Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement
International Institute for Water and Environmental Engineering
Fondation 2iE

Contribution du Financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé à l'amélioration des performances des services de santé. Cas du District Sanitaire de Léo dans la Province de la Sissili au BURKINA FASO

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU
MASTER 2 SPECIALISE EN MANAGEMENT STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL

Présenté par :

Pogsada Benjamin BAMOGO

Travaux dirigés par : Dr Philippe COMPAORE
Titre Médecin de santé publique
Ministère de la santé

Promotion : 2011-2012

CITATIONS

« Si vous ne savez pas où vous allez, n'importe quelle route vous y mènera »

Lewis Carroll, 1865

« Une bonne gouvernance n'est pas un luxe - il s'agit d'une nécessité vitale pour le développement »

(Banque mondiale, 1997, p.15).

DEDICACE

En mémoire de mes parents et épouse défunts Qu'ils sachent que le fruit de l'arbre qu'ils ont planté a maintenant muri. Qu'ils reposent en paix dans le Seigneur ! Que Ce travail soit pour eux, une des preuves de leur engagement pour le bonheur de leur fils et époux.

A mes enfants Marc, Yannick, Donatien, Grâce et Victoria. Seul le travail est libérateur.

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre ont contribué à l'élaboration de ce mémoire de fin de cycle et particulièrement à:

- notre directeur de mémoire DR Philippe COMPAORE dont les qualités humaines, les précieux conseils et la grande disponibilité ont été déterminants dans la direction et la réalisation de ce mémoire;
- l'ensemble du corps professoral qui s'est investi pleinement dans notre formation ;
- l'ensemble du Service technique FBR en particulier M. Paul TOE, M. Boukari TAPSOBA et M. Moussa KABORE.
- Au médecin chef du District sanitaire de Léo et son personnel ;
- M. KABRE, SAF du district sanitaire de Léo ;
- Dr Théophile SANOU, Directeur de la prospective et de la planification opérationnelle du ministère de la santé ;
- M. Nestor Léandre KABORE à la Direction générale des études et des statistiques sectorielles.

Nos remerciements vont également à:

- l'ensemble de la population cible, pour leur bonne collaboration et leur participation à l'enrichissement du mémoire ;
- tous nos chers amis.

Résumé

Le Burkina Faso s'est engagé à mettre en œuvre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), adoptés par la communauté internationale en septembre 2000. L'atteinte de ces objectifs, notamment les N°4 et 5 relatifs à la santé de la mère et de l'enfant passe nécessairement par une bonne gouvernance orientée résultats. En rappel, l'objectif N°4 et 5 visent respectivement la réduction de 2/3 la mortalité infantile, soit 62,3 pour mille naissances vivantes et de ¾ celle maternelle, soit 141,3 pour 100 mille naissances vivantes, d'ici 2015.

A la veille de ce rendez-vous, certains indicateurs notamment ceux relatifs au taux de mortalité infantile et maternelle, restent toujours en deçà des attentes, malgré les énormes efforts développés par le gouvernement. Pour accélérer l'atteinte de ces objectifs, le Burkina a adopté en 2011, une stratégie de financement de la santé dit « financement basé sur les résultats » en vue d'inciter les prestataires de la santé à la performance des services au profit de la population. Mais, cette stratégie contribue-t-elle à améliorer les performances des services ? Pour répondre à cette interrogation, la présente étude dont le thème est intitulé « Contribution du Financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé à l'amélioration des performances des services de santé. Cas du District Sanitaire de Léo dans la Province de la Sissili au BURKINA FASO » a été menée.

Après trois (3) années de mise en œuvre, les résultats obtenus sont forts encourageants, même si l'on convient qu'il serait tôt et hasardeux de déduire que cette amélioration est seule tributaire à l'approche FBR. En attendant qu'une étude d'impact soit réalisée afin de confirmer l'incidence du FBR sur les indicateurs de mortalité, la couverture en CPN2, la PTME, les résultats financiers ainsi que l'organisation et fonctionnement des services se sont améliorés. Avant d'appliquer la stratégie FBR à l'échelle nationale, il conviendrait de réaliser une étude d'impact afin de mesurer l'efficacité de la stratégie. Toutefois, une question qui demeure encore sans réponse est « comment assurer la pérennité de la stratégie FBR au cas où les partenaires techniques et financiers, potentiels acheteurs des prestations de services viendraient à arrêté leur appui ? »

Mots Clés :

1 - Performance

2 - Résultat

3 - Regulation

4 - Subside

5 - Indicateur

Liste des abréviations

AA	Accoucheuse auxiliaire
AB	Accoucheuse brevetée
AC	Agent comptable
Acc.	Accouchement
ACH	Adjoint des cadres hospitaliers
ACV	Agence de contractualisation et de vérification
AFD	Agence Française pour le développement
AHSS	Administrateur des hôpitaux et des services de santé
AIS	Agent itinérant de santé
ALAT	Alanine – aminotransférase (transaminases)
AMIU	Aspiration manuelle intra utérine
ARV	Anti Rétro Viral
AS	Attaché de santé / Agent de santé
ASAT	Aspartate – aminotransférase (transaminases)
ASBC	Agent de santé à base communautaire
ASCE	Autorité supérieure du contrôle d'Etat
Atcd	Antécédent
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BAQ	Bonus d'amélioration de la qualité
BCF	Bruits du cœur fœtal
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BF	Burkina Faso
BW	Bordet Wassermann (réaction de)

C.A.M	Contre avis médical (sortie)
CA	Conseil d'administration
CAT	Conduite à tenir
CC	Consultation curative
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCI	Consultation curative infirmière
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
CD4	Cluster de différenciation 4
CDT	Centre de dépistage et de traitement
CDV	Conseil – dépistage volontaire
CE	Consultation externe
CF	Contrôleur financier
cf.	Confère
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSE	Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
CM	Centre médical
cm	Centimètre
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMM	Consommation mensuelle
CoDi	Conseil de direction
COGES	Comité de Gestion
cp	Comprimé
CPA	Consultation pré anesthésique
VPA	Visite pré anesthésique
CPN	Consultation Pré Natale
CPoN	Consultation post natale
CR	Compte rendu
CSD	Conseil de santé de district
CSPS	Centre de Santé et de promotion Sociale
CTRS	Comité technique régional de santé
CUS	Coordonnateur d'unités de soins

CVS	Comité villageois de sélection
DBC	Distribution à base communautaire
DBS	Dried blood spot
DCD	Décédé
DCPP	Direction de la coordination des projets et programmes
DDR	Date des dernières règles
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Dispositif intra utérin
DMEG	Dépôt de Médicaments Essentiels Générique
DN	Direction de la nutrition
DPS	Direction de la promotion de la santé
DPV	Direction de la prévention par les vaccinations
DRD	Dépôt répartiteur de district
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District sanitaire
DSF	Direction de la santé de la famille
DSS	Direction des statistiques sectorielles
DTCoq	Diphtérie – Tétanos – Coqueluche (vaccin)
ECD	Equipe Cadre de District
ECV	Enfant complètement vacciné
FA	Femme allaitante
FAF	Fer – ac. Folique
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Francs de la communauté financière africaine
FE	Femme enceinte
FS	Formation Sanitaire
g	Gramme
GDT	Guide de Diagnostic et de Traitement
gél.	Gélule
GEU	Grossesse extra utérine
GH	Gestionnaire des hôpitaux

GS/FS	Garçon de salle / Fille de salle
GS-Rh	Groupe sanguin – facteur rhésus
Hb	Hémoglobine
HepB	Hépatite B (vaccin)
HiB	Hémophilus influencae B (vaccin)
HTA	Hyper tension artérielle
HU	Hauteur utérine
IB	Infirmier breveté
ICP	Infirmier chef de poste
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEC	Information – Education – Communication
IGF	Inspection générale des finances
IMC	Indice de masse corporelle
inj.	Injectable
IST	Infection sexuellement transmissible
ITSS	Inspection technique des services de santé
J	Jour
Km	Kilomètre
M	Mois
MA	Malnutrition aigüe
MAF	Mouvements actifs du fœtus
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MCD	Médecin chef de district
ME	Maïeuticien d'Etat
MEG	Médicament essentiel sous forme générique
mg	Milligramme
MILDA	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
ml	Millilitre
mm	Millimètre
mn	Minute

MPE	Maladie à potentiel épidémique
MS	Ministère de la santé
NFS	Numération formule sanguine
Nné	Nouveau né
OBC	Organisation à base communautaire
OBCE	organisation à Base Communautaire d'Exécution
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMI	Œdème des membres inférieur
OMS	Organisation mondiale de la santé
P/T	Poids / taille
PA	Plan d'action
PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PAP	Plan d'Amélioration de la Performance
PB	Périmètre brachial
PBF	Performance base financing
PC	Périmètre crânien
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	Réaction en chaîne par polymérase
PDV	Perdu de vue
PEC	Prise en charge
Penta	Pentavalent (vaccin)
PEP	Préparateur d'Etat en pharmacie
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan national de développement sanitaire
Pneumo	Pneumocoque (vaccin)
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PRP	Plan de résolution des problèmes
PSSLS	Programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA
PT	Périmètre thoracique

PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la transmission mère – enfant
PU	Prix unitaire
PV	Procès verbal
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
R / CR	Référence / contre référence
RDV	Rendez vous
RMA	Rapport mensuel d'activités
Rota	Rotavirus (vaccin)
S	Semaine
S.A.M	Sans avis médical (sortie)
SA	Semaine d'aménorrhée
SAF	Service de l'administration et des finances
SFE	Sage – femme d'Etat
SIM	Service d'information médicale
SIO	Soins infirmiers et obstétricaux
SMI	Santé maternelle et infantile
SNIS	Système national d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR	Santé de la reproduction
ST_FBR	Service technique du FBR
SUS	Surveillant d'unité de soins
SUT	Surveillant d'unité technique
T	Trimestre
T°	Température
TA	Tension artérielle
Tb	Tuberculose
TBM	Technologiste bio médical
TDR	Test de diagnostic rapide / Termes de référence
TETU	Tri – Evaluation – Traitement d'urgence
TLOH	Télégramme-lettre officielle hebdomadaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent

TPM+	Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
TV	Toucher vaginal
UE	Union européenne
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VAA	Vaccin anti amaril
VAD	Visite à domicile
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine
VIH+	Séro positif à l'infection à VIH
Vit A	Vitamine A
VPO	Vaccin polio oral

Sommaire

CITATIONS ..... **i**

DEDICACE ..... **ii**

Résumé ..... **iv**

Liste des abréviations ..... **v**

Sommaire ..... **i**

LISTE DES TABLEAUX ..... **iii**

Introduction ..... ***iv***

CHAPITRE I : Définition du problème de recherche ..... ***vi***

I-1- Description du problème ..... **vi**

Chapitre II- Objectifs DE L'ETUDE ..... ***vii***

Chapitre III- Matériels et Méthodes ..... ***vii***

III-1- Revue de la littérature ..... ***vii***

III-1- 1- Définitions conceptuelles viii

III.2.1 Cadre physique de l'étude ix

1. II.2.2 Echantillon/échantillonnage ix

IV Méthodes et Outils de ccollecte de données ..... ***x***

IV-1-De la recherche documentaire ..... ***x***

III-2-De l'enquête de terrain ..... ***x***

IV-3- Déroulement de l'enquête x

IV-5- Limites méthodologiques de l'étude ..... **x**

IV-6- Mode de traitement des données recueillies ..... **x**

ChapitreV : Résultats ..... ***xiii***

V.1 Résultats financiers ..... **xiii**

V.2 Résultats quantitatifs de quelques indicateurs ..... **xiv**

V.3 Indicateurs qualitatifs des Formations sanitaires du 1er échelon ..... **xv**

VI- Discussion et Analyses ..... ***xvi***

VI.1 Appréciation de la performance financière des formations sanitaires ..... **xvi**

V.2 Au niveau des indicateurs quantitatifs ..... **xvi**

VI.3 Appréciation des résultats qualitatifs ..... **xvi**

Conclusions ..... ***xvii***

Recommandations - Perspectives ..... ***xviii***

1. ***II.Annexes*** ..... *Erreur ! Signet non défini.*

Annexe I : Titre de l'annexe ..... **Erreur ! Signet non défini.**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Répartition des performances financières par niveau de soins (1er et 2ème échelon)

INTRODUCTION

A l'instar de nombreux pays en développement, le Burkina Faso s'est engagé à mettre en œuvre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), adoptés par la communauté internationale en septembre 2000. L'atteinte de ces objectifs du millénaire semble ne pas être possible au rendez-vous de 2015 par le Burkina, notamment les Objectifs N°4 et 5 relatifs à la santé de la mère et de l'enfant. En rappel, l'objectif N°4 vise la réduction de 2/3 la mortalité infantile, soit 62,3 pour mille naissances vivantes et de ¾ celle maternelle, soit 141,3 pour 100 mille naissances vivantes, d'ici 2015.

Depuis 2001, le Burkina Faso s'est engagé dans le cadre des sa politique sanitaire nationale, dans des réformes stratégiques parmi lesquelles, la décentralisation des services de santé, l'adoption d'une politique sanitaire nationale déclinée en Plan national de développement sanitaire (PNDS), la mise en œuvre d'une approche sectorielle, la signature de contrats de performance avec les districts sanitaires, la contractualisation de certaines activités de santé avec les ONG/associations, les soins d'urgence sans prépaiement et la subvention des accouchements et des Soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU).

Les résultats obtenus s'ils ne sont pas négligeables, demeurent tout de même en deçà des attentes. En témoignent les taux de mortalité qui sont jugés toujours élevés même s'ils ont connu une légère baisse depuis la mise en œuvre de ces stratégies. En effet, selon les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS) réalisée en 2010 par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), les taux de mortalité infantile et maternelle étaient respectivement de 129 pour mille naissances vivantes et de 341 pour 100 mille naissances vivantes.

Aussi, malgré l'environnement favorable du système de panier commun du Programme d'Appui au développement sanitaire (PADS) qui intervient à travers le financement des plans d'action des structures de santé, les prestataires n'en tirent aucun avantage incitatif personnel à même de provoquer leur motivation à la performance.

Face aux nombreux défis tels que : la rareté des ressources, changement de mentalité aussi

bien des populations que des agents de santé, l'amélioration de la gouvernance dans les services de santé, nous pouvons affirmer sans le risque de nous tromper que le renforcement d'un leadership basé sur une démarche stratégique à long terme permettra d'instaurer une incitation à la performance des prestations sanitaires à travers l'achat des services de santé, où une grande part de ces revenues sera distribuée entre les prestataires. Cette stratégie est appelé « financement basé sur les résultats » (FBR) ou financement basé sur les performances (FBP).

Avec l'appui de l'USAID, des pays comme le Rwanda et la Haïti ont expérimenté cette stratégie et en trois (3) ans, certains OMD ont été atteints avant l'échéance de 2015.

Au Burkina Faso, la décision de mettre en œuvre la stratégie de FBR s'est fondée sur un environnement sectoriel favorable avec notamment l'existence des mécanismes du programme d'appui au développement sanitaire (PADS), la mise en œuvre effective des réformes ci-dessus citées et l'élaboration du PNDS 2011-2020. La mise en œuvre du FBR a commencé le 1er avril 2011 par une approche pilote dans trois (3) districts sanitaires (Boulsa, Léo et Titao) avec pour vision d'atteindre à terme, l'échelle nationale.

Pourrait-on donc affirmer qu'après trois (3) année de phase test du FBR, cette stratégie a-t-elle contribué à l'amélioration des performances des services de santé ? A-t-elle créé un impact positif sur le management des services et surtout sur le changement de comportement des acteurs de terrains ? Quelles peuvent être les alternatives de financement pour en vue de capitaliser les acquis de la stratégie ?

C'est ce qui justifie le choix de notre thème : « Contribution du financement basé sur les résultats à l'amélioration des performances des services de santé. Cas du district sanitaire de Léo dans la province de la Sissily, au Burkina Faso. »

Pour répondre à ces interrogations, nous avons structurée notre étude en deux (2) parties contenant chacune 3 chapitres. La **première partie** consacrée aux aspects théoriques de l'étude abordera tour à tour, la définition du problème, la revue de la littérature et cadre de référence et enfin l'approche méthodologique. La **deuxième partie** réservée au cadre pratique de l'étude mettra l'accent sur la présentation et analyse critique des résultats, l'interprétation et synthèse des résultats et présentera enfin les recommandations et perspectives.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Les aspects théoriques de cette recherche qui portent sur trois (03) chapitres visent essentiellement à donner des orientations globales à notre travail.

Dans le premier chapitre, le travail consiste à définir le problème et à formuler les hypothèses de recherche. Dans le deuxième chapitre, nous consacrons notre réflexion à la revue de la littérature et à la description du cadre de référence de cette recherche. Pour terminer, le troisième chapitre traite des aspects méthodologiques de l'étude qui sont entre autres : le milieu et la population d'enquête, la technique d'échantillonnage, les méthodes de collecte des données et le mode de validation des instruments de l'enquête.

CHAPITRE I : Définition du problème de recherche

I-1- Description du problème

Depuis 2000, le Burkina Faso s'est engagé dans une série de réformes de son système de santé dont entre autres :

- la décentralisation du système de santé ;
- l'élaboration et l'adoption d'un plan national de développement sanitaire 2001-2010 ;
- la gratuité des soins préventifs de la mère et de l'enfant ;
- la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- la contractualisation de certaines activités du premier échelon avec des ONG et association à base communautaire ;
- le renforcement des services en ressources humaines en santé.

En dépit de ces efforts consentis par l'Etat, les indicateurs de santé restent toujours en deçà des attentes, notamment ceux relatif aux objectifs du millénaire pour le développement. En effet, selon nos calculs sur la base des statistiques présentées dans le document des indicateurs actualisés de 1997 à 2008 du Ministère de la santé, la projection linéaire observée depuis 1994 de la Consultation Prénatale 2 (CPN2) est 3.175.[1] Si cette tendance se maintenait, nous

[1] 2004 : la couverture en CPN2 était de 62.9%.

serions à 97.825% en 2015 contre une cible souhaitée de 100% de couverture en CPN2. Pour ce qui est de la mortalité infantile et maternelle, les objectifs de réduction respective de 2/3 et de ¾ risque de ne pas être atteints à l'échéance 2015. Selon les résultats de l'EDS 2010, ces taux étaient respectivement de 129 pour mille naissances vivantes et 341 pour 100 mille naissances vivantes. Selon nos calculs sur la base de l'EDS, la tendance à la baisse est de 1.68 par année. Si la tendance se maintenait, nous serons à un taux de mortalité infantile de 119.7 pour mille contre une cible de 62.3 pour mille et 225.5 contre une cible de 141.5 en 2015 pour la mortalité infantile.

CHAPITRE II- OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général de notre d'étude est d'analyser les effets du financement basé sur les résultats sur les performances des services de santé.

Il s'agira de façon **spécifique** :

1. de décrire le dispositif de mise en œuvre du FBR ;
2. analyser et apprécier l'évolution des indicateurs sanitaires des 3 dernières années (2013-2012-2011) par rapport l'année avant FBR (2010);
3. formuler des suggestions et recommandations.

CHAPITRE III- MATERIELS ET METHODES

III-1- REVUE DE LA LITTERATURE

La revue de la littérature vise à préciser l'orientation théorique de l'étude et ce, sur la base des recherches documentaires. Ainsi, pour une meilleure compréhension des analyses de la présente étude, nous procédons à une définition de certains concepts clés et à une analyse critique des écrits ou des expériences d'autres pays sur le financement basé sur les résultats.

III-1- 1- Définitions conceptuelles

- **Le financement basé sur les résultats (FBR) :** dans le contexte du Burkina Faso, le Financement Basé sur les résultats (FBR) se définit comme une approche du système de santé, axée sur les résultats, qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle. Il est matérialisé par un contrat de performance qui stipule que des ressources financières seront reversées aux prestataires en fonction de la quantité des prestations fournies sur la base d'indicateurs définis préalablement et du respect des normes et standards de qualité des services et des soins. (Guide de mise en œuvre du FBR dans le secteur de la santé, sept. 2013)

- **Le financement basé sur les performances :** cette stratégie a été appliquée au Rwanda et en Haïti. Elle consiste à…
- **Payeur** : Le payeur est l'institution qui paie les subsides de la performance. Le calcul des subsides «quantité» se fait selon une périodicité mensuelle après la vérification pour les niveaux 1er échelon, 2nd échelon et CHR. Les subsides mensuels sont calculés sur la base des résultats de la vérification quantitative. Il est la somme du produit des résultats mensuels de quantités obtenus et du prix de l'acte indexé selon la catégorie du district sanitaire et de la formation sanitaire. Le paiement se faisant sur base des factures soumises, elles-mêmes liées aux résultats des vérifications mensuelles de la quantité et de ceux des vérifications de la qualité/performance. Le payeur est également la structure chargée du paiement des bonus d'amélioration de la qualité qui sont versés selon certaines conditions aux structures de santé pour le renforcement des infrastructures et de l'équipement.

Pour le cas du Burkina, le payeur est le programme d'appui au développement sanitaire (PADS).

- Prestataire : les prestataires sont l'ensemble du personnel (public, communautaire, contractuels, etc.) de tous les services/unités (y compris le personnel administratif et de soutien) qui mettent en œuvre ou contribuent à mettre en œuvre les prestations telles que définies dans le paquet complémentaire d'activités

- Contrôleur : ce sont des organes de vérification et de contrôle de la quantité et de la qualité des prestions offertes. Ils se trouvent à plusieurs niveaux du système de santé. Le niveau central (régulation… DGSS ST-FBR), le niveau régional (DRS), le niveau district (ECD), niveau communautaire (ONG et Association, Collectivités).

III.2 Champ de l'étude

III.2.1 Cadre physique de l'étude

Le District sanitaire de Léo relève de la province de la Sissily, dont il épouse les limites territoriales. Il est limité à l'Est par les provinces du Ziro et du Nahouri ; à l'Ouest par les provinces du Ioba et des Balé ; au Nord par celles du Boulkiemdé et du Sanguié et au Sud par la République du Ghana. La province de la Sissili compte sept (7) départements (Léo, Biéha, Boura, To, Nebielianayou, Niabouri et Silly) avec sept (7) communes dont une commune urbaine (Léo). Le district sanitaire de Léo s'étend sur une superficie de 7 186,20 Km2 qui est celle de la province de la Sissili dont Léo est le chef lieu.

La population du district est estimée en 2011 à 240 314 habitants avec une densité de 33 habitants/km2. Le district sanitaire de Léo compte trente trois (33) formations sanitaires publiques dont trente deux (32) CSPS et un (1) CMA.

1. II.2.2 Echantillon/échantillonnage

Compte tenu de contrainte de temps et de moyens financiers, nous avons retenu l'administration d'un questionnaire à six (6) catégorie de cibles, pour compléter la collecte des données et l'exploitation des rapports d'évaluation. Le tableau suivant donne la situation des effectifs retenus pour notre enquête :

Tableau n°1 : Situation des échantillons

Catégories de Populations	Population mère	Echantillon retenu	% de l'échantillon
Membres de l'équipe cadre du district	12	8	81,8
Membres des Coges	15	10	75
Patients du CMA de Léo	20	20	100
Personnel du CMA	20	20	100

Maire	01	01	100
Service technique FBR	04	04	100
Total	72	63	87,50

IV Méthodes et Outils de ccollecte de données

Pour collecter les données de l'étude, nous avons utilisé deux (02) méthodes de recherche : **la recherche documentaire et la collecte des données dans les rapports d'évaluation du Service technique FBR ainsi dans les annuaires statistiques du Ministère de la santé.**

IV-1-De la recherche documentaire

La recherche documentaire nous a permis de poser les bases théoriques de l'étude et ce, à partir de l'exploitation d'ouvrages, de rapports.

III-2-De l'enquête de terrain

Pour les besoins de l'enquête nous avons opté d'utiliser les instruments suivants :

- **le questionnaire auto-administré** qui est adressé aux acteurs de terrains (personnel de santé, membres de l'ECD, COGES).
- **le guide d'entretien** adressé aux membres du Service technique FBR.

Chacun de ces instruments est composé de questions fermées et de questions ouvertes. Les questions formulées à l'endroit de chaque catégorie de population sont fonction de son rôle ou de ses attributions dans le processus de mise en œuvre du FBR.

IV-3- Déroulement de l'enquête

L'enquête a concerné la période du **18 au 28 avril 2014**, soit une durée de dix (10) jours.

IV-5- Limites méthodologiques de l'étude

L'étude comporte des limites méthodologiques car, la collecte de données n'a pas pu s'étendre aux acteurs du secteur privé pour mieux appréhender les problèmes.

IV-6- Mode de traitement des données recueillies

Nous avons d'abord procédé à un dépouillement manuel des différentes données collectées. Ensuite, les données ont été présentées avant d'être analysées et interprétées.

La présentation des résultats obtenus de l'enquête s'est faite sous forme de tableaux ou de textes. Notre option pour les tableaux s'explique du fait qu'ils permettent une appréhension

facile et rapide des données quantitatives.

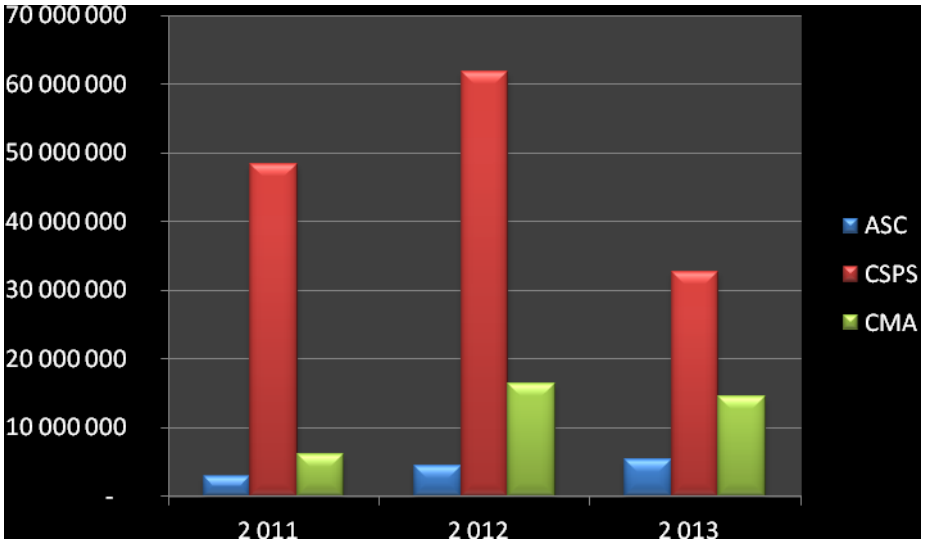
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

CHAPITREV : RESULTATS

9-10 pages maximum

PRESENTATION DES RESULTATS

V.1 Résultats financiers



Graphique N° 1 : Réparation des performances financières des formations sanitaires du 1er et 2ème échelon de 2011 à 2013.

De 2011 à 2012, on note une croissance de performance financière de chaque structure de soins et des ASC. Toutefois, l'année 2013 a connu une baisse des performances financières au niveau des CSPS.

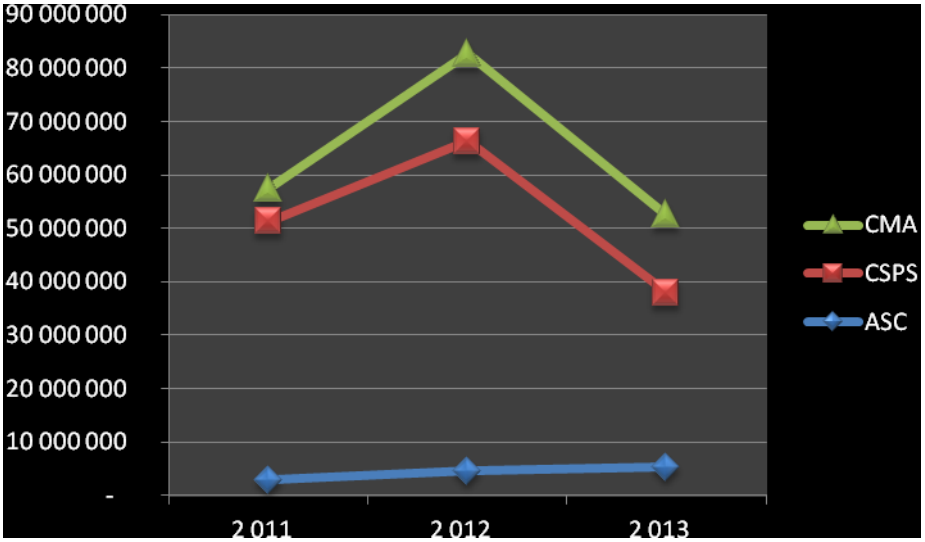


Figure N°2 : Evolution des subsides versés aux prestataires de 2011 à 2013. Les subsides versés aux ASC ont connu une évolution contante tandis que ceux versés aux formations sanitaires de 1er et 2ème échelon ont connu une baisse en 2013.

Tableau N°1 : Répartition des performances financières par niveau de soins (1er et 2ème échelon)

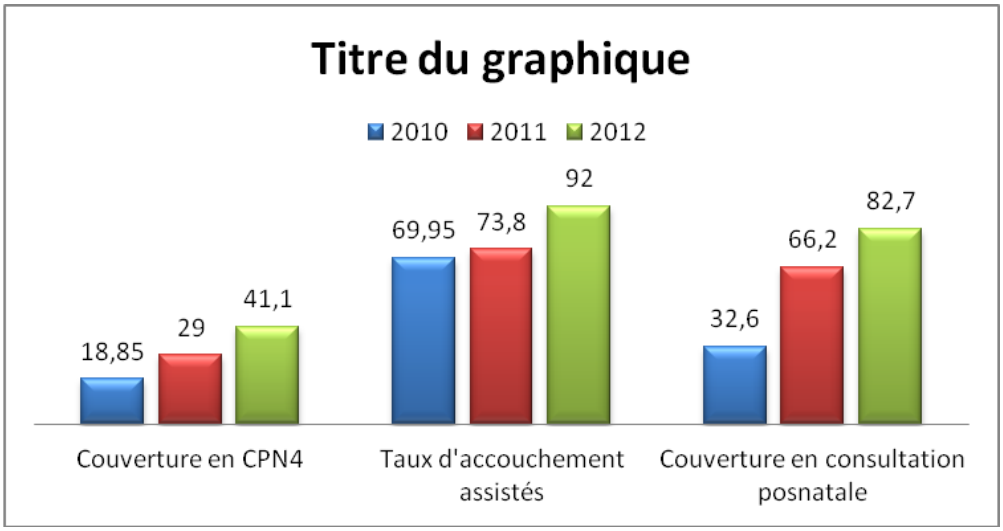
	2011	2012	2013
ASC	2 899 800	4 521 620	5 346 760
CSPS	48 415 566	61 747 798	32 637 310
CMA	6 119 706	16 424 644	14 482 115
TOTAL	**57 435 072**	**82 694 063**	**52 466 184**

L'année 2012 a enregistré une hausse par rapport à 2011 et 2013. On remarque ici une baisse considérable des subsides payés aux prestataires en 2013 (52 466 184 F CFA contre 82 694 063 F CFA).

V.2 Résultats quantitatifs de quelques indicateurs

La situation des indicateurs quantitatifs liés à la santé de la reproduction des formations sanitaires de 2010 à 2013 se présente dans le graphique ci-dessous. On note une croissance

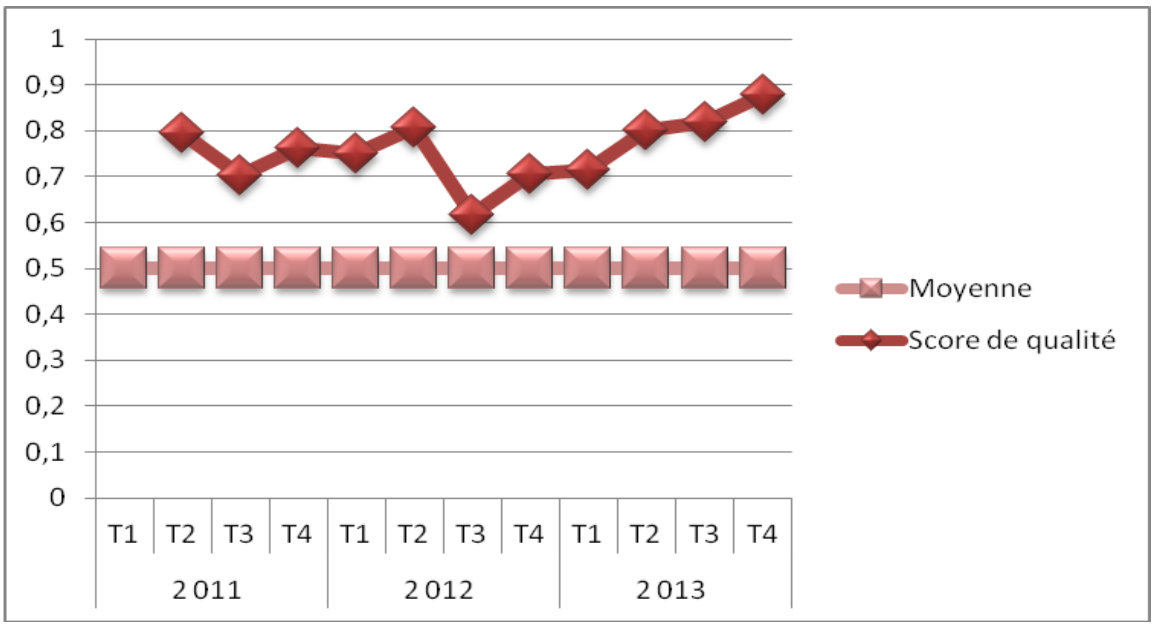
depuis la mise en œuvre de la stratégie FBR par rapport à l'année témoin (2010).



<u>Figure N°3</u> : Indicateurs quantitatifs au niveau CSPS des 3 dernières années (2010 à 2012)

<u>V.3 Indicateurs qualitatifs des Formations sanitaires du 1er échelon</u>

Le niveau de performance qualitative des CSPS a connu une baisse au 3 è trimestre 2012. Toutefois, cette évolution reste au dessus de la moyenne (0.50).



Graphique N°4 : Evolution du score de qualité au niveau CSPS

VI- DISCUSSION ET ANALYSES

VI.1 Appréciation de la performance financière des formations sanitaires

Depuis la mise en œuvre du FBR en avril 2011 dans le district sanitaire de Léo, les formations sanitaires du 1er et du 2ème échelon ont enregistré des performances financières fort appréciables. Le système de concurrence mis en place par la signature des contrats d'objectifs par les celles-ci ainsi que les primes de performances payées aux prestataires est une source incitative à la production des prestations et quantité et en qualité. Toutefois, il conviendrait de mettre l'accent sur les vérifications afin de minimiser les tentatives de fraude. En 2013, la baisse drastique des primes au niveau des formations sanitaires s'explique par le fait que certaines formations sanitaires ont été prises en flagrant délit de fraude de chiffres, suite à la vérification effectuée par les vérificateurs du niveau régional. La plupart de ces formations sanitaires ont été sanctionnées à travers la diminution de 50% de leurs primes.

V.2 Au niveau des indicateurs quantitatifs

De 2010 à 2012, les Formations sanitaires du district sanitaire de Léo ont enregistré une nette amélioration de certains indicateurs de la santé de la reproduction. En 2010, année avant l'introduction du FBR, le taux de couverture en CPN4 était faible (18.85%). Cet indicateur a évolué jusqu'en 2013 pour atteindre le seuil de 41.1%. Celui des accouchements assistés a évolué de 69.95% à 92% en 2012. La consultation postnatale de 32.6 à 82.7%.

Le financement basé sur les résultats (FBR) constitue un des outils puissants d'amélioration de la qualité et la quantité des services de soins de santé qui offre aux prestataires des mesures **incitatives** pour améliorer la performance et obtenir des résultats.

VI.3 Appréciation des résultats qualitatifs

Le niveau des résultats qualitatifs des activités des formations sanitaires du 1er et du 2ème

échelon a connu une bonne évolution depuis la mise en œuvre du FBR. Cette situation laisse transparaître un changement de comportement dans la pratiques des soins et ce, conformément aux normes et aux guide diagnostic de traitement (GDT). Le bonus de la qualité qui donne droit à une prime supplémentaire est un système très motivant et qui met les prestataires dans une position de concurrence à la recherche constante de la qualité. On peut en déduire donc qu'il existe un lien étroit entre la motivation financière et la production des prestations de soins de qualité et en quantité.

CONCLUSIONS

L'analyse des indicateurs de performance des services de santé du district sanitaire de Léo nous a permis de mettre en évidence que les primes payées par le système FBR crée une incitation certaine chez les prestataires à la production des prestations, non seulement en quantité mais en qualité. En témoigne l'amélioration continue de certains indicateurs par rapport à l'année avant la mise en œuvre de cette stratégie (2010). Aussi, sur le plan managérial, un changement de comportement s'est opéré dans l'organisation des services, l'amélioration des cadres de concertation et surtout une culture de l'obligation de rendre compte, toute chose qui contribue à une bonne gouvernance des services de santé.

Après trois (3) années de mise en œuvre, les résultats obtenus sont forts encourageants, même si l'on convient qu'il serait tôt et hasardeux de déduire que cette amélioration est seule tributaire à l'approche FBR. En attendant qu'une étude d'impact soit réalisée afin de confirmer l'incidence du FBR sur les indicateurs de mortalité, la couverture en CPN2, la PTME, les résultats financiers ainsi que l'organisation et fonctionnement des services se sont améliorés. A l'issue de cette phase test de la stratégie aux trois districts sanitaires cités plus haut, il conviendrait d'élargir aux hôpitaux et progressivement jusqu'à l'échelle nationale après une étude d'impact sur l'efficacité de la stratégie.

Toutefois, une question qui demeure encore sans réponse est « comment assurer la pérennité de la stratégie FBR au cas où les partenaires techniques et financiers, potentiels acheteurs des prestations de services viendraient à arrêté leur appui ? ». Il conviendrait alors aux autorités de

mener une réflexion en vue de trouver un mécanisme de remplacement du système de financement afin de consolider les acquis du FBR.

RECOMMANDATIONS - PERSPECTIVES

Aux termes de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Au niveau central**

1. Poursuivre la stratégie FBR à l'échelle nationale
2. Réaliser une étude d'impact du FBR sur les indicateurs de mortalité
3. Augmenter progressivement les subventions de l'Etat au profit du financement des activités de la stratégie FBR

- **Au niveau du service technique FBR**

1. Editer un bulletin trimestriel afin de donner un Feed-back des résultats des évaluations aux acteurs de terrain pour une prise en compte dans leur plan action de performance.

- **Recommandations aux prestataires des CSPS**

1. Sensibiliser les femmes en appui avec les ASC pour améliorer la couverture en CPN1 au 1er trimestre et la complétude en CPN
2. Consolider les acquis du FBR notamment les bonnes pratiques et la gouvernance dans les services de santé.

Bibliographie

Ouvrages

UINCEF (août 2012). Cadre d'accélération des OMD (CAO) au Burkina Faso, *Eliminer l'extrême pauvreté.*

Burkina Faso, Ministère de la santé (février 2013). Compte nationaux de la santé, *Comptes globaux et Sous comptes Paludisme, Tuberculose et VIH/Sida*

Burkina Faso, Ministère de la santé (2011). Plan national de développement sanitaire 2011-2020.

Burkina Faso, Ministère de la santé (juillet 2011). Plan triennal 2011-2013.

Management Sciences for Health (2011). Le manuel du Financement basé sur la performance : *Conception et mise en œuvre de programmes efficaces de financements basés sur la performance*

Burkina Faso, Programme National de Lutte contre le Paludisme (mars 2010). Rapport de l'enquête ménages sur le paludisme au Burkina Faso en 2009

Burkina Faso, Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (sept. 2009). Recueil des indicateurs actualisés de la santé.

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

Articles

CESAG, UNICEF. Atteindre les OMD au Burkina Faso. *Kakémono*

Sites internet

www.sante.gov, annuaire statistique 2010, 2011, 2012. Consulté le 27 avril 2014.