



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES  
SUPERIEURES EN GESTION**

**DEPARTEMENT CESAG SANTE**



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE**

*pour l'obtention du*

**MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION (MBA)**

**OPTION : ECONOMIE DE LA SANTE**

**Année académique : 2014-2015**

**Promotion : 17<sup>ème</sup>**

**ANALYSE DES EFFETS DU FINANCEMENT BASE SUR LES  
RESULTATS SUR LA PERFORMANCE DES DISTRICTS  
SANITAIRES PILOTES AU BURKINA FASO**

*Présenté et soutenu par*

Richard BAKYONO

le 17/12/2015

*Sous la direction du :*

Docteur Ouéi Karim DIAKITE,

Enseignant associé au CESAG

## **DEDICACE**

Je dédie ce mémoire à ma très chère famille:

### **A LA MEMOIRE DE MON DEFUNT PERE,**

Je voudrais, qu'à travers ce mémoire, tu sois d'avantage fier de moi là où tu es. Que tu m'auras manqué pratiquement toute ma vie! Reposes en PAIX.

### **A MA TRES CHERE ET VAILLANTE MERE,**

Que d'émotion à chaque fois que la vie me donne l'occasion de te remercier. Merci pour ton amour et tes prières mais aussi pour toutes ces valeurs morales que tu m'as inculqué. Que Dieu t'accorde encore plusieurs années de vie !

### **A MA TRES CHERE EPOUSE Carla Lydie,**

Que j'ai souffert autant que tu l'as été durant mon absence pour ces études. Ton amour, tes prières et ton soutien m'ont sans doute permis d'atteindre cet objectif. Ce travail est aussi le tien. JE T'AIME MON AMOUR!

### **A MA TRES CHERE FILLE, PRINCESSE Yipènè Charlène Ornella,**

Je ferai tout pour être le meilleur papa possible pour toi et ce travail de recherche en fait partie. Tu es une abondante source de bonheur pour moi. Dieu te bénisse !

### **A MA GRANDE SOEUR Claudine,**

Toi qui a toujours été là pour moi, merci pour ton amour de grande sœur, pour tes encouragements et pour toutes tes prières.

QUE JE VOUS AIME !

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire. Il s'agit :

Du **CESAG** et de l'ensemble de mes **enseignants** pour tout le savoir dont j'ai bénéficié ;

Du **Docteur Ouéi Karim DIAKITE**, docteur en Economie à l'Université Cheick Anta Diop (UCAD) de Dakar, PhD Researcher Management à l'Institut Supérieur de Management (ISM) de Dakar. En tant que directeur de mémoire, en plus de ses conseils et encouragements, il m'a guidé tout au long de ce travail de recherche par sa grande maîtrise de la méthodologie de la recherche et par sa disponibilité malgré ses multiples occupations ;

Du **Docteur Louis BAZIMO** et à travers lui le projet de construction de Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et de Centres Médicaux (CM) dont il assure la coordination, pour le soutien financier dudit projet dont j'ai bénéficié dans le cadre de ma formation ;

Du **Docteur Ségrima Sylvain DIPAMA**, directeur de la Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles du Ministère de la santé du Burkina Faso, qui a marqué son accord pour mon stage et ma collecte de données dans le service technique du financement basé sur les résultats (FBR). ;

Du **Docteur Philippe COMPAORE**, coordonnateur du service technique du FBR et l'ensemble de ses collègues pour l'accueil et mon intégration dans leur service ainsi que leur disponibilité, leur contribution à la qualité de ce document et pour m'avoir fourni tous les documents et toutes les données dont j'ai eu besoin ;

Du **Docteur Constant ZOMBRE** pour tout le soutien moral et financier dont il m'a fait montre tout au long de ma formation au CESAG ;

De tous ceux qui m'ont soutenu de diverses manières et qui n'ont pas été nommés ici ;

Puisse Dieu dans son infinie bonté combler chacun de vous d'abondantes et saintes grâces au-delà de vos espérances.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ACV</b>	:	Agence de Contractualisation et de Vérification
<b>ASBC</b>	:	Agent de Santé à Base Communautaire
<b>BAQ</b>	:	Bonus d'Amélioration de la Qualité
<b>CBP</b>	:	Contrat Basé sur la Performance
<b>CGD</b>	:	Center for Global Development
<b>CHR</b>	:	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CM</b>	:	Centre Médical
<b>CMA</b>	:	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
<b>CNS</b>	:	Comptes Nationaux de la Santé
<b>CNSS</b>	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CPN</b>	:	Consultation Prénatale
<b>CS</b>	:	Comptes de la Santé
<b>CSPS</b>	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>DAF</b>	:	Direction des Affaires Financières
<b>DCS</b>	:	Dépenses Courantes en Santé
<b>DIU</b>	:	Dispositif Intra-Utérin
<b>DRS</b>	:	Direction Régionale de la Santé
<b>DS</b>	:	District Sanitaire
<b>ECD</b>	:	Equipe Cadre de District
<b>EVCI</b>	:	Espérance de Vie à la naissance Corrigée de l'Incapacité
<b>FBP</b>	:	Financement Basé sur la Performance
<b>FBR</b>	:	Financement Basé sur les Résultats
<b>FCFA</b>	:	Franc de la Communauté Financière Africaine
<b>FS</b>	:	Formation Sanitaire
<b>GSIS</b>	:	Gestion du Système d'Information Sanitaire
<b>HN</b>	:	Hôpital National
<b>ICIS</b>	:	Institut Canadien d'Information sur la Santé
<b>MCD</b>	:	Médecin Chef de District
<b>Mtt</b>	:	Montant
<b>OCDE</b>	:	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
<b>OMD</b>	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement

<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PADS</b>	:	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
<b>PAP</b>	:	Plan d'Amélioration de la Performance
<b>PCR</b>	:	Président du Conseil Régional
<b>PEC</b>	:	Prise En Charge
<b>PF</b>	:	Planning Familial
<b>PTF</b>	:	Partenaires Techniques et Financiers
<b>Qté</b>	:	Quantité
<b>RDV</b>	:	RenDez Vous
<b>SNIS</b>	:	Système National d'Information Sanitaire
<b>SSA</b>	:	Services de Santé des Armées
<b>SSP</b>	:	Soins de Santé Primaires
<b>ST_FBR</b>	:	Service Technique du Financement Basé sur les Résultats
<b>T</b>	:	Trimestre
<b>TMC</b>	:	Transferts Monétaires Conditionnels
<b>VIH</b>	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Répartition des dépenses courantes de santé par agent de financement .....	10
<b>Tableau 2</b> : Fonctions des parties prenantes clés du financement basé sur les résultats au Burkina Faso.....	13
<b>Tableau 3</b> : Le financement basé sur les résultats et ses différents acronymes et abréviations .....	18
<b>Tableau 4</b> : Les quatre (04) dimensions de la performance organisationnelle-E.M. Morin et al. (1994) .....	22
<b>Tableau 5</b> : Composantes de la mesure de la réactivité .....	25
<b>Tableau 6</b> : Différents types et approches de suivi et évaluation dans le cadre du FBP du secteur de la santé au Cameroun.....	31
<b>Tableau 7</b> : composantes de la réactivité et questions d'enquête correspondantes	36
<b>Tableau 8</b> : Pourcentage des femmes enceintes vues au premier trimestre dans les districts tests.....	39
<b>Tableau 9</b> : Couverture en consultation prénatale 4 dans les districts tests .....	40
<b>Tableau 10</b> : Couverture en consultation postnatale dans les districts test.....	41
<b>Tableau 11</b> : Taux des accouchements assistés par du personnel qualifié dans les districts tests.....	41
<b>Tableau 12</b> : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans les districts tests .....	42
<b>Tableau 13</b> : Résultats physiques et financiers de la prise en charge gratuite des indigents dans les FS du 1 <sup>er</sup> échelon de T3 2014 à T2 2015.....	53
<b>Tableau 14</b> : Résultats physiques et financiers de la prise en charge gratuite des indigents dans les FS du 2 <sup>e</sup> échelon/2 <sup>e</sup> niveau.....	55

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Organisation des services de santé au Burkina Faso.....	7
<b>Figure 2</b> : Circuits du financement dans le système de santé au Burkina Faso.....	9
<b>Figure 3</b> : Structure des dépenses courantes en santé en 2011 et 2012.....	10
<b>Figure 4</b> : Cadre institutionnel du financement basé sur les résultats au Burkina Faso .....	14
<b>Figure 5</b> : Organisation des vérifications.....	15
<b>Figure 6</b> : Tableau de bord prospectif de la performance de Robert S. Kaplan et David P. Norton (1992).....	21
<b>Figure 7</b> : Modèle de la performance organisationnelle (Sicotte et al., 1998).....	22
<b>Figure 8</b> : Représentation du modèle implicite.....	27
<b>Figure 9</b> : Représentation du modèle avec groupe témoin théorique .....	28
<b>Figure 10</b> : Représentation des modèles avec mesures antérieures au programme rétrospectives .....	28
<b>Figure 11</b> : Représentation du modèle d'estimation directe de la différence.....	29
<b>Figure 12</b> : Evolution des scores moyens de la qualité des CSPS des districts sanitaires de Léo, Boulsa et Titao .....	43
<b>Figure 13</b> : Evolution des scores trimestriels de la qualité des prestations dans les CMA de Titao, de Léo et de Boulsa.....	46

## RESUME

L'objectif de notre mémoire est d'évaluer les effets du financement basé sur les résultats (FBR) sur la performance des districts sanitaires pilotes au Burkina Faso à partir du cadre de mesure de la performance des systèmes de santé de l'OMS (2000) que nous avons adapté au contexte de notre étude.

L'évaluation avant et après le programme sans groupe témoin et le modèle implicite d'évaluation ont été utilisés.

Globalement, nos résultats montrent que le FBR a eu un effet positif sur la quantité et la qualité des prestations, sur la satisfaction des utilisatrices des services de la santé de la reproduction et sur l'accessibilité financière des indigents aux soins de santé.

**Mots clés :** financement basé sur les résultats, performance, OMS, districts sanitaires pilotes.

## ABSTRACT

The objective of this thesis is to evaluate the effects of results-based financing (RBF) on the performance of pilot health districts in Burkina Faso from that model of health systems performance of WHO (2000) than we have adapted to the context of our study. The model to measure before and after the program without control group and implicit model of evaluation were used. On the whole, our results point out that the RBF has a positive effect on the quantity and quality of services, satisfaction of reproduction health services users and financial accessibility of indigents to health care.

**Keywords:** results-based financing, performance, WHO, pilot health districts.

# SOMMAIRE

<b>DEDICACE</b> .....	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>II</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	<b>III</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>V</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>VI</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VII</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I: LE SYSTEME DE SANTE DU BURKINA FASO ET SON FINANCEMENT</b> .....	<b>6</b>
<i>Section 1 : Présentation du système de santé du Burkina Faso</i> .....	<b>6</b>
<i>Section 2 : Financement de la sante au Burkina Faso</i> .....	<b>9</b>
<b>CHAPITRE II: REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>17</b>
<i>Section 1 : Cadre conceptuel et théorique</i> .....	<b>17</b>
<i>Section 2 : Synthèse des techniques et méthodes utilisées</i> .....	<b>29</b>
<i>Section 3 : Quelques résultats empiriques</i> .....	<b>32</b>
<b>CHAPITRE III: DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET ANALYSE DES RESULTATS</b> .....	<b>34</b>
<i>Section 1 : Démarche méthodologique</i> .....	<b>34</b>
<i>Section 2 : Présentation et interprétation des résultats</i> .....	<b>39</b>
<i>Section 3 : Recommandations</i> .....	<b>57</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>61</b>
<b>WEBOGRAPHIE</b> .....	<b>64</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>65</b>

# INTRODUCTION

## Contexte et justification

Dans de nombreux pays du monde, surtout les moins développés, l'inaccessibilité des populations à des soins de santé de qualité reste encore une réalité même si elle est en recul continu. Cependant, ce ne sont ni les réformes, ni les initiatives d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé qui ont manqué.

En effet, la conférence d'Alma-Ata en 1978, exhortait tous les gouvernements à élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires (SSP) dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. Les SSP apparaissaient comme une solution qui devrait permettre d'offrir à tous les peuples du monde, un niveau de santé afin de mener une vie socialement et économiquement productive. Le district sanitaire apparaît dans la déclaration de Hararé de 1987 comme l'unité opérationnelle de mise en œuvre des SSP au niveau décentralisé.

Au cours de la décennie qui a suivi cette déclaration, la plupart des pays africains ont mis en œuvre le système de district sanitaire avec des bilans plus ou moins mitigés même si certains problèmes ont été résolus.

Quant à l'initiative de Bamako de 1987, elle prévoyait un certain niveau de recouvrement des coûts (tarification des prestations de santé) et une participation communautaire avec la création de comités de gestion afin de relancer la stratégie des SSP. Toutefois, l'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas non plus produit les effets escomptés (Ridde, V., 2004).

Lors de l'assemblée générale des nations unies en 2000, les dirigeants du monde ont formulé huit (08) objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pour soutenir les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité, et libérer le monde de l'extrême pauvreté. Parmi ces OMD, trois (03) concernent la santé. Il s'agit de :

- objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 05 ans ;
- objectif 5 : Améliorer la santé maternelle ;
- objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

Bien que des progrès constants aient été réalisés (les décès maternels et infantiles ont quasiment diminué de moitié entre 1990 et 2013) beaucoup de pays à faible

revenu et à revenu moyen inférieur, particulièrement ceux confrontés à des contraintes de ressources et de gouvernance, n'ont pas atteint les OMD visant à réduire la mortalité infantile et à améliorer la santé maternelle (Banque mondiale, 2014). En effet, en 2012 :

- 6,6 millions d'enfants de moins de 05 ans sont morts à travers le monde ;
- parmi tous les décès infantiles, 44% ont eu lieu au cours du premier mois de vie ;
- le taux de mortalité infantile dans un pays à faible revenu est plus de 15 fois supérieur à celui d'un pays à revenu élevé ;
- le taux de mortalité maternelle dans un pays à faible revenu est près de 30 fois supérieur à celui d'un pays à revenu élevé ;
- les pauvres sont disproportionnellement affectés : dans 81 pays à faible et à moyen revenu, la couverture médiane des naissances en présence d'un personnel médical qualifié n'était que de 56% dans le quintile le plus pauvre<sup>1</sup>.

En 2013, le taux de mortalité infantile était de 64/1000 au Burkina Faso contre 3,5/1000 en France pour la même année<sup>2</sup>. En 2012, l'espérance de vie à la naissance était de 55,86 ans au Burkina Faso contre 82,57 ans en France pour la même année<sup>3</sup>.

En 2013, le ratio de mortalité maternelle était de 400/100 000 naissances vivantes au Burkina Faso<sup>4</sup>.

Les maladies évitables continuent de constituer la principale cause de décès des enfants de moins de 05 ans et la grande majorité de la mortalité maternelle est évitable en Afrique subsaharienne (Nations unies, 2014).

Pourtant, l'augmentation des ressources disponibles et la multiplicité des initiatives en matière de santé sont sans précédent (OMS, 2011). La plupart des financements destinés à la santé sont basés sur les intrants (construction d'infrastructures sanitaires, paiement des salaires, équipements...). Pendant ce temps, la majorité des pays continuent de souffrir d'importantes inefficacités dans l'utilisation des

---

<sup>1</sup> Banque mondiale, Fonds Fiduciaire pour l'Innovation en matière de Résultats de santé, 2014.

<sup>2</sup> Banque mondiale|Perspective Monde, Université de Sherbrooke, 2013.

<sup>3</sup> Banque mondiale|Perspective Monde, Université de Sherbrooke, 2012.

<sup>4</sup> Observatoire mondial de la santé.

ressources limitées, conduisant au gaspillage, à une faible motivation du personnel et une qualité médiocre des services (Soeters, R., 2015).

Au Burkina Faso, les différentes stratégies d'allocation budgétaire à la santé depuis les indépendances se sont heurtées à des facteurs limitant leur performance au nombre desquels nous retenons l'insuffisance dans le choix des stratégies de financement, la faible performance du suivi du financement du secteur de la santé, la multiplicité des stratégies et des outils d'allocation des ressources financières etc. (Zida, A. et al., 2011)

Face à l'importance et à la multiplicité des ressources financières allouées à la santé aux résultats mitigés au Burkina Faso comme dans la plupart des pays en développement, les partenaires nationaux et internationaux<sup>5</sup> au développement réclament d'avantage, plus de responsabilité, de transparence et de résultats de la part des gouvernements et des organisations pour leur « argent » dépensé. Cette volonté s'est traduite dans la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement à travers cinq (05) grands principes<sup>6</sup> dont la gestion axée sur les résultats.

Dès lors, l'éligibilité des gouvernements et de leurs programmes à l'appui financier au développement est de plus en plus liée à leurs capacités à mettre en œuvre des politiques efficaces, à utiliser les ressources de façon efficiente et à obtenir des résultats concrets.

Alors que le secteur public était jusque-là orchestré essentiellement par le respect des règles et des procédures, le **Nouveau Management du Public**, apparu dès le début des années 80, privilégie l'atteinte des résultats et prône la généralisation de la culture de l'évaluation, afin d'optimiser l'allocation des ressources vers les actions les plus efficaces (GALDEMAR, V. et al., 2012). L'Etat passe ainsi d'une logique de moyens à une logique de résultats.

La recherche de stratégies de financement innovantes et plus intelligentes pour des systèmes de santé de plus en plus performants est plus que jamais d'actualité. Par exemple, l'introduction de mesures incitatives (financières et matérielles) au niveau

---

<sup>5</sup> **Partenaires nationaux et internationaux au développement** : les agences multinationales de développement, les gouvernements donateurs, les parlements, le secteur privé, les ONG, les groupes de citoyens, la société civile

<sup>6</sup> **Cinq principes de la déclaration de Paris 2005** : Appropriation, Harmonisation, Alignement, Résultats et Responsabilité mutuelle.

de l'offre et de la demande liées à la réalisation des activités de santé s'avère une méthode éprouvée d'amélioration des résultats de santé.

Le financement basé sur les résultats (FBR), contrairement aux méthodes traditionnelles de paiement axées sur les interventions, finance des résultats. Les méthodes traditionnelles procèdent à un règlement à l'avance d'intrants tels que les salaires, les médicaments, les fournitures de bureau et les charges d'exploitation. Par contre, le paiement des extrants est conditionnel à l'atteinte d'objectifs prédéterminés. Le FBR établit donc une dépendance forte entre le financement et les résultats contrairement aux méthodes traditionnelles de paiement où ce lien est assez fragile.

Les données qui émergent de l'Afrique et de l'Amérique latine indiquent que déplacer l'accent mis sur les intrants vers les résultats peut aider à obtenir des services de santé à fort impact et de qualité pour les femmes et les enfants pauvres à travers le monde et, ainsi leur donner une chance de survivre et de prospérer (Banque mondiale, 2014).

Le FBR peut aussi permettre le renforcement des systèmes de santé en augmentant la qualité des services fournis, en améliorant l'efficacité des prestataires de services tout en favorisant l'accès et l'utilisation des services de santé (Le projet AIDSTAR-Two, 2011). Aussi, en tant qu'instrument d'appui à des services de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles, le FBR peut s'avérer déterminant pour l'atteinte d'une couverture universelle des soins de santé (OMS, 2010).

C'est dans ce contexte et fort des expériences encourageantes d'autres pays comme le Rwanda que le Burkina Faso a opté pour la mise en œuvre de la stratégie FBR dans son système de santé dans le but de contribuer à l'amélioration de sa performance et partant d'aider à l'amélioration des indicateurs sanitaires en lien avec les OMD. Cette mise en œuvre a débuté en Avril 2011 par une application test dans trois (03) districts sanitaires (Boulsa, Léo et Titao). Il s'en est suivi une extension, en 2014, de cette phase test à 12 autres districts sanitaires et à quatre (04) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). La phase test se transforme ainsi en une phase pilote. Les formations sanitaires concernées par cette phase pilote du FBR sont réparties dans six (06) régions sanitaires.

Notre étude vise à répondre à la question suivante : Quels sont les effets du FBR sur la performance des districts sanitaires pilotes au Burkina Faso concernant les services de la santé de la mère et de l'enfant?

### **Objectifs de l'étude**

Afin de mettre en évidence les effets du FBR sur la performance des districts sanitaires pilotes au Burkina Faso, nous avons formulé les objectifs suivants :

#### ➤ **Objectif général**

L'objectif général de cette étude est d'évaluer les effets du FBR sur la performance des districts sanitaires pilotes au Burkina Faso en matière de services de santé de la reproduction.

#### ➤ **Objectifs spécifiques**

Pour atteindre cet objectif général, nous nous sommes fixés les objectifs spécifiques suivants :

- comparer l'offre en soins de santé de la reproduction avant et après la mise en œuvre du FBR dans les trois (03) districts sanitaires tests (Boulsa, Titao, Léo) ;
- mettre en évidence les changements apportés par le FBR à la satisfaction des utilisatrices des services de santé de la reproduction dans les districts pilotes ;
- décrire la contribution du FBR à l'amélioration de l'équité dans l'utilisation des services de santé de la reproduction dans les districts sanitaires pilotes.

### **Hypothèses :**

Nous avons mené notre étude sous les trois (03) hypothèses suivantes :

- ✓ H1 : Le FBR agit positivement sur l'offre (quantité et qualité) des soins en lien avec la santé de la reproduction dans les trois districts tests (Boulsa, Titao et Léo) ;
- ✓ H2 : Le FBR a un effet positif sur la réactivité des prestataires des districts pilotes ;
- ✓ H3 : Le FBR a un effet positif sur l'équité dans la contribution financière dans les districts pilotes.

# CHAPITRE I: LE SYSTEME DE SANTE DU BURKINA FASO ET SON FINANCEMENT

Ce premier chapitre traite de l'organisation ainsi que du financement du système de santé du Burkina Faso. Il permet d'appréhender les différents niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que les stratégies et les circuits de financement du système de santé au Burkina Faso.

## **Section 1 : Présentation du système de santé du Burkina Faso**

Cette section traite de la définition d'un système de santé, de l'organisation administrative et des services de soins du Burkina Faso. Elle met en exergue la complexité de la limitation du champ d'un système de santé tout en décrivant l'organisation du système de santé du Burkina Faso.

### **1.1. Définition du système de santé**

Il n'est pas aisé de définir un système de santé vu le caractère multisectoriel de la santé. L'OMS dans son rapport de 2000, définit un système de santé comme l'ensemble des activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Un système de santé peut aussi être défini comme toutes les organisations, institutions et ressources qui se consacrent à la réalisation d'activités dont l'objectif premier est la protection et l'amélioration de la santé.

Le système des services de santé inclut l'ensemble des interventions qui ont comme cible les problèmes sociaux ou de santé spécifiques, il couvre toute la gamme des interventions des services préventifs aux services palliatifs, en passant par les services diagnostiques et curatifs (Champagne, F., et al., 2005).

### **1.2. Organisation des services de santé au Burkina Faso**

Les services de santé du Burkina Faso sont organisés aussi bien administrativement que techniquement.

#### **1.2.1. Organisation administrative**

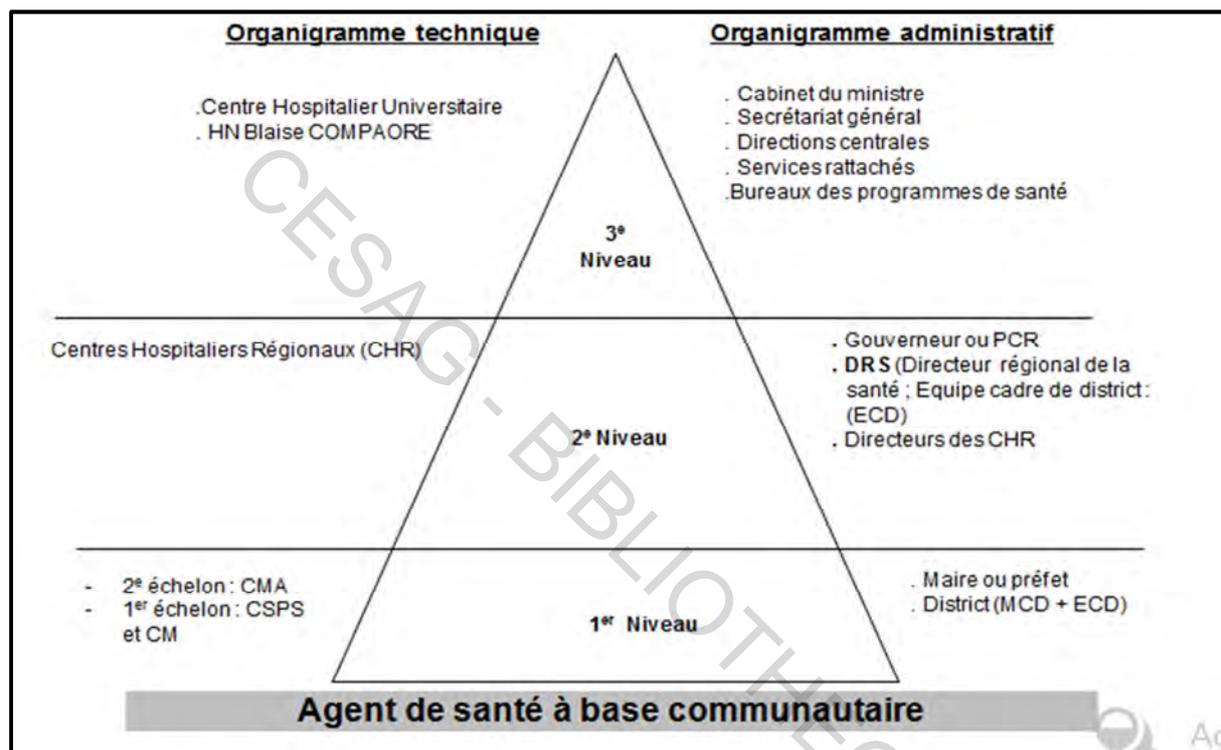
Comme l'indique la figure ci-dessous, on distingue trois (03) niveaux dans la structuration administrative du ministère de la santé du Burkina Faso :

- le 1<sup>er</sup> niveau ou niveau périphérique constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de

santé. En 2013, ils étaient au nombre de 70 dont 63 opérationnels (annuaire statistique, 2013) ;

- le 2<sup>e</sup> niveau ou niveau intermédiaire constitué des treize (13) directions régionales de la santé ;
- et le 3<sup>e</sup> niveau ou niveau central composé des directions centrales et services rattachés organisés autour du cabinet du ministre et du secrétariat général.

**Figure 1** : Organisation des services de santé au Burkina Faso



**Légende :** **HN** : Hôpital National ; **CMA** : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale ; **CSPS** : Centre de Santé et de Promotion Sociale ; **CM** : Centre Médical ; **PCR** : Président du Conseil Régional ; **DRS** : Direction Régionale de la Santé ; **MCD** : Médecin Chef de District ; **CHR** : Centre Hospitalier Régional ; **ECD** : Equipe Cadre de District.

**Source :** Auteur

### 1.2.2. Organisation de l'offre de soins

A l'image des structures administratives de santé, les formations sanitaires publiques sont aussi organisées en trois (03) niveaux :

- le 1<sup>er</sup> niveau ou niveau périphérique avec deux (02) échelons à savoir le 1<sup>er</sup> échelon composé du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et le Centre Médical (CM) et le 2<sup>e</sup> échelon constitué du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA). Le CMA sert de référence aux CSPS. En 2013,

on dénombrait 1606 CSPS publics et 45 CMA fonctionnels (annuaire statistique, 2013). Ce 1<sup>er</sup> niveau est appuyé par les agents de santé à base communautaire (ASBC) qui s'occupent d'un ensemble de prestations intégrées, conçues, organisées et gérées avec, pour et par les communautés dans le but de satisfaire leurs besoins de santé ;

- le 2<sup>e</sup> niveau ou niveau intermédiaire représenté par le centre hospitalier régional (CHR) qui sert de référence aux CMA ;
- le 3<sup>e</sup> niveau ou niveau central constitué par le centre hospitalier universitaire (CHU). C'est le niveau de référence le plus élevé.

Il existe d'autres structures publiques de santé sous la tutelle d'autres ministères tels que les services de santé des armées (SSA) du ministère de la défense et les services de santé de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) du ministère de l'action sociale.

A côté des structures publiques de santé, il y a les structures privées de soins (cliniques, cabinets médicaux et paramédicaux...) essentiellement concentrées à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso. Les officines pharmaceutiques privées sont concentrées dans les principales grandes villes du pays dont leur relais est assuré par les dépôts pharmaceutiques principalement dans les petites villes et dans les villages. La médecine traditionnelle est en phase de formalisation avec la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique et la création de la direction de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

La présentation qui vient d'être faite du système de santé du Burkina Faso est en réalité celle du système des services de soins car le système de santé est beaucoup plus complexe avec d'autres composantes comme les agences d'assurance maladie privées, les mutuelles de santé etc.

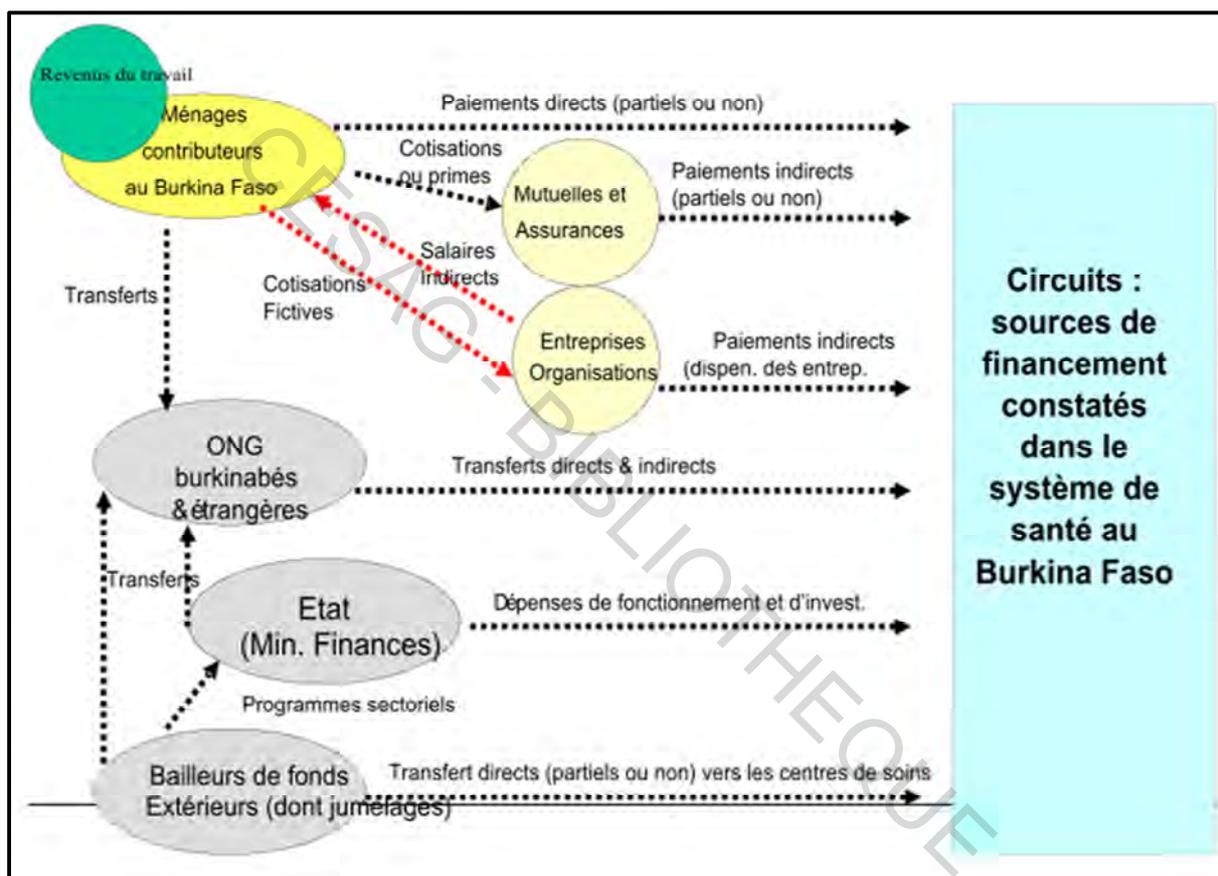
## Section 2 : Financement de la santé au Burkina Faso

Cette section comprend les circuits ainsi que les stratégies de financement du système de santé du Burkina Faso.

### 2.1. Financement traditionnel de la santé au Burkina Faso

La figure 2 indique les flux de financement dans le système de santé au Burkina Faso.

**Figure 2** : Circuits du financement dans le système de santé au Burkina Faso

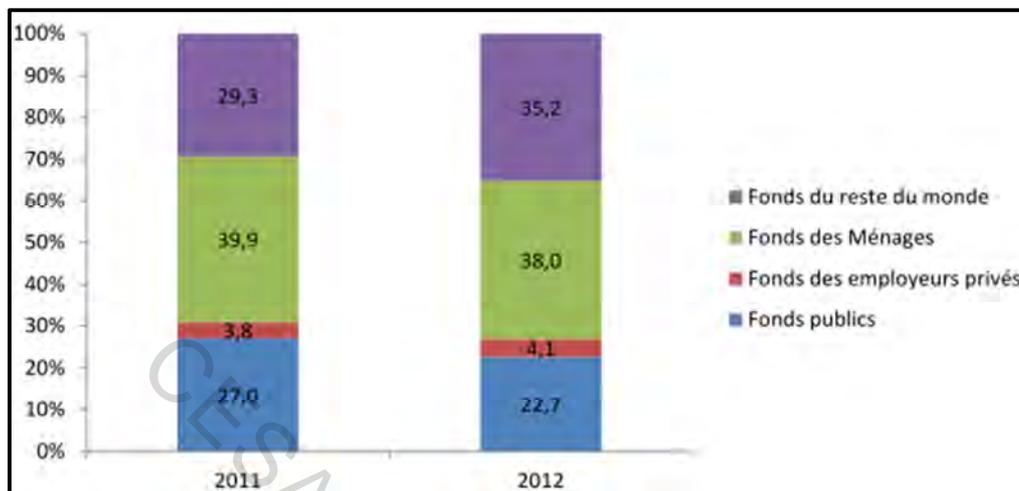


**Source** : Ministère de la santé du Burkina Faso. Rapport comptes de la santé (CS), Décembre 2013

Les dépenses courantes de santé qui étaient de 282, 54 milliards de FCFA en 2011 au Burkina Faso sont passées à 303, 72 milliards en 2012, soit un accroissement de 7,5% (Rapport CS du Burkina Faso, décembre 2013).

La figure ci-dessous indique que les ménages constituent la première source de financement tandis que les employeurs privés forment la dernière source de financement des DCS en 2011 et 2012 au Burkina Faso.

**Figure 3** : Structure des dépenses courantes en santé en 2011 et 2012



**Source** : Ministère de la santé du Burkina Faso. Rapport CNS, décembre 2013

Comme l'indique le tableau 1, les différents **fonds de financement** de la santé sont gérés par différents **agents de financement**:

**Tableau 1** : Répartition des dépenses courantes de santé par agent de financement de 2011 et 2012

Agent de financement de la santé	CNS 2011		CNS 2012	
	MONTANT	%	MONTANT	%
Administrations publiques	136 627 506 478	48,4	158 803 590 092	52,3
Sociétés d'assurance	3 270 313 232	1,2	3 876 833 482	1,3
Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	7 131 935 765	2,5	7 953 813 664	2,6
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	169 780 810	0,1	10 104 867 201	3,3
Ménages	111 885 618 786	39,6	115 420 017 478	38,0
Reste du monde	23 459 098 982	8,3	7 564 844 256	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>282 544 254 053</b>	<b>100</b>	<b>303 723 966 174</b>	<b>100</b>

**Source** : Ministère de la santé du Burkina Faso. Rapport CNS, Décembre 2013

La majorité des DCS sont gérés par l'administration publique avec respectivement 48,4% et 52,3% en 2011 et 2012.

Cependant, comment l'administration publique procède au financement de la santé ?

**Mémoire MBA/ES** : Contribution du financement basé sur les résultats à l'amélioration de la performance des districts sanitaires pilotes au Burkina Faso

En effet, les dépenses publiques de santé au Burkina Faso s'effectuent selon l'approche traditionnelle axée sur les intrants (règlement à l'avance des salaires, des médicaments, des fournitures de bureau et des charges d'exploitation). Aussi, les stratégies d'allocation budgétaire dans le secteur de la santé ne semblent pas obéir à une certaine logique du point de vue historique. Le ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers n'utilisent pas les mêmes techniques d'allocation budgétaire et au sein même du ministère de la santé des méthodes différentes sont utilisées par la direction des affaires financières (DAF) et par le programme d'appui au développement sanitaire (PADS). Cependant, les principales stratégies d'allocation budgétaire utilisées par le ministère de la santé sont basées sur l'analyse des budgets antérieurs ; les contraintes budgétaires générales et les pourcentages d'augmentation des crédits par rapport aux exercices précédents.

Ainsi, l'on peut regretter la non utilisation de clés de répartition des ressources destinées à la santé basées sur des critères géographiques, de niveau de santé, de niveau de pauvreté des populations et bien d'autres critères pertinents. Il en résulte une allocation budgétaire inadaptée et répartie de manière inéquitable (Zida, A. et al., 2010).

Les principaux facteurs qui limitent la performance des allocations budgétaires dans le secteur de la santé au Burkina Faso sont entre autres l'insuffisance dans le choix des stratégies de financement ; la faible performance du suivi du financement du secteur de la santé ; la faible capacité de gestion des services de santé et l'inapplication des critères de répartition des ressources du budget de l'Etat (Zida, A. et al., 2010). Face à ces limites du financement traditionnel de son système de santé, le ministère de la santé du Burkina Faso a opté pour une stratégie innovante de financement qu'est le financement basé sur les résultats (FBR).

La suite de cette section traite de la conception et de la mise en œuvre de cette nouvelle stratégie dans le secteur de la santé du Burkina Faso.

## ***2.2. Conception et mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Burkina Faso***

Pour l'atteinte des OMD en lien avec la santé de la mère et de l'enfant, les autorités de la santé au Burkina Faso ont décidé de la mise en œuvre du FBR dans son système de santé. Cependant, la non disponibilité de ressources (financières,

matérielles et humaines) suffisantes et l'absence de test grandeur nature de la stratégie et des outils proposés, ont contraint les autorités du ministère de la santé à l'application, en 2011, d'une phase test dans trois (03) districts sanitaires (Boulsa, Léo et Titao). Il s'en est suivi une extension, en 2014, de cette phase test à 12 autres districts sanitaires et quatre (04) CHR. Les formations sanitaires concernées par cette phase pilote du FBR étant réparties dans six (06) régions sanitaires.

Dans le contexte du Burkina Faso, le FBR se définit comme une approche du système de santé, axée sur les résultats, qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle (guide de mise en œuvre FBR Burkina Faso, 2013).

L'objectif général du FBR dans le secteur de la santé au Burkina Faso est de contribuer à améliorer la performance du système de santé.

Le principe de séparation des fonctions dans le cadre du FBR dans le secteur de la santé du Burkina Faso est respecté comme l'indique le tableau ci-dessous.

**Tableau 2** : Fonctions des parties prenantes clés du financement basé sur les résultats au Burkina Faso.

Fonctions	Acteurs	Rôles
<b>Prestation (offre autonome de services)</b>	FS du 1 <sup>er</sup> échelon, du 2 <sup>e</sup> échelon et du 2 <sup>e</sup> niveau de soins	Production de soins en rapport avec les exigences du régulateur/acheteur et de la demande des patients. Equilibrer recettes/dépenses (gestionnaires)
<b>Régulation, planification et assurance qualité.</b>	Ministère de la santé (directions centrales), DRS, ECD	Définition des cibles pour les Objectifs attendus, la qualité et l'équité et leurs indicateurs. Détermination des subsides nécessaires de la couverture du paquet souhaité pour les indicateurs de santé → Budget national FBR + subsides supplémentaires nécessaires pour les régions vulnérables, les structures vulnérables et les individus vulnérables
<b>Achat (ACV)</b>	ACV régionales autonomes	Achat des services auprès des prestataires de service. Formation des structures (coaching) dans l'utilisation des PAP et des instruments indices.
<b>Détention des fonds (fonction de paiement)</b>	PADS	Paiement effectif des FS et des régulateurs
<b>Voix communautaire</b>	Associations locales, Agent de santé à base communautaire	Enquête de satisfaction des patients avec les services de santé Vérification de l'effectivité des activités subventionnées. S'assurer que les résultats sont pris en compte dans le paiement de performance des structures.

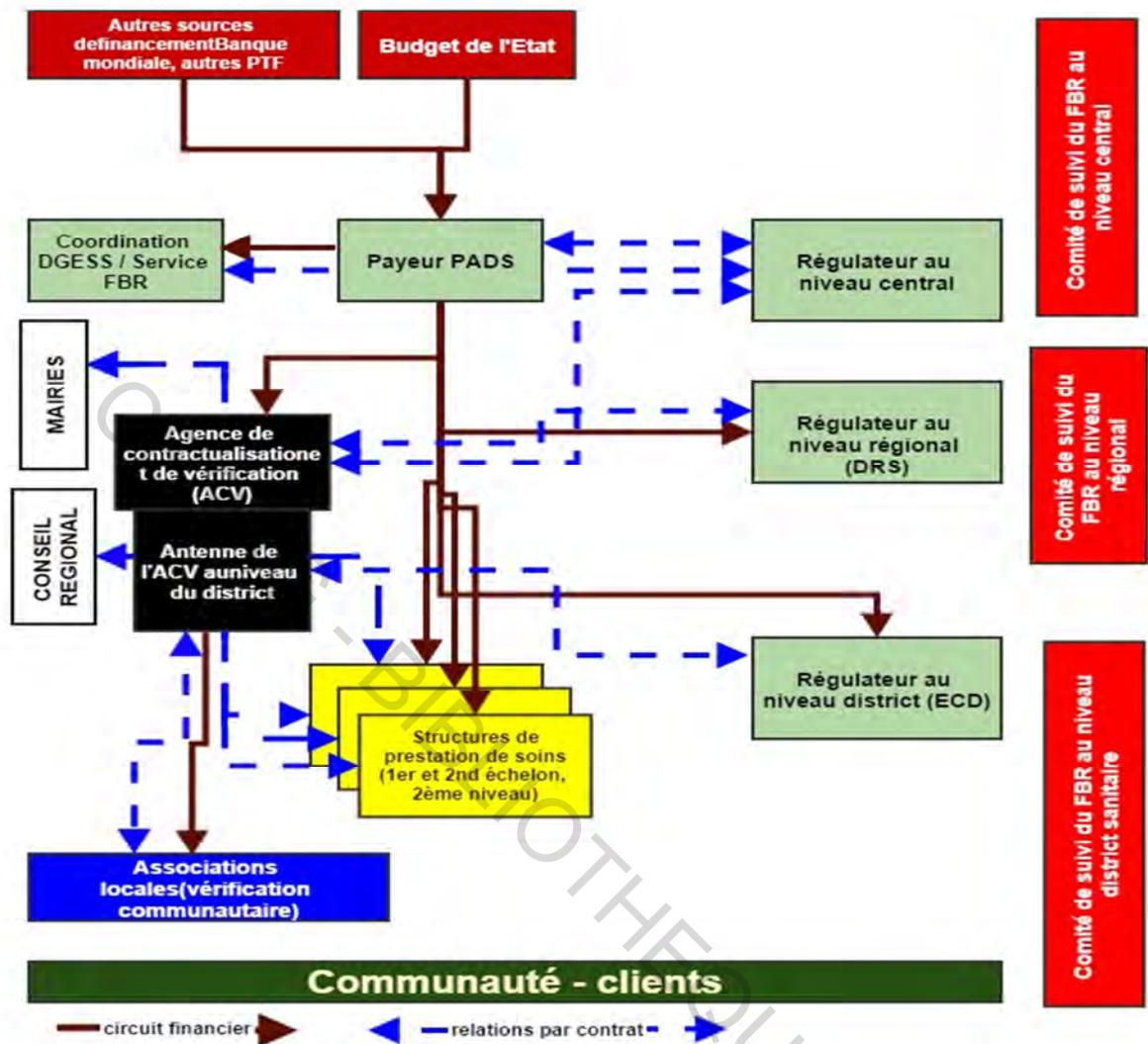
Légende : **FS** : Formation Sanitaire ; **DRS** : Direction Régionale de la Santé, **ECD** : Equipe Cadre de District ; **FBR** : Financement Basé sur les Résultats ; **ACV** : Agence de Contractualisation et de Vérification ; **PAP** : Plan d'Amélioration de la Performance ; **PADS** : Programme d'Appui au Développement Sanitaire.

**Source** : Auteur à partir du guide de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso, 2013

Les indicateurs quantitatifs et leurs sources de vérification ainsi que les éléments d'appréciation de la qualité et leurs sources de vérification des FS du 1<sup>er</sup> niveau du système de soins (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> échelon) sont présentés en annexes (annexe 2 et 3).

La figure 4 indique le cadre institutionnel du FBR au Burkina Faso.

**Figure 4** : Cadre institutionnel du financement basé sur les résultats au Burkina Faso



Source : Guide de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso, 2013.



Pour la rémunération de la performance des formations sanitaires, le Burkina Faso a fait l'option de la stratégie de la « carotte et carotte ». Elle consiste à rémunérer les prestations effectuées (subsides quantité), puis à ajouter un bonus qualité pour les scores de qualité au moins égal 0,5 ; de telle sorte que la rémunération totale de la performance est la suivante :

**Subsides globaux de la FS = subsides « quantité » + bonus « qualité ».**

Il existe par ailleurs le « bonus d'amélioration de la qualité » (BAQ). Il s'agit d'un montant supplémentaire accordé à une formation sanitaire pour faire face à des dépenses d'investissement planifiées par elle en vue d'améliorer les infrastructures (réhabilitation ou construction) et les équipements (acquisition).

L'ACV en collaboration avec l'ECD et la DRS impliquées déterminent l'éligibilité ainsi que le montant du BAQ à la formation sanitaire. Le BAQ n'est pas encore une réalité dans la mise en œuvre actuelle du FBR.

A cela il faut ajouter le bonus équité. Il vise la correction des inégalités entre formations sanitaires en fonction des conditions d'exercices des prestations de soins et également de façon à améliorer l'accès des personnes démunies aux services de prestations de soins. Il comprend les **bonus interdistricts sanitaires** et **inter formations sanitaires** et les **bonus de prise en charge des indigents**.

Ces bonus ne sont pas encore perçus par les FS en raison notamment des difficultés rencontrées dans le ciblage des indigents.

La gestion de la mise en œuvre et du suivi du FBR se fait sur la base d'outils. Certains de ces outils existent déjà dans le système de santé, mais d'autres sont conçus et mis en place par les organes de gestion et de suivi du FBR. Comme outils de gestion on peut citer le plan d'amélioration de la performance, les Contrats d'achat de la performance, l'outil d'indice, les outils de gestion de la qualité des soins dans la formation sanitaire (fiches, registres...), les outils de gestion comptable et financière dans la formation sanitaire (livre de caisse, livre de banque, livre de trésorerie...) et les outils de gestion informatisée des données (portail FBR).

## CHAPITRE II: REVUE DE LA LITTERATURE

Ce deuxième chapitre permet de comprendre les concepts clés de notre sujet de recherche à savoir le financement basé sur les résultats et la performance d'une organisation. Il expose les différents modèles de mesure de la performance d'une organisation. Enfin, il résume les méthodes et les résultats de quelques études empiriques qui relèvent de notre thème de recherche.

### ***Section 1 : Cadre conceptuel et théorique***

Cette section traite des concepts de FBR et de performance des organisations. Elle fait aussi une description de différents cadres de mesure de la performance organisationnelle en général et des systèmes de santé en particulier.

#### ***1.1. Concept du financement basé sur les résultats et ses différentes variantes***

Le financement basé sur les résultats (FBR) comprend la gamme complète des incitations, du côté de l'offre comme de la demande. Pour le groupe de travail sur les paiements pour la performance, il consiste à un transfert d'argent ou de biens matériels d'un organisme de financement ou autre soutien à un bénéficiaire, basé sur la condition que celui-ci entreprenne une action mesurable ou atteigne une cible de performance prédéterminée (Le projet AIDSTAR-Two, 2011).

Le vocable FBR est surtout utilisé par la banque mondiale mais il est synonyme d'Incitatif Basé sur la Performance (IBP) ou de Paiement Basé sur la Performance (PBP). L'USAID (United States Agency for International Development) utilise indifféremment ces deux derniers termes. Le CGD (Center for Global Development) utilise souvent le sigle IBP tandis que l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) utilise le sigle PBP.

Il existe plusieurs variantes du FBR en fonction de la cible des mesures incitatives.

**Tableau 3** : Le financement basé sur les résultats et ses différents acronymes et abréviations

<b>Variante FBR</b>	<b>Explication</b>	<b>Cible des mesures incitatives</b>
<b>Transferts Monétaires Conditionnels (TMC)</b>	Versement monétaire aux usagers de certains services sociaux, notamment en santé ou en éducation.	Utilisateur des services, zone géographique ciblée et groupes vulnérables-souvent les mères de famille
<b>Contrat Basé sur la Performance (CBP)</b>	Méthode axée sur l'offre. Elaboration d'un contrat ou tout autre accord officiel pour régir les conditions de paiement des prestations par le payeur aux prestataires.	Etablissement de santé, instance de gestion au niveau du district ou au niveau provincial
<b>Financement Basé sur la Performance (FBP)</b>	Incitations à une offre surtout quantitative de services, mais conditionnelle à leur qualité. Les FBP prévoient l'introduction d'outils de gestion susceptibles d'améliorer la performance des établissements de santé.	Etablissement de santé, équipe du district sanitaire, équipe sanitaire provinciale, centrale nationale d'approvisionnement en médicaments, ministère de la santé, unité de gestion de projet,...
<b>Coupon</b>	Les patients ou les clients reçoivent des bons d'accès aux soins de santé ou autres services et peuvent également comprendre d'autres avantages, comme des allocations de transport.	Etablissements de santé et prestataires, usagers individuels

**Source** : Banque mondiale et projet AIDSTAR-Two, 2011

La liste des variantes du FBR dans le tableau ci-dessus n'est pas exhaustive mais elle donne celles qui sont les plus courantes.

Dans sa mise en œuvre, le FBR combine le plus souvent plusieurs de ces approches mais le contexte de chaque pays conditionne le choix d'une approche par rapport à une autre. Par exemple le CBP est plus adapté aux Etats fragiles (Haïti, Cambodge, Afghanistan...) tandis que le FBP est efficace à la fois dans les Etats fragiles et dans les conjonctures plus stables (Fritsche, G., B. et al., 2014).

Dans un programme FBR, il y a une séparation des fonctions suivantes : la prestation, la régulation, l'achat, la détention des fonds et la voix communautaire.

Chaque fonction correspond à une partie prenante spécifique. Les différentes parties prenantes dépendent les unes des autres pour l'atteinte des résultats ciblés.

Les programmes FBP bien conçus des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire constituent un effet de réelles reformes de santé qui pourraient modifier

simultanément les multiples dimensions et niveaux du système (Fritsche, G., B. et al., 2014 ).

Le FBR peut ainsi influencer la performance du système de santé à travers :

- le financement : par amélioration de la mobilisation et de la répartition des ressources et une meilleure protection contre les risques par une meilleure attribution des responsabilités ;
- l'organisation : par une modification de l'organisation du financement et des prestations au sein du système de santé ;
- le paiement et les mesures incitatives : Le changement dans la structure des mesures incitatives destinées aux prestataires permet d'ajuster la performance, d'améliorer les interrelations des prestataires entre eux et avec les clients, motiver d'avantage le personnel de santé, d'accroître la quantité et la qualité des prestations et d'augmenter la demande ;
- les dispositifs réglementaires : par changement de comportement des individus et des organisations grâce au pouvoir de l'Etat ;
- l'influence sur le comportement des personnes et des organisations : par incitation des prestataires à plus d'innovation afin de modifier positivement le comportement des personnes et des organisations ;
- par l'augmentation de l'autonomie et de la gestion des établissements de santé ;
- la gouvernance, la transparence et l'obligation de rendre compte : Le FBR implique une séparation des fonctions entre l'acheteur, les prestataires publics et privés, le régulateur et la communauté, toute chose qui améliore profondément les dispositifs de reddition de comptes ;
- le changement des dispositifs de planification : L'accent étant mis sur les extrants et non sur les intrants ;
- l'utilisation plus intensive des données nécessaires à la gestion de la performance. Avec le FBR, les indicateurs de performance et les règlements correspondants sont conçus au grand jour et disponibles immédiatement, les flux de financement sont identifiés et reconnus par tous, les résultats de santé sont suivis, évalués et vérifiés à la vue de tous (le projet AIDSTAR-Two, 2011) ;
  - Le renforcement des capacités du personnel par acquisition ou amélioration de compétences en gestion financière, en suivi et évaluation et en vérification des données.

La réussite d'un programme FBR repose sur les fondements suivants :

- des objectifs clairement définis ;
- les rôles et responsabilités des acteurs documentés par écrit,
- la transparence et l'obligation de rendre compte ;
- un système national d'information sanitaire (SNIS) et de gestion du système d'information sanitaire (GSIS) opérationnel ;
- un solide système de suivi et évaluation, ainsi que des systèmes de vérification et de validation des données.

## **1.2. Modèles de mesure de la performance des organisations**

Cette partie traite de la complexité de la définition de la notion de performance organisationnelle mais aussi de différents cadres de sa mesure issus de la revue de la littérature.

### *1.2.1. Définitions de la performance organisationnelle*

Le concept de performance est complexe à cause de sa nature relative et subjective car sa perception diffère d'une partie prenante à une autre. La notion de performance est également évolutive (les critères d'évaluation et les connaissances se développent dans le temps) ce qui n'amoindrit pas la difficulté de l'appréhender (Cambon, J., 2007).

Comme il fallait s'y attendre, la littérature est assez variée et parfois contradictoire quant à la définition de la performance.

Toutefois, la plupart des travaux de recherche qui traitent, dans la littérature, de cette notion s'accordent sur certaines de ses caractéristiques:

- elle dépend d'un référent : l'objectif à atteindre : est performant, tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs ;
- elle est subjective car elle dépend de celui qui la définit ;
- elle renvoie à un objet inféré à un haut niveau d'abstraction, difficilement observable et mesurable directement ;
- au sens strict ou latin, elle est l'effet, le résultat de l'action ;
- au sens large ou anglosaxon, elle peut être considérée comme l'accomplissement, la réalisation d'un ensemble d'activités, d'étapes logiques élémentaires de l'action (Cambon, J., 2007).

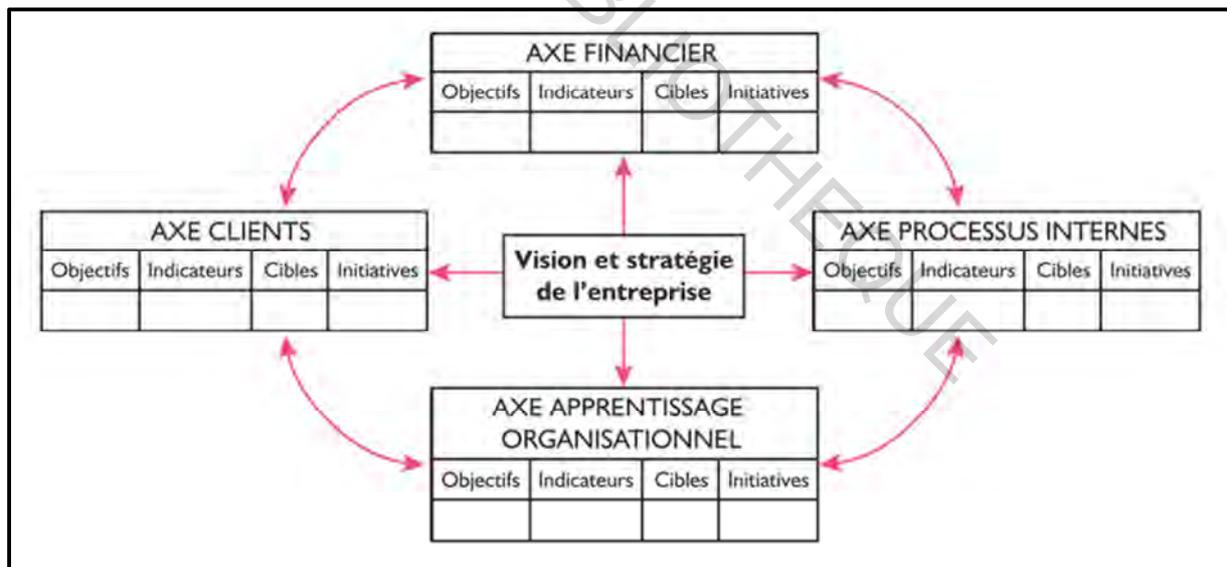
Les gestionnaires et économistes définissent la performance comme la résultante de l'efficacité, de l'efficience et de la pertinence.

Selon Sicotte et al., la performance d'une organisation est définie comme « un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions (perspective normative) et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'organisation (perspective configurationnelle) » (Champagne, F., et al. 2005).

### 1.2.2. Cadres de mesure de la performance organisationnelle

Il existe une panoplie de modèles de mesure de la performance à travers la littérature. Robert S. Kaplan et David P. Norton (1992) ont identifié dans leur modèle quatre axes de mesure de la performance représentés dans la figure ci-dessous.

**Figure 6** : Tableau de bord prospectif de la performance de Robert S. Kaplan et David P. Norton (1992).



**Source** : Caillat, A., Ducrou, J.B., 2012

Morin, E., M. et al. (1994) ont quant à eux ont identifié quatre (04) dimensions de la performance comme résumé dans le tableau ci-dessous :

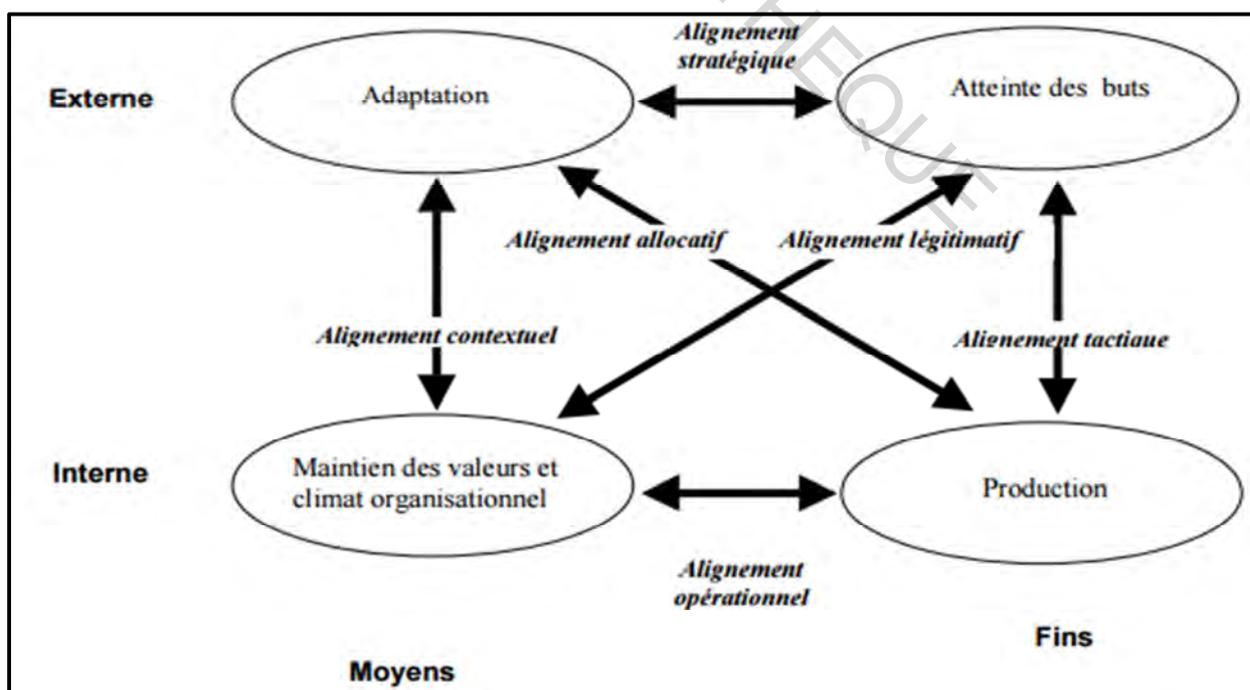
**Tableau 4 :** Les quatre (04) dimensions de la performance organisationnelle-E.M. Morin et al. (1994)

<b>Valeur des ressources humaines</b>	<b>Efficiace économique</b>
Mobilisation du personnel Moral du personnel Rendement du personnel Développement du personnel	Economie des ressources Productivité
<b>Légitimité de l'organisation auprès des groupes externes</b>	<b>Pérennité de l'organisation</b>
Satisfaction des bailleurs de fonds Satisfaction de la clientèle Satisfaction des organismes régulateurs Satisfaction de la communauté	Qualité du produit Rentabilité financière Compétitivité

**Source :** De la Villarmois, O., 2001

Nous faisons, enfin, cas du modèle intégrateur considéré par ses adeptes comme « l'approche la plus globale et la plus complète possible de mesure de la performance organisationnelle » (Champagne, F., et al. 2005).

**Figure 7 :** Modèle de la performance organisationnelle (Sicotte et al., 1998)



**Source :** Guisset, A., L. et al., 2002

Ce modèle fait ressortir 14 dimensions de la performance regroupées autour de 4 pôles qui correspondent aux quatre modèles dominants de la performance organisationnelle que sont :

- le modèle rationnel d'atteinte des buts compte trois dimensions (efficacité, efficience et satisfaction au niveau des résultats sanitaires (pôle 1) ;
- le modèle de système ouvert compte la capacité d'acquisition des ressources, le support de la communauté, la cohérence avec les normes sociales, la présence sur le marché, la réponse aux besoins de la population, et l'innovation (pôle 2) ;
- le modèle des relations humaines regroupe deux dimensions : consensus au niveau des valeurs fondamentales, climat organisationnel (pôle 3) ;
- le modèle des processus internes comprend le volume de services produits, la coordination des facteurs de production, et la qualité des soins (pôle 4).

Aussi, comme l'indique la figure 7, la performance organisationnelle repose sur la gestion des équilibres entre ces 4 pôles. Ces équilibres sont représentés par les six alignements de cette figure.

La liste des modèles abordés dans ce mémoire n'est sans doute pas exhaustive et la mesure de la performance ne prend pas le plus souvent en compte toutes les dimensions à la fois. Le choix dépend de l'évaluateur et/ou du commanditaire de l'évaluation et de l'objectif visé.

Les organisations de santé diffèrent cependant des autres organisations du fait du caractère multidimensionnel de la santé et de la multiplicité des parties prenantes entre autres. Le prochain point résume quelques cadres de mesure de la performance des systèmes de santé trouvés dans la littérature.

### *1.2.3. Définition et mesure de la performance des systèmes de santé*

La mesure des performances dans le domaine sanitaire est une entreprise difficile qui fait écho à la complexité des déterminants de la santé, à la multiplicité des intervenants ainsi qu'à la nécessité de procéder par comparaison, en l'absence de « valeur absolue » (Baudeau, D. et Pareira, C., 2003).

La définition de la santé<sup>7</sup> par l'OMS montre bien toute la complexité de sa mesure. Sous l'angle de la réalisation des objectifs (efficacité), nous pouvons dire qu'un système de santé est performant lorsqu'il permet d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés. Les trois objectifs des systèmes de santé sont :

- Amélioration de la santé ;
- Réactivité (satisfaction) du système de santé aux attentes (autres que celles concernant les soins) des usagers ;
- Équité de la contribution financière (OMS, 2000).

Pour l'OMS, la performance d'un système de santé est l'atteinte des meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources (OMS, 2000). Ainsi, pour l'OMS, est performant, tout système de santé efficient.

La performance des systèmes de services de santé peut être considéré comme un concept générique englobant l'ensemble des notions d'efficience, d'efficacité, de rendement, de productivité, de qualité, d'accès, ou encore d'équité, etc. (Champagne, F., et al., 2005).

Comme nous l'avons vu, étant donné sa nature relative et subjective, la performance n'est ni observable, ni mesurable directement. Elle est en effet appréhendée par le biais d'indicateurs. Un indicateur est une information permettant d'objectiver une réalité et n'ayant de sens que confrontée à un critère. L'indicateur peut être quantitatif ou qualitatif (Jabot, F. et Bauchet, M., 2009).

Quel que soit le modèle choisi, l'on a recours à un ou plusieurs indicateurs pour analyser chacune des composantes de la performance.

Le cadre de la mesure de la performance des systèmes de santé proposé par l'OMS en 2000 fait état de 05 indicateurs en rapport avec les trois (03) objectifs des systèmes de santé. Ce sont :

- le niveau de santé général ;
- la distribution de la santé dans la population ;
- le degré général de réactivité ;
- la distribution de cette réactivité ;
- et l'équité de la contribution financière.

---

<sup>7</sup> La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946)

Le niveau de santé général est mesuré par l'espérance de vie à la naissance corrigée de l'incapacité (EVCI). Les mesures de la répartition de la santé vont de un (1) pour une égalité parfaite à zéro (0) pour une situation d'extrême inégalité dans laquelle une fraction de la population a une espérance de vie de 100 ans et le reste aucune chance de survie au-delà de la petite enfance.

Deux dimensions ont permis la mesure de la réactivité. Il s'agit du respect des personnes (respect de la dignité, confidentialité, autonomie) et l'attention portée au patient (rapidité de la prise en charge, qualité de l'environnement, accès aux réseaux d'aide sociale, choix du prestataire).

Le tableau ci-dessous indique les différentes composantes de la réactivité des prestataires de soins selon l'OMS.

**Tableau 5** : Composantes de la mesure de la réactivité

<b>1. Respecte la personne</b>
1.1. Respect de la dignité humaine 1.2. Autonomie des patients 1.3. Confidentialité
<b>2. Attention accordée aux clients</b>
2.1. Promptitude de la prise en charge 2.2. Qualité de l'environnement 2.3. Accès aux réseaux d'aide social 2.4. Choix du prestataire

**Source** : Auteur à partir du rapport de l'OMS (2000)

Les soins de santé sont financés de manière parfaitement équitable si le rapport entre le total des dépenses de santé et le total des dépenses non alimentaires est identique pour tous les ménages, indépendamment de leur revenu, de leur état de santé ou de leur utilisation du système de santé (OMS, 2000).

Pour chacun de ces indicateurs, l'OMS s'est servie de sources existantes ou de données nouvelles pour calculer des mesures de la réalisation de ces objectifs pour les pays où de telles données sont disponibles (OMS, 2000).

Afin de comparer les différents pays entre eux l'OMS a procédé au calcul d'une note globale en affectant un coefficient de pondération à chaque composante<sup>8</sup> de la performance.

---

<sup>8</sup> Score de 0,5 pour la santé (EVCI) ; 0,25 pour la réactivité et 0,25 pour l'équité de la contribution financière.

Une fois cet indice général calculé, il est rapporté aux ressources (dépenses de santé, « capital humain ») utilisées par chaque pays. Le capital humain, ici, est mesuré par le nombre moyen d'années de scolarisation des adultes. Les pays sont classés en fonction des scores obtenus pour chaque objectif des systèmes de santé et selon leur performance globale.

Le modèle de performance des systèmes de santé de l'OMS est novateur et riche en perspectives cependant il possède des limites au nombre desquelles on peut citer :

- certaines dimensions considérées comme importantes dans les pays développés comme l'accessibilité, la capacité d'adaptation aux changements et la satisfaction des personnels de santé ne sont pas prises en compte ;
- option d'un classement unique à partir d'un indicateur composé d'un si grand niveau d'agrégation, les modes de calcul des indicateurs et le manque substantiel de données ;
- élaboration de la note globale par enquête auprès d'experts rend toute interprétation extrêmement délicate à cause du côté « boîte noire » de cette élaboration « à dire d'experts » ;
- Contribution limitée voire inexistante des pays dans l'exercice de mesure de la performance (Baudeau, D. et Pareira, C., 2003).

La performance des systèmes de santé peut être aussi appréhendée en termes de performance sanitaire (indicateurs sanitaires) et de performance économique (indicateurs économiques) (Hartmann, L., 2009).

A l'intérieur des indicateurs sanitaires il faut distinguer :

- les mesures simples (mortalité infantile, maternelle, espérance de vie à la naissance) ;
- et les mesures subjectives ou fonctionnelles qui évaluent la perception par les individus de leur santé, de leur qualité de vie.

Les indicateurs économiques comprennent les critères d'efficacité (efficacités allocative et productive) et ceux d'équité. L'équité est une notion relative selon la conception de la justice sociale des différents pays (libérale, égalitariste,...). Une comparaison internationale s'avère donc hasardeuse à moins de la réaliser au sein d'un groupe de pays partageant les mêmes principes. L'OMS définit l'équité comme l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes, qu'ils

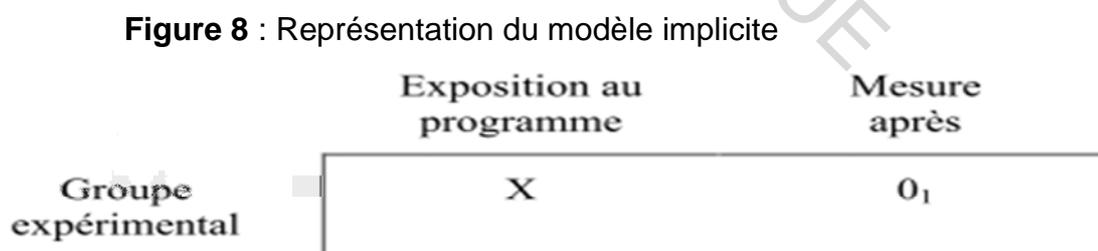
soient définis selon les critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques (Hartmann, L., 2009).

Le cadre de mesure de la performance des systèmes de santé proposé par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) est composé de quatre (04) quadrants (dimensions) inter reliés. Il s'agit :

- des résultats du système de santé (état de santé de la population, réactivité du système de santé, optimisation de l'utilisation des ressources) ;
- des déterminants sociaux de la santé (répartition de l'état de santé selon les conditions de vie, le patrimoine génétique, les facteurs physiques environnementaux...) ;
- des extrants du système de santé (offre des services de santé et propriétés des services offerts);
- et des caractéristiques et intrants du système de santé (ressources utilisées, efficacité allocutive de ces ressources, gouvernance, innovation, adaptation...) (ICIS, 2013).

### **1.3. Modèles implicites d'évaluation**

Les modèles implicites d'évaluation sont sans doute les plus utilisés mais ils sont cependant les moins rigoureux. Ils sont utilisés dans le cas où l'on peut soutenir logiquement qu'un résultat est attribuable au programme. En réalité, ce sont des modèles dont les mesures sont prises après le programme, sans groupe témoin. Schématiquement, ils se représentent comme suit :



**Source** : Secrétariat du conseil du trésor, 1998

Il apparaît ainsi que l'envergure des effets du programme est inconnue (aucune mesure prise avant), et il est impossible d'arriver à des constatations manifestes au sujet de l'attribution (O<sub>1</sub> pourrait être attribuable à de multiples autres facteurs que le programme étudié). Lorsqu'il n'existe pas de mesures avant le programme et en

l'absence de groupe témoin, il vaudra mieux tirer le meilleur parti de la situation en transformant le modèle implicite en un modèle implicite quasi expérimental qui comprend trois (03) types :

- modèle avec groupe témoin théorique ;
- modèles avec mesures antérieures au programme rétrospectives ;
- modèle d'estimation directe de la différence.

Ces différents modèles se représentent comme suit :

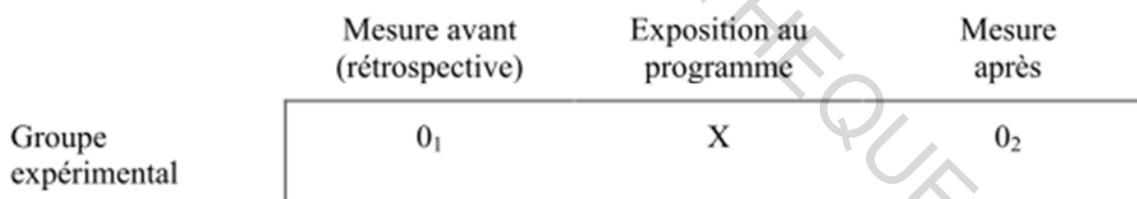
**Figure 9** : Représentation du modèle avec groupe témoin théorique



**Source** : Secrétariat du conseil du trésor, 1998

La mesure  $O_2^*$  est postulée (hypothèse) plutôt qu'observée.

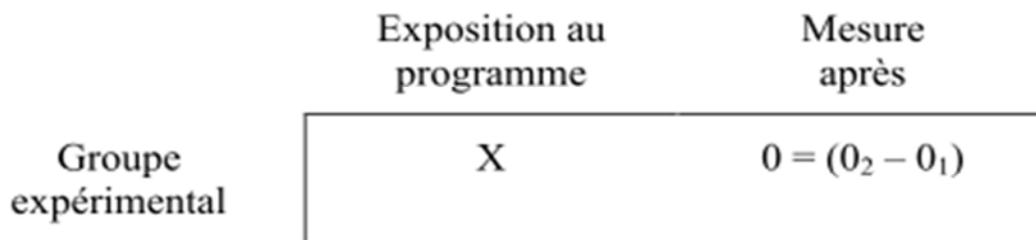
**Figure 10** : Représentation des modèles avec mesures antérieures au programme rétrospectives



**Source** : Secrétariat du conseil du trésor, 1998

Avec ce modèle il s'agit par exemple d'évaluer les connaissances d'étudiants en français avant et après le cours, une fois celui-ci terminé.

**Figure 11** : Représentation du modèle d'estimation directe de la différence



**Source** : Secrétariat du conseil du trésor, 1998

Dans ce dernier modèle il s'agit par exemple d'inviter des étudiants qui ont suivi un cours d'anglais à donner une estimation de la nature et de l'étendue des connaissances qu'ils ont acquises grâce au cours.

Les modèles implicites sont souples, polyvalents et faciles à appliquer. Ils peuvent servir à étudier virtuellement n'importe quelle question et peuvent être utilisés comme instruments d'exploration. Toutefois, ces modèles produisent peu de preuves objectives des résultats découlant d'un programme.

## **Section 2 : Synthèse des techniques et méthodes utilisées**

Pour évaluer la contribution du financement basé sur la performance au renforcement du système de santé du Cameroun Njoumeni, Z. et Fadimatou, A. (2013) ont procédé par une revue documentaire en utilisant une combinaison des données secondaires qualitatives et quantitatives issues du plan de suivi et d'évaluation, des rapports et documents, et informations issues de 380 entretiens qualitatifs avec des acteurs. L'analyse des données (contenus des documents) a consisté en un processus systématique qui consistait à organiser et classer les informations recueillies sous forme de tableaux, à les résumer et à comparer les résultats avec ceux d'autres informations adéquates afin d'en extraire des déductions pouvant répondre aux questions de recherche sur le potentiel du FBP dans le renforcement des capacités de suivi et d'évaluation en santé publique au Cameroun. Soeters, R. et al. (2006) afin d'étudier la corrélation entre le financement en fonction des résultats et la modification du système de district au Rwanda ont utilisé une revue documentaire constituée des résultats de deux enquêtes menées auprès des ménages en janvier 2003 et en octobre 2005, dans la province de Cyangugu, et

d'une étude de la Banque mondiale réalisée en 2005 dans quatre (04) provinces du Rwanda.

Pour tester l'effet des mesures incitatives sur l'utilisation des soins de santé maternelle et infantile, il a été procédé à une évaluation de type cas/témoin. Quarante-vingt (80) structures de santé de district ont été mises sous FBR (cas) deux (02) années plutôt (2006) et quatre-vingt-six (86) autres (témoins) ont été introduites deux (02) années plus tard (2008). Les données de base ont été recueillies dans les 186 formations sanitaires de la phase 1 et 2 sur un total de 401 formations sanitaires de premier échelon au Rwanda. Un échantillon aléatoire de treize (13) ménages a été tiré dans chacune de ces formations sanitaires soit un total de 2158 ménages. L'enquête auprès de ces ménages a permis de mesurer quatorze (14) indicateurs quantitatifs relatifs à la santé maternelle et infantile. La qualité a été évaluée grâce au suivi régulier et à l'évaluation trimestrielle de la performance qualitative des établissements de soins primaires par des superviseurs issus des hôpitaux de district (Morgan, L., 2009).

Rusa, L. et al. (2009) afin d'étudier l'effet du FBR sur les performances des centres de santé de 2005 à 2007 au Rwanda ont conçu une étude cas/témoin. Le groupe 1 (cas) était constitué des centres de santé (au nombre de 75) qui venaient d'être mis sous FBR au premier trimestre 2005 et le groupe 2 (témoin) ceux (au nombre de 85) qui ont débuté la stratégie à partir du deuxième trimestre 2006 mais ce groupe témoin a servi de groupe contrôle au premier trimestre 2006, un an après la mise en œuvre de la stratégie dans le premier groupe.

Les données sur la quantité et la qualité des services ont été recueillies dans toutes les formations sanitaires (FS) à partir de 2005 sur une base mensuelle par les superviseurs de district. Les résultats sur la quantité des soins sont exprimés en pourcentage obtenu en faisant le rapport entre le nombre observé des activités des centres de santé (numérateur) et le nombre total estimé d'activités prévues pour le mois (dénominateur).

Pour la mesure de la performance du secteur de la santé au Cameroun (efficacité, efficience, pertinence, équité, reddition de comptes, transparence) dans le cadre du FBP, différentes méthodes d'évaluation ont été utilisées dont la synthèse se trouve dans le tableau ci-après.

**Tableau 6** : Différents types et approches de suivi et évaluation dans le cadre du FBP du secteur de la santé au Cameroun

Type éval.	Approches	Objectifs	Méthodes	Types d'indicateurs	Performance
<b>Diagnostic de base</b>	Enquête auprès des ménages, Enquête auprès d'acteurs clés Enquête qualité, Evaluation par les pairs Discussion avec les acteurs	Gérer des informations afin d'établir la situation de départ des indicateurs de performance avant l'intervention du FBP	Sondage en grappes randomisé stratifié, Echantillonnage aléatoire, Groupe d'intervention, Districts FBP complet avec prime de performance, Groupe témoin-districts sans FBP et statut quo quant à la conduite habituelle des affaires	Indicateurs d'accessibilité Indicateurs d'activité Indicateurs de structures Indicateurs de procédures Indicateurs de résultats Indicateurs de satisfaction des usagers	Efficacité, efficacité, pertinence, équité.
<b>Evaluation de contrôle</b>	Contrôles quantitatifs des prestations Evaluation de la qualité technique des prestations Contrôles communautaires Contre-Vérification externe Indépendante	Vérifier l'effectivité, la conformité, l'existence et la cohérence des prestations payées. Vérifier la véracité des données quantitatives et l'effectivité de la délivrance des prestations. Analyser la performance du système de contrôle et validation des données par entité de mise en oeuvre à tous les niveaux du système PBF	Enquête transversale mensuelle et/ou trimestrielle, échantillonnage exhaustif, supervision participative, suivi des activités et des indicateurs, contrôle interne, sondage en grappes randomisé stratifié, échantillonnage aléatoire groupe d'intervention districts FBP.	Indicateurs d'activité, Indicateurs de structures Indicateurs de procédures Indicateurs de résultats Indicateurs de satisfaction des usagers, indicateurs d'accessibilité.	Efficacité, efficacité, pertinence, équité, redevabilité, transparence
<b>Evaluation à mi-parcours</b>	Enquêtes ménages Enquête qualité Enquête avec des acteurs clés Enquête de satisfaction Discussions avec les acteurs	Mesurer l'évaluation des indicateurs de performance par rapport à la situation de base Réorienter la stratégie FBP si nécessaire	Sondage en grappes randomisé stratifié, échantillonnage aléatoire, groupe d'intervention districts FBP, complet avec prime de performance, groupe témoin-districts sans FBP et statut quo quant à la conduite habituelle des affaires	Indicateurs d'accessibilité Indicateurs d'activité Indicateurs de structures Indicateurs de procédures Indicateurs de résultats Indicateurs de satisfaction des usagers	Efficacité, efficacité, pertinence, équité, redevabilité, transparence
<b>Evaluation finale et de l'impact</b>	Enquêtes ménages Enquête qualité Enquête avec des acteurs clés Enquête de satisfaction Discussions avec les acteurs	Mesurer l'évaluation des indicateurs de performance par rapport à la situation de départ et à mi-parcours Evaluer l'impact de l'intervention FBP	Sondage en grappes randomisé stratifié, échantillonnage aléatoire, groupe d'intervention districts FBP, complet avec prime de performance, groupe témoin-districts sans FBP et statut quo quant à la conduite habituelle des affaires	Indicateurs d'accessibilité Indicateurs d'activité Indicateurs de structures Indicateurs de procédures Indicateurs de résultats Indicateurs de satisfaction des usagers	Efficacité, efficacité, pertinence, équité, redevabilité, transparence

**Mémoire MBA/ES** : Contribution du financement basé sur les résultats à l'amélioration de la performance des districts sanitaires pilotes au

### **Section 3 : Quelques résultats empiriques**

Plusieurs études similaires à la nôtre ont été réalisées et cette section porte sur les résultats auxquels leurs auteurs sont parvenus.

Njoumeni, Z. et Fadimatou, A. (2013) au Cameroun ont trouvé les résultats suivants :

- Environ 78% des acteurs jugent le FBP plus performant que le financement classique par inputs ;
- 76% des acteurs de terrain déclarent que le FBP renforce le système de santé et environ 78% déclarent que le FBP renforce le suivi et l'évaluation du système de santé ;
- L'évaluation de la performance du FBP en termes d'efficacité, d'efficience, et d'équité montre que dans l'ensemble, le score d'appréciation est largement positif mais avec des variations ;
- La performance du FBP est également perçue par rapport à la bonne qualité technique des soins et services de santé offerts aux populations bénéficiaires ;
- Environ 74% des acteurs apprécient la disponibilité des services et des soins et 71% jugent l'accessibilité aux services correcte. Plus important, environ 78% des acteurs perçoivent que dans le cadre du FBP les services et soins de santé sont axés sur le malade. Le temps d'attente est bon pour environ 73% des acteurs du FBP.

Soeters, R. et al. (2006) au Rwanda sont parvenus aux résultats suivants:

- les paiements directs de santé des ménages ont diminué de 62% en moyenne (9,05 \$ à 3,45 \$) ;
- La proportion de femmes accouchant dans un établissement de santé est passée de 25% à 60% ;
- L'augmentation de la couverture de la planification familiale pourrait avoir contribué à la diminution de la pression démographique ;
- L'observation d'un résultat inattendu : en effet, pour augmenter leur production, les gestionnaires des établissements de santé ont créé 120 nouveaux emplois pour les travailleurs qualifiés et les chômeurs.

Morgan, L. (2009) à partir de sa revue de la littérature de l'étude sur l'effet des mesures incitatives sur l'utilisation des soins de santé maternelle et infantile au Rwanda a identifié les résultats suivants :

- le FBR a un très grand impact positif sur le nombre de mères qui accouchent dans les établissements de santé et sur le nombre de visites de soins préventifs chez les jeunes enfants ;
- le FBR a amélioré la qualité des soins prénatals ;
- l'évaluation n'a révélé aucun effet sur certains des indicateurs FBR, y compris le nombre de femmes qui terminent quatre (04) visites de soins prénataux ou sur le nombre d'enfants complètement vaccinés mais l'amélioration de la qualité des soins a été frappant et crucial.

Rusa, L. et al. (2009) dans leur étude sur l'évaluation de l'impact du FBP sur les performances dans les centres de santé au Rwanda ont abouti aux résultats ci-après :

- le FBP a eu un impact positif sur les accouchements institutionnels et le suivi de la croissance des enfants ;
- le niveau d'utilisation de ces deux (02) prestations était plus élevé dans le groupe 1 (un an après l'introduction du FBP) que le groupe 2 (qui n'avait pas encore commencé le FBP) ;
- il a eu une forte augmentation des accouchements assistés par du personnel qualifié et des consultations de suivi de la croissance des enfants après le début du FBP dans les deux groupes. Si les autres facteurs d'influence sont les mêmes dans les deux groupes, cette augmentation peut être expliquée comme un effet du FBP ;
- aucun impact n'a été détecté sur le volume d'activité des prestations suivantes : consultations curatives, planning familial, CPN et les vaccinations.

## CHAPITRE III: DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce dernier chapitre traite de la méthodologie que nous avons adoptée pour l'analyse de la performance des districts sanitaires pilotes. Cette démarche méthodologique nous a permis d'obtenir les résultats que nous interpréterons dans la deuxième section de ce chapitre.

### Section 1 : Démarche méthodologique

La section 1 du chapitre III comprend la méthode d'étude, les sources et la description des données, les limites de notre étude et les résultats attendus.

#### 1.1. Méthode d'étude

Dans le cadre de ce mémoire, le modèle de la performance des systèmes de santé de l'OMS nous servira de référentiel pour la mesure de la performance des districts sanitaires pilotes. Ce modèle comme nous l'avons évoqué dans la revue de la littérature comprend trois (03) dimensions de la performance des systèmes de santé à savoir l'**amélioration de la santé**, la **réactivité des prestataires** et l'**équité dans la contribution financière**. L'amélioration de la santé sera mesurée par des indicateurs d'extrants (quantitatifs et qualitatifs) en lien avec la santé de la reproduction. Ce choix s'explique par l'impossibilité d'utiliser des indicateurs d'impact (taux de mortalité infantile et maternelle par exemple) car la mise en œuvre du FBR est récente au Burkina Faso et par le fait que ce sont les extrants qui produisent des effets à moyen terme et de l'impact à long terme.

Nous avons procédé à un choix raisonné des indicateurs quantitatifs. Ainsi, chacun des indicateurs quantitatifs retenus devra remplir tous les critères suivants :

- ✓ indicateur quantitatif du 1<sup>er</sup> et/ou du 2<sup>e</sup> échelon acheté par le FBR (Annexe 2 et 3);
- ✓ données disponibles au moins dans les 07 dernières éditions des annuaires statistiques de la période d'étude (2007 à 2014) ;
- ✓ les données sur l'indicateur ne devront pas être marginales (non significatives et aléatoires) comme le nombre de cas de tuberculose (toute forme) traités et déclarés guéris ou traitement terminé ;
- ✓ le niveau de l'indicateur ne doit pas être bon avant le début de la mise en œuvre du FBR ;
- ✓ la prestation doit avoir une cible issue du SNIS.

Les indicateurs quantitatifs remplissant l'ensemble de ces critères sont exprimés en pourcentage en faisant le rapport entre le nombre observé des activités des centres de santé (numérateur) et le nombre total estimé d'activités prévues pour la même période (dénominateur) comme l'ont fait Rusa, L. et al., 2009. En définitive, les indicateurs quantitatifs (en pourcentage) qui seront analysés sont :

- ✓ le pourcentage des femmes enceintes vues au premier trimestre<sup>9</sup> ;
- ✓ la couverture en CPN4<sup>10</sup> ;
- ✓ le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié<sup>11</sup> ;
- ✓ la couverture en consultation postnatale<sup>12</sup> ;
- ✓ et le taux d'utilisation des méthodes contraceptives<sup>13</sup>.

Pour le calcul des pourcentages nous avons divisé la somme des valeurs absolues des prestations par la somme des cibles de ces mêmes prestations pour chacune des périodes. Par exemple, pour connaître le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié de 2007 à 2010, nous avons divisé la somme des accouchements assistés de 2007 à 2010 par la somme des accouchements attendus de 2007 à 2010.

Nous analyserons la qualité des prestations grâce aux scores trimestriels moyens de qualité des CSPA et du CMA de chaque district. Le score de qualité exprimé en pourcentage étant le rapport du nombre de points obtenus par la formation sanitaire lors de l'évaluation qualitative sur le nombre maximum de points possibles que peut obtenir la formation sanitaire. Il est donc compris entre 0 et 1 (0% et 100%).

L'analyse des indicateurs quantitatifs et des scores de qualité va concerner uniquement les districts sanitaires de la phase-test (Titao, Boulsa et Léo) pour lesquels nous disposons de plus de recul pour une évaluation contrairement aux douze (12) districts supplémentaires pour lesquels la mise en œuvre du FBR n'a effectivement débuté qu'en 2014.

---

<sup>9</sup> Pourcentage de femmes enceintes vues au premier trimestre de la grossesse = nombre de femmes vues au premier trimestre de la grossesse / nombre de femmes inscrites en CPN1

<sup>10</sup> Couverture en CPN4 = nombre de femmes inscrites en CPN4 / nombre de grossesses attendues

<sup>11</sup> Taux des accouchements assistés par du personnel qualifié = nombre des accouchements assistés par du personnel qualifié / nombre des accouchements attendus

<sup>12</sup> Couverture en consultation postnatale = nombre de femmes vues en consultation postnatale (6<sup>e</sup> semaine) / total des accouchements dans les formations sanitaires

<sup>13</sup> Taux d'utilisation des méthodes contraceptives = total des utilisatrices des méthodes contraceptives / nombre de femmes en âge de procréer

Pour analyser la réactivité des prestataires nous allons nous conformer aux composantes de mesure de celle-ci comme l'a préconisé l'OMS en 2000. Pour cela, nous avons répertorié les questions des deux (02) études annuelles sur la satisfaction des utilisatrices des services de santé de la reproduction menées par le service technique du FBR en lien avec chacune de ces composantes comme l'indique le tableau ci-dessous.

**Tableau 7** : composantes de la réactivité et questions d'enquête correspondantes

Composantes de la réactivité des prestataires	Questions y relatives
<b>1. Respecte la personne</b>	
<b>1.1. Respect de la dignité humaine</b>	
Accueil	Quelle appréciation globale faites-vous de l'accueil?
Empathie de la part du prestataire	Le prestataire a-t-il montré de l'intérêt (empathie) pour vous ?
Courtoisie et respect	Le prestataire a-t-il été courtois avec vous, vous a-t-il respecté ?
Clientèle refoulée de la formation sanitaire	Dans le passé, avez-vous déjà été refoulé de la formation sanitaire ?
<b>1.2. Autonomie des patients</b>	
Explications données sur les prestations	Est-ce que le prestataire vous a bien expliqué la prestation que vous avez reçue ?
Implication dans la fixation du rendez-vous	Est-ce que votre avis a été pris en compte pour la négociation du RDV, le suivi/contrôle ?
Appréciation des coûts des prestations lorsque paiement	Comment avez-vous trouvé le coût total ?
<b>1.3. Confidentialité</b>	
Discrétion dans la délivrance des produits contraceptifs	Si prestation de PF, y'a-t-il une discrétion dans la délivrance des produits contraceptifs ?
Appréciation de la discrétion du cadre de consultation	Le cadre de consultation offre-t-il la discrétion souhaitée ?
<b>2. Attention accordée aux clients</b>	
<b>2.1. Promptitude de la prise en charge</b>	Comment avez-vous trouvé le temps d'attente ?
<b>2.2. Qualité de l'environnement</b>	Comment appréciez-vous la propreté de la formation sanitaire ?
<b>2.3. Accès aux réseaux d'aide social</b>	néant
<b>2.4. Choix du prestataire</b>	néant

**Source** : Auteur à partir du rapport de l'OMS (2000) et de la fiche d'enquête satisfaction utilisatrices (annexe 1)

Il s'agira pour nous d'analyser l'évolution de la proportion de femmes satisfaites pour chacune des composantes de la réactivité entre les deux (02) enquêtes annuelles (2014 et 2015) concernant les services de la santé de la reproduction.

Enfin, comment allons-nous évaluer l'équité dans la contribution financière ?

L'indicateur de mesure de l'équité dans la contribution financière selon l'OMS est le

rapport entre le total des dépenses de santé et le total des dépenses non alimentaires des ménages. Un système de santé est équitable si ce rapport est identique pour tous les ménages indépendamment de leur revenu, de leur état de santé ou de leur utilisation du système de santé (OMS, 2000).

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons analyser l'équité par l'accessibilité financière des indigents aux soins de santé.

Quels modèles d'évaluation allons-nous utiliser?

Pour l'évaluation de la performance des districts sous FBR, nous avons opté pour les modèles d'évaluation suivants en fonction des données secondaires disponibles :

- ✓ Pour l'analyse de la quantité des prestations, nous allons utiliser un **modèle d'évaluation quasi expérimental** plus précisément le **modèle à mesures avant et après le programme sans groupe témoin**. La période d'avant va de 2007 à 2010 et la période de mise en œuvre s'étend de 2011 à 2014 ;
- ✓ Pour l'analyse de la qualité des prestations, nous avons opté pour un **modèle implicite** (sans groupe témoin et sans mesures avant le programme) d'évaluation des scores de qualité car il n'existe pas de mesures de la qualité des prestations avant la mise en œuvre du FBR dans les districts pilotes et pendant la mise en œuvre du FBR dans des districts sans FBR ;
- ✓ Pour l'analyse de la réactivité nous allons utiliser un **modèle d'estimation directe de la différence** (satisfaction des utilisatrices entre l'année 2014 et l'année 2015) ;
- ✓ Pour l'analyse de l'équité, nous avons fait le choix du **modèle implicite** car il s'agit de l'évaluation de la prise en charge gratuite des indigents spécifiquement dans le cadre du FBR.

## **1.2. Sources et description des données**

Il s'agira de données secondaires quantitatives et qualitatives. Pour l'analyse de l'amélioration de la santé nous allons exploiter les sources suivantes :

- les annuaires statistiques du ministère de la santé du Burkina Faso de 2007 à 2014 ;
- le portail FBR du ministère de la santé du Burkina Faso (plateforme informatique) ;
- et les rapports d'évaluation de la performance des districts sanitaires de Boulsa, de Titao et de Léo (T2 2011 à T4 2014).

Pour l'analyse de la réactivité des prestataires nous allons exploiter les rapports suivants :

- le rapport de l'étude sur la satisfaction des utilisatrices des services de santé de la reproduction dans les quinze districts sanitaires sites du FBR, juin 2014 ;
- et le rapport de l'étude sur la satisfaction des utilisatrices des services de santé de la reproduction dans les quinze districts sanitaires sites du FBR, février 2015.

Enfin pour l'analyse de l'équité nous allons avoir recours au rapport sur la prise en charge des indigents dans le cadre de la mise en œuvre du FBR dans le secteur de la santé du Burkina Faso de T3 2014 à T2 2015.

### **1.3. Limites de l'étude**

Notre étude possède les limites suivantes:

- le modèle de mesure de la performance des systèmes de santé de l'OMS n'est pas un modèle intégrateur car il a un caractère réducteur de la performance ;
- l'amélioration de la santé n'a pas été évaluée en termes d'impact mais plutôt en termes de résultats (volume et qualité des prestations) ;
- les modèles d'évaluations non expérimentaux utilisés ne permettent pas d'isoler véritablement les effets propres d'un programme ;
- la phase pilote du FBR est assez récente (janvier 2014) pour procéder à une évaluation d'impact ;
- les données secondaires utilisées ne remplissent pas les conditions l'application de tests statistiques de comparaison.

Nonobstant toutes ces limites notre étude reste pertinente dans la mesure où elle constitue un cadre d'évaluation de la contribution des stratégies et politiques sanitaires à l'amélioration de la performance du système de santé du Burkina Faso et les résultats obtenus sont implicitement attribuables à la stratégie FBR.

### **1.4. Résultats attendus**

Nous attendons de cette étude la mise en évidence des effets du FBR sur:

- la fréquentation des formations sanitaires ;
- la qualité des prestations ;
- la réactivité des formations sanitaires ;
- et sur l'équité dans la contribution financière des usagers.

## Section 2 : Présentation et interprétation des résultats

Cette section présente les résultats de notre étude et l'analyse que nous en faisons.

### 2.1. Effets du financement basé sur les résultats sur la quantité et la qualité des prestations

#### 2.1.1. Evolution du volume des prestations dans les districts de Boulsa, Léo et Titao

Nous avons analysé l'évolution du volume des prestations dans les districts tests à travers cinq (05) principaux indicateurs quantitatifs.

##### 2.1.1.1. Evolution du pourcentage des femmes enceintes vues au premier trimestre

Le tableau ci-dessous indique une augmentation de la proportion des femmes enceintes vues au premier trimestre entre la période de 2007 à 2010 (avant la mise en œuvre du FBR) et celle de 2011 à 2014 (mise en œuvre du FBR) dans tous les trois (03) districts test.

**Tableau 8** : Pourcentage des femmes enceintes vues au premier trimestre dans les districts tests

District	Période	
	2007 à 2010	2011 à 2014
Boulsa	17,82%	37,51%
Léo	12,25%	23,95%
Titao	22,08%	34,64%

**Source** : Auteur à partir des données des annuaires statistiques de 2007 à 2014

En effet, le pourcentage de femmes vues au premier trimestre est passé de 17,82% à 37,51% ; de 12,25% à 23,95% et de 22,08% à 34,64% respectivement dans les districts sanitaires de Boulsa, de Léo et de Titao.

#### 2.1.1.2. Evolution de la couverture en consultation prénatale 4

Le tableau 9 indique que la couverture en CPN4 a doublé entre la période de 2008 à 2010 et celle de 2011 à 2014 (15,70% à 31,65%) tandis qu'elle n'a pas connu un réel changement pour les districts de Boulsa (de 22,79% à 25,17%) et de Léo (de 34,19% à 31,33%) durant les mêmes périodes.

**Tableau 9** : Couverture en consultation prénatale 4 dans les districts tests

District	Période	
	2008 à 2010	2011 à 2014
Boulsa	22,79%	25,17%
Léo	34,19%	31,33%
Titao	15,70%	31,65%

**Source** : Auteur à partir des données des annuaires statistiques de 2008 à 2014

Ainsi le FBR a contribué à l'amélioration du nombre de femmes enceintes inscrites en CPN4 dans le district de Titao contrairement aux districts de Boulsa et Léo.

Certains auteurs au Rwanda ont abouti à un résultat similaire à ceux des districts de Boulsa et de Léo. En effet, ils ont trouvé que l'évaluation n'a révélé aucun effet sur certains des indicateurs FBR, y compris le nombre de femmes qui terminent quatre (04) visites de soins prénataux (Morgan, L., 2009).

#### 2.1.1.3. Evolution de la couverture en consultation postnatale dans les districts tests

Le tableau 10 indique la couverture en consultation postnatale dans les trois districts test.

**Tableau 10** : Couverture en consultation postnatale dans les districts test

District	Période	
	2007 à 2010	2011 à 2014
<b>Boulsa</b>	27,29%	65,92%
<b>Léo</b>	39,05%	53,45%
<b>Titao</b>	20,14%	62,42%

**Source** : Auteur à partir des données des annuaires statistiques de 2007 à 2014

Le volume des consultations postnatales s'est nettement amélioré avec la mise en œuvre du FBR atteignant même le triple pour le district sanitaire de Titao. En effet la couverture en consultation postnatale est passée de 27,29% à 65,92% ; de 39,05% à 53,45% et de 20,14% à 62,42% respectivement pour les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao. Le FBR serait l'explication de cette augmentation.

#### 2.1.1.4. Evolution des taux des accouchements assistés par du personnel qualifié

Le tableau 11 traite de l'évolution du taux des accouchements assistés par du personnel qualifié entre la période d' avant le FBR et celle de sa mise en œuvre.

**Tableau 11** : Taux des accouchements assistés par du personnel qualifié dans les districts tests

District	Période	
	2007 à 2010	2011 à 2014
<b>Boulsa</b>	55,97%	74,17%
<b>Léo</b>	59,88%	84,50%
<b>Titao</b>	49,81%	87,38%

**Source** : Auteur à partir des données des annuaires statistiques de 2007 à 2014

Nous notons une nette amélioration du volume des accouchements assistés par du personnel qualifié dans la mise en œuvre du FBR pour les trois (03) districts tests. En effet la proportion de femmes accouchant dans les formations sanitaires est

passée de 55,97% à 74,17% ; de 59,88% à 84,50% et de 49,81% à 87,38% respectivement dans les districts de Boulsa, Léo et Titao entre la période d'avant (2007 à 2010) et celle de mise en œuvre du FBR (2011 à 2014). Nous pouvons dire que le FBR a contribué à l'augmentation de la proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié, tout autre facteur d'influence pris en compte. Les résultats de certains auteurs corroborent les nôtres.

En effet, Soeters, R. et al., au Rwanda ont trouvé que la proportion de femmes accouchant dans un établissement de santé est passée de 25% à 60% (Soeters, R., Habineza, C., Peerenboom, P., 2006). Toujours au Rwanda, certains auteurs ont conclu que le FBR a un impact positif sur le nombre de mères qui accouchent dans les établissements de santé (Morgan, L., 2009 et Rusa, L., 2009).

#### 2.1.1.5. Evolution du taux d'utilisation des méthodes contraceptives

Le tableau ci-dessous indique l'évolution du taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans les districts sanitaires tests avant et pendant la mise en œuvre du FBR.

**Tableau 12** : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans les districts tests

District	Période	
	2007 à 2010	2011 à 2014
Boulsa	19,76%	21,50%
Léo	23,96%	30,51%
Titao	19,36%	29,99%

**Source** : Auteur à partir des annuaires statistiques de 2007 à 2014

Nous notons une augmentation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives pendant la mise en œuvre du FBR pour les districts de Léo et de Titao tandis que la situation est restée quasi-inchangée dans le district de Boulsa. En effet le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est passé de 23,96% à 30,51% et de 19,36% à 29,99% entre la période d'avant (2007 à 2010) et la période de mise en œuvre du FBR (2011 à 2014) respectivement pour les districts de Léo et Titao. Par contre dans le district de Boulsa, ce taux n'a pratiquement pas changé entre ces

deux périodes (19,76% à 21,50%). Rusa, L. au Rwanda n'a trouvé aucun effet du FBR sur le planning familial (Rusa, L., 2009). Ce résultat est similaire à celui auquel nous sommes parvenus pour le district de Boulsa contrairement aux districts de Léo et de Titao.

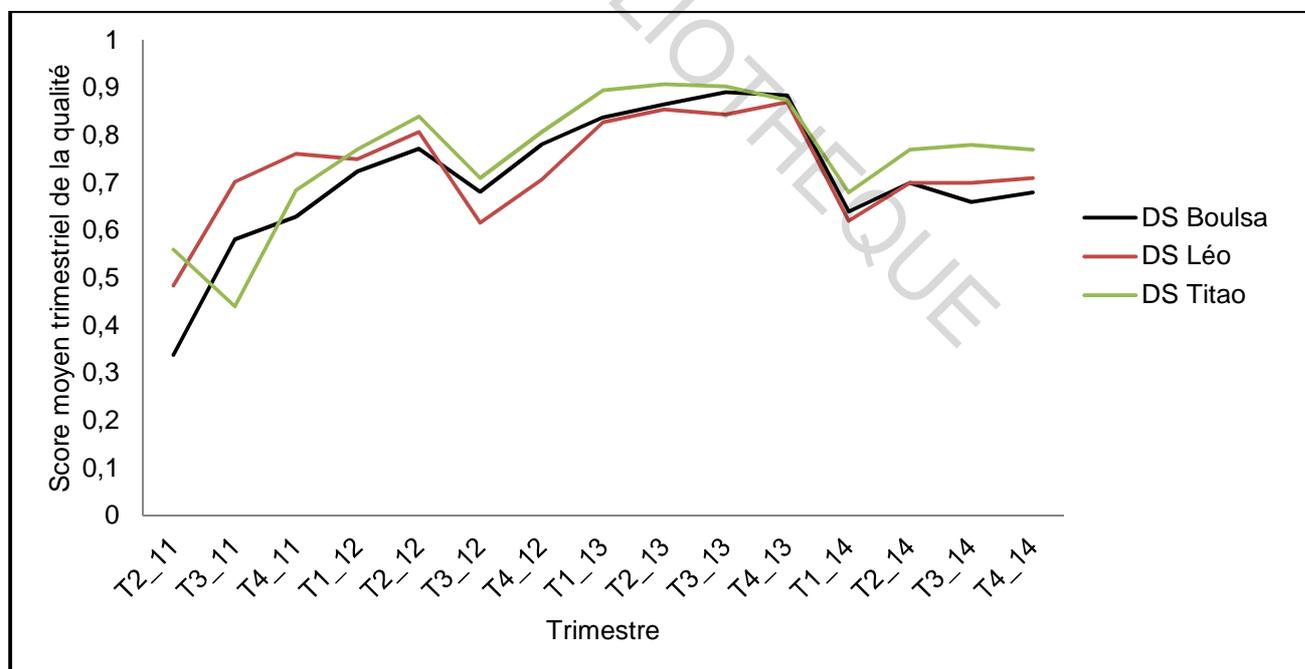
### 2.1.2. Effets du financement basé sur les résultats sur la qualité des prestations

A présent, nous présentons les résultats des effets du FBR sur la qualité des prestations dans les formations sanitaires du premier échelon et du deuxième échelon.

#### 2.1.2.1. Effets du financement basé sur les résultats sur la qualité des prestations dans les centres de santé et de promotion sociale

La figure 12 indique l'évolution des scores moyens trimestriels de la qualité dans les formations sanitaires du 1<sup>er</sup> échelon des DS tests entre le deuxième trimestre 2011 et le quatrième trimestre 2014.

**Figure 12 :** Evolution des scores moyens de la qualité des CSPS des districts sanitaires de Léo, Boulsa et Titao



**Légende :** DS : District Sanitaire ; T : Trimestre

**Source :** Auteur à partir des rapports d'évaluation qualitative des DS de Boulsa, Léo et Titao et du portail FBR.

Le score moyen de la qualité des prestations des CSPS du DS de Boulsa a eu une tendance croissante entre T2 2011 (0,338) et T2 2012 (0,772) et entre T3 2012 (0,681) et T4 2013 (0,884). La tendance est restée quasi-stationnaire tout au long de l'année 2014. Des baisses de score sont intervenues à T3 2012 et à T1 2014. Toutefois ces scores à la baisse sont restés supérieurs à 0,5 qui est le score minimal donnant droit au bonus qualité. Le seul score de qualité inférieur à 0,5 dans les CSPS de Boulsa est celui de T2 2011 (0,338), date de début de la mise en oeuvre du FBR. Leur score de qualité le plus élevé a été enregistré à T3 2013 (0,891).

Les scores moyens de la qualité des prestations des CSPS du DS de Léo a eu une tendance croissante entre T2 2011(0,484) et T2 2012 (0,807) ainsi qu'entre T3 2012 (0,616) et T1 2013 (0,828). Leur score moyen de qualité est resté quasi-stationnaire tout au long de l'année 2013 et entre T2 et T3 2014. Des baisses de score sont intervenues à T3 2012 (0,616) et à T1 2014 (0,62). Néanmoins ces scores à la baisse sont restés supérieurs à 0,5 qui est le score minimal donnant droit au bonus qualité. Le plus petit score de qualité et le seul inférieur à 0,5 a été enregistré à T2 2011 (0,484) tandis que T4 2013 a enregistré le score le plus élevé (0,87).

Dans les CSPS de Titao, T3 2011 a enregistré le score moyen de qualité le plus bas (0,44) tandis que T2 2013 a enregistré le score de qualité le plus élevé (0,908). La tendance a été croissante entre T3 2011 et T2 2012 et entre T3 2012 et T1 2013. Des baisses de score ont été enregistrées à T3 2012, à T3 2012 et à T1 2013. Cependant, ces scores à la baisse à l'exception de celui de T3 2011 sont restés supérieurs à 0,5 et supérieurs au score de début de mise en oeuvre du FBR (0,56).

Globalement, la tendance des scores moyens trimestriels de qualité dans les CSPS des DS de Boulsa, Léo et Titao est assez similaire et progressive.

Les scores ont baissé simultanément à T3 2012 et à T1 2014 pour l'ensemble de ces districts. Ces baisses pourraient s'expliquer par l'élaboration et l'application de nouvelles versions plus exigeantes de la grille d'évaluation de la performance qualitative des CSPS auxquelles les prestataires ont dû s'adapter. Les CSPS du district de Titao ont enregistré le score moyen trimestriel de la qualité le plus élevé au début et à la fin de notre période d'étude à l'opposé du district de Boulsa. Les CSPS de l'ensemble des trois (03) districts ont un score moyen de qualité à T4 2014 supérieur à celui de T2 2011. De T4 2011 à T4 2014 le score de qualité le plus bas était de 0,616 enregistré dans les CSPS du district sanitaire de Léo.

Globalement, les scores moyens de la qualité des formations sanitaires du 1<sup>er</sup> échelon de ces trois (03) districts sanitaires ce sont améliorés.

Cette tendance progressive des scores de qualité dans les CSPS pourrait s'expliquer par la prise en compte des recommandations antérieures des évaluations de la performance qualitative par les prestataires qui sont désormais motivés par le bonus qualité.

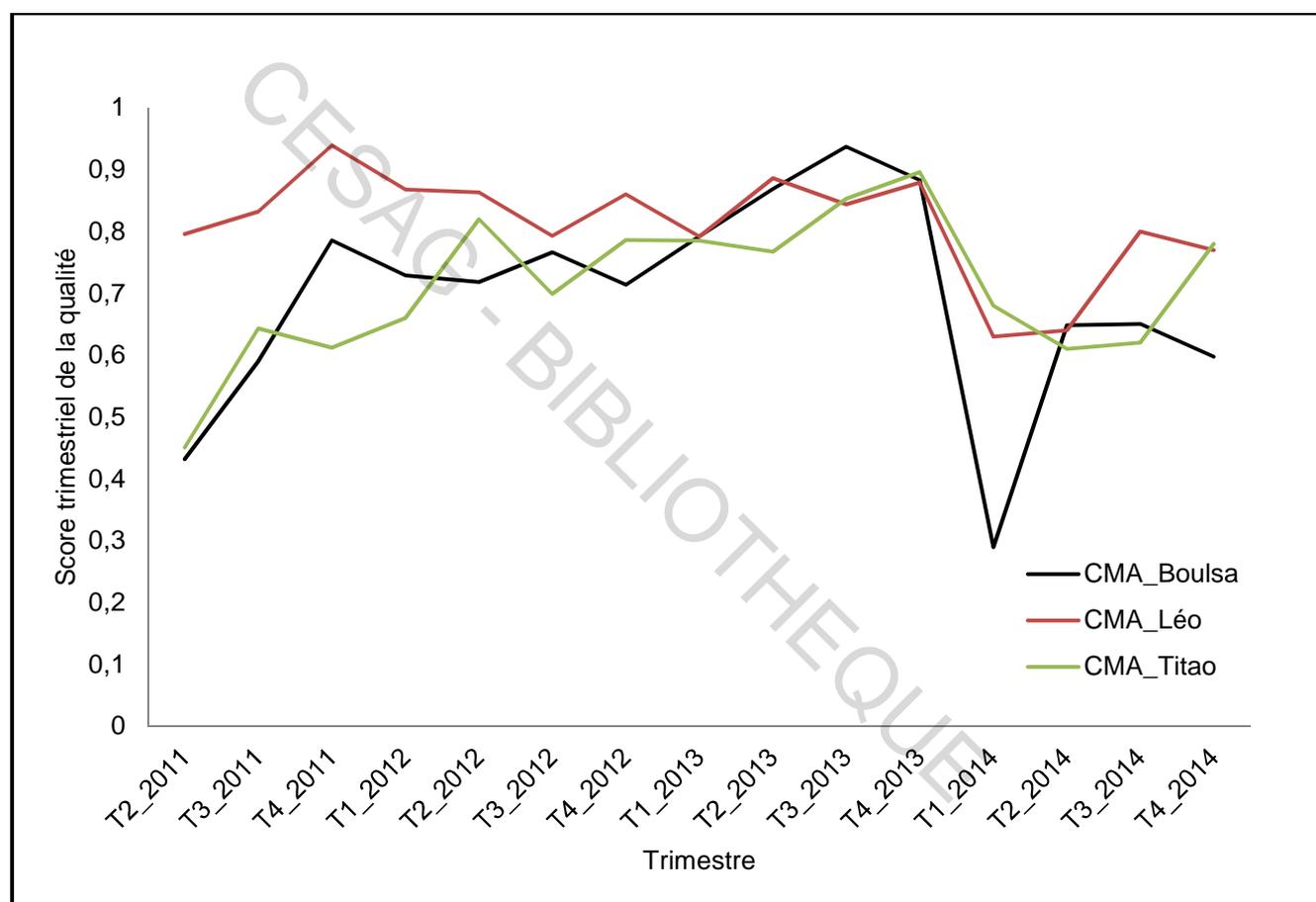
Le FBR à travers le bonus qualité et son mécanisme d'évaluation trimestrielle de la performance qualitative des CSPS contribue de cet fait à améliorer la qualité technique des prestations de santé dans ces formations sanitaires.

Au Cameroun, des chercheurs ont trouvé un résultat similaire au nôtre. En effet, ils ont trouvé que la performance du FBR est également perçue par rapport à la bonne qualité technique des soins et services de santé offerts aux populations bénéficiaires (Njoumeni, Z. et Fadimatou, A., 2013). Au Rwanda aussi le FBR a amélioré la qualité des soins prénatals dans les formations sanitaires de premier échelon (Morgan, L., 2009).

2.1.2.2. Evolution des scores de qualité dans les centres médicaux avec antenne chirurgicale sous financement basé sur les résultats.

La figure ci-dessous indique l'évolution des scores moyens trimestriels de la qualité dans les formations sanitaires du 2<sup>e</sup> échelon des DS tests entre le deuxième trimestre 2011 et le quatrième trimestre 2014.

**Figure 13 :** Evolution des scores trimestriels de la qualité des prestations dans les CMA de Titao, de Léo et de Boulsa



**Source :** Auteur à partir des rapports d'évaluation qualitative du DS de Boulsa, Léo et Titao et du portail FBR.

Le score de qualité le plus élevé du CMA de Boulsa a été enregistré à T3 2013 (0,937) tandis que le score le plus bas a été obtenu à T1 2014 (0,289). En dehors de ce dernier score, tous les autres scores sont supérieurs au score de début (0,432). La courbe a une allure croissante de T2 2011 à T4 2011 et de T4 2012 à T3

2013. Elle est quasi-stationnaire de T4 2011 à T4 2012 et décroissante de T3 2013 à T1 2014.

Le score de qualité du CMA de Léo le plus bas a été enregistré à T1 2014 (0,63) tandis que le score le plus élevé a été obtenu à T4 2011 (0,939). Globalement, la courbe a une allure quasi-stationnaire.

Dans le CMA de Titao, le score de qualité le plus élevé a été enregistré à T4 2013 (0,853) tandis que le score le plus bas a été enregistré à T2 2011(0,451). La courbe a dans son ensemble une allure fluctuante sans descendre en dessous de 0,6 à l'exception du score de début.

De T2 2011 à T1 2013 le CMA de Léo avait obtenu les scores de qualité supérieurs à ceux des deux (02) autres districts. Une baisse simultanée du score de qualité est intervenue à T1 2014 pour chacun des trois (03) CMA mais cette baisse était plus accentuée au niveau du CMA de Boulsa. Cette baisse simultanée du score de qualité dans ces trois (03) CMA pourrait s'expliquer par l'élaboration et l'application d'une nouvelle grille d'évaluation de la performance qualitative à laquelle les prestataires ont dû s'adapter.

A l'exception du CMA de Léo, les scores de T4 2014 sont supérieurs aux scores de T2 2011.

Le FBR semble ne pas avoir eu un réel effet sur la qualité des prestations au CMA de Léo dont les scores sont restés quasi-stationnaires. Cependant cette stratégie semble avoir amélioré la qualité des prestations dans les CMA de Boulsa et de Titao au début de la mise en œuvre, ce qui ne semble pas le cas après.

Cette situation mitigée dans les CMA pourrait s'expliquer par des retombées financières des fruits de la performance par agent de santé bien plus faibles dans les CMA que dans les CSPS. Le personnel des CMA se trouve ainsi moins motivé financièrement pour s'engager continuellement à fournir des prestations de qualité.

## **2.2. Effets du financement basé sur les résultats sur la réactivité des prestataires**

Cette partie des résultats présente les effets du FBR sur la réactivité des prestataires de soins selon deux paramètres à savoir le respect de la personne et l'attention accordée aux clients.

### 2.2.1. Respect de la personne

Nous présentons et analysons dans cette partie les évolutions du « respect de la personne » du fait du FBR (respect de la dignité humaine, autonomie des patients/clients et confidentialité) entre les années 2014 et 2015.

#### 2.2.1.1. *Respect de la dignité humaine*

Dans cette partie des résultats, nous présentons puis nous analysons les évolutions du respect de la dignité humaine selon les quatre indicateurs que nous avons retenus pour sa mesure.

##### 2.2.1.1.1. Accueil

L'appréciation globale de l'accueil des prestataires des districts sous FBR n'a pas évoluée de 2014 à 2015. En effet 86,6% des utilisatrices des services de la santé de la reproduction ont jugé l'accueil « bon » en général lors de chacune des enquêtes de 2014 et de 2015.

##### 2.2.1.1.2. Manifestation d'empathie de la part du prestataire

La proportion d'utilisatrices ayant déclaré une manifestation d'empathie de la part du prestataire a augmenté de 0,9 point (93,9% en 2015 contre 93% en 2014).

##### 2.2.1.1.3. Courtoisie et respect

La proportion de clientes qui a jugé « bien » la courtoisie et le respect des prestataires à leur égard est passée de 93% en 2014 à 95,6% en 2015 soit une augmentation de 2,6 points.

##### 2.2.1.1.4. Cliente déjà refoulée de la formation sanitaire

La proportion de clientes déjà refoulée de la formation sanitaire a diminué de 4,4 points (14,6% en 2015 contre 19% en 2014).

Au total, selon ces quatre (04) critères de mesure du « respect de la personne humaine » trois (03) ont connu une amélioration de 2014 à 2015. Seule l'appréciation de l'accueil est restée inchangée.

#### *2.2.1.2. Autonomie des patients/clients*

Dans cette partie des résultats, nous présentons et analysons l'évolution de l'autonomie des patients/clients selon les trois critères que nous avons retenus pour sa mesure.

##### *2.2.1.2.1. Explications données sur les prestations*

La proportion de femmes ayant reçu des explications de la part des prestataires sur les prestations offertes est passée de 86% en 2014 à 90,7% en 2015 soit une augmentation de 4,7 points.

##### *2.2.1.2.2. Implication dans la fixation du rendez – vous*

La proportion de clientes associées à la fixation du rendez-vous a baissé de 16,1 points. En effet cette proportion est passée de 45% en 2014 à 28,9% en 2015.

##### *2.2.1.2.3. Appréciation des coûts des prestations lorsque paiement*

La proportion de femmes ayant jugé « raisonnable » les coûts des prestations lorsque qu'il s'agit d'un paiement direct est passée de 79% en 2014 à 89% en 2015 soit une augmentation de 10 points.

Sur ces trois aspects inclus dans la mesure de l' « autonomie des patients/clients », la proportion de clientes recevant des explications sur les prestations reçues et le coût des paiements directs ont connu une amélioration de 2014 à 2015 tandis que l'implication des clientes dans la fixation des rendez-vous a régressé entre ces deux (02) années.

#### *2.2.1.3. Confidentialité*

Nous présentons et analysons dans ce qui suit l'évolution de la confidentialité dans les districts sanitaires pilotes selon deux indicateurs que nous avons utilisés pour sa mesure.

#### 2.2.1.3.1. *Discrétion dans la délivrance des produits contraceptifs*

La proportion de clientes ayant déclaré un manque de discrétion dans la délivrance des produits contraceptifs a augmenté de 1,3 point. En effet cette proportion est passée de 3% en 2014 à 4,3% en 2015.

#### 2.2.1.3.2. *Appréciation de la discrétion du cadre de consultation*

La proportion de femmes ayant trouvé « discret » le cadre de consultation est passé de 96% en 2014 à 97,8% en 2015 soit une augmentation de 1,8 point.

L'amélioration de la discrétion jugée par le cadre de la consultation et la délivrance des produits contraceptifs reste mitigée entre ces deux (02) années.

### 2.2.2. Attention accordée aux patients

Nous présentons et analysons dans cette partie des résultats les évolutions de «l'attention accordée aux patients » du fait du FBR entre les années 2014 et 2015.

#### 2.2.2.1. Promptitude de la prise en charge (appréciation du temps d'attente)

La proportion de clientes ayant jugé « acceptable » le temps d'attente a diminué de 6 points. En effet cette proportion est passée de 38% en 2014 à 32% en 2015.

#### 2.2.2.2. L'environnement (Propreté des formations sanitaires)

La proportion de femmes ayant trouvé « propre » les formations sanitaires est passée de 71% en 2014 à 77,1% en 2015 soit une augmentation de 6,1 points. Cette amélioration de la propreté des formations sanitaires peut s'expliquer par l'inclusion de critères sur l'hygiène et l'environnement de travail dans la mesure de la performance qualitative des prestataires de soins.

### 2.2.3. Appréciation générale des prestations de santé de la reproduction reçue

En général, la proportion de clientes « très satisfaite » des prestations de santé de la reproduction a augmenté de 19 points. En effet cette proportion est passée de 64,4% en 2014 à 83,4% en 2015. Cette hausse assez importante de la proportion de « clientes très satisfaites » en général serait due au FBR à travers la

prise en compte de la satisfaction des clients par les prestataires et de sa mesure annuelle au niveau des formations sanitaires.

Au Cameroun, des chercheurs ont abouti à un résultat similaire. En effet, environ 78% des acteurs perçoivent que dans le cadre du FBP les services et soins de santé sont axés sur le malade et le temps d'attente est bon pour environ 73% des acteurs du FBP (Njoumeni, Z. et Fadimatou, A., 2013).

Toutefois, des efforts restent encore à fournir quant à la réelle appropriation des rapports et des recommandations des enquêtes antérieures sur la réactivité par les prestataires afin d'améliorer d'avantage et en continue cette composante et non des moindres de la performance des services de santé.

### ***2.3. Effets du financement basé sur les résultats sur l'équité dans la contribution financière***

Afin de réduire les inégalités d'accès aux soins de santé, le ministère de la santé du Burkina Faso a décidé d'inclure, à partir de T3 2014, l'exemption de paiement des soins pour les indigents dans la stratégie FBR. Au total ce sont 240 formations sanitaires (FS) du 1<sup>er</sup> échelon et dix (10) du 2<sup>e</sup> échelon/2<sup>e</sup> niveau (CMA et CHR) qui sont concernées par ce couplage.

De T3 2014 à T2 2015 les résultats suivants ont été enregistrés :

#### ***2.3.1. Résultats obtenus au 1<sup>er</sup> échelon***

Au total 3 298 prestations ont été offertes gratuitement aux indigents de T3 2014 à T2 2015 dans les formations sanitaires du 1<sup>er</sup> échelon des districts sanitaires concernés. Les consultations curatives infirmières des malades indigents de 5 ans et plus totalisent le plus grand nombre de prestations (1 769) tandis que les accouchements eutociques sont les moins réalisés au bénéfice des femmes indigentes (223). Le deuxième trimestre 2015 est celui qui a enregistré le plus d'actes à l'endroit des indigents (1 048) tandis que T1 2015 a enregistré le moins de prestations pour les indigents (685).

De T3 2014 à T2 2014, ce sont **3 746 480 F CFA** qui ont été dépensés pour les indigents dans les formations sanitaires du 1<sup>er</sup> échelon des districts sanitaires concernés. Ces dépenses ont été le plus orientées vers les nouvelles consultations externes infirmières des malades indigents de 05 ans et plus **(1 282 890 F CFA)**

tandis l'accouchement eutocique est la moins financée (**290 760 FCFA**). Le troisième trimestre 2014 est celui qui a enregistré le plus gros montant dépensé pour les indigents (**1 055 780 F CFA**) tandis que T4 2014 est le trimestre où il y a eu moins de dépenses de ce type (**806 610 F CFA**).

Le tableau 15 récapitule les résultats physiques et financiers de la prise en charge (PEC) gratuite des indigents dans les formations sanitaires (FS) du 1<sup>er</sup> échelon de T3 2014 à T2 2015.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Tableau 13** : Résultats physiques et financiers de la prise en charge gratuite des indigents dans les FS du 1<sup>er</sup> échelon de T3 2014 à T2 2015

Prestation	T3_2014		T4_2014		T1_2015		T2_2015		Total Qté	Total mtt payé
	Qté	Mtt payé	Qté	Mtt payé	Qté	Mtt payé	Qté	Mtt payé		
Nouvelle consultation externe 5 ans et plus - infirmière - indigent	414	342 380	246	175 720	417	257 890	692	506 900	1769	1 282 890
Nouvelle consultation externe < 5 ans infirmière - indigents	107	92 370	74	56 300	76	73 150	160	149 970	417	371 790
Jour de mise en observation (niveau primaire) - indigent	124	165 090	294	427 920	97	125 790	99	117 940	614	836 740
Accouchement eutocique réalisé - indigent	42	126 990	160	100 720	7	21 450	14	41 600	223	290 760
Consultations de PF (implant, DIU, orale, injectable)	93	328 950	11	45 950	88	353 100	83	236 300	275	964 300
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>1 055 780</b>	<b>785</b>	<b>806 610</b>	<b>685</b>	<b>831 380</b>	<b>1 048</b>	<b>1 052 710</b>	<b>3 298</b>	<b>3 746 480</b>

Légende : **PF** : planning familial ; **DIU** : dispositif intra-utérin ; **Mtt** : montant ; **Qté** : quantité

**Source** : Auteur à partir du rapport sur la prise en charge des indigents dans le cadre du FBR dans la santé au Burkina Faso, service technique, Juillet 2015.

### *2.3.2. Résultats obtenus dans les formations sanitaires du 2<sup>e</sup> échelons/2<sup>e</sup> niveau*

Au total 4 407 prestations ont été offertes gratuitement aux indigents de T3 2014 à T2 2015 dans les formations sanitaires du 2<sup>e</sup> échelon et 2<sup>e</sup> niveau concernées. L'hospitalisation des malades indigents constituent la prestation la plus offerte (3 699) tandis que les accouchements eutociques pour les femmes indigentes est la prestation la moins réalisée (2). Le deuxième trimestre 2015 a enregistré le plus grand nombre d'actes (1 799) et T3 2014 le plus petit nombre d'actes (488) offerts gratuitement aux indigents.

De T3 2014 à T2 2015, ce sont au total **16 319 150 F CFA** qui ont été dépensés pour les indigents dans les formations sanitaires du 2<sup>e</sup> échelon et du 2<sup>e</sup> niveau concernées. Ces dépenses ont été le plus orientées vers l'hospitalisation des malades indigents (**13 819 450 FCFA**) tandis que l'accouchement eutocique pour les femmes indigentes a fait l'objet du plus petit montant payé (8 400). Le deuxième trimestre 2015 est le trimestre qui a enregistré le plus gros montant dépensé pour les indigents (**7 513 530 F CFA**) tandis que T3 2014 est le trimestre où il y a eu moins de dépenses de ce type ( **2 030 250 F CFA**).

Le tableau 16 indique dans les détails les résultats physiques et financiers de la PEC gratuite des indigents dans les FS du 2<sup>e</sup> échelon/2<sup>e</sup> niveau.

**Tableau 14** : Résultats physiques et financiers de la prise en charge gratuite des indigents dans les FS du 2<sup>e</sup> échelon/2<sup>e</sup> niveau

Prestation	T3_2014		T4_2014		T1_2015		T2_2015		Total Qté	Total Mtt payé
	Qté	Mtt payé	Qté	Mtt payé	Qté	Mtt payé	Qté	Mtt payé		
Consultations ext malades 5 ans et plus vus par des médecins, des attachés de santé, ou des SFE/ME - patient indigent	28	63 180	122	271 390	85	159 360	114	234 850	349	728 780
Consultations externes des enfants malades de 29 jours à 59 mois - patient indigent	5	12 850	14	35 800	24	45 250	15	33 450	58	127 350
PEC urgences néonatales -indigent	1	4 200	2	8 400	4	14 400	1	4 200	8	31 200
Journées d'hospitalisation - patient indigent	358	1 551 670	910	1 827 110	858	3 718 590	1 573	6 722 080	3699	13 819 450
Interventions chirurgicales majeures réalisées - patient indigent	1	42 100	-	-	3	126 300	4	130 400	8	298 800
Accouchements eutociques réalisés - patient indigent	1	4 200	-	-	-	-	1	4 200	2	8 400
Césariennes réalisées - patient indigent	1	23 100	4	92 400	4	92 400	5	115 500	14	323 400
Accouchements dystociques réalisés (césarienne exclue) - patient indigent	-	-	3	27 800	-	-	10	56 600	13	84 400
Consultation de PF (quelle que soit la méthode contraceptive)-indigentes	93	328 950	11	45 950	76	310 220	76	212 250	256	897 370
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>2 030 250</b>	<b>1066</b>	<b>2 308 850</b>	<b>1054</b>	<b>4 466 520</b>	<b>1799</b>	<b>7 513 530</b>	<b>4407</b>	<b>16 319 150</b>

**Source** : Auteur à partir du rapport sur la prise en charge des indigents dans le cadre du FBR dans la santé au Burkina Faso, service technique, Juillet 2015

Ce sont au total **7705** prestations qui ont été offertes aux usagers indigents de T3 2014 à T2 2015 dont **3298** actes pour le 1<sup>er</sup> échelon et **4 407** actes pour le 2<sup>e</sup> échelon/2<sup>e</sup> niveau. Au total et pour la même période ce sont **20 065 630 f cfa** qui ont été dépensés pour les usagers indigents dont **3 746 480 f cfa** pour le 1<sup>er</sup> échelon et **16 319 150 f cfa** pour le 2<sup>e</sup> échelon/2<sup>e</sup> niveau.

Ainsi, par la sélection et la prise en charge gratuite des indigents dans le cadre du FBR, cette stratégie permet aux plus démunis d'avoir accès aux soins de santé et de réduire de ce fait les inéquités quant à l'accessibilité aux soins de santé. Le FBR tel qu'il est mis en œuvre au Burkina Faso contribue donc à l'amélioration de l'équité dans la contribution financière.

En définitive, toutes nos hypothèses de recherche sont confirmées sauf pour la couverture en CPN4 dans les districts de Boulsa et de Léo, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans le district de Boulsa et la qualité des prestations dans les CMA de Boulsa, Léo et Titao sur lesquels le FBR n'a pas eu un réel effet. Le FBR permet donc l'amélioration de la performance (telle qu'elle a été définie et analysée dans notre étude) des formations sanitaires dans lesquelles il est mis en œuvre.

### **Section 3 : Recommandations**

Sur la base des facteurs à même d'améliorer substantiellement la performance des formations sanitaires sous FBR, nous formulons les recommandations suivantes à l'endroit :

#### **❖ du gouvernement**

- ✓ Consolider l'ancrage institutionnel du FBR par un plus grand engagement politique du ministre de la santé en faveur du FBR ;
- ✓ Le premier ministre, voire le président du Burkina Faso devront s'engager politiquement à accompagner le FBR.

#### **❖ du service technique du FBR**

- ✓ Proposer la combinaison de la variante actuelle du FBR axée sur l'offre avec les transferts monétaires conditionnels (TMC) pour inciter financièrement les femmes enceintes à recourir à la consultation prénatale (CPN) dès leur premier trimestre de grossesse et à effectuer au moins quatre (04) CPN avant l'accouchement ;
- ✓ Evaluer le coût additionnel de ces TMC à l'endroit des femmes enceintes ;
- ✓ Réfléchir sur les possibilités d'amélioration de la motivation financière du personnel dans les CMA ;
- ✓ Soumettre les propositions sur les TMC et sur la motivation financière du personnel dans les CMA à la composante FBR du projet santé de la reproduction ;
- ✓ Inclure d'autres composantes tels que l'accès aux réseaux d'aide social et la liberté du client dans le choix du prestataire lors des enquêtes de satisfaction des utilisateurs des services de santé ;
- ✓ Procéder à une pondération des différentes composantes de la réactivité des prestataires lors des enquêtes annuelles de satisfaction des utilisatrices pour juger du niveau d'ensemble de la réactivité des prestataires ;
- ✓ Veiller à la formation systématique sur le FBR des nouveaux agents dans les formations sanitaires sous FBR.

#### **❖ du projet santé de la reproduction en sa composante FBR :**

- ✓ Elaborer un plan de communication sur le FBR ;
- ✓ Exécuter ce plan de communication sur le FBR ;

- ✓ Lever les goulets d'étranglement dans la confection des cartes d'indigents ;
- ✓ Faire des plaidoyers auprès des partenaires techniques et financiers pour la pérennisation et l'augmentation de l'enveloppe financière pour le FBR.

❖ **des prestataires:**

- ✓ Renforcer la sensibilisation des femmes sur la nécessité d'effectuer au moins quatre (04) CPN au cours de la grossesse et sur l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- ✓ S'approprier et mettre en œuvre les recommandations des enquêtes de satisfaction des utilisateurs.

❖ **des partenaires techniques et financiers (PTF) :**

- ✓ Pérenniser le financement de la stratégie FBR ;
- ✓ Augmenter l'enveloppe financière en faveur du FBR.

## CONCLUSION

Le Burkina Faso a fait l'option de la mise en œuvre du FBR dans son système de santé afin de contribuer à l'amélioration de sa performance et partant d'aider à l'amélioration des indicateurs sanitaires en lien avec les OMD. Après une phase test dans trois districts sanitaires (Boulsa, Léo et Titao) en 2011, douze (12) nouveaux districts et quatre (04) CHR ont été intégrés en janvier 2014, passant ainsi d'une phase test à une phase pilote.

Notre étude avait pour objectif l'identification des effets du FBR sur la performance des districts sanitaires pilotes au Burkina Faso.

Après une revue de la littérature assez variée sur les modèles de mesure de la performance, c'est celui proposé par l'OMS en 2000 qui nous a servi de cadre de mesure de la performance des districts sanitaires. Celui-ci analyse la performance des systèmes de santé sous trois (03) angles :

- l'amélioration de la santé ;
- la satisfaction des attentes non sanitaires des utilisateurs des services de santé ;
- et l'équité dans la contribution financière.

Nous avons analysé l'amélioration de la santé en termes de résultats quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins et l'équité par l'accessibilité financière des indigents aux soins de santé dans le cadre de la mise en œuvre du FBR.

Nous avons combiné deux (02) modèles d'évaluation à savoir le modèle à mesures avant et après le programme sans groupe témoin et le modèle implicite pour l'évaluation de cette performance.

Cette méthodologie nous a permis de mettre en exergue et de façon générale les effets positifs du FBR sur ces trois (03) composantes de la performance des formations sanitaires dans lesquelles il est mis en œuvre.

Ainsi, le FBR a contribué à l'amélioration de la performance des formations sanitaires sous FBR. Le FBR est donc capable d'améliorer la performance du système de santé du Burkina Faso dans son ensemble et partant l'amélioration des indicateurs sanitaires.

Toutefois, le fait que le modèle de performance de l'OMS ne prend pas en compte certaines dimensions toutes autant importantes et l'utilisation de modèles non expérimentaux d'évaluation qui ne permettent pas d'isoler facilement les effets

propres d'un programme viennent relativiser nos résultats. De même, l'analyse de l'amélioration de la santé en termes de quantité et de qualité de l'offre de soins et non en termes de taux de mortalité ou d'espérance de vie et le fait que la phase pilote du FBR est assez récente (janvier 2014) recommandent de la prudence quant à la généralisation de nos résultats.

Toute étude ultérieure de ce type visant à la généralisation des résultats à l'ensemble du système de santé du Burkina Faso se devra de s'inscrire dans un modèle plus intégrateur de la performance à l'image du modèle de la performance organisationnelle de Sicotte et al. (1998) et en procédant à une évaluation de type expérimental.

Notre étude contribue à une meilleure appréhension de la mesure de la performance des structures publiques de soins au Burkina Faso dans un contexte où les mesures des performances des organisations de santé ne sont pas légions. Plus que les stratégies, si des études de ce type se multiplient, alors elles efforceront les gestionnaires des services de santé à s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de leur performance.

## BIBLIOGRAPHIE

Amorim, A. De (2005), Guide de l'évaluation. Ministère des Affaires étrangères : Direction générale de la coopération internationale et du développement, Service de la stratégie, des moyens et de l'évaluation, France. France.evaluation.dcgid@diplomatie.gouv.fr

Banque mondiale, Fonds Fiduciaire pour l'Innovation en matière de Résultats de santé (2014) ; FBR, une approche plus intelligente pour Davantage de Services de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile de Meilleure Qualité.

Baudeau, D. et Pareira, C. (2003), Mesure de la performance dans le domaine de la santé. Présentation au 10<sup>e</sup> Colloque de Comptabilité Nationale, Paris : 22 janvier 2004.

Bhola, H., S. (1992), Evaluation des projets, programmes et campagnes d'alphabétisation pour le développement. Publication conjointe avec la Fondation allemande pour le développement international (DES).

Caillat, A., Ducrou J.B. *Management des entreprises*. BTS 1<sup>re</sup> année. Hachette livre, Edition 2012.

Cambon, J. (2007), Vers une nouvelle méthodologie de mesure de la performance des systèmes de management de la santé-sécurité au travail. Sociology. Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris, France.

Champagne, F., Contandriopoulos, A-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005), Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS (évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Secteur santé publique, faculté de médecine. Résumé du rapport technique.

De la Villarmois, O. (2001), *Le concept de performance et sa mesure : Un état de l'art*. Les Cahiers de la recherche. CLAREE.

Fritsche, G., B., Soeters, R., Meessen, B., Ndizeye, C., Bredenkamp, C., van Heteren, G. (2014), Boîte à outils : financement basé sur la performance. FBP. La banque mondiale, Washington, D.C. Pearson France 74, rue de Lagny, 93100 Montreuil, France.

GALDEMAR, V., GILLES, L., SIMON, M.O. (2012), *Performance, efficacité, efficience : Les critères d'évaluation des politiques sociales sont-ils pertinents ?* CREDOC, CAHIER DE RECHERCHE. www.credoc.fr. N°299

Guisset, A., L., Sicotte, C., Leclercq, P. et D'Hoore, W (2002), Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences Sociales et Santé*; 20 (2) : 65-104.

Hartmann, L. (2009), les indicateurs de performance des systèmes de santé. *Réalités Cardiologiques*. N°254-Cahier 1. 15-28 Février 2009.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), (2013), Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien, Ottawa (Ontario), Canada.

Jabot, F., Bauchet, M. Glossaire. In : Ridde V., Dagenais C (2009), Approches et pratiques en évaluation de programme. Manuel d'enseignement. Montréal (Québec) ; Les Presses de l'université de Montréal, 2009, pp. 327-332

Kaplan, R, S. and Norton, D, P. (1992), The balanced Scorecard-Measures that drive performance, Harvard Business Review, vol.70, n<sup>o</sup>1, United states of America, January-February, pp.71-79.

Ministère de la santé (2011), Evaluation de la performance des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre de la phase-test du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao, Ouagadougou, Burkina Faso, Août.

Ministère de la santé (2011), Evaluation de la performance des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre de la phase-test du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao, Ouagadougou, Burkina Faso, Novembre.

Ministère de la santé (2012), Evaluation de la performance des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre de la phase-test du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao, Ouagadougou, Burkina Faso, Février.

Ministère de la santé (2012), Evaluation de la performance des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre de la phase-test du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao, Ouagadougou, Burkina Faso, Mai.

Ministère de la santé (2012), Evaluation de la performance des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao, Ouagadougou, Burkina Faso, Août.

Ministère de la santé (2012), Evaluation de la performance des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao, Ouagadougou, Burkina Faso, Novembre.

Ministère de la santé (2013), Evaluation de la performance des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao, Ouagadougou, Burkina Faso, Mars.

Ministère de la santé (2013), Evaluation de la performance des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Boulsa, Léo et Titao, Ouagadougou, Burkina Faso, Mai.

Ministère de la santé (2013), Guide de mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso, Septembre.

Ministère de la santé (2014), Etude sur la satisfaction des utilisatrices des services de santé de la reproduction dans les quinze districts sanitaires sites du financement basé sur les résultats, Ouagadougou, Burkina Faso, Juin.

Ministère de la santé (2015), Rapport sur la prise en charge des indigents dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé du Burkina Faso de T3 2014 à T2 2015, Ouagadougou, Burkina Faso, Juillet.

Ministère de la santé, (2015), Etude sur la satisfaction des utilisatrices des services de santé de la reproduction dans les quinze districts sanitaires sites du financement basé sur les résultats, Ouagadougou, Burkina Faso, Février.

Ministère de la santé, divers annuaires statistiques de santé, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, Ouagadougou, Burkina Faso.

Morgan, L. (2009), *Results-Based Financing for Health Signed, Sealed, Delivered? Evidence from Rwanda on the Impact of Results-based Financing for Health*, Banque mondiale, Washington, DC.

Morin, E. M., Savoie, A. et Beaudin, G. (1994), L'efficacité de l'organisation-Théories Représentations et Mesures, Gaëtan Morin éditeur.

Nations unies (2000), Déclaration du millénaire pour le développement. Cinquante-cinquième session, Point 60, b, de l'ordre du jour. Résolution adoptée par l'assemblée générale.

Nations Unies (2014), Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport.

Njoumeme, Z., Fadimatou, A. (2013), Financement basé sur la performance pour le suivi-évaluation du système de santé au Cameroun. *African Evaluation Journal* 1(1), Art.#22, 11 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v1i1.22>

OMS (2000), Pour un système de santé plus performant. Rapport annuel.

OMS (2010), Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde.

OMS (2011), Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales. Plateforme de pays pour l'information et la recevabilité.

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), (2005), Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Paris, France.

Pin S., Fournier C., Lamboy B., Guilbert P (2007), Les études d'évaluation à l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Saint-Denis : INPES, coll. Evaluations en prévention et en éducation pour la santé: 8 p.

Projet AIDSTAR-Two, (2011), *Le manuel FBP : Conception et mise en place de programmes efficaces de financement basés sur la performance*. Version 1.0 Cambridge Management Sciences for Health.

Rakotondranaivo, A. (2009), Contribution de la modélisation à l'évaluation des performances des organisations de santé. Application au réseau régional de cancérologie Oncolor.

Ridde, V. (2004), *L'initiative de Bamako 15 après. Un agenda inachevé, Santé, Nutrition et population, La banque mondiale, Washington, D.C.* Document français

Rusa, L., Janssen, W., Van Bastelaere, S., Porignon, D., Ngirabeda, J. de Dieu et Vandenbulcke (2009), « Performance-Based Financing for Better Quality of Services in Rwandan Health Centers: 3-year Experience », *Tropical Medicine and International Health* 14 (7), 830-37.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A, P., Barnsley, J., et al. (1998), A conceptual framework for analysis of health care organisations' performance, *health services Management research*, 11, 24-48.

Soeters, R. (2015), PBF en action : Théories et outils, Guide du cours PBF. Sixième édition. Cordaid-Sina.[www.sina-health.com](http://www.sina-health.com)

Soeters, R., Peerenboom, P. and Habineza (2006), Performance based financing and changing the district health system : experience from Rwanda, *Bull world Health Organ* 84(11) :884-889.

Zida, A., Ki/Ouédraogo, S. et Kouyaté, B. (2010), Stratégies d'amélioration des allocations budgétaires pour la santé au Burkina Faso (Note de politique SURE). Ouagadougou, Burkina Faso : Ministère de la santé.[www.evipnet.org/sure](http://www.evipnet.org/sure)

## WEBOGRAPHIE

Banque mondiale|Perspective Monde, Université de Sherbrooke (2012). <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/stats/0/2012/fr/1/carte/SP.DYN.IMRT.IN/x.html> (consulté le 10 juillet 2015).

Banque mondiale|Perspective Monde, Université de Sherbrooke (2013). <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/stats/0/2013/fr/1/carte/SP.DYN.IMRT.IN/x.html> (consulté le 10 juillet 2015).

Hurteau, M., Houle, S. et Guillemette, F. (2012), l'évaluation de programme axée sur le jugement crédible, Presses de L'université du Québec, Montréal, Canada. <http://international.scholarvox.com/book/88808317> (consulté le 07 septembre 2015).

Secrétariat du conseil du trésor (1998), Méthodes d'évaluation des programmes : Mesure et attribution des résultats des programmes, troisième édition, Ottawa, Canada, mars. <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/pubs/meth/pem-mep-fra.pdf> (Consulté le 08 septembre 2015).

## Annexes

**Annexe 1** : Fiche d'enquête sur la satisfaction des utilisatrices des services de santé de la reproduction

### FICHE D'ENTRETIEN AVEC LA CLIENTE

Numéro questionnaire : /\_\_ \_\_/

**CONSIGNE** : Après avoir introduit l'entretien, remplir fidèlement selon les réponses données

PARTIE A : INFORMATIONS GENERALES		
A.1 ENQUETEUR		
Nom et prénoms : _____		
A.2 DATE ET HEURES DE L'ENTRETIEN		
Date de l'entretien	Heure de l'entretien	
/__ /__ / __ /__ / __ /__ /__ /__ /__ /__ /__ /__ Jour      Mois      Année	Début	Fin
	Heure /__ /__ / Minutes /__ /__ /	Heure /__ /__ / Minutes /__ /__ /
A.3 FORMATION SANITAIRE ENQUETEE		
Région _____	District _____	Formation sanitaire : _____ /
A.4 INFORMATIONS GENERALES SUR LA CLIENTE		
Âge (en année) : _____	Profession : _____	
Niveau d'instruction		
Aucun <input type="checkbox"/> Alphabétisation <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____		
Situation matrimoniale		
Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/>		
Religion		
Chrétienne <input type="checkbox"/> Musulmane <input type="checkbox"/> Animiste <input type="checkbox"/>		
Prestation reçue		
Accouchement <input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> CPoN <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Prise en charge GEU <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> SAA <input type="checkbox"/> Prise en charge grossesse pathologique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez) _____		
PARTIE B : APPRECIATIONS DE LA CLIENTE		
B.1 ACCUEIL		
Comment le soignant vous a-t-il salué? Cordialement <input type="checkbox"/> Passablement <input type="checkbox"/> Pas salué <input type="checkbox"/>		
Vous – a – t-on offert un siège pour vous asseoir ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le prestataires a-t-il été courtois avec vous, vous a-t-il respecté ? Bien <input type="checkbox"/> Passablement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le prestataire a-t-il montré de l'intérêt (empathie) pour vous ? Bien <input type="checkbox"/> Passablement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le(s) prestataires(s) ont-ils répondu à votre attente ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si non, pourquoi ? _____		
Comment avez-vous trouvé le temps d'attente ? Raisonnable <input type="checkbox"/> Acceptable <input type="checkbox"/> Trop long <input type="checkbox"/>		
Dans le passé, avez-vous déjà été refoulé de la formation sanitaire ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, pour quelle raison ? _____		
Les heures de travail des agents de santé correspondent-ils à vos attentes ? oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si non, pourquoi ? _____		

Si prestation de PF, y'a-t-il une discrétion dans la délivrance des produits contraceptifs ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? _____		
Appréciation globale de l'accueil :	Bon <input type="checkbox"/>	Passable <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/>
Suggestion pour améliorer la qualité de l'accueil dans la formation sanitaire _____		
_____		
_____		
_____		
<b>B.2 QUALITE PERCUE DES PRESTATIONS</b>		
<b>B.2.1 Consultations</b>		
Est-ce que vous sentiez à l'aise durant la consultation (prestation) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? _____		
Comment appréciez – vous le temps de contact avec le prestataire ?	Raisonné <input type="checkbox"/>	Court <input type="checkbox"/> Très court <input type="checkbox"/>
Le cadre de consultation offre-t-il la discrétion souhaitée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? _____		
Comment appréciez – vous la compétence du prestataires qui vous a reçu ?	Bonne <input type="checkbox"/>	Passable <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait des soins (services) reçus ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? _____		
Est-ce que le prestataire vous a laissé poser toutes les questions que vous vouliez ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que le prestataire vous a écouté attentivement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? Problème de langue de communication <input type="checkbox"/> Vaquait à d'autres occupations <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>		
Est-ce que le prestataire vous a examinée (prise de constantes, examen physique) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que le prestataire vous a bien expliqué la prestation que vous avez reçue ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pensez-vous que le prestataire vous a bien examiné ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? _____		
Est-ce que votre avis a été pris en compte pour la négociation du RDV, le suivi/contrôle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Préférez-vous avoir affaire à un prestataire de sexe masculin ou de sexe féminin ?	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
<b>B.2.2 Traitement</b>		
Est-ce que le prestataire vous a expliqué le traitement qu'il vous a prescrit ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Le gérant était-il disponible pour vous servir les médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Est-ce que tous les médicaments prescrits étaient disponibles au dépôt ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Avez – vous put honorer les ordonnances médicales ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? _____		
Globalement comment avez-vous trouvé la conduite de la consultation et du traitement reçu ?		
Entièrement satisfait <input type="checkbox"/> Partiellement satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait <input type="checkbox"/>		
Suggestion pour améliorer la qualité des soins dans la formation sanitaire _____		
_____		
_____		
_____		
<b>B.3 COUT DES PRESTATIONS</b>		
Avez-vous payé pour la prestation reçue : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		

Si non pourquoi _____		
Si oui, combien ?	CPN   _____	CPoN   _____
	Accouchement   _____	césariennes   _____
	PeC grossesses pathologiques   _____	GEU   _____
	PF (écrire la méthode) _____   _____	Documents (fiche, carnet)   _____
	SAA   _____	Transport   _____
Autres (tarifs informels)   _____   précisez _____		
Comment avez-vous trouvé le coût total ?      Raisonnable <input type="checkbox"/> un peu cher <input type="checkbox"/> Trop cher <input type="checkbox"/>		
<b>B.4 QUALITE DES INFRASTRUCTURES ET DES EQUIPEMENTS</b>		
Comment appréciez-vous la propreté de la formation sanitaire ?      Propre <input type="checkbox"/> Passable <input type="checkbox"/> Sale <input type="checkbox"/>		
Selon vous le prestataire avait-il le matériel nécessaire pour vous offrir des soins de qualité ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si non, pourquoi ? _____		
Globalement les infrastructures et les équipements vous donnent-ils satisfaction ?		
Entièrement satisfait <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait <input type="checkbox"/>		
<b>B.5 APPRECIATION GENERALE</b>		
Au regard de tout ce qui précède, quel est votre degré de satisfaction globale de la prestation de SR reçue ?		
Très satisfait <input type="checkbox"/> Moyennement satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait <input type="checkbox"/>		

Merci pour votre disponibilité

**Annexe 2** : Indicateurs quantitatifs et sources de vérification pour les formations sanitaires du premier échelon

N°	Activités / Indicateurs quantitatifs	Sources de vérification
1.	Nombre de nouveaux consultants de 5 ans et + vus en consultation curative infirmière	- Registre de CCI (dispensaire et maternité)
2.	Nombre de nouveaux consultants de moins de 5 ans vus en consultation curative infirmière	- Registre de CCI - registre / fiches PCIME
3.	Nombre de jours de mise en observation de malades	- Registre de mise en observation
4.	Nombre de contre références reçues	- Classeur de contre - référence
5.	Nombre d'enfants complètement vacciné	- Cahiers de vaccination
6.	Nombre de femmes enceintes ayant reçu VAT 2 ou plus au cours du mois	- Registre CPN
7.	Nombre de femmes enceintes (nouvelles et anciennes inscrites) vues en consultation prénatale	- Registre de CPN
8.	Nombre de femmes vues en consultation postnatale (J6-J8 et S6-S8)	- Registre de CPoN
9.	Nombre d'accouchements réalisés au cours du mois	- Registre d'accouchement

**Annexe 2 (suite) : Indicateurs quantitatifs et sources de vérification pour les formations sanitaires du premier échelon**

N°	Activités / Indicateurs quantitatifs	Sources de vérification
10.	Nombre de femmes (anciennes et nouvelles) vues au cours du mois en consultation de PF et utilisatrices de contraceptifs oraux ou d'injectables	- Registre de PF
11.	Nombre de femmes (anciennes et nouvelles) vues au cours du mois en consultation de PF et utilisatrices de méthodes de longue durée (DIU et implant)	- Registre de PF
12.	Nombre de nouveaux inscrits de 0-11 mois vus en consultation du nourrisson sain	- Registre de consultations infantiles
13.	Nombre d'enfants de 12-23 mois vus en consultation du nourrisson sain	- Registre de consultations infantiles
14.	Nombre d'enfants de 6-59 mois pris en charge pour malnutrition aigüe modérée (MAM)	- Registre de malnutrition aigüe
15.	Nombre d'enfants de 6-59 mois pris en charge pour malnutrition aigüe sévère (MAS) sans complication	- Registre de malnutrition aigüe
16.	Nombre de visites à domicile effectuées	- Cahier de VAD - Rapports de VAD
17.	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage volontaire de l'infection à VIH (hors femmes dépistées dans le cadre de la PTME)	- Registre de CDV
18.	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage de l'infection à VIH dans le cadre de la PTME	- Registre PTME
19.	Nombre de mères VIH+ ayant bénéficié d'un traitement prophylactique complet aux ARV	- Dossier mère - enfant
20.	Nombre de nouveaux nés de mère VIH + pris en charge	- Dossier mère - enfant
21.	Nombre de PvVIH sous ARV suivies	- Cahier de suivi
22.	Nombre de cas de TPM+ (nouveau cas et rechutes) dépistés	- Cahier de CSPA pour la collecte des crachats
23.	Nombre de cas de tuberculose (toute forme) traités et déclarés guéris ou traitement terminé	- Fiche de traitement antituberculeux

**Annexe 3** : Indicateurs quantitatifs et sources de vérification pour les formations sanitaires du second échelon

N°	Activités / Indicateurs quantitatifs	Sources de vérification
1.	Nombre de malades de 5 ans et plus vus en consultations externes par médecins, des Attachés de santé, ou des SFE/ME	- Registre de consultation des médecins ou des spécialistes
2.	Nombre d'enfants malades de 29 jours à 59 mois vus en consultations externes	- Registres de consultation de la Pédiatrie
3.	Nombre de nouveaux nés pris en charge pour urgences néonatales	- Registre d'hospitalisation de la pédiatrie
4.	Nombre de contre – référence réalisées et remises au responsable CISSE du district pour transmission aux FS	- Registre de références et contre – références - Cahier de transmission
5.	Nombre de journées d'hospitalisation	- Registres d'hospitalisation
6.	Nombre d'interventions chirurgicales majeures (hernie, péritonite, appendicite, occlusion, autres laparotomies, hydrocèle, GEU, parage de fractures ouvertes) réalisées	- Registres de CR opératoires
7.	Nombre d'accouchements eutociques réalisés	- Registre d'accouchement
8.	Nombre de césariennes réalisées	- Registres de CR opératoires
9.	Nombre d'accouchements dystociques réalisés (césarienne exclue)	- Registre d'accouchement
10.	Nombre de femmes enceintes (nouvelles et anciennes inscrites) vues en consultation prénatale	- Registre de CPN
11.	Nombre de consultations postnatales réalisées (J6-J8 et/ou S6-S8)	- Registre de CPoN
12.	Nombre de femmes prises en charge pour avortement	- Registre des soins après avortement
13.	Nombre d'enfants de 0-59 mois pris en charge pour malnutrition aigüe sévère (MAS) avec complication	- Registre de malnutrition aigüe
14.	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage volontaire de l'infection à VIH (hors femmes dépistées dans le cadre de la PTME)	- Registre CDV
15.	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage de l'infection à VIH dans le cadre de la PTME	- Registre PTME
16.	Nombre de mères VIH+ ayant bénéficié d'un traitement prophylactique complet aux ARV	- Dossier mère - enfant
17.	Nombre de nouveaux nés de femmes VIH + pris en charge	- Dossier mère - enfant

N°	Activités / Indicateurs quantitatifs	Sources de vérification
18.	Nombre PvVIH nouvellement mis sous ARV	- Registre de la file active
19.	Nombre de PvVIH sous ARV suivies	- Registre de la file active
20.	Nombre de cas de TPM+ dépistés au cours du mois	- Registre de laboratoire pour la Tuberculose
21.	Nombre de cas de tuberculose (toute forme) traités et déclarés guéris ou traitement terminé	- Registre de traitement de la tuberculose
22.	Nombre de femmes (anciennes et nouvelles) vues au cours du mois en consultation de PF et utilisatrices de contraceptifs oraux ou d'injectables	- Registre PF
23.	Nombre de femmes (anciennes et nouvelles) vues au cours du mois en consultation de PF et utilisatrices de méthodes de longue durée (DIU et implant)	- Registre PF
24.	Nombre de ligature des trompes et de vasectomie réalisées	- Registre PF

# TABLE DES MATIERES

DEDICACE .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	III
LISTE DES TABLEAUX .....	V
LISTE DES FIGURES .....	VI
RESUME .....	VII
ABSTRACT .....	VII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I: LE SYSTEME DE SANTE DU BURKINA FASO ET SON FINANCEMENT .....	6
<i>Section 1 : Présentation du système de santé du Burkina Faso</i> .....	6
1.1. Définition du système de santé .....	6
1.2. Organisation des services de santé au Burkina Faso.....	6
1.2.1. Organisation administrative .....	6
1.2.2. Organisation de l'offre de soins .....	7
<i>Section 2 : Financement de la sante au Burkina Faso</i> .....	9
2.1. Financement traditionnel de la santé au Burkina Faso .....	9
2.2. Conception et mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Burkina Faso	11
CHAPITRE II: REVUE DE LA LITTERATURE .....	17
<i>Section 1 : Cadre conceptuel et théorique</i> .....	17
1.1. Concept du financement basé sur les résultats et ses différentes variantes .....	17
1.2. Modèles de mesure de la performance des organisations.....	20
1.2.1. Définitions de la performance organisationnelle .....	20
1.2.2. Cadres de mesure de la performance organisationnelle.....	21
1.2.3. Définition et mesure de la performance des systèmes de santé .....	23
1.3. Modèles implicites d'évaluation .....	27
<i>Section 2 : Synthèse des techniques et méthodes utilisées</i> .....	29
<i>Section 3 : Quelques résultats empiriques</i> .....	32
CHAPITRE III: DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET ANALYSE DES RESULTATS.....	34
<i>Section 1 : Démarche méthodologique</i> .....	34
1.1. Méthode d'étude.....	34
1.2. Sources et description des données .....	37
1.3. Limites de l'étude.....	38
1.4. Résultats attendus.....	38
<i>Section 2 : Présentation et interprétation des résultats</i> .....	39
2.1. Effets du financement basé sur les résultats sur la quantité et la qualité des prestations	39

2.1.1.	Evolution du volume des prestations dans les districts de Boulsa, Léo et Titao.....	39
2.1.1.1.	Evolution du pourcentage des femmes enceintes vues au premier trimestre.....	39
2.1.1.2.	Evolution de la couverture en consultation prénatale 4.....	40
2.1.1.3.	Evolution de la couverture en consultation postnatale dans les districts tests....	40
2.1.1.4.	Evolution des taux des accouchements assistés par du personnel qualifié .....	41
2.1.1.5.	Evolution du taux d'utilisation des méthodes contraceptives .....	42
2.1.2.	Effets du financement basé sur les résultats sur la qualité des prestations.....	43
2.1.2.1.	Effets du financement basé sur les résultats sur la qualité des prestations dans les centres de santé et de promotion sociale .....	43
2.1.2.2.	Evolution des scores de qualité dans les centres médicaux avec antenne chirurgicale sous financement basé sur les résultats.....	46
2.2.	Effets du financement basé sur les résultats sur la réactivité des prestataires.....	48
2.2.1.	Respect de la personne.....	48
2.2.1.1.	Respect de la dignité humaine .....	48
2.2.1.1.1.	Accueil.....	48
2.2.1.1.2.	Manifestation d'empathie de la part du prestataire .....	48
2.2.1.1.3.	Courtoisie et respect .....	48
2.2.1.1.4.	Clientèle déjà refoulée de la formation sanitaire.....	48
2.2.1.2.	Autonomie des patients/clients.....	49
2.2.1.3.	Confidentialité .....	49
2.2.2.	Attention accordée aux patients.....	50
2.2.2.1.	Promptitude de la prise en charge (appréciation du temps d'attente).....	50
2.2.2.2.	L'environnement (Propreté des formations sanitaires).....	50
2.2.3.	Appréciation générale des prestations de santé de la reproduction reçue .....	50
2.3.	Effets du financement basé sur les résultats sur l'équité dans la contribution financière	51
2.3.1.	Résultats obtenus au 1 <sup>er</sup> échelon .....	51
2.3.2.	Résultats obtenus dans les formations sanitaires du 2 <sup>e</sup> échelons/2 <sup>e</sup> niveau .....	54
	<i>Section 3 : Recommandations</i> .....	57
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>59</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>61</b>
	<b>WEBOGRAPHIE</b> .....	<b>64</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>65</b>