapping peut être réalisé par des enquêteurs choisis au sein des équipes cadres de district, qui connaissent déjà bien le milieu. Ils doivent inclure toutes les formations, formelles et informelles, et demander aux responsables de chaque FOSA s'ils connaissent d'autres FOSA opérant dans le milieu. Le travail peut être supervisé par un expert externe, spécialisé en santé publique, en FBP ou, plus spécifiquement, en découpage des districts. Cet expert doit veiller à la neutralité des enquêteurs et éviter tout biais en faveur ou au détriment de certaines FOSA.

	Questionnaire pour le mapping de toutes les FOSA publiques et privées dans les districts		Activités réalisées Oui / Non	Score = 0 / 1
1	Nom CS ou hôpital :	1	Consultations curatives enfants	
2	Population actuelle Aire FOSA :	2	Consultations curatives adultes	
3	FOSA urbaine / rurale	3	PEC du paludisme	
4	Nom quartier / village	4	PEC de la tuberculose	
5	FOSA publique / privée	5	Vaccination enfants	
6	Nom personne interviewée :	6	Vaccination femmes enceintes	
7	N° téléphone :	7	Surveillance de la croissance	
8	Qualification :	8	Consultation prénatale	
9	Fonction :	9	Accouchement eutocique	
10	Si autre - Nom et prénom responsable FOSA :	10	Césarienne	
11	Numéro téléphone responsable :	11	Consultation post-natale	
12	Latitude :	12	PF : pilule - injectables	
13	Longitude :	13	PF : DIU - implant	
14	Altitude (en mètre) :	14	PF : ligature - vasectomie	
15	Distance chef-lieu district - FOSA - en km :	15	Dépistage volontaire VIH	
16	Distance chef-lieu district – FOSA en durée de trajet :	16	PTME - PEC mère	
17	Existence Comité de Santé oui / non	17	PTME - PEC enfants	
18	Nom Président :	18	PVVIH - PEC ARV	
19	N° téléphone :	19	Service du laboratoire	
20	COSA active : oui / non	20	Service de l'hospitalisation	
21	Compte bancaire FOSA :		Score Total	.. / 20
22	Nom de la banque FOSA :	Nbr	Nbre de lits hospitalisation	
	Personnel		FOSA invitée pour contrat ?	
23	Personnel qualifié - médecin		Type Contrat : PMA / PCA / Sous contrat	
24	Personnel qualifié - infirmier - labo		Si sous-contrat : Qui est le principal ?	
25	Personnel qualifié - admin ou autre			
	Personnel qualifié TOTAL			
26	Personnel d'appui			

2. Collecter la liste et les chiffres de la population du district, ainsi que les formations sanitaires les plus récentes, et les adapter à la population de l'année d'intervention du FBP. Ces données proviennent soit du programme de vaccination, soit des municipalités locales, soit d'autres études démographiques.
3. Organiser un atelier avec des représentants de toutes les FOSA et des autorités du district. Il faut vérifier avec les participants si les données démographiques sont toujours correctes. En cas de différence importante, on peut augmenter ou réduire la population d'une aire de santé.

4. L'étape suivante, pendant l'atelier, est de rationaliser la population dans les aires de santé à une moyenne de 12 000 habitants pour les zones urbaines et de 8 000 habitants pour les zones rurales. Ceci est réalisé soit par la fusion d'anciennes aires de santé, soit par la subdivision de quartiers en de nouvelles aires. Pour une aire de santé avec un contrat principal, toutes les activités du paquet minimum doivent être fournies, ou, à tout le moins, le contractant principal doit avoir l'ambition d'évoluer vers un paquet PMA complet.
5. Pour le niveau des hôpitaux, on peut appliquer une population cible plus large, comprise entre 50 000 et 200 000 habitants.
6. Une fois les aires identifiées, il faut déterminer qui aura le contrat principal. Le choix portera sur des structures ayant le score des activités déjà réalisées le plus élevé, et les autres bénéficieront de contrats secondaires. Dans les zones urbaines, typiquement, 70-90% des contractants principaux peuvent être des structures privées. Dans certaines zones rurales, on peut aussi trouver un nombre important de structures privées, souvent religieuses.
7. L'ACV (après consultation des autorités sanitaires du district) peut modifier les bénéficiaires des contrats principaux et secondaires, en fonction de l'évolution des activités et de la qualité des services.

6.16 Outil Indices et son intégration dans le score de qualité des Équipes Cadre de District

L'Outil indices sera également utilisé par les ECD. Les critères de paiement des primes de performance individuelle du personnel seront établis par l'ECD. Les critères qui peuvent être utilisés sont : la promptitude dans l'exécution des tâches, les heures perdues et travaillées, l'évaluation individuelle, la note d'évaluation de la qualité obtenue par l'ECD, etc.

Recettes	Montant reçu	Proportion %
Budget de l'État		
Subsides FBP		
Ressources d'autres partenaires		
TOTAL		

Dépenses	Montant	Proportion %
Masse salariale		
Dépenses fonctionnement y compris les missions		
Investissements y compris amortissement des équipements		
Augmentation de la réserve à la banque (salaire+ fonctionnement)		
Sous total Dépenses		
Prime de performance (total recettes – total autres dépenses)		
TOTAL		

Les éléments suivants sont utilisés par la Direction Régionale de Santé pour évaluer l'utilisation de l'Outil indices par l'ECD.

Conditions d'évaluation de l'Outil Indices : Si les recettes et les dépenses ne sont pas équilibrées, l'évaluation de l'Outil Indices ne peut pas continuer et l'ECD perd tout.		
CRITERES	Norme	Total des points
- Rapport trimestriel technique avec analyse des recettes du trimestre, planification des dépenses et analyse des recommandations des évaluations. - Disponibilité d'une liste de présence de la réunion + signatures	25 points si présents, 0 si absents	25
- Fiche d'évaluation du personnel et ordre de virement des primes disponibles (le montant total de la prime doit correspondre à celle notée sur la fiche de synthèse des recettes / dépenses)	25 points si fiche est complètement remplie et signée avec les n° de téléphone, 0 dans le cas contraire	25
- Participation de tout le personnel. Interview de 2 personnes montrant : qu'elles ont participé, qu'elles connaissent les recettes, les dépenses, l'enveloppe de la prime et les critères de répartition ; que les primes marquées devant leur nom sont effectivement celles qu'elles ont reçues.	50 points	50
TOTAL		100

6.17 Outils de travail de l'ECD

1. *Le Plan de Business*

C'est un plan de travail trimestriel qui propose les stratégies nécessaires pour atteindre les objectifs fixés au regard de l'analyse des problèmes de l'ECD.

2. *Le contrat :*

C'est un document qui lie l'ECD à la DRS ; il est signé par l'ECD et la DRS. Il comprend les obligations des deux parties, la définition des indicateurs de performance et de leur prix, les modalités de paiement, ainsi que les dispositions relatives aux cas de fraude et à la gestion des conflits.

3. *Outil Indices :*

C'est un outil de gestion transparente et participative qui permet d'analyser les recettes, d'identifier et de planifier les dépenses de la structure, et de répartir les bénéfices susceptibles d'être reversés sous forme de primes de performance au personnel.

4. *Grille d'évaluation qualité des ECD :*

C'est une grille utilisée par la DRS pour évaluer les performances de l'ECD.

5. *Grille d'inspection pharmaceutique :*

Cette grille comprend plusieurs parties qui évaluent : l'inspection des documents d'achat, la disponibilité des médicaments, les conditions de stockage et d'hygiène, la permanence de l'alimentation électrique et de la chaîne du froid, la sécurité et les tests de qualité des médicaments.

6. *Questionnaire pour la cartographie (« mapping ») :*

C'est un questionnaire qui permet d'obtenir des informations (localisation, distance, populations, personnel, etc.) sur les FOSA publiques et privées du district, ainsi que sur leurs activités.

7. *Le portail FBP du MSP*

C'est une plateforme électronique qui permet à l'ECD de saisir ses données, de les exploiter et de suivre l'évolution des indicateurs.

6.18 Processus de vérification et d'évaluation des ECD

L'ECD sera évaluée par la DRS au plus tard le 25^e jour du premier mois suivant la fin du trimestre considéré. L'évaluation portera sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan de business. À la fin de cette première évaluation, la DRS attribuera une note à l'ECD en utilisant la grille d'évaluation de la qualité des ECD figurant dans le tableau ci-dessus, et une autre note à l'évaluation de l'Outil Indices en se basant sur la fiche d'évaluation de l'Outil Indices. Ces deux notes serviront de base au calcul d'un bonus de qualité global. La production de l'ECD sera mise en ligne sur le portail FBP à l'issue de la validation de la DRS. La facture établie comprendra le total de la production quantitative, du bonus d'équité et de la prime de qualité de l'ECD. Une fois établie, la facture est payée dans les 7 jours.

6.19 Le paiement des ECD – pour la quantité et la qualité

Le paiement trimestriel des ECD sera effectué ainsi qu'il suit : (1) une partie fixe, calculée sur la base des indicateurs outputs vérifiés par la DRS ; (2) une autre partie additionnelle, variable, de 15 %, calculée après les évaluations de performance de la qualité et de l'Outil indices par la DRS. La liste des indicateurs d'output et la grille d'évaluation de la qualité de l'ECD figurent ci-dessous. Les prix des indicateurs d'output et des bonus d'équité des ECD sont fixés par la CTN-FBP.

Indicateurs output pour les ECD	Quantité Déclarée	Quantité Validée	Coût unitaire de base (CFA)	Coût Total
1. Évaluations de qualité d'une FOSA			F 60 000	
2. Organisation du comité de validation du district			F 150 000	
3. Découpage des aires de santé			F 350 000	
4. Inspection d'une pharmacie de détail dans le district			F 50 000	
5. Réunion de coordination organisée après l'évaluation qualité avec en moyenne 30 responsables des FOSA			F 300 000	
6. Visite spéciale avec TDR et rapport avec recommandations			F 100 000	
7. Bonus d'amélioration de qualité ou bonus d'investissement			F 1 500 000	
Total 1				
Bonus d'équité (_____ % x Total 1)				
Total 2 (Total 1 plus bonus d'équité)				
Bonus qualité (= Total 2 X 15% X Score revue qualité _____ %)				
Facture total (Total 2 + Bonus qualité)				

6.19.1 Description des indicateurs de quantité des Équipes Cadre de District

Les indicateurs de quantité des ECD et les critères de validation sont dans le tableau suivant :

Indicateurs output pour ECD	Critères de Validation
1. Évaluations de qualité d'une FOSA	- La copie originale de la grille de l'évaluation est complètement remplie, comporte les recommandations faites à la FOSA et est signée par le Chef de la FOSA et par tous les membres de l'équipe d'évaluation avec leurs noms et leur qualification. <i>(NB Une copie de la grille d'évaluation doit toujours rester à la FOSA. En cas de vérification, si les deux grilles sont différentes, le paiement sera annulé)</i> - L'équipe d'évaluation est conduite par le responsable du DS apte à le faire. Vérifier sur la liste des signataires de la grille d'évaluation - Le rapport du DS comporte les analyses et des recommandations à l'endroit des FOSA, pour l'amélioration de performances.

Indicateurs output pour ECD	Critères de Validation
3. Découpage des Aires de santé	- Était-il nécessaire de découper ? ; - Le rapport du découpage montre les informations des anciennes aires et des nouvelles aires issues du mapping ; - Les informations minimums à fournir sont : la carte, les villages, les populations, les FOSA des anciennes et nouvelles aires et les distances.
4. Évaluation d'une Pharmacie de détail dans le district	- L'évaluation est faite par une équipe conduite par au moins un technicien en science pharmaceutique. - La copie de la grille d'évaluation est complètement remplie et signée par le personnel du DS qui a conduit l'évaluation et le responsable de la pharmacie évaluée. <i>(NB Une copie de la grille d'évaluation doit toujours rester chez la pharmacie avant le départ. En cas de vérification, si des différences sont observées entre les 2 grilles l'évaluation sera annulée) ;</i> - Le rapport du DS comporte des recommandations à l'endroit de la pharmacie, pour l'amélioration de sa qualité.
5. Réunion de coordination avec les responsables des FOSA après l'évaluation qualité	- Rapport avec la fiche de présence - Le rapport doit présenter les indicateurs pour lesquels la majorité des FOSA ont eu des problèmes et les actions entreprises par le DS pour les améliorer. - S'il y a eu une formation sur un sujet précis lors de la réunion, il faut joindre au rapport le contenu des modules de formation.
6. Visite spéciale avec TDR et rapport avec recommandations	- Attaché à la facture sont les Termes de Référence qui justifient la visite ; - Le rapport de la visite spéciale contient au moins 2 recommandations - Dans quelle mesure au moins la moitié des recommandations ont été suivies.
7. Bonus d'amélioration de qualité	- Dans le plan de business l'ECD peut avoir identifié certaines améliorations d'infrastructure, d'équipement ou des ressources humaines. Une fois réalisées, le BAQ peut être accordé par la Direction Régionales de Santé.

6.19.2 Indicateurs de qualité des Équipes Cadre de District

Les indicateurs de l'évaluation de la qualité d'une ECD, faite par la DRS, figurent ci-dessous.

	Critères pour les évaluations trimestrielles des ECD des districts sanitaires	Points	Score
1	Carte sanitaire de district disponible. - La carte montre les routes principales, les hôpitaux, les centres de santé, les pharmacies, les barrières naturelles, et l'emplacement des principales institutions collaboratrices, avec des distances (en km ou heures de trajet). - La carte est accessible aux visiteurs et en bon état.	5	....
2	Rapports et documents clés disponibles. (1) Revues de la qualité des FOSA ; (2) réunions du comité de validation FBP de district ; (3) inspection des pharmacies ; (4) dossiers individuels du personnel DHMT, lettres administratives ; - Documents bien rangés dans les classeurs et accessible en moins de 5 minutes.	5	....
3	Découpage et cartographie des aires de santé des FOSA de district effectué - L'ECD a effectué chaque année le découpage des aires de santé des contractants principaux des niveaux PMA et PCA ; - Le district a la liste des aires, avec une carte montrant le découpage ; - La population couverte par l'ensemble des contractants principaux n'est pas inférieure à 5.000 habitants et n'est pas supérieure à 15.000 habitants ; La population moyenne de tous les contractants primaires est comprise entre 8.000 et 12.000 ; - Au moins 20% des contractants principaux ont un sous-contrat (ou contrat secondaire).	5	....
4	Plan de Business (PB) Trimestriel du District disponible et appliqué	5	....

	Critères pour les évaluations trimestrielles des ECD des districts sanitaires	Points	Score
	- Le PB du dernier trimestre ainsi que le contrat signé entre la DRS et le District Sanitaire, sont disponibles et accessibles en moins de 5 minutes ; - Le District a identifié dans le PB du trimestre précédent 4 problèmes clés et a proposé des solutions ; Existe-t-il de la preuve qu'au moins 3 /4 des problèmes ont été résolus ?		
5	L'équipe de district a effectué les revues de qualité des FOSA et leur accréditation - Au moins 90% des revues de qualité sont réalisées avant la fin du trimestre par au moins 2 membres de l'équipe cadre de district (ECD) ; - Vérifier si les rapports sont disponibles avec leurs recommandations ; - Les FOSA seront accréditées, si elles ont un score de 80% ou plus pendant deux visites successives de la revue de qualité des districts ; - Les FOSA perdent leur accréditation si pendant deux revues successives de qualité par l'ECD leurs scores sont inférieurs à 80% ; - Analyse de deux rapports successifs des revues de qualité ; - Vérifier si les recommandations des revues de qualité du trimestre précédent ont été suivies.	10	....
6	Les réunions des comités de validation de district FBP ont été réalisées - Les indicateurs et les factures outputs mensuels des FOSA ont été présentés par les vérificateurs médicaux. Le comité a ensuite discuté et a validé les factures ; - Organisation de réunions mensuelles du comité pour valider les factures output, auxquelles ont participé au moins le Médecin Chef de District ou son représentant, le Coordonnateur de l'ACV ou son adjoint et tous les vérificateurs médicaux du district. Le Comité peut avoir décidé d'inviter un représentant des FOSA primaires ; - Les scores trimestriels de la revue de qualité des FOSA réalisée et présentée par l'ECD ont été discutés et validés par le comité, avant la fin du premier mois suivant le trimestre considéré ; - Les scores des enquêtes trimestrielles de la vérification communautaire et de la satisfaction des usagers, menées par les ASLO, ont été soumis par le vérificateur communautaire. Le comité a ensuite discuté et a validé ces résultats ; - La réunion de validation du dernier mois de trimestre, où participe la même équipe que lors des réunions mensuelles + un représentant de la région et tous les vérificateurs de district communautaires, concernent la facture pour des indicateurs output, de la qualité et pour enquêtes ASLO Le Comité peut décider d'inviter un représentant des ASLO ; - 100% des réunions du comité de validation ont eu lieu avant la fin du mois suivant la fin du trimestre ; Le rapport de la réunion de validation est disponible signé par les participants.	10	....
7	Les données des revues de qualité FOSA ont été soumises sur le portail FBP - Un membre de l'ECD a saisi 100% des scores des revues de qualité des FOSA avec un contrat PMA sur le portail FBP dans les 7 jours suivant la réunion de validation du district.	5	....
8	Inspections des pharmacies de détail (=officine) effectuées pour l'accréditation Une cartographie (« mapping ») de toutes les pharmacies (avec autorisation ou sans autorisation) du district est réalisée avec une inspection de base ; - Sur la base d'un plan annuel, 100% des pharmacies de détail sont inspectées deux fois par an par un agent qui est au moins un technicien en pharmacie ; - Les pharmacies avec des scores supérieurs à 80% ont été accréditées ; - Les pharmacies avec des scores compris entre 50% et 80% et le potentiel d'améliorer ont reçu des recommandations. Une nouvelle inspection aura lieu dans un délai de 3 mois ; - Les pharmacies avec des scores inférieurs à 50% et sans potentiel de s'améliorer ont été fermées ; - Le district dispose d'un plan, qui inclut les autorités locales, pour la fermeture de points de vente de médicaments illégaux.	10	....

	Critères pour les évaluations trimestrielles des ECD des districts sanitaires	Points	Score
9	Réunions de coordination trimestrielles des districts tenues - Les responsables des FOSA, des ACV et les organisations clés du district ont été invités ; - Les rapports des deux dernières réunions trimestrielles sont disponibles avec la liste de présence des participants ; - Le rapport de la réunion de coordination du trimestre précédent a identifié 4 principaux problèmes et des solutions ont été proposées ; - Il existe la preuve qu'au moins 3 des 4 problèmes prioritaires ont été résolus pendant le trimestre considéré.	10	....
10	Présence de toilettes/latrines en nombre suffisant et en bon état - Au moins 2 toilettes/latrines accessibles aux visiteurs et bien entretenues : - Avec des portes qui ferment - Sans mouches ni toiles d'araignées, sans poussière ni mauvaises odeurs - Avec des murs en bon état et propres, - Bonne toiture en tôles ou en tuiles, sans eaux de ruissellement qui coulent à l'intérieur - Pots sans corrosion - nettoyées et sans matières fécales visibles - Deux fûts d'au moins 100 litres de réserve d'eau par toilette	10	
11	Propreté de la cour - Absence de papiers et d'autres débris dans la cour. - Entretien de la cour (Herbes coupées, jardin bien entretenu, le cas échéant, absence d'excréta d'animaux, pas de flaques d'eau stagnantes) ; - Disponibilité dans la cour des poubelles non pleines et accessibles aux visiteurs	5	
12	Conditions d'hygiène assurées dans les bureaux - Poubelles disponibles dans chaque bureau ; - Fenêtres propres et dépoussiérées ; - Rideaux des portes et fenêtres propres ; - Sol propre ; - Murs dépourvus de toiles d'araignées ; - Armoires et étagères propres sans poussière ni sans toiles d'araignées ; - Tous les documents bien rangés, sur les bureaux, sur les étagères ou dans les armoires ; - Les toilettes des bureaux doivent remplir au moins les mêmes conditions de propreté que celles des toilettes/latrines décrites ci-dessus.	5	
13	Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus - Pièces comptables et pièces justificatives des dépenses bien tenues, bien rangées et accessibles en moins de 5 minutes, (conservées pendant au moins 10 ans) ;	5	
14	Système établi du calcul trimestriel des primes de performance présent et est connu par le personnel - Critères pour le calcul de la prime de performance établis avec l'ensemble du personnel et calqué sur l'Outil indices ; - Calcul des primes de performance se fait de façon transparente et participative - Interroger 3 à 5 personnes au hasard.	10	
	TOTAL	100	....

Problèmes prioritaires identifiés

.....

.....

Recommandations des évaluateurs

.....

.....

Fait à Le.....

Équipe des évaluateurs (Noms, Fonction et Signature)

(1)

(2)

(3)

Pour l'ECD (Noms, Fonction, Signature, cachet)

6.20 Stratégies et instruments pour l'assurance qualité en FBP

6.20.1 Stratégies différentes

Les services de qualité étant l'objectif principal du FBP, ils sont mis en œuvre à travers plusieurs stratégies :

1. Les *gestionnaires* des prestataires doivent disposer des *ressources nécessaires pour améliorer la qualité*. Cela nécessite au moins 7 \$US par an et par bénéficiaire pour les centres de santé, 20 \$US pour les hôpitaux et 100 \$US par élève dans les écoles primaires.
2. Les *responsables des FOSA* doivent disposer d'une *autonomie financière afin d'influencer l'amélioration de la qualité*. Cette autonomie est importante pour recruter du personnel qualifié, acheter des médicaments et des équipements, et réhabiliter l'infrastructure.
3. Les *responsables des structures* doivent *conclure des contrats individuels de performance* avec le personnel et, ainsi, influencer son comportement.
4. Les *autorités de santé locales* effectuent des *revues de la qualité* des centres de santé. Les évaluateurs de qualité du groupe de pairs mènent des revues de qualité pour les hôpitaux. Ils utilisent systématiquement des questionnaires intégrant des *indicateurs composites de qualité SMART*.
5. Les *ACV* appliquent des *incitations positives ou négatives* pour récompenser la qualité élevée ou décourager la qualité faible (module 4 sur les choix publics).
6. Le *régulateur* utilise un questionnaire de la revue de la qualité et peut proposer 80 % comme norme minimale d'*accréditation* des prestataires. Après une période de grâce, les prestataires, qui restent en dessous de la norme seront obligés de fermer.
7. La *concurrence entre les structures de santé* devrait s'assurer qu'il existe des alternatives au cas où l'une d'elles serait fermée.
8. Les *ACV* négocient avec les prestataires des contrats conditionnés à l'amélioration de la qualité. L'*ACV* peut également accorder à la structure des *unités d'investissement* ou des *bonus d'amélioration de la qualité* (BAQ) afin d'assurer la qualité. Ces unités d'investissement (par exemple 1 000 \$US pour un centre de santé et 2 000 \$US pour un hôpital) peuvent être versées lorsque la FOSA a amélioré ses infrastructures ou son équipement. Les prestataires inscrivent d'abord leurs propositions dans leurs plans de business. Ils ne seront payés qu'une fois que certaines étapes de la construction ou de l'achat des équipements auront été réalisées et, le cas échéant, vérifiées par un ingénieur. Cette approche, axée sur la demande, est environ 10 fois plus efficace que les approches de construction centralisées.

6.20.2 Instruments qualité : questionnaire, vignette, observation directe, entretien patient

La plupart des gouvernements qui recourent au FBP s'appuient sur des questionnaires standards comprenant entre 120 et 200 indicateurs composites de qualité, utilisés chaque trimestre par les autorités de régulation. Les enquêtes de satisfaction des patients sont systématiquement menées dans les systèmes FBP par les ONG locales, qui vérifient également dans quelle mesure les données des structures de santé n'ont pas été falsifiées par le personnel de santé.

Pourtant, des appels ont récemment été lancés pour tester le personnel avec des vignettes sur sa connaissance du traitement des maladies courantes, des entretiens à la sortie des patients et, si possible, des observations directes (Fritsche, G & Peabody, J 2018).

L'idée derrière ce dernier développement dans le FBP est que nous devrions faire une distinction entre les mesures de qualité structurelles, de processus et de résultats. Les *mesures structurelles* sont les intrants nécessaires pour fournir des services de qualité tels que des équipements, des médicaments et des prestataires qualifiés. Les *mesures de processus* sont les actions et activités des prestataires de santé, et les *mesures d'impact* sont les résultats d'une action médicale, tels que la satisfaction du patient, l'amélioration de la santé, l'invalidité ou le décès.

Le paiement du bonus de qualité peut s'effectuer selon l'approche « carotte + carotte ». Dans cette approche, les résultats quantitatifs de la structure de santé ou de l'école sont récompensés séparément des résultats de qualité. Ainsi, si le paiement obtenu par une FOSA pour une quantité sur une période de trois mois s'élevait à 10 000 USD, le bonus de qualité pourrait atteindre 15 % (ou 25 %) de ce montant. Si le score de qualité est de 100 %, le bonus = $10\,000\text{ USD} \times 15\% \times 100\% = 1\,500\text{ USD}$. Si le score de qualité était de 50%, le bonus de qualité serait de $10\,000\text{ USD} \times 15\% \times 50\% = 750\text{ USD}$.

Si les sources de revenus en espèces sont diversifiées et que le FBP ne représente qu'une source (moins de 10 %) parmi plusieurs sources de revenus en espèces au sein d'une installation donnée, la méthode de la « carotte et du bâton » peut être appliquée, car elle incite fortement les FOSA à améliorer leur qualité.

Quelle que soit la combinaison d'outils d'assurance qualité utilisée, celle-ci devrait d'abord être soumise à des tests rigoureux du questionnaire sur le terrain et à la possibilité d'appliquer les outils dans des délais et des coûts acceptables. Les tests du terrain doivent garantir que les évaluateurs et les prestataires comprennent la méthodologie et les indicateurs. Les scores doivent être identiques à ceux obtenus par les différents évaluateurs et ne doivent pas être interprétés personnellement.

Un critère important est qu'il doit être possible de terminer toutes les composantes des revues de la qualité en une visite de quatre heures à l'établissement de santé. Cela devrait donc être facultatif dans la mesure où des observations directes ou des entretiens de sortie des patients sont possibles, car cela suppose qu'il y ait des patients. Des tests de connaissances sur les maladies courantes, effectués par le personnel, devraient être possibles lors de la visite.

6.21 Questionnaire standard pour la Revue de la Qualité des Formations Sanitaires

Les autorités sanitaires locales procèdent à des revues de qualité régulières et systématiques et font usage d'une liste d'indicateurs composites. Un indicateur composite peut comporter plusieurs éléments, tous satisfaits pour valoir les points correspondants. La valeur des indicateurs peut être de 1, 2, 3, 4 ou 5 points, selon leur importance.

Un exemple d'indicateur composite est "chaîne du froid assurée/réfrigérateur " qui doit remplir l'ensemble des critères suivants pour obtenir un point :

- Présence d'un réfrigérateur ;
- Thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur ;
- Disponibilité de cahiers ou de fiches de température remplis, 2 fois par jour, y compris le jour de la visite ;
- Température restant **comprise** entre 2 et 8 degrés Celsius, sur la fiche des relevés de température ;
- Fonctionnalité du thermomètre vérifiée par le superviseur ;
- Température également comprise entre 2 et 8 degrés Celsius, sur le thermomètre.

L'annexe jointe à ce module sur la régulation présente les 17 composantes des questionnaires de qualité utilisés en RDC et au Burundi, pour un total de 194 indicateurs composites.

Nom FOSA contrat principal :	Population d'Aire :
Nom des superviseurs :	Date de l'évaluation :
Région de :	Districts de :
FOSA : publique / confessionnelle / privée	Nombre de lits pour 1.000 hab. :
Contrat(s) secondaires ? Oui / Non	Score de qualité technique du trimestre passé :
Score de l'évaluation communautaire du trimestre passé :	
Nombre de personnels qualifiés :	Nombre de personnels NON qualifiés :
Taux de personnels qualifiés (1 pour 1000 hab.) :	Augmentation (ou diminution) personnel qualifié planifié : O / N

SYNTHÈSE D'ÉVALUATION

ENSEMBLE DES COMPOSANTES	POINTS disponibles	Nombre d'indicateurs	Points obtenus	% obtenu
1) Indicateurs généraux	9	8	....	... %
2) Plan de business trimestriel	10	3	....	... %
3) Partie financière – Outil Indices	12	4	....	... %
4) Hygiène et stérilisation	25	11	....	... %
5) Consultation Externe	44	31	....	... %
6) Planification Familiale	22	10	....	... %
7) Laboratoire	13	10	....	... %
8) Salle d'hospitalisation	10	6	....	... %
9) Gestion de médicaments	13	6	....	... %
10) Médicaments traceurs	34	34	....	... %
11) Maternité	34	23	....	... %
12) Petite chirurgie	7	5	....	... %
13) Tuberculose	10	8	....	... %
14) Vaccination	17	12	....	... %
15) Consultation prénatale	14	7	....	... %
16) Lutte contre le VIH	21	7	....	... %
17) FBP communautaire et équité	30	10	....	... %
TOTAL	325	195	....	... %

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Carte sanitaire de l'aire de santé disponible et affichée (format A3 au moins) - Carte affichée dans la FS en montrant les autres FS, villages/quartiers, routes principales, barrières naturelles, les point spéciaux et distances.	1	0
2. Rapports importants accessibles - Plan de business, Outil d'indices, rapport mensuel SNIS ; - PV réunions et autres documents (dossiers personnel, lettres administratives ; - Rapports dans des classeurs, sur des étagères et accessibles au responsable dans 5 minutes (Infirmier Titulaire, ITA, ou infirmier de garde).	2	0
3. Horaires du travail - Planning de garde disponible et affiché	1	0
4. Procès-verbal réunion technique FOSA fait mensuellement et disponible - Vérifier le PV technique mois précédent ; - PV contient la date, l'heure de début et de fin de la réunion, l'agenda du jour ; - Liste de présence signée par les participants. - Rapport de réunion avec recommandations pertinentes	1	0
5. Fiches de référence vierges disponible - Au moins 10	1	0
6. Disponibilité radio ou portable entre la FS et la FS de première référence Identité FOSA indiquée et numéro affiché pour la communication - Radio ou portable (propre au centre de santé) fonctionnel avec piles et/ou Unités (minimum 1.000 FCFA)	1	0
7. Cuisine disponible et propre pour les patients hospitalisés - Murs en tôles ou en briques, avec toiture en tôles ou en tuiles - Poubelle pour l'évacuation des déchets - Robinet à moins de 5m ou réserve d'eau d'au moins 50 L.	1	0
8. Disponibilité d'une morgue - Chambre ou petit bâtiment - Éloignée de la salle de mise en observation et de la vue des autres malades	1	0
TOTAL DES POINTS - 9 points maximum	9	XXXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

2. PLAN de BUSINESS TRIMESTRIEL	Protocole respecté	Protocole non respecté
1. Plan de Business trimestriel de la FOSA disponible et accessible - Le vérificateur vérifie le PB signé par l'ACV (trimestre en cours) - Stratégie de sous-contrats avec des prestataires secondaires. - Stratégies avancées (PEV, surveillance, PF, CPN, PTME, distribution MII)	4	0
2. Plan de Business élaboré avec les acteurs clés - Responsables des services de la FS, COSA (si fonctionnel) - Responsable(s) dispensaire privé / poste santé sous-contraté (si applicable) - PV des réunions d'élaboration de plans de business avec liste de présence	3	0
3. Analyse des réalisations des plans de business est faite mensuellement - Cette analyse peut être à l'ordre du jour dans la réunion technique mensuelle.	3	0
TOTAL DES POINTS - 10 points maximum	 / 10	XXXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

3. PARTIE FINANCIERE, RECETTES, DEPENSES DE FONCTIONNEMENT, PRIME PERFORMANCE – OUTIL INDICES	Protocole respecté	Protocole non respecté
1. Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus - Rapport mensuel de trésorerie disponible et correctement rempli (rempli à jour, sans rature) - Solde théorique du livre de caisse conforme à la liquidité en caisse au moment du passage	3	0
2. Si un établissement de santé ayant un contrat principal au niveau primaire, les recettes liquides doivent dépasser USD 7,00 par personne et par an pour la population cible et si, au niveau de l'hôpital, il doit dépasser 20 USD par personne et par an.	4	0
3. Le total du salaire de base et de la prime de performance n'est pas supérieur à 60% du TOTAL des recettes de la FS - Le vérificateur fait la somme des salaires de base, de la prime de performance et des salaires de l'État (si applicable) et les rapportent aux recettes totales de la FOSA	2	0
3. Système établi pour le calcul mensuel des primes connu par le personnel - Critères pour le calcul de prime de performance établis dans la FOSA comme : (a) Responsabilité ; (b) Heures supplémentaires / perdues ; (c) Évaluation trimestrielle individuelle ; (d) Absence d'exercice de la pratique privée ; (e) Évaluation de qualité (de département). La FOSA doit avoir au moins avoir 3 critères - Interroger 2 personnes au hasard sur la connaissance de l'Outil indices	3	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	 / 12	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE FINANCIERE		

4. HYGIENE & STERILISATION	Protocole respecté	Protocole non respecté
1. Disponibilité de l'eau courante dans la FOSA - Au moins dans la salle de CE, la salle d'hospitalisation et les toilettes / latrines	5	0
2. Clôture disponible et bien entretenue - Si haie vive => taillée ; Si en planches ou en dur => absence de passage	2	0
3. Disponibilité de poubelles dans la cour - Poubelles avec sac poubelle et munies d'un couvercle dans la cour, - Non pleines et accessibles aux usagers	1	0
4. Présence de toilettes/latrines en nombre suffisant et en bon état - Au moins 3 latrines ou toilettes pour les patients (si plus de 30 lits, au moins une toilette pour 10 lits supplémentaires) - Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle - Portes pouvant se fermer- sans mouches - Toilette / latrines avec murs en brique, bien couverts en tôles ou en tuiles - Nettoyées récemment- sans matières fécales visibles	2	0

4. HYGIENE & STERILISATION	Protocole respecté	Protocole non respecté
5. Présence de douches en nombre suffisant et en bon état - Au moins 3 douches ; - Douche avec l'eau courante, ou avec récipient de réserve d'eau d'au moins 20 litres - Évacuation des eaux usées dans un puisard	2	0
6. Incinérateur et fosse à placenta dans un enclos - Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé - Fosse à placentas pourvue d'un couvercle - Enclos sans passages, bien construit avec porte fermée à clé	5	0
7. Fosse à déchets pour les matériels non infectés disponible - Trou de minimum 3 mètres profondeur situé dans un enclos, - Sans matériels infectés ni matériel non décomposable	1	0
8. Propreté de la cour - Absence de déchets et de produits dangereux dans la cour (aiguilles, ampoules, gants, compresses usagées)	2	0
9. Entretien de la cour - Herbes coupées, jardin bien entretenu, absence d'excréta d'animaux, pas de flaques d'eau stagnantes.	1	0
10. Le personnel stérilise les instruments selon les normes - Stérilisateur (Poupinel ou autoclave) en bon état et fonctionnel. - Protocole de stérilisation affiché	3	0
11. Conditions d'hygiène assurées dans la salle de soins - Poubelles pour les matériaux infectés munies d'un couvercle - Boîte de sécurité pour les aiguilles bien placée et utilisée.	1	0
TOTAL DES POINTS - 25 points maximum	 / 25	XXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE	Protocole respecté	Protocole non respecté
1. Bonnes conditions d'attente pour la Consultation Externe - Avec bancs et / ou chaises en nombre suffisant, protégés contre le soleil et la pluie	1	0
2. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés à l'extérieur - Tarifs visibles pour les malades avant la consultation	1	0
3. Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés à l'accueil - Avec des jetons numérotés à l'accueil sauf pour les urgences	1	0
4. Salle de Consultation Externe en bon état et propre - Murs en dur avec crépissage et peinture - Pavement carrelé, ou en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres vitrées (non cassées) avec rideaux - Portes fonctionnelles avec serrure	2	0
5. Salle de CE et l'espace d'attente séparé assurant la confidentialité - Salle avec porte fermée – rideaux aux fenêtres – absence d'ouvertures	1	0
6. Salle de la CE et / ou Urgence éclairée pendant la nuit - Électricité ou lumière « solaire » ou générateur (groupe électrogène)	1	0
7. Toutes les CE sont faites par un infirmier qualifié - Identification des infirmiers consultants à partir de l'interrogatoire des patients qui ont consulté le jour de l'évaluation.	2	0

5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE	Protocole respecté	Protocole non respecté
8. Personnel est en tenue conforme - Médecin : Blouse blanche à manches longues, propre - Infirmier : Blouse blanche à manches courtes, propre - boutonnée avec badge d'identification, chaussures couvertes (pas de sabots) – calot - ongles taillés, pas de vernis, pas de bijoux pendants.	1	0
9. Numérotation mensuelle correcte dans le registre de la CE - Numérotation correcte (une numérotation mensuelle doit exister) - Registre clôturé à la fin du mois - Nombre total des nouvelles et anciennes consultations du mois - Maladies sur surveillance : Rougeole, PFA, tétanos néonatal, fièvre jaune, etc.	1	0
10. Disponibilité de services 7 jours / 7 et 24 H / 24 - Le vérificateur vérifie les entrées des 2 derniers dimanches dans le registre	1	0
11. Protocoles pour la prise en charge du paludisme affichés sur le mur - Protocoles nationaux des cas de paludisme simple et grave, avec leur traitement	3	0
12. Prise en charge correcte du paludisme simple - Voyez dans le registre les 5 derniers cas (AS/AQ ; A/L)	1	0
13. Prise en charge correcte du paludisme grave Voyez dans le registre les 2 derniers cas - Antipyrétique, anticonvulsivant en cas de convulsion et transfert au besoin	1	0
14. Prise en charge correcte des IRA - Ordinogramme disponible et appliqué	2	0
15. Prise en charge correcte de la diarrhée - Ordinogramme disponible et appliqué	2	0
16. Proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% Voyez dans le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calculer le taux – pas plus de 14 sur 30 cas.	2	0
17. Recherche de la TBC chez les touseurs chroniques - Voyez dans le registre les 5 derniers cas avec toux de plus de deux semaines ayant bénéficié d'une demande d'examen des crachats.	1	0
18. Élaboration de courbes d'évolution - Couverture par rapport aux cibles attendues : contraceptive, vaccinale, utilisation des services de santé disponibles et à jour - Affichée sur le mur	1	0
19. Disponibilité d'un stéthoscope / d'un tensiomètre fonctionnel - Prendre la tension artérielle de quelqu'un pour le vérifier	1	0
20. Disponibilité d'un thermomètre fonctionnel - Faire l'inspection du thermomètre	1	0
21. Disponibilité d'un otoscope fonctionnel avec kit d'auriculaires - Faire l'inspection : piles chargées et disponibles avec lumière forte	1	0
22. Disponibilité d'une balance Salter (pèse bébé) en bon état - Balance bien tarée à zéro - Culotte présente et non déchirée	1	0
23. Lit d'examen disponible (métallique) avec matelas	1	0
24. Disponibilité de balance fonctionnelle - Faire l'inspection en comparant au poids connu du superviseur, - Après pesage aiguille balance revient à zéro	1	0
25. Disponibilité d'abaisses-langues	1	0
26. Disponibilité d'une toise en bon état (bien lisible)	1	0

5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE	Protocole respecté	Protocole non respecté
27. Disponibilité des tables de rapport Poids / Taille IMC pour l'adulte et Z score pour l'enfant	1	0
28. Détermination de l'état nutritionnel de tous les enfants de moins de 5 ans qui viennent en consultation	3	0
29. Détermination de l'état nutritionnel de toute femme dont l'enfant malade a moins de 6 mois	2	0
30. Cahier de dépistage de l'état nutritionnel disponible et bien rempli (à jour)	2	0
31. Prise en charge de la malnutrition selon le protocole national	3	0
TOTAL DES POINTS - 44 points maximum	 / 44	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

6. PLANIFICATION FAMILIALE	Protocole respecté	Protocole non respecté
1. Toutes les consultations PF sont faites par un infirmier qualifié, formé en technologie contraceptive. - Voir les fiches de consultation remplies et signées	2	0
2. Local disponible garantissant la confidentialité et propre - Salle avec porte fermée – rideaux aux fenêtres – pas d'ouverture	2	0
3. Affiche murale ou boîte à images avec les méthodes PF disponibles pour la démonstration	1	0
4. Plan de Business contient une stratégie de couverture de Planification Familiale pertinente, relative à l'amélioration de l'offre et à la promotion de la demande	2	0
5. Stock de sécurité intrants contraceptifs oraux et injectable disponible Pour 10.000 habitants : - 147 doses DEPO ou stock $\geq$ CMM - 36 boîtes de 3 plaquettes/cycles des pilules	3	0
6. DIU disponibles et personnel capable de les placer - Au moins 5 DIU disponibles ainsi qu'une boîte d'insertion / retrait	2	0
7. Implants disponibles et personnel capable de les insérer et de les retirer - Au moins 5 implants disponibles	2	0
8. Condoms disponibles (masculin et féminin) - Au moins 288 condoms (masculins /féminins) disponibles	2	
9. Registre PF disponible et bien rempli (à jour et rempli pour toutes les rubriques)	3	0
10. Fiche de la PF disponible et bien remplie - Tirer au hasard 5 clients dans le registre et vérifier leurs fiches - Présence obligatoire des indicateurs suivants : tension artérielle, hépatomégalie, varices, poids	3	0
TOTAL DES POINTS – 22 points maximum	... / 22	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

7. LABORATOIRE	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Laborantin qualifié disponible	2	0
2. Le laboratoire est fonctionnel tous les jours de la semaine <i>Le vérificateur vérifie l'activité des 2 derniers dimanches dans le registre du LABO</i>	1	0
3. Résultats enregistrés correctement dans le registre du labo et conformes aux résultats dans le carnet du malade ou le bon d'examen/fiche de paillasse. <i>Le vérificateur vérifie les 5 derniers résultats</i>	1	0
4. Liste des examens possibles dans le labo affichée	1	0
5. Disponibilité de planches de démonstration des formes des parasites - <i>Sur papier plastifié, dans un livre en couleur, ou affichés</i> - <i>Goutte Épaisse : Plasmodium, falciparum, vivax, ovale, malariae</i> - <i>Selles : Ascaris, Entamoeba, ankylostome, schistosome</i>	1	0
6. Disponibilité d'un microscope fonctionnel - <i>Objectifs fonctionnels,</i> - <i>Huile à immersion, miroir ou électricité, lames, lamelles et, GIEMSA disponibles</i>	2	0
7. Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle	1	0
8. Propreté de la table de coloration - <i>Pas de toiles d'araignées, matériel rangé</i> Évacuation des déchets : - <i>Déchets organiques dans une poubelle munie d'un couvercle</i> - <i>Boite de sécurité disponible et utilisée</i>	2	0
9. Personnel plonge les lames et pipettes souillées dans un récipient contenant une solution de décontamination (protocole affiché)	1	0
10. Présence d'au moins 10 tests de grossesse en stock au laboratoire.	1	0
TOTAL DES POINTS - 13 points maximum	... / 13	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

8. SALLE d'HOSPITALISATION / MISE EN OBSERVATION.	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Équipements disponibles propres et en bon état - <i>Lit avec matelas imperméable non déchiré, moustiquaires, draps, tables de nuit</i>	2	0
2. Bonnes conditions d'hygiène - <i>Nettoyage régulier, accès à l'eau potable (à moins de 20mn),</i> - <i>Lits bien espacés (au moins 1 m)</i> - <i>Bonne aération, sans mauvaises odeurs</i>	2	0
3. Salle d'hébergement éclairée pendant la nuit - <i>Électricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable/ générateur</i>	1	0
4. Confidentialité assurée - <i>Salles séparées pour les femmes, pour les hommes et pour les enfants</i> - <i>Sans être vus de l'extérieur</i>	1	0
5. Registre d'hospitalisation disponible et bien rempli - <i>Identité complète, journées d'hospitalisation</i>	1	0

8. SALLE d'HOSPITALISATION / MISE EN OBSERVATION.	Protocole respecté	Protocole Non respecté
6. Fiches de suivi disponibles et bien remplies - <i>Au moins 10 fiches vierges</i> Le vérificateur vérifie 5 fiches remplies : - <i>Température, TA, Pouls, examens de laboratoire bien remplis</i> - <i>Suivi de traitement coché et conforme au protocole, perfucode, plan de soins (besoins spécifiques), planification et exécution.</i>	3	0
TOTAL DES POINTS - 10 points maximum	... / 10	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

9. GESTION DES MEDICAMENTS	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Personnel tient les fiches de stock en faisant apparaître le stock de sécurité = - <i>Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2</i> - <i>Stock dans les fiches qui correspond au stock physique</i> - <i>Le vérificateur fait la vérification visuelle d'un échantillon de trois médicaments</i>	2	0
2. FOSA a accès aux grossistes de distribution de médicaments, équipements et consommables opérant en concurrence et agréés par la DRS - <i>L'ECD vérifie les factures sur un échantillon de 5 médicaments pris au hasard</i> - <i>Identifie le fournisseur, et voit si le n° de lot sur le médicament est identique à celui de la facture.</i>	5	0
3. Les médicaments sont gardés correctement. - <i>Local propre, bien aéré avec armoires et étagères étiquetées</i> - <i>Rangés par classe thérapeutique et/ou par ordre alphabétique et/ou par forme</i>	2	0
4. La pharmacie dépôt livre chaque jour les médicaments selon la réquisition du service de distribution des médicaments. - <i>Le vérificateur vérifie si la quantité réquisitionnée est conforme à la quantité servie (à voir dans la feuille de requise signée par les 2 parties)</i>	1	0
5. Absence médicaments périmés ou avec des étiquettes falsifiées - <i>Le vérificateur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables</i> - <i>Produits périmés bien séparés du stock</i> - <i>Inventaire mensuel de produits périmés et transmis au SSD (accusé de réception disponible) ou détruits selon les normes, avec un rapport.</i>	1	0
6. Lieu de distribution de médicaments : - <i>Médicaments emballés dans un sachet médicament.</i> - <i>Manipulation des médicaments en vrac avec une cuillère</i> - <i>Présence d'eau potable (dans un filtre à eau ou eau minérale) avec gobelets jetables avec la prise de la première dose orale à la FOSA</i>	2	0
TOTAL DES POINTS - 13 points maximum	... / 13	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

10. MEDICAMENTS TRACEURS Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
1. Amoxicilline caps /cp. 500 mg	1	0
2. Amoxicilline sirop 250 mg/ 5ml	1	1
3. Artésunate cp. 50 mg – amodiaquine 135 mg ou AL	1	1
4. Cotrimoxazole cp. 480 mg	1	1
5. Diazépam 10 mg / 2ml – injectable	1	1
6. Fer – acide folique 200 mg + 25 mg	1	1
7. Mébendazole cp. 100 mg	1	1
8. Méthergin / syntocinon amp. 10 Unités	1	1
9. Méttronidazole cp. 250 mg	1	1
10. Paracétamol cp. 500 mg	1	1
11. Artésunate injectable/Quinine cp. et quinine injectable	1	1
12. SRO / oral sachet	1	1
13. Gants stériles	1	1
14. Compresses stériles	1	1
15. Solutés glucosé 5%	1	1
16. Ampicilline injectable 1g ou 500mg	1	1
17. Azithromycine	1	1
18. Benzathine / Benzylpénicilline	1	1
19. Bétaméthasone / Dexaméthasone	1	1
20. Calcium (Gluconate)	1	1
21. Céfémixine	1	1
22. Chlorhexidine	1	1
23. Gentamicine	1	1
24. Hydralazine / Méthyl dopa / Nifédipine	1	1
25. Sulfate de Magnésie	1	1
26. Misoprostol	1	1
27. Ocytocine	1	1
28. Quinine injectable	1	1
29. VAT.	1	1
30. Zinc	1	1
31. Kit de réanimation - <i>acheté par la FOSA</i>	1	1
32. Kit Obstétrical - Kit d'accouchement – <i>acheté par la FOSA</i>	1	1
33. Kit Obstétrical - Kit de césarienne – <i>acheté par la FOSA</i>	1	1
34. Kit Obstétrical - Valise d'urgence – <i>acheté par la FOSA</i>	1	1
TOTAL DES POINTS : Maximum 34 points	34	 %
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

11. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole non respecté
1. Eau suffisante avec savon dans la salle d'accouchement - <i>Un point d'eau fonctionnel ou au moins un réservoir de 20 litres rempli d'eau</i>	1	0
2. Salle d'accouchement éclairée - <i>Électricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable dans salle ou générateur</i>	1	0
3. Déchets collectés correctement dans la salle d'accouchement - <i>Poubelle avec sac poubelle et munie d'un couvercle</i> - <i>Boîte de sécurité pour les aiguilles + solution de décontamination</i>	1	0
4. Salle d'Accouchement en bon état - <i>Murs en dur avec crépissage et peinture à huile ou carrelage</i> - <i>Sol en ciment sans fissures, plafond en bon état (propre, ne doit pas suinter)</i> - <i>Fenêtres avec vitres opaques, et portes fonctionnelles</i>	1	0
5. Disponibilité du partogramme Au moins 10 fiches	1	0
6. Partogrammes correctement remplis - Le vérificateur tire au hasard 5 accouchements et vérifie leur Partogramme - <i>Identification de la femme - date et heure d'admission - date de sortie</i> - <i>Dilatation - descente de la présentation</i> - <i>Prise tension artérielle toutes les 4h</i> - <i>Pouls - volume des Urines - BCF (bruit du cœur fœtal)</i> - <i>Contractions toutes les 30 minutes</i> - <i>Score d'APGAR</i>	5	0
7. Soins administrés au nouveau-né - <i>Vit K, chauffage et mise au sein précoce, soins ophtalmiques</i> - <i>Le vérificateur tire au hasard 3 accouchements et vérifie dans les rapports d'accouchement correspondants</i>	1	0
8. Tous les accouchements sont effectués par du personnel qualifié - <i>Identification des accoucheurs à partir des noms et signatures dans registre</i>	2	0
9. Disponibilité d'une toise , d'un stéthoscope obstétrical , mètre ruban , bandelettes urinaire , 1 thermomètre , 1 tensiomètre	1	0
10. Disponibilité d'une ventouse obstétricale fonctionnelle - <i>Infirmière formée</i> - <i>La ventouse est utilisée</i>	1	0
11. Disponibilité des gants médicaux stériles - <i>Au moins 10 paires de gants normaux, 2 paires de gants de révision utérine, 2 tabliers, 2 paires de bottes.</i>	1	0
12. Disponibilité d'au moins 2 boîtes d'accouchement stérilisées . - <i>Contenant au moins 1 paire de ciseaux, 2 pinces</i> - <i>Vérifier le contenu d'une boîte au hasard</i>	2	0
13. Disponibilité de deux boîtes d'épisiotomie dont une stérile - <i>Disponibilité de fil résorbable et de fil non résorbable, désinfectant, anesthésie locale, compresse stérile.</i> - <i>1 Boîte stérilisée avec port- aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale</i>	2	0
14. Table d'accouchement en bon état - <i>Table avec matelas imperméable et propre avec deux jambières fonctionnelles avec toile cirée.</i>	2	0
15. Disponibilité d'un pèse-bébé fonctionnel - <i>Le vérificateur vérifie le pèse-bébé avec un objet</i>	1	0

11. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole non respecté
16. Matériel disponible pour les soins aux nouveau-nés - <i>Clamp ombilical, d'une poire (à usage unique) ou aspirateur manuel / aspirateur électrique, lampe chauffante, antiseptique pour soins ophtalmiques, vit K</i>	2	0
17. Seau ou bassin pour linges souillés disponible	1	0
18. Disponibilité de moustiquaires dans la salle d'hospitalisation	2	0
19. Lits avec matelas et literie en bon état dans la salle d'hospitalisation - <i>Matelas couverts de toile cirée avec deux draps</i>	1	0
20. Salle de travail adéquate - <i>Au moins 2 lits avec matelas en similicuir non déchiré, espacés d'au moins 1 mètre</i>	1	0
21. Surveillance du Postpartum immédiat adéquat - <i>Au minimum 48 heures et au maximum 72 heures après l'accouchement</i> - <i>État général, coloration des conjonctives, TA, globe de sécurité, état du saignement, température ;</i> - <i>État du nouveau-né : état général, conjonctives, température, type respiration, alimentation, soins du cordon</i>	1	0
22. Registre d'accouchement - <i>Disponible et bien rempli durant les 3 dernières semaines</i>	1	0
23. Tarifs du recouvrement de coût affichés pour les soins obstétricaux - <i>Tarifs visibles pour les clientes avant la consultation</i>	2	0
TOTAL DES POINTS - 34 points maximum	34	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

12. PETITE CHIRURGIE	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Salle disponible pour la petite chirurgie et en bon état - <i>Murs en dur avec crépissage et peinture</i> - <i>Sol lisse en ciment sans fissures</i>	1	0
2. Lit d'examen disponible dans la salle - <i>Avec matelas revêtu de similicuir</i>	1	0
3. Équipement de base disponible dans la salle : - <i>Anesthésie locale disponible (au moins 20 ml)</i> - <i>Tambour avec compresses stériles</i> - <i>Boîte à instruments avec porte aiguille, pince anatomique, pince de Kocher, paire de ciseaux (au moins 3)</i> - <i>Gants stériles (au moins 3 paires)</i> - <i>Fils résorbables et non résorbables (2 au minimum pour chacun)</i> - <i>Bistouris (au moins 3)</i> - <i>Champs stériles dans un tambour</i> - <i>Bassins réniformes (au moins 2)</i>	3	0
4. Registre de petite chirurgie correctement rempli et à jour	1	0
5. Conditions d'hygiène assurées dans la salle de petite chirurgie - <i>Poubelles pour matériaux infectés munies d'un couvercle</i> - <i>Boîte de sécurité (pour les aiguilles) bien placée et utilisée</i> - <i>Solution de décontamination</i>	1	0
TOTAL DES POINTS - 7 points maximum	 / 7	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

13. TUBERCULOSE – centre de dépistage	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Conditions réunies pour la DOTS - <i>Fiches de prise en charge, registre et Guide technique disponibles</i>	2	0
2. Disponibilité d'un porte-lame	1	0
3. Disponibilité d'un crayon diamant	1	0
Stock de Sécurité = Consommation Mensuelle Moyenne (CMM) / 2	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
4. Rifampicine-isoniazide-pyrazinamide : cp120+50+300mg - RHZE	1	0
5. Streptomycine 1 gr (en cas d'existence de cas de résistance)	1	0
6. Etambutol ou RHE cp. 400 mg	1	0
7. Crachoirs	1	0
8. Lames et réactifs disponibles	2	0
TOTAL DES POINTS - 10 points maximum	... / 10	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

14. VACCINATION	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Chaîne du froid - <i>Contrôles réguliers de la chaîne de froid</i> - <i>Thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur</i> - <i>Disponibilité de cahier ou fiches de température remplis 2 fois par jour, y compris le jour de la visite</i> - <i>Température des relevés de température comprise entre 2 et 8 degré Celsius</i> - <i>Le vérificateur vérifie la fonctionnalité du thermomètre</i> - <i>Température également entre 2 et 8 degrés Celsius sur le thermomètre, le jour de la visite</i>	5	0
2. Pas de rupture de DTC+HepB, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT, Pneumo, ROTARIX. - <i>Présence des fiches de stock à jour</i> - <i>Le vérificateur vérifie le stock physique dans le réfrigérateur qui doit correspondre au stock théorique</i>	2	0
3. Les vaccins sont correctement disposés dans le frigo - <i>Compartiment congelé ;</i> - <i>Compartiment NON congelé ;</i> <i>1^{er} étage : VPO – VAR- VAA-BCG ;</i> <i>2^{ème} étage : - DTC+HepB, +Hib Pneumo, VAT ;</i> <i>3^{ème} étage : - Diluants ;</i> <i>Plus bas : accumulateurs non congelés ;</i> - <i>Absence de vaccins périmés ou de pastille de contrôle de vaccins virée ;</i> - <i>Étiquettes lisibles sur les flacons de vaccin.</i>	1	0
4. État chaîne de froid - <i>Frigo à pétrole /ou à gaz => pétrole ou bouteille de gaz disponibles ;</i> - <i>Frigo solaire => batterie en bon état ;</i> - <i>Frigo électrique => système de réserve disponible en cas de rupture.</i>	1	0

14. VACCINATION	Protocole respecté	Protocole Non respecté
5. Accumulateurs de froid - Bien congelés - Au moins 6	1	0
6. Existence de seringues - Autobloquantes – au moins 30 - Pour la dilution – au moins 3	1	0
7. Les déchets sont collectés dans des poubelles appropriées avec sacs poubelles - Disponibilité de boîte sécurité bien placée et utilisée (réceptacle)	1	0
8. Stock de carnets ou de cartes de croissance PEV et CPS - Pour la maman ou pour l'enfant - au moins 10	1	0
9. Registre du PEV bien rempli – ou système de fiches disponibles - Système capable d'identifier les abandons et les Enfants Complètement Vaccinés (ECV)	1	0
10. Bonnes conditions d'attente pour la CPS et la vaccination - Avec bancs et / ou des chaises en nombre suffisant, protégés contre soleil et pluie	1	0
11. Remise de jetons numérotés selon l'ordre d'arrivée	1	0
12. Disponibilité d'une balance Salter (pèse-bébé) en bon état - Balance bien tarée à zéro + Culotte présente et non déchirée	1	0
TOTAL DES POINTS – 17 points maximum	17	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

15. CONSULTATION PRE-NATALE	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Pèse-Personne - Bien réglé à zéro ; - Pèse-personne propre pour la CPN.	1	0
2. Ruban périmètre brachial - Disponible et en bon état (bonne lisibilité).	1	0
3. Détermination de l'état nutritionnel de toute femme en CPN - Consigné dans la fiche CPN.	3	0
4. Fiche CPN (pour la FS) disponible et bien remplie Vérificateur vérifie 5 fiches au hasard : - Examens : Poids – TA - Taille –Parité –Date Dernières Règles -périmètre brachial - Labo : Albuminurie – Glucose – Hémoglobine (Hb) ; - Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Fœtal), HU (Hauteur Utérine) ; - Présentation, mouvement fœtal.	4	0
5. Fiche CPN (pour la FOSA) - Montre l'administration de : Fer, Folates, TPI et VAT.	2	0
6. Carnet de la CPN (pour la maman) - Disponible – au moins 10 exemplaires.	1	0
7. Registre de la CPN disponible et bien rempli - Identité complète, état vaccinal, date de visite, rubrique Grossesse à Haut - Risque (GHR) bien remplie, y compris problématique et action prise	2	0
TOTAL DES POINTS – 14 points maximum	 / 14	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

16. LUTTE CONTRE LE VIH - SIDA	Protocole respecté	Protocole Non respecté
1. Salle de counseling en bon état - Murs en dur avec crépissage et peinture ; - Pavement en ciment sans fissures ; - Plafond en bon état ; - Fenêtres vitrées avec rideaux, et portes fonctionnelles avec serrure ; - Bureau avec trois chaises, (au moins) une étagère.	2	0
2. Registre counseling - Disponible, utilisé et à jour.	2	0
3. Présence d'une personne formée assurant le counseling en Conseil de Dépistage Volontaire (CDV)	2	0
4. Existence de matériel de prélèvement VIH - Dans au moins le bureau de counseling en CPN, salle d'accouchement ; - Matériel : tubes et aiguilles (au moins 20), porte-tubes, garrot.	3	0
5. Hygiène assurée dans la salle de counseling - Poubelles pour matériaux infectés munies d'un couvercle ; - Boîte de sécurité (pour les aiguilles) bien placée et utilisée.	2	0
6. Stock de sécurité de réactifs - Au moins 50 tests de dépistage et au moins 5 tests de confirmation ; - Concordance entre le stock physique et stock théorique.	5	0
7. Respect du protocole de dépistage du VIH - L'algorithme de dépistage du VIH doit être affiché au mur ; - Vérifier dans le registre de CDV sur 5 cas.	5	0
TOTAL DES POINTS – 21 points maximum	21	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

17. FBP COMMUNAUTAIRE - EQUITÉ	Protocole respecté	Protocole non respecté
1. Protocole de sélection des indigents disponible (pour max 10% des activités) - Disponible y compris pour des indigents de circonstance et les catastrophes.	2	0
2. Liste des indigents de l'aire de la FOSA disponible - Accessible dans 5 minutes. - Au moins 2% des ménages sont identifiés comme indigents.	2	0
3. Consultation Externe Indigents - Au moins 3% de tous les patients pour la consultation externe sont exemptés de paiement.	3	0
4. Mise en observation / hospitalisations indigents - Au moins 3% de tous les patients pour les MEO sont exemptés de paiement.	3	0
5. Visite à Domicile - Au moins 20 VAD selon protocole exécutées pendant le mois dernier ; - Correctement enregistrées.	5	0
6. Effet VAD sur la PF - Au moins 5 nouveaux cas arrivés à FOSA le mois passé, pour la PF après VAD.	3	0
7. Effet VAD sur toilettes / latrines	3	0

17. FBP COMMUNAUTAIRE - EQUITÉ	Protocole respecté	Protocole non respecté
- Liste dans la FOSA des maisons de l'Aire montrant la disponibilité des toilettes / latrines disponibles, avec stratégie d'amélioration convaincante.		
8. Enfants malnutris - Enfant malnutris correctement identifiés ; - Alimentation supplémentaire.	5	0
9. Effets FBP communautaires sur le suivi du traitement de la TB - Protocole de suivi des abandons TB disponible ; - Au moins un cas de TB en rupture de traitement retrouvé par les VAD.	2	0
10. Effet FBP communautaire sur le suivi des abandons PEV - Protocole de suivi des abandons disponible ; - Preuve que le programme de suivi est exécuté.	2	0
TOTAL DES POINTS – 30 points maximum	 / 30	XXXXX
OBSERVATIONS sur la COMPOSANTE		

RESUME DE LA REVUE DE QUALITE		
TOTAL GENERAL	325 points = 100% (195 indicateurs)	Points réalisés : Score de qualité :

VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLIES

Le vérificateur remercie le personnel

Problèmes prioritaires identifiés

.....
.....

Actions urgentes d'amélioration proposées

.....
.....

Noms et signatures des évaluateurs responsables

.....
.....

Noms et signature du responsable de la formation sanitaire

.....
.....

7. AGENCE de CONTRACTUALISATION et VÉRIFICATION - ACV

Jean Pierre TSAFACK, Moussoume EKOUANGUE, Jean Claude TAPTUE

Principaux messages du module

- Les agences de contractualisation et de vérification (ACV) sont des entités - séparées du régulateur et de l'agence de paiement - qui s'assurent que les résultats (outputs) des prestataires sont strictement vérifiés et transmis à la CTN FBP centrale et à l'agence de paiement. Elles assurent également le coaching des prestataires sur l'utilisation de leurs plans d'affaires et de leurs outils d'indicateurs de gestion. L'ACV ou les directions régionales de santé organisent également les projets de recherche-action à l'échelle régionale.
- Pour réaliser des économies d'échelle, les ACV peuvent couvrir une région, un État ou un comté entier, ciblant entre 700 000 et 2 à 3 millions de personnes. Toutefois, pour que cette approche soit efficace, elles doivent également ouvrir des antennes ACV au niveau local (souvent au niveau du district), couvrant 70 000 à 300 000 habitants, avec des agents de vérification CDV résidant sur place mais membres de l'agence CDV régionale.

Le processus de déclaration des résultats jusqu'au paiement est le suivant :

- À la fin de chaque mois, les centres de santé et les hôpitaux *déclarent* toutes les prestations fournies à la population dans le rapport du SNIS ainsi qu'à l'antenne district de l'ACV ;
- Les vérificateurs médicaux de l'antenne de district ACV partent chaque mois dans les formations sanitaires (FOSA) et *vérifient* les déclarations dans les registres ;
- L'ACV organise chaque trimestre la *vérification communautaire* couplée à l'enquête de satisfaction des patients. Cela sera réalisé par les ASLO sélectionnées et contractées par les ACV. Les ASLO seront payées en fonction de leur performance (nombre de questionnaires correctement remplis) directement par les ACV. Pour que la vérification soit efficace, les registres doivent contenir les adresses correctes du patient. Les ASLO doivent avoir au moins un enquêteur qualifié pour la vérification des activités sensibles telles que la planification familiale, l'aspiration manuelle intra-utérine et le VIH. Il devrait également posséder les aptitudes nécessaires pour maintenir la confidentialité.
- Les ACV *vérifient* auprès des structures *les améliorations apportées aux infrastructures et aux équipements*. Sur la base d'étapes de progrès clairement définies à l'avance, cela aboutit au paiement des bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) ou des unités d'investissement au sein des prestataires. La vérification des BAQ des infrastructures des DRS sera effectuée par la Cellule Technique FBP. La vérification des BAQ pour l'infrastructure des ECD sera faite par le DRS ;
- L'ACV *établit les factures* des vérifications quantitatives PMA et PCA mensuelles, des vérifications communautaires trimestrielles et des BAQ en deux exemplaires qui sont cosignés par le vérificateur et le responsable des prestataires ;
- L'ECD et l'ACV *organisent* mensuellement des *réunions du comité de validation* des districts. Ces comités valident les résultats quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les BAQ de toutes les FOSA. Pendant la dernière réunion du trimestre du comité de validation de district on valide également les revues de qualité (réalisées par les ECD) et les vérifications communautaires et de satisfaction des patients (réalisées par les ASLO) ;
- Le personnel de l'ACV *saisit sur le portail FBP les données et factures* issues des vérifications quantitatives et communautaires (y compris les résultats de l'enquête de satisfaction) ainsi que les données de l'analyse de l'Outil Indices des formations sanitaires. Les données qualité des FOSA

PMA sont saisies par l'ECD et celles des FOSA PCA sont saisies par la Délégation de santé qui organise l'évaluation par les pairs ;

- La CTN FBP *confirme* les données et les factures sur le portail dans un délai de 7 jours. La CTN peut bloquer des factures sur la base de soupçons de fraude ou d'erreurs de données. La CTN *transmet les différentes factures* au(x) payeur(s) ;
- L'agence fiduciaire doit procéder au virement des ressources dans un délai de 7 jours.

7.1 **Histoire et développement des ACV (régionales) et des ONG locales**

Les agences de contractualisation et de vérification (ACV) sont des entités autonomes qui signent des contrats avec les prestataires et contrôlent mensuellement les résultats quantitatifs. Elles ont été créées en tant qu'organisations indépendantes afin que les autorités de régulation de district et régionales puissent se concentrer sur leur rôle de régulation plutôt que de gérer également les questions de contractualisation et de paiement. Les ACV ont mis fin au monopole public des services de santé et constituent une organisation neutre. Cette séparation des fonctions évite les conflits d'intérêts. Il existe une forte ressemblance entre les agences ACV et les compagnies d'assurance des pays développés qui achètent des services auprès des prestataires. Cependant, les ACV se sont adaptées aux réalités des pays à revenu faible et intermédiaire, ainsi qu'à celles du secteur informel.

Les premières ACV ont vu le jour grâce à des ONG internationales au Cambodge (1999), au Rwanda (2002), en RDC (2005) et au Burundi (2006). Par la suite, des procédures de recrutement ouvertes ont été mises en place, permettant à toute organisation (internationale) de présenter sa candidature (Nigeria, République centrafricaine, Burkina Faso, Tchad). Toutefois, ce dernier processus concurrentiel s'est avéré long et coûteux lorsqu'il a impliqué des organisations internationales. Les coûts administratifs élevés l'ont rendu non viable.

En République démocratique du Congo, à partir de 2008, de nouvelles organisations provinciales locales ont été créées pour servir des ACV. Au Cameroun, en 2011, les ACV ont été intégrées aux organisations régionales existantes, mises en place vingt ans plus tôt par la coopération allemande. Cette intégration a permis de réduire considérablement les coûts et d'éviter de longues procédures juridiques lors de la création des ACV.

Dès son lancement, l'approche du financement basé sur la performance s'est trouvée en concurrence, sur le plan conceptuel, avec les systèmes *d'assurance maladie communautaire volontaires ou « mutuelles »* (RDC, Burundi, Éthiopie). Pourtant, ce système d'assurance sociale destiné au secteur informel, et notamment aux populations souvent pauvres, n'a pas donné de résultats probants. Les systèmes d'assurance maladie sociale présentent des coûts administratifs élevés ; le nombre de participants reste faible ; les compagnies d'assurance sont rarement en mesure de régler les factures des établissements de santé et peuvent même faire faillite. Très populaires depuis les années 1980, ces systèmes ont perdu de leur attrait, car ils n'ont pas assuré des services de qualité et n'ont pas disposé d'un système de vérification des résultats convaincant.

À partir du milieu des années 2010, le PBF s'est également retrouvé en concurrence *avec les systèmes d'assurance maladie obligatoires* au Bénin et au Mali. De même, les systèmes d'assurance obligatoire (Gabon, Ghana, Rwanda) sont confrontés à des difficultés de pérennité, de contrôle de la qualité, de détection de la fraude et de gestion des dépassements de coûts. Le programme d'assurance, pourtant largement promu par la Présidence au Bénin, n'a pas pu être mis en œuvre depuis 2018 en raison de son coût exorbitant et de problèmes conceptuels.

Pour remédier à ces problèmes, le PBF a mis en place des ACV chargées d'élaborer et de contrôler les contrats. Par ailleurs, le PBF a fait appel, par l'intermédiaire des ONG locales de ces agences, dans les zones de desserte des établissements de santé, afin de mener des enquêtes de satisfaction auprès des patients et de s'assurer de l'exactitude des informations figurant dans les registres de ces établissements.

Depuis environ 2020, les experts du PBF préconisent de ne plus concurrencer les systèmes d'assurance, mais de coopérer avec eux afin de parvenir à des solutions mutuellement avantageuses.

À partir de 2022, le premier programme de coopération entre le financement basé sur la performance (FBP) et les systèmes d'assurance a été lancé, testé et évalué positivement au Mali (Rapport final du projet de la Banque mondiale, 2025). L'agence CDV a été intégrée aux organisations régionales d'assurance maladie obligatoire existantes.

L'approche FBP renforce les systèmes d'assurance maladie du secteur formel, sans nécessiter de changements fondamentaux. L'ACV vérifie les indicateurs quantitatifs des membres des régimes d'assurance. Dans le cadre du contrat FBP, les autorités de district évaluent la qualité des établissements de santé qui desservent les membres des régimes d'assurance, ce qui permet de remédier à un problème majeur pour ces régimes.

Cependant, il a été constaté que, pour le secteur informel, les approches traditionnelles d'assurance maladie communautaire ou d'assurance sociale peuvent être mieux remplacées par l'approche FBP, qui permet d'exempter 5, 15 ou 25 % des patients du paiement des frais en remboursant les établissements de santé grâce à des subventions plus importantes. L'approche FBP facilite la maîtrise des coûts grâce à la flexibilité des contrats trimestriels, qui permettent d'augmenter ou de réduire les subventions, évitant ainsi la faillite des compagnies d'assurance et des FBP.

7.2 Objectifs et rôles des ACV Régionales

L'objectif général des ACV régionales est d'aider à la mise en œuvre du FBP. Selon l'organisation administrative de chaque pays, l'ACV peut fonctionner à partir du niveau régional (Burkina Faso, Cameroun), du niveau de « County » (Kenya), du niveau provincial (Burundi, RDC, Tchad) ou au niveau de l'État (Nigeria).

Chaque agence de contractualisation et de vérification (ACV) peut couvrir entre 2 et 3 millions de personnes. Les ACV nationales (petits pays), régionales (Mali, Cameroun) ou provinciales (RDC) peuvent créer des antennes de district, couvrant entre 70 000 et 300 000 habitants. Au Mali, par exemple, le coordinateur, son adjoint, le responsable du portail et les gestionnaires financiers opèrent au niveau régional, mais ces ACV déploient des équipes permanentes de 2 à 4 agents de vérification médicale et communautaire dans chaque district. Ainsi, bien que ces agents de vérification de district fassent partie de l'ACV régionale, ils sont affectés aux districts. Cela réduit les frais de déplacement et les indemnités journalières et améliore l'accès aux ACV pour les prestataires de soins de district et les autorités sanitaires de district.

L'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Régionale, est chargée de :

1. Négocier et signer les *contrats avec les formations sanitaires ou les autres structures*
2. *Vérifier mensuellement les résultats quantitatifs* des formations sanitaires ou des autres structures sous contrat FBP
3. Organiser trimestriellement la *vérification communautaire* couplée à l'enquête de satisfaction des patients ou utilisateurs d'autres structures

4. Vérifier les améliorations d'infrastructure, d'équipement et de ressources humaines bénéficiant d'un Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ).
5. Faire le *coaching sur les outils FBP (Plan de Business, Outil Indices)* de toutes les FOSA
6. *Organiser la formation* du personnel des FOSA et d'autres structures au sein du FBP.
7. Assister mensuellement aux *réunions du comité de validation* des districts.
8. Saisir les données sur le portail FBP
9. Produire les rapports trimestriels d'activités de l'ACV
10. Conduire la recherche-action.

7.2.1 Négocier et signer les contrats avec les FOSA ou d'autres structures

L'ACV négocie les contrats sur la base de la liste de FOSA potentielles fournie par le régulateur. Le manager se rendra dans les DS le mois suivant la fin du trimestre pour négocier et signer les contrats de performance avec les FOSA et autres structures, pour une période de 3 mois. Chaque FOSA devra présenter un plan de business qui sera évalué par le manager. Si le plan de business est convaincant, le contrat pourra être signé. Pour celles déjà sous contrat FBP, en plus de l'évaluation du Plan de Business, les scores de qualité technique et l'évaluation de l'Outil Indices seront également pris en compte. Le contractant principal signera des sous-contrats avec une ou plusieurs FOSA ou d'autres structures de la même aire de santé, et les rôles pourraient être inversés si la production, en quantité et en qualité, du sous-contractant venait à dépasser celle du contractant principal.

7.2.2 Vérifier les résultats quantitatifs des FOSA sous contrat FBP

À la fin de chaque mois, les FOSA ou d'autres structures *déclarent* à l'antenne du district de l'ACV leurs productions sur les fiches de déclaration. Les vérificateurs médicaux des ACV se rendent dans les FOSA ou d'autres structures pour *vérifier* ces déclarations dans les registres. Les résultats quantitatifs des FOSA ou d'autres structures ayant un contrat secondaire sont vérifiés au préalable, avant ceux de leur formation contractante (qui a un contrat principal avec l'ACV). Si la différence entre les données déclarées et celles vérifiées par le vérificateur dépasse 10 %, les subsides pour cet indicateur sont annulés. Cela va créer un « bâton » fort, non seulement pour obtenir des données FBP de qualité mais aussi des données SNIS fiables. Après vérification, la fiche de déclaration établie en deux exemplaires au niveau de la FOSA ayant un contrat principal est cosignée par le vérificateur de l'ACV et le responsable de la FOSA.

Chaque activité subventionnée des FOSA doit disposer d'un registre standard où les activités réalisées sont consignées, dans lequel figurent l'adresse complète d'un patient et/ou son numéro de téléphone. Cela signifie généralement que les registres doivent être adaptés pour que ces informations soient disponibles. Parfois, c'est simple, mais parfois il faut concevoir de nouveaux registres qui contiennent à la fois les données requises pour le SNIS et pour le FBP.

Les registres doivent être harmonisés dans la zone d'intervention du FBP, ou à l'échelle nationale lorsque le FBP est devenu l'approche généralisée. Chaque page doit être contrôlée par le vérificateur médical. Aucune page ne doit manquer et il ne devrait y avoir aucune erreur dans le comptage des patients dans les registres. Les registres deviennent alors des documents vérifiables que les auditeurs des organismes gouvernementaux et les bailleurs peuvent contrôler afin de confirmer l'exactitude du nombre de patients pour lesquels les subsides ont été versés. Les registres doivent être conservés par la FOSA pendant au moins 5 ans. En cas de non-respect des critères de vérification d'une activité, l'indicateur est simplement annulé et des observations sont faites auprès de la FOSA.

7.2.3 Organiser la vérification communautaire et les enquêtes de satisfaction

La vérification communautaire permet de confirmer l'existence des patients enregistrés par les FOSA comme utilisateurs de la FOSA et d'évaluer le degré de satisfaction de la population à l'aide d'un questionnaire administré auprès des utilisateurs des services au sein des ménages. Cette vérification est réalisée par les ASLO contractées par les ACV, sous la supervision des vérificateurs communautaires.

Choix des ASLO et des enquêteurs communautaires

On peut choisir des associations ayant des objectifs sociaux. L'association doit être reconnue par les autorités locales, jouir d'une bonne réputation et être opérationnelle depuis au moins 2 ans. Les ASLO peuvent proposer des enquêteurs pour les enquêtes de vérification FBP et l'ACV les forme.

Les critères de sélection pour les enquêteurs peuvent être les suivants :

- Être capable de lire, d'écrire et de comprendre les langues locales, la connaissance des principales autres langues est un atout ;
- Disponible pour environ 14 jours par période de trois mois pour mener les entrevues ;
- Avoir les compétences requises pour accomplir les tâches dans une ambiance conviviale, avec engagement, discipline, honnêteté et intégrité ;
- Avoir au moins un enquêteur qualifié pour la vérification des activités sensibles telles que la planification familiale, l'aspiration manuelle intra-utérine et le VIH. Cet interviewer devrait de préférence être un agent de santé qualifié et savoir aborder les questions sensibles. Il devrait également y avoir des conseils pour maintenir la confidentialité.

Choix des patients à enquêter

À la fin de chaque trimestre, les vérificateurs médicaux, lors de leur passage dans les FOSA ou dans les autres structures pour la vérification des quantités, tirent dans les registres des FOSA ou autres structures, un échantillon de minimum de *30 à 40 patients / utilisateurs pour les contrats et sous contrats PMA* et un échantillon de *40 à 60 patients / utilisateurs pour les contrats PCA* des bénéficiaires des prestations (consultations externes, accouchements, enfants complètement vaccinés, enfants inscrits à l'école, nombre d'état civil établis etc.) dans les 90 jours (trimestre) précédent.

Le choix des bénéficiaires sera réparti à 50 % selon un échantillonnage aléatoire et aux 50 % restants par un choix raisonné (indigents pris en charge, indicateurs posant des problèmes, indicateurs faisant l'objet de soupçons de tricherie dans la FOSA ou dans une autre structure).

Réalisation de l'enquête et comment prévenir la fraude par les ASLO

Les vérificateurs communautaires consignent dans les questionnaires d'enquête communautaires les informations nécessaires à la localisation des bénéficiaires au sein de la communauté (noms, localisation, numéro de téléphone) et remettent les questionnaires aux enquêteurs des ASLO recrutés. Les autres informations figurant sur la fiche d'échantillonnage sont conservées par l'ACV, et l'enquêteur dispose d'un questionnaire comportant des questions test afin de recueillir des informations qui seront ensuite confrontées à celles cachées. Les *questions-tests* permettent également de s'assurer que l'enquêteur a effectivement trouvé le bénéficiaire au sein de la communauté et l'a interrogé. Une deuxième méthode pour détecter la falsification par les ONG locales consiste à introduire dans la liste des « *patients fantômes* » qui, en réalité, n'existent pas. Si l'ONG « détecte » avec succès ces patients, elle prouve qu'ils fournissent des résultats frauduleux. Une troisième méthode de prévention de la fraude consiste à utiliser des *tablettes informatiques dotées d'un système de géolocalisation* confirmant que l'enquêteur a visité le ménage.

Au cours de l'enquête, on recueille également des informations sur la *satisfaction des clients* des formations sanitaires et d'autres structures. Le déploiement des enquêteurs sur le terrain se déroulera sur une période de 15 jours, sous la supervision des vérificateurs communautaires. Les vérificateurs communautaires collectent les questionnaires d'enquête et les analysent. Les résultats de l'analyse sont disponibles au plus tard à la fin du dernier mois du trimestre suivant. Le feedback de l'enquête communautaire est présenté aux FOSA lors de la réunion trimestrielle de coordination du district. Lors des réunions de feedback, les représentants de groupes communautaires *ne sont pas* présents pour prévenir les conflits. Cette séparation entre la formation sanitaire et les groupes communautaires vise à garantir leur indépendance. *De ce fait les relations étroites entre les associations locales et les formations sanitaires ne sont pas encouragées*

Le feedback de satisfaction permet à l'ACV et aux autorités sanitaires locales d'orienter les négociations lors du renouvellement des contrats des structures. Le score de satisfaction des patients est l'un des critères de calcul du bonus qualité des FOSA. Le score évaluation communautaire se calcule ainsi qu'il suit : *proportion des malades retrouvées x score évaluation de la satisfaction*

L'évaluation de la satisfaction des malades se calcule avec les indicateurs suivants :

- 1. % des patients qui trouvent que l'accueil est bon
- 2. % des malades qui trouvent le temps d'attente raisonnable
- 3. % des malades qui trouvent le personnel sanitaire respectueux
- 4. % des malades qui ont trouvé tous leurs médicaments à la pharmacie de la formation sanitaire
- 5. % des malades qui ont trouvé le coût des soins raisonnables
- 6. % des malades qui ont payé tous leurs soins à la caisse de la FOSA
- 7. % des malades qui ont dit d'être guéri ou d'avoir bénéficié du traitement

Le score de satisfaction des malades pour une FOSA correspond à la moyenne des 7 indicateurs.

7.2.4 Analyse des enquêtes communautaires par les ACV

Les données de l'enquête doivent être saisies dans une base de données ou sur une tablette informatisée avant d'être « nettoyées » par les vérificateurs communautaires puis analysées :

Vérification de l'existence du patient

La personne peut exister, mais lorsqu'on lui demande, elle peut nier avoir suivi la formation sanitaire durant la période étudiée. Cela peut être le cas lorsque le personnel a recopié des données anciennes pour créer des contacts avec des patients, alors qu'il s'agit en réalité de nouveaux cas imaginaires, afin d'augmenter artificiellement le nombre d'entrées.

Pour le calcul de la proportion de patients qui ont été confirmés au niveau des ménages par rapport aux patients déclarés dans les registres des centres de santé, le tableau ci-après peut être utilisé :

Proportion de patients effectivement interviewés

Zone de responsabilité	L'échantillon (N)	Patients interrogés (n)	% (= n/N)	Patients non Interrogés (N-n)	% (N-n)/N
1					
2					

Raisons	Zone de responsabilité 1	Zone de responsabilité 2	Zone de responsabilité 3
Patients non visités/ non retrouvés malgré les multiples tentatives/appels			
Questionnaires pas bien rempli			
Non existence de patients			
Total des patients non interrogés :			

Les tarifs payés par les patients

Appréciation des tarifs par les patients.

Appréciation des coûts par les patients par zone d'influence des FOSA et par activité

Zone de responsabilité	Patients ayant payé (N)	Patients ayant dit que le coût est élevé (n)	% n/N	Paiement a été fait avec difficultés (N – n)	% (N – 1)/N
1					
2					

Est-ce que les patients étaient satisfaits du service fourni ou non ? Est-ce que l'intervention FBP a eu un impact positif sur leur satisfaction ?

Quelles suggestions et recommandations ont été formulées par les patients, notamment relatives à l'infrastructure, à l'équipement, à la tarification, à la disponibilité des médicaments et au traitement respectueux du personnel ?

Canevas des questionnaires pour les enquêtes communautaires

1. CONSULTATIONS EXTERNES (Vérificateur)

[illegible]

2. ENFANTS COMPLÈTEMENT VACCINES (Vérificateur)

Échantillon	N° du Registre	Nom de L'enfant	Sexe	Nom du père	Nom de la mère	Commune	Village	Date de la dernière vaccination	Date de naissance
1									
2									

7.2.5 Faire le coaching sur les outils du FBP (Plan de Business, Outil Indices)

Le manager, le manager adjoint ou des vérificateurs des capacités feront du *coaching* auprès de toutes les FOSA et des autres structures au moins une fois par an. Le coaching sur l'Outil Indices consistera à aider les responsables à analyser les recettes, à identifier et à planifier les dépenses de la formation sanitaire, et à répartir les bénéfices pouvant être reversés sous forme de primes de performance. Chaque trimestre, l'ACV établit, dans son Plan de Business, un plan de coaching portant sur les outils de gestion du FBP (Plan de Business, Outil Indices) ainsi que sur d'autres sujets jugés opportuns. Ces activités seront validées lors de l'évaluation trimestrielle effectuée par la CTN-FBP, sur la base des rapports de coaching (thèmes abordés, recommandations formulées, fiches de présence du personnel).

7.2.6 Organiser la formation des personnels des FOSA sur des sujets liés au FBP

L'ACV organise la formation sur le FBP pour les acteurs de sa mise en œuvre dans la région (staff de l'ACV, personnel du DRS, de l'ECD, du FOSA, structures de dialogue ou d'autres structures). Ces formations seront organisées au moins deux fois par an ou selon les besoins identifiés. L'ACV peut, au besoin, solliciter des formateurs externes pour l'accompagner lors de ces formations.

7.2.7 Assister mensuellement aux réunions du comité de validation des districts

Ces comités *valident* les résultats quantitatifs de toutes les FOSA et autres structures, puis évaluent leurs performances sur les plans de la qualité technique, de la perception communautaire et de l'Outil Indices. Le comité de validation est composé du médecin-chef du district (ou de son représentant), du manager de l'ACV (ou de son adjoint), des vérificateurs du district ou de l'arrondissement, d'un représentant des FOSA ou d'autres structures. Le comité est convoqué et présidé par le médecin-chef du district.

Lors de la dernière réunion du trimestre du comité de validation de district, le comité sera renforcé par un représentant de la direction régionale de santé ou d'un autre secteur, ainsi que par un représentant des associations locales.

Le comité devra également *arbitrer les éventuels conflits* entre les acteurs au niveau local. Les cas de *fraude* ainsi que les sanctions prises devront être systématiquement signalés, discutés et documentés par le comité de validation de district, puis rapportés à la CTN-FBP. Ces fraudes pourront avoir été identifiées au cours de la vérification quantitative ou de la vérification communautaire. Les cas de fraude seront sanctionnés conformément aux critères définis dans le contrat.

7.2.8 Saisir les données sur le portail FBP du MSP

Le personnel de l'ACV devra saisir régulièrement, sur le portail FBP en ligne, les données issues des vérifications quantitatives, des vérifications communautaires et de l'évaluation Outil Indices (y compris les résultats de l'enquête de satisfaction) des formations sanitaires et d'autres structures. Une fois que les données saisies sont validées par le comité de validation de district, le manager de l'ACV et le chef de district les valident sur le portail, puis les transfèrent à la CTN-FBP. Les résultats des évaluations

qualitatives trimestrielles sont saisis sur le portail par l'*ECD / Arrondissement (pour les FOSA offrant le PMA / autres secteurs) et par la DRS / autres secteurs (pour les FOSA offrant le PCA).*

7.3 Produire les rapports trimestriels d'activités de l'ACV

Ces rapports seront transmis avant le 15 du deuxième mois suivant la fin du trimestre à la CTN FBP.

7.3.1 Conduire la recherche-action

Les sujets de recherche-action concernent les points forts et les points faibles du système FBP, ainsi que le test des modalités opérationnelles de ses sous-composantes. Cette recherche-action pourra être menée avec des assistants techniques, des étudiants en master ou en PhD, ainsi que des universités ayant une expérience avérée en matière de recherche.

7.4 Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ)

7.4.1 Comment fonctionne les BAQ

Afin de résoudre les différents problèmes, les FOSA peuvent solliciter une ou plusieurs unités de BAQ, d'une valeur, par exemple, de \$US 1 000 pour le PMA et de \$US 2 500 pour les hôpitaux.

En FBP, il incombe aux responsables des structures d'organiser les activités de construction et l'achat des équipements. Les ACV et les autorités sanitaires locales en vérifient les résultats et s'assurent que l'infrastructure a été construite conformément aux normes des ministères.

Des améliorations de l'infrastructure et des équipements des structures peuvent être réalisées comme suit :

- Les responsables des structures doivent réserver une partie de leurs revenus aux réhabilitations mineures afin d'améliorer la qualité de leurs services.
- Lorsque l'état global de l'infrastructure est si mauvais que la construction de nouvelles formations sanitaires s'impose, le budget FBP peut également prévoir un montant significatif pour l'amélioration des infrastructures, compris entre 10 et 30 % du budget global. L'amélioration des infrastructures sera alors intégrée aux plans de business et pourra être négociée avec l'ACV. La réhabilitation d'une infrastructure peut être réalisée en plusieurs phases, de sorte que le suivi des progrès des travaux se fasse à intervalles de quelques semaines. Lorsque des phases d'achèvement d'infrastructure préalablement convenues sont atteintes, un Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ) ou une Unité d'Investissement peut être libéré(e). Le paiement est effectué selon la même procédure mensuelle que pour les autres indicateurs (output).
- Lorsqu'il est nécessaire de réaliser des investissements majeurs, cela requiert davantage de fonds à l'avance. Les responsables peuvent demander à d'autres structures payeuses de la santé, des banques ou des organismes de microcrédit de leur accorder un prêt (en avance sur les subsides attendus), qui sera remboursé lors du paiement des prochains subsides.

Les formations sanitaires peuvent bénéficier d'un BAQ *après la réalisation des investissements par la structure ou sa communauté*, sur la base des achèvements suivants :

1. *Amélioration de l'infrastructure* : réhabilitation de l'infrastructure, construction de maisons pour le personnel, clôtures, incinérateurs, toilettes/latrines ... Le devis doit être présenté et validé par le conseil de l'ACV. Après réalisation par la FOSA, l'ingénieur valide la qualité du travail réalisé ;
2. *Acquisition des équipements* : lits, matelas, microscopes et autres équipements de labo, kits solaire, réfrigérateurs, boîte de chirurgie, boîte d'accouchements ... ;
3. *Acquisition des mobiliers* : chaises, tables, armoires, étagères, ;

4. *Acquisition des moyens de transport* : motos, bicyclette, véhicule, pirogues à moteur ;
5. *Recrutement du personnel qualifié* : afin de pallier un manque de personnel, les FOSA peuvent solliciter un BAQ lorsqu'elles ont recruté du personnel qualifié d'au moins le niveau d'assistant de santé. Une fois que la FOSA a recruté ledit personnel, elle le déclare auprès de l'ACV. Les critères de validation sont : le procès-verbal de recrutement, le contrat de travail d'au moins un an, la copie du diplôme et le certificat de prise de service. La Direction Régionale de Santé, le District de Santé et l'ACV pourront assurer le coaching de la FOSA dans le cadre de son processus de recrutement.
6. *Augmentation du plafond d'indigence* ; en cas de crise humanitaire sérieuse ou de calamité naturelle affectant l'aire d'une FOSA, le Comité de Validation de District peut décider d'augmenter le plafond d'indigence de 5%, 10% ou 20% jusqu'à 50% ou 75%, voire de concéder la gratuité totale. Un BAQ peut accompagner cette décision afin de limiter les effets négatifs de la gratuité sur les recettes de la structure. La décision de gratuité totale doit être prise uniquement dans des cas exceptionnels, et toute opportunité de recouvrement de coûts doit continuer d'être saisie par la FOSA. Le recouvrement des coûts reste important pour accroître les recettes des formations sanitaires, afin de réduire la dépendance au financement extérieur et d'accroître l'appropriation par la population de ces formations.

7.4.2 Le processus d'allocation des BAQ des FOSA

1. La CTN alloue chaque trimestre un budget par région et par district pour le PMA, le PCA, le bonus de qualité et les BAQ ;
2. L'ACV estime, par district et par région, le montant trimestriel nécessaire pour payer les factures PMA et PCA, ainsi que le bonus de qualité, *en l'absence de BAQ*.
3. Sur cette estimation, l'ACV peut calculer le montant *variable* du BAQ en appliquant le principe selon lequel chaque ACV doit produire un montant total de factures compris entre 90% et 110% du budget trimestriel alloué par la CTN.
4. Les FOSA mettent dans leurs plans de business des propositions de réalisations pour lesquelles elles sollicitent des BAQ ;
5. Le plan de business est négocié par le personnel de l'ACV, jugé apte à mener la négociation et à assurer le coaching.
6. Le contrat trimestriel est signé par le manager de l'ACV ou par son adjoint.

Le manager des ACV, en concertation avec son personnel et avec d'autres acteurs clés, concède l'allocation de BAQ aux formations sanitaires, sur base des 6 critères suivants :

1. Le plan de business doit être convaincant en démontrant la nécessité des BAQ. Le plan démontre l'esprit d'entrepreneuriat ;
2. L'application correcte de l'outil indices (consultez le score d'évaluation de l'Outil indices)
3. Contribution des ressources propres de la formation sanitaire et/ou de la communauté pour l'investissement envisagé ;
4. Progrès dans la réalisation des indicateurs quantitatifs. L'ACV calcule, via le portail FBP, le progrès de la formation sanitaire dans l'atteinte des cibles pour les deux derniers trimestres.
5. Progrès dans la réalisation des indicateurs de qualité. L'ACV calcule, via le portail FBP, les progrès de la formation sanitaire vers l'atteinte de la qualité.

Tableau : Critères de décision favorables à l'allocation de BAQ par district.

FOSA	1. Qualité du PB (convaincant, esprit d'entrepreneur)	2. Réalisation de l'outil d'indices <i>Score indice 60% - 80% (1p) ; > 80% (2p)</i>	3. Contribution des ressources propres FOSA et de la communauté <i>0% (0 p) -25% (1 p) - 50% (2 p) -75% (3 p)</i>	4. Progrès indicateurs quantité	5. Progrès indicateurs qualité	Total points pour l'allocation BAQ
CS 1	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	
CS 1	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	
HD	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	
CS 3	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	
CS 4	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2 / 3	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	
Etc.						

Le score obtenu, égal ou supérieur à la moyenne, conditionne l'octroi des BAQ aux formations sanitaires, dans chaque district. Cependant, en cas d'ouverture d'une nouvelle FOSA ou de sa réouverture après une crise, cette structure aura la priorité.

Les BAQ sont proposés par l'ACV pour validation, lors de la réunion du Comité de Validation de District.

7.5 Profils de l'équipe de l'ACV et attributions

L'équipe de l'ACV sera constituée d'un manager, d'un ou plusieurs managers adjoints, d'un data manager, d'un comptable, d'une secrétaire de direction, de vérificateurs médicaux, de vérificateurs communautaires, de vérificateurs d'infrastructure, d'un coursier, d'un agent d'entretien et de chauffeurs. Un manager adjoint peut couvrir une population de 600 000 habitants. On peut envisager des superviseurs de zone pour suppléer le manager adjoint. Si le programme de BAQ est actif, il faut également recruter des vérificateurs d'infrastructure, en permanence ou ponctuellement. Une ACV peut couvrir 2 à 3 millions d'habitants. Le nombre de vérificateurs varie selon l'ACV, en fonction de la population à couvrir : 1 pour 100 000 habitants pour les vérificateurs de soins et 1 pour 200 000 habitants pour les vérificateurs communautaires. Des facteurs tels que les longues distances entre les districts et les FOSA, ainsi que l'état des routes, peuvent également influencer le nombre de vérificateurs par région. L'ACV mettra en place, si nécessaire, une antenne dans chacun des districts sanitaires/arrondissements (pour les autres secteurs), ou une antenne couvrant plusieurs districts sanitaires ou arrondissements lorsque la population de ces derniers est faible.

7.5.1 Manager de l'ACV

1. *Compétences requises*

- Médecin de santé publique / médecin économiste de la santé publique/
- Avoir au moins cinq (5) années d'expérience dans la mise en œuvre ou gestion des activités de santé publique ;
- Avoir reçu une formation en FBP dans un cours accrédité sanctionné d'un certificat ;
- Avoir une expérience dans la mise en œuvre du FBP ;
- Avoir une excellente maîtrise en négociation ;
- Avoir une bonne connaissance du système de santé du pays concerné ;
- Avoir une bonne maîtrise de la langue principale locale.
- Avoir une bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels d'analyses statistiques (EXCEL)
- Être capable de travailler sous pression et en équipe.

2. Attributions du manager de l'ACV

- Mener le plaidoyer auprès des décideurs régionaux pour le FBP ;
- Assurer un suivi budgétaire régulier des dépenses ;
- Collecter et assurer la transmission des relevés bancaires, veiller à la mise à jour de la base de données de l'ACV ;
- Assurer la coordination des activités techniques et financières de l'ACV ;
- Organiser la formation / le « coaching » des différents acteurs, notamment sur le suivi de l'application du Plan de Business, l'Outil de gestion Indices du FBP ;
- La contractualisation des FOSA / des autres structures ;
- La contractualisation des associations locales pour l'évaluation communautaire ;
- La prise de toutes mesures conservatoires nécessaires pour la bonne marche de l'ACV, en cas d'urgence ou de force majeure ;
- L'élaboration des rapports trimestriels des activités de l'ACV ;
- La préparation du budget annuel ainsi que la supervision de l'établissement des états financiers de l'ACV ;
- Organiser le recrutement du personnel de l'ACV et en assurer la gestion ;
- La gestion des biens, meubles et immeubles, de l'ACV, dans le respect de son objet social ;
- L'acquisition de la logistique pour les activités ;
- La représentation de l'ACV dans tous les actes de la vie civile et en justice.

7.5.2 Manager adjoint

1. Compétences requises

- Médecin de santé publique ou licence en soins infirmiers avec un master en santé publique/
- Avoir au moins trois années d'expérience dans la mise en œuvre des activités de santé publique
- Avoir reçu une formation en FBP dans un cours accrédité
- Avoir une expérience dans la mise en œuvre du FBP ;
- Avoir une bonne connaissance du système de santé ;
- Avoir une bonne maîtrise de la principale langue locale ;
- Avoir une bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels d'analyses tels que EXCEL, etc. ;
- Être capable de travailler sous pression et en équipe.

2. Attributions manager adjoint

Placé sous l'autorité du manager de l'ACV, il est chargé de :

- La supervision « coaching » des formations sanitaires, notamment sur le suivi de l'application du Plan de Business, et de l'Outil Indices ;
- L'élaboration du calendrier de passage dans les différentes formations sanitaires et dans les différents districts ;
- La récupération et consolidation des rapports de vérification ;
- Faire le suivi des activités du personnel sous sa responsabilité, notamment des vérificateurs ;
- Assister aux réunions de coordination de l'ACV ;
- La formation et coaching des vérificateurs médicaux et communautaires et du personnel des FOSA / autres structures ;
- La suppléance du Manager dans ses activités, en cas d'empêchement, notamment lors des réunions de comités de validation dans les districts / arrondissements ou pour la signature des contrats dans les DS / arrondissements ;
- L'exécution de toutes les autres tâches qui lui sont confiées par le manager de l'ACV.

7.5.3 Comptable

1. *Compétences requises*

- Avoir au moins une maîtrise en comptabilité ;
- Avoir une expérience d'au moins 3 ans en comptabilité / gestion financière ;
- Avoir tenu la comptabilité au sein d'une entreprise, d'une ONG ou d'un projet ;
- Bonne maîtrise d'Internet, des logiciels de gestion comptable
- Avoir une bonne maîtrise de la principale langue locale ;
- Être capable de travailler sous pression et en équipe.

2. *Attributions comptables*

- Tenir la comptabilité de l'ACV conformément à l'acte uniforme ;
- Assister le Manager dans l'élaboration du budget de l'ACV ;
- Assurer le suivi et la gestion de la trésorerie
- Élaborer les états financiers de l'ACV et les rapports périodiques ;
- Superviser la gestion de l'approvisionnement et des stocks ;
- Réaliser les inventaires des immobilisations et des stocks périodiques
- Préparer sous la supervision de l'UGP les audits financiers annuels
- Assurer la documentation et l'archivage de l'information financière et comptable
- Élaborer l'état d'exécution budgétaire périodique
- Participer à la réception de tous les matériels de l'ACV ;
- Assister aux réunions de coordination de l'ACV ;
- Assurer la gestion fiscale des opérations ;
- Exécuter toutes les autres tâches compatibles avec ses aptitudes à lui confier par le Manager de l'ACV.

7.5.4 Assistante administrative

1. *Compétences requises*

- Avoir au moins un BTS en secrétariat ;
- Avoir au moins trois ans d'expérience à un poste similaire ;
- Avoir une bonne connaissance de l'outil informatique ;
- Avoir une bonne maîtrise de la langue principale locale ;
- Doit être capable de travailler sous pression et en équipe.

2. *Attributions de l'assistante administrative*

- Assurer le traitement, suivi et l'archivage des courriers arrivés et départ et autres documents ;
- Jouer le rôle d'agent de paiement de l'ACV ;
- Suivre les dossiers du personnel aux autorités concernées ;
- Assurer la documentation et l'archivage des dossiers administratifs du personnel ;
- Préparer, organiser les réunions et assister à certaines réunions pour rédiger des comptes rendus ;
- Assurer la gestion de la logistique ;
- Accomplir d'autres tâches compatibles avec ses aptitudes à lui confiées par le manager ;
- Être capable de travailler sous pression.

7.5.5 Vérificateurs médicaux

1. *Compétences requises*

- Être un agent de santé avec le niveau d'infirmier diplômé d'État / licence en soins infirmiers ou sage-femme
- Avoir au moins cinq années d'expérience professionnelle au sein du système du district sanitaire.
- Avoir un permis de conduire de catégorie « A » ;
- Maîtriser l'outil informatique (Word, Excel, PowerPoint) ;
- Être capable de travailler sous pression et en équipe

2. *Attributions des vérificateurs médicaux*

- Effectuer la vérification des prestations quantitatives des FOSA sous contrat avec l'ACV ;
- Élaborer leurs rapports de vérification ;
- Fournir aux vérificateurs communautaires les échantillons nécessaires à l'organisation de la vérification communautaire ;
- Assister aux réunions de coordination de l'ACV ;
- Saisir les données quantité FBP sur le Portail FBP « cloud computing » ;

7.5.6 Vérificateurs communautaires

1. *Compétences requises*

- Avoir une formation en sciences sociales (au moins licence en sociologie, anthropologie), sciences juridiques ;
- Avoir une expérience dans les activités et les enquêtes communautaires ;
- Avoir au moins un permis de conduire de catégorie « A » ;
- Maîtriser l'outil informatique (Word, Excel, Power Point) ;
- Maîtriser au moins une des langues officielles ;
- Être capable de travailler sous pression et en équipe

2. *Attributions des vérificateurs communautaires*

- Organiser tous les trois mois, avec les associations locales, la vérification communautaire des prestations des formations sanitaires sous contrat avec l'ACV et l'évaluation de la satisfaction des patients reçus dans la formation sanitaire ;
- Vérifier et superviser le travail des enquêteurs communautaires au niveau des ménages
- Transcrire et analyser les résultats des enquêtes communautaires ;
- Élaborer les rapports de vérification communautaire et d'évaluation de la satisfaction ;
- Assister aux réunions de coordination de l'ACV ;
- Saisir les données des enquêtes communautaires sur le Portail FBP « Cloud computing »

7.5.7 Vérificateur d'infrastructure (bonus d'amélioration de la qualité)

Selon la taille de la population et les besoins en infrastructures, il faut un vérificateur des bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) pour 600 000 habitants ou 60 FOSA.

1. *Compétences requises*

- Un ingénieur en génie civil ou un technicien supérieur en génie civil / ingénieur de travaux.
- Avoir une expérience dans les activités d'infrastructure ;
- Avoir au moins un permis de conduire de catégorie « A » ;
- Maîtriser l'outil informatique (Word, Excel, Power Point) ;
- Maîtriser au moins une des langues officielles ;
- Être capable de travailler sous pression et en équipe

2. Attributions des vérificateurs BAQ

- Accompagner les FOSA dans la préparation des devis pour les infrastructures et les équipements médicaux figurant dans leurs plans d'affaires. Cela vise à s'assurer du respect des normes du ministère de la Santé.
- Vérifier l'avancement des ouvrages et déterminer à quel moment un BAQ peut être accordé. Le paiement sera effectué après la réalisation de l'ouvrage, en partie ou en totalité, tel que défini dans le plan de business. La valeur d'un BAQ pour les FOSA du niveau primaire peut être, par exemple, de 1 000 \$US, et celle d'un BAQ pour les hôpitaux, de 2 000 \$US. Une FOSA peut bénéficier d'un ou de plusieurs BAQ, selon des critères prédéfinis et sa performance.
- Inciter les structures à mobiliser des financements provenant d'autres sources pour la construction et l'achat d'équipements.

7.5.8 Autres personnels

Il s'agit des chauffeurs, du coursier et de l'agent d'entretien. Les profils seront définis par l'ACV.

1. Un chauffeur

Il doit avoir au moins un CEPE, un permis de catégorie « B » et justifier d'une expérience d'au moins 3 ans dans le domaine. Avoir une bonne connaissance de la région est un atout.

Il doit aussi être apte à travailler dans des conditions difficiles, maîtriser les étapes courantes d'entretien du véhicule et de remplissage du carnet de bord, être respectueux, savoir garder confidentielles les informations relatives à l'ACV.

2. Un agent d'entretien

Il doit être titulaire d'au moins un CEPE et justifier d'une expérience dans ce domaine. Il doit savoir garder confidentielles les informations relatives à l'ACV. Être capable d'exécuter toutes les autres tâches compatibles avec ses aptitudes, confiées par le manager.

3. Un coursier

Il doit avoir 2 ans d'expérience dans ce domaine. Avoir une bonne connaissance de la région est un atout. Il doit savoir garder confidentielles les informations relatives à l'ACV. Être disponible pour travailler sous pression.

Exécuter toutes les autres tâches compatibles avec ses aptitudes, qui lui sont confiées par le manager.

7.6 Processus de recrutement du personnel de l'ACV

Le manager, le manager adjoint et le comptable seront recrutés par l'organisation titulaire de l'ACV locale, conformément aux termes de référence définis ci-dessus, sous la supervision et la validation de la CTN FBP. Les dossiers d'appel à candidatures pour le recrutement du manager, du manager adjoint et du comptable devront être validés par la CTN-FBP avant leur publication. Les résultats du recrutement doivent être soumis à l'approbation du ministre de la Santé. Le manager de l'ACV devra recruter le reste du personnel. Les dossiers d'appel à candidatures pour le recrutement du personnel devront être validés par l'organisation titulaire.

Tous les appels à candidatures pour le recrutement de personnel doivent respecter les termes de référence figurant dans le manuel FBP.

7.7 Description et l'utilisation des outils de mise en œuvre des activités de l'ACV

Les différents outils utilisés par les ACV sont : les contrats des FOSA ou d'autres structures et des ASLO, le Plan de Business, les fiches de déclaration, l'Outil Indices, les fiches de synthèse des paiements, les fiches d'échantillonnage et les questionnaires.

Le contrat (les FOSA/ASLO/autres structures) est un document qui lie l'ACV aux FOSA ; il est signé par le manager de l'ACV et le responsable direct de la structure. Il comprend les obligations des deux parties, la définition des indicateurs de performance et de leur prix, les modalités de paiement et les dispositions relatives aux cas de fraude et à la gestion des conflits.

Le plan de business est un plan de travail trimestriel qui propose les stratégies nécessaires pour atteindre les objectifs fixés au regard de l'analyse des problèmes de la FOSA sur une période donnée. Il couvre la mise en œuvre de l'ensemble des activités de performance et des indicateurs associés.

Les fiches de déclaration/validation présentent la production des FOSA par indicateur de performance. Elle est cosignée, après vérification, par le responsable de la FOSA et le vérificateur médical.

L'Outil indices est un outil de gestion transparente et participative qui permet d'analyser les recettes, d'identifier et de planifier les dépenses de la structure, et de répartir les bénéfices à reverser sous forme de prime de performance au personnel.

La fiche d'échantillonnage contient les données démographiques (nom et prénom, localisation du patient, numéro de téléphone) des patients/clients ayant utilisé les services de la FOSA/structure, ainsi que les motifs d'utilisation des services, en fonction des indicateurs échantillonnés.

Les questionnaires comprennent des données démographiques des patients ayant utilisé les services de la FOSA, les motifs d'utilisation des services, le niveau de satisfaction des patients, le coût des soins, la disponibilité des médicaments et les propositions d'amélioration des soins.

7.8 Présentation des indicateurs de l'ACV

L'ACV a deux types d'indicateurs de performance : les indicateurs de quantité et de qualité.

7.8.1 Indicateurs quantité et critères de leur validation / évaluation

La description des indicateurs de quantité de l'ACV figure dans le tableau suivant :

Indicateurs output pour les ACV	Processus de vérification
Vérification FOSA niveau primaire (1 par 7500 pop)	Les données des vérifications saisies sont consultées sur le portail
Vérification niveau hospitalier (1 par 50.000 pop)	Les données des vérifications saisies sont consultées sur le portail
Coaching d'une FOSA PMA sur l'outil indice ou PB (1 jour) - 1 x semestre	Une réunion de coaching d'au moins trois heures a eu lieu, avec rapport et recommandations
Coaching d'un hôpital sur l'outil indice ou PB (1 jour) - 1 x semestre	Une réunion de coaching d'au moins trois heures a eu lieu, avec rapport et recommandations
Coaching d'une FOSA pour le devis d'un plan de business d'infrastructure et le suivi de la réalisation	Une rencontre de planification a été réalisée avec les responsables des FOSA et une visite de suivi a été faite pour contrôler le standard de travail réalisé qui mérite le paiement d'un BAQ
Contrats signés avec les FOSA par trimestre	Liste et contrats signés du trimestre disponibles et archivés à l'ACV ; La CTN-FBP s'assurera que l'ensemble des contrats enregistrés dans la liste existent et chacun d'eux est signé par le Manager de l'ACV et le responsable de la structure
Réunion de validation dans les districts réalisée	Validation de district sur le portail. Rapport de la réunion de validation disponible à l'ACV
Supervision Vérification Communautaire d'une ASLO	Le vérificateur a distribué les noms des personnes à visiter ou à contacter et a collecté les résultats.
Enquête menée par les ASLO : pop / 10.000 x 40-60 enquêtes par trimestre :	Le vérificateur évalue la qualité de l'enquête et du questionnaire avant d'accorder le paiement

Indicateurs output pour les ACV	Processus de vérification
Session de Formation avec 30 personnes, 1 par an pour 100.000 habitants	Formation réalisée avec rapport et recommandations. Les participants ont fait un test
1 Mission Assistance Technique – 1 recherche-action par an pour 200.000 habitants	L'ACV a organisé une recherche sur un sujet pour le FBP et l'a présenté pendant le comité de validation de district. La CTN valide son paiement après vérification du rapport de la recherche.

7.8.2 Indicateurs qualité ACV et leur évaluation

L'ACV élabore son Plan de Business qu'elle soumet à l'appréciation de la CTN-FBP. Une fois validé, un contrat de performance est signé entre l'ACV et la CTN-FBP pour une période de 3 mois. L'ACV sera évaluée, par la CTN-FBP assistée des Directions techniques du Ministère, au plus tard le 25 du deuxième mois suivant le trimestre considéré. L'évaluation portera sur l'état de mise en œuvre du Plan de Business tel que défini ci-dessous et sur l'application de l'Outil Indices. À la fin de cette évaluation, la CTN-FBP affectera une note à l'ACV en utilisant la grille qualité et Outil Indices ci-dessous qui servira au calcul de son bonus qualité global.

	Critères pour les évaluations trimestrielles des ACV réalisée par la CTN – FBP et des représentants des Directions du Ministère	Points	Score
1	Contrats signés avec les responsables des FOSA contractantes principales, avec un PB disponible - Liste des contrats potentiels disponible pour le niveau primaire, établie par l'équipe de district après découpage de la carte sanitaire en aires de santé/zone de responsabilité avec une population en moyenne de 5000 à 10.000 en zone rurale et de 8000 à 15000 en zone urbaine - Plans de Business et contrats préparés et négociés entre les FOSA et l'ACV - Négociations de renouvellement de contrat avec les FOSA finalisées au plus tard le 21^{ème} jour du premier mois du trimestre concerné - Le nombre de contrats signés n'est pas inférieur à 80% ni supérieur à 120% du nombre des contrats potentiels	5	....
2	Rapports et autres documents clés disponibles (1) Plan de Business ACV et Contrat de performance avec la CTN-FBP ; (2) Copies des Plans de Business et contrat de performance avec les FOSA ; (3) Copies des factures validées des FOSA ; (4) Copies des rapports et des factures avec les ASLO effectuant les enquêtes des patients ; (5) Dossiers de tout le personnel, lettres administratives ; (6) Documents comptables. - Documents bien rangés dans les classeurs et accessibles en 5 minutes à l'équipe d'évaluation	5	
3	Vérifications médicales des FOSA complétées - 95% des vérifications médicales réalisées avant le 20 du premier mois suivant le trimestre considéré (basé sur le nombre de contrats signés)	5	....
4	Vérifications communautaires complétées - Le nombre moyen des ASLO de la région ne doit pas dépasser 1 ASLO pour 25.000 habitants ni être inférieure à 1 par 15.000 habitants - Pour une FOSA sous contrat FBP, l'ASLO enquête un minimum de : 30 à 40 patients, pour les contrats et sous contrats PMA, et un 40 à 60 patients, pour les contrats PCA, par trimestre - La vérification communautaire est effectuée au cours du trimestre suivant (par exemple, T2) concernant les activités du trimestre précédent (par exemple, T1) - 95% des enquêtes communautaires du trimestre (par exemple Trimestre 1 (T1)) sont terminées avant la fin du trimestre suivant (par exemple, T2)	5	....

	Critères pour les évaluations trimestrielles des ACV réalisée par la CTN – FBP et des représentants des Directions du Ministère	Points	Score
5	Vérifications BAQ réalisées - Il y a la preuve qu'un coaching a été réalisé avec le responsable de la FOSA pour développer le devis de l'amélioration d'infrastructure et de l'équipement - Le vérificateur d'infrastructure a visité le site pour vérifier la qualité du travail réalisé. - Dans le cas d'un BAQ équipement on vérifie la disponibilité de l'équipement. - Dans le cas d'un BAQ personnel qualifié, on vérifie la présence du personnel qualifié récemment recruté	5	....
6	Contre-vérifications des vérifications médicales et communautaires organisées par l'ACV réalisées - Méthodologie : L'équipe de la CTN-FBP visite un district de santé choisi d'une manière orientée (par exemple soupçon de tricherie). L'équipe contre vérifie les activités des ACV dans une FOSA choisie par hasard : (a) données quantité dans les registres FOSA (b) Visites au ménage pour contre vérifier une vérification communautaire faite par l'ASLO. - L'écart entre les vérifications FOSA des ACV et la contre-vérification ne doit pas dépasser + ou - 10%. - Si l'écart semble être une erreur ou un problème d'appréciation, l'ACV perd seulement 5 points. Si l'écart semble lié à une fraude quelconque, l'ACV sera sanctionnée une première fois avec une diminution de sa prime de performance trimestrielle de 10%. En cas de récidive, pour une deuxième fraude, l'ACV perd 30% de sa prime de performance trimestrielle. Une troisième fraude impose l'analyse du fonctionnement de l'ACV.	5	....
7	Réunions du comité de validation de district tenues - Les données output et les factures des FOSA sont présentées par les vérificateurs médicaux des ACV. Le comité discute et valide les données et les factures ; - Les réunions mensuelles de validation sont présidées par le Médecin Chef du District ou son représentant. Les autres membres sont le Manager ACV (ou son adjoint) et les vérificateurs médicaux ACV qui ont fait la vérification. Le comité peut décider d'inviter un représentant des FOSA du niveau primaire et du niveau de l'hôpital ; - Les scores des revues de qualité des FOSA trimestrielles sont présentés par le représentant du district sanitaire pour les PMA et par le représentant de la délégation régionale pour les PCA. Le comité les discute et les valide avant la fin du premier mois suivant le trimestre considéré ; - Les résultats des enquêtes de vérification et de la satisfaction des ASLO sont présentés par les vérificateurs communautaires, et ensuite discutés et validés par le comité ; - Les réunions du dernier mois de trimestre de validation des résultats output, qualité et ASLO regroupent les membres des réunions mensuels + le représentant DRS + les vérificateurs communautaires de l'antenne ACV. Le comité peut inviter un représentant de l'ASLO ; - 100% des 3 réunions mensuelles du trimestre sont tenues avant le dernier jour du mois suivant	5	....
8	Les données et factures des FOSA et des ASLO sont saisies mensuellement sur le portail FBP - Le vérificateur médical a saisi sur le portail FBP les données et les factures outputs mensuels avant le dernier jour du mois suivant ; - Le vérificateur communautaire a saisi sur le portail FBP les scores des enquêtes communautaires (qui est le pourcentage des patients retrouvés x le score de satisfaction moyenne des malades retrouvés). - Pour au moins 90% des contrats FOSA signés - Le score de l'Outil Indices est saisi par l'ACV.	5	....
9	Comparaison des factures présentées avec les fonds disponibles pour la région par trimestre - Le montant des fonds trimestriels FBP est connue pour le niveau primaire (PMA), l'hôpital (PCA) et pour les bonus d'améliorations de qualité (BAQ). Cette information est fournie par la CTN – FBP ; - La somme des factures présentées pour le trimestre est connue par l'ACV ; - La comparaison entre les factures soumises sur le portail FBP et les fonds disponibles pour le trimestre pour la région montre un taux d'utilisation compris entre 90% et 110%.	15	....

	Critères pour les évaluations trimestrielles des ACV réalisée par la CTN – FBP et des représentants des Directions du Ministère	Points	Score
10	Suivi des (groupes d') indicateurs clés au cours du trimestre 1. 2. La CTN FBP a déterminé chaque année au moins deux (groupes d') indicateurs tels que les indicateurs pour exempter les vulnérables, pour le FBP communautaire ou la planification familiale. - Les deux (groupes d') indicateurs ont montré une amélioration significative (cible à déterminer par la CTN)	5	....
11	Les activités de formation et de coaching proposées dans le plan de business trimestriel des ACV ont été achevées - Le plan de la formation et du coaching trimestriel des ACV est disponible - Le plan doit au moins contenir la formation des FOSA dans l'utilisation du plan de business et de l'Outil Indices - Au moins 80% des sessions de formation et de coaching prévues dans le PB ont été achevées. - L'équipe CTN-FBP, pendant sa contre-vérification, interroge aussi le responsable des FOSA sur l'application du PB (est-ce que tous les acteurs clés sont impliqués) et l'Outil indices (recettes, dépenses, répartition des primes du dernier mois disponible et connaissance des critères de répartition des primes par le personnel).	10	....
12	Les activités de la recherche-action et de l'assistance technique (AT) ont été achevées - L'ACV a dans son PB un plan de recherche-action annuel et un plan d'assistance technique soumis à l'avis technique de la réunion de comité de validation de district avec la présence de DRS ; - Les rapports montrant le progrès de la recherche-action et AT menées au cours du trimestre précédent sont disponibles ; - Discutez dans quelle mesure la recherche-action et des missions AT ont produit des progrès significatifs au cours du trimestre précédent.	5	....
13	L'ACV a un mécanisme efficace pour motiver le personnel et payer les primes à travers l'Outil indices - L'ACV produit chaque trimestre une liste des revenus et dépenses dans l'Outil indices ; - L'ACV a des critères de répartition des primes de performance ; - L'Outil Indices et les critères de performance sont connus par le personnel de l'ACV	5	
14	Présence de toilettes/latrines en nombre suffisant et en bon état - Au moins une toilette/latrine accessible aux visiteurs et bien entretenue : - Avec portes qui se ferment - Sans mouches ni toiles d'araignées, sans poussière ni mauvaises odeurs ; - Avec murs en bon état et propres, - Bonne toiture en tôles ou en tuiles, sans eaux de ruissellement qui coulent à l'intérieur - Pots sans corrosion - Nettoyées - sans matières fécales visibles - Deux fûts d'au moins 100 litres d'eau de réserve par latrine	5	
15	Propreté de la cour - Absence de papiers et autres ordures dans la cour. - Entretien de la cour (herbes coupées, jardin bien entretenu le cas échéant, absence d'excréta d'animaux, pas de flaques d'eau stagnantes) - Disponibilité des poubelles non pleines dans la cour et accessibles aux visiteurs	5	
16	Conditions d'hygiène assurées dans les bureaux - Poubelles disponibles dans chaque bureau - Fenêtres propres dépoussiérées, - Rideaux des portes et fenêtres propres - Sol propre - Murs dépourvus de toiles d'araignées - Armoires et étagères propres sans poussière, et sans toiles d'araignées - Tous les documents bien rangés, sur les bureaux, dans les étagères et les armoires - Les toilettes des bureaux doivent remplir au moins les mêmes conditions de propreté que celles décrites ci-dessus pour les toilettes/latrines.	5	

	Critères pour les évaluations trimestrielles des ACV réalisée par la CTN – FBP et des représentants des Directions du Ministère	Points	Score
17	Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus - <i>Pièces comptables et pièces justificatives des dépenses bien tenues, bien rangées et accessibles en moins de 5 minutes, (conservées pendant au moins 10 ans) ;</i>	5	
	TOTAL ACV Régionale	100	....

Après l'évaluation de l'ACV par la CTN-FBP, une facture est établie et payée dans les 15 jours qui suivent. Cette facture comprend la production quantitative, le bonus d'équité et le bonus de qualité de l'ACV. Les productions quantitatives de l'ACV seront soumises sur le portail FBP après la fin de la validation régionale.

7.9 Modalités de paiement de l'ACV et modèle de facture

Les ACV sont payées trimestriellement en fonction du bonus d'équité, des performances quantitatives et qualitatives. Une fois l'ACV mise sous performance, elle recevra une avance de démarrage correspondant à l'estimation de son budget trimestriel pour les activités planifiées, étant entendu que les prestations de l'ACV ne génèrent pas de revenus. Après chaque évaluation trimestrielle, l'ACV sera payée sur base de la somme des activités effectivement réalisées, de son bonus d'équité et de son bonus de qualité, conformément au tableau suivant :

Facture de paiement de l'ACV

Indicateurs output ACV	Quantité trimestre	Coût unitaire FCFA	Coût total
Vérification FOSA niveau primaire (1 par 7.500 habitants)		90 000	
Vérification niveau hospitalier (1 par 50.000 habitants)		150 000	
Coaching d'une FOSA PMA indice ou PB (1 jour) - 1 x semestre		100 000	
Coaching d'un hôpital indice ou PB (1 jour) - 1 x semestre		150 000	
Contrats signés par trimestre PMA ou PCA		75 000	
Assister réunion de validation de district		150 000	
Supervision Évaluation Communautaire d'une FOSA		125 000	
Coaching BAQ vérifié		150 000	
Enquête par ASLO : pop / 10.000 x 65 enquêtes par trimestre		3 100	
1 Formation-coaching avec 30 personnes par an pour 100.000 habitants		3 000 000	
1 Mission AT - recherche-action par an pour 200.000 habitants		6 000 000	
Subsides output ACV :			
Bonus d'équité de la Région :	0% - 53%		
Sous-Total = Subsides output + Bonus d'équité			
Bonus de qualité max 100% :	0% - 15%		
TOTAL DE L'ACV :			

7.10 Outil Indices ACV

L'Outil indices sera également utilisé par l'ACV. Les critères de paiement des primes de performance individuelle du personnel seront établis par le personnel de chaque ACV. Les critères suivants peuvent être utilisés, notamment la promptitude à effectuer les vérifications, la qualité du coaching, la rapidité de soumission des factures sur le portail FBP, etc.

Recettes	Montant reçu	%
Ressources en banque au début de la période		
Avance semestrielle		
Païement trimestriel		
TOTAL		

Dépenses	Montant dépensé	%
Masse salariale fixe		
Dépenses de fonctionnement		
Investissements		
Amortissement des équipements		
Augmentation de la réserve à la banque (salaires + fonctionnement)		
Sous-total Dépenses		
Prime de performance (Total recettes – total autres dépenses)		
TOTAL		
Indicateurs de viabilité		
La dotation pour les amortissements représente au moins 80% des amortissements de la période		
Rapport primes / primes + salaires		
Primes + salaires / recettes totales		
Réserve en banque (argent en banque / dépenses du mois) x 30		

Chaque ACV élabore son Outil Indices et sera évaluée par la CTN FBP lors de la visite trimestrielle. Les critères suivants sont utilisés pour évaluer l'application de l'Outil Indices de l'ACV. Tous les revenus de l'ACV sont intégrés dans l'Outil Indices sous la forme d'un panier commun, ou « common basket ».

Conditions d'évaluation de l'Outil Indices : Si les recettes et les dépenses ne sont pas équilibrées, l'évaluation de l'Outil Indices ne peut pas continuer et l'ACV perd tous les points.		
CRITERES	Norme	Total point
1. Rapport mensuel technique qui analyse les recettes du mois, planifie les dépenses et analyse les indicateurs de viabilité (avec suivi des recommandations) plus liste de présence du personnel + signatures	10 points si présent, 0 si absent	10
2. Fiche d'évaluation du personnel et ordre de virement des primes disponibles (le montant total de la prime doit correspondre à celle notée sur la fiche de synthèse des recettes / dépenses)	10 points si fiche complètement remplie et signée avec les N° de téléphone, 0 dans le cas contraire	10
3. Participation de tout le personnel. Interview de 2 personnes par service montrant : i) qu'elles ont participé et qu'elles connaissent les recettes, les dépenses, l'enveloppe de la primes et les critères de répartition ; ii) que les primes marquées devant leur nom sont effectivement celles qu'elles ont reçues.	40	40
4. La dotation pour les amortissements représente au moins 80% des amortissements de la période	20 points si plus de 80%, Si entre 50% et 80% => 10 points. Si < 50% => 0 point	20

Conditions d'évaluation de l'Outil Indices : Si les recettes et les dépenses ne sont pas équilibrées, l'évaluation de l'Outil Indices ne peut pas continuer et l'ACV perd tous les points.		
CRITERES	Norme	Total point
5. Efficacité du personnel : salaires fixes + primes / dépenses totales	Si < 60%, Note =5 points, Si > 60% 0 points	5
6. Primes / primes + salaires fixes	Si > = 20% 5 points, Si < 20% => 0 points	5
7. Nombre de jours de réserve (3 mois de fonctionnement)	> 90 jours =10 points ; Si > 60 jrs et <90 jours ; => 5 points ; Si < 30 jours => 0 points	10
TOTAL		100

7.11 Techniques de négociation des contrats entre l'ACV et les structures

Accepter le changement peut être obtenu en appliquant la technique de négociation dite « de la carotte ». Les ACV peuvent informer les parties prenantes locales des nombreux avantages liés à l'obtention d'un contrat FBP, tels que de meilleurs services, une rémunération accrue pour le personnel ou des formations visant à améliorer la qualité et la satisfaction des clients.

Pourtant, les gestionnaires de l'ACV et les régulateurs peuvent également appliquer un certain nombre de techniques de négociation du « bâton » afin d'améliorer la performance des prestataires :

1. Informer les autorités locales, les comités des FOSA, les conseils d'administration ou les propriétaires que la performance de leurs prestataires est faible, et exercer ainsi une pression pour obtenir des améliorations.
2. Annuler (temporairement) un contrat. Cela a des conséquences financières immédiates, non seulement pour le gestionnaire des prestataires, mais aussi pour le propriétaire, qui peut être le gouvernement, une personne privée ou une organisation religieuse.
3. Chercher des prestataires alternatifs pour remplacer le titulaire du contrat existant et utiliser ainsi la pression concurrentielle. Les ACV peuvent, en même temps, informer les candidats potentiels, y compris ceux du secteur privé, des possibilités de contrat.

7.12 Système de collecte de données FBP et les liens avec le SNIS

Est-ce que les données du système national d'information sanitaire (SNIS) peuvent être utilisées pour la collecte de données et les paiements FBP ? Idéalement, lors de l'élaboration du système de collecte de données FBP, cela devrait également renforcer le SNIS et donc il y a des synergies potentielles.

Il ne devrait pas y avoir de problème lorsque les indicateurs SNIS et FBP sont identiques. Dans ce cas, le vérificateur ACV n'aura besoin que de vérifier les données du SNIS *déclarées* par le prestataire. Si la différence entre les données SNIS déclarées et celles vérifiées par le vérificateur dépasse 5 % ou 10 %, par exemple, les subsides pour cet indicateur peuvent être annulés. Cela va créer un bâton de fer, non seulement pour obtenir des données FBP de qualité, mais aussi des données SNIS fiables. Pourtant, les données d'outputs FBP à vérifier sont limitées à 25-35, alors que l'ensemble des données collectées par le SNIS contient souvent 1000 éléments ou plus. Il est impossible pour les vérificateurs FBP de vérifier chaque mois un tel nombre de données output. Donc le système FBP ne pourra pas être tenu responsable de la qualité des données du SNIS qui ne sont pas liées aux indicateurs du FBP. En outre, la liste de 25 à 35 indicateurs de sortie du FBP doit être

rigoureusement vérifiée, car les subsides en dépendent et nécessitent donc un système de vérification précis. La vérification est en effet un audit.

Donc, le FBP vise à améliorer les systèmes de collecte de données FBP et SNIS, mais cela nécessite d'abord de résoudre les problèmes suivants du SNIS :

- a. La demande de données des différentes entités du ministère de la Santé ou des bailleurs peut ne pas être coordonnée, au point qu'elle devient excessive, avec parfois 20 à 40 rapports à remplir mensuellement (34 en Zambie). Cela surcharge le personnel de la FOSA, qui, face à ces exigences excessives, va tout simplement choisir quels formulaires remplir ;
- b. Parfois les formulaires ne sont pas compris par le personnel et donc sont mal remplis ;
- c. Le personnel de santé peut ne pas être motivé à recueillir des données de qualité lorsqu'il ne perçoit pas leur importance. C'est souvent le cas lorsque les administrateurs de programmes verticaux demandent des données sans s'assurer qu'elles sont également utiles à la gestion des FOSA.
- d. Quand il n'y a par ailleurs aucun feedback sur les données recueillies, cela sera encore plus démotivant pour le personnel de santé ;
- e. Les gestionnaires peuvent délibérément sous-déclarer les données afin d'éviter de payer des impôts. En RDC, les FOSA doivent verser directement entre 5 et 30 % de leurs revenus aux autorités locales de santé. Quand les données du SNIS sont saisies de manière fiable, il devient facile pour le superviseur de l'autorité locale de calculer les « taxes » à payer. Il est alors préférable pour le personnel de la FOSA de ne pas fournir de données fiables afin d'éviter de payer des taxes. En Zambie, les centres de santé doivent renvoyer l'argent du recouvrement des coûts à la trésorerie, et cet argent peut être considéré comme perdu, car les procédures pour le récupérer sont floues et incertaines. Alors, les recettes ne sont tout simplement pas mentionnées dans les rapports et se transforment en activités informelles.
- f. Les rapports mensuels et les formulaires du SNIS peuvent manquer en raison d'un changement de personnel ou d'une difficulté à déterminer qui est responsable de la collecte des données du SNIS.
- g. Le responsable SNIS du district peut commettre des erreurs lors de l'analyse ou de la transmission des données des FOSA, et donc transmettre des chiffres erronés à l'échelon supérieur.

S'attaquer aux problèmes ci-dessus peut ne pas être réaliste à court terme, voire à moyen terme, et, par conséquent, au moins au début, les données FBP doivent être recueillies et vérifiées séparément des autres données du SNIS.

7.13 Collecte de données au travers du site web FBP et SNIS

La collecte de données FBP, dans environ 20 pays FBP, se fait au travers d'un site web national du ministère, habituellement géré par la CTN FBP. Les ACV, ainsi que leurs antennes de district, saisissent habituellement les données FBP sur le site web. Les autorités nationales, régionales et de district, ainsi que le personnel des prestataires, ont accès aux données du site Web, depuis lequel ils peuvent également extraire et calculer la couverture par indicateur par rapport à la cible pour chaque prestataire, district, région ou pays. Les données vérifiées améliorent la qualité de la collecte et aident les prestataires à optimiser leurs performances. Le public peut également accéder aux données. Il est possible, par exemple, de vérifier le niveau de qualité de son prestataire local. Si cette qualité est médiocre, la population peut commencer à recourir à des prestataires ayant de meilleurs scores. Ce mécanisme met les prestataires sous pression pour qu'ils améliorent la qualité de leurs services.

Relier le site Web national de données FBP au système SNIS peut aussi améliorer la qualité des données du SNIS, mais il est important de réduire le nombre d'éléments SNIS mensuels à pas plus de 50 données output. Les autres données requises par le SNIS peuvent être transférées aux listes d'indicateurs de la qualité FBP, qui peuvent compter plus de 200 indicateurs composites. Si cela demeure insuffisant, d'autres données peuvent être obtenues à partir d'études (de recherche) spécifiques. Enfin, la collecte de données peut s'effectuer au sein de centres de recherche sentinelles.

8. MARKETING SOCIAL et la SATISFACTION DES PATIENTS

René Queffelec, Juvénal NDAYISHIMIYE & Claude WILONDJA

Principaux messages du module

- La participation communautaire aux soins de santé primaires selon l'approche d'Alma-Ata, par le biais de comités de santé bénévoles, n'a pas donné les résultats escomptés.
- L'approche du financement basé sur la performance (FBP) propose de séparer la participation communautaire en deux fonctions : a) le marketing social et la supervision des établissements de santé par les membres traditionnels des comités de santé, et b) le renforcement de la participation communautaire par des ONG locales indépendantes des formations sanitaires, avec un contrat de performance pour mener des enquêtes de satisfaction des patients.
- Dans les activités communautaires du FBP, la qualité doit également primer. Cela nécessite des incitations adéquates et, parfois, du personnel qualifié pour mener des activités de marketing social efficaces.
- Les membres des ONG locales ou des agents de santé communautaires non qualifiés ne devraient pas mener d'activités curatives.

8.1 Participation communautaire d'Alma-Ata à travers des comités de santé

Selon l'approche de participation communautaire de la Conférence d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, les membres élus par la communauté au sein des comités de santé des formations sanitaires (FOSA) jouaient un rôle important. Bénévoles, ils constituaient l'interface entre la FOSA et la communauté de deux manières : (a) en fournissant des services à la population ; (b) en impliquant la population dans la gestion du prestataire.

Cette *interprétation traditionnelle* de la participation communautaire a été critiquée car, bien que les membres des comités de santé soient censés défendre bénévolement les intérêts de la communauté, ils étaient en pratique plus étroitement liés aux formations sanitaires et poursuivaient leurs propres intérêts. Un autre problème fréquemment observé était que, dans le système de soins de santé gratuits, les membres des comités « contrôlaient » l'application des soins gratuits par le personnel et se voyaient donc souvent confier un pouvoir de gestion. Ils devenaient des administrateurs bénévoles, comptables, trésoriers, voire des agents de pharmacie. Cependant, en pratique, ils n'étaient pas qualifiés pour assumer efficacement ces rôles, et leur statut non rémunéré engendrait une confusion considérable. Cela créait des tensions avec les agents de santé quant au pouvoir et à l'argent. En conclusion, l'approche traditionnelle de la participation communautaire n'a pas atteint tous les résultats escomptés.

8.2 L'approche FBP de marketing social et renforcement de la voix de la population

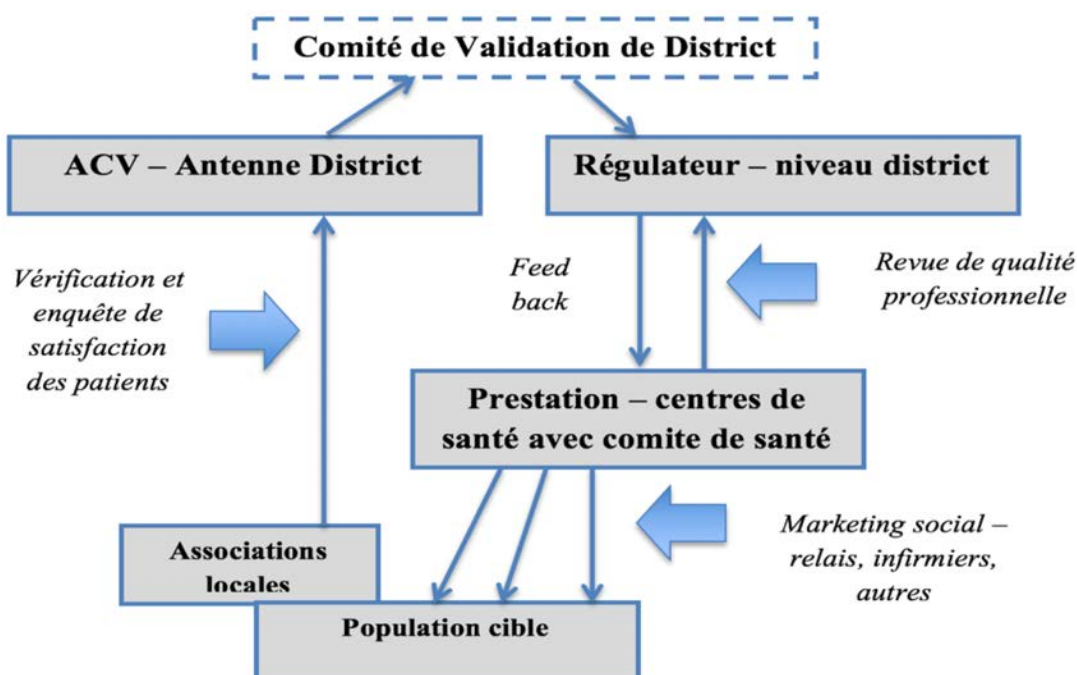
- a. *Les membres des comités traditionnels de soins de santé primaires continuent de renforcer les établissements de santé et de rapprocher les services des populations grâce au marketing social.*

Dans le cadre du FBP, les membres des comités de santé (COSA) ne participent plus directement à la gestion quotidienne, mais peuvent se réunir une fois par trimestre pour suivre les progrès et, le cas échéant, résoudre les problèmes ou conflits. Le comité de santé de chaque FOSA peut discuter des tarifs des services avec la communauté et proposer des solutions jugées raisonnables. Dans cette optique, les membres des comités de santé ne sont plus des policiers.

Dans cette logique, le personnel du PBF, composé de personnel qualifié et rémunéré de manière appropriée, est responsable de la gestion quotidienne et discute occasionnellement des questions de santé avec les membres du comité de l'établissement de santé, qui agit comme le « conseil d'administration », comme dans une entreprise.

- b. *L'autre volet du rôle traditionnel des soins de santé primaires, à savoir la représentation de la communauté, devrait être confié aux ONG locales, chargées d'effectuer des enquêtes auprès des patients. Cela renforce la voix de la communauté. Un deuxième rôle consiste à vérifier que les consultations ont bien eu lieu dans les FOSA. À cette fin, l'ACV conclut des contrats avec les ONG locales.*

Le schéma suivant illustre cette séparation des fonctions entre le renforcement de la voix de la population, par des enquêtes de satisfaction menées par des ONG locales, et le marketing social, par la formation sanitaire incluant les membres du comité de santé.



Pour cela, dans le FBP, les membres du COSA ne sont plus directement impliqués dans la gestion quotidienne des FOSA, mais plutôt dans le suivi, par exemple une fois par trimestre, afin de résoudre des problèmes ou des conflits. Le COSA de chaque structure peut également proposer ses propres tarifs à la communauté, afin que ce rôle de policier, joué par les membres du COSA, ne soit plus nécessaire.

8.3 Renforcement de la voix de la population et vérification des activités FOSA par les ONG

En FBP, il est nécessaire de vérifier et de contrôler, au niveau des ménages, dans quelle mesure les services subsidiés par le FBP ont été fournis et de s'assurer que les données figurant dans les registres des structures ne sont pas falsifiées (voir les modules ACV). Par conséquent, les ASLO ou les ONG vérifient tous les trois mois, au niveau des ménages, dans quelle mesure les activités ont été effectivement réalisées. L'échantillon est réalisé par un vérificateur de l'ACV qui organise les enquêtes avec les ASLO.

Cette vérification au sein des ménages permet également aux enquêteurs d'examiner dans quelle mesure les patients sont satisfaits des services fournis par les structures. Le feedback de satisfaction permet à l'ACV et aux autorités sanitaires locales d'orienter les négociations lors du renouvellement des contrats des structures. Le score de satisfaction des patients peut être inclus comme critère de paiement de la

prime de qualité FBP des FOSA (voir le module 6 sur la régulation et les instruments d'assurance qualité).

8.4 Marketing social

Dans les années 1960 et au début des années 1970, un certain nombre d'académiciens et de travailleurs sociaux se demandaient comment la société Coca-Cola avait réussi à distribuer et à commercialiser ses boissons gazeuses. Quelles méthodes, quels outils utilise-t-elle ? Pourquoi ne pas appliquer les mêmes techniques aux produits et services socialement désirables ? Le marketing social a été inventé comme une approche pragmatique, utilisant des outils développés pour le marketing des entreprises privées afin d'atteindre des objectifs sociaux.

Le FBP propose une approche de marketing social et de FBP communautaire sur base des principes suivants :

- Définir les messages clés et les sujets de changement souhaités concernant le comportement. Cela peut être fait sur la base d'une analyse professionnelle et d'une analyse auprès de la population.
- Transformer les messages clés et les sujets de changement en indicateurs communautaires SMART, comme la visite à domicile selon le protocole, et d'autres indicateurs spécifiques, comme : un patient TB abandonné récupéré, un couple identifié pour la PF, etc.
- Une fois que les messages et les sujets de changement sont identifiés, les différents acteurs devraient respecter la flexibilité des stratégies. Par exemple, les membres du comité de santé des structures et les agents de santé communautaire peuvent être efficaces pour le marketing social dans les zones rurales, mais, dans les zones urbaines, il faut nécessairement développer d'autres stratégies, avec des agents qualifiés en marketing social ou par d'autres méthodes de communication, par exemple la radio ou les médias sociaux.
- L'investissement dans le changement de comportement peut représenter entre 10 et 15 % du total des dépenses des structures. Celles-ci seront remboursées par le versement de subsides liés aux indicateurs communautaires de FBP.
- S'assurer que la qualité des interventions communautaires ait la priorité absolue. Ainsi, il est préférable d'utiliser, pour le marketing social, du personnel aussi qualifié que possible.
- Interdire aux relais communautaires d'effectuer des activités curatives, telles que la distribution d'antibiotiques ou d'antipaludéens. Dans la plupart des pays africains, il n'y a pas de pénurie de personnel qualifié, mais plutôt une mauvaise répartition de celui-ci. Il est préférable de résoudre les problèmes de répartition des ressources humaines par le personnel qualifié plutôt que d'investir, par exemple, dans la formation d'agents de santé communautaires pour qu'ils deviennent des médecins de village agréés par le gouvernement.

8.5 Marketing social au travers des visites à domicile suivant un protocole

Le programme FBP du Cameroun, financé par la Banque mondiale, a introduit en 2011 un nouvel indicateur national, défini comme « visite à domicile suivant un protocole." Les réponses ont été favorables et les différents pays qui appliquent le FBP ont adopté le même indicateur.

Au cours d'une rencontre de 30 minutes, un certain nombre de problèmes de santé sont systématiquement abordés. Cet indicateur est ajouté au paquet minimum d'activités pour tous les établissements du programme FBP et représente 15 à 20 % du budget du PMA.

Le questionnaire suivant a été élaboré à titre d'exemple pour la République démocratique du Congo.

Questions clés auxquelles il faut à répondre	Quelle action entreprendre par qui et quand
1a. Y-a-t-il des enfants de moins de 5 ans ? Oui / Non	
1b. Est-ce que les enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire pendant la nuit ? Il n'y a pas d'enfants < 5 ans / Tous ont fait / Certains l'ont fait / Aucun n'a fait	
2a. Y-a-t-il une femme enceinte ? Oui / Non	
2b. Est-ce que la femme enceinte a dormi sous une moustiquaire pendant la nuit ? Il n'y a pas de femme enceinte / Elle ou elles l'ont fait / Certains l'ont fait / Aucun n'a fait	
3a. Y-a-t-il une femme allaitante dans le ménage ? Oui / Non	
3b. Si oui, pratique-t-elle l'Allaitement Maternel Exclusif ?	
4a. Y a-t-il des enfants > 6 mois qui souffrent de la malnutrition dans le ménage ? Oui / non	
4b. Si oui, reçoivent-ils une alimentation complémentaire ? Oui / Non	
5. Y-a-t-il des moustiquaires, correctement montées ? Pas de moustiquaires / Les moustiquaires ne sont PAS correctement montées / Les moustiquaires sont correctement montées	
6a. Y-a-t-il un lieu ou un dispositif de lavage des mains dans le ménage ? Oui / Non	
6b. Si oui, le ménage l'utilise-t-il ? Oui Non	
7a. Y-a-t-il une toilette / latrine bien aménagée et fonctionnelle ? Oui / Non	
7b. Si oui, les membres du ménage utilisent-ils ces toilettes / latrines ? Oui / Non	
8. Les alentours de la maison sont-ils bien balayés et débroussaillés, les eaux usées drainées et les ordures ménagères évacuées ? Oui / Non	
9a. Y-a-t-il un accès à l'eau potable ?	
9b. L'eau est-elle bien conservée (stockée dans un récipient propre et couvert) ? Oui / Non	
10a. Chaque enfant du ménage a-t-il une carte de vaccination ? Oui / Non	
10b. Ont-ils tous terminé leur calendrier de vaccination à temps ? Oui / Non	
11. Chaque enfant de moins de 5 ans dispose-t-il d'un extrait d'acte de naissance ? Oui / Non	
12. Les membres du ménage utilisent-ils les services de santé suivants ? a. Planification familiale Oui / Non / NA b. Consultations prénatales Oui / Non / NA c. Accouché la dernière fois dans la FOSA Oui / Non / NA	
13. Y-aurait-il eu de nouvelles naissances durant le dernier mois ? Oui / Non <i>Si oui, combien</i>	
14. Y-aurait-il eu un décès à domicile d'enfant de moins de 5 ans durant le dernier mois ? Oui / Non	
15. Y-aurait-il eu un décès à domicile de femme enceinte ou en couches durant le dernier mois ? Oui / Non	
16. Est-ce que la famille est vulnérable ? Est-ce qu'ils sont parmi les 10% des plus vulnérables par rapport aux autres ménages visités	

Noms et prénoms de l'agent qualifié :	Signature
Noms et prénoms du relais communautaires :	Signature
Noms et prénoms du chef de ménage :	Signature

1. Au cours de la *première visite*, la situation de base du ménage est examinée et enregistrée dans un registre standard. L'équipe discute ensuite avec le ménage des mesures spécifiques à prendre au cours d'une période de 2 mois respectivement par les membres du ménage, le personnel des centres de santé et les autorités administratives locales. Des actions d'amélioration sont proposées.
2. La *deuxième visite* à domicile sera prévue pour évaluer la mise en œuvre des actions et recommandations. Les différentes recommandations, comme celles relatives à la vaccination des enfants de moins d'un an, à la planification familiale, à la présence dans le ménage d'un dispositif de lavage des mains, de toilettes ou de latrines hygiéniques, seront suivies par les ménages. Le personnel médical peut discuter des changements de comportement, tandis que la personne chargée des prestations d'hygiène des ménages fournit des recommandations plus contraignantes, y compris, dans les cas extrêmes, des pénalités. Si les résultats observés lors de la deuxième visite du ménage sont satisfaisants, la visite prend fin.
3. S'il y a encore des problèmes lors de la deuxième visite à domicile, une *troisième visite* peut être proposée, et ainsi de suite.

Toutefois, il faut noter que les visites des ménages seront très participatives et devront être menées dans le cadre d'une communication visant le changement durable des comportements. La finalité sera de faire en sorte que la population s'approprie les pratiques favorables à sa santé.

Les prestations menées à domicile par le personnel des centres de santé, idéalement accompagnées d'un agent de santé communautaire ou de membres de la communauté (à déterminer), seront rémunérées. Pendant la visite, les ménages recevront des informations gratuites sur les services de santé disponibles et sur les pratiques exemplaires en matière de comportements sanitaires préventifs au sein du ménage. En outre, les visiteurs et le ménage s'efforceront de préparer un plan d'action concret répondant aux besoins du ménage. Dans le cas où des chiffres inquiétants concernant la nutrition existent, les visites à domicile peuvent également porter sur l'état nutritionnel des enfants.

8.6 Rôle du relais communautaire dans le FBP communautaire

Quand on parle du relais communautaire, cela renvoie souvent aux agents de santé communautaires, aux accoucheuses communautaires ou aux membres des comités de santé dans les zones rurales. Dans les zones urbaines, il s'agit souvent de volontaires, de stagiaires ou carrément d'agents qualifiés.

Indicateurs de FBP communautaires par les relais communautaire	Coût unitaire FCFA
Cas référés par les relais communautaire : (a) Femmes enceintes référées pour accouchement et arrivées ; (b) Mère référée pour la consultation postnatale et arrivée au CS ; (c) Nouvelle acceptante PF référée et arrivée au CS ;	F 250
Cas d'abandon récupéré : (a) PEV enfants de moins de 11 mois ; (b) femmes enceintes ; (c) cas de malnutrition aiguë sévère ; (d) cas de tuberculose TPM+ identifiés et confirmés par la FOSA : cas d'abandons du traitement de tuberculose TPM+	F 750

9. LE SCORE FAISABILITÉ d'un PROGRAMME FBP et PLAIDOYER

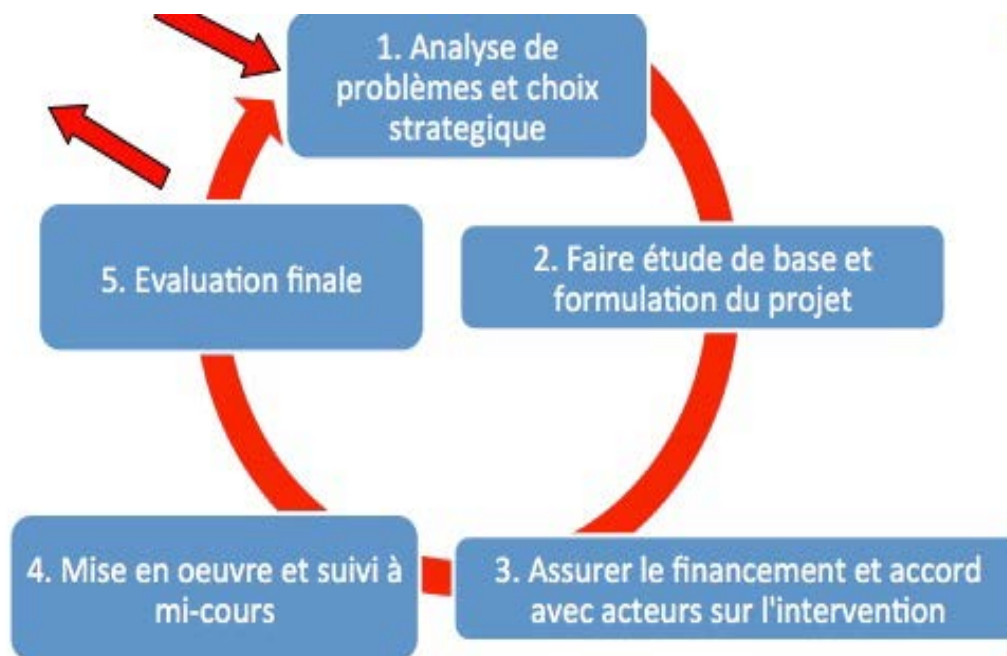
Sosthène HICUBURUNDI, Michel BOSSUYT

Principaux messages du module

- Les programmes de financement basés sur la performance (FBP) comportent des cycles de gestion à long terme (3 à 5 ans), à moyen terme (6 à 18 mois) et à court terme (3 mois), ce qui permet d'adapter rapidement les stratégies en fonction des besoins.
- Ce module examine *le score de faisabilité* d'un programme FBP et la manière d'en optimiser la valeur afin de maximiser ses chances de succès. Pour progresser, les avocats du FBP doivent impérativement gérer efficacement le processus de changement et informer les décideurs des meilleures pratiques et des outils à mettre en œuvre.
- Afin d'accroître les chances de succès, les promoteurs du FBP doivent concevoir des interventions répondant à au moins 80 % des 23 critères de faisabilité, en s'appuyant sur les meilleures pratiques et en utilisant les outils de gestion du FBP, tels que les plans de business et l'outil « indices ». Il doit également éviter des hypothèses fatales, telles qu'un budget insuffisant (moins de 4 dollars US par habitant et par an) ou le recours à des monopoles pour l'approvisionnement en intrants.
- Les avocats de FBP doivent parfois promouvoir des changements politiquement délicats en matière d'approvisionnement, de séparation des fonctions pour prévenir les conflits d'intérêts et d'autonomie accrue dans la gestion des prestataires. Dans ce cadre, il est essentiel de préparer des messages clairs et concis, de leur laisser le temps de bien être assimilés, d'identifier les alliés et les adversaires, et de s'abstenir de faire de fausses promesses.

9.1 Les Cycles de Gestion des programmes

Dans la théorie de gestion standard, le cycle de gestion comporte cinq étapes : (1) Analyse des problèmes et des choix stratégiques ; (2) Interventions de base et formulation du programme ; (3) Mobilisation du financement de l'intervention en accord avec les parties prenantes ; (4) Mise en œuvre du projet et suivi des progrès ; (5) Évaluation finale des résultats de l'intervention et décision de sa fin ou de sa poursuite.



En FBP nous pouvons distinguer trois types de cycles dans le projet :

- Le cycle *long* du projet FBP complet, d'une durée de 3 ou 5 ans ;
- Des cycles *moyens*, d'une durée de 6 à 18 mois, pour l'adaptation régulière des subsides et des indicateurs ;
- Des cycles *courts*, d'une durée de trois mois. Ces cycles sont liés au plan de business des différentes structures FBP. Le renouvellement trimestriel des contrats permet une flexibilité et une adaptation, lorsque le besoin l'exige.

Cependant, le FBP n'est plus un projet de durée limitée, par exemple de 3 ans, mais bien un programme de réforme à durée indéterminée.

Quand une organisation veut initier une intervention FBP, cela commence souvent par la formulation d'une proposition à soumettre aux autorités et/ou à une organisation de développement.

Celle-ci peut contenir les éléments suivants :

1. **Contexte** - analyse du **problème**, **objectifs** du programme et scan du score de faisabilité ;
2. Lieu de l'intervention (**où ?**) ;
3. Population cible (**pour qui ?**) ;
4. Motivation du projet (**pourquoi ?**) ;
5. Indicateurs à financer (**quoi ?**) ;
6. Durée du **projet** (**quand ?**) ;
7. Mécanismes de **suivi et d'évaluation** ;
8. **Costing** du projet (subsides et coûts administratifs ou « *overheads* ») ;
9. **Rôles et responsabilités** des parties prenantes.

9.2 Score de faisabilité du FBP : Combien de critères sur 23 sont satisfaits ?

L'initiative consistant à lancer une nouvelle intervention FBP peut provenir d'un gouvernement, d'une organisation de développement, telle que la Banque mondiale, ou d'une ONG. Lorsqu'on démarre une intervention FBP, il faut mener une étude de faisabilité.

Lors de la préparation d'une nouvelle intervention FBP, après avoir recueilli autant d'informations que possible, les initiateurs doivent examiner si le programme FBP est « pur ». Les critères suivants peuvent être utilisés, et nous proposons que l'intervention ne puisse être qualifiée de « FBP » que si le score atteint 80 % (40 points) ou plus. Lorsque le score obtenu est inférieur, de nouvelles négociations et discussions devraient être menées afin que la proposition se rapproche du seuil de 80%.

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points
1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4 \$ (intervention simple) - 6 \$ (interventions plus complexes avec de nombreux éléments d'équité) par habitant et par an, dont au moins 70 % sont utilisés pour les subventions des prestataires, les contrats avec les ONG locales et les bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) pour les améliorations d'infrastructure, les moyens de transport, l'équipement médical et le soutien en cas d'urgence. ⇒ Ainsi, un programme avec des paquets minimums d'activités (PMA au niveau primaire) et paquets complémentaires d'activités (PCA au niveau hospitalier), d'une durée de trois ans, qui dispose d'un budget de 30 millions de dollars ne peut pas couvrir plus de 2.5 millions habitants si on inclut les frais administratifs (3 000 000 / 4,00 \$ US / 3 ans = 250 000).	4
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans le ministère de Santé à un niveau suffisamment élevé qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2
5. Le programme FBP, tant au niveau des centres de santé (PMA) qu'à celui des hôpitaux (PCA), comprend, pour chaque niveau, au moins 25 indicateurs de résultats pour lesquels ils reçoivent des subsides PBF, et il dispose d'un système d'évaluation de la qualité basé sur la performance avec des indicateurs de qualité composites.	2
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un représentant des FOSA pour la validation des factures	2
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des bonus d'amélioration de qualité (BAQ)	2
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2
15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de la contractualisation, vérification médicale et communautaire.	2
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2
20. Un système de primes d'amélioration de la qualité (750 \$ à 5 000 \$) est prévu pour l'injection de capital initiale, la réhabilitation des infrastructures, les moyens de transport, l'équipement et le soutien en cas d'urgence. Ces primes sont versées en fonction de l'atteinte d'objectifs définis dans les plans de business agréés et signé avec l'ACV.	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2
23. Le projet comprend, aux niveaux primaires (MPA) et hospitaliers (CPA), des indicateurs d'équité qui exemptent de payer de frais de recouvrement des coûts jusqu'à un maximum de 10 à 25 % de tous les patients. Les patients vulnérables sont sélectionnés localement selon les critères SMART. Pour ces indicateurs, les FOSA reçoivent un subside de 4 à 6 fois supérieur à celle versée à un patient payant.	2
TOTAL :	50

Un programme FBP multisectoriel peut améliorer la viabilité financière et améliorer l'impact

Lors de la création d'une ACV dans une province ou une région éloignée, il peut être plus efficace d'inclure le développement rural (entretien des routes et des ponts) et l'éducation (éducation des filles, éducation sexuelle) dans le programme FBP et de rechercher des fonds supplémentaires auprès d'autres sources. En effet, cela génère des économies de portée et l'intervention peut également s'avérer plus efficace pour atteindre les objectifs sociaux. Ainsi, une étude de faisabilité menée en République centrafricaine en 2010 a montré que les objectifs de santé seraient difficiles à atteindre si l'éducation, notamment celle des filles, n'était pas intégrée simultanément à l'intervention sanitaire.

9.3 Comment éviter les hypothèses fatales dans un programme FBP ?

Une hypothèse fatale est une condition où il devient très incertain que le programme donné réussisse. Il est donc nécessaire d'améliorer le montage du programme FBP.

Quelles hypothèses fatales peuvent exister :

- Le refus du principe de *séparation des fonctions* par les autorités et / ou partenaires techniques et financiers ;
- Le budget FBP est inférieur à 4,00 \$US par personne et par an ;
- Les établissements dépendent de la distribution centrale pour leurs intrants (médicaments essentiels, équipements) et n'ont d'autres fournisseurs que, par exemple, les centrales d'achat de médicaments de l'État.
- Les gestionnaires d'établissements ne sont pas autorisés à effectuer des dépenses en espèces.
- Les subventions sont versées en nature et non en espèces.

L'existence d'hypothèses fatales peut avoir les causes suivantes :

- Le programme vise une population trop vaste. Un budget de 0,50 à 1,00 \$US par habitant et par an est nécessaire, rien que pour les coûts administratifs (*overheads*) du programme : c'est le coût fixe du programme FBP. C'est pourquoi, si le budget proposé n'est que de 2 \$US, 50 % de ce budget sera consacré aux frais généraux. Si 4 \$US sont disponibles, la proportion des coûts administratifs peut être réduite à 25% du montant total du budget du programme.
- Les représentants du gouvernement, les partenaires techniques et financiers ou les ONG peuvent insister pour contrôler directement une grande partie du budget FBP, qui sera investi dans des intrants tels que des médicaments essentiels, afin de pouvoir réclamer des frais administratifs, ou même leur permettre d'entrer dans les schémas de corruption en demandant de l'argent aux distributeurs d'intrants lors de procédures d'appel d'offres.
- Les décideurs peuvent ne pas vouloir abandonner les procédures existantes, par manque de flexibilité : « chez nous, la loi est comme cela », qui reposent, par exemple, sur un approvisionnement monopolistique en médicaments et en autres intrants. Ou sur le fait que la loi prévoit que toutes les recettes des structures publiques doivent être virées au Trésor.

Comment résoudre le problème des hypothèses fatales ?

Une hypothèse fatale entrave la réussite de la mise en œuvre d'un projet. La principale raison peut être le manque de connaissances, un problème facilement résolu en fournissant des informations. Cela permet de modifier le montage du projet de sorte que l'hypothèse fatale disparaisse. Souvent, d'anciennes lois empêchent d'appliquer certaines réformes FBP. Ainsi, les avocats du FBP (souvent la Banque mondiale) négocient un document avec le gouvernement qui propose des *dérogations à la loi* uniquement pour les régions, les districts et les formations sanitaires incluses dans le programme du FBP.

Si cela s'avère également impossible, l'initiateur vaut mieux se mettre d'accord, diplomatiquement, sur le fait qu'il y a un sérieux problème dans le montage, en proposant de reprendre les négociations plus tard et, entre-temps, en demandant conseil à d'autres ministères ou à des programmes de FBP ayant réussi à résoudre des problèmes similaires. Cela dit, il y a bien quelques exemples de programmes, tels que les FBP du Zimbabwe, qui ont commencé avec plusieurs hypothèses fatales, mais les ont abandonnées au fil du temps. Pourtant, il y a aussi des exemples de projets pilotes FBP (au Katanga, en RDC et en Ouganda) avec des hypothèses fatales, qui sont effectivement devenus des échecs.

Si les décideurs insistent pour poursuivre le projet, « car on ne veut pas perdre l'argent », tout en refusant de faire disparaître l'hypothèse fatale identifiée, le projet ne peut pas être qualifié de FBP. Ce label doit être réservé à des propositions dont le score de faisabilité est d'environ 80 % et qui ne comportent aucune hypothèse fatale. Ce problème des projets qui, en effet, ne sont pas de vrais programmes FBP a mis la réputation du FBP dans une mauvaise lumière dans la littérature FBP. Certains articles d'évaluation des programmes FBP au Bénin et en RDC ont critiqué le FBP ou les scores de faisabilité étaient en dessous de 50%.

9.4 Aide-mémoire pour établir les grandes lignes d'une intervention FBP

Lorsque les négociations ont abouti, l'étape suivante consiste à rédiger, avec les principaux acteurs, un aide-mémoire présentant les grandes lignes de l'intervention du FBP. Ce peut être un court document de moins de 10 pages qui spécifie les meilleures pratiques du programme et détaille des aspects pratiques, tels que la source de financement, le budget annuel par habitant, l'emplacement géographique et l'organisation qui assure le rôle de l'ACV.

Les points sur lesquels il n'y a pas encore de vision claire peuvent être décrits dans un paragraphe consacré aux questions à étudier par la recherche-action au cours de la phase pilote ou pour lesquels on demande des dérogations à la loi pour la zone d'intervention FBP. De cette façon, l'aide-mémoire constitue un contrat relationnel, comme le décrit le module 4 consacré à la théorie de la contractualisation. Il est dès lors avisé de proposer une approche associant : des revues régulières ; des évaluations internes et externes ; et l'acceptation des leçons apprises, fondée sur les bons résultats et les problèmes identifiés lors de l'exécution du programme.

9.5 Plaidoyer pour le FBP

Le **plaidoyer** est un processus par lequel une cause ou un thème est activement défendu et/ou pour lequel un changement (politique) est sollicité.

Ce thème doit être bien défini, clair et aussi simple que possible : il doit être SMART. Il est recommandé que les défenseurs du FBP sachent expliquer les meilleures pratiques du FBP ainsi que quelques notions de théorie. Il peut être utile de développer des courts slogans de plaidoyer, tels que :

« *Équité ou gratuité ciblée => OUI ; soins de santé gratuits généralisés => NON* » où
 « *L'effet de 1 \$US (cash) en FBP est égal à 4 \$US fournis en inputs* » où
 « *Le FBP, bien appliqué, peut permettre d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) ou la Couverture Santé Universelle (CSU)* ».

La recherche de ce type de messages courts peut aussi aider les défenseurs à préciser, pour eux-mêmes, les messages qu'ils souhaitent communiquer.

Lorsqu'on fait le plan de plaidoyer, il faut identifier les principaux acteurs et les décideurs, ceux qui ont le pouvoir de faire changer les choses (parlementaires, personnalités locales, personnes clés dans les ministères) et qui peuvent être répartis dans l'une des catégories suivantes :

- a) **Les alliés**, qui cherchent aussi à innover ou à améliorer le développement ;
- b) **Les adversaires**. Ceux-ci peuvent être des groupes ou des individus qui ne sont pas informés, qui craignent le changement, qui sont principalement à la recherche de leurs intérêts privés ou qui pensent vraiment que le FBP est une mauvaise façon de faire ;
- c) **Les indécis**. Ce groupe peut être tout aussi essentiel, car ses membres peuvent faire basculer la décision d'un côté ou de l'autre.

Sur la base de la dynamique du pouvoir entre les principaux acteurs, les défenseurs du FBP peuvent élaborer des stratégies pour :

- a) Renforcer l'appui pour le FBP au sein des alliés et chercher des alliances ;
- b) Neutraliser l'opposition que ce soit par des campagnes d'information ou de pression ;
- c) Informer et convaincre les indécis.

Les **canaux de communication appropriés** doivent être identifiés afin de recevoir les messages destinés au public cible. On peut organiser :

- Des rencontres directes avec les décideurs et des partenaires techniques et financiers ;
- Des courts séminaires, de 1 à 3 jours, pour les décideurs ;
- Des groupes de travail techniques à l'échelle nationale. Il convient toutefois de veiller à ce que les participants influents de ces groupes de travail (du ministère de la Santé) sans expertise en matière de financement basé sur la performance (FBP) ne formulent pas de propositions ni ne prennent de décisions contraires aux meilleures pratiques du FBP.
- Des cours FBP internationaux de haut niveau, de 14 jours, pour les fonctionnaires et décideurs de haut niveau, les directeurs des hôpitaux, les hauts cadres des ACV ou les partenaires impliqués ;
- Des cours ou ateliers nationaux sur le financement basé sur la performance (FBP), d'une durée de 4 à 6 jours, destinés aux acteurs opérationnels, tels que les gestionnaires de formations sanitaires avec le président du COSA, et les vérificateurs des ACV. Un tel atelier peut être organisé au lancement du programme FBP dans un nouveau district. Chaque établissement de santé participant doit alors élaborer un plan d'affaires convaincant, sur la base duquel une prime initiale d'amélioration de la qualité est versée, par exemple de 750 \$, afin d'initier les activités FBP, d'effectuer des réparations urgentes, de recruter du personnel qualifié, etc.
- Organisation de visites d'échange entre pays. Le Burundi, le Rwanda et le Mali constituent actuellement (en 2026) des destinations intéressantes.

9.6 Exercice : Analyse du score de faisabilité pour le FBP et jeu de rôle

1. Discutez en groupes du score de faisabilité du FBP et de la manière dont des hypothèses fatales peuvent exister pour un (éventuel) programme FBP dans votre pays, région, province ou district. Proposer des stratégies à mettre en œuvre. Les résultats de l'analyse seront inclus dans la présentation du pays, de la région ou du thème, pendant le cours.
2. Le jeu de rôle. Répartissez les participants en groupes de 5 à 7 personnes pour un jeu de rôle consacré à une action de plaidoyer en faveur du FBP. Ce jeu de rôle se concentre sur le style, l'environnement et les outils de lobbying. La moitié du groupe doit être favorable au FBP et l'autre moitié sceptique ou indécise. Dans le jeu de rôle, un décideur principal (ministre, DG ou décideur d'une agence d'aide) écoute les arguments et pourra être convaincu à la fin, sur la base des interventions des uns et des autres.

Questions à couvrir par les participants observant le jeu de rôle :

- Comment le groupe s'était-il préparé ?
- Quelles formules de politesse ou « slogans » ont-ils utilisés pour briser la glace ?
- Est-ce que leurs arguments étaient clairs et SMART ?
- Y a-t-il eu du temps perdu pour les formalités alors, qu'en fait, l'équipe ne disposait pas de beaucoup de temps ?
- Quel suivi des stratégies a-t-on proposé ?
- Y a-t-il eu une attitude d'écoute active ?

10. GESTION des CONFLITS et TECHNIQUES de NÉGOCIATION en FBP

Freddy BATUNDI, Prof MUNYANGA & Godelieve Van HETEREN

Principaux messages du module

- L'expérience en matière de financement basé sur la performance (FBP) montre que la résistance au changement découle souvent de la peur de l'inconnu, d'un manque d'information ou, chez les acteurs clés, du sentiment de ne pas être associés à la nouvelle approche. Cela engendre des conflits.
- Certains conflits sont trop mineurs pour justifier une attention particulière et peuvent être évités.
Si le conflit est important et que la personne est proche (par exemple, un conjoint), il peut être préférable de *céder*.
Lorsque le conflit est important, mais que la relation est faible, l'une des parties peut recourir à la force (la police).
Si le conflit est important et que la relation est équilibrée, les problèmes doivent être gérés par un processus rigoureux de confrontation et de négociation. C'est souvent le cas en FBP. Il est essentiel d'impliquer les acteurs clés et les décideurs dès le début.
- Comprendre les arguments et les motivations des « opposants » favorise le succès des négociations et permet de parvenir au meilleur accord possible. Lors des négociations, il convient d'indiquer, avec diplomatie, les positions de repli ou les points non négociables.

10.1 Importance de la résolution de conflits

Le FBP a généralement les mêmes objectifs sociaux que ceux des soins de santé primaires et de l'Initiative de Bamako. Cependant, les stratégies utilisées pour atteindre ces objectifs diffèrent et, par conséquent, le FBP demande aux acteurs impliqués de modifier leur conception, leurs compétences et même leurs attitudes. Des conflits peuvent être inévitables. Ce module vise à renforcer les compétences des gestionnaires du FBP en matière de gestion des conflits et de négociation afin d'obtenir le meilleur résultat possible.

La majorité des questions de changement posées par le FBP peut être résolue par une gestion prudente et, surtout, par l'information. Toutefois, il est parfois difficile de changer les individus ou les sociétés lorsqu'ils estiment que le FBP constitue un **problème profond pour leurs valeurs**. Certains adversaires du FBP estiment, par exemple, que les principes du marché libre sont fondamentalement mauvais.

Ces points de vue doivent être respectés, mais, selon les avocats du FBP, ils peuvent entraver l'efficacité de la gestion des ressources publiques et, par conséquent, constituer un obstacle à l'atteinte des objectifs sociaux. Le processus de changement devient alors, malheureusement, une « bataille ». Un processus démocratique, qui permet de parvenir à une conclusion, peut résoudre le problème de manière plus satisfaisante. Des leaders dotés d'une grande vision peuvent aussi exercer leur influence. Ils peuvent expliquer pourquoi le changement est nécessaire et, ainsi, faire évoluer l'état d'esprit de la population ou de groupes cibles spécifiques.

10.2 Définitions concernant la gestion des conflits

Un **conflit** est une lutte pour les valeurs ou le pouvoir dans un contexte de ressources limitées. Une autre définition se réfère à « toute situation dans laquelle deux ou plusieurs entités perçoivent qu'elles ont des **buts incompatibles** ».

Les conflits peuvent être :

1. **Mécaniques** : les enjeux concernent la répartition de moyens comme l'argent, l'espace, l'équipement... ;
2. **Sociaux, émotionnels** : l'enjeu est l'identité ou les valeurs de l'une des parties ;

Ces problèmes peuvent créer des conflits dus à des différences de points de vue, d'aspirations ou de biens.

Des conflits peuvent survenir à différents niveaux : (a) **intra-personnels** : affectant une seule et même personne ; (b) **interpersonnels** : entre les individus ; (c) **intra-groupes** : au sein d'un groupe donné ; (d) **intergroupes** : entre groupes sociaux ou entre groupes d'entités plus larges.

10.3 Changement perçu comme source de conflit - Que faire ?

Le développement fait partie intégrante du changement car il suppose le passage d'une situation à une autre, censée être meilleure. Même si tout le monde peut comprendre rationnellement que ce changement améliore une situation donnée, certains peuvent ne pas l'accepter sur le plan émotionnel. C'est encore plus le cas quand quelqu'un a de bonnes raisons de craindre que le changement ne menace ses intérêts.

Pourquoi les gens ou les groupes résistent-ils aux changements et que faire ?

1. Perte de contrôle

Lorsque les décisions et les activités sont imposées, l'opposition devient probable. Le changement est plus facilement accepté quand il est fait **par nous**, mais il peut devenir menaçant quand il est fait **pour** (= contre) **nous**

⇒ Plus les gens sentent qu'ils ont le pouvoir d'influencer les décisions, plus ils sont susceptibles de les accepter.

2. Incertitude et manque d'information

Le changement rend les gens incertains s'ils n'ont pas suffisamment d'informations sur le processus. Il est difficile d'accepter le changement si l'on doute qu'il puisse améliorer les choses. Le défaut de partage d'information entre les individus ou les groupes renforce les sentiments de divergence, ce qui peut alors devenir une source de conflit. Cependant, ce conflit peut n'être qu'un malentendu qui pourra être résolu, en prenant le temps et en faisant l'effort d'informer.

3. L'effet de « surprise »

Les personnes résistent aux changements qui les surprennent. La réaction logique face à quelque chose de complètement nouveau et d'inattendu est « non ». Donner simplement l'information peut ne pas suffire, car de nouvelles idées devraient être proposées, en laissant le temps pour que les personnes puissent les « digérer ».

⇒ Parfois il est bon de présenter une nouvelle idée sans demander de réaction immédiate.

4. Perdre la face

Le changement crée une résistance lorsqu'il donne l'impression que l'on a commis de mauvaises choses en permanence. Personne n'aime l'admettre et personne n'aime « perdre la face ».

⇒ Pour augmenter les chances que les nouvelles idées soient adoptées, il est sage de replacer le comportement précédent dans son contexte historique, comme le manque de moyens modernes de communication, l'absence d'accès à Internet pour l'échange de données, etc.

5. Inquiétudes sur les compétences futures

Parfois, les gens résistent aux changements parce qu'ils se demandent s'ils seront capables de s'adapter ou d'acquérir les compétences requises pour le nouveau système.

⇒ Il est important de veiller à ce que le nouveau système soit bien expliqué, de sorte qu'il ne soit pas nécessaire de s'inquiéter de ses compétences.

6. L'effet de « boule de neige »

Les gens peuvent résister au changement parce qu'ils sentent que cela menace d'autres activités personnelles ou professionnelles. Par conséquent, le changement peut être refusé pour des raisons qui ne relèvent pas du changement en tant que tel, mais parce qu'il influence d'autres activités.

⇒ Un bon gestionnaire du changement est sensible à ces considérations et flexible. Par exemple, un gestionnaire pourrait reporter la mutation d'un employé jusqu'au début de la nouvelle année scolaire afin que cela ne perturbe pas l'éducation des enfants.

7. Changement signifie plus de travail

Le changement peut nécessiter un processus d'apprentissage lorsqu'il implique d'abandonner rapidement de vieilles habitudes. Cela peut signifier « davantage de travail », comme lorsque les prestataires doivent commencer à proposer de nouveaux services subventionnés par le FBP et à attirer davantage de patients.

⇒ Cette intensification des activités doit être bien gérée, par exemple en recrutant davantage de personnel.

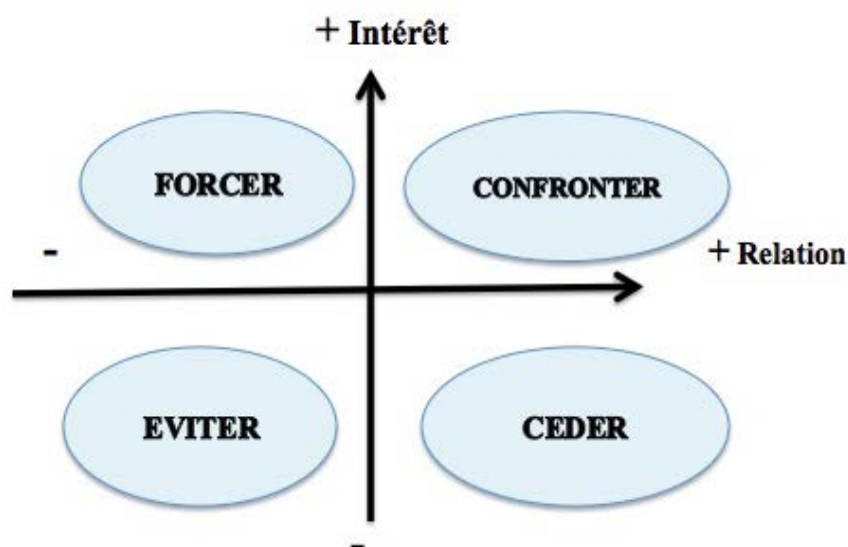
8. La menace peut être réelle

Une autre raison de la résistance au changement est la plus raisonnable : elle survient lorsque la menace est réelle. Les intervenants pourraient perdre leur emploi ou être contraints de renoncer à l'argent facile ou à une position élevée. Que ce soit socialement légitime ou non, cela doit être pris en compte. Les gens peuvent aussi s'opposer fondamentalement à la modification proposée pour des raisons idéologiques, telles que : « Toute influence du marché sur les services sociaux est mauvaise » ou « les travailleurs doivent toujours aligner leur comportement sur l'intérêt public et les incitations financières ne devraient pas jouer de rôle pour les motiver ». Si ces problèmes existent, il y aura non seulement des gagnants mais aussi des perdants.

10.4 Styles de gestion des conflits : Forcer, Confronter, Éviter ou Céder

Les conflits sont inhérents aux relations humaines et il est utopique de penser qu'ils puissent toujours être évités. Toutefois, lorsque les conflits ne sont pas bien gérés, ils peuvent entraîner d'autres dommages inutiles, tels que la tristesse, la perte de biens et, parfois même, des pertes en vies humaines.

Les individus réagissent différemment aux conflits. Cela dépend de l'importance de la question pour eux et le degré de relation entre les individus ou les groupes, comme l'illustre le schéma suivant.



Il existe les styles de gestion des conflits suivants :

Forcer. C'est généralement le cas lorsque les intérêts sont importants et qu'il existe une faible relation entre les individus ou les groupes. L'autorité peut intervenir dans la résolution du conflit. Ceci peut être le cas quand quelqu'un viole la loi ou adopte des comportements dangereux, comme conduire en état d'ivresse ou ignorer le code de la route. Quelqu'un peut tenter de ne pas payer ses impôts ou de polluer délibérément l'environnement. Ce mode de résolution de conflit se termine généralement par une relation « gagnant-perdant ». C'est ainsi que fonctionne la police : « Si vous violez la loi, vous serez punis ». Il y a peu ou pas de relation personnelle entre les entités concernées et l'une d'elles impose le résultat du conflit.

Dans les systèmes de santé et le FBP, il existe également des règles et des normes fixées par le Gouvernement, qui devraient être appliquées et sur lesquelles il ne devrait pas y avoir de « discussion ». Une formation sanitaire qui conduit à des pratiques médicales dangereuses et ignore les règles élémentaires d'hygiène et de stérilisation doit être sanctionnée. Cela doit être fait dans l'intérêt public.

Éviter. Les personnes nient ou évitent le conflit lorsqu'elles estiment que la question qui se pose n'est pas si importante qu'elle vaille qu'on y consacre de la peine ou de l'énergie. Ceci est également le résultat probable d'un conflit lorsqu'il n'existe pas de relation directe entre les adversaires. Ceux-ci s'ignorent mutuellement et peuvent prétendre qu'en réalité, il n'existe même pas de conflit. Le problème est toléré et la communication avec l'adversaire sur le sujet est évitée. Ceci peut être le cas quand les gens ivres insultent de simples passants ou quand un chauffeur pressé force d'autres voitures à lui céder le passage. La personne insultée ou l'autre chauffeur peut alors tout simplement ignorer le problème. En effet, c'est très sage, puisque de tels conflits peuvent rapidement occasionner d'énormes dégâts ou même la mort lorsqu'ils entraînent de la violence ou des accidents de la circulation.

Céder. Le groupe ou l'individu est conscient du problème, mais veut aussi préserver les bonnes relations, car il existe des relations interpersonnelles étroites, comme dans un couple marié. Il vaut mieux minimiser le problème. Ceci peut également être le cas pour le comportement irritant d'un enfant. Céder, cependant, implique aussi de négliger des faits importants ou de mauvaises attitudes et de les laisser faire sans discuter. Ceci peut entraîner de nouveaux conflits à l'avenir, car les raisons sous-jacentes n'ont pas été éliminées ni résolues.

Confronter et collaborer pour trouver une solution. L'individu ou le groupe est confronté à un problème et affronte l'autre, tout en visant à trouver une solution satisfaisante pour tous les acteurs ; une situation « gagnant – gagnant ». C'est généralement le cas lorsque deux entités ont intérêt à trouver une solution commune, par exemple parce qu'elles travaillent pour la même organisation ou qu'elles entretiennent une relation personnelle directe. Il y a donc un climat favorable où les deux parties évitent les comportements autocratiques afin d'influencer le processus. Les personnes ou les groupes sont prêts à exprimer leurs besoins, leurs demandes et leurs sentiments à l'autre partie. Ils sont ouverts aux idées nouvelles et aux changements, car ils sont motivés par la recherche d'une solution. Ici les techniques de négociation seront très utiles pour trouver un compromis.

10.4.1 Négociation et recherche de compromis

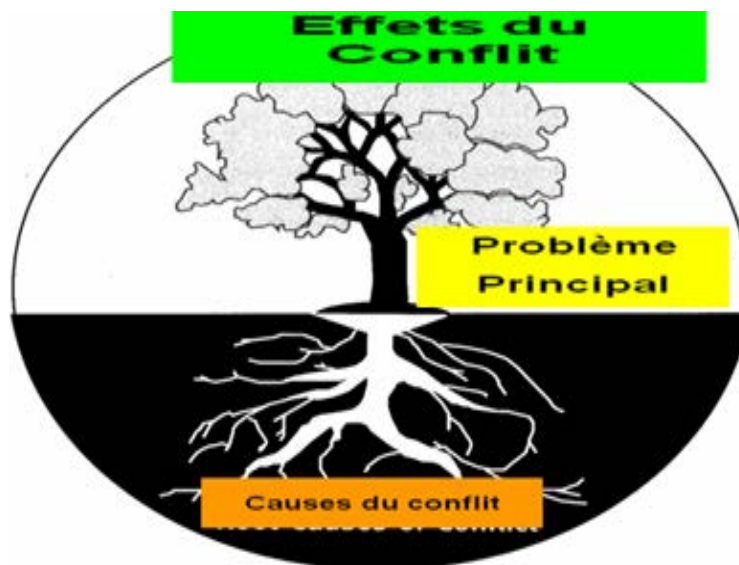
Négocier ne signifie pas s'engager dans une « bataille », mais mener une communication bilatérale destinée à produire un accord entre des personnes qui ont à la fois des intérêts opposés et communs. Il est alors nécessaire de formuler une troisième alternative, ou compromis, qui réunit les deux parties et inclut à la fois ce que chacun voulait initialement et ce qui doit être sacrifié. La négociation est donc **un acte volontaire** de discussion visant à **parvenir à un accord**. Cela signifie s'impliquer dans un

processus dynamique où les adversaires deviennent de plus en plus **interdépendants**. La négociation vise donc à atteindre le « **meilleur accord possible légitime** » dans les circonstances données. Cela ne veut pas dire que l'accord sera idéal ou parfaitement équitable, mais que les intérêts fondamentaux des opposants ont été pris en compte.

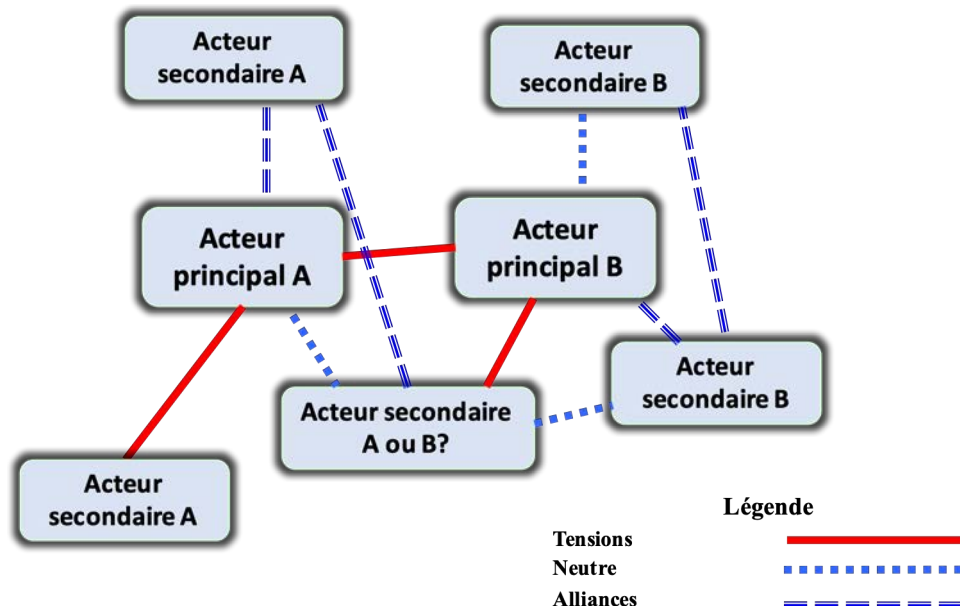
10.4.2 Préparer les négociations

Lors de la préparation des négociations pour une cause donnée, il est nécessaire que vous sachiez :

1. Quels sont vos objectifs de négociation et quelle est votre position initiale ? Quel est l'espace disponible pour changer votre point de vue tout en tenant compte des points non négociables ou de votre position de recul dans les discussions ? Un conflit fait souvent partie d'un réseau de sous-conflits à comprendre. Parfois, nous ne percevons que les effets directement visibles sans considérer les causes profondes du conflit.

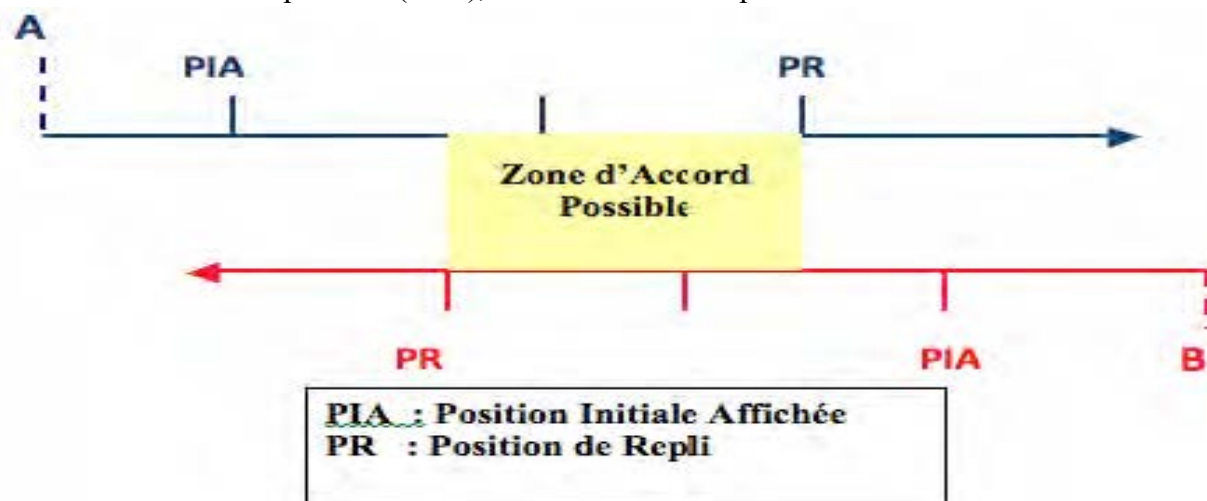


2. Qui est votre adversaire et qui sont les négociateurs ? Quelle autorité et quel pouvoir de décision possèdent-ils ? Sont-ils motivés à parvenir à un accord ? Quels sont leurs points de vue probables ? S'il y a plusieurs entités, comment interagissent-elles, et quelle est celle au centre du conflit, tout en tenant compte des relations positives ou négatives entre les belligérants ?



10.5 Mener les négociations

La première étape consiste à définir les points de vue (meilleures pratiques du FBP, population cible, proposition d'un paquet complet, suffisance des fonds, etc.). Qui sont les acteurs concernés susceptibles de s'opposer ou d'appuyer les positions ? La prochaine étape consiste à consulter l'autre entité afin de confirmer ses points de vue ainsi que les problèmes soulevés. Sont-ils motivés à parvenir à un accord et existe-t-il des points non négociables ? Le schéma ci-dessous montre les positions de négociation des entités A et B, ainsi que leurs positions initiales affichées (PIA) pour la négociation et leurs positions de repli (PR), positions auxquelles une entité cesse de négocier et se retire des discussions. Au milieu, il trouve la zone d'accord possible (ZAP), où les deux entités peuvent conclure un accord.



La prochaine étape est la confrontation, au cours de laquelle les désirs, les besoins et/ou les demandes sont présentées à l'adversaire, et au cours de laquelle il devrait y avoir une écoute active des points de vue des uns et des autres. L'étape suivante consiste à trouver un compromis entre les points à perdre et ceux à gagner.

Caractéristiques d'un bon résultat de la négociation :

- Elle satisfait les intérêts de toutes les parties et est la meilleure option possible et légitime ;
- Elle contribue à établir de bonnes relations entre les parties et à développer une forme efficace de communication ;
- Elle contient un accord bien compris, réaliste et opérationnel.

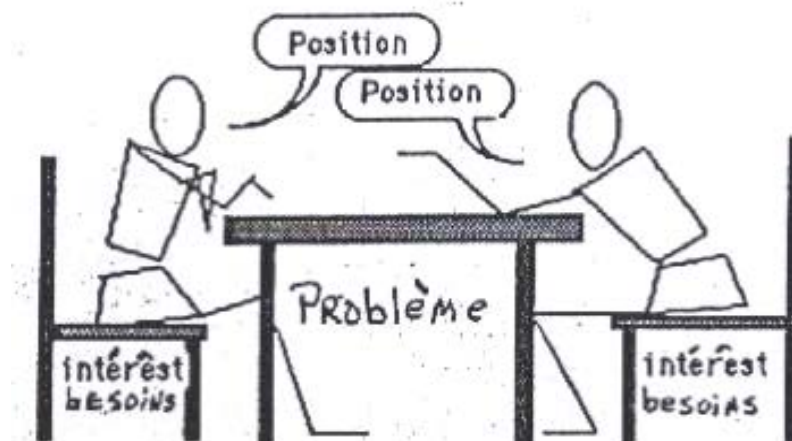
Les résultats devraient être « validés » dans un mémorandum, un aide-mémoire ou un contrat. À ce stade, il ne devrait plus y avoir de négociations. C'est le temps de la signature du contrat.

10.6 La négociation : Les IL FAUT faire et les IL NE FAUT PAS faire

Les choses qu'il « FAUT faire » dans les négociations sont les suivantes :

- **Informé.** Il est important, dans le processus de changement, d'impliquer autant que possible les intervenants et les partenaires dès que possible dans le processus de transition et de chercher ainsi l'acceptation et l'appropriation du changement. Ceci peut être réalisé par des présentations PowerPoint ou par l'envoi d'articles scientifiques aux personnes clés. Organiser des cours FBP ou des conférences peut également s'avérer très efficace.
- **Informé les décideurs :** Durant la première étape du processus de changement, il est particulièrement important pour les leaders d'opinion et les décideurs d'organiser des visites d'échange dans d'autres pays ou des visites de projets pilotes dans le pays, afin qu'ils puissent observer les possibilités de réforme.

- **Acquérir des informations fiables** sur le point de vue des **autres entités**. L'information peut provenir de diverses sources : documents, réunions, conversations téléphoniques, et être contradictoire. Il peut être nécessaire de vérifier les renseignements et d'éviter les malentendus. Essayer aussi de déterminer quels sont les vrais problèmes et les besoins de l'autre partie, sans se limiter aux « positions officielles ».
- **Identifier des champions** : Pour le plaidoyer sur le FBP, il est nécessaire d'identifier des « leaders » ou « champions » pour expliquer le nouveau système, qui doivent à la fois être de bons « négociateurs » et collecter les différents points de vue qui ne sont pas en contradiction avec les meilleures pratiques du FBP. Parfois, il peut être nécessaire de réunir un groupe de plusieurs personnes à cet effet : certaines, plus impliquées et qualifiées sur le contenu, et d'autres, plus focalisées sur le processus de négociation.
- **Renforcer l'appropriation** : Les parties prenantes devraient, dans la mesure du possible, être impliquées dans la préparation des nouvelles interventions FBP. L'appropriation sera également renforcée par des études scientifiques d'intervention cas-témoins et de recherche-action, afin que les décideurs puissent constater et analyser des résultats qui leur permettront de décider sur la base de ce qui « fonctionne » et de ce qui « ne fonctionne pas ».
- **Créer une capacité de formation suffisante en FBP**. Cela devrait être développé à tous les niveaux, à court, moyen et long terme, et de plus en plus, dans le cas du long terme, dans les programmes des facultés de médecine, des écoles d'infirmiers, etc.
- **Négocier sur le contenu**. Les négociations devraient porter sur des questions de contenu (principes, meilleures pratiques) et non sur des positions (déclarations). Les problèmes doivent être dissociés autant que possible des conflits entre personnes. Il est donc nécessaire de négocier séparément les questions relatives au contenu et celles de nature personnelle ou privée.
- **Choisir un moment et une atmosphère propices** aux négociations. Fournir des moyens de communication adéquats, une logistique et un environnement agréable pour la négociation (hébergement, quelques divertissements). Veiller aux dispositions pratiques (salle de réunion, équipements audiovisuels, horaires de travail).



Ne restez pas dans ta position, et essaye d'identifier les vrais problèmes et besoins

- Les **techniques d'écoute active** sont très importantes pour aider à identifier les incertitudes et les malentendus éventuels. Ceci exige de l'auditeur d'être patient et de bien assimiler ce que l'autre personne dit. Éviter de donner des réponses avant que l'adversaire ait fini de parler. En répondant, il est bon de commencer par résumer ce que l'autre personne a dit avant de donner votre propre point de vue. En fait, avec une écoute active, on peut acquérir des informations susceptibles de faire évoluer la position initiale qu'on a du point de vue de l'autre. Tout cela exige des négociateurs compétents.

- Maintenir des **relations amicales**. Cela vise à développer de bonnes relations grâce à une communication efficace, même si les négociations n'ont pas abouti à un compromis.

Les choses qu'il « NE FAUT PAS faire » dans les négociations sont les suivantes :

- Ne pas dire que le FBP est une « **révolution** » qui va tout changer d'un « seul coup ». Il vaut mieux souligner que le FBP est un processus de changement progressif, avec un partage d'informations, le développement de concepts et de meilleures pratiques, permettant aux initiatives pilotes de jouer un rôle important en montrant ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans les circonstances spécifiques d'un pays ou d'une région donnée.
- **Ne pas accepter les hypothèses fatales**. Il est important d'expliquer clairement, mais de manière diplomatique et amicale, où se situent les points non négociables.
- **Ne pas rester figé dans sa position initiale déclarée**. Étudier les alternatives.
- **Ne pas rompre les négociations trop rapidement**. Ceci, même si l'opposition présente un comportement irrationnel ou d'intérêt privé douteux. La question qui se pose alors est de savoir comment faire face à cette opposition. Quelles pressions administratives ou politiques peuvent être exercées ? Y a-t-il une stratégie de « plan B » ? Par exemple, si, au début d'un nouveau programme FBP, les initiateurs découvrent que les autorités d'une province donnée ne sont pas ouvertes au changement, les négociateurs peuvent alors faire savoir qu'il est de leur intention d'entamer des négociations dans une autre province (= plan B).
- **Ne pas faire de fausses promesses**. Si quelqu'un, par exemple, doit perdre son emploi dans le processus, il est préférable de le lui communiquer aussi rapidement que possible et d'éviter ainsi une situation d'incertitude prolongée qui pourrait également conduire la personne ou le groupe à mobiliser une opposition inutile. L'avantage du FBP est qu'il cherche aussi activement des effets multiplicateurs économiques et l'implication du secteur privé, de sorte que, pour ceux qui sont ouverts aux changements, il y aura plusieurs possibilités de trouver des emplois alternatifs.

10.7 Exercice de négociations

1. Subdivision des participants en groupes de 5 à 7 personnes.
2. Chaque groupe choisit deux points de conflit potentiel et de négociation.
3. Chacun des groupes se subdivise en deux sous-groupes : (a) celui qui défend les points de vue traditionnels, et (b) celui qui tente de le convaincre des raisons pour lesquelles le changement est nécessaire. Le groupe « traditionnel » cherche des arguments pour justifier son refus du changement. Le groupe « changement » prépare une stratégie basée sur les choses qu'il « FAUT FAIRE » et les choses qu'il « NE FAUT PAS FAIRE » dans les stratégies de négociation ;
4. Les deux groupes du jeu de rôle commencent par une déclaration préliminaire d'une minute sur leur position initiale, puis entrent en débat pendant quatre minutes. Les deux parties doivent *pratiquer l'écoute active*.
5. La session plénière, avec le feedback des participants et des facilitateurs sur ce qui a bien été fait, les erreurs commises et les conseils d'amélioration.

11. ETUDES de BASE et ETUDES d'EVALUATION dans le FBP

Célestin KIMANUKA, Robert SOETERS

Principaux messages du module

- La réalisation d'études de base et d'évaluation au niveau national, au niveau des prestataires et au niveau des ménages constitue un investissement important pour orienter les ressources publiques vers les vrais problèmes dans un pays ou une région donnée.
- Dans les sciences sociales, les biais systématiques sont plus difficiles à contrôler que les biais statistiques.
- Des études bien conçues, avec des échantillons relativement petits, peuvent permettre d'obtenir en deux semaines des résultats aussi utiles que ceux de grandes études d'impact, complexes et longues.

11.1 Pourquoi réaliser des études FBP de base et d'évaluation ?

Dans de nombreux projets, les études de base et d'évaluation sont rarement menées. Cela signifie que les ressources sont consacrées à des projets sans savoir d'où l'on ne vient ni où l'on va. Bien que beaucoup d'informations sur la situation de départ d'un nouveau projet puissent être recueillies à partir d'autres rapports ou études, il y a souvent des lacunes énormes d'information pour la planification efficace et efficiente des programmes FBP, telles que :

- Est-ce que la population a accès à des paquets nationaux d'activités scolaires et de santé, aux niveaux primaire et secondaire (hôpitaux, écoles secondaires) ?
- Quelles sont la qualité professionnelle de ces services et la qualité perçue par les patients ? Quels sont les effectifs de personnel qualifié disponibles dans les zones urbaines et rurales par rapport aux normes souhaitées ?
- Quel est le pouvoir d'achat de la population concernée par groupe socio-économique ? Quels sont les mécanismes d'adaptation permettant au groupe socio-économique le plus pauvre d'accéder aux services de santé ?
- Y a-t-il des problèmes concernant la scolarisation des enfants, les conditions sanitaires, l'accès à l'eau potable et/ou la fertilité du sol, justifiant que l'intervention FBP puisse inclure également des indicateurs non directement liés à la santé ?
- Y a-t-il des problèmes de motivation chez le personnel de santé ou chez d'autres intervenants, comme les régulateurs ? Y a-t-il un écart entre les salaires actuels et ce qui serait raisonnable pour atteindre un niveau de vie minimum ?
- Quels sont les mécanismes existants permettant aux patients de fournir un retour sur leur satisfaction quant aux services offerts par les structures ?
- Les études FBP peuvent aussi faire partie des études d'impact visant à recueillir des preuves scientifiques, en montrant dans quelle mesure une intervention a donné de bons résultats. Ceci peut être nécessaire pour guider les décideurs, mais aussi pour partager les résultats de l'intervention FBP lors de conférences internationales et/ou dans des publications. Pour que cela soit efficace, la même étude peut être répétée au bout de 2 ou 3 ans ou inclure des zones témoins à titre de comparaison.

Les études aident les initiateurs du FBP à sélectionner les indicateurs SMART. Ils aident aussi à préciser la situation de départ (le « Baseline ») et leurs cibles, ainsi qu'à fixer le montant des subsides pour l'achat des activités et leurs indicateurs. Les études de base FBP ont habituellement trois composantes : (a) une enquête auprès des ménages ; (b) une enquête sur la qualité ; et (c) des entretiens structurés avec des intervenants clés, tels que les gestionnaires des structures de santé, les régulateurs de la santé, les ONG et les autorités administratives.

En effet, quand les interventions sont basées sur des hypothèses de priorités erronées et qu'il n'existe aucun instrument permettant d'évaluer les résultats, cela peut entraîner des coûts plus élevés ou une performance coût-efficacité réduite de l'intervention.

11.2 Organiser des enquêtes de ménages et des études de qualité professionnelles

Des études FBP peuvent être relativement modestes, en ne portant que sur quelques centaines de ménages et en ciblant un nombre limité de structures de santé. Ces études peuvent être menées par des ONG ou des organisations bilatérales qui mènent des interventions FBP auprès d'un groupe cible de 300 000 à 1 million de personnes. Le coût de ces études est, par exemple, d'environ 100 000 \$US pour 1000 ménages et 50 structures de santé. Lorsque les ressources et les capacités le permettent, les études peuvent aussi cibler plusieurs milliers de ménages et des centaines de structures de santé. Celles-ci peuvent être menées dans le cadre d'interventions FBP nationales, par exemple pour des études financées par la Banque mondiale. Le coût peut alors avoisiner 500 000 \$US par étude.

L'information recherchée peut surtout servir à mieux orienter l'intervention FBP et/ou à mener une étude scientifique visant à comparer les résultats de l'intervention FBP dans des zones d'intervention à ceux des zones témoins. Lorsque l'étude remplit les normes scientifiques, elle doit reposer sur des calculs puissants, notamment pour le calcul des paramètres de dispersion (écart-type), des corrélations, des variations intra-grappes et inter-grappes, ainsi que pour la détermination de la taille de l'échantillon nécessaire pour atteindre un minimum de tests statistiques avec un seuil de signification de 5%. Pour la publication des résultats, il est important d'impliquer un groupe de pairs internationaux. Le processus consistant à mener des études vise à identifier des erreurs de stratégie et les alternatives envisageables, déjà appliquées par d'autres pays mais méconnues par le programme FBP proposé.

Une étude FBP de base devrait permettre de formuler les principaux constats et les recommandations dans les semaines qui suivent de sorte qu'ils ne perdent pas de leur valeur pratique pour la mise en œuvre. Les constats de l'étude préliminaire devraient aussi être discutés et analysés, autant que possible, avec les acteurs chargés d'appliquer le programme. La conception de l'étude devrait inclure une stratégie de diffusion et de plaidoyer. Il est conseillé de présenter les résultats bruts aux principaux acteurs, afin de formuler les conclusions et les recommandations avec eux, plutôt que de se contenter de les transmettre aux chercheurs ou aux consultants.

11.3 Qui réalise les études FBP ? Deux options

- **Les organisations externes** mènent des études autonomes avec leurs propres chercheurs, superviseurs et enquêteurs. L'avantage est que ces études sont indépendantes et ne perturbent pas les acteurs locaux dans leurs activités quotidiennes. L'inconvénient est qu'il peut y avoir peu de dialogue avec ceux qui doivent mettre en œuvre l'intervention FBP. Cela peut poser des problèmes pour les objectifs de l'étude, de sorte que celle-ci ne répond pas aux questions opérationnelles des acteurs exécutant le programme FBP. En outre, les chercheurs ont tendance à être plutôt « académiques » et, de ce fait, orientent davantage les objectifs de l'étude vers les débats littéraires. Au contraire, les exécutants des projets ont des problèmes opérationnels à résoudre. Si les objectifs et les résultats de l'étude ne répondent pas à leurs besoins, les exécutants ignoreront tout simplement les recommandations. Ainsi, même si les études sont menées de manière professionnelle, leur impact restera limité.
- Les organisateurs des études peuvent les mener **en étroite collaboration avec les acteurs directs** du FBP. Il peut s'agir d'assistants techniques appuyant l'intervention FBP, d'autorités sanitaires locales, du personnel du ministère de la Santé et des employés des ACV. Cette approche aide les

acteurs qui mettent en œuvre le programme FBP à mieux comprendre le contexte de leur intervention. En collaboration avec les organisateurs de l'étude, ils apprennent beaucoup grâce à leur travail de terrain et pourront donc mieux comprendre ses conclusions et ses recommandations. Toutefois, cela implique également qu'il y ait un bon compromis entre la taille de l'échantillon et ce qui est logistiquement et financièrement possible, afin de ne pas perturber le travail quotidien des acteurs locaux. L'inconvénient de cette approche est que les organisateurs des études sont trop étroitement impliqués dans la mise en œuvre du programme FBP, ce qui peut introduire un biais. Le biais peut être réduit en produisant d'abord les résultats bruts et en laissant l'interprétation à un groupe de travail.

11.4 Étapes dans la conduite des études de ménages et de la qualité des structures de santé

Les étapes pour la réalisation d'une étude FBP peuvent être les suivantes :

- Identifier les objectifs, élaborer le **protocole** de l'étude et obtenir l'autorisation des autorités ;
- **Identifier et former les membres de l'équipe** de recherche, tels que les superviseurs, les enquêteurs et le personnel de saisie de données ;
- Développer et **tester les questionnaires** d'enquête pour les ménages, des études de qualité professionnelle et pour les entretiens avec les intervenants principaux ;
- **Stratifier** en districts et provinces, en régions rurales et zones urbaines, puis sélectionner aléatoirement les grappes de l'étude parmi les aires de santé, de manière à avoir, par exemple, 25 ménages par grappe. Sélectionner, aléatoirement, de la même façon, les villages et les ménages dans les zones d'intervention et dans les zones de contrôle ;
- **Réaliser** l'étude et démarrer simultanément **l'entrée et le nettoyage** de données ;
- Produire des **tableaux croisés** avec les **principaux constats** et appliquer des *tests statistiques* pour établir leur importance ;
- Organiser des ateliers de 2 à 5 jours avec les principaux acteurs, pour **analyser les constats** conduisant à des recommandations basées sur les résultats ;
- Distribuer le rapport, faire le plaidoyer et rendre le rapport disponible sur un site web ;
- Partager les résultats de l'étude, l'analyse et les recommandations dans une publication, sous forme d'article scientifique.

Pour un échantillon de 1000 ménages, une telle étude peut prendre un mois, pour la préparation et la collecte de données, tandis que l'analyse des données et le partage d'informations peuvent prendre un autre mois. Ainsi, si l'étude est menée sans interruption, les résultats peuvent être disponibles dans un délai de 2 mois. Si l'étude est plus grande ou plus complexe, le délai de mise à disposition des résultats s'allonge également.

11.5 Biais systématiques et statistiques des études

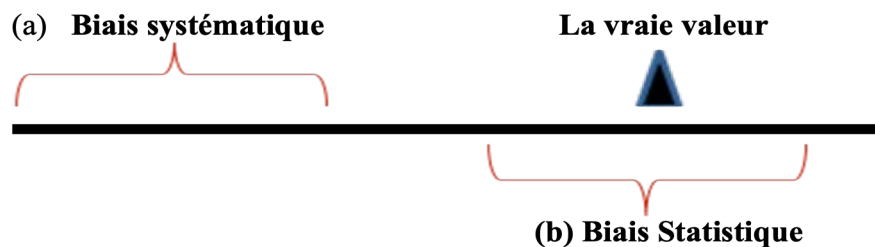
Le biais est un terme utilisé pour désigner une démarche ou un procédé qui entraîne des erreurs dans les résultats d'une étude. On peut distinguer : (a) le **biais systématique**, qui est une erreur du système de mesure ou de la méthode d'estimation elle-même et (b) le **biais statistique**, qui est une erreur causée par l'observation d'un échantillon non représentatif de l'ensemble de la population.

Les biais systématiques peuvent influencer négativement les études FBP **plus que les** biais statistiques, en raison de la complexité de leur prévention. En effet, la réalisation d'une étude avec un échantillon très large, afin de réduire les biais statistiques, peut aussi accroître les biais systématiques, ce qui est donc contre-productif. Lorsque le nombre d'équipes et d'enquêteurs est plus élevé, cela accroît les risques de biais systématiques, en raison de la complexité de s'assurer que tous les enquêteurs

appliquent la même méthodologie, par rapport à une situation où il n'y aurait que 2 ou 3 équipes sur le terrain. Les organisateurs de l'étude doivent donc viser à obtenir l'échantillon le plus petit possible, à condition qu'il permette d'obtenir des résultats significatifs. En même temps, il est important d'investir le plus possible dans la qualité de la collecte des données afin d'éviter des biais systématiques.

11.5.1 Biais systématiques

Les biais systématiques produisent, de manière constante, des valeurs trop élevées ou trop basses par rapport à la vraie valeur de la variable mesurée. S'il existe des biais systématiques sérieux, la taille de l'échantillon de l'étude n'a pas d'importance parce que les enquêteurs vont constamment mesurer les valeurs erronées en raison du problème existant dans la méthodologie de collecte des données.



Catégories d'erreurs systématiques qui peuvent apparaître et solutions possibles :

1. **Biais du questionnaire.** Causés par des questions mal formulées ou mal traduites. L'interprétation des questions peut différer selon la langue locale par rapport au texte en français ou en anglais. Cela peut être réduit en prenant soin de « pré-tester » le questionnaire à plusieurs reprises sur le terrain afin de le rendre compréhensible et facile à utiliser. Avec un échantillon de plus de 1000 ménages, il est souhaitable que toutes les questions soient fermées lors de la phase de prétest. L'analyse de milliers de réponses ouvertes est difficile.
2. **Biais du répondant.** Le répondant peut communiquer de fausses informations parce qu'il craint d'être considéré comme ignorant, parce qu'il croit qu'une certaine réponse est socialement attendue, ou parce qu'il s'attend à recevoir des récompenses en fournissant certaines informations. Le répondant peut cacher des informations sur ses revenus, craignant que l'enquête ne mène à une imposition. Un répondant peut aussi oublier les faits ou mal comprendre les questions.
3. **Biais de non-réponse.** L'intervieweur peut ne pas trouver les personnes au domicile des ménages sélectionnés au hasard, ou le répondant peut refuser de participer à l'enquête. Les enquêtes se déroulent souvent entre 9 heures et 17 heures, lorsque les membres du ménage travaillent. Dans les études menées en Afrique, les biais de non-réponse des ménages peuvent atteindre 30 %. Les facteurs qui influencent les membres d'un ménage à leur domicile peuvent être culturels, liés au type de profession ou aux capacités mentales et physiques. Par exemple, les ménages « non-répondants » sont susceptibles d'avoir un revenu moyen plus élevé, ce qui biaise l'étude. De même, lors de l'encadrement d'enquêtes au sein de la structure de santé, le responsable peut être absent, tandis que les autres membres du personnel répondent aux questions mais ont une perspective différente de celle du responsable.
4. **Biais d'interviewer ou de l'encodeur de données.** Les opinions personnelles des enquêteurs, des encodeurs ou des superviseurs de l'étude peuvent biaiser les résultats. Les enquêteurs peuvent utiliser un langage verbal ou non-verbal pour indiquer quelle est la réponse « correcte ». Il peut y avoir des erreurs lorsque l'enquêteur ne lit pas correctement la question.
Lors de la sélection des enquêteurs, on peut viser une répartition équilibrée entre hommes et femmes. Il est préférable de sélectionner les enquêteurs déjà qualifiés et expérimentés. Selon l'expérience des enquêteurs, la formation organisée peut durer de 2 à 5 jours. Le biais de l'enquêteur

est réduit en recourant à des jeux de rôle lors de la formation. Lorsque les superviseurs ont des doutes sur les données, ils peuvent également observer directement les enquêteurs lors des entretiens de terrain. Les superviseurs et les coordonnateurs doivent vérifier les questionnaires le jour même, et la saisie des données doit commencer sur le terrain, afin que d'éventuelles omissions ou erreurs manifestes puissent encore être corrigées. Des enquêtes de contre-vérification peuvent être menées auprès des mêmes ménages pour contrôler la fiabilité.

5. **Biais de confidentialité.** Pour des questions sensibles, telles que celles concernant la santé reproductive, le VIH/SIDA ou les revenus du ménage, l'enquête peut ne pas vouloir répondre en présence de ses membres de la famille. Dans ce cas, l'enquêteur doit trouver une stratégie pour lui poser les questions en toute confidentialité, sans que les autres membres de la famille n'entendent. Par ailleurs, les enquêteurs doivent souligner que l'entretien est confidentiel et qu'il convient d'éviter que les voisins ou les amis assistent à l'entrevue.
6. **Le biais de sélection au hasard.** Les exemples sont : (a) la sélection de l'échantillon n'a pas (vraiment) été effectuée au hasard. Par exemple, (a) seules des personnes qui se sont présentées spontanément ont été sélectionnées, (b) ou bien des villages isolés ont été exclus en raison de la distance.
7. **Biais d'interprétation.** Les erreurs dues à une mauvaise interprétation des résultats. Ceci peut être le cas lorsque le chercheur tente de démontrer l'hypothèse. Les examens des résultats et les analyses par des pairs peuvent réduire ce type de biais.

11.5.2 Biais Statistiques

Un biais statistique ou une erreur d'échantillonnage. L'erreur d'échantillonnage dépend de :

- La taille de l'échantillon (n). Quand une question est posée à seulement quelques personnes, celles-ci ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population. Au contraire, lorsque la même question est posée 1000 fois, à un échantillon choisi au hasard au sein de cette population, la moyenne des réponses peut être plus proche de la moyenne des réponses qui serait obtenue dans le cas où la question aurait été posée à l'ensemble de la population cible.
- La valeur de la fréquence attendue de la caractéristique étudiée ou de l'événement revêt une importance. En effet, si l'événement est fréquent (disons que sa probabilité est comprise entre 20 et 80 %), un échantillon relativement faible suffira. Cependant, lorsque l'événement est rare (comme la mortalité maternelle), on a besoin d'un échantillon beaucoup plus grand.
- S'il existe une grande variété de résultats possibles, il est nécessaire de sélectionner un échantillon plus large.
- La taille de l'échantillon dépend également du niveau de précision souhaité pour une étude donnée. Plus la précision est nécessaire, plus l'échantillon doit être grand.
- Lorsqu'une approche d'échantillonnage par grappes est choisie, il existe un « effet de grappe » : les individus d'une même grappe ont tendance à se ressembler, ce qui réduit la puissance statistique des résultats et nécessite un échantillon plus important.

Pour plus de détails sur les méthodes statistiques, il convient de se référer à des ouvrages spécialisés.

11.6 Enquêtes de ménages

11.6.1 Définitions, objectifs et indicateurs

Un ménage est défini comme une personne ou un groupe de personnes qui vivent ensemble, occupent le même logement et partagent les mêmes ressources, et surtout le même repas. Un ménage peut également comprendre du personnel domestique, comme un cuisinier ou un chargé d'entretien.

L'objectif d'une enquête auprès des ménages dans le cadre des interventions FBP est généralement d'obtenir une meilleure compréhension du comportement de la population qui recherche des soins de santé. L'enquête auprès des ménages peut viser à identifier la demande non satisfaite par les activités de base des services de santé, telles que la prévention du paludisme, la distribution de moustiquaires, les accouchements réalisés par du personnel qualifié au sein de la structure, la planification familiale, etc. L'enquête peut également recueillir des informations sur la satisfaction des patients à l'égard des services fournis par les structures de santé, telles que le temps d'attente, le respect du personnel, la disponibilité des médicaments, etc.

Les enquêtes ménages peuvent aussi être menées pour collecter des informations sur des indicateurs d'impact tels que : (a) les dépenses de santé par personne et par an ; (b) les épisodes des maladies par personne et par an ; (c) le taux de natalité et le taux de mortalité infantile ; (d) la proportion de ménages ayant accès à l'eau potable et à des champs agricoles fertiles ; (e) le type de maisons dans lesquelles les ménages vivent, leur accès à des latrines et l'utilisation qu'ils en font.

Les études de ménages recueillent habituellement des informations sur les indicateurs outputs subventionnés par le programme FBP. Les indicateurs output concernent le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau du centre de santé et le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau de l'hôpital. Le PMA comprend les soins curatifs, tels que les consultations externes, les journées d'hospitalisation, les accouchements assistés, ainsi que des interventions de santé publique, telles que la distribution de moustiquaires, l'espacement des naissances et l'assainissement. Les données recueillies serviront également de points de référence pour la fiabilité des données issues du Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

L'enquête auprès des ménages permet également de recueillir des informations sur des questions telles que l'accessibilité financière, l'équité d'accès aux soins et la proportion des dépenses de santé par rapport au revenu du ménage. Cette proportion devrait être comparée entre les différents groupes socio-économiques (ou entre les quartiles), afin d'examiner si les personnes pauvres ont davantage de difficultés à payer. Le coût moyen d'une consultation ou d'une admission du patient fournit également des informations importantes sur l'accessibilité financière.

11.6.2 Méthodologie des enquêtes de ménages

La taille de l'échantillon est calculée en fonction de la population cible. Ainsi, pour une population cible d'environ 1 000 000 de personnes, un échantillon de 600 à 1 000 ménages peut suffire à obtenir une statistique significative pour des événements survenant avec une certaine régularité, comme les accouchements ou les épisodes d'une maladie.

Les enquêtes ménages FBP sont souvent des enquêtes aléatoires stratifiées et en grappes, où des grappes de 25 à 30 ménages sont choisies au hasard. Les grappes peuvent être sélectionnées, soit à partir des unités statistiques démographiques, soit à partir de l'aire de santé (ou d'influence) des centres de santé. La population est généralement stratifiée par province ou par district sanitaire ainsi qu'en population rurale ou urbaine. Ainsi, si la population d'un district est le double de celle d'un autre, ce premier district

aura également un nombre de grappes deux fois plus élevé. Si 33% de la population vit en milieu urbain, il est nécessaire que 33% des grappes soient tirées dans la strate urbaine.

L'approche de sélection par grappes. En supposant que chaque ménage FBP enquêté prenne en moyenne 1 heure, l'expérience montre que chaque enquêteur peut couvrir au maximum cinq ménages par jour, de sorte qu'une seule grappe de 25 ménages peut être couverte par une équipe de cinq enquêteurs en une journée. Dès lors, une équipe d'enquête peut comprendre cinq enquêteurs, un superviseur et un chauffeur. Une grappe de 30 ménages serait préférable, mais nécessiterait une équipe de huit personnes avec leurs bagages, ce qui est difficile à loger dans une jeep comme une Land Cruiser. Dans chaque grappe, 2 ou 3 villages ou banlieues doivent être sélectionnés au hasard. Une fois dans le village, l'intervieweur détermine une direction au hasard en utilisant la « méthode du BIC » (jeter un stylo à bille en l'air et suivre la direction indiquée par la pointe, à partir du milieu du village ou du quartier). Les ménages sont choisis progressivement, en respectant un pas de deux ou de trois maisons, jusqu'à ce que cinq aient été interviewés.

11.7 Les enquêtes de qualité des structures

L'objectif des enquêtes sur la qualité de base des structures est d'établir le point de départ de la qualité des soins ou de l'enseignement dans la zone d'intervention FBP et dans la zone témoin. Les indicateurs ne sont pas exhaustifs, mais ils devraient donner une bonne impression de la qualité. Dans ce cas, les mêmes indicateurs devraient être réutilisés pour l'évaluation, au bout de 2 à 3 ans, afin de permettre une comparaison. Au Burundi, en RCA et en RDC, un questionnaire comportant 57 indicateurs composites a été administré auprès des structures de santé.

11.8 Enquêtes semi-structurées avec les responsables des structures

Ces enquêtes « semi-structurées » sont souvent menées auprès des responsables des structures de santé. L'objectif est de recueillir des informations supplémentaires sur la supervision, le recouvrement des coûts, l'aide extérieure et les aspects financiers. L'étude fournit également des informations importantes sur la présence de personnel qualifié par rapport à la norme et sur ce qu'il serait raisonnable de payer au personnel de santé, comme le salaire de base (montant fixe) et en primes de performance (montant variable).

12. CHOIX des INDICATEURS OUTPUT, CIBLES et SUBSIDES

Jean Baptiste HABAGUHIRWA – Robert SOETERS

Principaux messages du module

- Le nombre d'indicateurs output FBP SMART choisis ne devrait ni être inférieur à 25 ni exclure des services clés. Il ne devrait pas non plus dépasser 40, afin d'éviter de rendre le processus mensuel de vérification trop complexe.
- Dans les pays à revenu intermédiaire ou faible, la plupart du temps, les subsides FBP ne représentent que 10 à 30 % des revenus totaux du prestataire. Dans une telle situation, les subsides FBP devraient être axés sur des activités générant des externalités positives, sur des caractéristiques de biens publics et sur des bonus ciblant les zones géographiques et les individus vulnérables.
- Les subsides FBP pour les autres activités, curatives pour la plupart, restent modestes en proportion et visent principalement à en améliorer la qualité.
- Il est important de comprendre les différences entre les indicateurs d'output, de processus, de qualité et d'impact.

12.1 Différents types d'indicateurs

Un **indicateur** est une mesure du degré de réalisation d'un objectif. Il souligne les progrès accomplis vers l'objectif fixé. Un indicateur doit être SMART : **S**pécifique, **M**esurable, **A**ceptable, **R**éalisable et disponible dans le **T**emps.

1. **Spécifique** : qualifie exactement ce qui doit être réalisé, où et par qui, et en quantifie l'atteinte.
2. **Mesurable** : l'indicateur est chiffré, incontestable et reconnu comme tel par les acteurs.
3. **Acceptable** : accepté par les acteurs et les bénéficiaires.
4. **Réaliste** : énoncez les résultats réalisables, compte tenu des ressources disponibles (valides).
5. **Temps opportun** : il peut être recueilli dans le délai imparti.

Dans le langage FBP, le mot « indicateur » est souvent employé de manière interchangeable avec des activités telles qu'un « accouchement effectué par du personnel qualifié » ou une « consultation externe ». Strictement parlant, ce ne sont pas des indicateurs.

Des subsides FBP peuvent être versés pour : (a) les indicateurs output (ou quantitatifs) ; (b) les indicateurs de qualité ; (c) les aspects d'équité. Le nombre total *d'indicateurs output*, dans les centres de santé (paquet minimum d'activité) ou les hôpitaux (paquet complémentaire d'activité), n'est généralement ni inférieur à 25 ni supérieur à 40. S'il y a moins de 25 indicateurs, cela signifie que le système FBP devient un programme vertical, avec un nombre limité d'activités de santé. Plus de 40 indicateurs output rendent le système trop complexe et trop difficile à surveiller. Au niveau des écoles, on peut se contenter de 10 indicateurs principaux ou d'activités telles que « élève finissant un trimestre », en revanche, à l'école, les indicateurs composites de qualité FBP seront nombreux, jusqu'à 200.

Les **indicateurs de qualité** peuvent être nombreux (entre 120 et 200). Ils sont vérifiés au plus une fois par trimestre, et la prime de qualité est versée tous les trois mois, en fonction d'un score récapitulant tous les indicateurs de qualité, qui n'ont pas besoin d'être payés individuellement. Le FBP ne paie rien pour les **indicateurs de processus** qui mesurent si les services et les inputs du programme sont fournis, tels que le nombre de réunions, les formations du personnel ou le nombre de rapports produits. Les indicateurs de processus ne sont que des mesures intermédiaires de ce qui permet d'atteindre les outputs, la qualité et l'impact. Ils sont donc moins appropriés au versement de subsides.

Ils peuvent, en effet, avoir un effet pervers lorsqu'on détourne l'attention des objectifs réels d'un programme.

L'amélioration des **indicateurs d'impact** est évidemment importante à atteindre, mais elle ne peut l'être qu'après celle des indicateurs d'output et de qualité. En outre, la mesure des indicateurs d'impact, comme la mortalité maternelle ou le taux de mortalité, est difficile et coûteuse et, souvent, l'amélioration de ce type d'indicateur n'est pas uniquement liée à l'intervention FBP. De plus, il n'est pas conseillé de verser des subsides en fonction des indicateurs d'impact dans le cadre du FBP.

12.2 Indicateurs des outputs et leurs cibles

Le choix des indicateurs output doit porter sur : (a) des interventions et des activités qui ont une efficacité ou une efficience (= coût-efficacité) reconnue, établie par des preuves scientifiques ; (b) des interventions et des activités correspondant aux priorités nationales de la politique du ministère de la Santé ou d'autres ministères ; (c) des interventions et des activités disposant d'un indicateur SMART ; (d) des interventions et des activités applicables au niveau des soins désirés (PMA, PCA – scolaire, hôpital tertiaire, programmes spéciaux). On peut s'inspirer de la liste des indicateurs PMA et PCA d'un autre pays et l'adapter aux réalités spécifiques de son propre pays. Avec un groupe d'experts, on peut faire un choix et, en cas de débats, appliquer la méthode du *Turning Point*. Tous les 12 à 18 mois, on peut passer en revue les indicateurs et les adapter en fonction de l'expérience acquise à l'échelle nationale.

Le tableau ci-dessous présente les activités (ou indicateurs) souvent incluses dans les interventions FBP au niveau du centre de santé. Les cibles sont parfois basées sur les recommandations de l'OMS, mais plus souvent sur l'expérience et sur des études menées dans le pays. La cible des indicateurs d'output est toujours fixée à 100 %, même si l'étude de base montre une faible performance de l'activité. Ceci afin de s'assurer que tous les intervenants sont conscients des objectifs et de l'importance des problèmes. Toutefois, lorsque l'on fait le costing (module 13) on fait des hypothèses sur des cibles plus réalistes, ce qui permet de calculer un budget approximatif. Il est par ailleurs prévu que la réalisation des objectifs s'améliore au fil du temps, de sorte que le budget nécessaire soit augmenté progressivement.

12.2.1 Indicateurs PMA

Code	Indicateurs PMA	Formule de la cible	Description de la cible mensuelle
1.1	Consultation externe - infirmier : nouveau consultant	Pop / 12 x 80% x 90%	Population / 12 mois x 80% infirmier x 90% patient payant
1.2	Consultation externe médecin : nouveau consultant-	Pop / 12 x 20% x 90%	Population / 12 mois x 20% médecin x 90% patient payant
1.3	Consultation externe Patient indigent/vulnérable	Population / 12 x 10%	Population / 12 mois x 10% patient indigent
2.1	Journée d'hospitalisation	Pop / 1000 x 0.5 x 30 jours x 90%	1000 habitants occupent à tout moment 0.5 lit hospitalier x 30 jours pour calculer le cible mensuelle x 90% patients payants
2.2	Journée d'hospitalisation – Patient indigent/vulnérable	Pop / 1000 x 0.5 x 30 jours x 10%	1000 habitants occupent à tout moment un 0.5 lit hospitalier x 30 jours pour calculer le cible mensuelle x 10% patient indigent
3.1	Petite chirurgie	Pop / 12 x 7% x 90% x 90%	En moyenne, 7% de la population nécessite chaque année une petite chirurgie / 12 mois x 90% au niveau primaire x 90% patient payant
3.2	Petite chirurgie – Patient indigent/vulnérable	Pop / 12 x 7% x 90% x 10%	En moyenne, 7% de la population nécessite chaque année une petite chirurgie / 12 mois x 90% au niveau primaire x 10% patient indigent
4.1	Patient Référé, et arrivé, à l'hôpital	Pop x 1 / 12 x 1%	Population / 12 mois x 1% de la population qui nécessite une référence
5.1	Cas d'IST traitée selon le protocole	Pop x 3% / 12 x 80%	Population x 3% qui ont une IST / 12 mois x 80% niveau primaire
6.1	Enfant complètement vacciné	Pop x 4% / 12	Population / 12 x 4% enfants 0-11mois
7.1	TPI1, TPI2 ou TPI3	Pop x 4.5% / 12 x 3 x 90%	Traitement préventif Intermittent (TPI) du paludisme chez la femme enceinte : Pop x 4.5% / 12 mois x 3 doses x 90% PMA
8.1	TD2, TD3, TD 4 ou VAT5	Pop x 4.5% / 12 x 2	Femmes enceintes : Pop x 4.5% / 12 mois [ayant reçu au moins 2 deux doses de vaccin antitétanique (VAT2, VAT3, VAT4 ou VAT5) durant la grossesse]

Code	Indicateurs PMA	Formule de la cible	Description de la cible mensuelle
9.1	Distribution Vitamine A	Pop x 16.5% / 12 x 2	Enfants âgés de 6 à 59 mois (=Pop x 16.5%) qui reçoivent Vit A / 12 mois x 2 doses
10.1	CPN1, CPN2, CPN3 ou CPN4	Pop x 4.5% / 12 x 4 x 90%	Femmes enceintes (= Pop x 4.5%) / 12 mois qui vont au moins 4 fois à une Consultation Périnatale (CPN) durant leur grossesse pour une CPN – dont 90% au niveau primaire
11.1	Accouchement eutocique	Pop x 4% / 12 x 80% x 70% x 90%	Population x 4% (= total accouchements par an) / 12 mois x 80% au niveau primaire x 70% eutociques x 90% patiente payant
11.2	Accouchement eutocique – Patiente indigente/vulnérable	Pop x 4% / 12 x 80% x 70% x 10%	Population x 4% (= total accouchements par an) / 12 mois x 80% au niveau primaire x 70% eutociques x 10% patient indigent
12.1	Accouchement dystocique	Pop x 4% / 12 x 80% x 30% x 90%	Population x 4% (= total accouchements par an) / 12 mois x 80% au niveau primaire x 30% dystociques x 90% patients qui paient
12.2	Accouchement dystocique – Patiente indigente/vulnérable	Pop x 4% / 12 x 80% x 30% x 10%	Population x 4% (= total accouchements par an) / 12 mois x 80% au niveau primaire x 30% dystociques x 10% patient indigent
13.1	Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) après avortement spontané (ou sur indication médicale)	Pop x 4.5% x 10% / 12 x 50% x 70%	Toutes les grossesses (=4.5% de la population par an) x 10% qui se terminent par un avortement / 12 mois x 50% et qui nécessitent un AMIU x 70% au niveau primaire
14.1	Consultation postnatale	Pop x 4% x 2 x 80% / 12	Après accouchement (=4%) des femmes font 2 consultation postnatale x 80% niveau primaire / 12 mois
15.1	PF : Nouvelle ou ancienne acceptante de pilules ou de produit injectables	Pop x 23% / 12 x 15% x 4 x 90%	Femmes en âge de procréer = 23% / 12 mois x 15% de toutes les femmes en âge de procréer qui utilisent la pilule ou un contraceptif injectable (= cible) x 4 contacts par an x 90% niveau primaire
16.1	PF : implants ou DIU	Pop x 23% / 12 x 4% x 90% / 3 ans	Femmes en âge de procréer = 23% / 12 mois x 4% de toutes les femmes en âge de procréer, qui utilisent le DIU ou un implant contraceptif x 90% au niveau primaire
17.1	Dépistage volontaire du VIH, y compris chez la femme enceinte	Pop x 10% / 12 x 70%	Chaque année 10% de la population est dépistée (4.5% sont des femmes enceintes) dont 70% au niveau primaire / 12 mois. Personnes ayant volontairement bénéficié d'un dépistage et de conseils pour le VIH et qui sont venues chercher le résultat
18.1	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV (prophylaxie PTME)	Pop x 4.5% x 4.2% / 12 x 70%	Femmes enceintes = 4.5% x 4.2% sont testées VIH+ et reçoivent des ARV / 12 mois x 70% niveau primaire
19.1	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	Pop x 4% x 4.2% / 12 x 70%	Les nouveau-nés de femmes enceintes (= 4% de la population par année) x 4.2% qui sont VIH+ et nécessitent ARV / 12 mois x 70% niveau primaire
20.1	Dépistage des cas de TB pulmonaire à microscopie positive par mois	Pop x (150/100.000) / 12 x 50%	Incidence TB = 150 / 100.000 dépistés avec microscopie positive (TPM+) x 50% au niveau primaire / 12 mois
21.1	Cas TB traités et guéris	Pop x (150/100.000) x 2 / 12 x 50%	Incidence TB = 150 / 100.000 x 50% au niveau primaire x 2 contacts par an / 12 mois
22.1	Visite à domicile selon protocole	Pop / 12 / 6 x 2	Chaque année deux visites au niveau primaire / 12 mois / 6 personnes (estimation) par ménage
23.1	Cas référés par les relais communautaires et arrivés dans la structure (plafonnés à 5% des CE)	Pop x 5% / 12	Pop x 5% / 12 mois pour : (a) Femmes enceintes référées avant l'accouchement ; (b) Mère référée pour la consultation postnatale ; (c) Nouvelle acceptante de PF référée ;
24.1	Cas d'abandons récupérés (plafonnés à 2% des CE)	Pop x 2% / 12	Population x 2% / 12 mois : (a) PEV enfants 0-11 mois ; (b) femmes enceinte ; (c) cas de MAS ; (d) traitement de tuberculose pulmonaire TPM+
25.1	Enfant 6-59 mois PEC pour une malnutrition aiguë modérée (MAM)	Pop x 16.5% / 12 x 6% x 6 visites	Enfants 6-59 mois (= 16.5%) / 12 mois pour lesquels 6% nécessitent un traitement standard de malnutrition aiguë modérée (MAM) à raison d'une visite tous les deux mois (6 visites)
26.1	Enfant 6-59 mois PEC pour une malnutrition aiguë sévère (MAS)	Pop x 16.5% / 12 x 1% x 12	Enfants 6-59 mois (= 16.5%) / 12 mois pour lesquels 1% nécessitent un traitement standard de malnutrition aiguë sévère à raison d'une visite par mois (12 visites) par an
29.1	Bonus Amélioration Qualité BAQ	Pop / 10.000 / 12 x 3	Une FOSA de niveau primaire qui couvre 10.000 habitants reçoit 3 BAQ par an de FCFA 600.000 (= \$ US 1000)

12.2.2 Indicateurs PCA - hôpitaux

Code	Indicateurs PCA	Formule de la cible	Description de la cible
51.1	Nouvelles consultations curatives - médecin (nouveaux cas)	Population / 12 x 15% x 90%	15% de la population consulte un médecin une fois par an / 12 mois - 90% patients payants
51.2	Nouvelle consultation - indigents + (et en cas d'épidémie)	Population / 12 x 15% x (7% + 3%)	15% de la population consulte un médecin x (7% indigents + 3% en cas d'épidémie)
52.1	Journée d'hospitalisation	Pop / 1000 x 0.5 x 30 jours x 90%	1000 habitants occupent à tout moment un 0.5 lit hospitalier x 30 jours pour calculer le cible mensuelle x 90% patients payants
52.2	Journée d'hospitalisation – indigents (et en cas d'épidémie)	Pop / 1000 x 0.5 x 30 jours x (7%+3%)	1000 habitants occupent à tout moment un 0.5 lit hospitalier x 30 jours pour calculer le cible mensuelle x (7% indigents + 3% en cas d'épidémie)
53.1	Contre référence arrivée au CS	Pop x 1 / 12 x 1%	Pop / 12 mois x 1% de la population qui nécessite une référence
54.1	CAS d'IST traitée selon protocole	Pop x 3% / 12 x 20%	Population x 3% qui a une IST / 12 mois x 20% niveau hospitalier
55.1	Dépistage des cas TB pulmonaire positifs (TPM+) par mois	Pop x (150/100.000) / 12 x 50%	Incidence TB = 150/100.000 dépistés (TPM+) x 50% au niveau hospitalier / 12 mois

Code	Indicateurs PCA	Formule de la cible	Description de la cible
56.1	Cas TB traités et guéris	Pop x (150/100.000) x 2 / 12 x 50%	Incidence TB = 150 / 100.000 x 50% au niveau hospitalier x 2 contacts par an / 12 mois
57.1	Chirurgie Majeure (non compris les césariennes)	Pop / 12 x 0,5% x 90%	En moyenne, 0.5% de la population nécessite, chaque année, un acte de chirurgie majeure / 12 mois x 90% patient payant
57.2	Chirurgie Majeure (hormis césarienne) – patient indigent/vulnérable	Pop / 12 x 0.5% x 10%	En moyenne, 0.5% de la population nécessite chaque année un acte de chirurgie majeure / 12 mois x 10% patient indigent
58.1	Petite Chirurgie	Pop / 12 x 7% x 10% x 90%	7% de la population nécessite chaque année un acte de petite chirurgie / 12 mois x 10% en milieu hospitalier x 90% patient payant
58.2	Petite Chirurgie – Patient indigent/vulnérable	Pop / 12 x 7% x 10% x 10%	En moyenne, 7% de la population nécessite chaque année un acte de petite chirurgie / 12 mois x 10% en milieu hospitalier x 10% patient indigent
59.1	Transfusion Sanguine	Pop / 12 x 0,5%	En moyenne 0.5% de la population nécessite chaque année une transfusion en milieu hospitalier
60.1	Accouchement eutociques	Pop x 4% / 12 x 8% x 90%	20% de tous les accouchements sont réalisés en milieu hospitalier. Parmi eux 8% sont eutociques et 12% dystociques x 90% patient payant
60.2	Accouchement eutocique – patiente indigente/vulnérable	Pop x 4% / 12 x 8% x 10%	20% de tous les accouchements sont réalisés en milieu hospitalier. Parmi eux 8% sont eutociques et 12% dystociques x 10% patient indigent
61.1	Césarienne	Pop x 4% / 12 x 5% x 90%	80% au niveau primaire - 20% dans des hôpitaux => 8% sont eutociques et 12% dystociques. Sur 12% dystociques, 5% sont des césariennes et 7% sont d'autres dystociques (sans césarienne) x 90% paiement patients
61.2	Césarienne – Patiente indigente/vulnérable	Pop x 4% / 12 x 5% x 10%	80% niveau primaire - 20% en milieu hospitalier => 8% eutociques et 12% dystociques. Sur 12% d'accouchements dystociques, 5% sont des césariennes et 7% sont d'autres dystociques (sans césarienne) x 10% patient indigent
62.1	Accouchement dystocique (ventouse ou forceps)	Pop x 4% / 12 x 7% x 90%	80% niveau primaire - 20% dans des hôpitaux => 8% eutociques and 12% dystociques. Sur 12% d'accouchements dystociques, 5% sont des césariennes et 7% d'autres dystociques (sans césarienne) x 90% patients payants
62.2	Accouchement dystocique (ventouse ou forceps) – Patiente indigente/vulnérable	Pop x 4% / 12 x 7% x 10%	80% niveau primaire - 20% dans des hôpitaux => 8% eutocique and 12% dystocique. Sur 12% d'accouchements dystocique, 5% sont des césariennes et 7% d'autres dystociques (sans césarienne) x 10% patient indigent
63.1	PF : Nouvelle ou ancienne acceptante de pilules ou produit injectable	Pop x 23% /12 x 15% x 4 x 10%	Femmes âge en âge de reproduction = 23% / 12 mois x 15% de toutes les femmes en âge de reproduction qui utilisent la pilule ou un contraceptif injectable (= cible) x 4 contacts par an x 10% niveau hospitalier
64.1	PF : implants ou DIU	Pop x 23% /12 x 4% x 10%/ 3 ans	Femmes en âge de procréer = 23% / 12 mois x 4% des femmes en âge de procréer utilisent un DIU des implants x 10% niveau hospitalier
65.1	PF : Méthode définitive - vasectomie ou ligature des trompes	Pop x 23% / 12 x 0.5%	23% de la population sont en couple / 12 mois x 0.5% des couples qui ont recours à la ligature de trompes ou la vasectomie chaque année (=cible)
66.1	AMIU après avortement spontané (ou sur indication médicale)	Pop x 4.5% x 10% / 12 x 50% x 30%	Toutes les grossesses (=4.5% de la population par an) x 10% qui terminent par un avortement / 12 mois x 50% qui nécessitent un AMIU x 30% au niveau hospitalier
67.1	Consultation prénatale (nouvelle et ancienne) CPN1, CPN2, CPN3 ou CPN4	Pop x 4.5% / 12 x 4 x 10%	4.5% grossesses / 12 mois / 4 contacts prénatals par grossesse x dont 10% dans les hôpitaux
68.1	TPI1, TPI2 ou TPI3	Pop x 4.5% /12 x 3 x 10%	Femmes enceintes (=4.5%) qui ont consulté pour la CPN et qui prennent soit le TPI1 soit le TPI2 soit TPI3 - niveau hospitalier (= 10%)
69.1	Dépistage volontaire du VIH (y compris chez la femme enceinte)	Pop x 10% /12 *30%	Chaque année 10% de la population est dépistée (4.5% sont des femmes enceintes), dont 30% au niveau hospitalier / 12 mois. Personnes ayant volontairement bénéficié d'un dépistage et de conseil volontaires pour le VIH et qui est venue chercher le résultat
70.1	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV (prophylaxie PTME)	Pop x 4.5% x 4.2% / 12 x 30%	Femmes enceintes = 4.5% x 4.2% sont testées VIH+ et reçoivent ARV / 12 mois par an x 30% niveau hospitalier
71.1	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	Pop x 4.5% x 4.2% / 12 x 30%	Les nouveau-nés femmes enceintes (= 4% de la population par année) x VIH+ et nécessitant des ARV (4.2%) /12 mois x 30% niveau hospitalier
72.1	Nouveau cas de VIH mis sous ARV	Pop x 4.2% x 30% x 50% / 12	4.2% de toute la population est VIH+ x 30% nécessite un traitement par les ARV x 50% en milieu hospitalier (PCA) / 12 mois
73.1	Patient sous ARV suivi semestriellement	Pop x 4.2% x 30% x 50% / 12 x 2	4.2% de la population est VIH+ x 30% nécessite de traitement par les ARV x 50% en milieu hospitalier / 12 mois x 2 contacts par an.
74.1	Enfants 6-59 mois PEC malnutrition aigüe sévère avec complication	Pop x 15.5% x 3% /12	15.5% sont des enfants de 6-59 mois x 3% qui nécessite chaque année traitement au niveau hospitalier / 12 mois
81.1	Bonus d'Amélioration de la Qualité (BAQ)	Pop / 50.000 / 12 * 3	Un hôpital qui couvre 50.000 habitants reçoit 3 BAQ par an de FCFA 1.200.000 (= \$US 2.000)

12.3 Critères pour établir les subsides par activité ou par indicateur

Les paquets minimum et complémentaires d'activités, au niveau des centres de santé et des hôpitaux, peuvent comprendre, chacun, entre 25 et 40 activités ou indicateurs. Pour chacun de ces indicateurs, les experts FBP doivent estimer le montant de base du subside à proposer aux structures de santé. Les subsides FBP ne « remboursent » pas le coût des activités correspondant à tous ces indicateurs, comme c'est le cas dans les systèmes d'assurance maladie, mais visent seulement à créer des incitations. Le subside peut être inférieur au coût de production engagée par la structure pour une activité donnée. Cela prend aussi en compte le fait que, dans les pays à faible revenu, les structures perçoivent en général d'autres revenus, tels qu'un appui fixe du gouvernement (salaires, budget de fonctionnement, inputs, etc.), des contributions provenant des bailleurs ainsi que des contributions de la population, au travers du recouvrement des coûts (= paiement direct) ou du paiement par les mutuelles. Le subside versé pour une activité n'est pas fixe et son montant peut être modifié tous les trois mois, ce qui doit être clairement précisé lors de la signature des contrats entre les agences d'achat et les structures de santé.

Les facteurs suivants peuvent jouer un rôle pour établir le montant des subsides de chaque activité :

- a. **Disponibilité des fonds :** Avec un financement adéquat, les subsides peuvent être fixés en fonction des cibles visées, mais aussi pour prévenir les risques de moral hazard et de demande induite par le prestataire. Lorsque, pour une raison quelconque, le budget global disponible est réduit, cela peut également entraîner une diminution du subside des indicateurs.
- b. **Les externalités positives :** exemples : le dépistage et le traitement de la tuberculose (TB), la vaccination et la planification familiale. Ces indicateurs justifient un subside plus élevé parce que, si le prix est laissé à la loi du marché, un tuberculeux peut décider de ne pas prendre de traitement et cette personne deviendra alors un risque pour la communauté. Un subside plus élevé permet d'éviter ce résultat indésirable, d'assurer que le traitement est gratuit et de faire en sorte que les structures de santé déploient des efforts supplémentaires, pour atteindre tous les malades de la tuberculose.
- c. **Les biens publics :** (*Tout le monde en profite et personne ne peut en être exclu*). Par exemple, le marketing social pour des comportements sains ou des activités dans l'intérêt national, telles que la planification familiale. Pour ces indicateurs, la subvention peut être égale au coût de production, voire plus élevée, afin de donner aux fournisseurs le signal le plus fort possible quant à son importance.
- d. **Les priorités politiques :** Les activités que le gouvernement considère comme prioritaires recevront des subsides plus élevés que les autres. Par exemple, au Burundi, le gouvernement a décidé que les accouchements assistés et les consultations pour les enfants de moins de 5 ans sont des priorités nationales. En conséquence, la subvention de ces activités a augmenté.
- e. **Niveau de réalisation des objectifs** lors de la mise en œuvre du programme FBP : si la cible est atteinte ou dépassée, la subvention restera inchangée ou pourra être réduite. Au contraire, pour un indicateur qui fonctionne mal, la subvention sera augmentée.

12.4 Outils de collecte des données primaires

Les registres des indicateurs doivent être bien lisibles avec toutes les colonnes remplies. Si certaines informations manquent, le service correspondant n'est automatiquement ni rémunéré ni validé. L'agent de vérification peut, par exemple, utiliser un stylo rouge pour barrer le service et/ou faire des annotations. Si le numéro de téléphone mobile du bénéficiaire n'est pas enregistré, l'activité n'est pas

rémunérée. En cas d'absence de téléphone mobile personnel, le client peut fournir n'importe quel numéro, comme celui d'un membre de la famille, du voisin, ou du chef du village/quartier.

12.5 Exercice indicateurs 1

1. Quelles sont les conséquences négatives pour le système FBP quand un indicateur n'est pas SMART ?
2. Quelles sont les différences entre les indicateurs de résultat output, payés chaque mois, et les indicateurs de qualité, payés après un audit de qualité réalisé trimestriellement ?
3. Pourquoi n'est-il pas conseillé de mettre des indicateurs de processus des prestataires (sessions de réunions, rapports soumis, séances IEC, voyages à moto) dans les indicateurs de résultats output du FBP ?
4. Étudiez la liste suivante des indicateurs :
 - Mortalité maternelle ;
 - Proportion de malnutrition ;
 - Accouchement institutionnel ;
 - Incinérateur fonctionnel avec fosse septique en enclos et sous clé ;
 - Documents de gestion du CS mis dans des classeurs et accessibles pour le personnel de garde ;
 - Présence d'une accoucheuse qualifiée dans le CS ;
 - Nombre de réunions tenues par le Comité de Santé ;
 - Nombre d'ateliers suivis par le Médecin Chef de Zone / District ;
 - Réunion technique de service avec Procès-Verbal ;
 - Personne testée VCT (test et consultation VIH volontaire) et qui a été informée du résultat ;
 - Femme enceinte bénéficiant de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) ;
 - Présence permanente d'un infirmier qualifié dans le CS ;
 - Évaluation de la qualité, faite par les superviseurs des autorités de santé dans les structures privées ;
 - Épisodes de maladie par habitant par an ;
 - Satisfaction du patient sur la durée d'attente ;
 - Recettes de la formation sanitaire par mois ;
 - Nombre de personnels qualifiés par CS.
- 4a. Lesquels de ces indicateurs peut-on intégrer dans la liste de résultats output subventionnés mensuellement par le FBP ?
- 4b. Parmi ces indicateurs, lesquels peuvent être intégrés dans la revue trimestrielle de qualité par les autorités ? Est-il important de mesurer les indicateurs qui ne sont pas retenus aux points 4a ou 4b ? Oui ou non ? Si oui, expliquez pourquoi et par quelle méthode ?
5. L'indicateur « malade grave référé et évacué » a été considéré comme important, mais pose également des problèmes de vérification. Discutez des exemples suivants de référence et proposez quel subsidie le FBP pourrait payer et pourquoi ? Paludisme grave ? Cataracte ? Hernie ? Crise d'hypertension du chef de village ? Complication pendant un accouchement ?
6. Est-ce que les indicateurs d'impact doivent être payants ? La mortalité intrahospitalière ? La mortalité maternelle ? Oui ou non ? Justifiez votre réponse.
7. Analysez les activités (indicateurs) suivantes et proposez quelle proportion du coût de production les subsides doivent représenter ? 0%, 10%, 25%, 50%, 75%, 100% ou plus ?
Expliquez votre réponse en tenant compte des concepts de biens publics, d'externalités et d'équité
 - Patient TB ayant correctement reçu un traitement DOTS pendant 6 mois.
 - Pneumonie sévère nécessitant une cure d'antibiotiques.
 - Endoscopie dans un hôpital universitaire.
 - Subside pour une moustiquaire vendue et utilisée par un ménage.
 - Le Président de la République décide que les CE pour les enfants de 0 à 5 ans sont gratuites : quel subsidie ?
 - Latrine adéquate construite dans un ménage.
 - Enfant complètement vacciné.

12.6 Exercice indicateurs 2 : Cas du Centre de Santé d'IBO

La population de votre FOSA est de 10 000 habitants.

- À partir des chiffres de la population cible et des formules de calcul figurant dans le deuxième tableau, calculer la cible mensuelle de chacun des indicateurs FBP du tableau ci-dessous afin de compléter la colonne A.

Dans la colonne (B) de ce tableau, on vous donne la valeur de base (Baseline en %) de ces indicateurs (résultat d'enquête ou valeur obtenue au trimestre précédent).

- Planifier la cible en % à atteindre pour votre aire de santé (colonne C) au prochain trimestre pour l'ensemble des indicateurs.
- Calculer le nombre de patients attendus (colonne D), pour le prochain trimestre.
- Calculer le montant des subsides attendus du trimestre pour ces indicateurs quantitatifs (colonne F)
- Analyser si les prix unitaires des indicateurs du subside pour la consultation externe adulte, avec un indice 1 = F 150, sont raisonnables.
- Faire la somme (**total outputs**),
- Calculer le montant des **primes d'équité** du district et de la FOSA, sachant que le bonus d'équité a été fixé à 60 % pour votre structure.
- Puis calculer le montant de la **prime de qualité** (sachant que la qualité de vos services pourrait être évaluée à 75%, par exemple),
- Et enfin, calculer le **montant total des subsides attendus pour le prochain trimestre** (colonne F).

N°	Indicateurs du PMA DE BASE	Cible mensuelle 100% (Volume) (A)	Étude base / Trimestre Précédent (B)	Cible à atteindre au prochain trimestre (%) (C)	Nombre de patients attendus dans le Trimestre (Volume) = $A \times C \times 3 = (D)$	Prix Unitaire (FCFA) (E)	Subsides attendus du prochain trimestre (FCFA) $D \times E = (F)$
1.1	Nv consultation externe à partir 6 ans		44%	%		F 150	
1.2	Nv consultation externe à partir 6 ans - indigent		20%	%		F 900	
2.1	Nv consultation externe enfant 0-59 mois		97%	%		F 150	
2.2	Nv consultation externe enfant 0-59 mois - indigent		43%	%		F 900	
3.1	Journée de mise en observation (niveau primaire) max 3 jours		25%	%		F 300	
3.2	Journée de mise en observation (niveau primaire) - indigent		13%	%		F 1,800	
4.1	Petite chirurgie - y inclut circoncision		84%	%		F 600	
4.2	Petite chirurgie - indigent		115%	%		F 3,600	
5.1	Référence avec le contre référence reçue		47%	%		F 600	
5.2	Référence avec le contre référence reçue - indigent		0%	%		F 3,600	
6.1	Enfants vaccinés Pentavalent 3, VPO3/VPI et PCV13 3		43%	%		F 900	
7.1	Enfants complètement vacciné (y compris VAR anti-Rougeole + VAA (Fièvre Jaune)		36%	%		F 750	
8.1	Nombre de femmes enceintes ayant reçu VAT 2/TD2 ou plus		34%	%		F 450	
9.1	Consultation prénatale 1-4		60%	%		F 450	
10.1	Consultation postnatale (J6-J8 et S6-S8)		37%	%		F 450	
11.1	Nombre d'accouchement eutocique institutionnel		101%	%		F 1,500	
11.2	Accouchement eutocique - indigent		60%	%		F 9,000	
12.1	Accouchement dystocique		34%	%		F 2,250	
12.2	Accouchement dystocique - indigent		55%	%		F 13,500	
13.1	Consultation PF (ancienne et nouvelle) - contraceptif oral ou d'injectable		21%	%		F 1,500	
14.1	Consultation PF (ancienne et nouvelle) - DIU et implant		4%	%		F 3,750	
15.1	AMIU post-avortement ou avortement thérapeutique		0%	%		F 3,000	
16.1	Enfant de 6-59 mois PEC pour malnutrition aigüe modérée (MAM)		23%	%		F 1,200	
17.1	Enfant 6-59 mois PEC malnutrition aigüe sévère (MAS) sans complication		122%	%		F 1,650	

N°	Indicateurs du PMA DE BASE	Cible mensuelle 100% (Volume) (A)	Étude base / Trimestre Précédent (B)	Cible à atteindre au prochain trimestre (%) (C)	Nombre de patients attendus dans le Trimestre (Volume) = A x C x 3=(D)	Prix Unitaire (FCFA) (E)	Subsides attendus du prochain trimestre (FCFA) D x E=(F)
18.1	Visite à domicile selon protocole		21%	%		F 1,050	
19.1	Cas référés par relais communautaire et arrivé (plafond 5% des CE)		91%	%		F 300	
20.1	Cas d'abandon récupérée (plafond 2% CE)		15%	%		F 900	
21.1	Dépistage volontaire du VIH/SIDA y compris femmes enceintes		116%	%		F 750	
22.1	Femme enceinte VIH+, traitement prophylactique ARV		66%	%		F 3,000	
23.1	Nv nés de mère VIH+ traitement prophylactique ARV		29%	%		F 3,000	
24.1	Patient vivant VIH sous ARV suivie pendant 3 mois		57%	%		F 5,250	
25.1	Patient vivant VIH nouvellement mis sous ARV		7%	%		F 2,250	
26.1	Dépistage des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TB TPM+) par mois		14%	%		F 2,400	
27.1	Cas TBC (TPM+) traités et guéris		5%	%		F 10,050	
40.1	Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ)		72%	%		F 750,000	
						TOTAL :	
		PRIME FOSA EQUITE entre 0-80%) – 60% (exemple):					
						SOUS TOTAL (= TOTAL x Prime) :	
						Bonus Qualité Trimestriel = SOUS TOTAL x 15% x 75% (exemple) :	
						TOTAL ATTENDU trimestre :	

Formules de Calcul et Subside par Indicateur

	Paquet minimum d'Activités	Formule de calcul de la cible	Facteur multiplicateur	Prix Unitaire (=E)
1.1	Nv consultation externe à partir 6 ans	Population / 12 mois x 83% à partir de 6 ans x 80% patients qui peuvent payer	1	F 150
1.2	Nv consultation externe à partir 6 ans - indigent	Population / 12 mois x 83% plus de 6 ans x 20% patients indigent	6	F 900
2.1	Nv consultation externe enfant 0-59 mois	Population / 12 mois x 17% enfant x 3 épisodes x 80% patients qui peuvent payer	1	F 150
2.2	Nv consultation externe enfant 0-59 mois - indigent	Population / 12 mois x 17% enfant x 3 épisodes x 20% patients indigent	6	F 900
3.1	Journée de mise en observation (niveau primaire) max 3 jours	1000 habitants occupent à tout moment un 1 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle x 80% patients qui peuvent payer	2	F 300
3.2	Journée de mise en observation (niveau primaire) - indigent	1000 habitants occupent à tout moment un (1) lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle x 20% indigents	12	F 1,800
4.1	Petite chirurgie - y inclut circoncision	6% de la population nécessite chaque année une petite chirurgie / 12 mois x 90% au niveau primaire x 80% patients qui peuvent payer	4	F 600
4.2	Petite chirurgie - indigent	En moyen, 6% de la population nécessite chaque année une petite chirurgie / 12 mois x 90% au niveau primaire x 20% indigent	24	F 3,600
5.1	Référence avec le contre référence reçue	Population / 12 mois x 2% de la population qui nécessite une référence x 80% patients qui peuvent payer	4	F 600
5.2	Référence avec le contre référence reçue - indigent	Population / 12 mois x 2% de la population qui nécessite une référence x 20% des patients indigent	24	F 3,600
6.1	Enfants vaccinés Pentavalent 3, VPO3/VPI et PCV13 3	Population / 12 x 4.2% enfants 0-11 mois	6	F 900
7.1	Enfants complètement vacciné (y compris VAR anti-Rougeole + VAA (Fièvre Jaune)	Population / 12 x 4.2% enfants 0-11 mois	5	F 750
8.1	Nombre de femmes enceintes ayant reçu VAT 2/2D2 ou plus	Femmes enceintes (4.7%) / 12 mois VAT2 or VAT3 or VAT4 or VAT5	3	F 450

	Paquet minimum d'Activités	Formule de calcul de la cible	Facteur multiplicateur	Prix Unitaire (=E)
9.1	Consultation prénatale 1-4	Femmes enceintes (= 4.7%) / 12 mois qui vont 4 fois par grossesse pour une CPN x 85% niveau primaire	3	F 450
10.1	Consultation postnatale (J6-J8 et S6-S8)	Après accouchement (=4.2%) femme fait 2 consultation postnatale x 85% niveau primaire / 12 mois	3	F 450
11.1	Nombre d'accouchement eutocique institutionnel	Population x 4.2% (= total accouchements par an) / 12 mois x 75% au niveau primaire x 85% eutociques x 80% patients qui peuvent payer	10	F 1,500
11.2	Accouchement eutocique - indigent	Population x 3.5% (= total accouchements par an) / 12 mois x 75% au niveau primaire x 85% eutociques x 20% patients indigents	60	F 9,000
12.1	Accouchement dystocique	Population x 4.2% (= total accouchements par an) / 12 mois x 75% au niveau primaire x 15% dystociques x 80% patients qui peuvent payer	15	F 2,250
12.2	Accouchement dystocique - indigent	Population x 4.2% (= total accouchements par an) / 12 mois x 75% au niveau primaire x 15% dystociques x 20% patients indigents	90	F 13,500
13.1	Consultation PF (ancienne et nouvelle) - contraceptif oral ou d'injectable	Femmes âge reproductive = 24.1% / 12 mois x 15% de toutes les femmes âge reproductive qui utilise pilule et injectable (= cible) x 4 contacts par an x 90% niveau primaire	10	F 1,500
14.1	Consultation PF (ancienne et nouvelle) - DIU et implant	Femmes âge reproductive = 24.1% / 12 mois x 2% de toutes les femmes âge reproductive qui appliquent le DIU ou implant x 90% niveau primaire	25	F 3,750
15.1	AMIU post-avortement ou avortement thérapeutique	Toutes les grossesses (=4.7% de la population par an) x 10% qui termine par un avortement / 12 mois x 50% qui nécessite un curetage x 50% au niveau primaire	20	F 3,000
16.1	Enfant de 6-59 mois PEC pour malnutrition aigüe modérée (MAM)	Enfants 6-59 mois (= 15.5%) / 12 mois de quels 6% nécessite traitement standard malnutrition aigüe modérée MAM x 6 visites par an	8	F 1,200
17.1	Enfant 6-59 mois PEC malnutrition aigüe sévère (MAS) sans complication	Enfants 6-59 mois (= 15.5%) / 12 mois de quels 1.9% nécessite traitement standard malnutrition aigüe sévère MAS x 12 visites par année	11	F 1,650
18.1	Visite à domicile selon protocole	En moyenne une visite par an au niveau primaire / 12 mois / 5 personnes x 2 visites	7	F 1,050
19.1	Cas référés par relais communautaire et arrivé (plafond 5% des CE)	Pop x 5% / 12 mois pour : (a) Femmes enceintes référées pour accouchement ; (b) Mère réferee pour consultation postnatale ; (c) Nouvelle acceptante PF référée ;	2	F 300
20.1	Cas d'abandon récupérée (plafond 2% CE)	Population x 2% / 12 mois : (a) PEV enfants 0-11 mois ; (b) femmes enceinte ; (c) cas de MAS ; (d) traitement de tuberculose TPM+	6	F 900
21.1	Dépistage volontaire du VIH y compris femmes enceintes	Chaque année 10% de la population est dépisté et conseillé volontairement de VIH et ont recueilli le résultat (4% sont femmes enceintes). 70% au niveau primaire / 12 mois.	5	F 750
22.1	Femme enceinte VIH+, traitement prophylactique ARV	Femmes enceintes = 4.7% x 4.5% sont testé VIH+ et reçoivent ARV / 12 mois x 70% niveau primaire	20	F 3,000
23.1	Nv nés de mère VIH+ traitement prophylactique ARV	Les nvx nés de femmes enceintes (= 4.2% de la population par année) x 4.5% qui sont VIH+ et nécessite ARV / 12 mois x 70% niveau primaire	20	F 3,000
24.1	Patient vivant VIH sous ARV suivie pendant 3 mois	4.9% de toute la population est VIH+ x 30% nécessite de traitement x 4 contacts par an x 50% au niveau primaire / 12 mois	35	F 5,250
25.1	Patient vivant VIH nouvellement mis sous ARV	4.9% de toute la population est VIH+ x 30% nécessite de traitement x 50% au niveau primaire / 12 mois	15	F 2,250
26.1	Dépistage des cas de tuberculose pulmonaire (TPM+) par mois	Incidence TB = 359 / 100.000 dépistés TPM+ x 50% au niveau primaire / 12 mois	16	F 2,400
27.1	Cas de tuberculose pulmonaire (TPM+) traités et guéris	Incidence TB = 359 / 100.000 x 50% au niveau premier x 2 contacts par an / 12 mois	67	F 10,050
40.1	Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ)	3 BAQ par aire de santé PMA par an de 10.000 population / 12	5,000	F 750,000

13. OUTIL de GESTION de la BOÎTE NOIRE : le PLAN de BUSINESS

Canut NKUMZIMANA – Jean Baptiste HABAGUHIRWA

Principaux messages du module

- Les prestataires et les autres parties prenantes du FBP élaborent des plans de business dans lesquels ils développent des stratégies visant à offrir des services de qualité. Les responsables sont encouragés à promouvoir le travail d'équipe lors de la conception et de la mise en œuvre du plan.
- Les gestionnaires des prestataires doivent être innovants, dotés d'esprit d'entreprise et autonomes pour trouver des solutions et obtenir des résultats. Ils doivent se sentir propriétaires de leur structure, tout en étant transparents envers le personnel et les autorités quant à l'utilisation de leurs ressources.
- Les prestataires ont la responsabilité de mobiliser des ressources financières et humaines suffisantes pour assurer la qualité des services. Le gouvernement et/ou d'autres organisations de financement extérieur ont la responsabilité de mobiliser des ressources suffisantes pour aider les zones et les individus vulnérables.

13.1 Introduction

Pour que le FBP ait du succès, il faut identifier un autre type de responsables que ceux des systèmes traditionnels. Ils doivent être qualifiés pour identifier les problèmes propres à leur zone d'influence (ou aire) et trouver des solutions spécifiques. Le manager « nouveau style » doit être un innovateur et un entrepreneur qui identifie les opportunités et recherche des ressources pour offrir des services de qualité. Tout en réalisant les objectifs sociaux, le responsable et le personnel devraient également considérer la structure comme une source de revenus. La structure et son personnel deviennent une *entreprise sociale*.

L'autonomie des prestataires signifie que les stratégies relèvent d'une affaire interne, dans laquelle les ACV et les autorités de santé ne devraient pas intervenir. Toutefois, cette autonomie ne signifie pas qu'il faut accorder aux gestionnaires la liberté de faire ce qu'ils veulent. Ils doivent posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre des techniques de gestion qui permettent à la structure d'être efficace. C'est dans cet esprit que les instruments de gestion (de la boîte noire) ont été développés pour le FBP.

Le premier de ces instruments est *le plan de business* décrit dans ce chapitre. Le second est l'outil de gestion appelé « *Outil indices* », qui aide les gestionnaires à analyser leurs recettes et leurs dépenses et à calculer en temps opportun les primes individuelles de performance du personnel. Il est décrit dans le module 14.

Les gestionnaires peuvent utiliser ces instruments de la boîte noire, ou les adapter comme ils le souhaitent, mais ils doivent le faire **de manière transparente**.

Les décisions qu'ils prennent relèvent de leur entière responsabilité, et peu importe la qualité, bonne ou mauvaise, de ces décisions, tant que des solutions sont trouvées et qu'ils enregistrent ce qu'ils font. Aucun planificateur central ne serait en mesure de prendre les milliers de petites décisions des centaines de gestionnaires d'un pays donné. Pour que cela fonctionne, les résultats attendus doivent être clairs, avec des indicateurs d'output et de qualité, objectivement vérifiables et SMART.

Nous préférons utiliser le concept de « plan de business », qui diffère de celui de « plan d'action » couramment utilisé dans les systèmes de santé traditionnels. Un plan de business a davantage de chances d'être mis en œuvre, car la structure ne peut obtenir de subventions et de primes de personnel qu'après avoir obtenu des résultats. Dans les « plans d'action », il n'y a souvent pas de relation entre les résultats

de l'action menée et les récompenses, ce qui n'encourage pas un engagement effectif du personnel dans leur mise en œuvre afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

13.2 Cycle de gestion d'un plan de business

Le cycle de gestion du FBP décrit quatre phases :

Pendant la *première phase* du processus de contractualisation, l'agence de contractualisation et de vérification invite les responsables des structures (et leurs équipes) à élaborer un « Plan de business » qui explique comment offrir à la population un paquet de qualité à un coût abordable. La *deuxième phase* consiste en la mise en œuvre du plan d'affaires par les prestataires de soins. Pendant la *troisième phase*, l'ACV, les autorités locales de régulation et les organisations communautaires vérifient méthodiquement les résultats déclarés par les structures en termes de « quantité » et de « qualité ». La *quatrième phase* du cycle de gestion du FBP comprend l'analyse de ces informations, la renégociation et le renouvellement ou l'annulation des contrats.

13.3 Mode de fonctionnement d'un plan de business ?

Un plan de business est un plan de travail trimestriel, qui propose **les stratégies** nécessaires pour atteindre les objectifs fixés par le gouvernement pour les paquets d'activités (centre de santé, hôpital, école, etc.). Le plan de business est un outil qui aide les gestionnaires à développer leurs idées et leurs innovations. Il décrit comment les activités subventionnées seront mises en œuvre et est habituellement élaboré tous les trois mois afin de permettre le renouvellement du contrat avec l'agence de contractualisation et de vérification. Le plan de business est le résultat d'un processus par lequel les gestionnaires des structures impliquent les acteurs de leur zone d'influence, ou aire de santé, à savoir les travailleurs du secteur de la santé, les représentants des cliniques privées et les membres du comité de santé. Le plan de business identifie les problèmes présents dans l'aire, par exemple le fait que les objectifs des services de santé et les cibles ne sont pas atteints, tente d'en expliquer les raisons et propose des stratégies de solutions réalistes pour y remédier. Le plan de business sert de base au contrat de performance, dans le cadre duquel les activités seront vérifiées afin que des subsides puissent être versés. Lorsque les résultats s'améliorent, les subsides augmentent, tout comme les primes individuelles de performance, qui permettent de motiver et de stabiliser le personnel.

Certains observateurs soutiennent que la préparation de plans de business tous les trois mois est trop de travail et proposent des intervalles plus longs, comme une fois tous les 6 mois ou même tous les 12 mois. Cependant, la préparation d'un plan tous les trois mois offre davantage de souplesse et permet d'accélérer les améliorations et d'identifier en temps opportun les problèmes de la structure. Quand une structure est mal gérée, les autorités et les ACV disposent d'un outil important pour intervenir lors de la renégociation du contrat, avec la possibilité, soit de retarder, soit, s'il le faut, d'annuler le contrat. C'est plus difficile lorsque le cycle du contrat est, par exemple, d'un an. Le renouvellement régulier des contrats permet également aux ACV et au gouvernement de modifier, au besoin et de manière flexible, les indicateurs ainsi que le montant des subsides par indicateur.

Les *composantes* d'un plan de business sont les suivantes :

- Le calcul de la cible de chaque indicateur ;
- L'analyse des problèmes liés à la non-atteinte des objectifs outputs et de qualité ;
- Les stratégies proposées pour résoudre les problèmes identifiés ;
- Les ressources humaines nécessaires et la façon dont le personnel est motivé ;
- Les besoins en infrastructure et en équipements, ainsi que la planification financière.

Le plan de business n'est pas le propre des seules structures de santé : il peut aussi être élaboré et soumis pour financement aux ACV par (a) les autorités locales de la régulation, (b) les ONGs et les autres fournisseurs de services du secteur de la santé qui répondent aux conditions pour être subventionnés par des fonds FBP, (c) et les prestataires de services d'autres secteurs, comme l'éducation ou le développement rural.

Le plan de business répond généralement aux questions suivantes :

- Comment améliorer la *qualité* des services de santé ? La direction de la structure peut être guidée, au travers d'un processus de planification initiale, quant à la manière d'investir une certaine somme d'argent pour mettre à niveau ses installations et répondre au mieux aux nouvelles normes de qualité. Établir des normes de qualité est exigeant, et choisir entre des priorités concurrentes peut s'avérer difficile. Il est préférable de laisser aux gestionnaires des structures de santé elles-mêmes la décision quant au choix des priorités. Le personnel connaît souvent mieux ce qui est nécessaire et quel niveau d'effort peut être fourni. Cette approche décentralisée rend les gestionnaires des structures et la communauté responsables de l'entretien de leurs services de santé. Elle leur permet de proposer des solutions locales à des problèmes spécifiques.
- Comment assurer l'*accessibilité géographique* aux services de santé pour la population ? Par exemple, les gestionnaires sont encouragés à signer des sous-contrats avec d'autres structures opérant dans la même aire de santé et à établir ainsi une collaboration permettant de résoudre des difficultés d'accès aux services.
- Comment assurer l'*accessibilité financière* aux services de santé pour les populations ? En tenant compte des coûts de production, des salaires du personnel et des médicaments, les gestionnaires doivent analyser les revenus nécessaires pour fournir leurs services. Le potentiel de génération de revenus des structures dépend également du pouvoir d'achat de la population. Les bailleurs de fonds, le gouvernement, les ACV et d'autres décideurs doivent, de ce fait, proposer des subsides réalistes qui aideront les structures qui les perçoivent à atteindre leurs objectifs sociaux. Le problème d'équité d'accès aux soins de la population ne constitue pas forcément un problème pour le personnel de la structure, qui aspire à gagner un salaire suffisant pour couvrir les besoins minimaux de sa famille. Toutefois, il incombe au gouvernement de doter les structures de ressources suffisantes pour leur permettre d'offrir à la population des services de qualité à un coût raisonnable. Lorsque les structures reçoivent des subventions adéquates, elles peuvent réduire leurs prix tout en s'assurant que les normes de qualité minimales sont respectées et que le personnel est motivé.
- Comment mettre en œuvre des stratégies de *marketing social* pour sensibiliser la population aux nouveaux services ou pour modifier des comportements indésirables ? Les plans de business expliquent le « *comment* » du marketing social, mais précisent aussi *qui* l'effectuera : seraient-ce les membres du comité de santé, les chefs religieux, les accoucheuses traditionnelles, etc. ?
- Combien de *personnel qualifié* chaque centre de santé devrait-il avoir ? Sur la base de cette analyse, la structure doit décider d'augmenter ou de diminuer son personnel en fonction de critères tels que la charge de travail, les normes nationales en matière de personnel qualifié, la volonté du personnel de faire des heures supplémentaires, ou, au contraire, d'avoir plus de temps libre avec un salaire inférieur au salaire minimal recommandé pour le niveau de qualification qui leur est propre. En recrutant des employés par contrat, il faut bien définir leurs responsabilités, mais aussi préciser leurs droits, comme dans les contrats standards figurant dans les paragraphes suivants.

13.4 Contrat de prestation entre une structure et un employé contractuel

Entre les soussignés

Formation Sanitaire : Représenté par :

D'une part,

Et Né le à

Nationalité :

Situation de famille : C.N.I. n°

D'autre part,

Le présent contrat à durée déterminée est établi et, outre les dispositions ci-dessous, sera régi par le contrat de performance signé entre l'ACV et la FOSA dans le cadre du Projet Financement Basé sur la Performance (FBP).

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le prestataire est recruté pour servir en qualité de au sein de la FOSA de, dans le cadre de l'exécution du Projet de Financement Basé sur la Performance (FBP) dans le district de santé de de la Région de

ARTICLE 2: DURÉE DU CONTRAT

- Le présent contrat est conclu pour une durée de douze (12) mois éventuellement renouvelable ;
- Le prestataire observera une période d'essai de deux (2) mois
- Il prend effet à compter de la date de signature du présent contrat.

ARTICLE 3 : DESCRIPTION DES TÂCHES DU PRESTATAIRE/CONSULTANT

- Assurer les prestations de l'ensemble du paquet minimum d'activités surtout au sein de la formation sanitaire (FOSA) ;
- Mener des stratégies avancées et mobiles dans les localités de la zone de responsabilité de la FOSA ;
- Assurer les services dans la formation de jour comme de nuit ;
- Mener des visites à domicile dans les ménages, dans les localités de la zone de responsabilité de la FOSA ;
- Suivre la tenue des registres au sein de la formation ;
- Trouver des stratégies pour augmenter la productivité de la FOSA ;
- Participer à l'élaboration et au suivi du plan de business et de l'Outil Indices ;
- Exécuter toutes les tâches qui lui sont confiées par le chef de centre, dans la limite de ses compétences.

ARTICLE 4 : LIEU DE TRAVAIL

Le prestataire est recruté pour servir à et a pour lieu de résidence à

ARTICLE 5 : Horaires de travail

La durée de travail est de 40 heures par semaine.

ARTICLE 6 : INDEMNITES

Le prestataire percevra une rémunération mensuelle, répartie ainsi qu'il suit :

- Une partie fixe de FCFA
- Une autre partie liée à la prime de performance. Le paiement de cette prime de performance ou de la partie variable est conditionné par la performance individuelle après réalisation des bénéfices par la FOSA selon les critères contenus dans l'Outil Indices.

ARTICLE 7: RESILIATION DU CONTRAT

- Le contrat prend fin en cas de désistement, de démission ou bien en cas de faute lourde du prestataire ou d'arrêt du Projet ;
- Le projet étant basé sur la performance, l'absence d'atteinte des objectifs fixés à l'intéressé pendant deux (2) mois consécutifs entraîne la rupture automatique du contrat.

ARTICLE 8 : LITIGES

- Les parties conviennent de résoudre à l'amiable les litiges et, si nécessaire, de recourir d'abord à l'arbitrage d'une tierce personne, choisie d'un commun accord.
- La réunion du Comité de Validation du District constitue le cadre idéal pour évaluer les progrès et les problèmes rencontrés dans l'exécution des activités et pourra donc également servir de lieu de résolution des litiges.

ARTICLE 9: DISPOSITIONS DIVERSES

- Les deux parties observeront un préavis d'un (1) mois, en cas de rupture du contrat ;
- Les parties s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à contribuer au succès de la mise en œuvre du Projet de Financement Basé sur la Performance (FBP) ;
- Les parties s'engagent à régler tout différend à l'amiable, de manière prioritaire ;
- Chaque partie reconnaît avoir reçu un exemplaire du présent contrat dûment signé.

Fait à Le

.....

Le prestataire

Nom :

(Lu et approuvé)

.....

Pour la FOSA de

Le chef de centre :

13.5 Annexe : Exemple de plan de business et contrat ACV - FOSA principal

Nom FOSA contrat principal :	Population de l'Aire :
Région de :	Districts de :
Plan de business du/ au 202..	Contrat(s) secondaires ? Oui / Non
Score de qualité technique du trimestre passé :	Score de qualité technique attendue pour ce trimestre :
Score évaluation communautaire du trimestre passé :	Score évaluation communautaire trimestriel pour ce trimestre :
Nombre de personnels qualifiés :	Nombre de personnels NON qualifiés :
Ratio de personnel qualifié (1 /1000 hab.) :	

Noms FOSA secondaires	Activités du PMA exécutées par la structure sous contrat	Score qualité technique	Score évaluation communautaire passée
FOSA 1		.. %	.. %
FOSA 2		.. %	.. %
FOSA 3		.. %	.. %

1. INDICATEURS CURATIFS

- Calculez et entrez dans la colonne « Cible 100% » les cibles des neuf indicateurs curatifs sur la base de la population dans votre aire de santé. Appliquez les formules du tableau.
- Entrez dans la colonne « réalisation pendant le trimestre passé » les résultats obtenus pendant le trimestre passé (en valeur absolue et en % par rapport à la cible de 100 %).

Activités (ou indicateurs) curatifs du niveau primaire	Formule de la cible mensuelle en cas d'atteinte des 100%	Cible 100% (nombre)	Réalisation du trimestre passé (nombre et %)	Cible prochain trimestre (Nombre et %)
Nv consultation externe plus de 5 ans	pop / 12 x 83% x 80%			
Nv consultation ext plus de 5 ans - indigent	pop / 12 x 83% x 20%			
Nv consultation externe enfant 0-59 mois	pop / 12 x 17% x 2 x 80%			
Nv cons externe enfant 0-59 mois - indigent	pop / 12 x 17% x 2 x 20%			
Journée de Mise En Observation des patients	pop/1000x 50% x 30 x 80%			
Journée de MEO (niveau primaire) - indigent	pop/1000x 50% x 30 x 20%			
Petite chirurgie - y compris circoncision	pop x 2% / 12 x 90% x 80%			
Petite chirurgie - indigent	pop x 2% / 12 x 90% x 20%			
Référence avec la contre référence reçue	pop / 12 x 1%			

- Quels sont les problèmes rencontrés par les patients et le personnel des formations sanitaires pour la réalisation des indicateurs figurant dans le tableau ci-dessus ? Solutions proposées ? Faire une planification réaliste de votre cible, par indicateur, pour le prochain trimestre, **dans le tableau ci-dessus**. Il faut élaborer un plan convaincant.

Facteurs généraux : Faire une analyse des facteurs comme : le pouvoir d'achat de la population pour payer les tarifs, l'influence de la tarification, la compétition avec les privés, les ruptures de stock en médicaments, les problèmes d'infrastructure, d'adduction d'eau, d'électricité, de couverture effective de tous les villages, de manque de motivation du personnel, ainsi que d'autres problèmes.

.....

.....

.....

Consultations pour enfants et adultes : *Nécessité de recruter du personnel qualifié supplémentaire (1 pour une cible de 1000 habitants), d'ouvrir un poste de santé dans un village éloigné (à plus de 5 kilomètres), de mener une campagne de mobilisation avec les relais communautaires, de signer un sous-contrat avec une autre formation sanitaire, etc.*

.....

.....

.....

.....

Mise en observations : *Faire une analyse des facteurs comme l'hygiène du centre de santé, la disponibilité des toilettes / latrines et des douches, la présence ininterrompue de personnel qualifié, l'organisation du système de garde (nuits, week-end), l'équipement d'hospitalisation (lits, moustiquaires, matelas, draps, tables de nuit), les conditions d'hospitalisation (homme-femme-enfant, espaces, ventilation), l'examen clinique et le suivi selon l'ordinogramme, la mise à jour de la fiche d'hospitalisation, le traitement selon l'ordinogramme.*

.....

.....

.....

.....

Petite chirurgie - y compris la circoncision : *Faire une analyse des facteurs, tels que les conditions de la salle de petite chirurgie et, notamment, la stérilisation et les autres facteurs d'hygiène.*

.....

.....

.....

Référence avec la contre-référence reçue : *Coordonner avec les hôpitaux le mécanisme de réception de la contre-information. Comment est organisé le transport des urgences ? Si c'est dans une ambulance de l'hôpital, s'assurer qu'il existe un plan B de transport en cas d'indisponibilité de l'ambulance. Déterminer la capacité des patients à payer le transport et l'hospitalisation, ainsi que leur volonté d'être référés.*

.....

.....

.....

Identification des indigents et des personnes vulnérables - urgences : *Faire une analyse de la manière d'identifier les personnes vulnérables, notamment les indigents, au sein du comité de village, des relais communautaires ou d'autres mécanismes communautaires. Parfois l'indigence résulte d'un concours de circonstances, comme des accidents. En cas de crise humanitaire ou naturelle, il faut informer l'ACV, afin que la proportion de malades à exempter du paiement des frais de santé puisse être augmentée jusqu'à 50%, 75%, voire 100%.*

.....

.....

.....

2. SANTÉ de la REPRODUCTION

- a) Calculer et saisir dans la colonne « Cible 100% » la cible des douze indicateurs de santé de la reproduction, fondée sur la population de votre aire de santé. Appliquer les formules du tableau.
- b) Entrer dans la colonne « réalisation du trimestre passé » les résultats obtenus au cours du trimestre (en valeur absolue et en % par rapport à la cible de 100 %).

12 activités (ou indicateurs) santé reproductive du niveau primaire	Formule de la cible mensuelle en cas d'atteinte des 100%	Cible 100% (nombre)	Réalisation du trimestre passé (nombre et %)	Cible fixée pour le prochain trimestre (nombre et %)
1. Pentavalent 3	pop x 4.2 / 12 x 100%			
2. Vaccination VAR (anti Rougeole) + VAA (Fièvre Jaune)	pop x 4.2 / 12 x 100%			
3. Femme enceinte VAT 2 +	pop x 4.2% / 12 x 100% x 2			
4. Consultation prénatale (de 1 à 4)	pop x 4.2% / 12 x 4 x 80%			
5. Consultation postnatale (J6-J8 et S6-S8)	pop x 3.7% / 12 x 80% x 2			
6. Accouchement eutocique	popx3.7%/12 x 80% x 70% x 80%			
7. Accouchement eutocique - indigent	popx3.7%/12 x 80% x 70% x 20%			
8. Accouchement dystocique	popx3.7%/12x 80% x 30% x 80%			
9. Accouchement dystocique - indigent	popx3.7%/12x 80% x 30% x 20%			
10. Femme PEC pour curetage post-avortement ou avortement thérapeutique	popx4.2% / 12 x 10% x 30% x 50%			
11. Consultation PF (ancienne ou nouvelle) - contraceptif oral ou injectable	popx24.1% / 12 x 15% x 4 x 90%			
12. Consultation PF (ancienne ou nouvelle) DIU et implant	pop x 24.1% / 12 x 2% x 90%			

- c) Quels sont les problèmes rencontrés par les patients et le personnel des formations sanitaires pour la réalisation des indicateurs figurant dans le tableau ci-dessus ? Solutions proposées ? Faire une planification réaliste de votre cible, par indicateur, pour le prochain trimestre, dans le tableau ci-dessus. Il faut élaborer un plan convaincant.

Vaccination (Pentavalent 3, vaccination Anti Rougeoleuse, Fièvre Jaune, VAT) :

Les vaccinations sont gratuites. Le groupe cible des enfants âgés de moins de 1 an représente 3,5% de la population et le nombre de grossesses attendues est de 4%. Faire une analyse des problèmes concernant l'achèvement de la cible, la chaîne de froid, la stratégie fixe et avancée. Collaboration avec des structures des contrats secondaires. Comment assurer la disponibilité de vaccins et d'autres intrants du programme de l'UNICEF ou d'autres ?

.....

.....

.....

.....

Consultation prénatale ou postnatale : Les CPN et CPoN sont gratuites. Faire une analyse des résultats des consultations prénatales et postnatales. Y a-t-il suffisamment d'infirmières qualifiées ? L'infrastructure est-elle adéquate et garantit-elle la confidentialité ?

.....

.....

.....

Accouchement normal ou dystocique :

Les accouchements, pour 80% des parturientes, ne sont pas gratuits, mais 20% d'entre elles peuvent être exemptées, sur la base d'une sélection communautaire des personnes vulnérables ou indigentes. La formation sanitaire doit élaborer un plan efficace pour l'identification des personnes vulnérables.

.....

.....

.....

Du personnel qualifié est-il disponible en permanence 7j/7 et 24h/24 ? Les procédures d'hygiène et de stérilisation sont-elles respectées dans la salle d'accouchement ? Est-ce que la confidentialité est garantie ? Le cas échéant, il convient de proposer une augmentation (ou une réduction) du personnel qualifié.

.....

.....

.....

Est-il nécessaire d'acheter et/ou de remplacer les équipements médicaux (table d'accouchement, boîte d'accouchement, ventouse, aspirateur, stéthoscope obstétrical, clamp pour le cordon, fil de suture) ? Quels sont les besoins en matière de conditions d'hygiène (gants, tablier en plastique, produits de désinfection), de conditions d'hospitalisation (espace, ventilation, moustiquaires), de l'existence d'un partogramme et de son utilisation correcte.

.....

.....

S'assurer que le personnel a la capacité de faire des accouchements dystociques et qu'il dispose notamment d'une ventouse, d'Ocytocine (Syntocinon ®) et du matériel pour suturer les grandes ruptures. Le protocole pour déterminer les conditions de référence doit aussi être disponible.

.....

Y-a-t-il un besoin de réhabilitation de l'infrastructure ?

.....

.....

Y-a-t-il un besoin de formation du personnel ?

.....

.....

Est-il nécessaire d'ouvrir une nouvelle maternité, ou de collaboration avec d'autres structures (privées) de l'aire de santé, pour assurer la bonne couverture géographique avec des maternités de qualité

.....

.....

.....

Aspiration Manuelle Intra-Utérine post avortement spontané ou avortement thérapeutique :

Quels sont les problèmes liés à la prise en charge des avortements dans votre aire d'attraction ? Est-ce que les infrastructures et les équipements sont corrects ? Est-ce que la capacité du personnel est adéquate ? Y a-t-il un besoin de formation (du personnel) ou de recrutement ?

.....

.....

.....

Planification familiale de courte durée, moyenne durée :

Quels sont les problèmes posés par l’espacement des naissances (par les contraceptifs oraux, injectables, implants et DIU) dans votre aire de santé ? Recruter des infirmières additionnelles, collaborer avec les ONG locales, mener des stratégies avancées, avoir recours à des sous-contrats avec les privés, utiliser le relais communautaire, faire le plaidoyer auprès des autorités politico-administratives, des leaders d’opinion et des églises, et bien expliquer les effets secondaires.

.....

.....

Où pensez-vous obtenir des intrants pour la PF ?

.....

.....

Comment améliorer le programme de la pilule, des injectables, des implants et des DIU dans votre aire ? Quelle méthode les femmes préfèrent-elles ? Une campagne de marketing social est-elle nécessaire lors des visites à domicile ?

.....

.....

Quelles sont les stratégies pour les interventions chirurgicales de la PF (ligature des trompes, vasectomie) menées en collaboration avec les hôpitaux de référence de votre aire d’attraction ?

.....

.....

3. NUTRITION

- a) Calculer et saisir, dans la colonne « Cible 100% », la cible des deux indicateurs de nutrition, sur la base de la population de votre aire de santé. Appliquer les formules du tableau.
- b) Entrez dans la colonne « réalisation du trimestre passé » les résultats obtenus au cours du trimestre (en valeur absolue et en % par rapport à la cible de 100 %).

2 activités (ou indicateurs) de la nutrition au niveau primaire	Formule de la cible mensuelle en cas d’atteinte des 100%	Cible 100% (nombre)	Réalisation du trimestre passé (nombre et %)	Cible fixée pour le prochain trimestre (nombre et %)
Enfant de 6 à 59 mois PEC pour malnutrition aiguë modérée (MAM)	pop x 3.04% / 12 x 100%			
Enfant de 6 à 59 mois PEC pour malnutrition aiguë sévère (MAS) sans complication	pop x 3.04% / 12 x 100%			

- c) Quels sont les problèmes que rencontrent les formations sanitaires pour la réalisation des indicateurs figurant dans le tableau ci-dessus ? Solutions proposées ? Faire une planification réaliste de votre cible, par indicateur, pour le prochain trimestre, dans le tableau ci-dessus.

Quel est le pourcentage de MAM et MAS dans votre aire ? Est-ce que les structures de santé fournissent des compléments alimentaires ? Les intrants sont-ils reçus d’une organisation (ex : UNICEF, PAM) ou achetés par la FOSA ?

.....

.....

4. FBP COMMUNAUTAIRE

- Calculer et entrer dans la colonne « Cible 100% » la cible des 3 indicateurs du FBP communautaire, sur la base de la population de votre aire de santé. Appliquer les formules du tableau.
- Entrer dans la colonne « réalisation du trimestre passé » les résultats réalisés pendant le trimestre passé (en valeur absolue et en % par rapport à la cible de 100%).

3 activités (ou indicateurs) FBP communautaire du niveau primaire	Formule de la cible mensuelle en cas d'atteinte des 100%	Cible 100% (en nombre)	Réalisation du trimestre passé (nombre et %)	Cible fixée pour le prochain trimestre (nombre et %)
Visites à domicile selon protocole	$\text{pop} / 12 / 5$			
Cas référés par les relais communautaire et arrivés (plafonné à 5% des CE)	$\text{pop} \times 5\% / 12$			
Cas d'abandon récupérés (plafonné à 2% CE)	$\text{pop} \times 2\% / 12$			

- Quels sont les problèmes rencontrés par les patients et le personnel des formations sanitaires pour la réalisation des indicateurs figurant dans le tableau ci-dessus ? Solutions proposées ? Faire une planification réaliste de votre cible, par indicateur, pour le prochain trimestre, dans le tableau ci-dessus. Faire un plan convaincant.

Qui sont les personnes qui assurent le marketing social et les visites à domicile ? Qui sont les relais communautaires de l'Aire ? S'agit-il de personnes qualifiées ?

Protocole de visite à domicile connu et bien appliqué : identification des personnes à vacciner, prise en compte des CPN, de la planification familiale, de la TB et des enfants malnutris. Inspection des toilettes/latrines, de la fosse à déchets ou de l'évacuation des déchets.

5. VIH et TUBERCULOSE

- Calculer et saisir, dans la colonne « cible 100% », les cibles des sept indicateurs du VIH et de la tuberculose, sur la base de la population de votre aire de santé. Appliquer les formules.
- Entrer dans la colonne « réalisation du trimestre passé » les résultats du trimestre passé (en valeur absolue et en % par rapport à la cible de 100 %).

7 Activités (ou indicateurs) du VIH et de la tuberculose au niveau primaire	Formule de la cible mensuelle en cas d'atteinte des 100%	Cible 100% (en nombre)	Réalisation du trimestre passé (nombre et %)	Cible fixée pour le prochain trimestre (nombre et %)
Dépistage volontaire du VIH, y compris femmes enceintes	$\text{Pop} \times 10\% / 12 \times 70\%$			
Femme enceinte VIH+ sous traitement prophylactique par les ARV	$\text{Pop} \times 4\% \times 4.5\% / 12 \text{ mois} \times 70\%$			
Nouveau-nés de mère VIH+ sous traitement prophylactique par les ARV	$\text{Pop} \times 3.5\% \times 4.5\% / 12 \text{ mois} \times 70\%$			
Patient vivant avec VIH (suivi du traitement par les ARV)	$\text{Pop} \times 4.9\% \times 30\% \times 2 \times 50\% / 12$			
Patient vivant VIH (nouvellement mis sous ARV)	$\text{Pop} \times 4.9\% \times 30\% \times 50\% / 12$			
Cas de TB pulmonaire à bactériologie positive dépistés dans le mois	$\text{Pop} \times (359/100.000) / 12 \times 50\%$			
Cas TB traités et guéris	$\text{Pop} \times (359/100.000) \times 2 / 12 \times 50\%$			

c) Quels sont les problèmes rencontrés par les patients et le personnel des formations sanitaires pour la réalisation des indicateurs figurant dans le tableau ci-dessus ? Solutions proposées ? Faire une planification réaliste de votre cible, par indicateur, pour le prochain trimestre, dans le tableau ci-dessus. Faire un plan convaincant.

Quels sont les problèmes liés au dépistage du VIH et au « counseling » des couples testés, ainsi qu’au dépistage volontaire des femmes enceintes dans votre Aire ? Les FOSA assurent-elles le respect de la confidentialité.

.....

Avez-vous la capacité de prévenir la transmission mère-enfant du VIH (PTME) et de suivre les patients vivant avec le VIH ? Y a-t-il un besoin de formation du personnel, de recrutement ou d’intrants. Quels sont les intrants disponibles ?

.....

Quels sont les problèmes relatifs au dépistage et à la prise en charge de la TB dans votre aire ? Quels sont les problèmes posés par l’acquisition des intrants ?

.....

6. ANALYSE DU FINANCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Quelles sont les recettes réalisées au cours du dernier mois ? Et quelles sont les recettes mensuelles planifiées pour le prochain trimestre ? *(Voyez aussi l’Outil d’Indices)*

Rubriques de recettes <i>Moyenne mensuelle de recettes calculées sur le dernier trimestre</i>	Recettes moyennes par mois du trimestre passé	Recettes moyennes par mois planifiées - prochain trimestre
Recouvrement de coûts	F	F
Recettes de l’assurance maladie	F	F
Subsides de fonctionnement fixes du gouvernement	F	F
Contributions en cash de partenaires	F	F
Activités génératrices de revenus	F	F
Subsides FBP	F	F
Autres sources de revenus	F	F
TOTAL RECETTES	F	F

Quelles sont les dépenses réalisées au cours du dernier mois ? Et quelles sont les recettes mensuelles prévues pour le prochain trimestre ? *(Voyez aussi l’Outil Indices)*

Dépenses moyennes par mois	Dépenses moyennes par mois du trimestre passé	Dépenses moyennes par mois planifiées - prochain trimestre
Partie fixe des Salaires du personnel recruté par la FOSA	F	F
Médicaments et équipements	F	F
Dépenses de fonctionnement	F	F
Réhabilitation et construction	F	F
FBP communautaire – marketing social	F	F
Dépôt dans la réserve de la FOSA	F	F
SOUS TOTAL	F	F
Bénéfice disponible pour les primes de performance	F	F
TOTAL RECETTES (= total dépenses, en équilibre)	F	F

Le bénéfice disponible pour les primes de performance permet-il raisonnablement de motiver le personnel ? Oui/ Non. Si non, quelles primes seraient raisonnables ?

Catégories de personnel	Effectif actuel	Personnel additionnel proposé	Prime de performance moyenne actuelle	Primes de performance envisagées
Médecin				
IDE, TSSI, Licence, TMS				
IB, IBA, TAL, ATMS				
AS				
Comptable / caissier / gestionnaire				
Personnel d'appui				
Autres personnels				
TOTAL				

7. AUTRES RESSOURCES

Décrire la situation concernant la disponibilité de *médicaments essentiels* (y compris les intrants de la PF et les moustiquaires) et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la période de contrat ?

.....

.....

Décrire la situation concernant la disponibilité de *matériel médical* et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la période du contrat ?

.....

.....

Décrire la situation concernant la disponibilité du *mobiliier* et des *fournitures de bureau* et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la période de contrat ?

.....

.....

Décrire la situation des *bâtiments et des autres infrastructures*, et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la durée du contrat ?

1) Cour intérieure du Centre de santé ? Clôture ? Aspects des bâtiments, y compris les murs, les allées, l'huissierie, la plomberie, l'éclairage ?

.....

.....

2) Incinérateur, fosses, toilettes/latrines et douches, tant intérieures qu'extérieures ?

.....

.....

3) Accès à de l'eau propre (y compris à proximité des toilettes/latrines => hygiène des mains)

.....

.....

Combien de Bonus d'Amélioration de Qualité proposez-vous de demander ?

.....

L'infirmier / le médecin

Le Manager de l'ACV

Titulaire de la FOSA

Nom et Signature

Nom et Signature

.....

.....

Copie :

- Centre de Santé

- ACV

13.6 Exemple de contrat standard ACV – FOSA (Cameroun)

Le Centre de Santé / l'Hôpital

Représenté par son chef / Directeur / Médecin-chef

Et

L'ACV de :

Représenté par le Manager :

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule :

Face au succès du FBP dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque mondiale, a décidé de tester l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions et districts de santé du pays. C'est dans cette optique que 12 districts de santé bénéficieront de cette phase du Projet.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention vise à rendre effective la pratique du FBP dans la formation sanitaire et à organiser les modalités pratiques de fonctionnement et de gestion du contrat, entre la formation sanitaire de..... et l'ACV de

Le but poursuivi est de :

- Contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion de la formation sanitaire ;
- Rendre les soins de santé plus accessibles à la population couverte par la FOSA ;
- Améliorer la qualité des soins et impliquer les populations bénéficiaires dans l'appréciation de leur qualité ;
- Augmenter la responsabilisation du personnel et stimuler sa participation effective dans la définition et la production des résultats, et notamment, en lui garantissant une partie des fruits de ses efforts (primes) ;
- Augmenter les ressources financières du centre de santé, utilisables pour les amortissements.

Article 2 : Durée de la convention

La présente convention est signée pour une période de trois mois correspondant au Trimestre 20.... Elle court du mois de au mois de.....20....

Article 3 : Nature des prestations et Conditions financières

Les tableaux suivants présentent une liste des indicateurs PMA à acheter, les cibles, ainsi que la liste des indicateurs avec les formules de calcul de leurs cibles correspondantes.

Code	Indicateurs niveau primaire – PMA - centres de santé	Calcul de la Cible	Subside F CFA de base 0%
1.1	Consultation externe nvx - infirmier	pop / 12 x 80% x 90%	F 150
1.2	Consultation externe nvv - médecin	population / 12 x 20% x 90%	F 300
1.3	Consultation externe nvv - indigent	population / 12 x 7%	F 600
1.3	Consultation externe nvx - indigent- épidémie/Crise humanitaire	population / 12 x 3%	F 600
2.1	Journée d'hospitalisation	pop / 1000 x 0.5 x 30 jours x 90%	F 225
2.1	Journée d'hospitalisation - indigent	pop / 1000 x 0.5 x 30 jours x 7%	F 900
2.1	Journée hospitalisation-indigent- épidémie-crise humanitaire	pop / 1000 x 0.5 x 30 jours x 3%	F 900
3.1	Petite chirurgie	pop / 12 x 7% x 90% x 90%	F 450
3.2	Petite chirurgie - indigent	pop / 12 x 7% x 90% x 10%	F 1,800
4.1	Références arrivées à l'hôpital	pop / 12 x 1%	F 450
5.1	Cas d'IST traité selon le protocole	pop x 3% / 12 x 80%	F 300
6.1	Enfants complètement vaccinés par la même FOSA avant 1er anniversaire	pop x 4% / 12	F 1,050
6.2	Penta1 ou Penta 2 ou Penta 3 ou VAA ou VAR	pop x 3.8% / 12 x 4	F450
7.1	TPI1 ou TPI2 ou TPI3	Pop x 4.5% / 12	F 300
8.1	VAT2 ou VAT3 ou VAT4 ou VAT5	Pop x 4.5% / 12 x 2	F 450
9.1	Distribution de VIT A	pop x 16.5% / 12 x 2	F 30
10.1	CPN1 ou CPN2 ou CPN3 ou CPN4	pop x 4.5% / 12 x 4 x 90%	F 300
11.1	Accouchement eutocique	pop x 4% / 12 x 80% x 70% x 90%	F 2,400

Code	Indicateurs niveau primaire – PMA - centres de santé	Calcul de la Cible	Subside F CFA de base 0%
11.2	Accouchement eutocique - indigent	pop x 4% / 12 x 80% x 70% x 10%	F 7,200
12.1	Accouchement dystocique	pop x 4% / 12 x 80% x 30% x 90%	F 2,250
12.2	Accouchement dystocique - indigent	pop x 4% / 12 x 80% x 30% x 10%	F 9,000
13.1	Curetage après avortement spontané (ou sur indication médicale)	pop x 4.5% x 10% / 12 x 30% x 70%	F 2,700
14.1	Consultation postnatale	pop x 4% x 2 x 80% / 12	F 300
15.1	PF: Nouvelles ou anciennes acceptantes de pilules ou produits injectables	pop x 23% / 12 x 15% x 4 x 90%	F 1,500
16.1	PF: implants ou DIU	pop x 23% / 12 x 4% x 90%	F 2,250
17.1	Dépistage volontaire VIH/SIDA, y compris femmes enceintes	pop x 10% / 12 x 70%	F 300
18.1	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV (prophylaxie)	pop x 4.5% x 4.2% / 12 x 70%	F 6,000
19.1	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	pop x 4% x 4.2% / 12 x 70%	F 6,000
20.1	Dépistage de cas de TB pulmonaire microscopie positive durant le mois	pop x (150/100.000) / 12 x 50%	F 3,000
21.1	Cas de TB traités et guéris durant le mois	pop x (150/100.000) x 2 / 12 x 50%	F 12,000
22.1	Visites à domicile selon protocole	pop / 1 an / 12 / 6	F 900
23.1	Cas référés par les relais communautaire et arrivés (plafonnés à 5% des CE)	pop x 5% / 12	F 300
24.1	Cas d'abandon récupéré par le relais communautaires (plafonné à 2% des CE)	pop x 2% / 12	F 300
25.1	Enfant de 6 à 59 mois PEC pour malnutrition aiguë modérée (MAM)	pop x 16.5% / 12 x 6% x 6 visites	F 450
26.1	Enfant de 6 à 59 mois PEC pour malnutrition aiguë sévère (MAS)	pop x 16.5% / 12 x 1% x 12	F 1,500
29.1	Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ)	pop / 10.000	F 600,000

NB 1 : pour qu'un indicateur soit acheté, les informations suivantes doivent exister dans les registres : noms et prénoms du patient/client, âge, sexe, localisation (n° de téléphone, quartier, village avec un repère permettant à un étranger de le retrouver avec aisance, contact d'un proche), signes et symptômes, diagnostic ou examens de laboratoire demandés, traitement ou conduite à tenir.

Article 4 : Obligations des parties

La formation sanitaire s'engage à :

- Créer les conditions favorables à l'intégration de l'approche contractuelle dans la gestion des activités de la formation sanitaire ;
- Sensibiliser le personnel de la formation sanitaire, les relais communautaires et les communautés de sa zone de responsabilité sur l'importance de l'approche contractuelle et de leur implication effective dans sa mise en œuvre ;
- Impliquer l'équipe de la formation sanitaire dans l'élaboration des plans de business, dans la définition et l'utilisation des grilles de redistribution des primes de performance ;
- Négocier les contrats d'offre de services avec un hôpital de référence afin d'améliorer la prise en charge des cas d'urgence hospitalière et les urgences des femmes en travail, des femmes enceintes, etc. ;
- Préparer, en collaboration avec l'ACV, le Plan de business trimestriel, des activités et des indicateurs faisant partie du PMA à financer, dans le cadre d'une approche contractuelle ;
- Soumettre le plan de Business à l'ACV pour approbation ;
- Transmettre le rapport mensuel des activités curatives et préventives, à la fin de chaque mois, en suivant les procédures développées à cet effet (SNIS) ;
- Faciliter la réalisation des missions des revues de la qualité, effectuées par l'ECD, les pairs et la DRS ;
- Prendre en compte les recommandations issues des contrôles de qualité technique et de la vérification communautaire ;
- Élaborer des sous-contrats avec les relais communautaires et avec d'autres formations sanitaires dans le cadre de l'exécution de l'approche contractuelle de l'Aire ;

L'ACV s'engage à :

- Renforcer la capacité des formations sanitaires et des communautés dans la compréhension et l'exécution de l'approche contractuelle ;
- Aider la formation sanitaire à développer les outils FBP comme le plan de Business et l'Outil Indices ;
- Valider le Plan de business ;
- Faire la vérification mensuelle des résultats quantitatifs et soumettre les rapports dans les meilleurs délais à la formation sanitaire ;
- Organiser, avec l'équipe cadre de district, les réunions mensuelles du Comité de Validation de District.
- Signer des contrats avec les associations locales communautaires qui procéderont au contrôle de la qualité des résultats dans l'Aire ;
- En contrepartie des prestations fournies par la formation sanitaire et vérifiées, l'ACV transmettra, à l'Unité d'Exécution du Projet (UEP), les factures pour paiement des primes de performance quantitatives et qualitatives, conformément aux procédures jointes à ce contrat.

Article 5 : Composantes du paiement des subsides FBP de la FOSA

Les primes de performance quantitatives (output, 100 %) sont calculées et versées, sur une base mensuelle, après vérification de l'effectivité des activités rapportées par la formation sanitaire.

Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ)

La FOSA recevra unité (s) de bonus d'amélioration de la qualité (BAQ).

Description des offres ou des achats d'équipements

.....
.....

NB 1 : Les BAQ seront payés sur la base d'un plan de business convaincant et après réalisation des réhabilitations ou des achats d'équipements. Cela devra avoir été vérifié par un expert de l'ACV au cours du trimestre considéré :

NB 2: 1 UNITÉ DE BAQ = F CFA (voir le tableau ci-dessous)

Bonus d'équité

La structure sanitaire bénéficiera en outre d'une prime d'équité, dans la catégorie de%

Co de	Indicateurs niveau primaire - PMA	Subside moyen en FCFA	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%
1.1	Consultation externe nvx - infirmier	F 150	F 110	F 120	F 130	F 140	F 150	F 170	F 180	F 190	F 200
1.2	Consultation externe nvx - médecin	F 300	F 220	F 240	F 260	F 280	F 300	F 340	F 360	F 380	F 400
1.3	Consultation externe nvx - indigent	F 600	F 440	F 480	F 520	F 580	F 620	F 660	F 700	F 740	F 800
1.4	Consultation externe nvx - indigent- épidémie/Crise humanitaire	F 600	F 440	F 480	F 520	F 580	F 620	F 660	F 700	F 740	F 800
2.1	Journée d'hospitalisation	F 225	F 160	F 180	F 190	F 210	F 220	F 240	F 260	F 270	F 290
2.1	Journée d'hospitalisation - indigent	F 900	F 650	F 700	F 800	F 850	F 900	F 1,000	F 1,050	F 1,100	F 1,150
2.2	Journée d'hospitalisation - indigent- épidémie/ crise humanitaire	F 900	F 650	F 700	F 800	F 850	F 900	F 1,000	F 1,050	F 1,100	F 1,150
3.1	Petite chirurgie	F 450	F 325	F 350	F 400	F 425	F 450	F 500	F 525	F 550	F 575
3.2	Petite chirurgie - indigent	F 1,800	F 1,300	F 1,400	F 1,600	F 1,700	F 1,800	F 2,000	F 2,100	F 2,200	F 2,300
4.1	Références arrivées à l'hôpital	F 450	F 325	F 350	F 400	F 425	F 450	F 500	F 525	F 550	F 575
5.1	Cas d'IST traitée selon protocole	F 300	F 220	F 240	F 260	F 280	F 300	F 340	F 360	F 380	F 400
6.1	Enfants complètement vaccinés par la même FOSA avant leur 1er anniversaire	F 1,050	F 750	F 850	F 900	F 1,000	F 1,050	F 1,150	F 1,200	F 1,300	F 1,350
6.2	Penta1 ou Penta 2 ou Penta 3 ou VAA ou VAR	F 450	F 325	F 350	F 400	F 425	F 450	F 500	F 525	F 550	F 575
7.1	TPI1 ou TPI2 ou TPI3	F 300	F 220	F 240	F 260	F 280	F 300	F 340	F 360	F 380	F 400
8.1	VAT2 ou VAT3 ou VAT4 ou VAT5	F 450	F 325	F 350	F 400	F 425	F 450	F 500	F 525	F 550	F 575
9.1	Distribution de VIT A	F 30	F 22	F 24	F 26	F 30	F 32	F 34	F 36	F 38	F 40
10.1	CPN1 ou CPN2 ou CPN3 ou CPN4	F 300	F 220	F 240	F 260	F 280	F 300	F 340	F 360	F 380	F 400
11.1	Accouchements eutociques	F 2,400	F 1,700	F 1,900	F 2,000	F 2,200	F 2,400	F 2,600	F 2,700	F 2,900	F 3,100
11.2	Accouchements eutociques - indigent	F 7,200	F 5,200	F 5,800	F 6,200	F 6,800	F 7,200	F 7,800	F 8,400	F 8,800	F 9,400
12.1	Accouchements dystociques	F 2,250	F 1,600	F 1,750	F 1,900	F 2,100	F 2,250	F 2,400	F 2,550	F 2,700	F 2,900
12.2	Accouchements dystociques - indigent	F 9,000	F 6,500	F 7,000	F 8,000	F 8,500	F 9,000	F 10,000	F 10,500	F 11,000	F 11,500
13.1	Curetage après avortement spontané (ou sur indication médicale)	F 2,700	F 1,900	F 2,100	F 2,300	F 2,500	F 2,700	F 2,900	F 3,000	F 3,200	F 3,400
14.1	Consultations postnatales	F 300	F 220	F 240	F 260	F 280	F 300	F 340	F 360	F 380	F 400
15.1	PF: Nouvelles ou anciennes acceptantes de pilules ou produits injectables	F 1,500	F 1,100	F 1,200	F 1,300	F 1,450	F 1,550	F 1,650	F 1,750	F 1,850	F 2,000
16.1	PF: implants ou DIU	F 2,250	F 1,600	F 1,750	F 1,900	F 2,100	F 2,250	F 2,400	F 2,550	F 2,700	F 2,900

Co de	Indicateurs niveau primaire - PMA	Subside moyen en FCFA	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%
17.1	Dépistage volontaire du VIH, y compris femmes enceintes	F 300	F 220	F 240	F 260	F 280	F 300	F 340	F 360	F 380	F 400
18.1	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV prophylaxie	F 6,000	F 4,250	F 4,750	F 5,000	F 5,500	F 6,000	F 6,500	F 6,750	F 7,250	F 7,750
19.1	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	F 6,000	F 4,250	F 4,750	F 5,000	F 5,500	F 6,000	F 6,500	F 6,750	F 7,250	F 7,750
20.1	Dépistage des cas TB pulmonaire à microscopie positive dans le mois	F 3,000	F 2,200	F 2,400	F 2,600	F 2,900	F 3,100	F 3,300	F 3,500	F 3,700	F 4,000
21.1	Cas TBC traités et guéris dans le mois	F 12,000	F 8,500	F 9,500	F 10,000	F 11,000	F 12,000	F 13,000	F 13,500	F 14,500	F 15,500
22.1	Visites à domicile selon protocole	F 900	F 650	F 700	F 800	F 850	F 900	F 1,000	F 1,050	F 1,100	F 1,150
23.1	Cas référés par le relais communautaire et arrivés (plafonnés à 5% des CE)	F 300	F 220	F 240	F 260	F 280	F 300	F 340	F 360	F 380	F 400
24.1	Cas d'abandon récupérés par les relais communautaires (plafonnés à 2% des CE)	F 300	F 220	F 240	F 260	F 280	F 300	F 340	F 360	F 380	F 400
25.1	Enfant de 6 à 59 mois PEC pour malnutrition aiguë modérée (MAM)	F 450	F 325	F 350	F 400	F 425	F 450	F 500	F 525	F 550	F 575
26.1	Enfant 6-59 mois PEC malnutrition aiguë sévère (MAS)	F 1,500	F 1,100	F 1,200	F 1,300	F 1,450	F 1,550	F 1,650	F 1,750	F 1,850	F 2,000
29.1	Bonus d'Amélioration de la Qualité (BAQ)	F 600,000	F 430,000	F 470,000	F 520,000	F 560,000	F 600,000	F 650,000	F 690,000	F 730,000	F 770,000

Bonus de Qualité.

Un bonus de qualité, égal à 10% du total versé pour les outputs, est calculé le dernier mois du trimestre sur la base de : (a) la note de l'évaluation de la qualité du trimestre en cours donnée par l'ECD ; (b) la note d'évaluation communautaire ; (c) et l'Outil Indices du trimestre précédent.

Les grilles pour l'évaluation qualitative se présentent comme suit :

- Le contrôle de la qualité des prestations, effectué par le service santé de district ou par les pairs, contribue pour 50% ;
- Le contrôle effectué par l'ASLO, évaluant la satisfaction des patients, contribue pour 25% ;
- La présence d'un rapport mensuel sur l'Outil Indices et sur la preuve de son exécution, contribue pour 25%.

Article 6 : Modalités de paiement du règlement

Les règlements sont effectués au profit de la formation sanitaire, par virement bancaire, dans le compte n°..... Intitulé Ouvert à la Banquede.....

Article 7 : Délai de dépôt des déclarations de la formation sanitaire

- Les déclarations mensuelles de la formation sanitaire sont déposées à l'ACV à partir du 1^{er} jour du mois suivant ;
- Les déclarations reçues entre le 1^{er} et le 05 sont vérifiées et validées le même mois ;
- Les déclarations reçues entre le 06 et le 10 du mois sont vérifiées le mois suivant ;
- Les déclarations déposées après le 10 ne seront ni vérifiées ni annulées.

Article 8 : Délai de dépôt des contrats

- Les contrats, le plan de business et l'Outil Indices du trimestre précédent seront déposés à l'ACV, au plus tard le 15 du mois suivant le début du trimestre. Passé ce délai, l'ACV ne pourra pas tenir compte des prestations déclarées.

Article 9 : Litiges

Alinéa 1. Les parties conviennent de résoudre à l'amiable les litiges et, si nécessaire, de recourir d'abord à l'arbitrage d'une tierce personne, choisie d'un commun accord. La réunion du Comité de Validation du District constitue à ce titre le cadre idéal pour évaluer les progrès et les problèmes rencontrés dans l'exécution des activités, et pourra donc également servir de lieu de résolution des litiges.

Alinéa 2. En cas de fraude ou de tricherie dans l'enregistrement et la déclaration de prestations (ex : malades fictifs, consultations d'infirmiers déclarées comme des consultations de médecin, création d'utilisateurs fictifs manipulation frauduleuse des rapports et des supports servant de base à la vérification, corruption ou collusion

avec les contrôleurs, entrave aux contrôles, mauvaise utilisation des recettes générées dans le cadre du FBP, absence ou non-respect du plan d'amélioration de la performance etc.) l'ACV, après avis du Comité de Validation du District, suspend immédiatement la formation sanitaire pendant au moins un trimestre, si la fraude est avérée.

Si la fraude se répète une deuxième fois, la formation sanitaire sera suspendue jusqu'à ce que le titulaire en cause de la fraude ou de la tricherie soit remplacé ;

Alinéa 3. La formation sanitaire ne doit pas accepter que les membres d'associations qui assurent l'évaluation communautaire viennent y chercher des informations. Cette pratique sera considérée comme une fraude et traitée comme telle (cf. Alinéa 2 ci-dessus).

Article 10 : Conditions particulières

La présente convention est établie pour servir de contrat de collaboration et de partenariat entre la formation sanitaire et l'ACV de

Fait à, le / /

Le Responsable de la formation sanitaire

.....

Le Manager de l'ACV

.....

13.7 Plan de business /ou plan d'action pour les groupes de travail

Nous proposons l'énoncé suivant pour le plan d'action / le plan de business des groupes ou des participants présents pendant le cours.

Que proposez-vous de réaliser à court terme (2 semaines), à moyen terme (6 semaines) et à long terme (6 mois) ? Il vous est suggéré d'écrire le rapport de votre groupe au format Word.

Remarque :

Une fois que le texte du rapport et le plan d'action auront été adoptés par le groupe, l'équipe de facilitation pourra distribuer ce rapport aux personnes concernées et le mettre en ligne sur le site web de SINA Health ou sur d'autres sites web, tels que ceux des ministères ou d'autres organisations. Les principales recommandations seront également publiées au sein de la communauté de pratique du FBP.

Canevas pour le rapport plans d'actions des groupes / des pays :

- Contexte ;
- Analyse des problèmes ;
- Est-ce que ces problèmes peuvent être résolus par le FBP : Oui ou Non ?
- Quel est le score de faisabilité de votre proposition FBP ? Existe-t-il des hypothèses fatales ?
- Quelles activités sont prévues pour votre groupe et/ou pour vous-mêmes, en tant qu'individus ?
- Quelles sont vos recommandations ?
- Élaborer votre plan d'action (quoi, comment, qui, quand)

14. OUTIL de GESTION des INDICES

Robert SOETERS, Canut NKUNZIMANA, Gyuri FRITSCHÉ, Christian HABINEZA

Principaux messages

- L'outil d'indices de gestion est conçu pour permettre aux gestionnaires d'établir les salaires de base du personnel, de gérer les recettes, de planifier les dépenses, de déterminer les primes de performance et d'analyser les indicateurs de viabilité.
- L'Outil Indices améliore la transparence de la gestion des prestataires et favorise l'esprit d'équipe nécessaire pour améliorer la qualité, accroître les recettes et réduire les dépenses inutiles.
- Ce module présente un outil d'indices pour une FOSA comptant de 3 à 150 agents. Des outils d'indices plus complexes existent également pour les grands hôpitaux, où chaque service ou unité (pédiatrie, bloc opératoire, etc.) utilise son propre outil de gestion des indices.
- L'outil est mieux appliqué lorsque la transparence est la plus élevée possible. Pour cela, le responsable de la structure peut nommer un comité composé des représentants des différents services pour appliquer l'Outil Indices.

14.1 Objectifs de l'outil de gestion « Outil Indices »

L'outil indices a été développé dans la province du Sud-Kivu, en RDC, en 2005, et introduit comme politique nationale au Rwanda à partir de 2007, puis au Burundi, en RDC, au Cameroun et dans plusieurs autres pays, comme la RCA. Le Cameroun a également développé l'outil « indices » pour les hôpitaux tertiaires.

Les objectifs de l'outil de gestion des indices sont de : 1) Aider les structures de santé à prendre leurs propres décisions, de façon autonome ; 2) Promouvoir la transparence et la bonne gouvernance, en produisant un rapport mensuel, accessible aux parties prenantes externes telles que les autorités sanitaires et les ACV (régionales) ; 3) Empêcher les dépassements du budget; 4) Résoudre la question qui se pose de savoir comment motiver le personnel avec des incitations positives et négatives, comme cela est aussi expliqué par la théorie de choix public (cf. Module 4).

En FBP, la gestion autonome des structures est importante pour favoriser l'entrepreneuriat et l'innovation, afin de répondre aux problèmes et aux opportunités propres à chaque structure de santé. Cependant, cette autonomie ne signifie pas que la transparence n'est pas importante et, pour ce faire, l'outil « indices » a été développé. Cet outil aide les gestionnaires à analyser leurs recettes, à planifier les dépenses en fonction de celles-ci et à répartir les primes individuelles de performance au personnel, en toute transparence et de manière participative. Tous les revenus de la structure sont intégrés sous la forme d'un panier commun, ou « *common basket* ».

Ici le canevas pour l'Outil Indices d'une FOSA employant de 3 à 150 agents.

14.2 Recettes de la FOSA

En FBP, on ne compte *que les* recettes en espèces (*cash* ou virement bancaire) et utilisables selon les priorités de chaque formation sanitaire. Les recettes en intrants (ou « inputs »), comme les médicaments ou l'équipement, ne sont pas comptées comme recettes, car il ne s'agit pas de liquidités.

Les recettes générées à l'*interne* des structures sont :

(1) Le recouvrement de coûts (= paiements directs) ; (2) Recettes des mutuelles ou d'autres mécanismes d'assurance maladie, privés ou publics ; (3) et Activités génératrices de revenus. De plus, une structure peut diminuer sa réserve en banque pour « augmenter » ses recettes du mois.

Les recettes *externes* sont :

- (1) Les salaires des fonctionnaires payés par le gouvernement ; (2) Les subsides fixes payés par le gouvernement pour le fonctionnement des structures de santé ; (3) Les subsides FBP variables, payés par le gouvernement ou par des partenaires techniques et financiers ; (4) Les subsides fixes des partenaires techniques et financiers ; (5) Les dons ou donations des individus ou des organisations.

Nous avons fixé comme norme que la proportion des recettes internes par rapport aux recettes totales doit être comprise entre 40% et 60%. Si les recettes internes sont supérieures à 60%, cela crée des problèmes de fonctionnement et des tarifs trop élevés pour les patients. Par exemple, les structures privées, sans aucun appui de l'État, sont à 100 % dépendantes de leurs recettes internes et, pour cela, elles sont considérées comme « chères » et ne peuvent pas offrir à la population des services gratuits, tels que les externalités positives, le marketing social et l'appui aux vulnérables. Seul l'argent provenant de l'extérieur de la formation sanitaire peut financer ces services.

Cependant, à l'inverse, si les recettes internes sont *inférieures à 40%* des recettes totales, il y aura des problèmes de stabilité des recettes des FOSA. Cela crée une forte dépendance aux financements extérieurs, qui ne sont pas forcément réguliers. Cette instabilité des revenus crée souvent des problèmes de fonctionnement qui se traduisent par des ruptures de stock de médicaments, un personnel mécontent qui se met en grève et une mauvaise qualité des soins.

14.3 Exemple de comment l'outil indices fonctionne dans une FOSA

Dans l'exemple suivant, on présente une FOSA qui dessert 20 000 habitants. Les recettes *externes* correspondent aux salaires versés par le Gouvernement, aux subsides FBP et à d'autres recettes. Elles représentent 39% du total. Les recettes *internes* représentent 61% : elles proviennent du recouvrement des coûts, des recettes versées par des entreprises et d'autres activités génératrices de revenus.

Tableau 1 : Recettes d'une FOSA pour l'Outil Indices.

Centre de Santé	Mar-17			
Population	20,000 habitants			
Catégorie de recettes par mois	Montant en Dollars 1 \$US =	Montant en FCFA 595	%	Analyse
Salaires de l'État payés directement au personnel *	\$ 269	160 000	4%	
Subsides FBP	\$ 2,017	1 200 000	30%	
Recettes en espèce d'autres bailleurs	\$ 202	120 000	3%	
Autres recettes (dons, etc.).		80 000	2%	
Sous-total revenus externes :	\$ 2,622	1 560 000	39%	40-60% OK
Recettes du recouvrement des coûts	\$ 2,521	1 500 000	37%	
Recettes de l'assurance maladie	\$ 1,345	800 000	20%	
Contrats avec entreprise	\$ 168	100 000	2%	
Recettes activités génératrices revenus	\$ 101	60 000	1%	
Sous-total revenus internes :	\$ 4,134	2 460 000	61%	40-60% OK
Retrait de compte d'épargne	\$ 0		0%	
Total recettes FOSA :	\$ 6,756	4 020 000	100%	\$ 4.05
Cible de recettes à atteindre (cible \$US 7 par personne / an) : \$US 11,667 F 6,941,667 58% = achèvement cible				

* Pour calculer les salaires payés au personnel fonctionnaire on utilise l'indice salarial du gouvernement

Les recettes totales mensuelles sont de 4,02 millions de FCFA (6 756 \$US), ce qui correspond à 4,05 \$US par personne cible de l'aire par an = 4 020 000 x 12 mois / 20 000 / 595 (taux d'échange). Ces recettes ne sont pas suffisantes, d'après la norme, qui veut qu'une FOSA, pour être réellement

fonctionnelle, génère au moins 7,00 \$US par personne et par an. Ainsi, 4,05 \$US et 7,00 \$US représentent 58 % de la cible.

La norme pour le personnel qualifié est de 1 personne qualifiée pour 1 000 habitants en PMA, et de 1 personne qualifiée pour 1 000 habitants en hospitalier. Dans l'exemple présenté, la FOSA a recruté huit personnels qualifiés (voyez le tableau 3), ce qui ne correspond qu'à $(8 \times 1000) / 20\,000 = 40\%$ de la cible de ressources humaines attendues.

Dans ce scénario, la FOSA doit accroître ses activités (et donc ses recettes). Ainsi, il est nécessaire d'investir soit dans l'amélioration de l'infrastructure et des équipements, soit dans le recrutement de ressources humaines supplémentaires. À cet effet, la FOSA peut demander, dans son plan de business, la possibilité de bénéficier d'un bonus d'amélioration de la qualité (BAQ), en précisant l'objectif pour lequel le BAQ sera sollicité.

Une FOSA qui n'a aucun personnel qualifié peut demander un BAQ, lequel sera accordé une fois que la FOSA aura recruté un personnel qualifié et que cette personne sera arrivée à son poste.

14.4 Planifier les dépenses et équilibrer un budget

Le tableau 2 présente les dépenses de la même FOSA, et on constate que les dépenses sont, comme il se doit, égales aux recettes, soit 4,02 millions de FCFA, comme dans le tableau 1. Cela est obtenu à travers le calcul suivant : *Toutes les recettes (4,02 millions) MOINS le SOUS-TOTAL des dépenses (= 2 910 000) = 1,1 million de FCFA* qui constitue le « bénéfice » de la FOSA et peut être payé comme primes de performance au personnel. Cette partie variable équilibre le revenu mensuel et les dépenses de l'établissement de santé. Si le revenu augmente tandis que les dépenses restent inchangées, le bénéfice augmente également. Si les dépenses diminuent alors que le revenu reste inchangé, le profit augmente, etc.

Tableau 2 : Dépenses d'une FOSA pour l'outil indices

Catégories de dépenses	Montant en \$ US	Montant en FCFA	%	Analyse
Salaires de base payés par le gouvernement	\$ 269	160 000	4%	
Salaires de base payés par la FOSA	\$ 1,479	880 000	22%	
Impôts et cotisations sociales	\$ 336	200 000	5%	
Fonctionnement	\$ 126	75 000	2%	
Médicaments et matériel médical	\$ 1,092	650 000	16%	
Investissement	\$ 588	350 000	9%	
Païement des contractants secondaires	\$ 420	250 000	6%	
Marketing Social	\$ 378	225 000	6%	
Autres dépenses	\$ 34	20 000	0%	
Augmentation de la réserve bancaire	\$ 168	100 000	2%	
SOUS-TOTAL des toutes les dépenses MOINS primes	\$ 4,891	2 910 000	72%	
Bénéfice pour les primes de performance	\$ 1,866	1 110 000	28%	
TOTAL	\$ 6,756	4 020 000	100%	
Total rémunération (= salaires + indemnités + primes) : F 2,350,000 = 58% Entre 50-60% OK				
Score indices du mois en FCFA : F 1,604 = enveloppe pour la prime de performance / points gagnés par mois pour tout le personnel.				

Dans les paragraphes suivants, on trouve une description de toutes les rubriques de dépenses d'une FOSA.

14.4.1 Salaires de base

Le centre de santé compte 12 personnels de santé dont 8 qualifiés.

La première décision à prendre consiste à déterminer combien d'argent il faut réserver au salaire de base du personnel, qu'il soit payé par le gouvernement ou par la formation sanitaire.

Le revenu total de l'établissement de santé est de 4,02 millions de FCFA et, en général, il est justifié que 40 à 60 % des dépenses soient consacrées à la rémunération (= salaires fixes + bonus de performance) du personnel. Habituellement, entre 25 et 40 % des revenus des établissements de santé devraient être consacrés au paiement des salaires fixes.

Pour le calcul des salaires, il existe deux méthodes :

1. L'une par laquelle les salaires sont inconnus, comme dans le secteur privé ou lorsque les formations sanitaires gouvernementales ont un grand nombre de travailleurs contractés par la FOSA
2. L'autre, lorsque la majorité du personnel est recrutée par le gouvernement.

14.4.2 Méthode 1 pour calculer les salaires de base : le responsable est le standard

On propose d'abord que le responsable soit tenu au standard de 100 points dans toutes les formations sanitaires. Ce standard permet aux autres membres du personnel de se comparer au responsable. Le choix de cette comparaison est fait de préférence de manière transparente et en équipe. Dans cet exemple, le salaire de base du responsable-médecin est de 160 000 FCFA, soit le même que celui du gouvernement. Cependant, si ce salaire est jugé trop élevé ou trop bas, on peut décider de le faire passer de référence du chef ou du directeur de la formation sanitaire, vers le haut ou vers le bas. Il faut noter que cela influencera les salaires de l'ensemble du personnel.

Le choix du nombre de points à attribuer à chaque employé, par rapport aux 100 points du responsable, est de préférence effectué en concertation avec le personnel. Dans l'exemple du tableau 3, le personnel a proposé 85 points pour l'adjoint et le technicien de laboratoire, 70 points pour les deux IDE, 60 points pour le comptable et 40 points pour les deux assistants de santé. Le caissier et les trois autres membres du personnel non qualifiés ont obtenu une valeur d'indice salarial comprise entre 20 et 30 points.

Si nous prenons l'exemple où le salaire de référence du chef est de 160.000, l'adjoint (payé par la FOSA) reçoit un salaire de base de $160.000 / 100 \times 85 \text{ points} = 136.000 \text{ FCFA}$, le comptable un salaire de $160.000 / 100 \times 60 \text{ points} = 96.000 \text{ FCFA}$ et le caissier un salaire de $160.000 / 100 \times 30 \text{ points} = 48.000 \text{ FCFA}$.

Tableau 3 : Calcul du salaire de base du personnel d'une FOSA.

Catégories Personnel	Département	Valeur d'indice établie par la FOSA	Salaires de base y compris ancienneté payée par le Gouvernement (FCFA)	GVT en \$US	Salaires de base en FCFA + ancienneté payée par la FOSA	En \$US payés par la FOSA
Médecin - responsable	Général	100	F 160,000	\$ 269		\$ 0
Technicien Supérieur Santé - Adjoint	Cons Ext - Hosp	85		\$ 0	F 136,000	\$ 229
Technicien Supérieur - Laboratoire	Labo	85		\$ 0	F 136,000	\$ 229
Comptable	Admin	60		\$ 0	F 96,000	\$ 161
IDE - sage-femme	Maternité	70		\$ 0	F 112,000	\$ 188
IDE	Cons Ext - Hosp	70		\$ 0	F 112,000	\$ 188
Caissier	Admin	30		\$ 0	F 48,000	\$ 81
Assistant de Santé	Hospitalisation	40		\$ 0	F 64,000	\$ 108
Assistante Accoucheuse	Maternité	40		\$ 0	F 64,000	\$ 108
Personnel non qualifié	Hospitalisation	25		\$ 0	F 40,000	\$ 67
Personnel non qualifié	Maternité	25		\$ 0	F 40,000	\$ 67
Personnel non qualifié	Cons Ext - Hosp	20		\$ 0	F 32,000	\$ 54
TOTAL		650	F 160,000	\$ 269	F 880,000	\$ 1,479

14.4.3 Méthode 2 pour calculer le salaire fixe : Appliquer l'indice salarial du gouvernement

La deuxième approche consiste à utiliser la valeur des indices gouvernementaux de chaque employé, ou l'équivalent, lorsque les membres du personnel ne sont pas des employés du gouvernement. Chaque pays a une structure de salaire pour les fonctionnaires qui spécifie : 1) le niveau académique ou professionnel (souvent exprimé en catégories) et 2) le nombre d'années de service (exprimé en incréments).

C'est la valeur des indices salariaux du gouvernement qui détermine le salaire fixe, et c'est la même chose pour tous les employés ayant le même nombre de points d'indice salarial, qu'ils soient enseignants, professionnels de santé ou policiers. Chaque point correspond à un montant fixe. En République centrafricaine, le facteur de multiplication est de 102. Ainsi, comme indiqué dans le tableau suivant, la valeur des indices salariaux les plus bas est de 328, ce qui correspond à un salaire de $328 \times F 102 = 33\,456$ FCFA., tandis que les plus élevés sont de $2\,421 \text{ points} \times 102 = 246\,942$ FCFA. Le secteur privé peut utiliser la même grille de valeurs des indices salariaux pour déterminer les salaires de son personnel, en appliquant le même facteur multiplicateur de 102 ou, s'il préfère, un facteur différent (supérieur ou inférieur). Cela étant, chaque pays dispose d'un cadre juridique pour fixer le niveau des salaires minimums applicables dans le secteur public et dans le secteur privé. Ainsi, avec cette échelle de salaire de la fonction publique, chaque établissement de santé peut calculer le salaire de base fixe des fonctionnaires, dès lors qu'il connaît la catégorie et la durée d'évolution de chaque membre du personnel.

Multiplication factor		102											
Categories / Increments	Garde de corps	A1 PLUS 300 pts	A1 PLUS 280 pts	A1 PLUS 250 pts	Cat A1	Cat A2	Cat A3	Cat B1	Cat B2	Cat C1	Cat C2	Cat D1	Cat D2
Exc	2421	2468	2448	2418	2168	1871	1651	1466	1254	951	746	597	499
Base salary	F 246,942	F 251,736	F 249,696	F 246,636	F 221,136	F 190,842	F 168,402	F 149,532	F 127,908	F 97,002	F 76,092	F 60,894	F 50,898
Incram 1/3	2256	2368	2348	2318	2068	1791	1581	1406	1204	921	721	578	484
Base salary	F 230,112	F 241,536	F 239,496	F 236,436	F 210,936	F 182,682	F 161,262	F 143,412	F 122,808	F 93,942	F 73,542	F 58,956	F 49,368
Incram 1/2	2091	2248	2228	2198	1948	1696	1496	1331	1144	888	693	558	468
Base salary	F 213,282	F 229,296	F 227,256	F 224,196	F 198,696	F 172,992	F 152,592	F 135,762	F 116,688	F 90,576	F 70,686	F 56,916	F 47,736
Incram 1/1	1926	2128	2108	2078	1828	1601	1411	1256	1084	855	665	538	452
Base salary	F 196,452	F 217,056	F 215,016	F 211,956	F 186,456	F 163,302	F 143,922	F 128,112	F 110,568	F 87,210	F 67,830	F 54,876	F 46,104
Incram 2/3	1761	2024	2004	1974	1724	1520	1340	1194	1032	824	640	517	436
Base salary	F 179,622	F 206,448	F 204,408	F 201,348	F 175,848	F 155,040	F 136,680	F 121,788	F 105,264	F 84,048	F 65,280	F 52,734	F 44,472
Incram 2/2		1914	1894	1864	1614	1425	1264	1128	977	792	613	497	420
Base salary		F 195,228	F 193,188	F 190,128	F 164,628	F 145,350	F 128,928	F 115,056	F 99,654	F 80,784	F 62,526	F 50,694	F 42,840
Incram 2/1		1804	1784	1754	1504	1330	1188	1062	922	760	586	477	404
Base salary		F 184,008	F 181,968	F 178,908	F 153,408	F 135,660	F 121,176	F 108,324	F 94,044	F 77,520	F 59,772	F 48,654	F 41,208
Incram 3/4		1702	1682	1652	1402	1249	1117	1001	871	729	561	457	386
Base salary		F 173,604	F 171,564	F 168,504	F 143,004	F 127,398	F 113,934	F 102,102	F 88,842	F 74,358	F 57,222	F 46,614	F 39,372
Incram 3/3		1602	1582	1552	1302	1164	1047	941	821	699	536	438	373
Base salary		F 163,404	F 161,364	F 158,304	F 132,804	F 118,728	F 106,794	F 95,982	F 83,742	F 71,298	F 54,672	F 44,676	F 38,046
Incram 3/2		1502	1482	1452	1202	1079	1027	881	771	669	511	419	358
Base salary		F 153,204	F 151,164	F 148,104	F 122,604	F 110,058	F 104,754	F 89,862	F 78,642	F 68,238	F 52,122	F 42,738	F 36,516
Incram 3/1		1402	1382	1352	1102	994	947	821	721	639	486	400	343
Base salary		F 143,004	F 140,964	F 137,904	F 112,404	F 101,388	F 96,594	F 83,742	F 73,542	F 65,178	F 49,572	F 40,800	F 34,986
Stagiaire		1302	1282	1252	1062	964	877	761	671	609	461	381	328
Base salary		F 132,804	F 130,764	F 127,704	F 108,324	F 98,328	F 89,454	F 77,622	F 68,442	F 62,118	F 47,022	F 38,862	F 33,456

Dans le FBP, l'indice des salaires peut également servir de base au calcul des bonus de performance de chaque membre du personnel, afin de pondérer les critères de performance. Ainsi, pour une heure supplémentaire, un médecin de la catégorie A1, incrément 2/1, avec une valeur d'indice de 1504, recevra un bonus proportionnellement supérieur à celui d'un agent C2 de la catégorie des aidants C2 2/1, dont l'indice est de 586.

Recommandation technique :

Comme le montre le tableau suivant (extrait de la feuille de calcul de l'index), le salaire de base est obtenu en multipliant l'indice par sa valeur. En saisissant, dans la feuille « In » de l'outil Excel, la valeur de l'indice (=358), le salaire est calculé automatiquement à l'aide de la fonction LookUp. La valeur correspondante est 36 516 FCFA.

Facteur de multiplication = 102		
Indice	FCFA	USD
328	F 33,456	\$ 60
343	F 34,986	\$ 62
358	F 36,516	\$ 65
373	F 38,046	\$ 68
381	F 38,862	\$ 69

L'exemple suivant montre un centre de santé comptant douze membres du personnel. Dans cette FOSA, le seul personnel rémunéré directement par le gouvernement est le responsable. Les onze autres agents sont payés par la FOSA. Le responsable est en catégorie A1, incrément 2/1 avec un indice de 1504 et un salaire de base de 153 408 FCFA, le comptable est en A3 3/1, et ainsi de suite. Le personnel recruté directement par la FOSA, peut soit se voir accorder un contrat temporaire, de 3 ou 6 mois par exemple, soit bénéficier d'un contrat fixe négociable, mais basé sur la même échelle salariale que la fonction publique.

Catégories personnel	Département	Catégorie - échelon	Valeur Indice	Salaires fixes + ancienneté payée par le gouvernement en FCFA	Salaires fixes + ancienneté Payés par le gouvernement en \$US	Salaires fixes + ancienneté payée par le la FOSA en FCFA	Salaires fixes + ancienneté payée par la FOSA en \$US
Médecin - Responsable	Général	A1 - 2/1	1504	F 153,408	\$ 258		\$ 0
Techm médical - adjoint	CE - admission	A2 - 1/3	1791		\$ 0	F 182,682	\$ 307
Assistant médical - Labo	Labo	A2 - 1/3	1791		\$ 0	F 182,682	\$ 307
Comptable	Admin	A3 - 3/1	947		\$ 0	F 96,594	\$ 162
IDE - Sage-femme	Maternité	B1- 2/3	1194		\$ 0	F 121,788	\$ 205
IDE	CE - admission	B1-2/3	1194		\$ 0	F 121,788	\$ 205
Caissier	Général	D1 - 2/2	497		\$ 0	F 50,694	\$ 85
Assistant médical	Hospitalisation	D1- 3/4	457		\$ 0	F 46,614	\$ 78
Assistant Sage-Femme	Maternité	D1-3/4	457		\$ 0	F 46,614	\$ 78
Aide-Soignant	Hospitalisation	D2-3/3	373		\$ 0	F 38,046	\$ 64
Aide-Soignant	Maternité	D2-3/3	373		\$ 0	F 38,046	\$ 64
Aide-Soignant	CE - admission	D2- stagiaire	328		\$ 0	F 33,456	\$ 56
TOTAL				F 153,408	\$ 258	F 959,004	\$ 1,612

14.4.4 Impôts et cotisations sociales

Le deuxième élément de dépenses est constitué des taxes et des cotisations sociales. Cela dépend des lois de chaque pays et doit donc être contextualisé dans les manuels nationaux de FBP.

Le tableau suivant présente un exemple de structure fiscale au Cameroun, calculée en FCFA (1 \$US = 595 FCFA). La base du calcul de l'impôt est le salaire mensuel brut, qui correspond à la somme du salaire de base, des allocations fixes et des primes de rendement variables.

Explication du montant des taxes de la structure		Mode de Calcul basé sur le Salaire Brut Mensuel = SBM	
		Impôts sur le Revenu des Personnes Physique (IRPP)	
Minimum	Maximum	IRPP à payer	Formule
F 0	F 62,000	Pas d'impôts à payer	
F 62,001	F 310,000	10%	(Brut Monthly Salary x 70% - BMS x 2.8%-41.667) x 10%
F 310,001	F 429,000	15%	16963+(SBM-310.000) x 70% x 15%
F 429,001	F 667,000	25%	29.188+(SBM-429.000) x 70% x 25%
F 667,001	et plus	35%	70.830+(SBM-667.000) x 70% x 35%

La formule de calcul de l'impôt peut être intégrée dans la feuille de calcul des indices EXCEL afin qu'il soit calculé automatiquement et qu'aucune erreur ne survienne. Cela permet aux prestataires autonomes, tels que les hôpitaux, de calculer les impôts qu'ils retiennent sur le salaire de leurs employés et de les verser à l'autorité fiscale.

Les cotisations sociales concernent les régimes de retraite, d'assurance et divers autres régimes. Ces contributions constituent habituellement une fraction du salaire brut mensuel. Les formules des cotisations sociales peuvent également être incluses dans la feuille de calcul de l'outil indices afin qu'elles soient calculées automatiquement et retirées pour être versées aux institutions respectives. Le salaire net d'un employé est calculé comme suit : a) Salaire de base majoré par des allocations de salaire fixe plus les indemnités = salaire brut ; (b) le salaire net représente le salaire brut moins les impôts et moins les cotisations sociales.

14.4.5 Approvisionnement en médicaments, consommables et équipements

Les dépenses liées aux *médicaments, aux réactifs de laboratoire, aux consommables et aux petits équipements* doivent permettre d'assurer un stock suffisant pour au moins deux semaines. Dans le FBP, la disponibilité des intrants relève de la responsabilité de chaque structure autonome. La proportion des dépenses en intrants rapportée aux dépenses totales varie généralement entre 20 % et 30 %. Quand les dépenses liées aux intrants sont très élevées, cela peut signifier un manque de concurrence sur les intrants ou un autre problème interne à la formation sanitaire, comme des vols de médicaments. Dans le FBP, les structures autonomes ont le libre choix d'obtenir leurs intrants auprès de distributeurs qui produisent des médicaments de qualité à des prix compétitifs. Cela oblige le régulateur à assurer le bon fonctionnement du libre marché et à veiller au respect des normes de qualité par les fournisseurs, au moyen d'un mécanisme d'accréditation.

À la fin du mois, les responsables de la pharmacie et du laboratoire procèdent à l'inventaire des produits encore en stock. Sur la base du calcul de la consommation moyenne mensuelle, ils évaluent les besoins, pour la prochaine période d'approvisionnement ainsi que les coûts. Ces besoins sont présentés et validés lors de la réunion mensuelle de l'Outil Indices.

Un *stock de sécurité de 15 jours* (= consommation moyenne mensuelle / 2) est recommandé, mais peut être plus élevé dans des circonstances particulières, telles que l'éloignement ou l'enclavement de la structure, ou encore des difficultés d'accès à un distributeur grossiste. Le stock de sécurité de chaque médicament est calculé en divisant la consommation des 6 derniers mois par 12.

14.4.6 Dépenses de marketing social

Les dépenses du **marketing social** peuvent également être élevées dans un programme FBP, car elles financent des activités promotionnelles et de prévention. Ces dépenses peuvent représenter 10% à 20% des dépenses totales et incluent les indicateurs de visites à domicile, le suivi des abandons et l'identification de nouveaux cas, qui font partie des indicateurs de base du paquet de santé. Le marketing social est particulièrement important pour les programmes communautaires qui soutiennent l'identification des personnes vulnérables, la planification familiale, la vaccination, la construction de latrines ou l'utilisation de moustiquaires. Cette rubrique est également utilisée pour le paiement des primes de performance des agents de santé qualifiés impliqués dans le programme FBP communautaire, ainsi que des relais communautaires.

14.4.7 Dépenses de fonctionnement

Cette rubrique regroupe toutes les autres dépenses courantes de fonctionnement de la FOSA, telles que le loyer, le transport, l'eau et l'électricité, le matériel bureautique, le matériel d'hygiène, la communication, etc. Sur la base de la consommation moyenne des six à douze derniers mois, le personnel évalue la moyenne des dépenses mensuelles de fonctionnement à prévoir. Cette rubrique inclut également des dépenses sans lien direct avec les activités de la FOSA, telles que la contribution à la coordination diocésaine d'une FOSA catholique. Ce type de dépenses ne devrait pas dépasser 5% des recettes de la FOSA.

14.4.8 Investissements

Des **investissements** sont importants pour améliorer la qualité de l'infrastructure, de l'équipement et le mobilier de services. Outre les nouvelles constructions et l'acquisition de nouveaux équipements, les investissements comprennent la réhabilitation et l'amortissement. Ainsi, une FOSA doit disposer d'un plan d'amortissement pour l'ensemble de ses immobilisations.

Le personnel doit sentir que la structure lui « appartient » et qu'elle constitue sa source de revenus. C'est pourquoi, il est important de veiller à la stabilité du personnel de la structure, pour favoriser ce sentiment de possession. La structure doit être attrayante (jardin, fleurs, peinture), délimitée par une clôture empêchant l'accès des personnes et des animaux, et bien protégée contre l'érosion par l'eau dans les zones montagneuses. Il est important d'impliquer le personnel dans la prise de décision concernant les investissements, car, à court terme, l'augmentation des investissements réduit également les primes du personnel. Il est facile de convaincre le personnel de l'intérêt de renoncer à des paiements de bonus de performance si, par exemple, la structure doit être électrifiée, ce qui augmentera les activités et les subsides et améliorera aussi l'ambiance de travail. Cet investissement sera rapidement amorti afin que des primes de performance plus intéressantes puissent être versées. De même, il sera facile de convaincre le personnel d'investir dans l'amélioration de ses maisons si le personnel décide, d'un commun accord, que les primes de performance de la FOSA seront investies dans la construction de ces maisons.

14.4.9 Paiement des sous-contrats

Il s'agit du paiement des autres FOSA sous-contractées par la FOSA. Ce paiement est obligatoire et représente habituellement 80% de la production des sous-contractants. Il est effectué immédiatement après réception des subsides par le contractant principal et doit être conforme aux termes du contrat. L'ACV et les autorités de régulation veillent à ce que ce paiement soit effectué immédiatement. Les 20% restants peuvent être conservés par le contractant principal pour les frais de supervision et d'administration du contrat.

14.5 Faire une réserve de fonctionnement en liquide de trois mois

Une réserve adéquate de la structure est importante pour stabiliser les recettes et dépenses car les recettes de la FOSA peuvent être très basses un mois donné par rapport à un autre mois. Des catastrophes sont également possibles, comme un incendie ou un vol, qui, en l'absence de réserve de liquidités, pourraient paralyser le fonctionnement de la FOSA.

La réserve devrait permettre un fonctionnement sans interruption pendant trois mois. L'indicateur de suivi est le nombre de jours pendant lesquels une structure peut fonctionner sans réaliser de recettes. Les jours de réserve sont calculés comme suit : 1) somme des flux de trésorerie d'ici la fin du mois + réserve à la banque + valeur du stock de médicaments essentiels qu'on peut vendre ; 2) division de cette somme par la moyenne des dépenses mensuelles ; 3) multiplication par 30 jours.

14.6 Critères pour calculer les primes de performance du personnel

L'enveloppe à partager pour les primes de performance correspond au résultat positif, ou « bénéfice », réalisé par la FOSA au cours du mois. Elle se calcule en soustrayant les recettes totales des autres dépenses. Ainsi, en cas de résultat négatif, le personnel ne reçoit pas de primes de performance. L'opportunité de recevoir des primes de performance crée un esprit d'équipe, car le personnel sera conscient de l'importance d'augmenter les recettes de la FOSA et d'être efficace dans la gestion des dépenses. Cette prise de conscience limite les vols, les achats d'intrants à des coûts non compétitifs, ainsi que la mauvaise utilisation des équipements, des motos ou des véhicules, etc.

Les gestionnaires doivent s'assurer que la FOSA génère un bénéfice suffisant pour payer les primes de performance. Comme norme de répartition entre le salaire fixe et la rémunération variable, on propose une proportion de 60% et 40%. Ainsi, si les salaires fixes sont par exemple 1 000 000 FCFA, le volume idéal à générer pour les primes de performance sera de 600 000 FCFA. Il n'existe pas de plafond pour

les primes de performance, mais le paiement des primes ne doit pas supprimer les investissements, ni l'établissement de la réserve bancaire, ni d'autres dépenses, notamment celles liées aux médicaments, à l'équipement ou au fonctionnement.

Quels sont les critères pour calculer le montant des primes de performance du personnel ?

On propose les huit critères suivants :

1. La *responsabilité* ;
2. Les *heures additionnelles* par mois ;
3. Le *bonus d'« absence d'exercice de la pratique privée »* ;
4. La *qualité technique des départements / services / unités*. La FOSA doit décider : pour quel(s) service(s) chaque agent est responsable ;
5. La *performance individuelle* des agents ;
6. Le *fait de générer des recettes de recouvrement de coûts* ;
7. Les *heures perdues* par mois ;
8. La *pénalité sur base des problèmes administratifs*.

Tableau : Huit critères pour le calcul des primes du personnel d'une FOSA en RCA.

Catégories Personnel	1. Bonus de respon- sabilité	2. Bonus pour les heures addition- nelles	3. Bonus d'absence d'exercice de la pratique privée	4. Score de qualité du département	5. Bonus score individuel de performance	6. Bonus de revenus réalisés	7. Pénalité des heures perdues	8. Pénalité(s) individuelle(s)	SCOR E TOTAL	Score Indices du mois	BONUS TOTAL
Médecin - responsable	50	2.7	20	28	27	15	0.0	0	143	F 1,604	F 228,773
Techn Supérieur Santé - Adjoint	35	0.0	17	24	14	15	0.0	0	105	F 1,604	F 169,060
Techn Supérieur - Laboratoire	20	0.0	17	13	27	11	0.0	0	87	F 1,604	F 139,977
Comptable	20	0.0	12	8	20	9	0.0	0	69	F 1,604	F 111,246
IDE - sage-femme	20	0.0	14	19	15	16	1.4	0	83	F 1,604	F 132,587
IDE		7.0	14	20	16	13	0.0	0	70	F 1,604	F 111,714
Cassier	10	0.0	0	4	0	6	1.2	18	0	F 1,604	F 0
Assistant de Santé		2.0	8	7	12	7	0.0	0	36	F 1,604	F 57,422
Assistante Accouch		2.0	8	7	12	9	0.0	0	38	F 1,604	F 60,859
Personnel non qualifié		2.1	5	4	4	4	0.0	0	20	F 1,604	F 31,880
Personnel non qualifié		2.1	5	7	8	6	0.5	0	27	F 1,604	F 42,580
Personnel non qualifié		0.0	2	4	5	4	0.0	0	15	F 1,604	F 23,901
	155	18	122	144	160	115	3	18	692		F 1,110,000
	22%	2.5%	17.1%	20.2%	22.5%	16.1%	0%	3%	TOTAL		52%

En RCA, ces huit critères sont proposés, mais une certaine flexibilité est possible pour des formations sanitaires qui considèrent que certains critères sont de moindre ou de plus grande importance.

Comme le montre le tableau suivant, le médecin responsable a un indice salarial de 100 points et les autres personnels reçoivent leur indice et leur salaire de base relativement à celui-ci. etc.

Tableau : Valeur d'indice salarial de base et bonus de responsabilité

	Catégories Personnel	Département	Valeur de l'indice	Salaires de base + anciennetés payées par le gouvernement	Salaires de base en F CFA payés par FOSA	1. Bonus de responsabilité
1	Médecin - Responsable	Général	100	F 160,000		50
2	Technicien Supérieur Santé - Adjoint	Cons Ext – Hosp.	85		F 136,000	35
3	Technicien Supérieur - Laboratoire	Labo	85		F 136,000	20
5	Comptable	Admin	60		F 96,000	20
6	IDE - sage-femme	Maternité	70		F 112,000	20
4	IDE	Cons Ext – Hosp.	70		F 112,000	
7	Cassier	Général	30		F 48,000	10
8	Assistant de Santé	Hospitalisation	40		F 64,000	
9	Assistante Accoucheuse	Maternité	40		F 64,000	
10	Personnel non qualifié	Hospitalisation	25		F 40,000	
11	Personnel non qualifié	Maternité	25		F 40,000	
12	Personnel non qualifié	Cons Ext – Hosp.	20		F 32,000	
			TOTAL	F 160,000	F 880,000	155

14.6.1 Bonus de responsabilité

Les points pour la responsabilité sont déterminés par la FOSA et peuvent être attribués au responsable d'une valeur d'indice salarial x 50%. Les points des autres responsables seront déterminés par le comité de gestion de la FOSA, en coordination étroite avec le personnel. Dans cet exemple, on a attribué 35 points au responsable adjoint, 20 points au comptable, au technicien supérieur de laboratoire et à l'IDE-sage-femme, et 10 points au caissier.

14.6.2 Bonus pour les heures supplémentaires

Pour chaque heure supplémentaire effectuée pendant la journée, on peut accorder des points correspondant à la valeur de l'indice de ce personnel, divisée par 100. Pendant la nuit, la valeur d'une heure supplémentaire peut être majorée en divisant l'indice du personnel par 60, au lieu de 100 pour la journée. Le tableau suivant montre la valeur d'une heure pour tout le personnel, pendant la journée (colonne 2b) et pendant la nuit ou le week-end (colonne 2d). Ainsi, la valeur de l'indice salarial pondère les points par heure. Ainsi, pour une heure supplémentaire effectuée pendant la journée, le responsable obtient 1 point et le personnel non qualifié 0,2 à 0,3 points.

Tableau 1 : Calcul et pondération d'une heure supplémentaire travaillée par chaque employé.

Catégories Personnel	Valeur d'indice	2a. Heures additionnelles - pendant journée	2b. Points sup de la journée / 100	2c. Heures additionnelles - nuit ou weekend	2d. Points de nuit ou weekend / 60	2. Bonus pour les heures additionnelles
Médecin - responsable	100	1	1.0	1	1.7	2.7
Techn. Supérieur Santé - Adjoint	85	1	0.9	1	1.4	2.3
Techn. Supérieur - Laboratoire	85	1	0.9	1	1.4	2.3
Comptable	60	1	0.6	1	1.0	1.6
IDE - sage-femme	70	1	0.7	1	1.2	1.9
IDE	70	1	0.7	1	1.2	1.9
Cassier	30	1	0.3	1	0.5	0.8
Assistant de Santé	40	1	0.4	1	0.7	1.1
Assistante Accoucheuse	40	1	0.4	1	0.7	1.1
Personnel non qualifié	25	1	0.3	1	0.4	0.7
Personnel non qualifié	25	1	0.3	1	0.4	0.7
Personnel non qualifié	20	1	0.2	1	0.3	0.5

14.6.3 Bonus d'absence d'exercice de la pratique privée

Ce bonus est important dans un contexte où le personnel des structures a tendance à avoir une pratique privée officieuse. Cela a un effet néfaste sur la qualité des services et sur les recettes de la FOSA. Le bonus de ne pas détourner les patients vers le privé compense la perte de revenus du personnel générés par les cabinets privés ou à travers des paiements informels « sous la table ». Pour obtenir ce bonus, le personnel doit accepter de renoncer à l'exercice de la pratique privée et accepter que toute violation conduise à la perte de ce bonus ou à d'autres pénalités. Il faut développer un protocole qui explique quelles pénalités seront prises en cas d'exercice de la pratique privée. Par exemple, en cas d'un fort soupçon on peut perdre 50% du bonus d'absence d'exercice de la pratique privée. Quand il existe des preuves solides, on perd 100%.

Dans le protocole il faut également expliquer les mécanismes de vérification. Par exemple, on peut afficher, à la réception de la FOSA, un numéro de téléphone qu'un patient peut appeler quand un agent de santé lui demande de payer de manière informelle ou quand un agent de santé demande au patient d'aller vers son cabinet privé.

Tableau : Bonus d'absence d'exercice de la pratique privée

	Catégories Personnel	Valeur d'indice	3a. Maximum Bonus d'absence d'exercice de la pratique privée Valeur d'Indice / 5	3b. Condition Satisfaite = 100%, Doute = 50% Preuve pour des services informels = 0%	3. Bonus de ne PAS avoir d'exercice de la pratique privée
1	Médecin - responsable	100	20	100%	20
2	Techn Supérieur Santé - Adjoint	85	17	100%	17
3	Techn Supérieur - Laboratoire	85	17	100%	17
5	Comptable	60	12	100%	12
6	IDE - sage-femme	70	14	100%	14
4	IDE	70	14	100%	14
7	Cassier	30	6	0%	0
8	Assistant de Santé	40	8	100%	8
9	Assistante Accoucheuse	40	8	100%	8
10	Personnel non qualifié	25	5	100%	5
11	Personnel non qualifié	25	5	100%	5
12	Personnel non qualifié	20	4	50%	2

14.6.4 Bonus de score de qualité du département – services - unités

Les évaluations de la qualité sont faites par l'équipe cadre de district pour le PMA et par les évaluations par les pairs pour les hôpitaux.

Le critère de la qualité pour la prime de performance est lié aux résultats des évaluations de qualité de chaque département / service / unité. Le score maximum pour chaque employé est obtenu en divisant la valeur de l'indice du personnel par 3. Les points pour le critère de la qualité sont ensuite obtenus en multipliant la valeur maximale par le score de qualité obtenu par chaque département ou service. Par exemple le médecin responsable avec la valeur d'indice de 100 points / 3 x le score global de 60% de la FOSA = 20 points.

Tableau : Influence du critère de qualité du département / service sur les primes individuelles.

Catégories Personnel	Département / Service	Valeur de l'indice salarial	4a. MAXIMUM BONUS QUALITE = Indices / 3	4b. Score Qualité Entre 0% et 100%	4. Bonus score de qualité du département
Médecin - responsable	Général	100	33	60%	20
Techn Sup Santé - Adj	Cons Ext - Hosp	85	28	85%	24
Techn Supérieur - Labo	Labo	85	28	45%	13
Comptable	Admin	60	20	40%	8
IDE - sage-femme	Maternité	70	23	80%	19
IDE	Cons Ext - Hosp	70	23	85%	20
Caissier	Général	30	10	60%	6
Assistant de Santé	Hospitalisation	40	13	50%	7
Assistante Accoucheuse	Maternité	40	13	80%	11
Personnel non qualifié	Hospitalisation	25	8	50%	4
Personnel non qualifié	Maternité	25	8	80%	7
Personnel non qualifié	Cons Ext - Hosp	20	7	85%	6
			Moyen:	67%	143

14.6.5 Critère de la performance individuelle

Un autre critère pour déterminer les primes de performance du personnel est l'évaluation individuelle du personnel tous les trois mois, sur la base de critères SMART.

Les critères pour évaluer la performance individuelle des membres de l'équipe sont :

1. La conscience professionnelle (=> de la ponctualité, disponibilité, tenue de travail) ;
2. L'esprit de travail (=> relations interpersonnelles, sens de la coopération et esprit d'initiative) ;
3. Compétences techniques et adaptabilité dans le travail (=> organisation, qualité du travail et quantité) ;
4. Volonté de développement personnel (=> prise en compte des recommandations des supervisions internes et externes précédentes)

Un cinquième critère peut également être utilisé pour ajouter des points aux employés qui présentent des risques spécifiques comme le fait de travailler avec les patients vivants avec le VIH/ atteints de COVID 19, dans le département de radiologie ou à la morgue.

Il y a trois méthodes possibles pour effectuer l'évaluation, selon qu'elle est faite par : (1) le chef de service ou le major ; (2) une équipe collégiale permanente de notation ; (3) une équipe collégiale identifiée chaque mois/trimestre.

La meilleure méthode d'évaluation, en général, est celle faite en équipe.

Tableau : Critère de performance individuelle des employés pour la prime.

	Catégories Personnel	Valeur des indices	5a. MAXIMUM Bonus individuel de performance Indices / 3	5b. Score individuel de performance Compris entre 0% et 100% (pas plus de 80% en moyenne)	5c. Bonus Score individuel de performance
1	Médecin - responsable	100	33	80%	27
2	Techn Supérieur Santé - Adjoint	85	28	50%	14
3	Techn Supérieur - Laboratoire	85	28	95%	27
5	Comptable	60	20	100%	20
6	IDE - sage-femme	70	23	65%	15
4	IDE	70	23	70%	16
7	Caissier	30	10	0%	0
8	Assistant de Santé	40	13	90%	12
9	Assistante Accoucheuse	40	13	90%	12
10	Personnel non qualifié	25	8	50%	4
11	Personnel non qualifié	25	8	90%	8
12	Personnel non qualifié	20	7	80%	5

14.6.6 Canevas utilisable pour l'évaluation individuelle

CRITERES SCORE DE PERFORMANCE INDIVIDUELLE (trimestrielle) – Encercler la réponse correcte		Max	Score
Conscience professionnelle			
Ponctualité			
- Est arrivé en retard plus de 7 fois/mois	= 0 point	9	...
- Est arrivé en retard 4 à 7 fois/mois	= 3 points		
- Est arrivé quelques fois en retard 1 à 3 fois/mois	= 6 points		
- N'est jamais arrivé en retard	= 9 points		
Disponibilité			
- A été absent de son poste plus de 7 fois/mois sans motif connu	= 0 point	9	...
- A été souvent absent de son poste d'attache sans motif connu (4 à 7 fois/mois)	= 3 points		
- A été quelques fois absent de son poste d'attache sans motif connu (1 à 3 fois/mois)	= 6 points		
- N'a jamais été absent de son poste de travail sans motif connu	= 9 points		
Tenue de travail			
- Portée au poste de travail (moins de 4 fois / mois)	= 0 point	9	...
- Portée quelque fois au poste de travail (plus de 4 fois / mois)	= 3 points		
- Tenue toujours portée mais négligée (sale ou déchiré ou non repassée)	= 6 points		
- tenue toujours portée et soignée (lavée, repassée et non déchirée)	= 9 points		
Conscience professionnelle :		27	.....
Observations sur la conscience professionnelle :			
Esprit d'équipe			
Relations interpersonnelles			
- A été souvent en conflit avec collègues et signalé plus de 4 fois / trimestre à la hiérarchie	= 0 point	9	...
- A été quelques fois en conflit avec collègues et signalé à la hiérarchie 2 - 4 fois / trimestre	= 3 points		
- A été parfois en conflit avec collègues 1 fois par trimestre	= 6 points		
- n'a jamais été en conflit avec des collègues	= 9 points		
Sens de coopération et collaboration			
- A plus de 4 fois par trimestre refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues	= 0 point	9	...
- À 2 à 3 fois par trimestre refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues	= 3 points		
- A une fois par trimestre refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues	= 6 points		

CRITERES SCORE DE PERFORMANCE INDIVIDUELLE (trimestrielle) – Encercler la réponse correcte		Max	Score
Conscience professionnelle			
- N'a jamais refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues	= 9 points		
Initiative			
- N'a jamais accompli un travail supplémentaire sous prétexte qu'il n'a pas de temps matériel	= 0 point	9	...
- A attendu les ordres de la hiérarchie pour accomplir au moins un travail supplémentaire	= 3 points		...
- A commencé un travail supplémentaire, mais sans le terminer	= 6 points		
- A accompli au moins un travail supplémentaire sans attendre les ordres de la hiérarchie	= 9 points		
Esprit d'équipe :		27	..
Observations sur l'esprit d'équipe :			
Compétences techniques et adaptabilité dans le travail			
Organisation			
- Ne dispose jamais d'un plan journalier d'activités (constat lors des supervisions internes)	= 0 point	12	...
- Ne dispose pas toujours d'un plan journalier d'activités lors de supervisions internes	= 4 points		...
- Dispose d'un plan journalier d'activités, mais non suivi lors de supervisions internes	= 8 points		
- Dispose toujours d'un plan d'activités respecté lors de supervisions internes	= 12 points		
Qualité du travail			
- Ne respecte pas les normes à ses tâches (selon le rapport de supervisions internes)	= 0 point	12	...
- Ne respecte pas les normes à ses tâches (constat fait 2 fois / trimestre lors de supervision)	= 4 points		...
- Ne respecte pas les normes à ses tâches (constat fait 1 fois / trimestre lors de supervision)	= 8 points		
- Respecte toujours les normes à ses tâches	= 12 points		
Quantité du travail			
- Ne termine pas 5 fois par trimestre les tâches du plan journalier (constat de supervision)	= 0 point	12	...
- Ne termine pas 3 fois par trimestre les tâches du plan journalier (constat de supervision)	= 4 points		...
- Ne termine pas 1 fois par trimestre les tâches du plan journalier (constat de supervision)	= 8 points		
- Termine toujours les tâches définies dans son plan journalier (constat de supervision)	= 12 points		
Compétences techniques et adaptabilité dans le travail :		36	...
Observations sur compétences techniques et adaptabilité dans le travail :			
Volonté de développement personnel			
Prise en compte des recommandations des supervisions internes et externes précédentes			
- Ne tient pas compte des recommandations des supervisions internes et externes précédentes (constat lors des supervisions) plus de 4 fois par trimestre	= 0 point	10	...
- Ne tient pas compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes (constat lors des supervisions) 2-3 fois par trimestre	= 3 points		...
- Ne tient pas compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes (constat lors des supervisions) 1 fois par trimestre	= 6 points		
- Tient toujours compte des recommandations des supervisions internes et externes	= 10 points		
Volonté de développement personnel :		10	....
Observations sur la volonté de développement personnel			
TOTAL DES POINTS :		100	....
SCORE DE PERFORMANCE EN %		.....	
Le score moyen des performances individuelles du personnel de la structure ne peut pas excéder 80%			
Observations GÉNÉRALES sur l'évaluation de performance individuelle :			
Nom, date et signature superviseur :			
Nom, date et signature de l'employé :			

14.6.7 Critère d'augmentation des revenus du département / services

L'utilisation de ce critère stimule la contribution des départements / services ou unités à l'augmentation des revenus de la FOSA. Le score maximum est calculé en divisant la valeur de l'indice individuel du salaire de base par 4. La direction de la FOSA établit une cible pour les recettes à réaliser. Par exemple, dans le tableau suivant la cible totale des recettes internes est de 2.5 millions de FCFA par mois. Cela est subdivisé pour les unités d'hospitalisation et de consultation externe (cible de 1.4 millions), la maternité (cible de 700.000 FCFA) et le Laboratoire (cible de 400.000 FCFA). La prochaine étape consiste à diviser le montant des recettes réalisées par une unité (6d) par la cible de recettes fixées à cette unité (6c) ce qui donne un score en % de recettes réalisées (6e). En multipliant les points maximum (6a) par le score de revenus ainsi calculé (6e) on obtient les points obtenus par chaque agent pour le critère des revenus réalisés par l'unité.

Tableau : Critère de génération de revenus/ recettes du recouvrement des coûts par le département.

Catégories Personnel	6a. Points Maximum Recettes RC = Indices / 4	6b. Services et Unités	6c. Cible des recettes fixées aux Départ / Services	6d. recettes réalisées par les Services/ Unités	6e. Score des recettes réalisées par les Départ ou Services / Cibles	6f. Points pour le critère de recettes
Médecin - responsable	25	Général	F 2,500,000	F 1,500,000	60%	15
Techn Sup Santé - Adjoint	21	Cons Ext - Hosp	F 1,400,000	F 1,000,000	71%	15
Techn Sup - Laboratoire	21	Labo	F 400,000	F 200,000	50%	11
Comptable	15	Admin	F 2,400,000	F 1,500,000	63%	9
IDE - sage-femme	18	Maternité	F 700,000	F 650,000	93%	16
IDE	18	Cons Ext - Hosp	F 1,400,000	F 1,000,000	71%	13
Caissier	8	Admin	F 2,000,000	F 1,500,000	75%	6
Assistant de Santé	10	Hospitalisation	F 1,400,000	F 1,000,000	71%	7
Assistante Accoucheuse	10	Maternité	F 700,000	F 650,000	93%	9
Personnel non qualifié	6	Hospitalisation	F 1,400,000	F 1,000,000	71%	4
Personnel non qualifié	6	Maternité	F 700,000	F 650,000	93%	6
Personnel non qualifié	5	Cons Ext - Hosp	F 1,400,000	F 1,000,000	71%	4
	163					115

Outre les 6 critères d'incitation positifs, il existe deux incitations négatives ou critères de pénalité.

14.6.8 Pénalités pour les heures perdues

Cela permet aux structures de pénaliser les agents en retard ou absents au travail. Le principe de calcul est le même que pour les heures additionnelles : on divise la valeur de l'indice de salaire de base par 100 pendant la journée et par 60 pendant la nuit ou le week-end. Cette pénalité est généralement bien accueillie par le personnel, car elle tend à résoudre les problèmes entre ses membres. Par exemple, certains agents sont malades à plusieurs reprises ou absents. La pénalité pour les retards incite les employés à être ponctuels, car les gestionnaires peuvent simplement retirer des points à un membre du personnel absent et « donner » ces points à celui qui a travaillé davantage pour compenser l'absence des autres. Dans certaines FOSA au Rwanda, un employé perd un point pour chaque heure d'absence en cas de retard de 10 minutes. Un système électronique doté de badges individuels peut contrôler les heures d'arrivée et de départ des employés dans les FOSA FBP.

Tableau : Critères des heures perdues.

Catégories Personnel	Valeur d'indice	7a. Heures Perdues - journée = indice / 100	7b. Points Heures Perdues - journée	7c. Heures Perdues - nuit ou weekend = indice / 60	7d. Points Heures perdues - nuit	7. Pénalité heures perdues
Médecin - responsable	100	1	1.0	1	1.7	2.7
Techn Supérieur Santé - Adjoint	85	1	0.9	1	1.4	2.3
Techn Supérieur - Laboratoire	85	1	0.9	1	1.4	2.3
Comptable	60	1	0.6	1	1.0	1.6
IDE - sage-femme	70	1	0.7	1	1.2	1.9
IDE	70	1	0.7	1	1.2	1.9
Caissier	30	1	0.3	1	0.5	0.8
Assistant de Santé	40	1	0.4	1	0.7	1.1
Assistante Accoucheuse	40	1	0.4	1	0.7	1.1
Personnel non qualifié	25	1	0.3	1	0.4	0.7
Personnel non qualifié	25	1	0.3	1	0.4	0.7
Personnel non qualifié	20	1	0.2	1	0.3	0.5
	650					17.6

14.6.9 Pénalités individuelles pour les infractions

Les sanctions individuelles peuvent être fondées sur les plaintes des patients ou sur des enquêtes de satisfaction menées par : (a) les Associations Locales (ASLO) contractées par les ACV ; (b) l'Unité FBP de l'hôpital ; ou (c) d'autres organisations externes d'évaluation.

Les critères de pénalité peuvent être les suivants : les plaintes des patients : (a) après la première infraction, réduction de la prime de performance de 10 % ; (b) après la deuxième infraction, réduction de 20 % ; (c) après la troisième infraction, réduction de 40 % et lancement de mesures administratives.

Dans le cas d'infractions plus graves, comme le vol de médicaments ou de consommables de l'hôpital, la vente parallèle de médicaments ou le rançonnement des malades, les mesures suivantes peuvent être prises : a) perte de 1 mois de prime de performance la première fois, b) perte de 3 mois de primes de performance la deuxième fois et c) des mesures administratives pouvant aller jusqu'au licenciement la troisième fois.

Le calcul consiste à multiplier le SOUS-TOTAL des points soit par 0 % (absence de pénalités), soit par 20 %, 50 % ou 100 %, afin d'obtenir les points perdus (8b). Cela permet de calculer le score total des points pour la prime de performance.

Tableau : Pénalités individuelles pour des infractions.

Catégories Personnel	TOTAL Sous Score SCORE	8a. Pénalité individuelle, 20%, 50%, 100%	8b. Points perdus pour la pénalité individuelle	POINTS TOTAUX par employé	Score Indices du mois	BONUS TOTAL
Médecin - responsable	132	0%	0	132	F 1,669	F 219,754
Techn Supérieur Santé - Adjoint	105	0%	0	105	F 1,669	F 175,962
Techn Supérieur - Laboratoire	87	0%	0	87	F 1,669	F 145,692
Comptable	69	0%	0	69	F 1,669	F 115,788
IDE - sage-femme	84	0%	0	84	F 1,669	F 140,337
IDE	63	0%	0	63	F 1,669	F 104,592
Cassier	22	100%	22	0	F 1,669	F 0
Assistant de Santé	34	0%	0	34	F 1,669	F 56,429
Assistante Accoucheuse	40	0%	0	40	F 1,669	F 66,681
Personnel non qualifié	18	0%	0	18	F 1,669	F 29,705
Personnel non qualifié	25	0%	0	25	F 1,669	F 41,676
Personnel non qualifié	17	50%	9	8	F 1,669	F 13,384
	695		30	665		F 1,110,000

14.7 Calcul des primes par employé

Le total des points gagnés par l'ensemble des 12 employés est de 665.

Le volume des primes de performance s'élevait à 1,1 million de FCFA.

Ainsi, l'indice du mois, ou la valeur d'un point, est égale à $1\ 100\ 000 / 665 = 1\ 669$ FCFA par point.

En multipliant le total des points de chaque employé par l'indice du mois, on obtient le montant de ses primes de performance.

14.8 Indicateurs de viabilité d'une FOSA

Les indicateurs de viabilité de la FOSA sont les suivants :

1. **Équilibre des recettes et des dépenses :**

Le total des dépenses = Le total des recettes

2. La proportion des **recettes propres** ou internes de la structure rapportées à ses recettes totales doit être comprise entre 40% et 60%.

Rappel 1 : *Les recettes propres sont celles générées par le recouvrement des coûts, ainsi que celles provenant de l'assurance maladie et d'autres activités génératrices de revenus « en cash ». Si les recettes internes sont inférieures à 40 %, il existe une dépendance excessive à l'égard de l'extérieur.*

Rappel 2 : *Si les recettes internes représentent plus de 60%, il y a des problèmes de fonctionnement et un risque que les tarifs des soins soient trop élevés pour la population.*

3. **Efficacité des ressources humaines** : (salaires fixes + bonus de performance) / dépenses totales.

Rappel : *La norme est comprise entre 40% et 60%. Si la proportion est supérieure à 60%, cela traduit probablement une insuffisance de ressources pour la maintenance, le fonctionnement, l'achat des médicaments, etc. Si elle est inférieure à 40 %, cela ne suffit pas à couvrir les besoins essentiels du personnel.*

4. **Primes** / (primes variables + salaires et indemnités fixes) supérieures ou égales à 20%.

Rappel : *La prime variable de rémunération d'un agent doit être au moins égale à 20% du « salaire total » de cet agent et, idéalement, à 40%.*

5. **Nombre de jours de réserve** = (réserve bancaire + valeur du stock de médicaments susceptibles d'être vendus + cash disponible en caisse) x 30 / dépenses moyennes mensuelles :

Rappel : *Idéalement, le nombre de jours de réserve doit être supérieur ou égal à 90 jours. Si ce nombre est inférieur à 60 jours, la situation de la réserve est critique, s'il est inférieur à 30 jours, elle est catastrophique.*

6. **Fiche de paiement des primes complètement remplie**

Rappel : *Le montant de la prime doit correspondre à celui noté sur la fiche de synthèse des recettes / dépenses), avec n° de téléphone et signature des bénéficiaires, attestant que les primes marquées en regard de leur nom ont bien été reçues.*

7. **Rapport mensuel technique analysant l'Outil Indices et les indicateurs de viabilité disponible**

- *Rapport Outil Indices présent, y compris la liste de présence du personnel et leurs signatures*
- *Le rapport contient des recommandations et une analyse du rapport Outil Indices du mois précédent*
- *Interview de 2 personnes montrant qu'elles ont participé et qu'elles connaissent les recettes, les dépenses, l'enveloppe de la prime et les critères de répartition.*
- *Score de viabilité présent dans le rapport*

Critères d'évaluation	Barème d'attribution des points	Note maximale
1. Équilibre recettes – dépenses. - Vérifier rapport Outil indices du mois	- 10 points, si bon équilibre - 0 point, si pas d'équilibre	10
2. Recettes propres ou internes / recettes totales - Vérifier rapport Outil indices du mois	- 20 points, si entre 40% et 60% ; - 0 point, si < 40% ou > 60%	20
3. Efficience des dépenses du personnel : - Salaires fixes + total primes / recettes totales	- 10 points, si entre 40% et 60% - 0 point, si < 40% ou > 60%	10
4. Primes variables / (primes variables + salaires et indemnités fixes)	- 10 points, si supérieur à 20% ; - 0 point, si < 20%	10
5. Nombre de jours de réserve banque	- 10 points si supérieurs à 60 jours, - 0 point, si inférieurs à 60 jours	10
6. Fiche paiement primes complètement remplie	- 20 points, si fiche complètement remplie et signée, avec n° de téléphone des bénéficiaires, - 0 point, dans le cas contraire	20
7. Rapport mensuel de l'Outil Indices analysant aussi les indicateurs de viabilité	- 20 points si présent, - 0 point, si absent	20
TOTAL		100

14.9 Outil Indices pour des hôpitaux de 150 personnels et plus

La première expérience pilote de FBP dans les hôpitaux tertiaires a commencé en avril 2015 dans les départements de Radiologie, de Laboratoire et d'Ophtalmologie de l'hôpital Gynéco-Obstétrique Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) au Cameroun. En janvier 2016, le FBP a été introduit dans tous les départements de cet hôpital et, à partir d'avril 2016, également dans les services administratifs.

14.9.1 Approche conceptuelle pour résoudre des problèmes complexes

L'une des théories clés du FBP est l'analyse de système (« *system analysis* » en anglais). Cette théorie vise à subdiviser les problèmes complexes en plus petits morceaux afin de les rendre plus faciles à résoudre par des équipes autonomes et spécialisées. Un hôpital tertiaire est aussi une organisation complexe et hautement spécialisée, avec plus d'une centaine d'employés et de lits, 14 départements et un chiffre d'affaires annuel de plusieurs millions de dollars US.

Conformément à la théorie de l'analyse du système, un hôpital tertiaire est une boîte noire pour le ministère de la Santé. Dans la même logique, la direction de l'hôpital doit aussi considérer ses départements comme des « boîtes noires ». Selon cette théorie, la direction accorde de l'autonomie aux gestionnaires et aux spécialistes de chaque département de l'hôpital pour analyser leurs problèmes, planifier et prendre des décisions concernant leurs dépenses, y compris les primes de performance. Les départements et leurs employés seront rémunérés en fonction de leurs performances. Cependant, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de transparence. L'application d'un plan de business trimestriel et l'utilisation mensuelle de l'Outil indices assurent que les décisions des gestionnaires des départements sont connues et documentées. Les plans de business trimestriels sont proposés et négociés avec le comité FBP de l'hôpital. Un Outil de gestion « Indices » mensuel est documenté dans des PV, accessible à la direction, aux évaluateurs externes et, de préférence, également pour le personnel des départements concernés.

14.9.2 Indicateurs de performance des hôpitaux tertiaires

Le ministère de la Santé doit développer le paquet tertiaire pour les hôpitaux. Pour cela, il faut développer des indicateurs d'output, de qualité et d'équité comparables à ceux du PCA. Les fonds publics sont insuffisants pour financer toutes les activités curatives des hôpitaux tertiaires et leur utilisation n'est pas rentable. On peut évaluer l'efficacité des investissements publics dans le secteur de la santé avec le système de DALYs (*Disability-Adjusted Life Years*). Il s'agit d'une mesure standardisée de suivi de la mortalité, de la morbidité et des handicaps. L'analyse des DALYs facilite la comparaison de l'efficacité des différentes interventions. Par exemple, le coût pour gagner 1 DALY grâce à la vaccination des enfants peut être d'environ 50 \$US, alors que pour gagner 1 DALY grâce à une intervention chirurgicale cardiaque, il faudrait déboursier environ 10 000 \$US.

Le coût des DALYs pour des interventions au niveau des hôpitaux tertiaires est très élevé. Pour cela, il faut trouver d'autres sources de financement que l'argent public, notamment des recettes issues de l'assurance maladie privée ou du recouvrement de coûts (paiement direct). De cette manière, une personne qui en a les moyens pourrait s'assurer pour des interventions hautement spécialisées, moyennant une cotisation de quelques centaines de dollars par personne et par an.

Cependant, les hôpitaux tertiaires jouent également d'autres rôles importants, notamment en matière de recherche et de formation du personnel de santé.

14.9.3 Subsides FBP départementaux à l'intérieur des hôpitaux

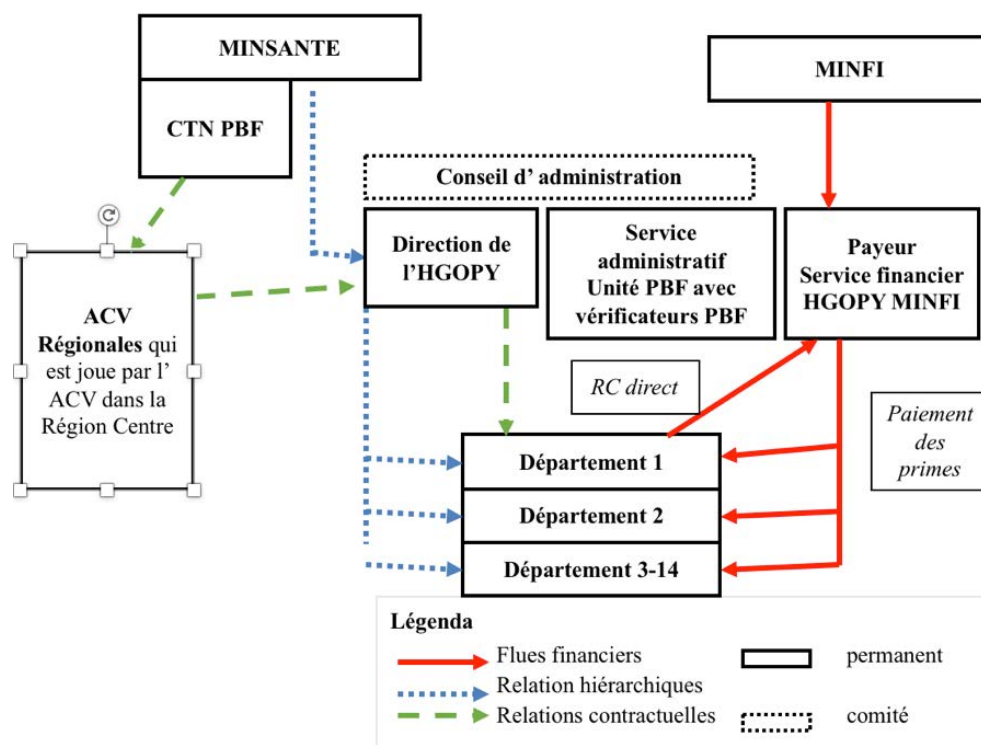
Conformément à la logique du système FBP, la direction des hôpitaux peut proposer des subsides internes à chaque département pour toutes les activités réalisées, qui ne seront pas rémunérées par l'État. Si nous prenons l'exemple du laboratoire, les subsides FBP internes et variables de l'hôpital constituent 6 % des recettes, le recouvrement des coûts directs 88 % et les subsides fixes de fonctionnement de l'État, également, 6 %. Le total des recettes s'élève à 36,3 millions de FCFA par mois (voir le tableau suivant).

Les gestionnaires de ce département paient d'abord les salaires et rémunérations fixes, ainsi que les médicaments, les équipements, etc., puis une contribution à la gestion générale de l'hôpital. Ainsi, 10 millions de FCFA (28 %) sont alloués au paiement des salaires du personnel ; 9,7 millions de FCFA sont utilisés pour l'achat de réactifs, de consommables et de fournitures de bureau. 35% des recettes constituent la contribution au fonctionnement général. En plus, ils peuvent mettre en réserve une partie (par exemple 6%) dans la réserve de liquidités du département. Cela sert à assurer la stabilité financière lorsque les recettes diminuent pendant une période donnée, ou en cas d'urgence, par exemple pour un besoin de réhabilitation ou d'achat d'un équipement important.

Le bénéfice (et la proportion) qui sera réservé aux primes de performance. Il est calculé par la formule : *toutes les recettes moins les autres dépenses*, et s'élève à 1,67 million de FCFA. Ce qui, dans l'exemple présenté, représente 5 % des dépenses totales du laboratoire.

RECETTES de LABORATOIRE	MONTANT	%
SUBSIDES FBP PAYE PAR HGOPY	F 2,275,200	6%
Contribution de l'ETAT (fonctionnement)	F 2,110,370	6%
Contribution de l'ETAT (investissement)		0%
RECETTES RECOUVREMENT DE COUTS	F 31,943,119	88%
Autres Recettes		
Contribution d'autres bailleurs (Commune, Communauté, ONG,...)		0%
Retrait des réserves/amortissement (fonds prélevés dans la banque)		0%
TOTAL RECETTES	F 36,328,689	100%
DEPENSES de LABORATOIRE	MONTANT	%
MASSE SALARIALE	F 9,994,622	28%
REACTIFS - MEDICAMENTS - DEPENSES FONCTIONNEMENT	F 22,546,406	62%
Consommables Pharmacie + Fournitures de bureau	F 310,158	
Achat des réactifs	F 9,459,000	
Contribution pour le fonctionnement général de HGOPY	F 12,777,248	35%
Autres dépenses		
INVESTISSEMENTS :	F 78,583	0%
Augmentation des Réserve pour viabilité (fonds à ajouter à la réserve bancaire)	F 2,033,814	6%
(A) TOTAL DEPENSES SANS PRIMES	F 34,653,425	95%
Montant de la Prime du personnel (bénéfice)	F 1,675,264	5%
(B) Total Dépenses =TOTAL DES RECETTES	F 36,328,689	100%

Le schéma suivant illustre les relations organiques entre l'unité FBP, la direction, les départements et le service financier de l'hôpital HGOPY.



14.9.4 Indicateurs de performance des départements

Les départements de l'hôpital sont considérés comme des boîtes noires par la direction. L'hôpital demande aux départements la performance suivante : a) une bonne utilisation des lits, de la capacité de diagnostic et de la capacité de traitement. Une bonne utilisation de cette capacité augmente en même temps les recettes de l'hôpital ; b) la qualité des soins ; c) et la performance du personnel en termes de ponctualité, d'esprit d'équipe et de compétence technique.

14.9.5 Liste des indicateurs quantitatifs

Une liste d'actes d'output a été élaborée pour chaque département. L'hôpital HGOPY compte 14 départements, et le nombre d'actes dans le paquet de services par département peut varier de 20 à 100. Chaque acte correspond à un subside FBP. Le subside pour un acte de laboratoire simple, d'une valeur de référence de 1 point, est de 300 FCFA. Une intervention chirurgicale complexe, comme une mastectomie, a une valeur de 200, ce qui correspond à un subside interne FBP de 60 000 FCFA. Les tarifs du recouvrement des coûts directs pour les mêmes activités ne sont pas les mêmes que les subsides FBP. Par exemple, un subside de 300 FCFA peut correspondre à un tarif direct de 1500 FCFA pour le patient.

La vérification quantitative des données peut être effectuée par le service FBP de l'hôpital, avec, par exemple, 10 vérificateurs appartenant au service administratif général de l'hôpital. La vérification prend environ 10 jours par mois pour chaque vérificateur.

Le tableau suivant montre un exemple d'indicateurs d'output du laboratoire. La quantité d'actes est d'abord déclarée par le département, puis validée par les vérificateurs du comité FBP. Si la marge d'erreur est supérieure à 10%, le subside FBP est annulé.

LABORATOIRE		La valeur 1 de l'indicateur correspond à 300 FCFA				
INDICATEURS	QTE déclarée	QTE validée	% d'erreur	Valeur indicateur	Prix unitaire	Prix total
SERVICE DE SEROLOGIE						
HIV	165	200	-17.5%	1	F 300	F 0
CRP	443	443	0	1	F 300	F 132,900
BACTERIOLOGIE						
PCV	118	118	0	2	F 600	F 70,800
ECBU	110	110	0	2	F 600	F 66,000
LCR	51	51	0	2	F 600	F 30,600
HEMOCUTURE	93	93	0	2	F 600	F 55,800
SPERMOGRAMME	6	6	0	2	F 600	F 3,600
BANQUE DE SANG						
Bons de sang servis et payés	288	288	0	3	F 900	F 259,200
Forfait bons de sang servis	335	335	0	3	F 900	F 301,500
GS RH	8	8	0	3	F 900	F 7,200
HEMATOLOGIE						
N.F.S	1019	1019	0	1	F 300	F 305,700
V.S	60	60	0	1	F 300	F 18,000
UNITE BIOCHIMIE						
GL	215	215	0	1	F 300	F 64,500
Créatinine	66	66	0	1	F 300	F 19,800

14.9.6 Indicateurs qualitatifs

La vérification professionnelle de la qualité est assurée par des évaluations par pairs menées par d'autres hôpitaux tertiaires. L'équipe de l'HGOPY, en collaboration avec les évaluateurs externes de qualité, a élaboré des questionnaires pour tous les départements de l'hôpital.

14.10 Exercice Outil Indices

Les revenus mensuels du centre de santé IBO, en août 2016, s'élevaient à 6 878 \$US pour une population de 20 000 habitants. Ainsi, les revenus ont été de 4,07 \$ US par personne et par an. Les services curatifs se sont améliorés depuis l'introduction du FBP. Cependant, la dernière évaluation de la qualité menée par les autorités sanitaires a montré que les services de la PF, d'hygiène et de vaccination ont encore besoin d'importantes améliorations en matière de nombre de personnel féminin qualifié, de promotion de la santé et de maintien de la chaîne du froid. Le bâtiment est en mauvais état et il n'y a aucune lumière permanente dans la FOSA.

Centre de Santé

Mar-17

Population

20,000 habitants

Catégorie de recettes par mois	Montant en dollars 1 \$US =	Montant en FCFA 595	%	Analyse
Salaires de l'Etat payés directement au personnel *	\$ 258	F 153,408	4%	40-60% est OK
Subsides FBP	\$ 2,017	F 1,200,000	29%	
Recettes en espèces d'autres bailleurs	\$ 202	F 120,000	3%	
Autres recettes (dons, etc.).	\$ 99	F 59,004	1%	
Sous-total revenus externes :	\$ 2,575	F 1,532,412	37%	
Recettes du recouvrement des coûts	\$ 2,521	F 1,500,000	37%	40-60% est OK
Recettes assurances maladie	\$ 1,513	F 900,000	22%	
Contrats avec les entreprises	\$ 168	F 100,000	2%	
Recettes activités génératrices de revenus	\$ 101	F 60,000	1%	
Sous-total revenus internes :	\$ 4,303	F 2,560,000	63%	
Retrait sur le compte d'épargne	\$ 0		0%	
Total recettes FOSA :	\$ 6,878	F 4,092,412	100%	\$ 4.07

Cible recettes à atteindre (\$US 7 par personne / an) :

\$US 11,667

F 6,941,667

58%

= achèvement cible

Exercice 1 : Entrer les recettes du centre de santé IBO dans la feuille EXCEL « Recettes & Dépenses »

Question 1 : Quelle est la proportion des recettes provenant des recettes internes de la structure ?

Question 2 : Est-ce que la proportion des recettes internes est raisonnable ?

Pour le moment le centre de santé a le personnel suivant :

	Catégories Personnel	Département	Catégorie - échelon
1	Médecin - responsable	Général	A1 - 2/1
2	Assistant médical - Adjoint	Cons Ext - Hosp	A2 - 1/3
3	Technicien Supérieur - Laboratoire	Labo	A2 - 1/3
4	Comptable	Admin	A3 - 3/1
5	IDE - sage-femme	Maternité	B1- 2/3
6	IDE	Cons Ext - Hosp	B1-2/3
7	Caissier	Général	D1 - 2/2
8	Assistant de Santé	Hospitalisation	D1- 3/4
9	Assistante Accoucheuse	Maternité	D1-3/4
10	Personnel non qualifié	Hospitalisation	D2-3/3
11	Personnel non qualifié	Maternité	D2-3/3
12	Personnel non qualifié	Cons Ext - Hosp	D2- stagiaire

Exercice 2. Entrez les valeurs de l'indice des salaires du personnel dans la colonne E de la feuille Excel «PrimesPers». Trouver la valeur de l'indice de salaire en faisant correspondre la catégorie (A2, A1, B2, etc.) et les incréments (2/1, 2/2, 3/4, etc.) des membres du personnel du centre de santé dans la fiche «ExplanationSal» du document EXCEL "Mod15IndGouvVIDE". En entrant la valeur de l'indice

salarial dans la colonne E, le montant du salaire de base s'affiche automatiquement, et, grâce à la procédure que vous avez appris à utiliser, une table de recherche EXCEL s'ouvre.

Exercice 3 : Entrez les points de responsabilité dans la colonne J de la fiche « PrimesPers».

	Catégories Personnel	Département	1. Bonus de responsabilité
1	Médecin - responsable	Général	300
2	Assistant médical - Adjoint	Cons Ext - Hosp	200
3	Technicien Supérieur - Laboratoire	Labo	120
5	Comptable	Admin	120
6	IDE - sage-femme	Maternité	120
7	Cassier	Général	50

Question 3 : Est-ce que la redistribution du bonus de responsabilité semble raisonnable ?

Exercice 4 : Entrer les heures supplémentaires (colonne K) ou les heures non travaillées (colonne AF) dans la feuille « PrimPers ». Au cours du mois précédent, le médecin a travaillé 1 heure supplémentaire pendant la journée, l'assistant médical a travaillé 10 heures supplémentaires pendant de nuit, l'IDE 5 heures de jour. Le caissier était absent pour le mariage de son frère et a perdu 20 heures de la journée tandis que l'Assistant Médical était absent pendant 5 heures.

2	Heures supplémentaires (colonnes L et N)	Formule
	Heures supplémentaires journée	Heures x Valeur indices salaire / 100
	Heures supplémentaires de nuit	Heures x Valeur indices salaire / 60
6	Heures perdues (colonnes AG et AI)	Formule
	Heures PERDUES journée	Heures x Valeur indices salaire / 100
	Heures perdues la nuit	Heures x Valeur indices salaire / 60

Question 4 : Trouvez-vous ce système raisonnable ? Donnez votre opinion et vos suggestions.

Exercice 5 : Il y avait des preuves solides que l'Assistant médical exerçait en pratique privée. Par conséquent, le comité des ressources humaines a décidé de réduire de 50 % son bonus d'ABSENCE lié à l'exercice de la pratique privée. En outre, un patient avait téléphoné à la hotline de la structure pour se plaindre que le caissier lui avait demandé de payer plus d'argent que ce qui était indiqué sur la liste des tarifs du centre de santé et qu'il n'avait pas reçu de facture. L'affaire a été examinée et confirmée. Le comité a décidé que la caissière perd 100 % du bonus d'ABSENCE lié à l'exercice de la pratique privée. Les gestionnaires ont également décidé d'indiquer une note confidentielle dans le dossier administratif de l'intéressé.

Entrez dans la colonne Q (3b) : 0% pour le caissier, 50% pour l'assistant médical, et 100% pour le reste du personnel. Pourtant, selon le protocole, la caissière perd également 100% de sa prime de performance. Entrez 100% dans la colonne AL (11) Pénalité INDIVIDUELLE.

Question 5 : Pensez-vous que la prime d'ABSENCE d'exercice de la pratique privée et le système de pénalité sont raisonnables ? Donnez votre avis et vos suggestions ?

Exercice 6 : Les superviseurs de l'Équipe Cadre du District ont mené une revue de la qualité des départements et services du centre de santé, avec les scores suivants (colonne 4b).

Entrez le score dans la colonne T de la feuille « PrimesPers ».

Catégories Personnel	Département / Service / Unité	Catégorie - échelon	4b. Score de qualité Département ou Service entre 0% et 100%	5b. Score de performance individuelle - Entre 0% et 100% (moyen pas plus de 80%)
Médecin - responsable	Général	A1 - 2/1	60%	80%
Assistant médical - Adjoint	Cons Ext - Hosp	A2 - 1/3	85%	50%
Techn Supérieur - Laboratoire	Labo	A2 - 1/3	45%	95%
Comptable	Admin	A3 - 3/1	40%	100%
IDE - sage-femme	Maternité	B1- 2/3	80%	65%
IDE	Cons Ext - Hosp	B1-2/3	85%	70%
Caissière	Général	D1 - 2/2	60%	0%
Assistant de Santé	Hospitalisation	D1- 3/4	50%	90%
Assistante Accoucheuse	Maternité	D1-3/4	80%	90%
Personnel non qualifié	Hospitalisation	D2-3/3	50%	50%
Personnel non qualifié	Maternité	D2-3/3	80%	90%
Personnel non qualifié	Cons Ext - Hosp	D2- stagiaire	85%	80%
			67%	72%

Question 6 : Pensez-vous que ce système de revue de la qualité est raisonnable ? Est-il acceptable de lier le score de performance individuel à la note globale des services ou des unités ?

Exercice 7 : Entrez les scores de performance individuelle de tous les employés dans la colonne W (5b)

Question 7 : Pensez-vous que le système est raisonnable ? Donnez votre avis et vos suggestions ? Quels critères et quelles méthodes d'évaluation de la performance du personnel vous suggéreriez ?

Exercice 8 : Entrez précisément les dépenses suivantes dans la feuille « Recettes et dépenses ».

Les coûts de fonctionnement : 75 000 FCFA ; Médicaments et équipements : 650 000 FCFA ; Investissement : 350 000 FCFA ; Les paiements des Sous-Contrats : 250 000 FCFA ; Le marketing social : 225 000 FCFA ; Autres dépenses : 20 000 FCFA ; Augmentation de la réserve : 100 000 FCFA.

Exercice 9 : Quel est le montant total des primes de performance (voir la cellule D33) et quelle est la valeur des indices (voir la cellule C36) ?

Exercice 10 : Le montant total des salaires et des primes dépasse-t-il 60 % des dépenses totales ?

Exercice 11 : Quelle est la rémunération mensuelle totale (= salaire de base + bonus) pour le médecin responsable, le caissier et l'assistant médical ?

Question 8 : Pensez-vous que ces rémunérations sont raisonnables ? Sinon, quelles suggestions avez-vous ?

Exercice 12 : Le Centre de santé IBO dispose d'une réserve de 2 000 000 FCFA (réserve en banque + trésorerie + stock de médicaments essentiels). Inscrivez ce montant dans la cellule C38 de la feuille. « Recettes et dépenses ». Il correspond à quel nombre de jours de réserve.

Question 9 : La réserve de la structure est-elle suffisante ?

Le tableau suivant présente la liste des critères potentiels d'incitations positives et négatives, ainsi que leurs poids relatifs.

Critères des incitations positives	Points dans cet exemple	%	Formules pour le calcul du critère
1. Bonus de responsabilité	910	12.9%	Par mois : valeur absolue
2. Bonus pour les heures supplémentaires	151	2.1%	Par heure : Jour = Indice / 100 jour ; Nuit = Indice / 60
3. Bonus d'ABSENCE de pratique privée	1454	20.6%	Par mois : Indice / 7
4. Bonus score de qualité de la FOSA	1447	20.5%	Par mois : Indice / 5
5. Bonus du score individuel de performance	1593	22.5%	Par mois : Indice / 5
6. Bonus des revenus réalisés par la FOSA	1520	21.5%	Par mois : Indice / 5
TOTAL :	7076	100%	
Critères des incitations négatives		%	Formule
7. Pénalité heures perdues	204	3%	Par heure : Jour = Indice / 100 jour ; Nuit = Indice / 60
8. Points perdus par la pénalité individuelle	120	2%	Pas mois : -10%, -20% ou -100% du score total

Question 10 : Pensez-vous que les critères et leurs pondérations sont raisonnables ?

Y a-t-il des critères manquants ?

Question finale :

Quelle est votre opinion sur le système de l'Outil de gestion « Indices » ?

Pensez-vous que ce système soit applicable à votre travail ?

15. FBP dans les SITUATIONS d'URGENCE

Principaux messages du module

- En cas d'urgence, de meilleurs résultats seront obtenus si les prestataires locaux, agents de santé ou enseignants scolaires reçoivent des ressources financières pour répondre eux-mêmes à la crise, plutôt que si ce sont des organisations d'aide humanitaire d'urgence qui interviennent.
- La cellule technique nationale FBP devrait élaborer des plans d'intervention d'urgence basés sur les indicateurs FBP standard (PMA et PCA), mais, lors d'une crise de santé publique telle que l'épidémie d'Ébola, ces plans devraient également inclure des indicateurs supplémentaires relatifs aux kits Ébola, à l'isolement des cas suspects, etc.
- Pour financer les interventions d'urgence du FBP, le gouvernement et ses partenaires devraient allouer un budget préétabli. L'aide d'urgence extérieure est la bienvenue, mais devrait se concentrer sur l'assistance technique, la formation et l'accompagnement, et éviter les interventions centralisées axées sur les intrants.
- En cas d'urgence, les structures de santé, les autorités locales de santé et les ACV élaborent des plans de business d'urgence pour répondre à la crise. Dans ces plans, on peut proposer : a. **Augmenter le pourcentage de patients à exempter** dans les formations sanitaires, par exemple de 10% à 25%, 50% ou 100%. b. **Demander un ou plusieurs bonus d'amélioration de la qualité d'entre USD 750 et USD 5000 (en fonction du niveau).**
- La décision quant à celles des FOSAs qui bénéficieront de cette approche d'urgence est prise par les autorités locales, en collaboration avec l'ACV et les FOSAs, lors des réunions des comités de validation de district.
- En cas de crise, le gouvernement devrait viser à recourir à des distributeurs de gros nationaux, publics et privés, agréés opérant en concurrence, auprès desquels les prestataires de santé achètent leurs intrants, plutôt que de s'appuyer sur une seule centrale d'achat médicale monopolistique.

15.1 Pourquoi un protocole sur le rôle du FBP en cas d'urgence : objectifs

L'épidémie d'Ébola de 2014-2015 qui a touché le Libéria, la Sierra Leone et la Guinée, ainsi que les problèmes humanitaires chroniques comme ceux de la RDC, de la RCA, du Mali, du Cameroun ou du Nigéria, a montré le nécessité de solutions systémiques et d'une meilleure préparation. Pourtant, les programmes FBP en cas d'urgence, en RDC, en République centrafricaine, au Cameroun et au Mali, ont démontré que le FBP peut produire de meilleurs résultats que les approches traditionnelles d'urgence, gérées par des partenaires techniques et financiers, orientées vers les « inputs ». On peut obtenir de meilleurs résultats lorsque les prestataires locaux, travailleurs de santé ou enseignants scolaires, reçoivent des ressources financières pour répondre immédiatement à une crise, plutôt que d'être dépendants d'inputs extérieurs soumis à de longs délais.

L'équipe cadre du district et l'agence de contractualisation et de vérification dans des zones FBP devraient être habilitées à augmenter le nombre de bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) et le nombre de patients vulnérables exemptés afin de compenser les pertes de revenus dues à l'urgence et à la baisse des recettes. Ces décisions peuvent être prises lors de la réunion du comité de validation FBP du district.

Ainsi, pour être préparés aux urgences, les prestataires peuvent proposer, dans leur plan de business, de recevoir *des bonus d'amélioration de la qualité* afin d'améliorer leur infrastructure et leur équipement (par exemple, pour un centre d'isolation ou un centre de traitement). Ils peuvent demander ces unités d'investissement *au cours* de la crise ou, et c'est encore mieux, *avant* une crise éventuelle. Cette

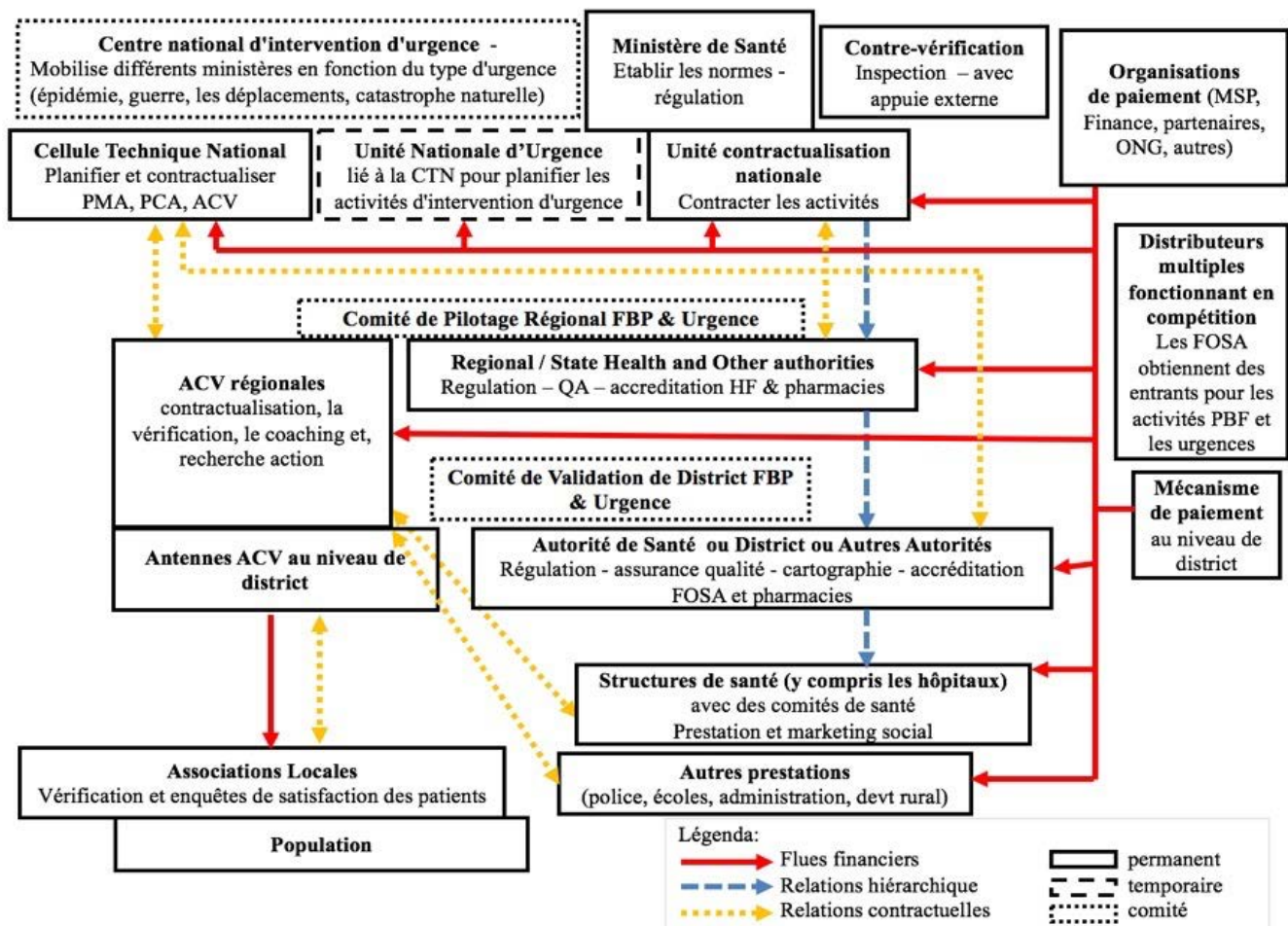
infrastructure, pour être prête en cas de crise, doit être construite à l'avance, de sorte qu'elle puisse être utilisée à d'autres fins pendant les périodes de non-urgence.

Chaque titulaire d'un contrat principal FBP au niveau primaire (desservant en moyenne 6 000 à 12 000 personnes) devrait donc disposer d'un plan de préparation en cas d'urgence. Pour que cela fonctionne bien, les prestataires devraient également avoir accès à des distributeurs concurrents. Cela permet aux prestataires d'obtenir les intrants nécessaires, tels que des kits pour l'Ébola, des équipements de protection individuelle contre le COVID, de l'alimentation supplémentaire et des intrants de routine, comme les médicaments et les équipements essentiels. Le gouvernement devrait accréditer les distributeurs en gros dans les secteurs public et privé et leur indiquer quels médicaments et quels équipements stocker en cas de crise.

15.2 Rôle des acteurs pendant une urgence

Ce paragraphe décrit les activités et les indicateurs des différents acteurs de la FBP en cas d'urgence. Dans un système FBP déjà existant, on contribuerait à lutter contre toute urgence, aussi près que possible des structures existantes, afin de ne pas perdre trop de temps et d'éviter de devoir construire un nouvel ensemble institutionnel - ou de régresser vers un système rempli d'inputs, dans lequel des agents extérieurs prennent tout en charge.

Le graphique ci-dessous a été développé au cours de différents cours de FBP :



15.2.1 Centre National d'Intervention d'Urgence FBP (CNIU-FBP)

Dans de nombreux pays, avec ou sans FBP, il existe des institutions telles que des centres nationaux d'intervention d'urgence. Dans le cas où un tel centre d'intervention souhaiterait appliquer le FBP et utiliser des éléments du FBP et les contrats, il pourrait développer la gamme d'activités, que nous décrivons ci-dessous. Les indicateurs d'output pour le CNIU sont étroitement liés à son travail de surveillance : tels que des visites de terrain, des réunions suivant un protocole particulier et impliquant le suivi des recommandations antérieures, et seraient également articulés avec de nouvelles recommandations, selon les progrès réalisés. Une équipe réunissant les ministères concernés, les partenaires et les autres acteurs de la lutte contre le virus Ébola, ou dans toute autre situation d'urgence, pourrait évaluer la performance des membres de la CNIU afin de déterminer leur rémunération.

Centre National d'Intervention d'Urgence FBP (CNIU-FBP)

Composantes	Activités	Indicateurs
Développer les politiques nationales visant à intégrer les activités Ébola et d'autres situations d'urgence dans le système de santé (ou dans tout autre système approprié), à tous les niveaux (régulateur national, régional, du district de santé et communautaire)	Établir, revitaliser ou réorienter le centre national d'intervention d'urgence (CNIU) pour y intégrer la lutte contre toute nouvelle situation d'urgence, comme une épidémie à virus Ébola, le déplacement, les catastrophes naturelles et formuler les termes de référence pour les acteurs de la santé, de la sécurité, de l'éducation, et de l'administration ;	- CNIU avec mandat clair - Secrétariat National FBP & Urgence (SNPU) établi par la CNIU avec un mandat clair ;
Le CNIU élabore la stratégie de distribution des contributions des parties prenantes	La stratégie de distribution peut être : - De préférence la demande, issue des prestataires conventionnés avec plusieurs distributeurs. Le programme d'urgence peut alors : (a) fournir le budget de fonctionnement des établissements de santé et des autres intervenants ; (b) donner des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ; c) ou d'intégrer l'achat d'intrants dans des subventions FBP variables ; - Si la stratégie axée sur l'offre est nécessaire à la distribution centrale des « intrants » (par exemple pour Ébola le KIT B "astronaute" KIT), on indique qui en est responsable.	- Stratégie de distribution disponible ; - Inputs et budget disponibles
Le CNIU fait le suivi du programme d'urgence	- La CNIU effectue des visites sur le terrain avec des TDR SMART ; - La CNIU organise l'évaluation et la coordination des réunions et des activités avec des partenaires	- Visites effectuées avec recommandations SMART produites ; - Réunions d'évaluation organisées.
Le CNIU développe la définition nationale des cas, un guide d'urgence et un plan d'action pour la réponse	- Développer des définitions adaptées au pays ; - Élaborer un guide illustré sur la maladie au niveau du pays, en s'inspirant par exemple des modèles proposés par l'OMS ; - Développer un plan d'action d'urgence	- Définition des cas et guide national disponibles sur internet - Plan d'action d'urgence disponible
Ébola : Identifier et équiper les postes de contrôle	Planifier la localisation des points de contrôle (ou cordons) ;	Cartographie des points de contrôle disponibles
Ébola : identifier les sites d'isolement ou de rétention	Déterminer le nombre de sites (potentiels) de rétention dans le pays	Cartographie des sites titulaires
Ébola : Identifier les centres de traitement	Préciser le nombre centres de traitement, en fonction des besoins du pays, et leur allouer des emplacements	Cartographie des centres de traitement

15.2.2 Agences de paiement au niveau national et/ou régional

La tâche principale de l'agence de paiement est de payer les factures qui lui sont envoyées, après vérification par les ACV régionales, et analyse rapide par le CNIU. L'agence de paiement peut être, par exemple, le ministère des Finances, une agence fiduciaire, une organisation partenaire ou une ONG (inter)nationale. Ce devrait être un organisme financièrement compétent, doté de son propre système d'audit interne. Afin de fonctionner dans le système FBP, les personnes en charge de l'audit doivent comprendre l'approche FBP, l'accent mis sur les résultats plutôt que sur un système d'audit des inputs, ainsi que les procédures d'appels d'offres, etc.

15.2.3 Distributeurs des inputs

Dans le système FBP, le gouvernement, le Centre National d'Intervention d'Urgence (CNIU) peuvent négocier, avec les différents distributeurs publics, privés et religieux, la qualité et le prix des intrants nécessaires, tels que les médicaments essentiels, les équipements de protection, l'alimentation complémentaire, etc. Le rôle du ministère de la Santé sera d'accréditer les différents distributeurs qui pourront prouver que leurs offres sont conformes aux normes de qualité. Pour que les prestataires achètent ces intrants, en cas d'urgence, ils bénéficieront d'une augmentation compensatoire des subsides liés aux nouveaux indicateurs d'urgence ou aux bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) déjà existants.

15.2.4 Comité de Validation de District FBP en cas d'Urgence

Les termes de référence du Comité de Validation de District (CVD) en cas d'urgence combinent étroitement la surveillance de la mise en œuvre du programme standard FBP avec celle de toute situation d'urgence survenant dans le district. Ce comité joue un rôle important dans la dotation des Bonus d'Amélioration de Qualité aux prestataires.

Le CVD comprend l'équipe-cadre du district du ministère de la Santé et peut inviter toute autre autorité importante pour résoudre une crise donnée. Dans le cadre du montage FBP, le CVD travaille en collaboration avec l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) au niveau régional et avec ses antennes de district.

Les différents indicateurs quantitatifs et la rémunération du comité de validation du district FBP sont liés à son travail de surveillance, notamment aux visites de terrain. Les réunions menées doivent suivre un protocole, qui comprend le suivi des recommandations de visites précédentes et l'articulation avec de nouvelles recommandations.

15.2.5 Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) Régionales pendant l'urgence

Une ACV régionale peut desservir une population de 2 à 3 millions de personnes, à condition qu'elle établisse des antennes dans chaque district, dont la population ne dépasse pas 500 000 personnes. L'ACV régionale dispose déjà d'un certain nombre de personnels liés au programme FBP standard et devrait compter au moins un directeur et un directeur adjoint, de préférence titulaires d'une maîtrise en santé publique ou en économie, ainsi qu'un coordinateur du portail FBP.

Le directeur est principalement impliqué dans la négociation des contrats et les relations extérieures, tandis que l'adjoint peut principalement coacher les différents fournisseurs. Le coordinateur du portail PBF, en collaboration avec les agents de vérification, soumet les factures au portail PBF pour paiement.

Les ACV régionales peuvent aussi faire appel à un architecte et/ou à un ingénieur pour vérifier la construction et la réhabilitation des infrastructures et des grands équipements. Les antennes de district disposeront de petits bureaux, avec des vérificateurs médicaux, des vérificateurs communautaires et du personnel de soutien. *En cas d'urgence, du personnel supplémentaire peut être mobilisé.*

ACV Régionales et de District		
COMPOSANTES	ACTIVITÉS	INDICATEURS
Effectuer les tâches régulières d'une Agence ACV FBP	- Les ACV régionales et de district continuent à effectuer leur travail habituel pour soutenir les paquets d'activités primaires, hospitaliers ou scolaires ; - Ajouter les ressources humaines, les infrastructures, les équipements, les indicateurs d'urgence et le budget nécessaires pour faire face à une urgence	- Poursuite des activités FBP ordinaires ; - Protocole et indicateurs d'urgence préparés et prêts pour la mise en œuvre
Stimuler l'application correcte des activités d'urgence	- Le suivi de la dotation des Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ) pour les FOSAs affectées par des crises naturelles ou humanitaires - Le suivi d'augmentation du pourcentage des indigents, déplacés ou réfugiés qui bénéficient du bonus d'équité pour rendre les services gratuits pour les affectées de la crise	- Nombre du BAQ doté - Pourcentage des vulnérables qui bénéficient de la gratuité

15.2.6 Structures de santé

Les FOSA peuvent être payés en plus, en cas d'urgence, sur la base des résultats suivants.

Structures de Santé

Composantes	Activités FOSA	Indicateurs
Bonus d'Amélioration de Qualité – plan de business, médicaments, équipements, consommables	- Investir dans des équipements, médicaments, consommables, équipement de protection individuelle nécessaire pour prévenir et traiter l'épidémie ou de répondre à une crise naturelle ou humanitaire.	Paiement d'un BAQ sur base : - Un plan de business convaincant développé vérifié par l'ECD et l'ACV - Investissements réalisés, factures des FOSA vérifiées par l'ACV et intrants arrivés
Bonus d'Amélioration de Qualité d'Infrastructure, mobilier, moyens de transport	- Réaliser des petites réhabilitation, achat des mobiliers, moyens de transport	Paiement d'un BAQ sur base : - Investissements réalisés, factures des FOSA vérifiées par l'ACV et intrants arrivés - Infrastructure vérifiée d'être de bonne qualité
Augmenter le nombre de patients bénéficiant de soins de santé gratuits, par exemple de 15 % à 50 %.	- Les structures de santé identifient et assistent les patients touchés par l'urgence	- Nombre de patients traités gratuitement selon les indicateurs standard du FBP tels que les consultations externes, les hospitalisations, les interventions chirurgicales et les transferts vers un hôpital

BIOGRAPHIE DES AUTEURS

Batundi Tsuba Freddy, de nationalité congolaise-RDC, licencié en développement communautaire et construction de la paix au Kenya. Acteur d'action humanitaire à l'Est de la RDC, consultant formateur-facilitateur spécialiste en méthodologies participatives et membre de l'équipe de facilitateurs du Cours FBP en Afrique.

Bossuyt Michel, Médecin en Santé Publique a effectué de multiples missions en Afrique et en Amérique Latine dans le cadre de projets visant le renforcement du système de santé. Il était Chef de Mission Cordaid au Burundi, pour la mise en œuvre, avec le MSP, du Financement Basé sur la Performance.

Ename Harmelle, est médecin en santé publique. Elle a un Master en Gestion des politiques de santé, option économie de la santé dans les pays en développement et en transition (CERDI 2004) et travaille pour le ministère de Santé à Yaoundé Cameroun (Division de la coopération) comme spécialiste en Financement de la santé et notamment en FBP.

Enandjourn Bwanga, est né à Nkongsamba au Cameroun en 1954, a gravi tous les échelons de l'administration camerounaise. Titulaire d'une Maîtrise en Économie et d'un Diplôme en Économie de Développement, ce cadre expérimenté était le Coordonnateur du Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé (PAISS) mis en œuvre avec l'appui de la Banque Mondiale.

Fritsche Gyuri, est un Médecin en Santé Publique et de la nationalité néerlandaise. Il a travaillé longtemps au Zambie, en Afghanistan et au Rwanda. Actuellement il travaille pour la Banque Mondiale et est devenu une autorité globale dans le domaine du FBP / RBF.

Habaguhirwa Jean Baptiste, de nationalité rwandaise, a une maîtrise en santé publique de l'Université Nationale du Rwanda, directeur du centre formation du Health, Development & Performance (HDP). Membre de l'équipe des facilitateurs du cours FBP. Il était impliqué dans les initiatives pilotes du FBP dans la Région des Grands Lacs. Il est mort en 2011.

Habineza Christian, de nationalité rwandaise est Directeur de Health Development and Performance. Il a travaillé depuis 2002 avec le FBP, et coordonne des cours FBP et appuie différents pays et organisations pour la mise en œuvre du FBP.

Hicuburundi Sosthène, est économiste de la santé, il était chargé du financement de la santé au MSP du Burundi où il était impliqué dans la planification et programmation des interventions sanitaires. Il s'est impliqué activement dans la conception et le suivi de la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans le secteur de la santé au Burundi. Actuellement il travaille pour Cordaid en RCA.

Kimanuka Célestin, s'est spécialisé en statistique et informatique appliquée à l'Université Libre de Bruxelles et a un diplôme en santé et développement de Nancy. Il est Directeur de l'Institut Supérieur de Statistique de Goma en RDC. Il est formateur des adultes dans le FBP et gestion des projets et a participé comme coordinateur à une soixantaine d'enquêtes ménages.

Mbessan Philémon, né en 1961 en République Centrafricaine est médecin de santé publique ressortissant de l'IMT Anvers. Il travaille pour le ministère de Santé Publique. Il était consultant pour le projet achat de performance de la RCA financé par l'Union Européenne.

Mondjo Annick, médecin qualifié en Médecine Exotique est née à Paris, en 1959. Elle s'est spécialisée en santé publique et a un Certificat de Statistiques Appliquées à la Médecine (Villejuif). Elle travaille au Gabon, pour le ministère de la Santé. En tant que Consultant temporaire de SINA Health, elle a assuré la relecture de la version française du manuel de cours FBP, édition 2018.

Munyang Mukungo Sylvain, est né à Matchumbi (RDC) en 1952. Il est médecin avec une maîtrise en santé publique et a un doctorat en management des soins de santé de l'Université de Tulane / USA. Il a été directeur de l'École de Santé Publique de Kinshasa et consultant pour la Banque Mondiale au Soudan. Il est promoteur du programme d'économie de la santé de l'ESP Kinshasa.

Mushagalusa Pacifique, né à Bukavu en 1973 est un MPH, Économiste de la Santé. Il est Coordinateur de l'Agence d'Achat des Performances du Sud Kivu pour le pilotage du programme de financement basé sur la performance dans les secteurs de la santé, éducation et développement rural dans la province du Sud Kivu, RDC.

Ndayishimiye Juvénal, est médecin de santé publique et directeur de l'Agence d'Achat de Performance de Bubanza (Cordaid), la plus ancienne du Burundi. Il est l'une des personnes les plus expérimentées dans le FBP au Burundi. Il a été acteur d'un grand nombre de formations sur le FBP dans la Région.

Nkunzimana Canut, est Médecin de Santé Publique depuis 1997, directeur d'ACV Makamba, et suit l'expérience du FBP depuis son lancement au Rwanda, en 2002. Il est Formateur sur le FBP depuis le lancement de ce système au Burundi.

Ntabuyantwa Claude, de la RDC est médecin avec une maîtrise en santé publique de Louvain en Belgique. Il était Médecin-Chef de District sanitaire pendant 8 ans et était, depuis 2008, Directeur de l'Agence d'Achat de Shabunda au Sud-Kivu. Il a piloté en RDC la première initiative FBP dans les secteurs éducation et développement rural. Actuellement, il travaille pour la Cellule Technique Nationale FBP à Kinshasa

Ntiroranya Astyanax Didier, né en 1973 est de nationalité burundaise. Licence d'Économie Politique et un DESS en Économiste de la Santé. Il est actuellement Formateur FBP et Directeur ACV Ruyigi Karuzi / CORDAID Burundi. Il a été Conseiller technique et sectoriel santé au Ministère du Plan de la République du Burundi.

Nyarushatsi Jean Paul, né en 1965 au Burundi est médecin et a une maîtrise en économie de la santé du CERDI (2006) en France. Il a été directeur des services et programmes de santé du ministère de Santé Publique au Burundi. Il est actuellement consultant indépendant et travaille comme assistant technique pour L'Union Européenne en RCA

Peerenboom Peter Bob, était médecin généraliste au Cameroun (1976-1985). Spécialisation en santé publique (1989) et en gestion d'entreprises (1991). Dès lors consultant aux Pays-Bas (ETC Tangram) et en Afrique francophone (ETC Crystal). Son travail se focalise sur le financement du système de santé (FBP et mutuelles) et le renforcement institutionnel des services.

Queffelec René, est un gestionnaire de projet, expert en marketing social et en communication. Il a travaillé pour EPOS Health Management et Cordaid dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie et œuvre actuellement pour le Conseil Santé en France.

Schoffelen Ernest détient une maîtrise en nutrition humaine de l'Université de Wageningen. Il a commencé sa carrière au Centre International de l'Agriculture de Wageningen. Il a travaillé pendant 12 ans pour l'UNICEF en Bolivie et en Indonésie avant de rejoindre Cordaid en 2005. Depuis 2009, il est impliqué dans le FBP.

Simo Franics est Camerounais, médecin de santé publique, a été Manager de l'Agence de Contractualisation et de Vérification de l'ACV du Sud-ouest au Cameroun durant 7 années. Il est actuellement consultant, Spécialiste en FBR auprès de l'ACV de Mopti dans le Nord du Mali.

Soeters Robert, a un doctorat en santé publique et économie de la santé et a travaillé depuis 25 ans sur le FBP dans plusieurs pays en Afrique et en Asie. Son travail comme directeur de SINA Health consiste à mener le plaidoyer FBP, à conduire des études de base et d'évaluation et à coordonner les cours FBP. En 2013, il a été décoré par la reine des Pays-Bas de l'Ordre d'Orange-Nassau, en qualité d'officier.

Tamga Denise est Camerounaise, médecin de santé publique, consultante pour la Banque Mondiale et chargée d'appuyer la mise en œuvre du FBR au Mali.

Tsafack Jean Pierre, Médecin de Santé Publique, était le Coordinateur du Projet de Redynamisation des Soins de Santé à l'Est-Cameroun (REDSSEC) et Directeur de l'Agence d'Achat des Performances pour le projet pilote de Performance Based Financing (FBP) de la Région de l'Est-Cameroun et actuellement il est consultant, Spécialiste en FBR auprès de l'ACV de Koulikoro au Mali.

Van de Looij Frank, est un économiste de la santé (M.Sc.). Il a travaillé dans plusieurs hôpitaux, pour la mise en œuvre opérationnelle des nouveaux instruments de financement. Après avoir été un administrateur dans un hôpital du Kenya, il a rejoint Cordaid. Il était responsable de Cordaid pour le réseau Multi Pays de Financement Basé sur la Performance en Afrique sub-saharienne et est actuellement expert santé pour le ministère des Affaires Étrangère des Pays Bas.

Van der Wijk Jannes, est médecin de santé publique et formateur-consultant chez MDF-Afrique Centrale où il est impliqué dans les études des ménages, les évaluations de projets et la formation. Il a travaillé au Niger et en RDC (MSF-H, ASRAMES, CIF-Santé et HealthNet-TPO) dans le but d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité.

Van Heteren Godelieve, est un médecin de santé publique, spécialisée en politique sociale et politique de santé, était de 2002 à 2006 membre du Parlement Néerlandais et président de son Comité des affaires européennes. De 2008 à 2009 elle a été directrice de Cordaid. Elle mène des consultations et la formation en santé internationale, y compris sur le FBP. Actuellement, elle est Assistant Technique pour l'OMS à Genève.

Verinumbe Fanen, est un médecin et économiste de la santé qui a travaillé dans la mise en œuvre du FBP depuis sa création dans l'État d'Adamawa au Nigeria à divers titres et - plus récemment - en tant que responsable de la formation. Elle est actuellement consultante pour soutenir la Cellule Technique Nationale FBP au Nigéria alors que le pays développe le FBP dans d'autres États.

Zabiti Michel, est un médecin et coordinateur médical du programme de Cordaid au Sud-Kivu en RDC. Il travaille plutôt pour le FBP dans le secteur d'administration.

GLOSSAIRE

Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) : organe qui supervise et évalue les performances des structures de santé, d'enseignement, d'administration des associations locales, etc. Elle examine si celles-ci répondent aux conditions du programme FBP. L'ACV octroie des primes de qualité et de performance. Elle est souvent composée d'un spécialiste en santé publique (ou un économiste de santé), d'un administrateur/comptable et de 3 à 5 vérificateurs.
Apprentissage des adultes. Il s'agit d'une méthode d'apprentissage active qui se caractérise par l'apprentissage participatif dans lequel l'échange d'expériences pratiques entre les participants est important.
Biais : terme s'appliquant à un estimateur et pour une méthode de tirage donnée. Par définition, il s'agit d'une erreur entraînant une distorsion dans l'estimation de la mesure ou encore une différence entre l'espérance de cet estimateur et la vraie valeur que l'on cherche à estimer.
Bonus d'amélioration de qualité. Ce bonus, qui varie de 750 \$ à 5 000 \$ (selon le niveau), couvre les améliorations d'infrastructure, l'achat d'équipement, le transport, le recrutement de personnel qualifié et les situations d'urgence. Le principe est que le paiement intervient après la réalisation de l'activité, comme pour les autres indicateurs de performance.
Concurrence parfaite se produit dans une industrie quand cette industrie est composée de nombreuses petites entreprises qui produisent des produits homogènes, quand il n'y a pas d'obstacle à l'entrée ou à la sortie des entreprises, et lorsqu'une information complète est disponible pour les différentes parties.
Conflit. Une lutte sur des valeurs ou une recherche de pouvoir dans un contexte de ressources limitées. Une autre définition se réfère à une situation dans laquelle deux ou plusieurs entités perçoivent qu'elles ont des objectifs incompatibles.
Coût d'opportunité : Il s'agit de la valeur de la meilleure alternative qui n'a pas été choisie afin de poursuivre un but. C'est à dire, ce qui aurait pu être accompli avec les ressources dépensées dans ce but. Il représente les opportunités qui n'ont pas été choisies.
Économie de santé : une branche de l'économie qui a pour objet d'optimiser la production, la répartition et l'utilisation de ressources rares – inférieures aux besoins- afin d'assurer à la population les meilleures prestations sanitaires possibles à un moindre coût.
Économie planifiée centrale. Les décideurs centraux disent aux gens comment produire, ce qu'ils doivent produire, et ce qu'ils peuvent consommer. Cela a été réalisé de cette façon sous le régime communiste dans l'ex-Union Soviétique.
Économie. Ce terme vient de deux mots grecs : Oikos qui signifie « maison » et Nomos, qui signifie « ordre, principe, règle ou loi ». La science économique étudie l'utilisation des ressources limitées, destinées à satisfaire des besoins humains illimités.
Enquête avec les acteurs clés titulaires des structures : une enquête « semi-quantitative » est souvent menée auprès des titulaires des Centres de Santé et est utilisée par les autorités de santé. Elle complète les enquêtes de ménages et de qualité professionnelle. L'objectif est de collecter des informations supplémentaires concernant les aspects de la supervision, du recouvrement de coûts, des appuis externes et plus particulièrement sur les aspects financiers des centres de santé.

Enquête de qualité : elle permet d'établir le point de départ concernant la qualité de soins dans les structures d'intervention ainsi que souvent aussi, dans les structures témoins. En même temps, le questionnaire utilisé dans ce genre d'enquête peut aussi servir à lancer un premier outil d'assurance qualité, qui sera utilisé par les autorités de santé (régulateurs).
Enquête ménages : une enquête visant à obtenir une meilleure compréhension du comportement de la population qui recherche des soins de santé. En général, l'enquête ménages cherche à connaître d'un côté la demande (non atteinte) pour les services du PMA (comme la prévention du paludisme par les moustiquaires, les accouchements, la planification familiale) et de l'autre côté, la disponibilité de ces services et les problèmes qui affectent l'offre (par ex : problèmes de disponibilité de services ; qualité ou tarification, excessive ou déficiente).
Formation sanitaire (FOSA) : une structure de santé dont la mission est de procurer des soins aux malades comme, notamment, l'hôpital, le Centre de santé, le poste de santé, le dispensaire privé, etc.
Indicateur : une mesure qui permet de connaître le degré d'atteinte ou le niveau de réalisation d'un objectif. Il indique là où on est, par rapport à l'objectif que l'on s'était fixé.
Indicateurs de qualité : mesurent la qualité des services rendus et des résultats produits par la FOSA. Ils se basent sur des critères, souvent composites, et sont plus nombreux que les indicateurs output (entre 120-200). Les indicateurs de qualité sont habituellement évalués une fois par trimestre. Les revues de qualité des formations sanitaires sont la base pour le paiement trimestriel d'un bonus de qualité.
Indicateurs output (appelés aussi quantitatifs) : mesurent quantitativement les résultats produits par la FOSA. Ils ont une influence sur le paiement mensuel des subsides. Les indicateurs output sont peu nombreux (15-25 pour les CS et autour de 20 pour les hôpitaux).
Le coût d'opportunité est la valeur de la meilleure alternative qui n'a pas été choisie afin de poursuivre un but. C'est à dire, ce qui aurait été accompli avec les ressources dépensées pour ce but. Il représente les opportunités qui n'ont pas été choisies.
Macroéconomie : L'étude des échanges économiques au niveau macro, national et international, de l'ensemble des économies mondiales. Elle étudie des questions telles que le niveau des prix mondiaux, le chômage, l'inflation et la croissance économique.
Marketing (commercial) : procédé combinant l'étude des désirs et des besoins des individus ou de groupes d'individus (=consommateurs) afin d'adapter la production et la commercialisation des produits aux besoins identifiés
Marketing social : processus social par lequel les individus et les groupes obtiennent ce qu'ils désirent et dont ils ont besoin, en créant et en échangeant les produits et valeurs avec les autres.
Meilleures pratiques. Sont les techniques, d'un processus ou d'une activité, que l'on croit être plus efficaces dans la prestation d'un résultat particulier que toutes autres techniques, processus, etc. Le FBP fonde son approche sur onze meilleures pratiques pour lesquelles il existe des preuves scientifiques et qui sont constamment améliorées, adaptées, fondées et confortées par de nouvelles preuves.
Microéconomie = L'étude des échanges économiques résultant de la prise de décision des unités individuelles. Elle peut porter sur les consommateurs individuels (= demande) et sur les entreprises qui produisent des biens ou des services (= offre).
Monopole : Secteur dans lequel il n'existe qu'un seul fournisseur d'un produit, pour lequel il n'existe pas de substituts proches et dans lequel il est très difficile, voire impossible, pour une autre entreprise de coexister.

Négociation : acte volontaire qui entame des discussions en vue de la recherche d'un accord
Outil (de Gestion) Indices (OI) : Il s'agit d'un outil de gestion, conçu pour aider les structures PMA, PCA et les organes des projets FBP à gérer leurs recettes, à planifier leurs dépenses et à déterminer la répartition des primes de performance, de manière transparente et participative.
Paquet complémentaire des activités (PCA) : Le paquet complémentaire d'activités (PCA) est une liste d'activités prioritaires, communes à l'ensemble des hôpitaux de districts, destinées à couvrir, de manière équitable et efficiente, les soins curatifs qui requièrent des techniques non disponibles au premier niveau. Le plateau technique correspondant est défini en fonction de la demande, des besoins, mais également des capacités de financement, du ministère de la Santé et de la population.
Paquet minimum des activités (PMA) : Le paquet minimum d'activités (PMA) est une liste d'activités prioritaires communes à l'ensemble des centres de santé, destinées à couvrir de manière équitable et efficiente, les problèmes de santé de base. Il permet une meilleure planification, et facilite la gestion des ressources. Sa détermination doit tenir compte de la demande, des besoins, mais également des capacités de financement du ministère de la Santé et de la population.
Performance-Based Financing (FBP) = Financement Basé sur la Performance (FBF) : Depuis la fin des années 1990s, le FBP - également connu comme financement des résultats, <i>Pay-for-Performance (P4P)</i> ou la contractualisation stratégiques (« <i>Strategic purchasing</i> » – a été introduite dans un nombre croissant de pays. Le FBP est devenue une stratégie de réforme utilisée par un nombre croissant de gouvernements et de bailleurs. Dans ce livre nous définissons le FBP d'une manière plus large que la simple mise en place de contrats, mais aussi comme une approche visant à réformer les relations entre les consommateurs, les prestataires, les organismes de la régulation et les agences d'achat, afin d'effectuer des contrats de performance efficace. Cependant, le FBP n'est pas un modèle, mais une approche basée sur 11 meilleures pratiques qui doivent être adaptées aux circonstances spécifiques de chaque pays ou région.
Plaidoyer : un processus par lequel on soutient une cause ou un thème. Une campagne de plaidoyer est un ensemble d'actions ciblées visant à soutenir une cause ou un thème.
Plan de Business (PB) , ou Plan d'Affaires, est un plan de travail trimestriel établi par une FOSA sous contrat et introduit auprès de l'ACV. Il propose des stratégies pour atteindre les cibles mensuelles du PMA ou du PCA en termes d'outputs (résultats quantitatifs) d'une part et de qualité de soins d'autre part.
Prestataires de soins : terme général désignant toute personne ou formation médicale, qui dispense des soins de santé à un patient.
Prime de performance : une prime variable attribuée au personnel. L'attribution de cette prime repose sur des critères que le personnel de chaque FOSA, son propriétaire et /ou son COSA peut déterminer.
Prime de qualité : une prime attribuée trimestriellement aux FOSA, sur la base d'un certain nombre de critères d'évaluation. Elle est destinée à stimuler la FOSA sous contrat à améliorer la qualité de leurs services et la qualité des prestations fournies aux utilisateurs. Cette prime équivaut à 15% du montant global des subsides output versés à la FOSA au cours d'un trimestre pour les résultats quantitatifs, si elle est attribuée à 100% de sa valeur.

Protocole d'Accord : un accord de 2 à 3 pages qui clôture les négociations et qui reprend les principes de l'accord établi entre les parties prenantes, par exemple, l'équipe des prestataires, les autorités de santé, et l'ONG initiatrice du projet FBP. Ce protocole d'accord contient les résultats des discussions et servira à analyser la possibilité d'une collaboration future. Ce n'est typiquement pas un contrat classique, mais plutôt un contrat relationnel (voir le module 3 sur les théories de la contractualisation)

Registre de base : un registre « standard » dans lequel sont transcrites quotidiennement toutes les données. La structure doit avoir un registre de base par activité réalisée (consultations externes, accouchements etc.) et pour laquelle l'ACV paie un subside. Il sert pour la rédaction des rapports du SNIS ainsi que pour celle du Rapport mensuel d'Activités. Ces registres et les autres documents doivent être tenus selon un canevas standard, par les Centres de santé et les Hôpitaux.

Régulation : ensemble des stratégies et des outils utilisés afin d'optimiser le système, en corrigeant les dysfonctionnements qui apparaissent.

Résumé mensuel : document établi par la structure. Il comprend toutes les activités subventionnées dans le cadre du FBP. Il sert de document d'audit car il est contresigné pendant la vérification par le vérificateur de l'ACV et par le responsable de la structure. Il permet donc la facturation mensuelle de la production de chaque structure.

Subsides mensuels output sont des appuis financiers que l'on donne à une structure en « cash », directement liés à la quantité des activités produites, sur la base des principes suivants : « plus de travail entraîne plus de subsides » et « l'argent suit le patient ».

Système de marché libre. Il s'agit d'une forme d'organisation économique dans lequel les décisions d'allocation des ressources sont laissées aux producteurs et aux consommateurs, agissant dans leur propre intérêt, sans direction centrale.

Système de santé : ensemble d'organisations, d'institutions et de ressources servant à la production d'interventions sanitaires.