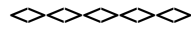


CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



CESAG SANTE



17e PROMOTION 2014-2015



La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un outil d'amélioration des services de santé ?

**Mémoire pour l'obtention du
MBA en Economie de la Santé**

**Présenté et soutenu par :
Latsouk Gnilane DIOUF**

**Sous la direction de :
Dr Mouhamadou Lamine YADE
CESAG**

Avril 2016

Dédicaces

« Souviens-toi qu'au moment de ta naissance tout le monde était dans la joie et toi dans les pleurs. Vis de manière qu'au moment de ta mort, tout le monde soit dans les pleurs et toi dans la joie ». Proverbe arabe

- *A feu **El Hadji Moussa GAYE**, qui fut pour moi plus qu'un beau-père. Un exemple éternel de courage, de dignité et de dévouement.*
- *A feu, mon frère et ami, **Abdou DIEYE**, victime de la violence sociale dans une de ses expressions les plus tragiques : l'accident de la route*

Reposez en paix !

OTISAG - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

J'adresse mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à la genèse de ce mémoire, il s'agit de :

- Docteur **Mouhamadou Lamine YADE**, mon Directeur de mémoire qui a accepté spontanément de m'encadrer malgré ses charges évidentes de formateur-consultant, d'enseignant-chercheur et de professeur associé au CESAG,
- Docteur **El Hadji Malick NDIAYE**, Médecin Chef de la Région Médicale de Thiès, pour son appui constant, sa générosité et sa compréhension,
- Monsieur **El Hadji DIAGNE**, avec qui je partage toujours depuis Tambacounda une vision archétypale,
- Monsieur **Mathias Bouna CAMARA**, Responsable Suivi Evaluation du PNFBR pour son soutien et sa disponibilité.
- Monsieur **El Hadji GUEYE**, le Chef de Département de CESAG Santé et tous ses collaborateurs.

Remerciements infinis à mon épouse pour tout. Merci à ma mère pour toutes ses attentions.

Sigles et abréviations

ACT	Artemisinin-based combination therapy (combinaison à base d'artémisinine)
ARV	Anti Rétro Viral
ASC	Agent de Santé Communautaire
BM	Banque Mondiale
CL	Collectivités Locales
CPN	Consultation Pré Natale
CPoN	Consultation Post Natale
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CRG	Comité Régional de Gestion
CS	Centre de santé
DOTS	Directly Observed Treatment, Short course
DPPD	Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses
DTC3	Diphthérie-Tétanos-Coqueluche
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
EIPS	Equipe d'Initiatives de Politique de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
GE	Goutte Epaisse
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MCD	Médecin Chef de District
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MSH	Management Sciences for Health
MV	Moyen de Vérification
OCB	Organisation communautaire de Base
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

PEC	Prise En Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PNB	Produit National Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNFBR	Programme National de Financement Basé sur les Résultats
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaire Technique et Financier
Sida	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SNP	Surveillance Nutritionnelle et Pondérale
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SSP	Soins de Santé Primaires
TB	Tuberculose
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 - Les bénéficiaires du PNFBR.....	8
Tableau 2 - Niveaux de performance des postes de santé du district de Kolda avant intervention (1).....	13
Tableau 3 - Niveau des indicateurs des formations sanitaires du district de Kaffrine en 2012.....	14
Tableau 4 - Quelques indicateurs du PNFBR et leur description.....	16
Tableau 5 - Le FBR avant et après intervention au Rwanda.....	23
Tableau 6 - Evolution de quelques indicateurs du FBR de 2012 à 2013.....	29
Tableau 7 - Evolution des indicateurs au niveau centre de santé de 2012 à 2014.....	30
Tableau 8 - Description des indicateurs de travail.....	31
Tableau 12 - Enfants complètement vaccinés (ECV) moins d'un an dans les formations sanitaires bénéficiaires en 2012, 2013 et 2014.....	35
Tableau 13 - Calcul de la moyenne et de la médiane (vaccination des enfants).....	36
Tableau 14 - Performances des postes de santé débutants 2012 à 2014.....	37
Tableau 15 - Performances des postes de santé en 2012, 2013 et 2014.....	38
Tableau 16 - Nombre d'ECV dans les centres de santé 2012, 2013 et 2014.....	39
Tableau 17 - Performances des postes de santé par rapport à l'objectif de couverture (90%).....	39
Tableau 18 - Nombre d'enfants ayant bénéficié de pesée au niveau des districts sanitaires au cours des années 2012, 2013 et 2014.....	41
Tableau 19 - Evolution du nombre d'enfants supplémentés en vitamine de 2012 à 2014.....	42
Tableau 17 - Performances des districts en CPN/dépistage VIH en 2013 et 2014.....	43
Tableau 18 - Performances des districts en accouchements assistés en 2012, 2013 et 2014.....	44
Tableau 19 - Taux de recrutement PF en 2012, 2013 et 2014.....	46
Tableau 20 - Administration de la SP2 chez les femmes enceintes.....	49
Tableau 21 - Cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en 2013 et 2014.....	50
Tableau 22 - Enveloppes financières destinées aux postes de santé par district en 2012, 2013 et 2014.....	51
Tableau 23 - Paiement des indicateurs du PNFBR en 2013 et 2014 pour les régions de Kaffrine et Kolda.....	53
Tableau 24 - Données comparatives paiements bénéficiaires 2013 et 2014.....	54

Liste des figures et graphiques

Figures

Figure 1 - Organes de gestion et bénéficiaires du PNFBR	11
Figure 2 - Système de financement de l'offre et de la demande	18
Figure 3 - Logique d'une intervention basée sur la mise en place de subventions.....	21
Figure 4 - Figure des paiements de GAVI Alliance pour la vaccination au DTC3	22
Figure 5 : les effets du FBR sur le système	24
Figure 6 - Un processus mixte de recueil d'informations.....	26
Figure 7 - Evolution du nombre de structures enrôlées au cours des 3 dernières années.....	28
Figure 8 - Evolution du nombre d'enfants vaccinés dans les postes de santé de 2012 à 2014	37
Figure 9 - Nombre d'enfants ayant bénéficié de pesées au cours des années d'observation ...	40
Figure 10 - Evolution du nombre d'accouchements assistés en 2012, 2013 et 2014 dans les districts FBR.....	45
Figure 11 - Evolution du nombre de nouvelles utilisatrices entre 2013 et 2014	47

Graphiques

Graphique 1 - Evolution du nombre de bénéficiaires (districts et formations sanitaires) de 2012 à 2014.....	33
Graphique 2 - Evolution du nombre de postes et centres de santé en 2012, 2013 et 2014 ...	34
Graphique 3 - Performances des postes de santé en matière de vaccination entre 2012, 2013 et 2014.....	35
Graphique 4 - Nombre d'enfants supplémentés vs cibles en 2014 dans les districts FBR	42
Graphique 5 - Evolution du nombre de consultations post natales	48
Graphique 6 - Evolution de l'enveloppe financière des districts de 2012 à 2014	52

RESUME

Ces dernières années, la mise en place et l'exécution de programmes de financement basé sur les résultats se sont fortement répandues dans les systèmes de santé des pays africains. Ce type de financement tout en réhabilitant les infrastructures, accorde des avantages financiers qui accroissent la motivation du personnel sanitaire pour l'atteinte d'objectifs préalablement établis.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal par le biais du Programme National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR) a initié depuis 2012 un projet de financement basé sur les résultats (FBR) en cours initialement dans les régions de Kaffrine et de Kolda.

L'objectif de notre étude était d'analyser les performances des formations sanitaires dans un contexte marqué par les principes et le mode d'exécution du FBR.

Il s'agit d'une étude quantitative qui s'est appuyée sur les bases de données du PNFBR de 2012, 2013 et 2014. Les données de 110 formations sanitaires ont été analysées et synthétisées pour un total de 7 districts sanitaires et 2 régions médicales.

Les analyses effectuées ont révélé d'importantes avancées relativement aux indicateurs observés. Le FBR a permis d'améliorer de manière quantitative les performances dans les activités de CPN, de CPoN, de SNP, de PEV, etc.

SOMMAIRE

RESUME	VII
SOMMAIRE.....	VIII
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE 1 : LA POLITIQUE DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU SENEGAL.....	5
SECTION 1 - LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT (OMD) SANTE.....	6
SECTION 2 - DEMARRAGE DU PNFBR ET DISTRICTS PILOTES	7
SECTION 3 - L'ARCHITECTURE INSTITUTIONNELLE DU PROJET	9
SECTION 4 - LES BENEFICIAIRES DU PNFBR.....	10
SECTION 5 - LA PERFORMANCE.....	11
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	17
SECTION 1 - CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	18
SECTION 2 - FACTEURS D'EFFICACITE EN SANTE.....	21
SECTION 3 - METHODES ET TECHNIQUES UTILISEES POUR MESURER L'EFFICACITE EN SANTE.....	25
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE ADOPTEE ET ANALYSE DES RESULTATS ...	27
SECTION 1 - METHODOLOGIE.....	28
SECTION 2 - ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....	33
SECTION 3 : LIMITES DE L'ETUDE.....	55
CONCLUSION GENERALE	56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
TABLE DES MATIERES.....	61
ANNEXES	63

INTRODUCTION GENERALE

L'histoire des systèmes de santé africains révèle une évolution fortement caractérisée par la mise en place successive et/ou simultanée de nombreux paradigmes qui tous faisaient de l'amélioration de la santé des populations leur préoccupation centrale.

Le Sénégal n'a pas échappé à cette trajectoire, le système colonial a laissé place à un dispositif qui faisait de la lutte contre les grandes endémies une de ses orientations stratégiques majeures. Ce fut l'époque des équipes mobiles qui parfois au moyen de la coercition et du contrôle obligeait les populations au respect des règles d'hygiène et de prévention des maladies.

Les différents processus ont connu des fortunes diverses, certains se sont inscrits dans une perpétuelle mue empruntant au passage de nouveaux acronymes qui cachaient mal des modes opératoires déjà éprouvés, d'autres ont voulu introduire une politique de la « tabula rasa » qui se révélera plus tard être des copies des modèles déjà expérimentés.

Toutes ces approches ont néanmoins décelé très tôt une articulation évidente entre le développement et la santé. En effet, le mauvais état de santé de la population au sens « onusien » du terme est source de « peines et de souffrances », il entame fortement le capital humain et entraîne des conséquences désastreuses sur le Produit National brut (PNB) (BANQUE MONDIALE, 1994).

De nombreuses études ont profondément analysé les difficultés et contraintes qui maintiennent encore les systèmes de santé dans un état de défaillance et de déficience quasi permanente et une incapacité constante à répondre aux besoins et attentes des populations.

De plus, dans la majorité des pays de l'Afrique sub-saharienne, le poids des maladies transmissibles comme le Sida, la tuberculose et le paludisme n'a pas beaucoup décliné. A ces pathologies viennent s'ajouter les maladies chroniques qui entament de manière désastreuse la capacité de réaction des services de santé.

En proposant en 2000, un modèle d'évaluation des systèmes de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), mettait à nu les insuffisances et les défaillances des systèmes de plusieurs pays dont le Sénégal. Cet instrument d'évaluation repose sur cinq indicateurs que sont :

- le niveau de santé de la population ;

- les inégalités liées à la santé ;
- la réactivité du système de santé ;
- la distribution de la réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé) et ;
- la répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population.

Ce rapport 2000 de l'OMS a soulevé beaucoup de commentaires mais il a eu le mérite de proposer un modèle d'évaluation des systèmes de santé permettant non seulement de comparer et de classer les différents systèmes de santé mais aussi et surtout de donner aux professionnels de santé des moyens pour une amélioration des prestations fournies aux populations.

Depuis 1960, année de son indépendance, le Sénégal s'est inscrit dans cette perspective d'amélioration des prestations. Il a ainsi augmenté et amélioré ses infrastructures hospitalières, multiplié le nombre de ses postes de santé. Les ressources humaines toutes catégories confondues se sont accrues. Cependant, les plateaux techniques des structures publiques restent obsolètes, le système d'approvisionnement en médicaments souffre encore de ruptures fréquentes, le système de financement reste largement tributaire de la participation des populations.

Sur le plan du financement du secteur, l'Etat a fait ces dernières des efforts en augmentant la part du budget allouée au secteur de la santé. Le budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a connu une augmentation régulière. Ce budget qui était de 29 milliards de F.CFA en 2000 est passé à 134,5 milliards de F.CFA en 2015.

Pour ce qui est des infrastructures, le Sénégal a beaucoup amélioré l'offre de soins. Celle-ci se traduit par la construction de nouveaux hôpitaux, de centres et de postes de santé. Cependant, le pays est encore loin des normes OMS, celle-ci préconise 1 poste de santé pour 10 000 habitants; 1 centre de santé pour 50 000 habitants et 1 hôpital pour 150 000 habitants.

Sur le plan épidémiologique, la situation sanitaire a positivement évolué. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ont significativement baissé ; la mortalité infanto-juvénile est estimé à 72 ‰ en 2010-2011 et la mortalité infantile est évaluée à 47 ‰ en 2010-2011. La mortalité maternelle s'établit à 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010-2011. (EDS Continue, 2012-2013)

L'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la réalisation des objectifs du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS) restent l'arche de la politique sanitaire du Sénégal. La réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile, la maîtrise de la fécondité et l'accès accru aux services de base sont des aspects centraux de cette politique.

L'élaboration d'un PNDS entre dans le cadre de la mise en place d'une politique de santé capable de répondre de manière efficace et efficiente aux différents problèmes de santé. Même si les Soins de Santé Primaires (SSP) et les recommandations internationales restent la pierre angulaire de la politique de santé, celle-ci s'articule autour des points suivants :

- un accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- un approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- une promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- une protection des groupes vulnérables ;
- un renforcement du partenariat public-privé ;
- une promotion de la multi-sectorialité ;
- un alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- une culture de la gestion axée sur les résultats.

C'est dans ce contexte que va apparaître le Financement Basé sur les Résultats (FBR). Celui-ci consiste en la mise en place « d'un système d'incitation financière ciblant les différents bénéficiaires sur la base de l'atteinte de cibles portant sur certains indicateurs en rapport avec la santé maternelle, néonatale et infantile et la lutte contre la maladie » (MSAS, 2014).

Ce type de financement se définit comme un mécanisme visant à rémunérer totalement ou partiellement les prestataires de soins de santé en fonction de leur performance (JANSSEN et al, 2015). Il s'agit donc d'un transfert d'argent ou de biens matériels d'un bailleur (ONG, Partenaire) à un bénéficiaire, généralement un prestataire. La condition assortie à ce transfert est l'accomplissement d'une action mesurable ou l'atteinte d'une cible de performance préalablement définie.

La grande innovation avec le FBR réside dans le financement de résultats alors que classiquement ce sont des interventions qui étaient financées. Cette philosophie du financement des résultats est intervenue dans un contexte que nous avons brièvement rappelé.

Au Sénégal, l'histoire du FBR est récente et elle a démarré en 2010. Les différentes étapes du processus de mise en place furent :

- la création d'un Comité technique chargé du FBR par l'Equipe d'Initiatives de Politique de Santé (EIPS) ;
- l'élaboration du draft de projet produit par le Comité technique, soumis à l'EIPS qui l'a approuvé et pris des mesures pour sa finalisation et ;
- l'organisation d'un atelier national de partage du projet pilote avec tous les acteurs (MSAS, MEF, Partenaires sociaux, PTF, Société civile, Collectivités Locales(CL)).

Un Programme National de Financement Basé sur les Résultats a été mis en place et coordonne depuis toutes les activités. Le projet du FBR s'étendait sur six régions administratives Kaffrine, Kolda, Tambacounda, Kédougou, Sédhiou et Ziguinchor avec un total de 115 bénéficiaires en 2013, les activités liées à la formation, à la supervision et à la vérification se sont accrues (PNFBR, 2014).

L'étude que nous proposons vise à **analyser les performances des postes de santé des districts sanitaires des régions de Kaffrine et Kolda (bénéficiaires) qui ont tous bénéficié du financement basé sur les résultats, intervention pilotée par le Programme National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR) depuis 2012.**

Il s'agira de façon spécifique d'examiner l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 à travers :

- l'analyse des résultats du programme de vaccination, de la surveillance nutritionnelle et pondérale et de la supplémentation dans les districts cibles ;
- l'évaluation du taux de mortalité maternelle à travers l'analyse des résultats des CPN, CPoN et Planification familiale et ;
- l'analyse des résultats de la lutte contre le paludisme et la tuberculose.

Ce mémoire va s'articuler autour de trois grands chapitres, de plusieurs sections et de sous sections. Dans le premier chapitre il sera question du rôle et de la place du Programme National de Financement Basé sur les Résultats. Le second chapitre sera consacré à la revue de la littérature et enfin le troisième chapitre va porter sur la méthodologie, l'analyse et l'interprétation des résultats.

CHAPITRE 1 : LA POLITIQUE DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU SENEGAL

« A chaque fois que vous êtes dans le doute, faites le test suivant : souvenez-vous de la personne la plus pauvre et la plus faible que vous avez rencontrée dans votre vie et demandez-vous si ce que vous vous apprêtez à faire lui sera d'une quelconque utilité ». Mahatma
GANDHI

Introduction

La politique du FBR est une stratégie innovante pour l'atteinte accélérée des objectifs du millénaire pour le développement. Cette partie nous permettra de passer en revue les aspects liés au démarrage du FBR au Sénégal, à l'architecture institutionnelle du programme national, aux questions de performance et aux bénéficiaires du projet.

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, le FBR fut récemment introduit au Sénégal. L'expérience rwandaise fut déterminante dans la mise en place de cette approche, car c'est à la suite d'un voyage d'études effectué au Rwanda que les prémisses de ce qui allait devenir plus tard le PNFBR furent jetées.

L'atteinte des OMD est une des préoccupations fondamentales du MSAS, c'est pour hâter ce processus que le FBR a été adopté et mis en place. Cette approche s'intègre parfaitement dans les paradigmes déjà théorisés par le PNDS et mis en œuvre sur le terrain.

Le FBR introduit une nouvelle vision dans un système largement dominé par les approches classiques. La gestion axée sur les résultats dont il est un des corollaires est promue. Avec le FBR, la problématique de la performance des districts sanitaires, cheville ouvrière du système de santé, va être mieux traitée. En effet, en tentant de résoudre la motivation des personnels de santé, le FBR essaie d'améliorer *de facto* les indicateurs des districts de façon durable. Tout cela s'intègre parfaitement dans le processus visant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

SECTION 1 - LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT (OMD) SANTE

L'aspiration des peuples des Nations Unies à construire un monde meilleur et plus sûr a été matérialisée par l'adoption le 8 septembre 2000 de la résolution 55/2 par 191 Etats. Ces Etats s'étaient engagés à réaliser les OMD d'ici 2015. Ceux-ci touchaient des domaines variés tels que l'agriculture, l'éducation, l'environnement, la santé. Les objectifs 4, 5 et 6 concernent directement le secteur de la santé.

1. Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans, il s'agit d'une réduction de deux tiers, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les indicateurs considérés pour cet OMD sont le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité infantile et la proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole.

2. Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle, cet objectif consiste à réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. Les indicateurs traceurs sont le taux de mortalité maternelle et la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié.

3. Objectif 6 : Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies. Il s'agit d'une part de stopper la propagation du VIH/Sida avec comme indicateurs le taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, le taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs, l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque, la population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/Sida, le taux d'utilisation de la contraception, le taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans.

Cet OMD vise d'autre part à maîtriser le paludisme et d'autres maladies, les indicateurs suivis sont le taux de prévalence du paludisme et le taux de mortalité lié à cette maladie, la proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme, le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité liée à cette maladie et la proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du *Directly Observed Treatment, Short course* (DOTS).

SECTION 2 - DEMARRAGE DU PNFBR ET DISTRICTS PILOTES

Le démarrage du projet FBR au Sénégal a été précédé par la mise en place d'un comité technique installé par l'Equipe d'Initiatives de Politique de Santé (EIPS). Cet organe a élaboré un projet qui a permis de jeter les fondements du FBR. Deux districts furent d'abord choisis en 2012 : Kolda et Kaffrine. Aujourd'hui, le projet s'étend sur la totalité des districts des régions de Kaffrine et Kolda. En effet, une extension a été opérée en 2013, c'est ainsi que les bénéficiaires sont passés de 16 (2012) à 115 bénéficiaires en 2013.

En réalité, le projet s'est décomposé en deux phases, la première a concerné les districts de Kolda et de Kaffrine strictement. Cette phase a duré deux ans, à l'issue de cette période le projet a opéré à un « passage à l'échelle » dans les régions éponymes. En d'autres termes, l'intervention s'est étendue dans la totalité des districts des deux régions.

Tableau 1 - Les bénéficiaires du PNFBR

Régions	Districts sanitaires	Bénéficiaires 2013			Total
		PS	CS	ECD	
KAFFRINE	Kaffrine	14	0	1	15
	Birkelane	10	1	1	12
	Maléme Hodar	14	1	1	16
	Koungheul	16	1	1	18
Total RM Kaffrine		54	3	4	61
KOLDA	Kolda	21	1	1	23
	Vélingara	18	1	1	20
	Médina Yoro Foula	9	1	1	11
Total RM Kolda		48	3	3	54
TOTAL GENERAL		102	6	7	115

Source: PNFBR, 2015

Dans ces zones, l'allocation des ressources et des subventions s'est faite sur la base des performances des prestataires. De plus, un appui au fonctionnement des structures est octroyé. L'objectif visé à travers cette démarche est de garantir une bonne exécution du paquet de prestations de services.

L'extension du projet dans les régions de Tambacounda, Kédougou, Sédhiou et Ziguinchor s'est opérée grâce aux ressources de la Banque Mondiale dans le cadre du Projet de Financement de la Santé et de la Nutrition (2014-2017).

L'objectif du PNFBR est d'accélérer d'une manière générale l'atteinte des OMD. Il s'agit en d'autres termes d'améliorer la performance des districts sanitaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre la maladie.

Pour ce faire, il faudra d'ici 2017 :

- augmenter de 5 points le taux de prévalence contraceptive ;
- augmenter de 15 points le taux de couverture adéquate en consultation prénatale (CPN);
- augmenter de 15 points le taux d'accouchements assistés de qualité ;
- augmenter de 20 points le taux de consultations post natales de qualité ;
- augmenter de 10 points le taux de dépistage de la tuberculose ;
- amener à 90% le taux d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés ;
- éliminer la transmission VIH mère-enfant chez les femmes enceintes vues en CPN ;
- amener à 80% le suivi nutritionnel pondéral des enfants 0-24 mois ;
- prendre en charge 100% des cas de malnutrition chez les enfants de 0-5 ans conformément aux directives nationales ;

- prendre en charge 100% des cas de paludisme diagnostiqués chez les enfants de 0-5 ans conformément aux directives nationales ;
- améliorer la gouvernance dans les Etablissements Publics de Santé hospitaliers (EPS).

SECTION 3 - L'ARCHITECTURE INSTITUTIONNELLE DU PROJET

Les organes de gestion du projet sont le comité de pilotage, le comité de suivi, la coordination du programme et le comité régional de gestion.

1. Le Comité de pilotage

Il s'agit de la structure factière qui assure la direction stratégique du projet. Toutes les décisions importantes sont prises à ce niveau. Il est composé d'un président en l'occurrence le Secrétaire Général du MSAS, d'un vice-président, d'un rapporteur et de plusieurs membres (Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), Partenaires Techniques et Financiers (PTF), Collectivités Locales (CL), Partenaires Sociaux).

2. Le Comité de suivi

Il est présidé par le Directeur général de la santé. Ses missions consistent à préparer les revues du programme et les réunions du comité de pilotage, suivre la mise en œuvre des décisions du comité de pilotage, appuyer les comités régionaux de gestion et veiller à la documentation et au suivi des activités au niveau des régions.

3. La Coordination

On peut l'assimiler à l'exécutif du projet. Elle est chargée du suivi de la mise en œuvre du projet au niveau national. Elle est dirigée par un coordonnateur assisté d'un chargé des opérations, d'un chargé du suivi évaluation, d'un assistant administratif entre autres. Organe central du projet, la coordination a pour principales activités :

- de guider l'élaboration et la révision des différents outils de gestion ;
- de coordonner la sensibilisation et la formation des acteurs au niveau des régions et des districts concernés ;
- de s'assurer de l'approbation, dans les délais prévus et après étude par les organes compétents, des demandes de paiement ;
- d'appuyer les districts pilotes dans la coordination des activités de mise en œuvre du FBR ;

- d'appuyer les Comités Régionaux de Gestion dans l'exécution des différentes tâches de préparation et de mise en œuvre du projet pilote ;
- de veiller à la mise en place et au bon fonctionnement des systèmes de suivi et d'évaluation ;
- d'élaborer les termes de référence de la Vérification : les Missions de Vérification (MV) et les Organisations Communautaires de Base (OCB) ;
- d'organiser des réunions de partage des résultats des revues périodiques avec le Comité de Pilotage, les collectivités locales, les régions et les districts concernés ;
- d'évaluer l'état d'avancement des activités du projet.

4. Le Comité Régional de Gestion (CRG)

C'est l'organe de gestion du projet au niveau régional, présidé par le Médecin chef de région et composé de tous les acteurs du niveau régional.

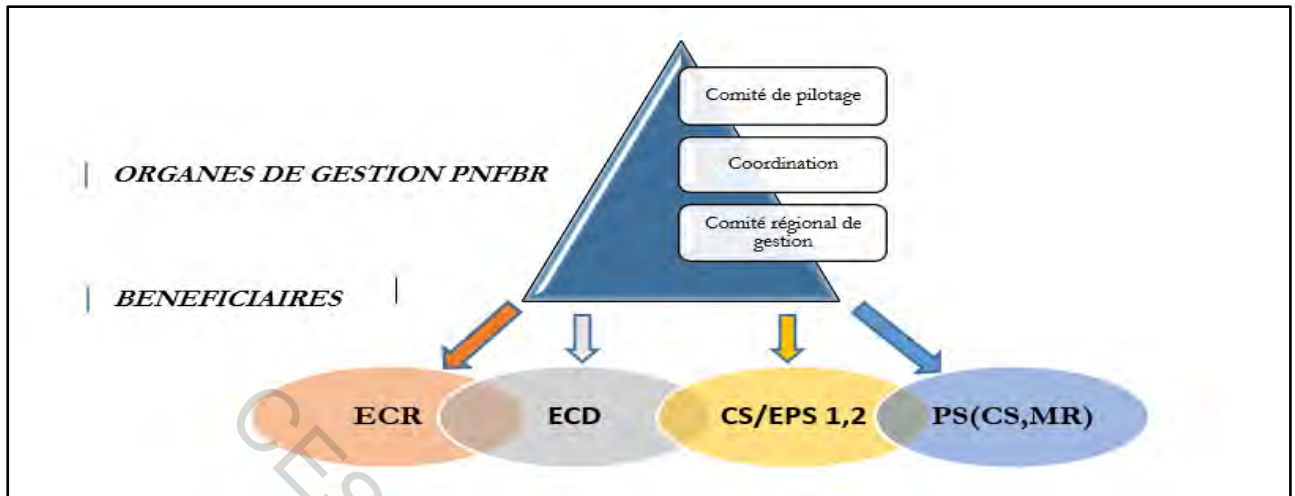
SECTION 4 - LES BENEFICIAIRES DU PNFBR

Le Programme National de Financement Basé sur les Résultats du Sénégal a 5 types de bénéficiaires. Ceux-ci reçoivent, s'ils remplissent les conditions requises, des paiements basés sur les résultats. Il s'agit de :

1. **L'équipe cadre de région (ECR)** : C'est l'organe de coordination de la région dirigé par un médecin chef de région. Elle a entre autres fonctions des missions d'appui, de contrôle et de supervision au profit de toutes les structures sanitaires placées sous sa tutelle. Elle est composée de l'ensemble des chefs de services rattachés de la région médicale.
2. **L'équipe cadre de district (ECD)** : Dirigée par un médecin chef de district, l'ECD est le garant de l'opérationnalisation de la politique sanitaire. Elle est composée de plusieurs superviseurs (soins de santé primaire, PEV, éducation pour la santé, etc.).
3. **Le centre de santé (CS)** : C'est la structure de référence des postes de santé. Il occupe une place importante dans le dispositif de référence contre/référence du système de santé et est dirigé par un médecin chef.
4. **Le poste de santé (PS)** : Il est dirigé par un infirmier chef de poste. Il constitue la structure sanitaire de base. Le poste de santé rural couvre un réseau de cases de santé et de maternités rurales où évoluent des Agents de Santé Communautaires (ASC).

Chacun de ces bénéficiaires détient un tableau de performance qui lui est propre et dont l'exécution lui procure un avantage pécuniaire.

Figure 1 - Organes de gestion et bénéficiaires du PNFBR



Source : Moi-même.

SECTION 5 - LA PERFORMANCE

L'arche du financement basé sur le financement demeure la contractualisation entre deux parties. L'une s'engage à délivrer des prestations de bonne qualité tandis que l'autre se propose de la désintéresser sur la base du respect de ce contrat dit de performance.

Dans la réalité, le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale signe des contrats annuels de performance avec les médecins chefs de région, ces derniers signent à leur tour des contrats de performance d'un an avec les médecins chefs de district (MCD), les médecins chefs des centres de santé et les infirmiers chefs de postes.

1. Les premiers contrats de performance du PNFBR

En 2012, année de démarrage du projet, le MSAS a signé des contrats de performance avec les structures des régions pilotes en l'occurrence celles de Kolda et Kaffrine. Ces contrats exigeaient l'atteinte de performances pour certains indicateurs nécessaires à la réalisation des OMD.

Un état des lieux a été élaboré en 2012. Dans ce document, le niveau de performance des différents indicateurs pour tous les bénéficiaires a été établi et il est ressorti des performances presque nulles pour la quasi-totalité des structures.

A Kaffrine, sur un effectif de 14 formations sanitaires (PS), aucune n'a atteint l'objectif fixé par le Programme Elargi de Vaccination (PEV). La meilleure performance est à l'actif du

Poste de Santé (PS) de Santhie Ngalgone avec 80,9% de couverture vaccinale chez les enfants de moins de 1 an, la situation est similaire dans les formations sanitaires du district de Kolda. Il faut tout de même signaler des difficultés liées à la collecte des données, expliquant les nombreuses données « non disponibles » relevées dans le tableau 2.

Pour l'indicateur lié à la surveillance nutritionnelle et pondérale, les résultats sont dans l'ensemble très faibles, 2 postes de santé seulement sont performants et pour les 12 autres, les performances sont soit nulles soit les données sont inexistantes.

Il en est de même pour la prévention des carences en vitamine A. Les références de base montrent que la collecte des données inhérentes à cet indicateur est inexistante, 4 postes de santé sur un effectif de 14 du district de Kaffrine ont renseigné cet indicateur. Il faut rappeler que la supplémentation en vitamine A est d'une grande importance en effet l'amélioration du statut en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois augmente leur chance de survie par la réduction de 25% de la mortalité infanto juvénile (OMS, 2000).

Le Sénégal a institué depuis plusieurs années maintenant une supplémentation biannuelle de la vitamine A. Celle-ci augmente la résistance aux infections qui se traduit par une réduction de 25% de la mortalité attribuable aux maladies infantiles telles que la rougeole, la diarrhée, et les Infections Respiratoires Aiguës (IRA). De plus, elle constitue un élément clé pour la croissance et le développement de l'enfant et est essentielle pour la vision nocturne.

Pour les accouchements effectués par un personnel qualifié, les performances restent mitigées dans le district de Kaffrine. L'idéal serait que tous les accouchements s'effectuent par un personnel qualifié (médecin, sage-femme, infirmier ou assistant infirmier). Cependant, la réalité est autre car il y a encore une forte proportion de parturientes qui accouchent à domicile ou qui passent chez les matrones ou les accoucheuses traditionnelles.

La situation est similaire pour tous les autres indicateurs. Les niveaux de performance sont très faibles. Les tableaux ci-dessous établissent les niveaux de performance des postes de santé des districts sanitaires de Kolda et de Kaffrine en 2012.

Tableau 2 - Niveaux de performance des postes de santé du district de Kolda avant intervention (1)

INDICATEURS DE LA FORMATION SANITAIRE	Gadaparra	Saré Moussa	Bouna Kane	Sikilo Est	Saré Kémo	Anambé	Médina Cherif	Bagadadj	Coumbacara	Bambadinka	Dabo
Population ZR	6822	6820	8338	15790	4047	4606	8137	17013	8241	5955	8964
A) Santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI)											
Taux de couverture vaccinale des enfants 0-11 mois	18.4%	82.0%	3.9%	4.2%	5.2%	44.1%	48.0%	46.9%	32.2%	0.6%	158.7%
Taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois	55.9%	0.0%	0.0%	63.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.2%	20.7%	0.0%
Proportion d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A	6.2%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	12.4%	0.0%	15.2%	19.1%	0.0%	0.0%
Taux d'accouchement réalisés par un personnel qualifié	ND	0.0%	0.0%	3.0%	ND	55.7%	17.3%	36.6%	14.4%	4.5%	46.8%
Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale (recrutement)	10.1%	17.7%	11.0%	0.7%	7.0%	12.7%	4.3%	8.8%	3.4%	2.1%	56.6%
Taux d'utilisation en consultation post natale	0.6%	0.0%	0.0%	0.7%	ND	4.6%	0.7%	1.5%	3.5%	0.0%	0.4%
Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.0%	12.0%	ND	1.4%
B) Lutte contre la maladie											
Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2	0.0%	2.1%	18.3%	58.1%	46.8%	21.4%	13.1%	6.0%	3.1%	28.2%	29.0%
Taux de succès au traitement de la tuberculose	100.0%	50.0%	75.0%	ND	ND	ND	30.0%	83.3%	100.0%	0.0%	ND

Source : PNFBR, 2012

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

Tableau 3 - Niveau des indicateurs des formations sanitaires du district de Kaffrine en 2012

INDICATEURS DE LA FORMATION SANITAIRE	Référence de base													
	Kaffrine 2	Diameguène	Nganda	Kathiotte	Santhie Ngalgone	Diokoul Mbelbouk	Médinatou 1 Salam 2	Pathé Thiangaye	Médina Diacksao	Boulel	Gniby	Diouth Nguel	Ndiao Bambaly	Kahi
Population ZR	13740	17720	20595	20726	12617	27294	6699	5950	4632	16097	17369	9864	7119	19335
A) Santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI)														
Taux de couverture vaccinale des enfants 0-11 mois	25.5%	43.5%	32.9%	25.4%	80.9%	50.0%	43.0%	22.9%	28.9%	76.6%	24.5%	54.5%	65.0%	30.6%
Taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois	0.0%	25.7%	0.0%	0.0%	92.0%	0.0%	88.8%	31.7%	0.0%	0.0%	0.0%	75.9%	0.0%	0.0%
Proportion d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.6%	7.2%	8.4%	0.0%	1.8%
Taux d'accouchement réalisés par un personnel qualifié	69.7%	66.4%	75.4%	35.6%	33.3%	19.0%	25.7%	29.2%	47.3%	42.9%	50.5%	45.3%	55.6%	8.9%
Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale (recrutement)	5.5%	8.6%	7.0%	3.0%	1.7%	2.9%	2.6%	1.8%	7.0%	3.0%	3.5%	2.9%	4.5%	0.7%
Taux d'utilisation en consultation post natale	0.2%	5.3%	23.4%	9.0%	0.9%	5.1%	5.7%	2.3%	24.2%	18.4%	10.2%	3.5%	10.9%	0.1%
Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV												0.6%		4.2%
B) Lutte contre la maladie														
Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2	35.8%	3.3%	2.4%	29.9%	5.1%	68.9%	13.3%	5.2%	43.0%	50.6%	57.4%	7.1%	2.4%	11.8%
Taux de succès au traitement de la tuberculose	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Source : PNFBR, 2012

2. Le PNFBR et la performance

Rappelons que les indicateurs principaux du FBR considèrent globalement les directives croisées du PNDS, du Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses (DPPD) et des OMD. A ce titre, le PNFBR a mis en place une liste pour établir la performance de ses bénéficiaires tant du point de vue quantitatif que qualitatif.

Les aspects qualitatifs sont relatifs aux composantes essentielles de la qualité des soins comme :

- l'accueil ;
- la propreté de l'établissement ;
- la gestion des déchets biomédicaux ;
- la sécurité des injections ;
- la disponibilité de médicaments ;
- la confidentialité, etc.

Du point de vue **quantitatif**, les bénéficiaires sont tenus d'atteindre un certain volume d'activités préalablement défini par les instances de gestion du projet.

Au total, l'octroi de paiements aux formations sanitaires dépend principalement et fondamentalement de l'atteinte des performances.

Il faut aussi préciser que chaque niveau (PS, CS, ECD, ECR et EPS) détient des indicateurs qui lui sont propres et pour lesquels, son degré de performance est défini.

3. Les indicateurs du PNFBR

Plusieurs indicateurs ont été retenus dans le cadre de l'analyse, du suivi et de l'évaluation des performances des structures sanitaires qui bénéficient du FBR. Nous reprenons ci-dessous les indicateurs qui se rattachent directement à notre objectif.

Tableau 4 - Quelques indicateurs du PNFBR et leur description

INDICATEURS	DESCRIPTION
Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an	Enfants ayant pris l'ensemble des vaccins du PEV avant leur 1 ^{er} anniversaire : BCG, PENTA1 +PO1, PENTA2 + PO2, PENTA3 +PO3, Rougeole, Fièvre jaune
Taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois	Enfants de moins de deux ans ayant bénéficié chaque mois d'1 pesée
Proportion d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémentée en vit A tous les 6 mois en routine	Enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémentés en Vit A tous les 6 mois en routine
Taux d'accouchements réalisés par un personnel qualifié	Accouchements réalisés par : Médecins, Sage femmes, infirmiers, assistants infirmiers, agents sanitaires, infirmiers brevetés
Taux de nouvelles utilisatrices de PF (recrutement)	Femmes bénéficiant pour la 1 ^{ere} fois d'un service PF
Taux d'utilisation en consultation post natale	Femmes ayant effectué au moins 1 consultation post natale NB : Ne compter la femme qu'une seule fois quel que soit le nombre de consultations effectuées
Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN	Nombre de test VIH réalisés chez les femmes enceintes vues en CPN premier contact
Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2	Femmes ayant reçu la 2 ^{ème} dose de SP durant le dernier trimestre de la grossesse
Taux de guérison au traitement de la tuberculose	Tuberculeux pulmonaire positifs déclarés guéris NB : Cas guéris BK négatif au 6 ^{ème} mois
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités	Paludisme confirmé par TDR ou GE (Traité par ACT, dosage en fonction du poids ou de l'âge, durée traitement de trois jours, RV 48 heures après

Source : PNFBR

Conclusion

Le FBR est aujourd'hui bien implanté dans les parties centre et sud est du Sénégal, plusieurs districts sont concernés. Une organisation est mise sur place pour appuyer de façon continue la mise en œuvre du processus. Celle-ci s'est appuyée sur l'archéologie somme toute naissante de la politique du FBR

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

« Tout est changement, tout évolue, tout est en devenir, non pour ne plus être, mais pour devenir ce qui n'est pas encore. » Epictète

Introduction

L'historiographie du financement basée sur les résultats est très récente. Cette partie va aborder les questions liées au cadre théorique et conceptuel, aux facteurs d'efficacité en santé et enfin aux méthodes et techniques utilisées pour mesurer l'efficacité en santé.

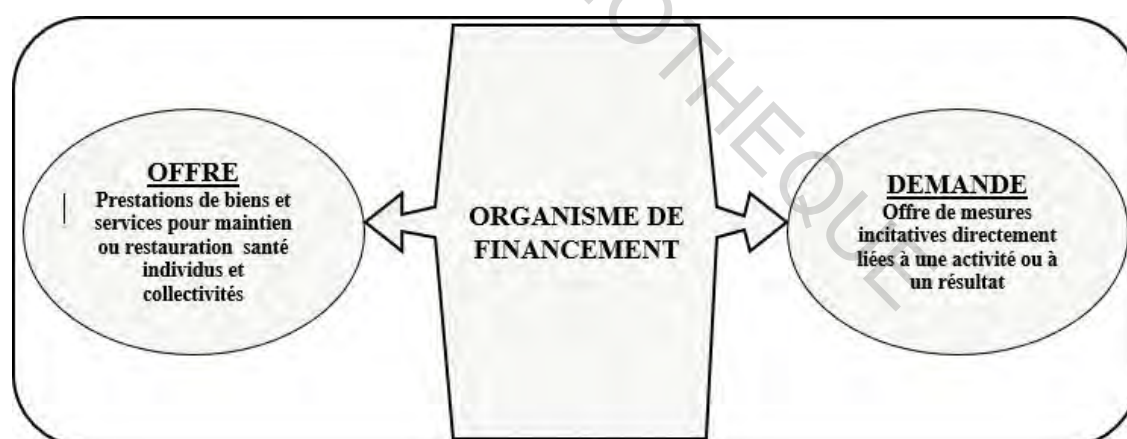
SECTION 1 - CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Le financement basé sur les résultats encore appelé financement basé sur la performance ou financement basé sur la production est un mécanisme qui consiste en un transfert d'argent ou de biens matériels d'un bailleur à un bénéficiaire. Ce transfert est subordonné à l'exécution d'une action mesurable ou l'atteinte d'une cible de performance prédéterminée (MSH, 2011).

La délivrance et la réception de la « mesure incitative de performance » sont subordonnées à l'atteinte des résultats ou activités vérifiés par le bailleur ou son délégataire. Il existe deux types de règlement, il y a d'une part le règlement financier et celui non monétaire (MSH, 2011).

Il faut aussi préciser que les bénéficiaires de la mesure incitative peuvent se situer dans des sphères d'évolution différentes. Dans le système de santé, il existe des bénéficiaires tant au niveau de l'offre que de la demande.

Figure 2 - Système de financement de l'offre et de la demande



Source : Moi-même.

Au niveau de l'offre, la particularité du FBR réside fondamentalement dans la conclusion d'un acte officiel qui lie deux parties. Il y a d'une part le bailleur qui peut agir directement ou être représenté et d'autre part le bénéficiaire qui est l'attributaire de ressources additionnelles. Cet acte officiel qui prend souvent la forme d'un contrat de performance régit les conditions de paiements. Il établit aussi toutes les modalités de l'entente ayant trait principalement aux objectifs et indicateurs, aux efforts à accomplir et au processus de validation des données.

Transposé dans le secteur de la santé, le financement basé sur les résultats devient une intervention qui est considérée comme une solution à la mauvaise performance et à la crise des personnels de santé dans les pays à faible revenu, en particulier en Afrique. De plus, le FBR est un outil qui pourrait jouer un rôle crucial dans l'augmentation de la productivité des travailleurs de la santé et avoir des effets positifs sur la santé (IRELAND M., 2011).

La Banque mondiale s'inscrit dans cette même perspective définitionnelle. Pour elle, le FBR renvoie à tout programme qui récompense des prestations ou des résultats par le biais d'incitations financières et/ou matérielles après une vérification rigoureuse de l'atteinte des résultats (MUSGROVE, 2010).

Il s'agit d'une approche relativement récente en Afrique qui s'est d'abord propagée dans les pays anglophones avant d'intéresser des Etats d'Afrique francophone comme le Bénin et le Cameroun.

Le financement basé sur les résultats s'oriente principalement sur les résultats du système de santé. Il s'agit d'un changement fondamental de paradigme qui s'appuie sur la quantité et la qualité des services offerts (NJOUMEMI, 2013).

La rémunération au rendement améliore la qualité des prestations et accroît leur quantité. Les professionnels de santé et les structures sont, dans cette approche, « payés » pour les services offerts si ceux-ci répondent bien évidemment à des critères établis et rigoureusement vérifiés (WITTER, 2012).

A ce titre, il faut rappeler que le FBR s'appuie sur une hypothèse principielle qui établit que les individus et les organisations sont plus disposés à aller vers la performance quand il y a des mesures incitatives. En d'autres termes, l'offre de mesures incitatives motive le personnel qui accroît sa capacité productive et améliore la qualité des services offerts. Ainsi, le financement basé sur les résultats peut être défini comme un mécanisme visant à financer, au moins partiellement, les prestataires de soins de santé en fonction de leur performance (JANSSEN W 2011).

Cependant, il manque actuellement des preuves formelles attestant l'efficacité de cette approche. Ainsi, « une revue de preuves concernant son efficacité est donc opportune, en particulier compte tenu de son intérêt croissant pour les bailleurs de fonds et les gouvernements » (Op cit.). Beaucoup de spécialistes s'interrogent sur la pertinence du financement basé sur la performance peut-il être utilisé pour réformer les systèmes de santé dans les pays en développement ? (IRELAND M, 2011).

Le financement basé sur les résultats est considéré par beaucoup comme une solution à la mauvaise performance et la crise des ressources humaines de santé dans les pays à faible revenu. De plus, il permettrait d'améliorer de façon significative la productivité des agents de santé et aurait des effets positifs sur la santé des populations (Op cit).

L'introduction d'incitations financières permettrait d'atteindre des objectifs prédéterminés là où les interventions de type classique échoueraient (MANONGI R., 2014).

Au Rwanda, le financement basé sur les résultats est devenu une stratégie nationale depuis 2005. Il a permis d'améliorer de manière significative les performances des structures sanitaires et de motiver les professionnels de la santé. Il faut rappeler que le système de santé rwandais s'était affaibli lors du génocide de 1994 (RUSA L., 2009).

L'intérêt manifesté pour le financement basé sur le résultat est consécutif aux nombreuses difficultés structurelles et conjoncturelles que rencontrent les systèmes de santé africains et la faillite du système de financement classique qui opérait principalement par « inputs » (NJOUMEMI, 2013).

Au total, les différentes recherches menées sur le financement basé sur les résultats semblent lui accorder une plus-value substantielle comparativement aux types de financement classiques. Ainsi, la plupart des établissements sanitaires qui ont mis en œuvre les principes du financement basé sur les résultats ont pu améliorer de manière décisive leurs performances (MANONGI R. et al. 2014).

Il faut toutefois reconnaître que le FBR ne fait pas l'unanimité, beaucoup de spécialistes pensent qu'il s'agit plutôt d'une trouvaille qui n'est en réalité qu'un leurre.

La prime à la performance préconisée pour réformer le secteur de la santé peut entraîner une dérive quantitativiste. En effet, les professionnels de la santé peuvent être tentés d'accroître leurs prestations pour obtenir la prime proposée. Celle-ci entraînerait également des incidences significatives sur la qualité des prestations et le temps d'écoute consacré aux consommateurs de soins.

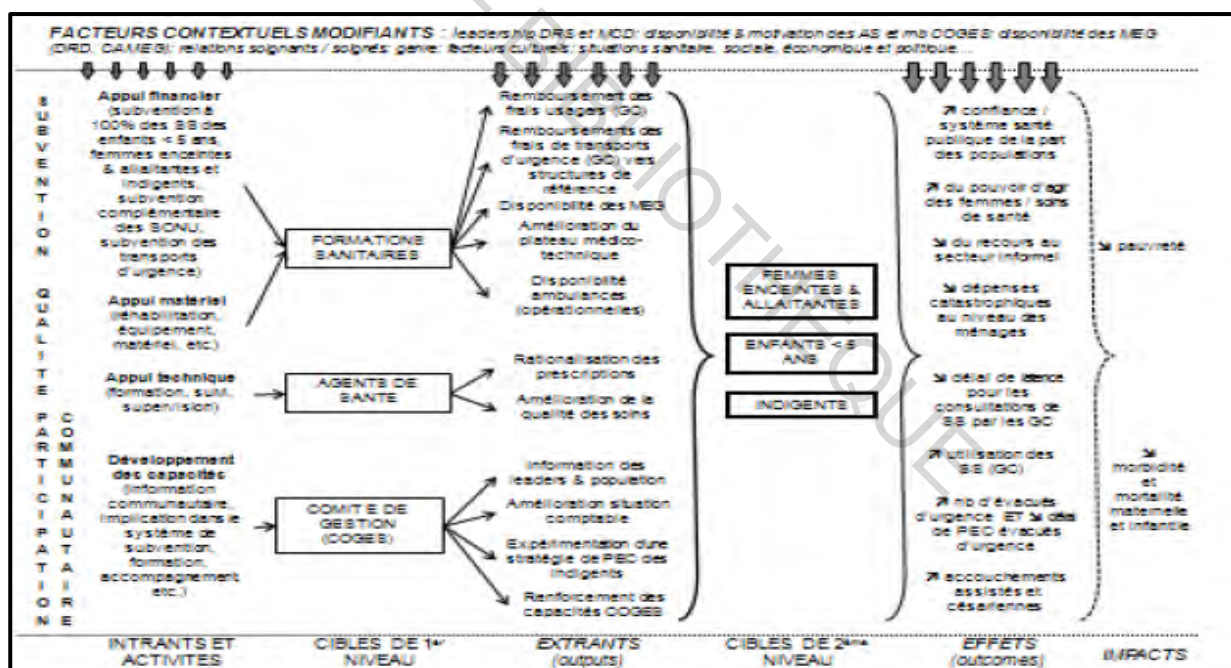
Par ailleurs, ces compléments salariaux établissent des relations de pouvoir et de contrôle entre les différents acteurs évoluant dans cette sphère. On peut également noter un désengagement des responsabilités du Ministère de la santé qui aurait tendance à délaisser une fonction qui lui est *de jure* et *de facto* dévolue, celle d'assurer à ses employés un niveau de revenus décent en qualité de professionnel de la santé.

Au total, le financement basé sur les résultats serait pour ses détracteurs la résultante d'une vision naïve et trop simpliste de certains bailleurs de fonds qui perpétuent une tradition assez inopérante de mise en œuvre d'interventions non éprouvées par un exercice de terrain. L'idéal serait une intervention pérenne qui privilégierait une participation et une négociation entre tous les acteurs gages de réussite de tous les projets, (DUJARDIN, 2003).

SECTION 2 - FACTEURS D'EFFICACITE EN SANTE

La mise en place de ressources additionnelles permet presque toujours d'améliorer la qualité et la fréquentation des services. Dans une étude évaluative réalisée au Burkina Faso, il a été constaté une amélioration conséquente de l'accès aux structures de santé mais aussi le renforcement des capacités d'action des comités de gestion et même une réduction des dépenses de santé des ménages, (RIDDE, 2012). Cette situation fait suite à l'introduction de « facteurs contextuels modifiants », la figure ci-dessous retrace le processus par lequel les réformes vont s'enclencher et produire des effets bénéfiques pour le système.

Figure 3 - Logique d'une intervention basée sur la mise en place de subventions



Source : RIDDE, 2012.

En définitive, les subventions apportées au système ont permis dans le cas d'espèce de produire des effets positifs qui ont positivement impacté la morbi-mortalité maternelle et infantile. Beaucoup d'auteurs s'accordent à trouver au FBR des vertus salvatrices pour les systèmes de santé. En Tanzanie, l'objectif principal de cette intervention était d'améliorer de

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

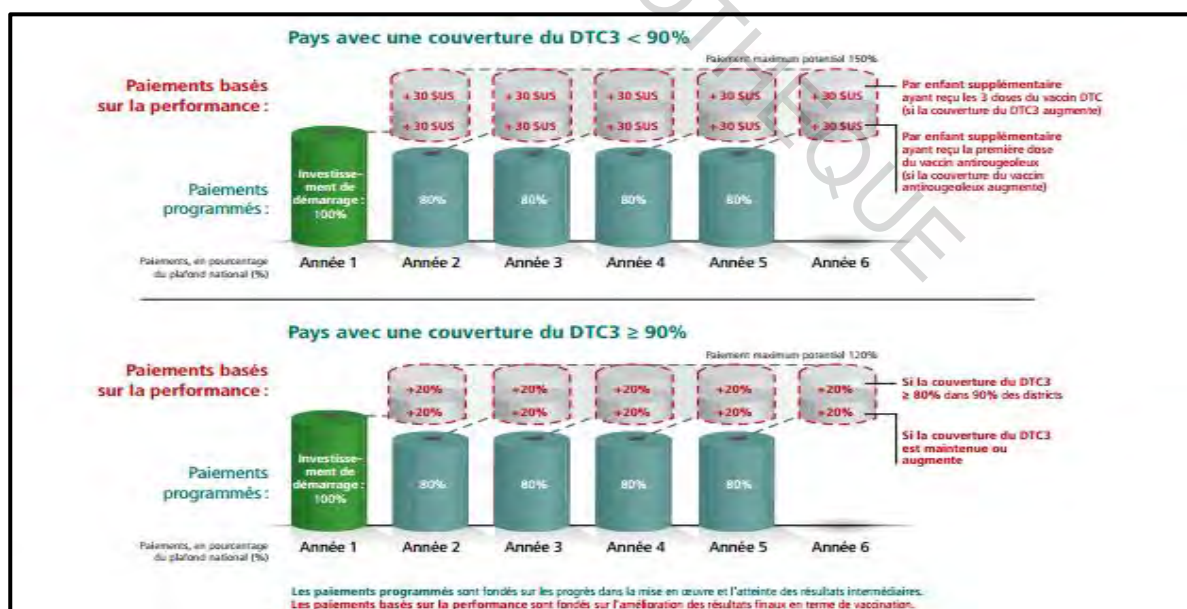
façon substantielle la qualité des services en passant par la motivation du personnel à travers l'instauration de « bonus à la performance » (MANONGI R. et al. 2014).

La qualité des services qui s'était fortement détériorée avait besoin d'être rétablie pour répondre de manière satisfaisante aux attentes des populations. C'est cette entreprise de restauration de la qualité des services qui est ainsi partout la motivation principale. Au Royaume Uni, un régime de prime au rendement a été instauré en 2004 au profit d'une certaine catégorie de personnels de santé pour les inciter à améliorer les soins liés à des pathologies comme l'insuffisance cardiaque, l'asthme ou le diabète (OMS, 2011).

Cette démarche de résolution de problèmes est présente presque partout. Les systèmes de paiements mixtes servent à corriger les carences notées dans les prestations afin d'étendre la couverture et d'améliorer la qualité.

GAVI Alliance est convaincue de l'efficacité de l'approche FBR. En 2012, elle a subordonné son soutien aux pays RSS à la mise en œuvre du FBR. Pour ce faire, un schéma de paiements basés sur la performance a été mis en place pour les activités de vaccination et particulièrement pour le DTC3 (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche). L'objectif clairement affiché par GAVI Alliance est le renforcement des systèmes de santé des pays soutenus. La figure ci-dessous donne une idée de l'architecture du paiement proposée par cet organisme.

Figure 4 - Figure des paiements de GAVI Alliance pour la vaccination au DTC3



Source : GAVI Alliance.

Le Rwanda qui fut un des pionniers de l'approche contractuelle en Afrique est passé à la couverture nationale depuis plusieurs années. Pourtant, au sortir du terrible génocide et de la

guerre qui ont fait des milliers de morts, la situation sanitaire était désastreuse. Aujourd'hui, grâce entre autres au FBR, le Rwanda fait des progrès significatifs dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile et des autres pathologies.

Tableau 5 - Le FBR avant et après intervention au Rwanda

<i>Province and time period</i>	<i>Curative care</i>	<i>Deliveries</i>	<i>Family planning</i>	<i>Measles</i>
<i>PBF provinces</i>				
Before (2001)	0.22	12.2	1.1	70.7
After (2004)	0.55	23.1	3.9	81.5
<i>Non-PBF provinces</i>				
Before (2001)	0.20	6.7	0.3	77.9
After (2004)	0.30	9.7	0.5	78.9

Source: RUSA L., 2009.

A l'analyse, il apparaît une nette amélioration des indicateurs au niveau des provinces FBR pour les activités liées aux consultations curatives, aux accouchements, à la planification familiale et à la vaccination anti rougeoleuse.

Mieux, il y a comme un effet d'entraînement pour les provinces non FBR qui voient eux aussi leurs performances s'améliorer. Cependant, les améliorations sont plus soutenues dans les provinces où le FBR est institué, d'importantes avancées quantitatives y sont notées (RUSA L., 2009).

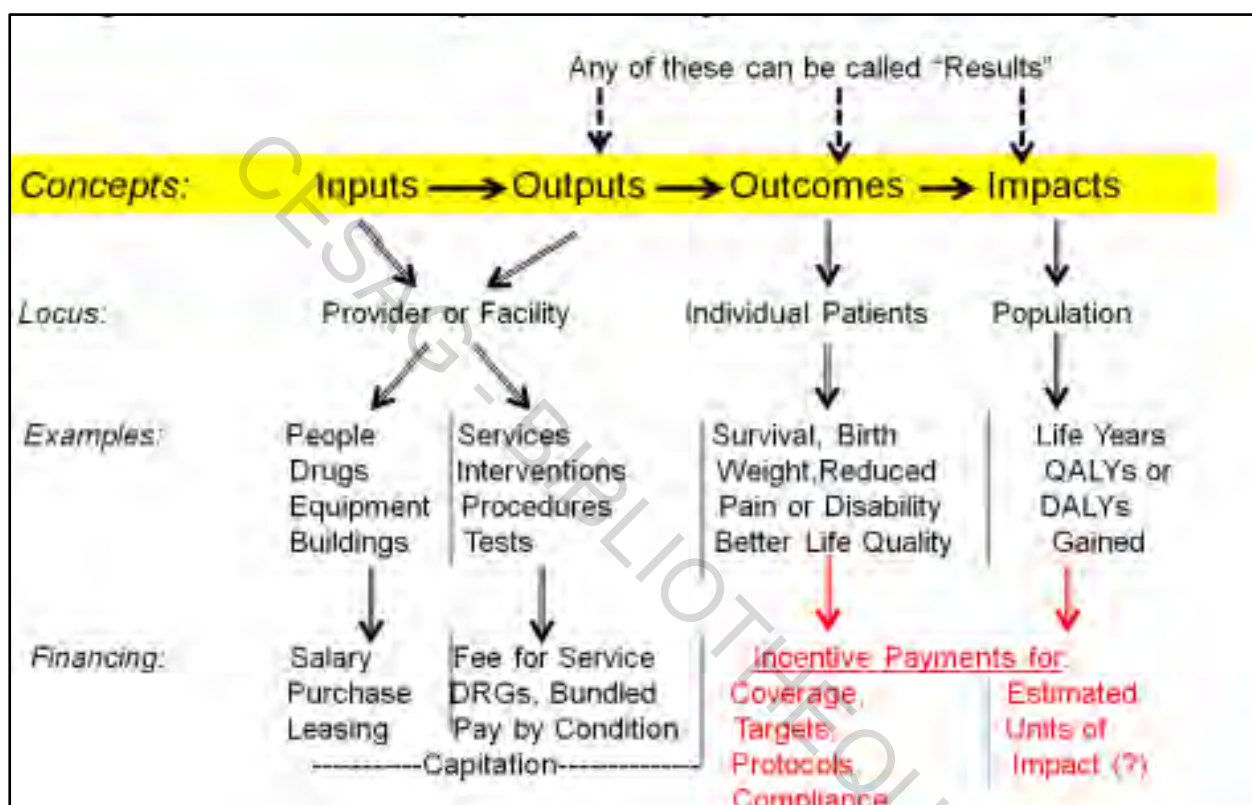
Beaucoup d'auteurs pensent que le FBR peut effectivement améliorer les soins de santé de deux manières. D'abord par une motivation des prestataires de soins qui vont davantage s'efforcer d'offrir des services de qualité dans les activités ciblées et ensuite en augmentant les ressources mises à la disposition des structures pour le financement des prestations (BASINGA P. et al, 2010).

Ainsi, il existe pour le FBR deux leviers majeurs pour relancer la « compétitivité » des formations sanitaires et motiver les professionnels de santé en vue d'améliorer la santé des populations. Des pays comme l'Égypte, l'Inde, Haïti, le Cameroun ont ainsi amélioré leurs

performances dans des domaines de soins liés aux Consultations Pré Natales (CPN), aux accouchements assistés et à la vaccination des enfants, (OMS, 2011).

Comparé aux autres approches, le FBR a amélioré plus rapidement les services de santé. En effet, il agit dès sa mise en place et de manière certaine sur toute sa chaîne de vie. En d'autres termes, les améliorations quantitatives et qualitatives surviennent de façon presque automatique (SOETERS R. et al, 2011).

Figure 5: les effets du FBR sur le système



Source : MUSGROVE P. 2011

Par ailleurs, au Nicaragua, les effets d'un projet pilote FBR ont été assez probants, ce pays qui a peu près la même physionomie sociopolitique avec certains Etats africains a constaté après évaluation d'importantes améliorations des indicateurs liés à l'utilisation des méthodes de planification familiale, la supplémentation des enfants en vitamines et leur immunisation (GRITTNER A., 2013).

En définitive, le FBR semble être un outil opportun pour rendre le financement dans le secteur de la santé plus efficace et plus efficient (op. cit.).

SECTION 3 - METHODES ET TECHNIQUES UTILISEES POUR MESURER L'EFFICACITE EN SANTE

Sur le plan méthodologique, les recherches consacrées au financement basé sur les résultats ont le plus souvent adopté soit des démarches mixtes (qualitatives et quantitatives), soit des démarches qualitatives ou quantitatives (SOETERS R, 2011).

L'examen des différents modes de questionnement laisse ainsi apparaître l'utilisation de méthodes assez variées pour appréhender la question du financement basé sur les financements dans une perspective d'étude exploratoire (WU ZENG, 2012).

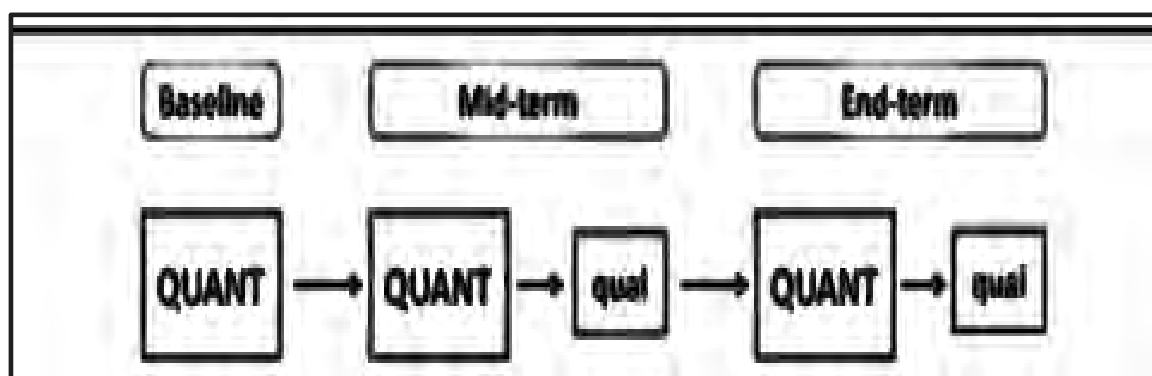
Dans une étude réalisée en Haïti, au sortir du séisme de janvier 2010, avec une déstructuration presque totale du système d'information, il a été principalement utilisé une composante quantitative. Celle-ci s'appuyait sur la collecte des données au niveau provincial après un processus de validation, ces données étaient relatives au nombre d'enfants vaccinés au DTC, au nombre d'Enfants Complètement Vaccinés, au nombre de femmes ayant fait leur 3^e CPN et au nombre d'accouchements assistés. La rigueur du processus méthodologique a permis toutes proportions gardées d'aboutir à des résultats qui attestaient de la physionomie réelle de l'intervention FBR dans les zones cibles et de la progression des indicateurs (op cit).

De même, dans une autre prospection menée au Rwanda, des analyses descriptives bi variées pour chaque variable de résultat par année ont été privilégiées. Ainsi, on a pu aboutir à des illustrations de l'utilisation des services, à l'estimation de l'impact du FBR sur l'utilisation des services de santé maternelle (PRIEDEMAN SKILES M. 2012).

La mesure quantitative de l'accès aux services de soins de santé au niveau de la communauté et la qualité des soins au niveau des formations sanitaires est subordonnée à la mise en place d'un cadrage théorique cohérent avec des relations causales bien définies. Pour ce faire, il est important de mettre en place un certain nombre d'intrants, des processus et des indicateurs de résultats pour évaluer les effets de l'intervention. Il est toutefois important compte tenu des objectifs poursuivis d'allier à la perspective quantitative une dimension qualitative, le but est de maximiser la collecte de l'information pertinente et de parvenir à des inférences et des interrelations rationnelles (BRENNER S et al, 2014).

La figure ci-dessous montre une procédure globalement quantitative dans laquelle des éléments qualitatifs sont utilisés pour une meilleure compréhension des phénomènes observés.

Figure 6 - Un processus mixte de recueil d'informations



Source : BRENNER S et al, 2014

La dimension qualitative se résume principalement à l'observation, à la conduite d'entretiens approfondis et de groupes focalisés tant avec les prestataires de soins qu'avec les usagers des services de santé (MANONGI R., 2014). Elle a permis d'apprécier de manière très approfondie la qualité des services offerts du point de vue de la salubrité des formations sanitaires, de la confidentialité, de l'accueil, etc.

Conclusion

Comme nous l'avons vu, même si son apparition est récente le financement basé sur les résultats a intéressé plusieurs auteurs qui ont investi des aspects variés de ce type de financement des systèmes de santé. Des modalités d'appréhension et d'élucidation ont été éprouvées et ont permis de cerner les contours des différents questionnements.

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE ADOPTEE ET ANALYSE DES RESULTATS

“Il vaut mieux avoir une méthode mauvaise plutôt que de n'en avoir aucune”, Charles de Gaulle, Le fil de l'épée

Introduction

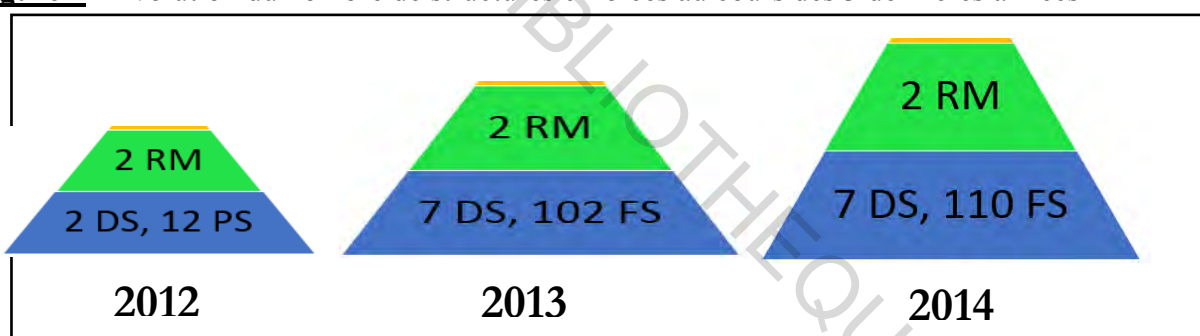
Ce chapitre comporte les deux grandes parties sus nommées. La procédure méthodologique est abordée dans un premier temps avec un accent particulier sur les indicateurs de travail et le processus de recueil de données. Dans un second temps, les résultats sont exposés, analysés et interprétés conformément au schéma d'analyse et d'interprétation retenu.

SECTION 1 - METHODOLOGIE

La méthodologie de cette étude est de type quantitatif. La source principale est constituée par les données secondaires. Il faut rappeler que l'objectif principal du FBR est l'atteinte des objectifs 4, 5 et 6. A ce propos, les statistiques issues des registres de consultation, des fiches, des dossiers des malades et des bases de données des structures ont été la première source du dispositif, elles ont permis d'alimenter la base du PNFBR. Cette base est notre outil principal de recueil. Elle s'appuie sur des indicateurs qui sont intimement liés aux objectifs 4, 5 et 6 des OMD.

Ces indicateurs ont connu des évolutions au cours des 3 dernières années. De même, pendant cette période, le nombre de formations sanitaires enrôlées a considérablement augmenté.

Figure 7 - Evolution du nombre de structures enrôlées au cours des 3 dernières années



Légende : RM= Région Médicale ; DS= District Sanitaire ; FS= Formation Sanitaire

Source : Moi-même.

Ainsi, pour une cohérence méthodologique, nous allons lister les indicateurs de 2012, de 2013 et 2014. Ces indicateurs vont être énumérés tant au niveau poste de santé qu'au niveau centre de santé. En effet, il a été noté des évolutions au cours de la mise en œuvre, ce qui a conduit le PNFBR à mener des réajustements.

I. Indicateurs

1. Evolution des indicateurs des postes de santé

Au nombre de 8 en 2012, les indicateurs ont beaucoup évolué et sont passés à 19 en 2014. Ils regroupent bien entendu les aspects liés à la santé du couple mère/enfant et la lutte contre la

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

maladie. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des indicateurs au cours des trois dernières années.

Tableau 6 - Evolution de quelques indicateurs du FBR de 2012 à 2013

2012	2013	2014
Enfant .0-11 mois Complètement Vaccinés (ECV)	Nombre d'enfants 0-11 mois complètement vaccinés	A01. Nombre d'enfants moins d'1 an complètement vaccinés
Enfant .0-24mois pesés	Nombre d'enfants 0-24 mois ayant bénéficié de 3 pesées durant le trimestre	A02. Nombre d'enfants de 0 à 24mois ayant bénéficié de 3 pesées durant le trimestre dont 1 pesée/mois
Enfant 0-59mois recevant 2doses de vitamine .A	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A	A03. Nombre d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémentés en vitamine A de routine
Accouchement assisté par personnel qualifié	Nombre d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié	A04. Nombre d'accouchements assistés réalisés par un personnel qualifié
Nouvelles utilisatrices PF	Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale	A05/A07. Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale
Femmes reçues en CPoN	Nombre de femmes reçues en consultation post natale	A06/A08. Nombre de femmes reçues en consultation post natale
	Nombre de femmes enceintes vues en CPN ayant réalisé un test VIH	A07N. Nombre de femmes enceintes vues en CPN ayant réalisé un Test VIH
		A07D. Nombre de femmes enceintes vues en CPN (1er contact)
		A08/A06.Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes
		A09N(PS). Nombre de nouveaux nés ayant bénéficié de soins immédiats
A09D(PS). Nombre d'accouchements enregistrés		
Femmes enceintes ayant bénéf.2doses TP2	Nombre de femmes enceintes ayant reçu TPI2	B01N. Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP (TPI2)
Nombre succès au traitement Tuberculose (niv.PS)		B01D. Nombre de femmes enceintes vues en CPN (1er contact)
	Nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans correctement traités	B02N. Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités
		B02D. Nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans enregistrés
		B03N(PS). Nombre d'enfants de 0-5ans souffrant de diarrhée simple correctement traités
		B03D(PS). Nombre de cas de diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans enregistrés
		B04N. Nombre d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement pris en charge
		B04D. Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère dépistés chez les enfants de moins de cinq ans

Nous avons, sur le plan méthodologique, travaillé avec les indicateurs de 2014, car ils ont le mérite d'avoir été affinés et testés. Ils donnent des indications claires pour une analyse cohérente des données.

2. Les indicateurs au niveau du centre de santé

Les centres de santé ont connu le même schéma que les postes de santé du point de vue de leur évolution.

Tableau 7 - Evolution des indicateurs au niveau centre de santé de 2012 à 2014

2012	2013	2014
Enfants 0-11 mois Complètement Vaccinés ECV	Nombre d'enfants 0-11 mois complètement vaccinés	A01. Nombre d'enfants moins d'1 an complètement vaccinés
Enfants 0-24 mois pesés	Nombre d'enfants 0-24 mois ayant bénéficié de 3 pesées durant le trimestre	A02N. Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aigüe sévère compliquée PEC et déchargés A02D. Nombre total d'enfants de moins de 5ans atteints de MAS compliqués admis au CREN
Enfant 0-59mois recevant 2doses de vitamine A	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A	A03. Nombre d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémentés en vitamine A de routine
Accouchement assisté par personnel .qualifié	Nombre d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié	A04. Nombre d'accouchements réalisés par un personnel qualifié avec partogramme A05N. Nombre de complications obstétricales PEC selon les normes et protocoles A05D. Nombre de complication obstétricale PEC dans le CS A08/A06. Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes
Nouvelles utilisatrices PF	Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale	A05/A07. Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale
Femmes reçues en CPoN	Nombre de femmes reçues en consultation post natale	A06/A08. Nombre de femmes reçues en consultation post natale
Femmes enceintes séropositives sous ARV	Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV	A09N(CS). Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV A09D(CS). Nombre de femmes enceintes vues en CPN qui sont séropositives A10N. Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique A10D. Nombre d'enfants nés de mères séropositives
Femmes enceintes ayant bénéficié 2 doses TP2	Nombre de femmes enceintes ayant reçu TPI2	B01N. Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP (TPI2) B01D. Nombre de femmes enceintes vues en CPN (1er contact)
Nombre Tuberculeux dépiétés (niveau CS)	Nombre de cas de tuberculose dépiétés Nombre de patients TB ayant achevé correctement le traitement	B02. Nombre de cas de tuberculose dépiétés B03N(CS). Nombre de patients TPM+ ayant été déclarés guéris B03D(CS). Nombre de patients TPM+ enregistrés

Source : Manuel de procédures PNFBR, 2014

A l'issue de cet examen des similitudes, nous avons adopté, toutes choses égales par ailleurs, des indicateurs pour toutes les années d'études considérées. Il faut tout de même préciser que le nombre d'indicateurs a augmenté d'année en année. Par conséquent, le nombre d'indicateurs diffère d'une année à une autre. Cependant, nous avons pu procéder à une uniformisation des indicateurs. A ce propos, nous avons considéré que les indicateurs de 2014 sont plus achevés de sorte qu'ils peuvent nous permettre de prendre en charge et d'analyser valablement les données des années précédentes.

3. Description des indicateurs

Nous avons au total 19 indicateurs aussi bien pour les postes de santé que pour les centres de santé. Chaque indicateur a une définition spécifique et un mode de calcul qui permet d'apprécier son évolution.

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

Tableau 8 - Description des indicateurs

INDICATEURS	DESCRIPTION
Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an	Enfants ayant pris l'ensemble des vaccins du PEV avant leur 1 ^{er} anniversaire : BCG, PENTA1 + PO1, PENTA2 + PO2, PENTA3 + PO3, VAR, VAA
Taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois	Enfants de moins de deux ans ayant bénéficié chaque mois d'une pesée
Proportion d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémentée en vit A tous les 6 mois en routine	Enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémentés en Vit A tous les 6 mois en routine
Taux d'accouchements réalisés par un personnel qualifié	Accouchements réalisés par : médecins, sages-femmes, infirmiers, assistants infirmiers, agents sanitaires, infirmiers brevetés
Taux d'accouchements réalisés par un personnel qualifié avec partogramme	Accouchements réalisés par : médecins, Sage femmes, infirmiers, assistants infirmiers, agents sanitaires, infirmiers breveté avec utilisation de partogramme
Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale (recrutement)	Femmes bénéficiant pour la 1ere fois d'un service PF
Taux d'utilisation en consultation post natale	Femmes ayant effectué au moins 1 consultation post natale NB : Ne compter la femme qu'une seule fois quel que soit le nombre de consultations effectuées
Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV	Nombre de femmes enceintes séropositives et sous ARV
Proportion d'enfants nés de mère séropositive mis sous ARV à titre prophylactique	Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique
Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN	Nombre de test VIH réalisés chez les femmes enceintes vues en CPN premier contact
Taux de Couverture adéquate en CPN	Femmes enceintes ayant effectué 4 CPN correctes au niveau de la structure et en stratégie avancée (1er CPN : Trim1 ; CPN2 : Trim2 ; CPN3 : 8e mois ; CPN4 : 9e mois)
Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2	Femmes ayant reçu la 2ème dose de SP durant le dernier trimestre de la grossesse
Taux de dépistage de la tuberculose	Nouveaux cas de TPM positif dépistés
Taux de guérison au traitement de la tuberculose	Tuberculeux pulmonaire positifs déclarés guéris NB : Cas guéris BK négatif au 6ème mois
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités	Paludisme confirmé par TDR ou GE : Traité par ACT, dosage en fonction du poids ou de l'âge, durée traitement de trois jours, RV 48 heures après
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités	Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une diarrhée et ayant reçu du SRO/Zinc
Pourcentage d'enfants de 0 – 5ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication pris en charge correctement	Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication pris en charge correctement (suivi hebdomadaire, ATPE en fonction du poids, sortie du programme à 1,5 z score)
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de MAS compliqué PEC et déchargés	Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de MAS compliqué PEC dans le CREN et déchargés
Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats	Nombre de nouveaux nés ayant bénéficié de soins immédiats (mise au sein précoce (H qui suit la naissance), maintien de la température, vit.K1, collyre...)

Source : Manuel de procédures PNFB, 2014.

Il faut préciser que notre analyse sera principalement orientée vers les postes de santé. Les données de 2012, 2013 et 2014 de ces formations sanitaires périphériques seront traitées et

analysées. Cette option se justifie par la nature de ces structures qui sont avec les cases de santé et les maternités rurales les dispositifs de première intention des populations.

II. Évaluation des effets

Les données collectées couvrent une période de 3 ans (2012, 2013 et 2014). Ces données permettront de procéder à des analyses chronologiques. Il faut préciser que les données issues des sources primaires notamment des registres disponibles au niveau postes et centres de santé nous permettront de comparer l'utilisation des services au cours des années précitées.

L'évaluation des effets se fera sur la base des données primaires collectées au niveau des différents districts sanitaires des régions de Kolda et de Kaffrine.

Au total, la procédure méthodologique adopte les échéances suivantes :

- collecte de données primaires,
- consolidation des données par le PNFBR
- analyse chronologique des données
- comparaison de l'utilisation des services au cours des années précitées.

III. Hypothèses

Nos hypothèses de recherche pour cette étude sont :

- les décès des enfants de moins de 5 ans ont baissé dans les districts sous FBR ;
- la santé de la mère est mieux prise en charge dans ses aspects liés aux CPN, CPoN, TPI et accouchements assistés ;
- les maladies telles que le paludisme, le VIH/Sida et la tuberculose sont maîtrisées dans les districts sous FBR.

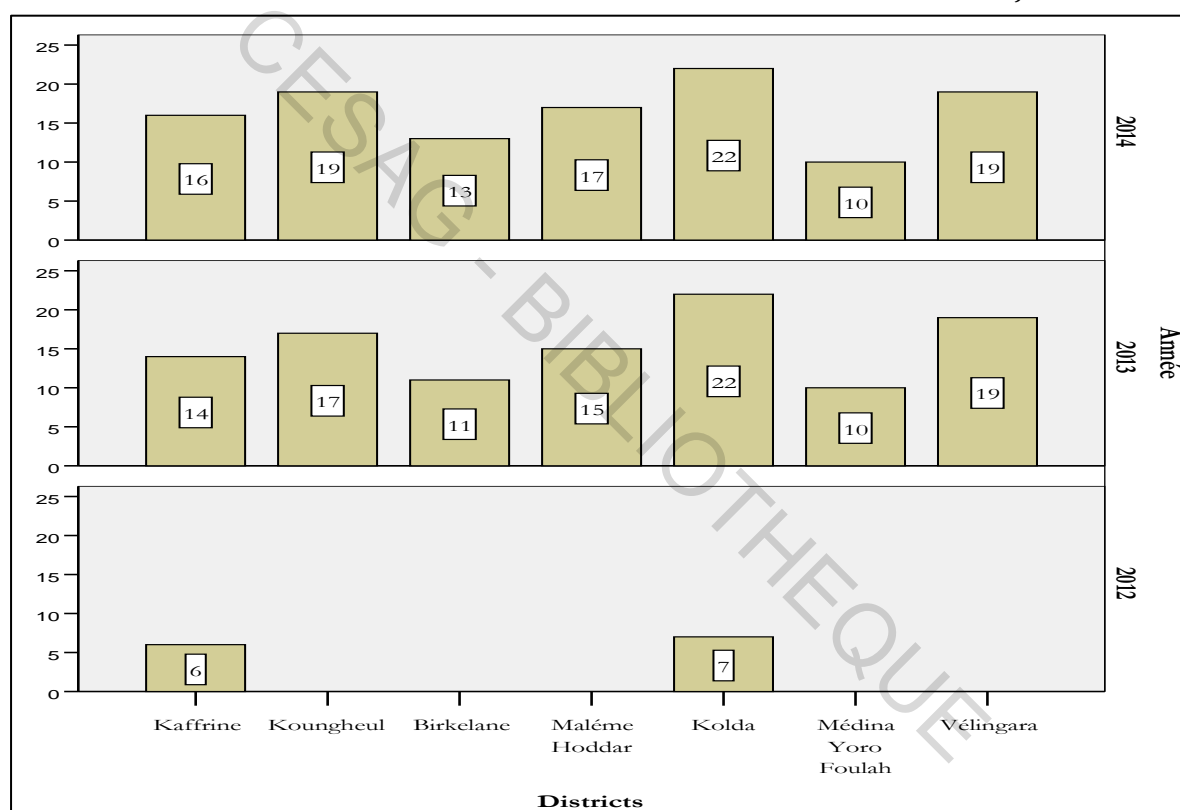
SECTION 2 - ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

L'analyse et l'interprétation des résultats se feront à la lumière des objectifs poursuivis. Il s'agira en d'autres termes d'apprécier l'atteinte des indicateurs des OMD par les formations sanitaires bénéficiaires. Cette partie va s'articuler sur l'examen des différents indicateurs principalement observés au niveau des points de prestations. Une dernière partie sera consacrée aux incitations financières contrepartie de l'engagement des bénéficiaires à atteindre les objectifs prédéterminés.

1. Les bénéficiaires du FBR de 2012 à 2014

Graphique 1 - Evolution du nombre de bénéficiaires (districts et formations sanitaires) de 2012 à 2014

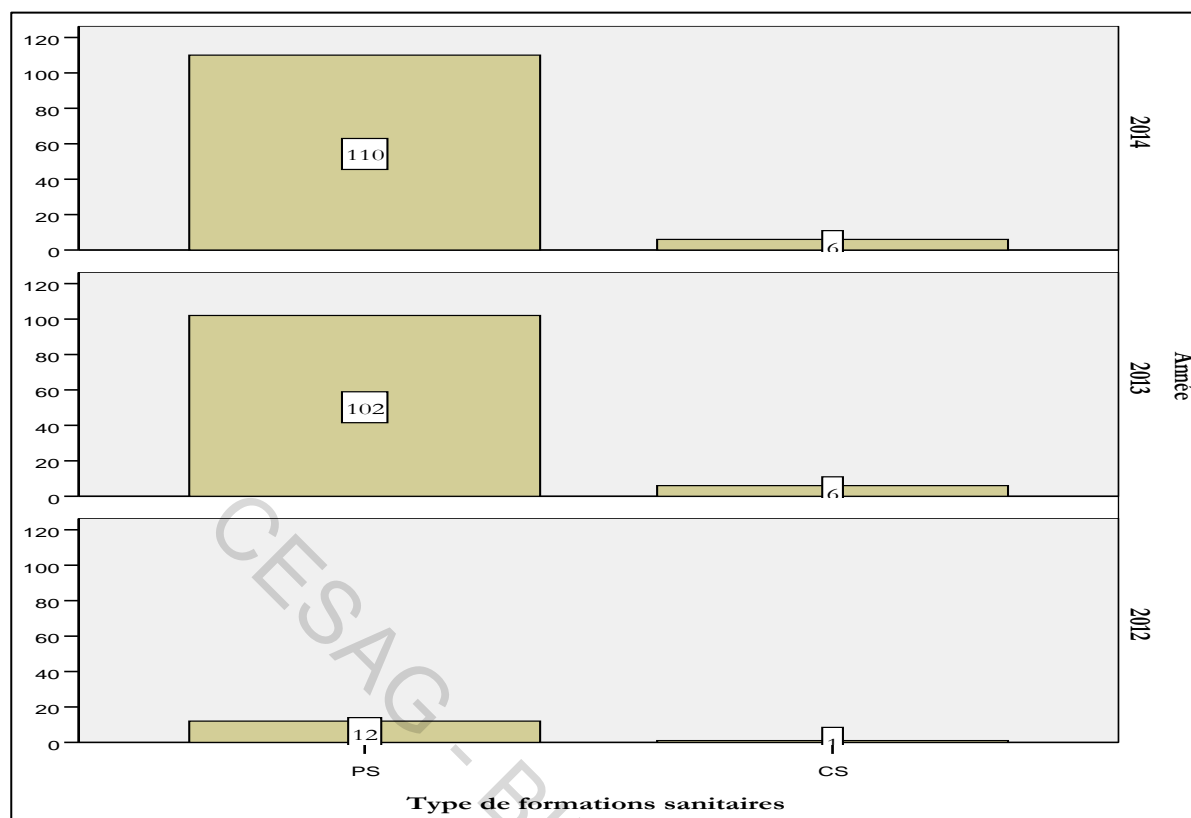
Evolution du nombre de formations sanitaires dans les districts FBR en 2012, 2013 et 2014



Source : Moi-même.

A l'examen, on se rend compte que le nombre de structures bénéficiaires a considérablement augmenté de 2012 à 2014. Au début du programme, 13 formations sanitaires étaient incluses, celles-ci sont passées à 108 en 2013 et à 116 en 2014. Cette situation témoigne de la mise en place d'un schéma de progression et de pénétration du programme. Elle atteste également des résultats engrangés par les formations sanitaires au cours de la mise en exécution. Ce qu'il faut noter, c'est l'évolution du nombre de districts et du nombre de formations sanitaires au cours des années 2012, 2013 et 2014.

Graphique 2 - Evolution du nombre de postes et centres de santé en 2012, 2013 et 2014



Source : Moi-même.

Si le nombre de centres de santé est resté constant ces deux dernières années, il en est autrement des postes de santé dont l'effectif s'est accru entre 2013 et 2014. Il faut rappeler que les postes de santé occupent une place charnière dans le dispositif sanitaire du Sénégal. Ils sont au niveau le plus opérationnel et c'est à leur échelon que s'exécutent les options et les orientations stratégiques définies au niveau national. Les postes de santé sont les niveaux indiqués pour apprécier les performances du système.

2. Références de base postes de santé

Il s'agit de la situation de départ du bénéficiaire (poste de santé) pour chaque indicateur. Ainsi qu'il s'agisse de la planification familiale, de la vaccination ou encore de la consultation post natale des références de base sont définies avant la signature des contrats. Dans cette partie de l'analyse, nous avons isolé les références de bases des premiers bénéficiaires du PNFBR pour les années 2012, 2013 et 2014.

Cette stratégie nous permet d'apprécier l'évolution des indicateurs au cours des années précitées. A titre d'exemple, nous présentons ci-dessous les références de base des activités de vaccination.

Tableau 9 - Enfants complètement vaccinés (ECV) moins d'un an dans les formations sanitaires bénéficiaires en 2012, 2013 et 2014

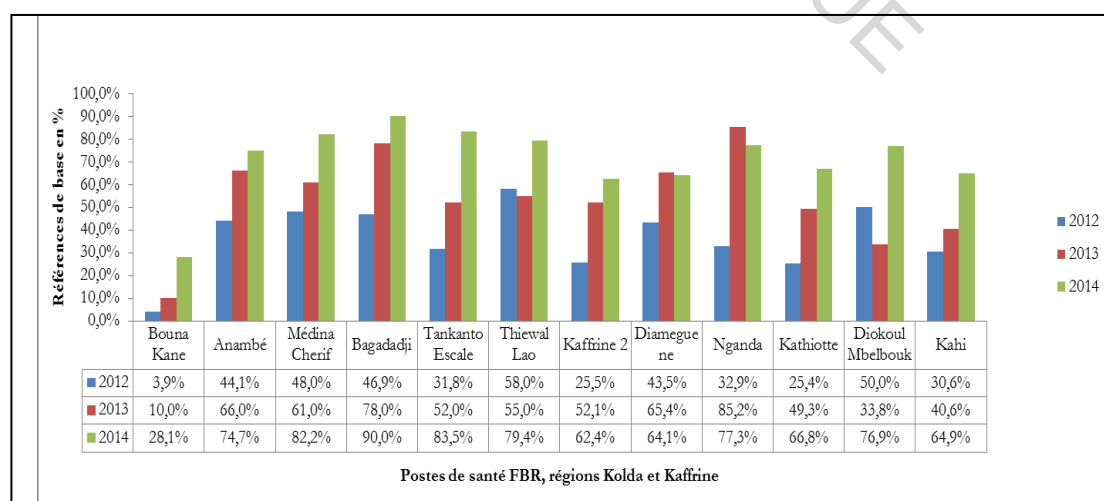
POSTES DE SANTE	ANNEES		
	2012	2013	2014
Bouna Kane	3,9%	10,0%	28,1%
Anambé	44,1%	66,0%	74,7%
Médina Cherif	48,0%	61,0%	82,2%
Bagadadji	46,9%	78,0%	90,0%
Tankanto Escale	31,8%	52,0%	83,5%
Thiewal Lao	58,0%	55,0%	79,4%
Kaffrine 2	25,5%	52,1%	62,4%
Diameguene	43,5%	65,4%	64,1%
Nganda	32,9%	85,2%	77,3%
Kathiotte	25,4%	49,3%	66,8%
Diokoul Mbelbouk	50,0%	33,8%	76,9%
Kahi	30,6%	40,6%	64,9%

Source : Références de base, PNFBR, 2014.

D'une manière générale des progressions sont notées dans la plupart des postes de santé de départ du PNFBR. A l'exception des postes de santé de Thiewal Lao et de Diokoul qui, de 2012 à 2013, ont régressé respectivement de 3 et de 17 points. Une analyse comparative des références de base au cours des 3 années d'observation laisse apparaître des améliorations notables dans la vaccination des enfants. Cependant, une seule formation sanitaire a atteint l'objectif assigné en matière de vaccination, (Bagadadji, 90%).

Le graphique ci-dessous montre les performances de chaque poste de santé au cours des années 2012, 2013 et 2014.

Graphique 3 - Performances des postes de santé en matière de vaccination entre 2012, 2013 et 2014



Source : Moi-même.

Par ailleurs, quelques statistiques de tendance centrale comme la moyenne et la médiane montrent des fluctuations positives d'une année à une autre. De plus, les minimum et maximum exhibent également des progrès quantitatifs d'une année à une autre.

Tableau 10 - Calcul de la moyenne et de la médiane (vaccination des enfants)

	2012	2013	2014
Moyenne	36,7%	54,0%	70,9%
Médiane	38,2%	53,6%	75,8%
Maximum	58,0%	85,2%	90,0%
Minimum	3,9%	10,0%	28,1%

Source : Moi-même.

Les performances des structures sanitaires ont nettement évolué. Le poste de santé de Bouna Kane qui se trouvait avec une référence de base minimum de 3,9% en 2012 a gagné 24 points en l'espace de 3 ans.

Les schémas sont à peu près semblables pour les autres indicateurs des références de base tels que la planification familiale, la surveillance nutritionnelle et pondérale, le TPI, etc.

Pour la santé de l'enfant, les indicateurs liés à sa survie de l'enfant nous intéressent directement.

Il s'agira donc d'examiner :

- la situation vaccinale des enfants de 0 à 11 ans au cours des années 2012, 2013 et 2014 ;
- la surveillance nutritionnelle des enfants de 0 à 24 mois ;
- la supplémentation en vitamine A ;
- le paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans.

L'examen des références de base a concerné les structures bénéficiaires qui ont démarré le projet. Il s'agit des postes de santé des districts de Kaffrine et de Kolda. Cette stratégie nous a permis d'apprécier de manière plus affinée les évolutions ou les reculs liés à l'exécution des activités sanitaires. Dans un second temps, nous allons nous intéresser exclusivement aux postes de santé des différents districts FBR des deux régions.

3. Indicateur 1 : les Enfants Complètement Vaccinés (0-11 mois)

Elle revêt une dimension particulière dans la politique sanitaire nationale car elle a permis de réduire de manière déterminante la mortalité des enfants. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a permis d'améliorer de manière décisive les couvertures vaccinales. Les structures bénéficiaires du PNFBR ont, elles aussi, enregistré des retombées inhérentes aux stratégies vaccinales mises en œuvre dans les centres et postes de santé des districts des régions de Kolda et Kaffrine.

Au démarrage du PNFBR, 11 postes de santé ont été enrôlés. Ces structures ont enregistré des performances variées de 2012 à 2014.

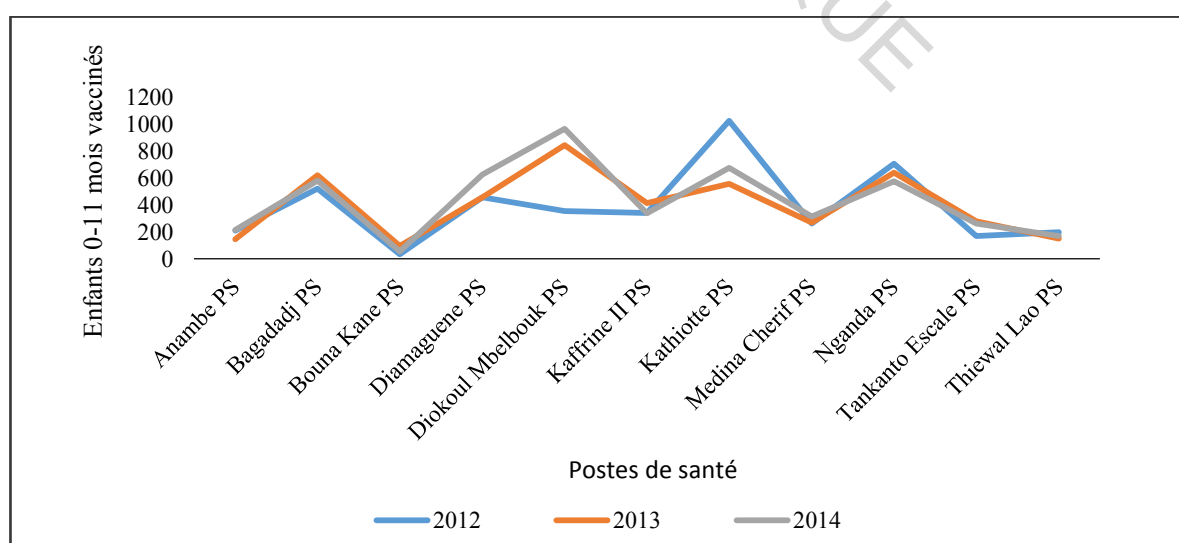
Tableau 11 - Performances des postes de santé débutants 2012 à 2014

Formations sanitaires	2012		2013		2014	
	Cible	ACTIVITES	Cible	ACTIVITES	Cible	ACTIVITES
Anambé	126	209	159	144	157	214
Bagadadj	484	520	600	620	688	578
Bouna Kane	105	32	134	94	196	55
Diamaguene	482	455	607	456	543	624
Diokoul Mbelboug	707	354	699	842	940	963
Kaffrine II	282	340	476	412	491	336
Kathiotte	425	1023	660	556	713	674
Medina Cherif	235	261	264	268	304	312
Nganda	479	704	787	639	713	574
Tankanto Escale	189	169	239	277	309	260
Thiewal Lao	136	197	142	150	169	169
Total	3650	4264	4766	4458	5225	4759

Source : moi même

D'un point de vue global, les résultats obtenus dans la vaccination des enfants de 0 à 11 mois augmentent d'année en année. Ainsi, nous sommes passés de 4264 enfants vaccinés en 2012, à 4458 en 2013 et 4759 en 2014. Des gains sont obtenus chaque année. Cependant, ces avancées quantitatives ne cachent pas les disparités qui existent au niveau de certains postes de santé qui stagnent ou même régressent.

Figure 8 - Evolution du nombre d'enfants vaccinés dans les postes de santé de 2012 à 2014



Source : Moi-même.

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

A l'analyse on se rend compte qu'il n'y a pas de délimitations assez franches entre les années. Il existe même des enchevêtrements qui témoignent de modestes avancées quantitatives en matière de vaccination. Les postes de santé de Diameguene, Médina Cherif et Diokoul Mbelbouk affichent une légère constance dans la progression des couvertures vaccinales.

Les résultats globaux affichent des tendances singulières. Les performances sont assez nettes d'une année à une autre, les districts (postes de santé) ont tous atteint des performances supérieures à 90% de taux de couverture chez les ECV.

Tableau 12 - Performances des postes de santé en 2012, 2013 et 2014.

POSTES DE SANTE 2012									
Région	District	Formations sanitaires	Cible	Activité T1	Activité T2	Activité T3	Activité T4	Total	%
Kaffrine	Kaffrine	5	2 375	482	681	1 119	594	2 876	121.1
Kolda	Kolda	6	1 275	349	396	330	313	1 388	108.9
Total		11	3 650	831	1 077	1 449	907	4 264	116.8
POSTES DE SANTE 2013									
Région	Districts	Formations sanitaires	Cible	Activité T1	Activité T2	Activité T3	Activité T4	Total	%
Kaffrine	Birkelane	10	2 181	0	1 559	1 185	945	3 689	169.1
	Kaffrine	14	6 648	1 443	1 772	1 919	1 568	6 702	100.8
	Koungheul	16	3 588	0	1 965	1 336	1 730	5 031	140.2
	Maléme Hoddar	14	2 027	0	1 065	568	477	2 110	104.1
Kolda	Kolda	22	6 267	1 669	2 742	3 210	1 473	9 094	145.1
	M. Yoro Foulah	9	3 155	0	1 930	1 050	1 047	4 027	127.6
	Vélingara	18	5 844	0	3 589	2 170	1 122	6 881	117.7
Total		103	29 710	3 112	14 622	11 438	8 362	37 534	126.3
POSTES DE SANTE 2014									
Région	District	Formations sanitaires	Cible	Activité T1	Activité T2	Activité T3	Activité T4	Total	%
Kaffrine	Birkelane	12	3 073	776	947	1 041	808	3 572	116.2
	Kaffrine	16	7 171	1 510	1 764	1 993	1 653	6 920	96.5
	Koungheul	18	4 919	1 296	1 602	1 614	1 287	5 799	117.9
	Maléme Hoddar	16	2 373	403	607	802	523	2 335	98.4
Kolda	Kolda	21	7 127	1 572	1 477	1 367	1 910	6 326	88.8
	M. Yoro Foulah	9	4 295	1 123	1 286	1 282	1 494	5 185	120.7
	Vélingara	18	9 080	2 013	1 784	2 296	2 343	8 436	92.9
Total		110	38 038	8 693	9 467	10 395	10 018	38 573	101.4
SYNTHESE									
Région	District	2012	2013	2014					
Kaffrine	Birkelane	2 876	3 689	3 572					
	Kaffrine	1 388	6 702	6 920					
	Koungheul	ND	5 031	5 799					
	Maléme Hodar	ND	2 110	2 335					
Kolda	Kolda	ND	9 094	6 326					
	Médina Yoro Foulah	ND	4 027	5 185					
	Vélingara	ND	6 881	8 436					
Total		4 264	37 534	38 573					

Source : Moi-même.

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

Le nombre d'ECV au cours des 3 années a augmenté de 4264 en 2012 : on est passé à 38 573 ECV en 2014. L'objectif de couverture fixé à 90% par le PEV est largement dépassé pour la quasi-totalité des structures sanitaires.

La situation est presque similaire pour les centres de santé (à titre indicatif) du point de vue des couvertures vaccinales, celles-ci dépassent largement l'objectif national. Cependant, il existe une situation assez particulière entre les données de 2013 et 2014. En effet, le nombre d'ECV a chuté de plus d'un millier d'enfants (1473 enfants).

Tableau 13 - Nombre d'ECV dans les centres de santé 2012, 2013 et 2014.

Région	Distric	Centres de santé	2012	2013	2014
Kaffrine	Birkelane	Birkelane	945	427	304
	Malème Hoddar	Malème Hoddar	-	273	185
	Koungheul	Koungheul	-	327	324
Kolda	Kolda	Kolda	-	2 494	952
	Médina Yoro Foulah	Médina Yoro Foulah	-	474	793
	Vélingara	Vélingara	-	624	588
Total			945	4 619	3 146

Source : Moi-même.

De manière générale, les données de vaccination souffrent de certaines difficultés que sont le défaut de maîtrise des cibles, la promptitude et la complétude des données. Ces facteurs portent un préjudice réel à l'administration des données vaccinales.

Les cibles sont souvent imprécises et souffrent des problèmes d'estimation. Les prestataires se plaignent souvent de sur estimation ou de sous-estimation des populations des différentes zones de responsabilité. Il faut dire qu'il existe encore des problèmes réels liés à la maîtrise des phénomènes démographiques qui se déroulent dans notre pays comme la fécondité, la mortalité, la nuptialité et la migration.

Au regard des objectifs fixés par le PEV, 70% des postes de santé ont atteint l'objectif de couverture vaccinale pour les ECV en 2014. Cet indicateur était respectivement à 78% et 73% en 2013 et 2012.

Tableau 14 - Performances des postes de santé par rapport à l'objectif de couverture (90%)

Objectif	2014		2013		2012	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Atteint	77	70	80	78	8	73
Non Atteint	33	30	22	22	3	27
Total	110	100	102	100	11	100

Source : Moi-même.

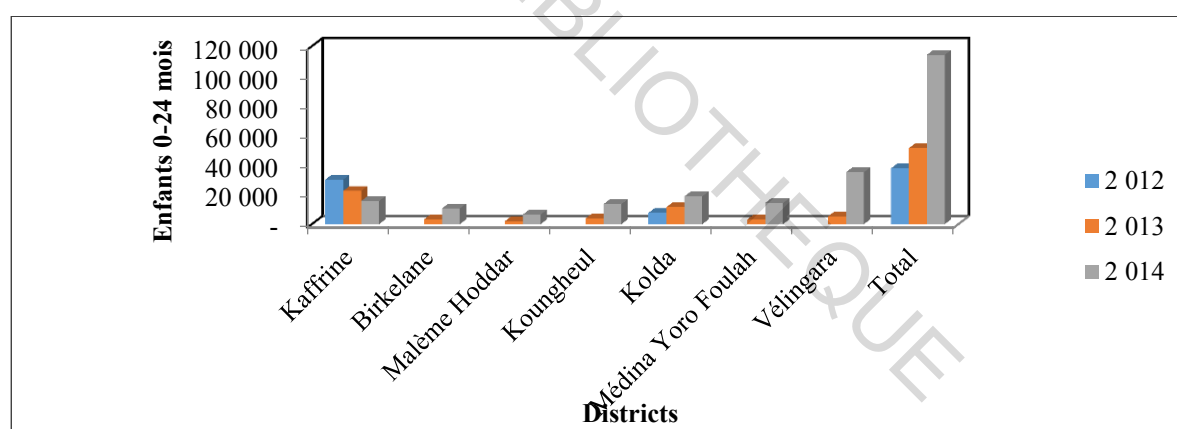
Pour ce qui est des objectifs du PNFBR, 27/110 postes de santé n'ont pas atteint les objectifs fixés par le programme en 2014. En 2013, ils étaient 9/102 et 2/11 en 2012. (Voir Annexe 1).

La vaccination des enfants est une stratégie centrale dans la lutte contre la morbi-mortalité des enfants. Elle vise à immuniser les enfants contre les pathologies mortelles et/ou handicapantes telles que la tuberculose, la diphtérie-tétanos-coqueluche, la poliomyélite, les infections de type Haemophilus influenzae, etc. Le financement orienté vers la vaccination permet ainsi d'accroître l'espérance de vie.

4. Indicateur 2 : Enfants de 0 à 24 mois ayant bénéficié de 3 pesées durant le trimestre dont 1 pesée/mois

Le suivi pondéral de la croissance est un aspect important dans l'arsenal d'indicateurs suivis par le PNFBR. Il faut à ce titre préciser que la dénutrition est une cause sous-jacente de décès d'enfants (OMS, 2010). Ainsi, il est préconisé la pesée régulière des enfants âgés de 0 à 24 mois. Les postes de santé ont, au cours des trois années observées, accompli des activités liées à cet indicateur.

Figure 9 - Nombre d'enfants ayant bénéficié de pesées au cours des années d'observation



Source : Moi-même.

Les activités de pesage des enfants de 0-24 mois se sont considérablement accrues au cours des années 2012, 2013 et 2014. Longtemps considérée comme parent pauvre des activités sanitaires, cette stratégie a gagné du terrain dans les zones FBR et est devenue un moyen incontournable de prévention des déficits pondéraux. A l'exception du district de Kaffrine, tous les autres districts ont enregistré des évolutions remarquables du point de vue quantitatif. Le district de Vélingara a enregistré les résultats les plus spectaculaires. En effet, il est passé de 5254 enfants pesés en 2013 à 35034 enfants pesés en 2014. C'est le poste de Médina Gounass, dont le village éponyme est un foyer religieux de grande envergure qui réalise l'essentiel des activités de pesée.

Le tableau ci-dessous donne dans le détail les résultats des différents districts sanitaires au cours des années 2012, 2013 et 2014. Ces résultats sont marqués par une constante progression du nombre d'enfants enregistrés pour l'essentiel des districts sanitaires.

Tableau 15 - Nombre d'enfants ayant bénéficié de pesée au niveau des districts sanitaires au cours des années 2012, 2013 et 2014

District	2012		2013		2014	
	Cible	Total Activités	Cible	Total Activités	Cible	Total Activités
Kaffrine	2 826	30 052	10 617	22 425	8 497	15 566
Birkelane			1 908	3 195	3 377	10 617
Malème Hoddar			1 915	1 950	2 909	6 428
Koungheul			3 321	3 831	3 964	13 540
Kolda	1 492	7 552	6 362	11 461	8 056	18 747
Médina Yoro Foulah			2 814	3 134	3 302	14 264
Vélingara			7 318	5 254	8 849	35 034

Source : Moi-même.

Rappelons que seuls les districts de Kaffrine et de Kolda étaient sous FBR en 2012. Le recul constaté au district de Kaffrine est lié à l'intégration d'autres districts de la région de Kaffrine dans le dispositif FBR tel que le district de Birkelane. Les résultats des différents postes de santé montrent des progrès assez remarquables (voir Annexe 2). En effet, ces tendances démontrent une meilleure prise en charge de la santé des enfants de 0 à 24 mois dans ses aspects liés à la prévention des différentes formes de malnutrition.

5. Indicateur 3 : Supplémentation en Vitamine A en routine

La supplémentation en vitamine A est une intervention essentielle dans la lutte pour la survie de l'enfant. Elle est en effet indispensable pour une croissance rapide et une protection contre les infections. Les insuffisances vitaminiques (A) peuvent entraîner des carences qui peuvent accroître les risques de morbidité et de mortalité chez les enfants. Le Sénégal a intégré dans sa politique sanitaire l'administration de la vitamine A aux nourrissons et aux enfants aussi bien en campagne qu'en routine.

Les régions de Kolda et de Kaffrine ont intégré depuis le début du FBR l'administration de la vitamine A en routine, celle-ci est un élément clé dans l'arsenal de prestations offertes par les postes de santé.

De 1.140 enfants supplémentés en vitamine A en 2012, on est passé à 100.250 enfants en 2014. Le FBR a accéléré la routinisation de cette activité qui se faisait traditionnellement tous les 6 mois c'est-à-dire lors des journées nationales de supplémentation et de déparasitage.

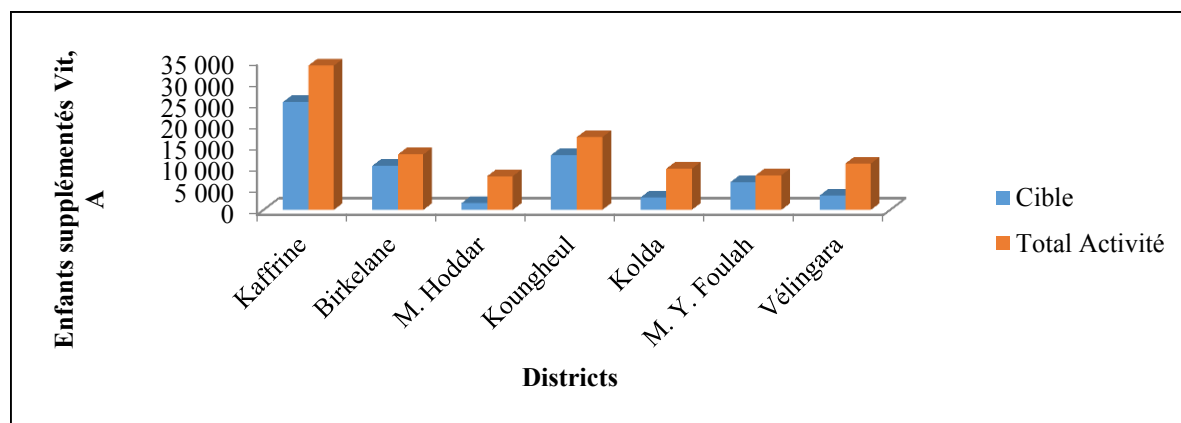
Tableau 16 - Evolution du nombre d'enfants supplémentés en vitamine de 2012 à 2014

2012				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2012
Kolda	Kolda	2 258	1 140	50%
Kaffrine	Kaffrine	3 998	0	0%
Total		6 256	1 140	18%
2013				
Kolda	Kolda	1 372	4 843	353%
	Vélingara	1 029	914	89%
	Médina Yoro Foulah	485	2 220	457%
Kaffrine	Kaffrine	1 021	8 300	813%
	Birkelane	363	1 372	378%
	Malème Hoddar	365	4 572	1254%
	Koungheul	633	1 187	188%
Total		5 268	23 408	444%
2014				
Kaffrine	Kaffrine	25 209	33 768	134%
	Birkelane	10 309	12 969	126%
	Malème Hoddar	1 601	7 897	493%
	Koungheul	12 855	17 021	132%
Kolda	Kolda	2 935	9 629	328%
	Médina Yoro Foulah	6 457	8 110	126%
	Vélingara	3 394	10 856	320%
Total		62 762	100 250	160%

Source : Moi-même.

Comme ailleurs les cibles posent des problèmes de sous-estimation et de sur estimation. En tout état de cause, il y a des avancées quantitatives manifestes qui peuvent préjuger d'une meilleure prise en charge de la santé des enfants. Les districts de Malème Hoddar, Kolda et Vélingara retiennent l'attention pour les résultats enregistrés en 2014.

Graphique 4 - Nombre d'enfants supplémentés vs cibles en 2014 dans les districts FBR



Source : Moi-même.

Ce graphique montre l'évolution quantitative du nombre d'enfants supplémentés en vitamine A en 2014 dans les districts par rapport à leurs cibles.

La vitamine A joue un rôle essentiel dans la croissance et la santé de l'enfant, la supplémentation permet aux enfants de résister à des pathologies comme les diarrhées, les infections respiratoires, la rougeole, etc.

6. Indicateur 4 : Consultations Pré Natales

Cet indicateur a connu une certaine évolution, non pris en charge au début du programme il a été couplé au dépistage VIH en 2013 et 2014. En 2014, il a été dédoublé. Pour les besoins de notre étude, nous nous intéressons uniquement à l'association CPN et VIH parce que celle-ci est observable et mesurable en 2013 et 2014.

Tableau 17 - Performances des districts en CPN/dépistage VIH en 2013 et 2014

2013				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2014
Kaffrine	Kaffrine	8 214	7 624	93%
	Birkelane	3 543	3 377	95%
	Malème Hoddar	3 556	1 504	42%
	Koungheul	6 168	4 140	67%
Kolda	Kolda	8 552	5 703	67%
	Vélingara	10 032	6 146	61%
	Médina Yoro Foulah	4 527	3 542	78%
Total		44 592	32 036	72%
2014				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2014
Kaffrine	Kaffrine	8 904	9 368	105%
	Birkelane	4 331	4 368	101%
	Malème Hoddar	2 502	3 310	132%
	Koungheul	7 673	8 253	108%
Kolda	Kolda	6 766	6 701	99%
	Médina Yoro Foulah	4 352	4 462	103%
	Vélingara	9 040	10 061	111%
Total		43 567	46 523	107%

Source : Moi-même.

A l'examen, ce tableau montre une évolution des CPN/dépistage VIH entre 2013 et 2014. En effet, on a noté une nette progression de cet indicateur, les valeurs relatives relevées d'une année à une autre vont de 72% à 107%. Dans le détail, 75% des postes de santé ont atteint leur objectif de couverture en 2014 contre 38% en 2013.

Par ailleurs, il faut préciser que le dépistage du VIH est systématiquement proposé à toutes les femmes reçues en CPN.

7. Indicateur 5 : accouchements assistés par un personnel qualifié

On appelle accouchement assisté tout accouchement réalisé par un personnel qualifié c'est-à-dire un médecin, une sage-femme ou un infirmier. La proportion d'accouchements assistés par du personnel formé est un indicateur important pour apprécier l'état de santé maternelle d'une population.

Au démarrage du PNFBR en 2012, seuls deux postes de santé avaient atteint l'objectif fixé par le PNFBR. Il s'agissait des postes de santé de Médina Cherif et de Tankanto Escale tous situés dans le district de Kolda. En 2013, 64% des postes de santé n'avaient pas atteint les objectifs assignés.

Tableau 18 - Performances des districts en accouchements assistés en 2012, 2013 et 2014

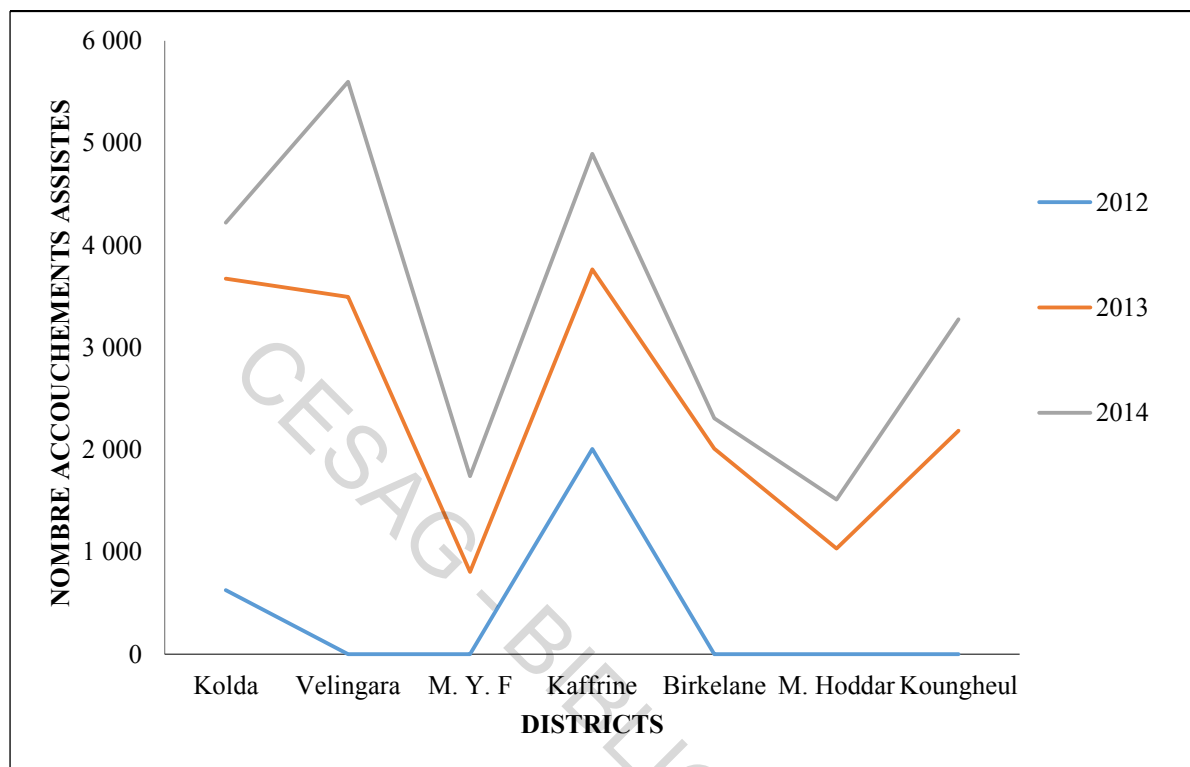
Région	District	Cible T4	Total Activité	Performance 2014
2012				
Kolda	Kolda	1 402	627	45%
Kaffrine	Kaffrine	3 986	2 008	50%
Total		5 388	2 635	49%
2013				
Kolda	Kolda	5 246	3 674	70%
	Vélingara	6 015	3 494	58%
	Médina Yoro Foulah	2 301	805	35%
Kaffrine	Kaffrine	5 255	3 763	72%
	Birkelane	2 552	2 010	79%
	Maléme Hoddar	2 098	1 034	49%
	Koungheul	3 448	2 185	63%
Total		26 916	16 965	63%
2014				
Kolda	Kolda	4 222	2 801	66%
	Médina Yoro Foulah	1 741	1 111	64%
	Vélingara	5 598	3 932	70%
Kaffrine	Kaffrine	4 893	4 088	84%
	Birkelane	2 308	2 444	106%
	Maléme Hoddar	1 514	1 390	92%
	Koungheul	3 275	3 013	92%
Total		23 550	18 779	80%

Source : Moi-même.

A l'examen, on se rend compte que les meilleurs résultats sont observés en 2014 avec une couverture globale de 80%. Tous les districts de la région de Kaffrine ont des couvertures supérieures à 80% alors que ceux de la région de Kolda peinent à atteindre les 70%. Les facteurs explicatifs tiennent pour l'essentiel à la subsistance de comportements, d'attitudes et de

pratiques préjudiciables à la santé de la mère mais aussi à une accessibilité géographique insuffisante des structures sanitaires.

Figure 10 - Evolution du nombre d'accouchements assistés en 2012, 2013 et 2014 dans les districts FBR



Source : Moi-même

La progression est constante de 2012 à 2014, tous les districts ont accompli des avancées quantitatives remarquables. Ces progressions laissent supposer une meilleure prise en charge de la santé de la mère. En effet, la surveillance de l'accouchement par un personnel soignant qualifié est nécessaire car il a été remarqué que plusieurs femmes présentaient des complications après leur accouchement.

8. Indicateur 6 : nouvelles utilisatrices de planification familiale

La planification familiale joue un rôle de premier plan dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Elle fut introduite au Sénégal dès 1960 mais elle a tardé à prendre son envol à cause de nombreuses pesanteurs. Cependant, il y a une évolution régulière de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union depuis 1992/1993 (EDS-Continue 2012/2013). Les régions de Kaffrine et de Kolda n'ont pas échappé à ces tendances. Le PNFBR les a davantage aidées à obtenir des résultats en matière de planification familiale. Le

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

taux de recrutement de ces régions s'est beaucoup amélioré au cours des années 2012, 2013 et 2014.

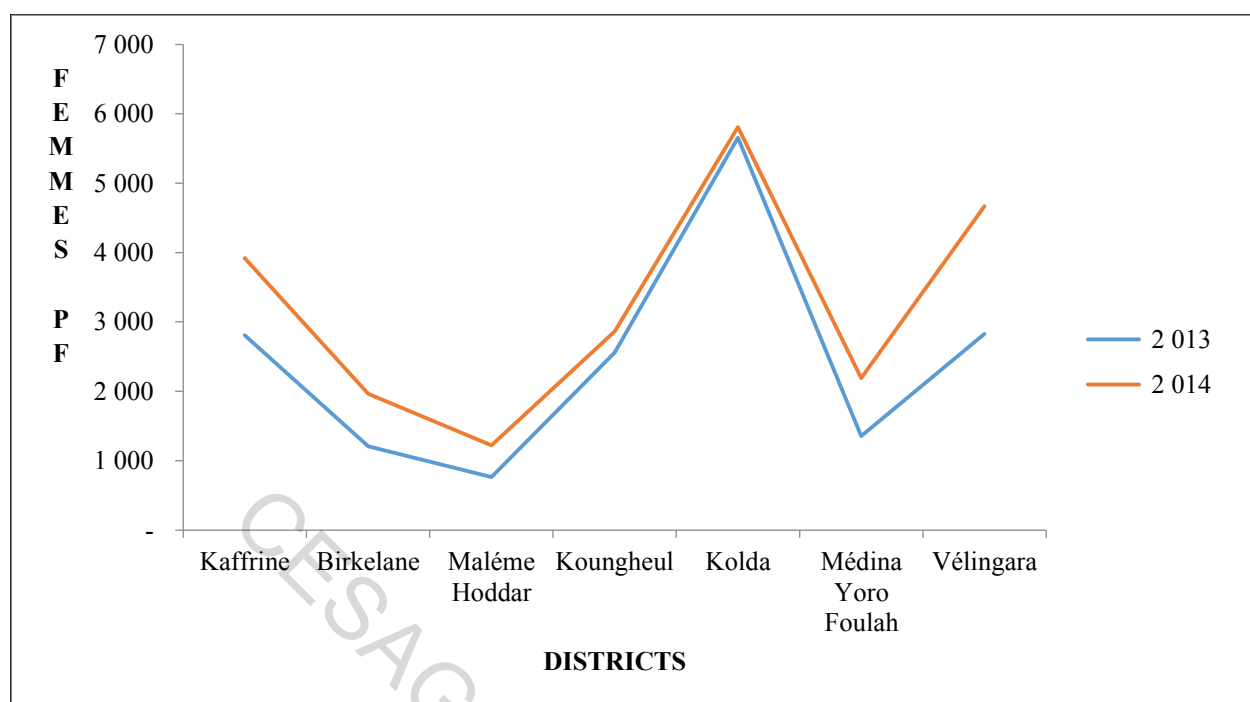
Tableau 19 - Taux de recrutement PF en 2012, 2013 et 2014

2012				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2012
Kolda	Kolda	1 500	1 357	90%
Kaffrine	Kaffrine	2 584	1 205	47%
Total		4 084	2 562	63%
2013				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2013
Kaffrine	Kaffrine	4 371	2 810	64%
	Birkelane	1 776	1 209	68%
	Malème Hoddar	1 577	763	48%
	Koungheul	3 407	2 559	75%
Kolda	Kolda	7 977	5 657	71%
	Médina Yoro Foulah	2 543	1 356	53%
	Vélingara	5 890	2 828	48%
Total		27 541	17 182	62%
2014				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2014
Kaffrine	Kaffrine	4 929	3 920	80%
	Birkelane	2 186	1 966	90%
	Malème Hoddar	1 565	1 221	78%
	Koungheul	3 919	2 863	73%
Kolda	Kolda	7 582	5 809	77%
	Médina Yoro Foula	2 765	2 188	79%
	Vélingara	6 198	4 666	75%
Total		29 143	22 633	78%

Source : Moi-même

Etant donné que nous ne disposons pas des données relatives aux « actives », il nous est difficile de nous prononcer sur la prévalence contraceptive des régions de Kolda et de Kaffrine. Toutefois, le taux de recrutement (78% en 2014) permet d'apprécier les avancées obtenues en matière de planification familiale. Le graphique ci-dessous nous montre les sauts opérés par les districts des régions de Kaffrine et de Kolda entre 2013 et 2014.

Figure 11 - Evolution du nombre de nouvelles utilisatrices entre 2013 et 2014



Source : Moi-même.

Ce graphique montre la progression des districts sanitaires entre 2012 et 2013. Les 7 districts ont tous enregistré des résultats nettement plus importants que ceux de l'année dernière. Il faut noter que les districts de Kaffrine, Kolda, Médina Yoro Foulah et Vélingara ont fait les résultats les plus probants.

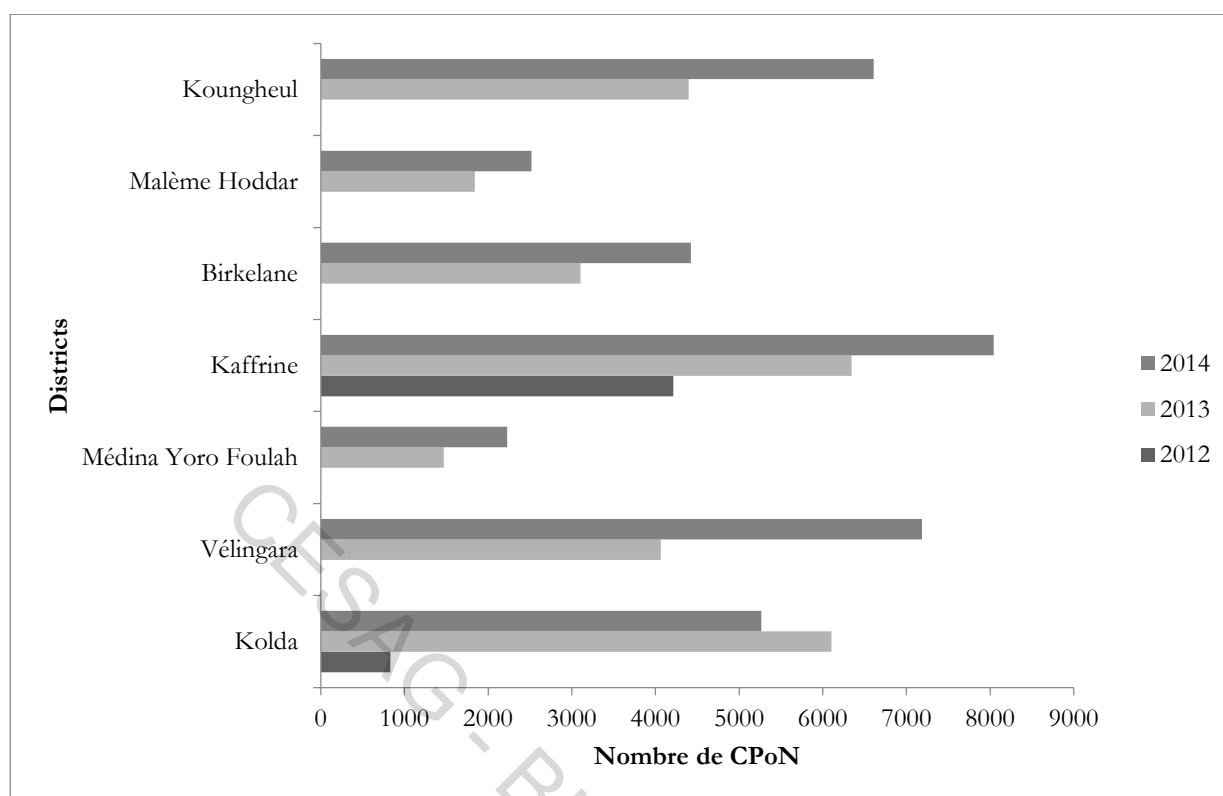
En définitive, la planification familiale reste un moyen efficace de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile car elle permet d'une part de réduire les risques sanitaires liés à la grossesse mais d'autre part de prévenir les grossesses et les naissances trop rapprochées.

9. Indicateur 7 : les consultations post natales

C'est une activité essentielle dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Encore appelée suivi post partum, la consultation post natale concerne toute femme ayant accouché dans un délai de 42 jours ainsi que son nouveau-né et son conjoint (PSEPND, 2009). Longtemps négligée par les prestataires, cette activité est pourtant incontournable dans le suivi post partum. Son effectivité permet de prévenir certaines pathologies qui, non prises en charge, peuvent être fatales.

Les données relatives aux consultations prénatales ont évolué dans les régions de Kaffrine et de Kolda au cours des années d'observation. Le graphique ci-dessous donne une situation assez précise des sauts quantitatifs opérés par les districts des deux régions FBR.

Graphique 5 - Evolution du nombre de consultations post natales



Source : Moi-même.

Le nombre de CPoN a augmenté dans la quasi-totalité des districts FBR, d'importantes progressions sont notées sauf à Kolda où on a relevé une baisse des CPoN en 2014 par rapport à 2013. Hormis ce district, la prise en charge post-partum s'est améliorée. Il a aussi été remarqué que les CPoN sont plus nombreuses que les accouchements assistés, cette situation pourrait être expliquée par l'existence de nombreux accouchements intervenus à domicile ou effectués par un personnel «non qualifié».

En définitive, il faut préciser que les CPoN permettent de surveiller la mère et de lui prodiguer des soins, de prendre en charge les affections et les complications du post-partum et aussi de vérifier l'état vaccinal de la mère et de l'enfant.

10. Indicateur 8 : le Traitement Préventif Intermittent (TPI)

Cet indicateur fait référence aux femmes qui ont reçu la deuxième dose de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) pendant une période donnée. Il s'agit d'une directive fondamentale du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) qui cherche à éliminer l'accès palustre chez la femme enceinte. Les postes de santé des régions de Kaffrine et de Kolda ont vu leur volume d'activités s'accroître comparativement aux références de base des années

considérées. Cependant, beaucoup de structures n'ont pas atteint les objectifs fixés par le PNFBR, 58% en 2013 et 68% en 2014. Cette situation peut avoir des répercussions préjudiciables à la santé de la mère *a fortiori* dans des zones comme Kaffrine et Kolda où il y a une endémicité palustre certaine.

Tableau 20 - Administration de la SP2 chez les femmes enceintes

2012				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2012
Kolda	Kolda	1 192	1 018	85%
Kaffrine	Kaffrine	3 319	954	29%
Total		4 511	1 972	44%
2013				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2013
Kolda	Kolda	9 185	4 696	51%
	Médina Yoro Foulah	4 527	1 323	29%
	Vélingara	10 032	3 237	32%
Kaffrine	Kaffrine	8 214	4 662	57%
	Birkelane	3 543	2 809	79%
	Malème Hoddar	3 556	1 286	36%
	Koungheul	6 168	2 349	38%
Total		45 225	20 362	45%
2014				
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2014
Kolda	Kolda	9 150	4 952	54%
	Médina Yoro Foulah	5 849	3 617	62%
	Vélingara	12 189	6 752	55%
Kaffrine	Kaffrine	7 776	6 422	83%
	Birkelane	6 065	3 640	60%
	Malème Hoddar	3 819	2 002	52%
	Koungheul	10 359	6 366	61%
Total		55 207	33 751	61%

Source : Moi-même.

Ce tableau laisse apparaître des performances assez modestes en matière d'administration de la SP. En 2014, seul le district de Kaffrine est parvenu à avoir une performance remarquable (83%) par rapport aux autres districts. D'ailleurs, ces résultats cachent mal les performances des postes de santé qui sont à des niveaux d'atteinte relativement faibles.

La chimio prévention directement observée à la SP conformément aux directives du PNLN est un moyen efficace de prévenir le paludisme pendant la grossesse et partant sa morbi-mortalité.

11. Indicateur 9 : Cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans correctement traités

On peut assimiler cet indicateur à un élément traceur fondamental dans le dispositif du PNFBR. Il est basé sur le nombre d'enfants atteint de paludisme reçus dans les postes de santé et correctement pris en charge (*i.e.* suivant les directives édictées par le PNLP). L'appréciation globale de cet indicateur est impossible du fait de la non-exhaustivité des données de 2013. Cependant, les éléments statistiques disponibles permettent d'évaluer les avancées obtenues en matière de prise en charge du paludisme dans les postes de santé.

Tableau 21 - Cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en 2013 et 2014

2013					
Région	District	Cible	Total Activité	Performance 2013	Objectif PNFBR
Kaffrine	Kaffrine	597	872	146%	100%
	Birkelane	323	374	116%	100%
	Malème Hoddar	357	302	85%	100%
	Koungheul	254	282	111%	100%
Kolda	Kolda	3439	5542	161%	100%
	Médina Yoro Foulah	2193	2498	114%	100%
	Vélingara	944	1146	121%	100%
Total		8107	11016	136%	100%
2014					
Région	District	Cible	Total	Performance	Obiectif
Kaffrine	Kaffrine	702	669	95%	100%
	Birkelane	413	350	85%	100%
	Malème Hoddar	74	73	99%	100%
	Koungheul	284	234	82%	100%
Kolda	Kolda	3083	3016	98%	100%
	Médina Yoro Foulah	1403	1403	100%	100%
	Vélingara	914	896	98%	100%
Total		6873	6641	97%	100%

Source : Moi-même.

Il faut préciser que les cibles de 2013 ne sont pas exhaustives. En effet, beaucoup de postes de santé n'ont pas présenté des données entières durant le premier trimestre de l'année 2013. Pour 2014, les données sont à peu près correctes et on se rend compte qu'un seul district (Médina Yoro Foulah) a atteint l'objectif de 100% dans la prise en charge des cas de paludisme. Tous les cas de paludisme devraient être correctement pris en charge donc tous les districts sanitaires devraient atteindre l'objectif PNFBR fixé à 100%.

12. Le financement de la performance

a. L'enveloppe financière des postes de santé

Le PNFBR a mis en place des ressources financières pour accompagner les formations sanitaires à atteindre, les objectifs fixés sur la base des études réalisées et spécifiées pour chaque structure. Les références de base constituent le point de départ à partir duquel les objectifs de performance sont fixés et l'atteinte de ces objectifs entraîne la libération de ressources financières.

Au cours des années 2012, 2013 et 2014, le programme avait dégagé des enveloppes financières pour les paiements qui devaient s'opérer.

Tableau 22 - Enveloppes financières destinées aux postes de santé par district en 2012, 2013 et 2014.

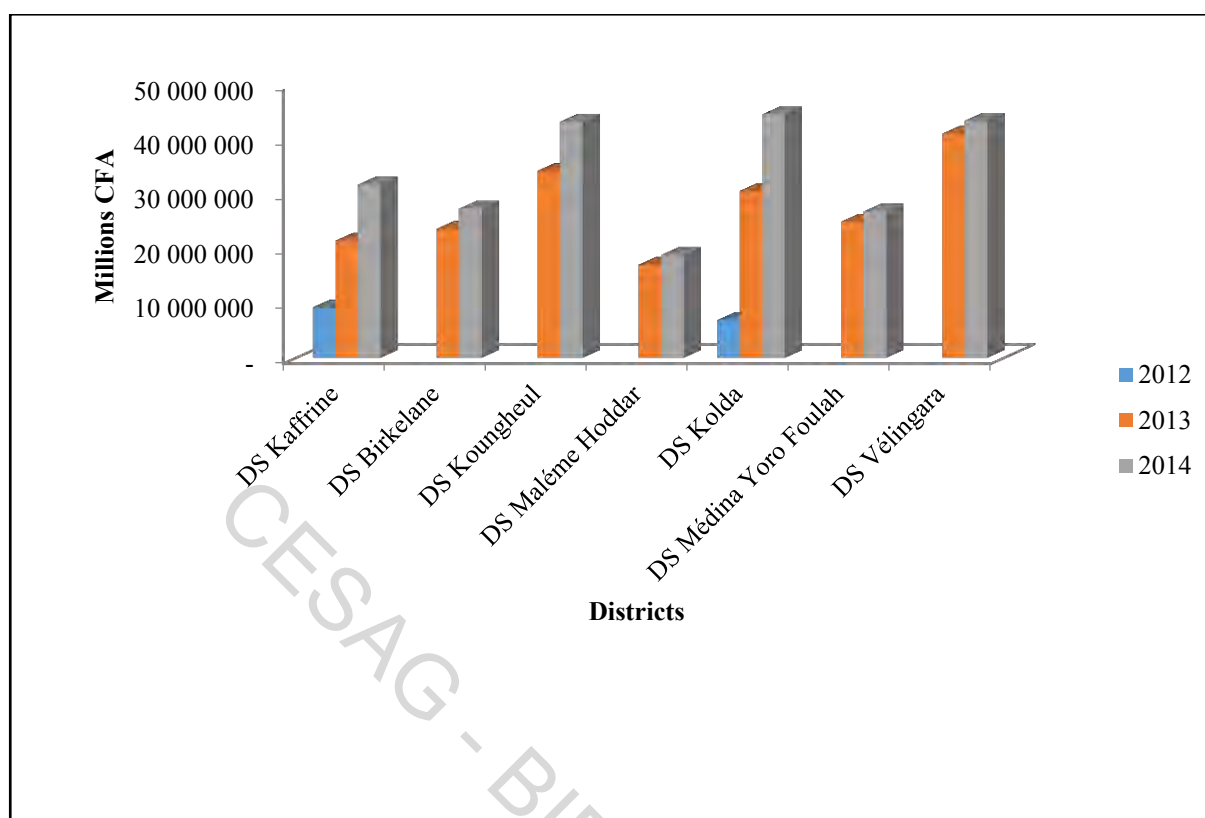
		Année			Total
		2012	2013	2014	
DISTRICTS	DS Kaffrine	9 264 000	21 456 000	31 696 000	62 416 000
	DS Birkelane		23 616 000	27 296 000	50 912 000
	DS Koungheul		34 256 000	43 216 000	77 472 000
	DS Maléme Hoddar		17 056 000	18 832 000	35 888 000
	DS Kolda	6 944 000	30 576 000	44 576 000	82 096 000
	DS Médina Yoro Foulah		24 928 000	26 784 000	51 712 000
	DS Vélingara		41 024 000	43 392 000	84 416 000
Total		16 208 000	192 912 000	235 792 000	444 912 000

Source : Moi-même.

A l'examen, il apparaît que l'enveloppe financière destinée aux postes de santé a augmenté d'année en année et de manière substantielle. Tous les districts (postes de santé) ont enregistré des hausses assez importantes de leur assiette financière. Près d'un demi-milliard de francs CFA ont été injectés en 3 ans pour atteindre les objectifs en matière de santé maternelle, de santé infanto-juvénile et de lutte contre la maladie.

Le district de Vélingara a bénéficié de l'enveloppe financière la plus consistante suivi respectivement des districts de Kolda et de Koungheul. Le graphique ci-dessous compare les enveloppes financières des districts de 2012 à 2014.

Graphique 6 - Evolution de l'enveloppe financière des districts de 2012 à 2014



Source : Moi-même.

Les districts de Kolda et de Kaffrine ont bénéficié de financements durant les trois années d'observations, et ces financements se sont accrus d'année en année. Ce fut le cas pour tous les autres districts pilotes qui ont vu leur enveloppe s'accroître chaque année (2013 et 2014). Ces enveloppes ont servi aux financements des différentes activités des formations sanitaires pour l'atteinte des objectifs.

b. Les paiements opérés par le PNFBR en 2013 et 2014

Le PNFBR a procédé aux paiements des bénéficiaires pour les différents indicateurs au cours des années 2012, 2013 et 2014. La disponibilité des données financières a posé problème. D'ailleurs, les données de 2012 (inhérentes aux indicateurs) ne nous ont pas été communiquées. Même pour les données des années précédentes, il n'a pas été possible d'obtenir des données qui nous permettraient de procéder à des analyses fines et des inférences objectives.

Tableau 23 - Paiement des indicateurs du PNFBR en 2013 et 2014 pour les régions de Kaffrine et Kolda

2013					
INDICATEURS	1er trimestre	2e trimestre	3e trimestre	4e trimestre	Total
Couverture vaccinale des enfants 0-11 mois	480 884	2 287 296	1 722 168	5 290 488	9 780 836
Couverture SNP des enfants 0-24 mois	17 088	112 512	271 152	8 007 728	8 408 480
Accouchements réalisés par un personnel qualifié	106 560	842 240	851 720	774 000	2 574 520
Nouvelles utilisatrices de PF (recrutement)	898 830	1 175 040	688 640	2 869 880	5 632 390
Consultation post natale	541 920	1 988 440	1 586 520	5 799 600	9 916 480
Couverture des femmes enceintes en TPI 2	848 040	1 219 840	918 240	2 909 760	5 895 880
Enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités	1 292 800	7 845 920	5 800 160	18 079 520	33 018 400
Réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN	814 688	1 897 920	1 555 056	4 447 872	8 715 536
Enfants 6-59 mois supplémentés en vit A	59 648	400 884	528 968	8 216 544	9 206 044
Total	5 060 458	17 770 092	13 922 624	56 395 392	93 148 566
2014					
INDICATEURS	1er trimestre	2e trimestre	3e trimestre	4e trimestre	Total
Couverture vaccinale des enfants 0-11 mois	749 440	917 504	1 882 704	8 185 664	11 735 312
Couverture SNP des enfants 0-24 mois	440 882	857 184	2 069 184	8 488 160	11 855 410
Accouchements réalisés par un personnel qualifié	490 880	890 880	1 158 720	1 968 640	4 509 120
Nouvelles utilisatrices de PF (recrutement)	474 720	580 820	1 217 280	2 062 080	4 334 900
Consultation post natale	787 296	788 152	1 894 816	2 746 688	6 216 952
Couverture des femmes enceintes en TPI 2	2 708 544	2 819 904	5 689 808	5 517 888	16 736 144
Enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités	1 805 696	1 879 986	8 759 872	8 678 592	21 124 146
Réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN	1 854 272	1 409 952	2 819 904	2 758 944	8 843 072
Enfants 6-59 mois supplémentés en vit A	689 860	798 528	1 782 912	2 987 828	6 259 128
Total	10 001 590	10 942 910	27 275 200	43 394 484	91 614 184

Source : Moi-même.

Pour les deux années considérées, le PNFBR a procédé aux paiements des bénéficiaires pour un montant global de **184 762 750 F.CFA**. Le tableau ci-dessus se rapporte aux indicateurs précédemment traités et mesurables au niveau des postes de santé des différents districts. A l'examen, nous notons en 2014 la hausse de la part des paiements alloués aux indicateurs relatifs à la vaccination, à la couverture SNP, aux accouchements assistés, aux CPN/VIH. Par contre, pour les indicateurs liés à la prise en charge du paludisme chez les moins de 5 ans, la planification familiale, la supplémentation et les CPoN, il y a une baisse par rapport aux paiements opérés en 2013.

Tableau 24 - Données comparatives paiements bénéficiaires 2013 et 2014

INDICATEURS	Année		Total	Valeur relative 2013	Valeur relative 2014
	2013	2014			
Couverture vaccinale des enfants 0-11 mois	9 780 836	11 735 312	21 516 148	45,5%	54,5%
Couverture SNP des enfants 0-24 mois	8 408 480	11 855 410	20 263 890	41,5%	58,5%
Accouchements réalisés par un personnel qualifié	2 574 520	4 509 120	7 083 640	36,3%	63,7%
Nouvelles utilisatrices de PF (recrutement)	5 632 390	4 334 900	9 967 290	56,5%	43,5%
Consultation post natale	9 916 480	6 216 952	16 133 432	61,5%	38,5%
Couverture des femmes enceintes en TPI 2	5 895 880	16 736 144	22 632 024	26,1%	73,9%
Enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités	33 018 400	21 124 146	54 142 546	61,0%	39,0%
Réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN	8 715 536	8 843 072	17 558 608	49,6%	50,4%
Enfants 6-59 mois supplémentés en vit A	9 206 044	6 259 128	15 465 172	59,5%	40,5%
Total	93 148 566	91 614 184	184 762 750	50,4%	49,6%

Source : Moi-même.

On peut d'emblée remarquer une baisse considérable des paiements alloués à la prise en charge des enfants atteints de paludisme de **33 018 400 F.CFA** en 2013. Ces paiements ont chuté à **21 124 146 F.CFA** en 2014. Ce recul peut être attribué aux initiatives innovantes menées en matière de lutte contre le paludisme. L'épidémiologie de cette pathologie laisse apparaître depuis quelques années un recul considérable tant du point de vue de la morbidité que de la mortalité. La couverture des femmes en TPI qui a augmenté en 2014 montre cette tendance vers la maîtrise de l'endémie palustre.

SECTION 3 : LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude comporte certaines limites intrinsèques à la nature des données utilisées et du schéma d'analyse emprunté.

Il faut d'emblée reconnaître que les données quantitatives examinent la quantité d'informations *stricto sensu*, la qualité qui est un aspect essentiel des services de soins est relégué au second plan. Même si cette limite n'est pas très contraignante en termes d'impact sur les analyses, elle est néanmoins bien présente. A titre d'exemple, les résultats quantitatifs obtenus dans la vaccination des enfants ne nous renseignent guère sur le mode d'administration des antigènes, l'asepsie, le site d'injection ou même le temps d'attente avant la vaccination.

De plus l'utilisation des données pour estimer l'effet du FBR s'est avéré très difficile du fait principalement du *reporting* insuffisant, des cibles non maîtrisées et des indicateurs changeant d'une année à une autre, ce qui ne nous a pas permis d'analyser certains indicateurs comme celui lié à la tuberculose par exemple. Cette limite a entraîné une réduction sensible du nombre d'indicateurs de travail initialement retenus, car beaucoup d'entre eux étaient devenus inopérants.

Par ailleurs, la non disponibilité des données financières désagrégées ne nous a pas permis d'examiner dans le détail l'impact des paiements dans la performance des postes de santé.

En outre, la présence de postes de santé non FBR dans le processus d'analyse nous aurait permis d'apprécier de manière plus globale l'impact du financement dans la performance des postes de santé FBR.

La maîtrise des processus de financement et l'utilisation détaillée des ressources financières ont aussi constitué une limite certaine car le contrôle de ces paramètres nous aurait permis de procéder à des analyses croisées plus détaillées entre les indicateurs, les activités menées et les ressources utilisées.

Conclusion

Nous avons pu, à travers ce chapitre, passer en revue l'une des parties les plus importantes de ce travail. En effet, la méthodologie, l'analyse et l'interprétation des données constituent sans nul doute les pierres angulaires de ce mémoire. C'est à la fin de cette partie que nous pouvons tirer le bilan, formuler des recommandations et ouvrir des perspectives qui pourraient être intéressantes dans le cadre de l'amélioration des performances des systèmes de santé d'une manière générale.

CONCLUSION GENERALE

Le financement basé sur les résultats est une innovation majeure introduite dans les systèmes de santé. Son opérationnalité éprouvée dans de nombreux pays a donné des développements inattendus pour les uns, modestes pour les autres et de nul effet pour certains.

Expérimenté au Sénégal depuis 2012, le FBR s'est aujourd'hui étendu sur plusieurs régions et concerne un nombre croissant de formations sanitaires, d'équipes cadre de district et d'équipes cadre de région.

L'économie de son intervention dans les régions de Kaffrine et de Kolda de 2012 à 2013 a permis de mesurer tout le chemin parcouru et d'apprécier les avancées obtenues dans la satisfaction quantitative des indicateurs de santé et *in fine* dans l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

Une enveloppe de près d'un demi-milliard a permis aux formations sanitaires d'apporter des réponses quantitatives aux problèmes de la morbi-mortalité maternelle et infanto-juvénile et de mieux prendre en charge les pathologies comme le paludisme, la tuberculose ou encore le VIH/Sida.

On peut présager d'une baisse du taux de mortalité infanto-juvénile dans les districts FBR. En effet, de bonnes performances sont notées en matière de vaccination et de surveillance nutritionnelle et pondérale. Or, ces deux paramètres apportent des solutions quasi radicales à l'importante morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans.

De même, les activités liées à la santé de la mère telles que les CPN, les CPoN et le TPI diminuent la charge morbide de la grossesse et réduisent de manière drastique les décès maternels. Les couvertures notées dans les formations sanitaires de Kolda et de Kaffrine laissent penser à une meilleure prise en charge de la santé génésique.

La lutte contre les pathologies telles que la tuberculose, le paludisme et le VIH/Sida a enregistré des progrès réels. Cependant, de 2012 à 2013, il est intervenu un affinement des indicateurs qui ne nous a pas permis d'analyser ces aspects pris en charge par le FBR de manière approfondie.

Au total, force est de reconnaître que la production (de soins) des formations sanitaires s'est beaucoup accrue avec l'introduction du financement basé sur les résultats. Les indicateurs de performance établis par le PNFBR ont, dans leur quasi-totalité, enregistré des améliorations quantitatives indéniables.

Ce type de financement des formations sanitaires semble être une réponse idoine aux énormes difficultés engendrées par l'insuffisance des ressources financières, le changement de paradigme opéré par le FBR permet une affectation stratégique des moyens et une meilleure coordination des activités.

Il serait intéressant de procéder à l'expansion de cette stratégie dans tous les districts du Sénégal car elle assez prometteuse. Cependant, le défi majeur du FBR reste sa pérennisation. En effet, la raréfaction des ressources et des partenaires techniques et financiers peut bien constituer un frein à l'expansion du FBR.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages

AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE ROOTENBEKE E. (2003). Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, éditions Karthala 2003

BANQUE MONDIALE, (1994) : Le développement à l'œuvre. Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons d'une expérience. Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement, Banque mondiale, Washington DC.

FOURNIER P. et HADDAD S. (1995) : « les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in GERARD H. et al, La sociologie des populations, Montréal, AUPELF/UREF, pp 289-325

GENTILINI M, CAUMES E, DANIS M et al. (2012): Médecine Tropicale. 6^e édition, Lavoisier, Paris.

Articles

BASINGA P., GERTLER P. J., BINAGWAHO A. et al. (2010): Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda. Policy Research Working, The World Bank Human Development Network Chief Economist's Office & Africa Region Health, Nutrition & Population Unit

BRENNER S., MUULA A.S., ROBYN P.J. et al. (2014) Design of an impact evaluation using a mixed methods model – an explanatory assessment of the effects of results-based financing mechanisms on maternal healthcare services in Malawi. BMC Health Serv Res. 2014; 14: 18

GAVI Alliance (2014) : Le financement basé sur la performance pour le soutien en espèces au renforcement des systèmes de santé. Genève, Suisse

GRITTNER A. M. (2013): Results-based financing Evidence from performance-based financing in the health sector. German Development Institute, Bonn 2013

IRELAND M, PAUL E. & DUJARDIN B, (2011): Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? Bulletin World Health Organization 2011; 89:695–698 doi:10.2471/BLT.11.087379

JANSSEN W., NGIRABEGA J. D., MATUNGWA M., et al. (2011): Improving quality through performance-based financing in district hospitals in Rwanda between 2006 and 2010: A 5-year experience – Tropical Doctor

MANONGI R., MUSH D., KESSY J. et al. (2014): Does training on performance based financing make a difference in performance and quality of health care delivery? Health care provider's perspective in Rungwe Tanzania, BMC Health Services Research 2014, 14:154

MUSGROVE P. (2011) Financial and Other Rewards for Good Performance or Results: A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary [1]

PRIEDEMAN SKILES M., CURTIS S. L., BASINGA P. et al. (2012): An equity analysis of performance-based financing in Rwanda: are services reaching the poorest women? Health Policy and Planning 2013; 28:825–837, doi:10.1093/heapol/czs122. Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine

RUSA L., SCHNEIDMAN M., FRITSCHÉ G. et al. (2009). Rwanda 2009: Performance-Based Financing in the Public Sector. Center for Global Development, Washington, D.C. Center for Global development

SOETERS R., PEERENBOOM P.B., MUSHAGALUSA P. et al. (2011): Performance –Based Financing Experiment Improved Health Care in The Democratic Republic of Congo. Health Affairs, 30, N°8: 1518-1527, doi:10.1377/hlthaff.2009.0019

WITTER S, TOONEN J, MEESEN B et al. (2013): Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. BMC Health Services Research 2013, 13:367 doi: 10.1186/1472-6963-13-367

WU ZENG, CROS M., WRIGHT K.D. et al (2012): Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. Health Services, Management Sciences for Health, Cambridge, MA, USA

Documents pratiques

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANSD) et ICF International, 2012 : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2012-2013). Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 2011 : Le manuel FBP : Conception et mise en place de programmes efficaces de financement basés sur la performance. Version 1.0, Cambridge, 2011.

MSAS, 2009 : Plan de Suivi Evaluation du PNDS, Dakar. Sénégal

MSAS, 2009 : Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Dakar. Sénégal

MSAS, 2014 : Manuel de procédures du Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Sénégal. Version 2014

OMS (2010): Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. World Health Organisation, Genève, Suisse.

OMS (2011): Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé: le chemin vers la couverture universelle. World Health Organisation, Genève, Suisse.

OMS, 2010: Statistiques sanitaires mondiales. Genève, NLM classification: WA 900.1

Supports web

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/154>

<http://www.fbr.sante.gouv.sn/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

TABLE DES MATIERES

Dédicaces.....	I
Remerciements	II
Sigles et abréviations.....	III
Liste des tableaux.....	V
Liste des figures et graphiques.....	VI
RESUME	VII
SOMMAIRE.....	VIII
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE 1 : LA POLITIQUE DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU SENEGAL	5
Introduction	6
SECTION 1 - LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT (OMD) SANTE.....	6
1. Objectif 4.....	6
2. Objectif 5.....	7
3. Objectif 6.....	7
SECTION 2 - DEMARRAGE DU PNFBR ET DISTRICTS PILOTES	7
SECTION 3 - L'ARCHITECTURE INSTITUTIONNELLE DU PROJET	9
1. Le Comité de pilotage.....	9
2. Le Comité de suivi.....	9
3. La Coordination.....	9
4. Le Comité Régional de Gestion (CRG).....	10
SECTION 4 - LES BENEFICIAIRES DU PNFBR.....	10
SECTION 5 - LA PERFORMANCE.....	11
1. Les premiers contrats de performance du PNFBR	11
2. Le PNFBR et la performance	15
3. Les indicateurs du PNFBR	15
Conclusion	16
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	17
Introduction	18
SECTION 1 - CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	18
SECTION 2 - FACTEURS D'EFFICACITE EN SANTE.....	21
SECTION 3 - METHODES ET TECHNIQUES UTILISEES POUR MESURER L'EFFICACITE EN SANTE.....	25
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE ADOPTEE ET ANALYSE DES RESULTATS ...	27
Introduction	28
SECTION 1 - METHODOLOGIE.....	28
I. Indicateurs	28
1. Evolution des indicateurs des postes de santé.....	28
2. Les indicateurs au niveau du centre de santé	29

3.	Description des indicateurs	30
II.	Évaluation des effets	32
III.	Hypothèses	32
SECTION 2 - ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....		33
1.	Les bénéficiaires du FBR de 2012 à 2014	33
2.	Références de base postes de santé.....	34
3.	Indicateur 1 : les Enfants Complètement Vaccinés (0-11 mois).....	36
4.	Indicateur 2 : Enfants de 0 à 24 mois ayant bénéficié de 3 pesées durant le trimestre dont 1 pesée/mois 40	
5.	Indicateur 3 : Supplémentation en Vitamine A en routine.....	41
6.	Indicateur 4 : Consultations Pré Natales	43
7.	Indicateur 5 : accouchements assistés par un personnel qualifié	44
8.	Indicateur 6 : nouvelles utilisatrices de planification familiale	45
9.	Indicateur 7 : les consultations post natales	47
10.	Indicateur 8 : le Traitement Préventif Intermittent (TPI).....	48
11.	Indicateur 9 : Cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans correctement traités	50
12.	Le financement de la performance	51
a.	L'enveloppe financière des postes de santé	51
b.	Les paiements opérés par le PNFBR en 2013 et 2014	52
SECTION 3 : LIMITES DE L'ETUDE.....		55
CONCLUSION GENERALE.....		56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		58
Ouvrages.....		58
Articles.....		58
Documents pratiques.....		59
Supports web.....		60
TABLE DES MATIERES		61
ANNEXES		63
ANNEXE 1: indicateurs, références de base et objectifs fixés.....		63
ANNEXE 2 : Enfants complètement vaccinés (0 – 11 mois).....		64
ANNEXE 3 : Enfants 0-24 ayant bénéficié de pesée.....		71
ANNEXE 4 : administration de la vitamine A.....		74
ANNEXE 5: accouchements assistés.....		81

ANNEXES

ANNEXE 1: indicateurs, références de base et objectifs fixés

Indicateurs	Références de Base	Augmentation attendue
<ul style="list-style-type: none"> - Taux de couverture vaccinale des enfants de - d'un an - Taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois - Taux d'utilisation en consultation post natale 	<ul style="list-style-type: none"> Moins de 50% Entre 50% et 70% 70% ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> 30 points par an 20 points par an 10 points par an
<ul style="list-style-type: none"> - Proportion d'enfants de 6 mois - 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine - Taux d'accouchement réalisés par un personnel qualifié - Taux de couverture adéquate en CPN 	<ul style="list-style-type: none"> Moins de 50% Entre 50% et 70% 70% ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> 20 points par an 15 points par an 10 points par an
<ul style="list-style-type: none"> - Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale 	quelque soit la références de base	5 points par an
<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement pris en charge - Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités - Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités - Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats 	Cible = 100% quelque soit la références de base	
<ul style="list-style-type: none"> - Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2 - Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN 	<ul style="list-style-type: none"> Moins de 60% Entre 60% et 70% 70% ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> 30 points par an 20 points par an 10 points par an

ANNEXE 2 : Enfants complètement vaccinés (0 – 11 mois)

2014							
N°	District	Formations sanitaires	Cible annuelle	Total activité	Poucentage 2014	Objectif PNFBR	Atteinte objectif (90%)
1	Kaffrine	Boulel	622	525	84.4	99.0%	Non Atteint
2		Diamaguene	543	624	114.9	84.1%	Atteint
3		Diokoul Mbelbouk	940	963	102.4	86.9%	Atteint
4		Diouth Nguel	337	280	83.0	86.3%	Non Atteint
5		Gniby	595	602	101.2	100.0%	Atteint
6		Kaffrine II	491	336	68.4	82.4%	Non Atteint
7		Kahi	451	465	103.1	84.9%	Atteint
8		Kathiotte	713	674	94.5	86.8%	Atteint
9		Medina Diacksao	184	217	117.9	100.0%	Atteint
10		Medinatoul Salam II	304	359	118.1	100.0%	Atteint
11		Ndiao Bambaly	282	319	113.1	100.0%	Atteint
12		Nganda	713	574	80.5	87.3%	Non Atteint
13		Pathe Thiangaye	185	142	76.6	78.6%	Non Atteint
14		Santhie Ngalgone	553	570	103.0	110.0%	Atteint
15		Ngodiba	227	210	92.4	80.0%	Atteint
16		Darou Salam (Bocky Mbarga)	29	60	210.5	30.0%	Atteint
17	Birkelane	Diamal	198	213	107.6	81.8%	Atteint
18		Keur Mbouki	177	186	105.1	100.0%	Atteint
19		Keur Pathé	120	161	134.2	100.0%	Atteint
20		Keur Sawely	339	454	133.9	100.0%	Atteint
21		Mabo	820	820	100.0	100.0%	Atteint
22		Mbeuleup	223	253	113.2	91.2%	Atteint
23		Ndiayène Waly	88	90	102.3	100.0%	Atteint
24		Ndiognick	529	627	118.5	100.0%	Atteint
25		Ségré Gatta	132	224	169.7	100.0%	Atteint
26		Ségré Secco	171	245	143.3	100.0%	Atteint
27		Touba Mbella	209	217	104.0	88.4%	Atteint
28		Weyndé	67	82	122.0	30.0%	Atteint
29	Malème Hoddar	Diaga Keur Serigne	94	104	110.7	100.0%	Atteint
30		Diam Diam	168	142	84.3	100.0%	Non Atteint
31		Khaïra Diaga	94	135	143.7	100.0%	Atteint
32		Darou Minam	185	261	141.0	57.2%	Atteint
33		Dianké Souf	284	133	46.8	98.3%	Non Atteint
34		Maka Belal	120	157	130.7	71.3%	Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

35		Niakhène	276	144	52.2	85.5%	Non Atteint
36		Ndiobène	219	186	84.9	76.3%	Non Atteint
37		Ndioum Gainth	278	215	77.4	92.6%	Non Atteint
38		Ndioté Séane	60	173	288.9	41.3%	Atteint
39		Sagna	109	63	57.6	66.5%	Non Atteint
40		Séane	86	203	234.8	88.3%	Atteint
41		Tip Saloum	93	34	36.5	86.6%	Non Atteint
42		Touba Méd. Mounawara	165	190	115.4	87.6%	Atteint
43		Touba Nguéyène	62	78	126.4	49.8%	Atteint
44		Médina Sy	79	117	147.2	72.1%	Atteint
45	Koungheul	Arafat	217	298	137.0	100.0%	Atteint
46		Dimiskha	224	278	124.1	100.0%	Atteint
47		Fass Thiékène	280	505	180.6	71.9%	Atteint
48		Gaint Pathé	372	413	110.9	70.5%	Atteint
49		Ida Mouride	289	321	111.1	75.5%	Atteint
50		Keur Mandoumbé	200	294	146.8	92.7%	Atteint
51		Khourdane	317	372	117.4	100.0%	Atteint
52		Lour Escale	578	500	86.5	87.3%	Non Atteint
53		Maka Yop	229	279	122.0	100.0%	Atteint
54		Urbain de Koungheul	637	478	75.0	98.0%	Non Atteint
55		Saly Escale	351	396	112.8	69.3%	Atteint
56		Ribot Escale	239	321	134.4	71.1%	Atteint
57		Santhie Guérane	306	307	100.3	100.0%	Atteint
58		Sobél Diam Diam	148	205	138.3	78.4%	Atteint
59		Taïf Thiékène	179	274	153.0	76.2%	Atteint
60		Touba Alia	147	199	135.4	100.0%	Atteint
61		Koumbidia	50	147	291.7	30.0%	Atteint
62	Missirah	155	212	136.8	100.0%	Atteint	
63	Kolda	Anambe	157	214	136.1	84.7%	Atteint
64		Bagadadj	688	578	84.0	100.0%	Non Atteint
65		Bambadinka	185	200	108.4	76.5%	Atteint
66		Bouna Kane	196	55	28.1	58.1%	Non Atteint
67		Coumbacara PS	333	330	99.1	100.0%	Atteint
68		Dabo PS	393	397	101.1	107.9%	Atteint
69		Dioulacolon PS	492	543	110.4	78.9%	Atteint
70		Gadapara PS	421	196	46.5	100.0%	Non Atteint
71		Guire Yero Bocar PS	326	297	91.2	90.8%	Atteint
72		Mampatim PS	635	539	84.9	96.6%	Non Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

73		Medina Cherif PS	304	312	102.7	92.2%	Atteint
74		Medina El Hadji PS	421	415	98.5	100.0%	Atteint
75		Salikegne PS	309	275	88.9	82.8%	Non Atteint
76		Sare Bidji PS	572	577	100.9	80.9%	Atteint
77		Sare Kemo PS	153	113	73.7	100.0%	Non Atteint
78		Sare Moussa PS	268	167	62.2	43.8%	Non Atteint
79		Sare Yoba Diega PS	421	389	92.3	100.0%	Atteint
80		Sikilo Est PS	193	146	75.6	30.0%	Non Atteint
81		Tankanto Escale PS	309	260	84.0	93.5%	Non Atteint
82		Thietty PS	180	154	85.7	98.6%	Non Atteint
83		Thiewal Lao PS	169	169	100.0	89.4%	Atteint
84	Médina Yoro Foulah	Badion PS	500	628	125.6	100.0%	Atteint
85		Bourouco PS	953	1427	149.7	100.0%	Atteint
86		Dinguiraye PS	502	526	104.7	89.7%	Atteint
87		Fafacourou PS	345	390	113.0	100.0%	Atteint
88		Ndorna PS	411	413	100.4	89.2%	Atteint
89		Ngoudourou PS	310	356	115.0	83.9%	Atteint
90		Pata PS	534	565	105.8	79.5%	Atteint
91		Santankoye PS	482	539	111.8	99.2%	Atteint
92		Saré Yoro Bouya PS	258	341	132.3	85.6%	Atteint
93	Vélingara	Bonconto PS	325	364	111.9	76.0%	Atteint
94		Croix Rouge PS	244	100	40.9	62.5%	Non Atteint
95		Diaobé	535	372	69.5	100.0%	Non Atteint
96		Kabendou	180	166	92.1	80.5%	Atteint
97		Kalifourou	151	147	97.6	60.5%	Atteint
98		Kandia	547	501	91.6	100.0%	Atteint
99		Koukané	528	341	64.5	87.2%	Non Atteint
100		Linkéring	354	797	225.2	79.0%	Atteint
101		Médina Dianguette	158	110	69.4	80.0%	Non Atteint
102		Médina Gounas	1,509	1536	101.8	76.9%	Atteint
103		Médina Marie Cissé	302	235	77.9	76.6%	Non Atteint
104		Némataba	375	358	95.4	90.0%	Atteint
105		Pakour	444	522	117.5	85.8%	Atteint
106		Paroumba	1,113	823	73.9	100.0%	Non Atteint
107		Sinthiang Koundara	731	574	78.5	90.0%	Non Atteint
108		Saré Coly Sall	734	585	79.7	93.4%	Non Atteint
109		Thiankan	210	167	79.4	67.6%	Non Atteint
110		Wassadou	638	738	115.6	73.2%	Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

2013							
District	Formation Sanitaire	Cible annuelle	Total activité	Poucentage 2014	Objectif PNFBR	Atteinte objectif	
	Anambe	159	144	90.7	86.0%	Atteint	
	Bagadadj	600	620	103.3	88.0%	Atteint	
	Bambadinka	134	135	101.0	56.0%	Atteint	
	Bouna Kane	134	94	70.3	40.0%	Non Atteint	
	Coumbacara	251	308	122.7	76.0%	Atteint	
	Dabo PS	298	352	118.0	83.0%	Atteint	
	Dioulacolon	464	364	78.5	75.0%	Non Atteint	
	Gadapara	227	33	14.5	34.0%	Non Atteint	
	Guire Yero Bocar	253	291	114.9	71.0%	Atteint	
	Mampatim	482	499	103.5	74.0%	Atteint	
	Medina Cherif	264	268	101.4	81.0%	Atteint	
	Medina El Hadji	488	492	100.8	94.0%	Atteint	
	Salikegne	222	269	121.4	60.0%	Atteint	
	Sare Bidji	210	427	203.1	30.0%	Atteint	
	Sare Kemo	120	1228	1,022.8	74.0%	Atteint	
	Sare Moussa PS	194	84	43.2	32.0%	Non Atteint	
	Sare Yoba Diega PS	398	405	101.9	96.0%	Atteint	
	Sikilo Est PS	130	0	-	40.0%	Non Atteint	
	Kaffrine	Tankanto Escale PS	239	277	115.9	72.0%	Atteint
		Thietty PS	161	160	99.5	89.0%	Atteint
Thiewal Lao PS		142	150	105.9	75.0%	Atteint	
Boulel PS		570	575	100.8	88.3%	Atteint	
Diamaguene PS		607	456	75.1	85.4%	Non Atteint	
Diokoul Mbelbouk PS		699	842	120.5	63.8%	Atteint	
Diouth Nguel PS		327	302	92.2	82.7%	Atteint	
Gniby PS		666	732	109.9	95.4%	Atteint	
Kaffrine II PS		476	412	86.5	72.1%	Non Atteint	
Kahi PS		582	538	92.4	70.6%	Atteint	
Kathiotte PS	660	556	84.3	79.3%	Non Atteint		
Medina Diacksao PS	165	198	119.9	88.8%	Atteint		
Medinatoul Salam II PS	307	384	125.2	100.0%	Atteint		
Ndiao Bambaly PS	286	368	128.8	100.0%	Atteint		
Nganda PS	787	639	81.2	95.2%	Non Atteint		
Pathe Thiangaye PS	185	140	75.7	77.4%	Non Atteint		
Santhie Ngalgone PS	331	560	169.3	65.3%	Atteint		

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

Birkelane	Diamal PS	196	360	184.1	39.0%	Atteint
	Keur Sawely PS	81	484	596.9	77.0%	Atteint
	Keur Pathé PS	114	330	288.5	80.0%	Atteint
	Mabo PS	519	1147	220.8	53.0%	Atteint
	Mbeuleup PS	167	238	142.5	57.0%	Atteint
	Ndiayène Waly PS	40	126	314.9	38.0%	Atteint
	Ndiognick PS	531	316	59.5	84.0%	Non Atteint
	Ségré Gatta PS	102	149	145.6	65.0%	Atteint
	Ségré Secco PS	118	209	176.6	58.0%	Atteint
	Touba Mbella PS	312	330	105.9	74.0%	Atteint
Malème Hoddar	Diaga Keur Serigne PS	99	118	119.4	96.0%	Atteint
	Diam Diam PS	144	173	119.7	78.0%	Atteint
	Khaira Diaga PS	123	63	51.0	60.0%	Non Atteint
	Darou Minam PS	118	97	82.4	33.0%	Non Atteint
	Dianké Souf PS	177	299	169.2	37.0%	Atteint
	Maka Belal PS	107	95	88.4	58.0%	Non Atteint
	Niakhène PS	256	233	91.0	72.0%	Atteint
	Ndiobène PS	161	178	110.3	51.0%	Atteint
	Ndioum Gainth PS	244	273	111.7	74.0%	Atteint
	Sagna PS	189	130	69.0	53.0%	Non Atteint
	Séane PS	80	84	104.4	75.0%	Atteint
	Tip Saloum PS	162	183	112.7	68.0%	Atteint
	Touba Médinatoul Mounawara	113	157	138.5	56.0%	Atteint
	Touba Nguéyène	52	27	52.2	38.0%	Non Atteint
Koungheul	Arafat	131	274	209.3	54.0%	Atteint
	Dimiskha	250	246	98.4	100.0%	Atteint
	Fass Thiékène	212	591	278.4	49.0%	Atteint
	Gaint Pathé	294	297	101.0	50.0%	Atteint
	Ida Mouride	273	193	70.7	64.0%	Non Atteint
	Keur Mandoumbé	171	199	116.5	71.0%	Atteint
	Khourdane	219	362	165.2	62.0%	Atteint
	Lour Escale	244	641	263.1	33.0%	Atteint
	Maka Yop	178	328	183.8	70.0%	Atteint
	PS Urbain de Koungheul	485	638	131.4	67.0%	Atteint
	Saly Escale	243	222	91.4	43.0%	Atteint
	Ribot Escale	195	214	109.8	52.0%	Atteint
	Santhie Guérane	290	375	129.4	85.0%	Atteint
	Sobél Diam Diam	105	123	116.8	50.0%	Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

	Taïf Thiékène	170	121	71.1	65.0%	Non Atteint
	Touba Alia	128	207	161.9	78.0%	Atteint
Vélingara	Bonconto	125	210	167.9	30.0%	Atteint
	Croix Rouge	160	124	77.4	42.0%	Non Atteint
	Diaobé	318	371	116.6	61.0%	Atteint
	Kabendou	134	153	113.9	62.0%	Atteint
	Kalifourou	179	74	41.3	74.0%	Non Atteint
	Kandia	516	661	128.1	97.0%	Atteint
	Kounkané	254	397	156.2	43.0%	Atteint
	Linkéring	227	549	241.9	52.0%	Atteint
	Médina Dianguette	73	116	158.0	38.0%	Atteint
	Médina Gounas	1,223	1088	89.0	64.0%	Non Atteint
	Médina Marie Cissé	188	217	115.4	49.0%	Atteint
	Némataba	353	331	93.7	87.0%	Atteint
	Pakour	343	332	96.7	68.0%	Atteint
	Paroumba	404	421	104.2	69.0%	Atteint
	Sinthiang Koundara	332	633	190.6	42.0%	Atteint
	Saré Coly Sall	452	638	141.3	59.0%	Atteint
	Thiankan	212	114	53.7	70.0%	Non Atteint
Wassadou	348	452	129.8	41.0%	Atteint	
Médina Yoro Foulah	Badion	488	468	96.0	100.0%	Atteint
	Bouroco	795	1014	127.5	86.0%	Atteint
	Dinguiraye	295	449	152.4	54.0%	Atteint
	Fafacourou	330	358	108.5	98.0%	Atteint
	Ndorna	355	472	132.9	79.0%	Atteint
	Ngoudourou	140	266	189.5	39.0%	Atteint
	Pata	249	324	130.2	38.0%	Atteint
	Santakoye	389	454	116.8	82.0%	Atteint
	Saré Yoro Bouya	114	222	193.9	39.0%	Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

2012						
District	Formation Sanitaire	Cible annuelle	Total activité	Poucentage 2014	Objectif PNFBR	Atteinte objectif
Kolda	Bouna Kane	105	32	30.5	33.9%	Non Atteint
	Anambé	126	209	165.9	74.1%	Atteint
	Médina Cherif	235	261	111.1	78.0%	Atteint
	Bagadadji	484	520	107.4	76.9%	Atteint
	Tankanto	189	169	89.4	61.8%	Non Atteint
	Thiewal Lao	136	197	144.9	78.0%	Atteint
Kaffrine	Kaffrine 2	282	340	120.6	55.5%	Atteint
	Diameguene	482	455	94.4	73.5%	Atteint
	Nganda	479	704	147.0	62.9%	Atteint
	Kathiotte	425	1023	240.7	55.4%	Atteint
	Diokoul Mbelbouk	707	354	50.1	70.0%	Non Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

ANNEXE 3 : Enfants 0-24 ayant bénéficié de pesée

N°	Région	District	Formations sanitaires	Cible	Total Activités	Performance 2014	Objectif PNFB	
1	Kaffrine	Kaffrine	Boulel PS	712	520	73,1%	62,1%	
2			Diamaguene PS	943	2914	309,0%	81,3%	
3			Diokoul Mbelbouk PS	1 723	4818	279,7%	88,7%	
4			Diouth Nguel PS	340	133	39,1%	48,4%	
5			Gniby PS	534	297	55,6%	50,0%	
6			Kaffrine II PS	763	2542	333,2%	71,3%	
7			Kahî PS	105	277	264,2%	11,0%	
8			Kathiotte PS	443	2063	466,2%	30,0%	
9			Medina Diacksao PS	179	78	43,5%	54,3%	
10			Medinatoul Salam II PS	406	108	26,6%	74,5%	
11			Ndiao Bambaly PS	336	86	25,6%	66,3%	
12			Nganda PS	1 044	0	0,0%	71,2%	
13			Pathe Thiangaye PS	178	112	62,9%	42,1%	
14			Santhie Ngalgone PS	574	942	164,2%	63,6%	
15			Ngodiba PS	168	629	374,5%	33,0%	
16			Darou Salam (Bocky Mbarga) PS	51	47	92,2%	30,0%	
17		Birkelane	Diamal PS	315	414	131,4%	72,6%	
18			Keur Mbouki PS	261	401	153,9%	81,7%	
19			Keur Pathé PS	160	678	423,9%	74,4%	
20			Keur Sawely PS	494	1536	310,7%	81,3%	
21			Mabo PS	441	1801	408,1%	30,0%	
22			Mbeuleup PS	132	246	186,4%	30,0%	
23			Ndiayène Waly PS	124	423	340,2%	78,7%	
24			Ndiognick PS	586	2147	366,1%	61,8%	
25			Ségré Gatta PS	236	1273	539,4%	100,0%	
26			Ségré Secco PS	250	737	294,8%	81,7%	
27			Touba Mbella PS	256	872	340,2%	60,6%	
28			Weyndé PS	121	89	73,6%	30,0%	
29			Malème Hoddar	Diaga Keur Serigne PS	143	562	392,1%	85,0%
30				Diam Diam PS	228	702	308,3%	75,3%
31		Khaïra Diaga PS		143	132	92,1%	85,0%	
32		Darou Minam PS		411	521	126,7%	70,8%	
33		Dianké Souf PS		316	317	100,2%	61,0%	
34		Maka Belal PS		165	985	598,8%	54,4%	
35		Niakhène PS		225	446	197,9%	38,9%	
36		Ndiobène PS		155	74	47,9%	30,0%	

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

37			Ndioum Gainth PS	161	293	181,5%	30,0%
38			Ndioté Séane PS	198	303	152,9%	76,5%
39			Sagna PS	135	46	34,1%	45,7%
40			Séane PS	168	258	153,4%	95,7%
41			Tip Saloum PS	63	118	186,2%	32,8%
42			Touba Médinatoul Mounawara PS	196	1216	620,2%	58,1%
43			Touba Nguéyène PS	141	231	164,3%	63,2%
44			Médina Sy PS	59	224	377,3%	30,0%
45		Koungheul	Arafat PS	117	478	408,2%	30,0%
46			Dimiskha PS	121	643	531,8%	30,0%
47			Fass Thiékène PS	63	860	1371,6%	30,0%
48			Gaint Pathé PS	284	522	183,7%	30,0%
49			Ida Mouride PS	420	1603	381,4%	61,2%
50			Keur Mandoumbé PS	226	643	285,0%	58,3%
51			Khourdane PS	274	834	304,7%	48,1%
52			Lour Escale PS	357	742	208,0%	30,0%
53			Maka Yop PS	123	1190	966,2%	30,0%
54			PS Urbain de Koungheul	350	154	44,0%	30,0%
55			Saly Escale PS	525	1146	218,4%	57,7%
56			Ribot Escale PS	267	1447	541,7%	44,3%
57			Santhie Guérane PS	165	860	522,2%	30,0%
58			Sobél Diam Diam PS	178	313	175,9%	52,5%
59			Taïf Thiékène PS	225	1594	710,0%	53,2%
60			Touba Alia PS	97	173	178,1%	36,8%
61			Koumbidia PS/P	90	338	374,3%	30,0%
62			Missirah PS/P	83	0	0,0%	30,0%
63	Kolda	Kolda	Anambe PS	136	337	247,7%	40,9%
64			Bagadadj PS	775	1522	196,4%	62,8%
65			Bambadinka PS	320	2445	764,4%	73,9%
66			Bouna Kane PS	182	23	12,7%	30,0%
67			Coumbacara PS	381	938	246,3%	63,7%
68			Dabo PS	491	1989	405,1%	75,1%
69			Dioulacolon PS	741	936	126,3%	66,2%
70			Gadapara PS	356	573	160,9%	47,1%
71			Guire Yero Bocar PS	342	0	0,0%	53,1%
72			Mampatim PS	467	1113	238,4%	39,6%
73			Medina Cherif PS	374	1145	306,4%	63,1%
74				Medina El Hadji PS	356	1425	400,1%

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

75		Salikegne PS	523	1074	205,5%	78,0%
76		Sare Bidji PS	452	507	112,1%	35,6%
77		Sare Kemo PS	239	534	223,3%	86,9%
78		Sare Moussa PS	340	310	91,2%	30,9%
79		Sare Yoba Diega PS	356	426	119,6%	47,1%
80		Sikilo Est PS	347	54	15,6%	30,0%
81		Tankanto Escale PS	520	2101	404,2%	87,5%
82		Thietty PS	247	943	381,8%	75,5%
83		Thiewal Lao PS	112	352	314,7%	33,0%
84	Médina Yoro Foulah	Badion PS	435	1668	383,8%	48,4%
85		Bourouco PS	169	2381	1406,5%	9,9%
86		Dinguiraye PS	634	2824	445,3%	63,1%
87		Fafacourou PS	217	1819	838,2%	35,0%
88		Ndorna PS	248	971	390,9%	30,0%
89		Ngoudourou PS	471	1941	412,3%	71,0%
90		Pata PS	421	245	58,2%	34,9%
91		Santankoye PS	262	1385	528,8%	30,0%
92		Saré Yoro Bouya PS	445	1030	231,3%	82,3%
93		Vélingara	Bonconto PS	230	367	159,3%
94	Croix Rouge PS		211	376	178,3%	30,0%
95	Diaobé PS		487	3635	746,1%	50,7%
96	Kabendou PS		121	1022	847,4%	30,0%
97	Kalifourou PS		134	0	0,0%	30,0%
98	Kandia PS		294	2567	872,2%	30,0%
99	Koukané PS		353	1159	328,8%	32,4%
100	Linkéring PS		241	997	413,3%	30,0%
101	Médina Dianguette PS		107	0	0,0%	30,0%
102	Médina Gounas PS		2 818	13110	465,3%	80,0%
103	Médina Marie Cissé PS		212	908	428,1%	30,0%
104	Némataba PS		394	2073	526,2%	52,6%
105	Pakour PS		279	799	286,1%	30,0%
106	Paroumba PS		1 113	831	74,7%	100,0%
107	Sinthiang Koundara PS		456	1171	256,6%	31,3%
108	Saré Coly Sall PS		423	3249	767,5%	30,0%
109	Thiankan PS		504	1349	267,5%	90,2%
110	Wassadou PS	471	1421	301,5%	30,1%	

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

ANNEXE 4 : administration de la vitamine A

2012						
Région	District	Formations sanitaires	Cible T4	Total Activité	Performance 2014	Objectif PNFB
Kolda	Kolda	Bouna Kane	275	1	0%	20,0%
		Anambé	246	200	81%	32,4%
		Médina Cherif	269	151	56%	20,0%
		Bagadadji	988	307	31%	35,2%
		Tankanto Escale	325	461	142%	23,8%
		Thiewal Lao	155	20	13%	20,0%
Kaffrine	Kaffrine	Kaffrine 2	453	0	0%	20,0%
		Diameguene	585	0	0%	20,0%
		Nganda	680	0	0%	20,0%
		Kathiotte	684	0	0%	20,0%
		Diokoul Mbelboug	901	0	0%	20,0%
		Kahi	695	0	0%	21,8%

2013						
Région	District	Formations sanitaires	Cible T4	Total Activité	Performance 2014	Objectif PNFB
Kolda	Kolda	Anambe PS	19	217	1146%	20,0%
		Bagadadj PS	70	316	452%	20,0%
		Bambadinka PS	24	75	306%	20,0%
		Bouna Kane PS	34	67	195%	20,0%
		Coumbacara PS	149	326	219%	88,0%
		Dabo PS	37	260	705%	20,0%
		Dioulacolon PS	63	223	352%	20,0%
		Gadapara PS	69	51	74%	20,0%
		Guire Yero Bocar PS	37	162	443%	20,0%
		Kolda CS	65	486	749%	20,0%
		Mampatim PS	67	210	314%	20,0%
		Medina Cherif PS	94	286	305%	56,0%
		Medina El Hadji PS	53	492	924%	20,0%
		Salikegne PS	106	245	231%	56,0%
		Sare Bidji PS	72	202	281%	20,0%
		Sare Kemo PS	17	97	583%	20,0%
		Sare Moussa PS	62	84	135%	20,0%
		Sare Yoba Diega PS	42	331	779%	20,0%
		Sikilo Est PS	72	110	153%	43,0%

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

		Tankanto Escale PS	182	372	204%	107,0%	
		Thietty PS	19	155	837%	20,0%	
		Thiewal Lao PS	19	76	392%	20,0%	
Kolda	Vélingara	Bonconto PS	43	0	0%	20,0%	
		Croix Rouge PS	39	0	0%	20,0%	
		Diaobé PS	54	0	0%	20,0%	
		Kabendou PS	22	0	0%	20,0%	
		Kalifourou PS	25	0	0%	20,0%	
		Kandia PS	55	223	409%	20,0%	
		Koukané PS	61	0	0%	20,0%	
		Linkéring PS	45	226	505%	20,0%	
		Médina Dianguette PS	20	0	0%	20,0%	
		Médina Gounas PS	196	0	0%	20,0%	
		Médina Marie Cissé PS	39	0	0%	20,0%	
		Némataba PS	42	162	389%	20,0%	
		Pakour PS	52	168	324%	20,0%	
		Paroumba PS	60	0	0%	20,0%	
		Sinthiang Koundara PS	81	85	105%	20,0%	
		Saré Coly Sall PS	78	37	47%	20,0%	
		Thiankan PS	31	13	42%	20,0%	
	Wassadou PS	87	0	0%	20,0%		
		Médina Yoro Foulah	Badion PS	50	751	1502%	20,0%
			Bouroco PS	95	614	647%	20,0%
			Dinguiraye PS	56	64	114%	20,0%
			Fafacourou PS	35	92	266%	20,0%
			Ndorna PS	51	358	706%	22,0%
	Ngoudourou PS		54	66	123%	29,0%	
	Pata PS		67	17	25%	20,0%	
	Santakoye PS		49	213	438%	20,0%	
	Saré Yoro Bouya PS		30	45	149%	20,0%	
Kaffrine	Kaffrine	Boulel PS	66	186	281%	20,0%	
		Diamaguene PS	73	581	797%	20,0%	
		Diokoul Mbelbouk PS	112	928	826%	20,0%	
		Diouth Nguel PS	41	67	165%	20,0%	
		Gniby PS	72	528	737%	20,0%	
		Kaffrine II PS	151	465	309%	44,5%	

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

	Kahi PS	85	2962	3502%	20,0%
	Kathiotte PS	85	326	382%	20,0%
	Medina Diacksao PS	19	203	1065%	20,0%
	Medinatoul Salam II PS	127	342	270%	80,6%
	Ndiao Bambaly PS	29	117	399%	20,0%
	Nganda PS	85	594	701%	20,0%
	Pathe Thiangaye PS	24	31	127%	20,0%
	Santhie Ngalgone PS	52	970	1868%	20,0%
Birkelane	Diamal PS	51	105	204%	20,0%
	Keur Sawely PS	11	133	1231%	20,0%
	Keur Pathé PS	15	235	1603%	20,0%
	Mabo PS	101	122	121%	20,0%
	Mbeuleup PS	30	96	320%	20,0%
	Ndiayène Waly PS	11	68	630%	20,0%
	Ndiognick PS	65	249	384%	20,0%
	Ségré Gatta PS	16	58	359%	20,0%
	Ségré Secco PS	21	184	879%	20,0%
	Touba Mbella PS	43	122	283%	20,0%
Malème Hoddar	Diaga Keur Serigne PS	11	57	540%	20,0%
	Diam Diam PS	19	87	458%	20,0%
	Khaira Diaga PS	21	406	1924%	20,0%
	Darou Minam PS	37	0	0%	20,0%
	Dianké Souf PS	49	1791	3656%	20,0%
	Maka Belal PS	19	420	2211%	20,0%
	Niakhène PS	36	755	2070%	20,0%
	Ndiobène PS	32	87	268%	20,0%
	Ndioum Gainth PS	34	0	0%	20,0%
	Sagna PS	36	176	482%	20,0%
	Séane PS	11	413	3753%	20,0%
	Tip Saloum PS	24	262	1070%	20,0%
	Touba Médinatoul Mounawara PS	21	60	289%	20,0%
	Touba Nguéyène PS	14	58	416%	20,0%
Koungheul	Arafat PS	25	0	0%	20,0%
	Dimiskha PS	26	0	0%	20,0%
	Fass Thiékène PS	44	505	1137%	20,0%
	Gaint Pathé PS	60	64	106%	20,0%

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

	Ida Mouride PS	44	11	25%	20,0%
	Keur Mandoumbé PS	25	0	0%	20,0%
	Khourdane PS	36	43	119%	20,0%
	Lour Escale PS	76	0	0%	20,0%
	Maka Yop PS	26	46	176%	20,0%
	PS Urbain de Koungheul	74	133	179%	20,0%
	Saly Escale PS	58	43	74%	20,0%
	Ribot Escale PS	38	130	338%	20,0%
	Santhie Guérane PS	35	41	117%	20,0%
	Sobél Diam Diam PS	22	40	185%	20,0%
	Taïf Thiékène PS	27	45	168%	20,0%
	Touba Alia PS	17	86	512%	20,0%

2014

Région	District	Formations sanitaires	Cible T4	Total Activité	Performance 2014	Objectif PNFB
Kaffrine	Kaffrine	Boulel PS	2 184	3722	170%	76,7%
		Diamaguene PS	2 884	4319	150%	100,0%
		Diokoul Mbelbouk PS	4 828	3119	65%	100,0%
		Diouth Nguel PS	1 068	973	91%	61,2%
		Gniby PS	1 829	1773	97%	68,9%
		Kaffrine II PS	1 016	4522	445%	38,2%
		Kahi PS	1 581	3081	195%	66,7%
		Kathiotte PS	2 720	1295	48%	74,2%
		Medina Diacksao PS	375	390	104%	45,8%
		Medinatoul Salam II PS	1 356	1417	104%	100,0%
		Ndiao Bambaly PS	1 078	1159	108%	85,6%
		Nganda PS	1 716	2376	138%	47,1%
		Pathe Thiangaye PS	40	293	739%	26,1%
		Santhie Ngalgone PS	1 514	3608	238%	67,5%
		Ngodiba PS	898	1383	154%	71,0%
		Darou Salam (Bocky Mbarga) PS	122	338	277%	28,9%
	Birkelane	Diamal PS	656	2462	375%	60,8%
		Keur Mbouki PS	450	1635	363%	56,8%
		Keur Pathé PS	533	1237	232%	100,0%
		Keur Sawely PS	1 512	1743	115%	100,0%
		Mabo PS	1 620	650	40%	44,3%
		Mbeuleup PS	862	569	66%	78,9%

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

	Ndiayène Waly PS	393	388	99%	100,0%
	Ndiognick PS	2 048	2287	112%	86,8%
	Ségré Gatta PS	481	340	71%	81,8%
	Ségré Secco PS	761	414	54%	100,0%
	Touba Mbella PS	752	1193	159%	71,5%
	Weyndé PS	240	51	21%	24,0%
Malème Hoddar	Diaga Keur Serigne PS	94	234	249%	100,0%
	Diam Diam PS	168	200	119%	100,0%
	Khaïra Diaga PS	94	151	161%	100,0%
	Darou Minam PS	65	302	467%	20,0%
	Dianké Souf PS	58	187	323%	20,0%
	Maka Belal PS	111	1183	1069%	65,7%
	Niakhène PS	218	970	446%	67,4%
	Ndiobène PS	197	560	284%	68,6%
	Ndioum Gainth PS	60	1255	2093%	20,0%
	Ndioté Séane PS	29	227	783%	20,0%
	Sagna PS	72	0	0%	44,0%
	Séane PS	98	551	563%	100,0%
	Tip Saloum PS	108	184	171%	100,1%
	Touba Médinatoul Mounawara PS	137	1601	1170%	72,8%
	Touba Nguéyène PS	37	119	325%	29,5%
	Médina Sy PS	57	173	305%	51,4%
Koungheul	Arafat PS	194	332	171%	20,0%
	Dimiskha PS	200	228	114%	20,0%
	Fass Thiékène PS	1 734	253	15%	100,0%
	Gaint Pathé PS	1 027	354	34%	44,0%
	Ida Mouride PS	444	670	151%	26,0%
	Keur Mandoumbé PS	193	1993	1035%	20,0%
	Khourdane PS	749	161	21%	53,0%
	Lour Escale PS	591	2002	339%	20,0%
	Maka Yop PS	602	437	73%	59,0%
	PS Urbain de Koungheul	1 827	2565	140%	63,0%
	Saly Escale PS	836	2734	327%	37,0%
	Ribot Escale PS	1 275	1223	96%	85,0%
	Santhie Guérane PS	573	1160	202%	42,0%
	Sobél Diam Diam PS	514	1175	228%	61,0%

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

		Taïf Thiékène PS	597	856	143%	57,0%
		Touba Alia PS	656	741	113%	100,0%
		Koumbidia PS/P	150	137	91%	20,0%
		Missirah PS/P	691	0	0%	100,0%
Kolda	Kolda	Anambe PS	124	362	291%	67,0%
		Bagadadj PS	227	906	399%	33,0%
		Bambadinka PS	70	181	259%	29,0%
		Bouna Kane PS	128	346	270%	38,0%
		Coumbacara PS	133	487	366%	40,0%
		Dabo PS	182	460	253%	50,0%
		Dioulacolon PS	187	1069	571%	30,0%
		Gadapara PS	135	1299	963%	32,0%
		Guire Yero Bocar PS	97	316	326%	27,0%
		Mampatim PS	191	533	280%	29,0%
		Medina Cherif PS	102	265	259%	31,0%
		Medina El Hadji PS	135	402	298%	32,0%
		Salikegne PS	138	275	199%	37,0%
		Sare Bidji PS	177	271	153%	25,0%
		Sare Kemo PS	44	120	270%	29,0%
		Sare Moussa PS	129	843	655%	21,0%
		Sare Yoba Diega PS	135	542	402%	32,0%
		Sikilo Est PS	167	141	84%	26,0%
		Tankanto Escale PS	225	596	265%	68,0%
		Thietty PS	129	131	101%	71,0%
	Thiewal Lao PS	79	84	106%	42,0%	
	Médina Yoro Foulah	Badion PS	1 228	2597	212%	55,0%
		Bourouco PS	1 488	776	52%	35,0%
		Dinguiraye PS	575	702	122%	23,0%
		Fafacourou PS	401	737	184%	26,0%
		Ndorna PS	782	635	81%	38,0%
		Ngoudourou PS	396	582	147%	24,0%
		Pata PS	629	830	132%	21,0%
		Santankoye PS	651	725	111%	30,0%
		Saré Yoro Bouya PS	309	526	170%	23,0%
	Vélingara	Bonconto PS	94	735	781%	22,0%
		Croix Rouge PS	78	813	1040%	20,0%

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

Diaobé PS	535	124	23%	100,0%
Kabendou PS	45	171	382%	20,0%
Kalifourou PS	249	1581	635%	100,0%
Kandia PS	159	777	490%	29,0%
Koukané PS	121	237	196%	20,0%
Linkéring PS	143	201	140%	32,0%
Médina Dianguette PS	40	32	81%	20,0%
Médina Gounas PS	392	1996	509%	20,0%
Médina Marie Cissé PS	79	167	212%	20,0%
Némataba PS	121	193	160%	29,0%
Pakour PS	140	125	89%	27,0%
Paroumba PS	599	1238	207%	30,0%
Sinthiang Koundara PS	179	1406	787%	22,0%
Saré Coly Sall PS	181	568	314%	23,0%
Thiankan PS	65	318	487%	21,0%
Wassadou PS	174	174	100%	20,0%

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

ANNEXE 5: accouchements assistés

2014							
Région	Distric	Formations sanitaires	Cible	Total Activité	Performance 2014	Objectif PNFB	Atteinte objectif
Kaffrine	Kaffrine	Boulel PS	432	314	73%	67,7%	Atteint
		Diamaguene PS	592	613	103%	91,7%	Atteint
		Diokoul Mbelbouk PS	559	498	89%	51,7%	Atteint
		Diouth Nguel PS	281	192	68%	71,8%	Non Atteint
		Gniby PS	358	253	71%	60,1%	Atteint
		Kaffrine II PS	481	331	69%	80,7%	Non Atteint
		Kahi PS	181	72	40%	34,1%	Atteint
		Kathiotte PS	395	272	69%	48,1%	Atteint
		Medina Diacksao PS	126	128	102%	68,4%	Atteint
		Medinatoul Salam II PS	179	131	73%	58,8%	Atteint
		Ndiao Bambaly PS	232	254	110%	82,2%	Atteint
		Nganda PS	669	571	85%	81,9%	Atteint
		Pathe Thiangaye PS	104	56	54%	43,9%	Atteint
		Santhie Ngalgone PS	229	232	101%	45,5%	Atteint
		Ngodiba PS	57	140	246%	20,0%	Atteint
	Darou Salam (Bocky Mbarga) PS	19	31	163%	20,0%	Atteint	
	Birkelane	Diamal PS	158	192	121%	65,3%	Atteint
		Keur Mbouki PS	114	114	100%	64,3%	Atteint
		Keur Pathé PS	45	56	124%	37,5%	Atteint
		Keur Sawely PS	339	241	71%	100,0%	Non Atteint
		Mabo PS	504	569	113%	61,5%	Atteint
		Mbeuleup PS	209	240	115%	85,4%	Atteint
		Ndiayène Waly PS	61	61	100%	69,1%	Atteint
		Ndiognick PS	297	351	118%	56,2%	Atteint
		Ségré Gatta PS	132	196	148%	100,0%	Atteint
		Ségré Secco PS	171	180	105%	100,0%	Atteint
		Touba Mbella PS	202	196	97%	85,5%	Atteint
		Weyndé PS	76	48	63%	33,8%	Atteint
	Malème Hoddar	Diaga Keur Serigne PS	82	109	132%	87,7%	Atteint
		Diam Diam PS	84	30	36%	49,7%	Non Atteint
		Khaïra Diaga PS	82	101	123%	87,7%	Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

		Darou Minam PS	115	102	89%	35,4%	Atteint
		Dianké Souf PS	139	49	35%	48,0%	Non Atteint
		Maka Belal PS	121	128	106%	71,7%	Atteint
		Niakhène PS	263	272	104%	81,4%	Atteint
		Ndiobène PS	119	76	64%	41,5%	Atteint
		Ndioum Gainth PS	73	57	79%	24,2%	Atteint
		Ndioté Séane PS	64	60	94%	43,9%	Atteint
		Sagna PS	51	67	131%	31,2%	Atteint
		Séane PS	77	95	124%	78,4%	Atteint
		Tip Saloum PS	86	54	63%	80,2%	Non Atteint
		Touba Médinatoul Mounawara PS	39	4	10%	20,5%	Non Atteint
		Touba Nguéyène PS	70	103	146%	56,8%	Atteint
		Médina Sy PS	49	83	168%	44,8%	Atteint
	Koungheul	Arafat PS	147	169	115%	67,4%	Atteint
		Dimiskha PS	143	231	161%	64,0%	Atteint
		Fass Thiékène PS	212	176	83%	54,4%	Atteint
		Gaint Pathé PS	282	290	103%	53,5%	Atteint
		Ida Mouride PS	240	257	107%	62,7%	Atteint
		Keur Mandoumbé PS	132	133	101%	61,2%	Atteint
		Khourdane PS	181	169	93%	57,1%	Atteint
		Lour Escale PS	304	223	73%	45,9%	Atteint
		Maka Yop PS	91	76	83%	40,0%	Atteint
		PS Urbain de Koungheul	506	437	86%	77,9%	Atteint
		Saly Escale PS	203	162	80%	40,0%	Atteint
		Ribot Escale PS	96	98	102%	28,5%	Atteint
		Santhie Guérane PS	213	240	113%	69,5%	Atteint
		Sobél Diam Diam PS	64	72	113%	33,8%	Atteint
		Taïf Thiékène PS	95	92	96%	40,6%	Atteint
		Touba Alia PS	98	106	108%	66,9%	Atteint
		Koumbidia PS/P	113	8	7%	67,0%	Non Atteint
		Missirah PS/P	155	74	48%	100,0%	Non Atteint
Kolda	Kolda	Anambe PS	89	48	54%	48,2%	Atteint
		Bagadadj PS	309	276	89%	44,9%	Atteint
		Bambadinka PS	132	80	61%	54,8%	Atteint
		Bouna Kane PS	67	0	0%	20,0%	Non Atteint
		Coumbacara PS	125	79	63%	37,6%	Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

		Dabo PS	274	233	85%	75,1%	Atteint
		Dioulacolon PS	231	80	35%	37,0%	Non Atteint
		Gadapara PS	276	109	40%	65,4%	Non Atteint
		Guire Yero Bocar PS	271	228	84%	75,6%	Atteint
		Mampatim PS	400	269	67%	60,8%	Atteint
		Medina Cherif PS	178	161	90%	54,0%	Atteint
		Medina El Hadji PS	276	171	62%	65,4%	Non Atteint
		Salikegne PS	310	282	91%	83,1%	Atteint
		Sare Bidji PS	190	94	50%	26,9%	Atteint
		Sare Kemo PS	45	22	49%	29,3%	Atteint
		Sare Moussa PS	126	1	1%	20,5%	Non Atteint
		Sare Yoba Diega PS	276	201	73%	65,4%	Atteint
		Sikilo Est PS	240	126	53%	37,2%	Atteint
		Tankanto Escale PS	209	171	82%	63,1%	Atteint
		Thietty PS	81	67	83%	44,4%	Atteint
		Thiewal Lao PS	119	103	87%	62,9%	Atteint
	Médina Yoro Foulah	Badion PS	324	189	58%	64,7%	Non Atteint
		Bourouco PS	243	167	69%	25,5%	Atteint
		Dinguiraye PS	150	93	62%	26,8%	Atteint
		Fafacourou PS	142	89	63%	41,1%	Atteint
		Ndorna PS	152	90	59%	32,9%	Atteint
		Ngoudourou PS	104	29	28%	28,3%	Non Atteint
		Pata PS	323	271	84%	48,1%	Atteint
		Santankoye PS	141	47	33%	29,1%	Atteint
		Saré Yoro Bouya PS	162	136	84%	53,7%	Atteint
	Vélingara	Bonconto PS	207	187	90%	48,3%	Atteint
		Croix Rouge PS	279	185	66%	71,4%	Non Atteint
		Diaobé PS	417	334	80%	78,0%	Atteint
		Kabendou PS	165	137	83%	73,6%	Atteint
		Kalifourou PS	90	127	141%	36,1%	Atteint
		Kandia PS	321	196	61%	58,7%	Atteint
		Kounkané PS	336	221	66%	55,5%	Atteint
		Linkéring PS	151	190	126%	33,7%	Atteint
		Médina Dianguette PS	79	1	1%	39,7%	Non Atteint
		Médina Gounas PS	1 744	1252	72%	88,9%	Non Atteint
		Médina Marie Cissé PS	89	103	116%	22,6%	Atteint

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

2013							
Région	District	Formations sanitaires	Cible	Total Activité	Performance 2014	Objectif PNFBFR	Atteinte objectif
		Némataba PS	197	134	68%	47,3%	Atteint
		Pakour PS	212	214	101%	41,0%	Atteint
		Paroumba PS	390	114	29%	35,0%	Non Atteint
		Sinthiang Koundara PS	261	147	56%	32,2%	Atteint
		Saré Coly Sall PS	200	103	51%	25,5%	Atteint
		Thiankan PS	186	172	92%	59,9%	Atteint
		Wassadou PS	272	115	42%	31,2%	Atteint
Kolda	Kolda	Anambe PS	144	52	36%	78,0%	Non Atteint
		Bagadadj PS	437	170	39%	64,0%	Non Atteint
		Bambadinka PS	143	83	58%	60,0%	Non Atteint
		Bouna Kane PS	-	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
		Coumbacara PS	175	58	33%	53,0%	Non Atteint
		Dabo PS	255	216	85%	71,0%	Atteint
		Dioulacolon PS	284	105	37%	46,0%	Non Atteint
		Gadapara PS	201	0	0%	30,0%	Non Atteint
		Guire Yero Bocar PS	310	216	70%	87,0%	Non Atteint
		Kolda CS	696	1514	217%	110,0%	Atteint
		Mampatim PS	417	228	55%	64,0%	Non Atteint
		Medina Cherif PS	215	111	52%	66,0%	Non Atteint
		Medina El Hadji PS	197	74	38%	38,0%	Non Atteint
		Salikegne PS	332	280	84%	90,0%	Non Atteint
		Sare Bidji PS	273	48	18%	39,0%	Non Atteint
		Sare Kemo PS	73	16	22%	45,0%	Non Atteint
		Sare Moussa PS	182	3	2%	30,0%	Non Atteint
		Sare Yoba Diega PS	302	189	63%	73,0%	Non Atteint
		Sikilo Est PS	144	56	39%	44,0%	Non Atteint
		Tankanto Escale PS	239	130	54%	72,0%	Non Atteint
	Thietty PS	112	44	39%	62,0%	Non Atteint	
	Thiewal Lao PS	113	81	71%	60,0%	Atteint	
	Vélingara	Bonconto PS	275	118	43%	66,0%	Non Atteint
		Croix Rouge PS	298	215	72%	78,0%	Non Atteint
		Diaobé PS	469	307	65%	90,0%	Non Atteint
Kabendou PS		156	127	81%	72,0%	Atteint	

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

		Kalifourou PS	133	39	29%	55,0%	Non Atteint
		Kandia PS	325	206	63%	61,0%	Atteint
		Kouankané PS	425	210	49%	72,0%	Non Atteint
		Linkéring PS	214	61	29%	49,0%	Non Atteint
		Médina Dianguette PS	75	38	50%	39,0%	Atteint
		Médina Gounas PS	1 567	1508	96%	82,0%	Atteint
		Médina Marie Cissé PS	138	10	7%	36,0%	Non Atteint
		Nématoba PS	179	111	62%	44,0%	Atteint
		Pakour PS	303	106	35%	60,0%	Non Atteint
		Paroumba PS	240	84	35%	41,0%	Non Atteint
		Sinthiang Koundara PS	332	96	29%	42,0%	Non Atteint
		Saré Coly Sall PS	337	42	12%	44,0%	Non Atteint
		Thiankan PS	200	121	60%	66,0%	Non Atteint
		Wassadou PS	348	95	27%	41,0%	Non Atteint
		Médina Yoro Foulah	Badion PS	351	218	62%	72,0%
	Bouroco PS		351	51	15%	38,0%	Non Atteint
	Dinguiraye PS		147	37	25%	27,0%	Non Atteint
	Fafacourou PS		192	81	42%	57,0%	Non Atteint
	Ndorna PS		265	63	24%	59,0%	Non Atteint
	Ngoudourou PS		169	30	18%	47,0%	Non Atteint
Pata PS	452		184	41%	69,0%	Non Atteint	
Santakoye PS	185		42	23%	39,0%	Non Atteint	
Saré Yoro Bouya PS	188	99	53%	64,0%	Non Atteint		
Kaffrine	Kaffrine	Boulel PS	478	276	58%	74,0%	Non Atteint
		Diamaguene PS	619	581	94%	87,1%	Atteint
		Diokoul Mbelbouk PS	495	347	70%	45,2%	Atteint
		Diouth Nguel PS	260	225	87%	65,6%	Atteint
		Gniby PS	383	280	73%	54,8%	Atteint
		Kaffrine II PS	473	434	92%	71,6%	Atteint
		Kahi PS	378	205	54%	45,9%	Atteint
		Kathiotte PS	422	234	55%	50,7%	Atteint
		Medina Diacksao PS	133	90	68%	71,6%	Non Atteint
		Medinatoul Salam II PS	198	119	60%	64,6%	Non Atteint
		Ndiao Bambaly PS	218	192	88%	76,4%	Atteint
		Nganda PS	720	594	83%	87,1%	Non Atteint
Pathe Thiangaye PS	147	57	39%	61,4%	Non Atteint		

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

	Birkelane	Santhie Ngalgone PS	331	129	39%	65,3%	Non Atteint
		Diamal PS	366	252	69%	73,0%	Non Atteint
		Keur Sawely PS	83	220	264%	79,0%	Atteint
		Keur Pathé PS	57	25	44%	40,0%	Atteint
		Mabo PS	696	407	58%	71,0%	Non Atteint
		Mbeuleup PS	211	218	103%	72,0%	Atteint
		Ndiayène Waly PS	43	57	132%	41,0%	Atteint
		Ndiognick PS	411	118	29%	65,0%	Non Atteint
		Ségré Gatta PS	135	202	149%	86,0%	Atteint
		Ségré Secco PS	204	193	95%	100,0%	Non Atteint
		Touba Mbella PS	345	318	92%	82,0%	Atteint
	Malème Hoddar	Diaga Keur Serigne PS	89	80	90%	86,0%	Atteint
		Diam Diam PS	70	55	78%	38,0%	Atteint
		Khaira Diaga PS	150	28	19%	73,0%	Non Atteint
		Darou Minam PS	132	55	42%	37,0%	Atteint
		Dianké Souf PS	239	127	53%	50,0%	Atteint
		Maka Belal PS	150	105	70%	81,0%	Non Atteint
		Niakhène PS	313	236	75%	88,0%	Non Atteint
		Ndiobène PS	130	68	52%	41,0%	Atteint
		Ndioum Gainth PS	145	14	10%	44,0%	Non Atteint
		Sagna PS	299	40	13%	84,0%	Non Atteint
		Séane PS	77	68	88%	72,0%	Atteint
		Tip Saloum PS	136	107	79%	57,0%	Atteint
		Touba Médinatoul Mounawara PS	61	1	2%	30,0%	Non Atteint
		Touba Nguéyène PS	107	50	47%	79,0%	Non Atteint
	Koungheul	Arafat PS	194	127	65%	80,0%	Non Atteint
		Dimiskha PS	215	77	36%	86,0%	Non Atteint
		Fass Thiékène PS	247	152	62%	57,0%	Atteint
		Gaint Pathé PS	382	197	52%	65,0%	Non Atteint
		Ida Mouride PS	298	182	61%	70,0%	Non Atteint
		Keur Mandoumbé PS	180	99	55%	75,0%	Non Atteint
		Khourdane PS	155	131	84%	44,0%	Atteint
		Lour Escale PS	266	198	75%	36,0%	Atteint
Maka Yop PS		76	51	67%	30,0%	Atteint	
PS Urbain de Koungheul		348	456	131%	48,0%	Atteint	
Saly Escale PS		232	113	49%	41,0%	Atteint	

La problématique de la performance dans les districts sanitaires au Sénégal: le financement basé sur les résultats un mécanisme d'amélioration des services de santé ?

2012							
Région	District	Formations sanitaires	Cible T4	Total Activité	Performance 2014	Objectif PNFBFR	Atteinte objectif
		Ribot Escale PS	217	32	15%	58,0%	Non Atteint
		Santhie Guérane PS	259	186	72%	76,0%	Non Atteint
		Sobél Diam Diam PS	91	29	32%	43,0%	Non Atteint
		Taïf Thiékène PS	123	70	57%	47,0%	Atteint
		Touba Alia PS	164	85	52%	100,0%	Non Atteint
Kolda	Kolda	Bouna Kane	125	0	0%	30,0%	Non Atteint
		Anambé	174	97	56%	75,7%	Non Atteint
		Médina Cherif	192	114	59%	47,3%	Atteint
		Bagadadji	567	224	40%	66,6%	Non Atteint
		Tankanto Escale	220	137	62%	53,1%	Atteint
		Thiewal Lao	124	55	44%	52,5%	Non Atteint
Kaffrine	Kaffrine	Kaffrine 2	616	345	56%	89,7%	Non Atteint
		Diameguene	766	588	77%	86,4%	Non Atteint
		Nganda	879	414	47%	85,4%	Non Atteint
		Kathiotte	680	388	57%	65,6%	Non Atteint
		Diokoul Mbelboug	669	170	25%	49,0%	Non Atteint
		Kahi	376	103	27%	38,9%	Non Atteint