

La mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Burkina Faso

Maurice Yaogo (yaogo@hotmail.com), Sylvie Zongo, Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Paul-André Somé, Valéry Ridde

Messages clés :

- ➔ Mis à part les agents de santé qui valorisent le FBR, peu de personnes le connaissent
- ➔ L'intégration de l'exemption du paiement pour les indigents est saluée par tous
- ➔ La mise en œuvre a été difficile et quelques retards sont constatés (paiement, contrôle communautaire, prise en charge des indigents).

Introduction

Depuis 2014, le Burkina Faso s'est lancé dans l'extension du financement basé sur les résultats (FBR) afin d'améliorer « la performance du système de santé ». Dans ce pays, le FBR est maintenant organisé au sein de 15 districts. Le pays innove en associant le FBR à des modalités destinées à augmenter l'accessibilité aux soins (exemptions et assurances).

Une recherche qualitative a été organisée 12 mois après le démarrage du FBR dans deux districts. Elle s'appuie sur des données collectées dans 12 centres de santé primaires et deux hôpitaux (observations, 68 entretiens informels, 225 entretiens formels).

Le FBR au Burkina Faso

Trois modalités de FBR sont testées. Dans la première (FBR1), tous les patients payent les soins et les formations sanitaires (FS) sont payées en fonction de la quantité/qualité des actes réalisés. Le FBR 2 comprend le FBR 1 associé une exemption du paiement des soins pour les indigents, leurs consultations sont achetées au double du prix normal. Le FBR 3 associe au FBR 2 une prime pour le personnel en fonction du nombre de consultations d'indigents. Pour le paiement du FBR, des vérifications doivent être effectuées par une agence de contractualisation et de vérification et par l'équipe cadre du district.

Principaux résultats

Un niveau de connaissance très variable

Ceux qui ont participé aux formations, notamment certains agents de santé, membres des COGES et leaders communautaires sont mieux informés que les autres.

Dans les FS où la sélection communautaire des indigents a été organisée (FBR 2 et 3), les responsables communautaires sont plus au courant de ce processus que du FBR. Mais pour le reste, les autres leaders communautaires, les usagers des services de santé et les membres des COGES, ils ignorent l'existence du FBR.

C'est le principe de la « formation en cascade » qui a été retenu, en espérant que ceux formés partagent l'information. Mais ceci est rarement le cas pour de multiples raisons (garder le pouvoir de l'information, mobilité du personnel, etc.). Le cœur du FBR, soit le paiement, n'est pas toujours bien compris. Certains l'appréhendent comme il se doit, une subvention sous la forme d'un achat des services, tandis que d'autres pensent que « c'est la motivation hein ! ».

Les agents de santé apprécient le FBR

Les avis de nombreux agents convergent quant à l'utilité du FBR : meilleure performance; offre de qualité, organiser le personnel... Le FBR est considéré comme un facteur stimulant. Certaines précautions (nouveaux équipements, meilleur accueil, etc.) ont été prises pour éviter de perdre des points lors des contrôles FBR. L'apport des primes a motivé les agents. Certains en profitent même pour rémunérer les agents de santé communautaire (ASC) et membres des COGES. Mais cela n'est pas le cas partout, suscitant des sentiments de frustrations et de démotivation pour certains acteurs communautaires. En outre, l'initiative en faveur des indigents est largement appréciée de tous.

Une mise en œuvre difficile mais qui introduit des changements majeurs

Beaucoup pensent que le FBR a démarré trop vite et sans avoir été suffisamment préparé. Les nouveaux documents sont arrivés dans un intervalle d'un/quatre mois après le démarrage dans les FS à l'exception d'une FS qui l'a reçu au début.

Par la suite, les agents de santé se sont rapidement organisés pour que les ressources humaines et le matériel répondent aux exigences nouvelles du FBR (fonds de COGES parfois mobilisés, certaines pratiques de consultations modifiées).

Les contrôles de la quantité et de la qualité se sont bien déroulés, à l'exception de quelques mises en scène observées la veille du contrôle (ajouts de bacs à ordures, moustiquaires, remplacement de matelas, etc.). Ces stratégies ont aussi été déployées dans la distribution des primes qui est un sujet très sensible.

La vérification communautaire couplée à l'enquête de satisfaction des utilisateurs n'ont pas été effectuées à cause de l'absence d'associations locales habilitées à le faire. De même, les acteurs déplorent tous un retard très important dans le paiement des subventions. Cette situation peut miner la confiance et la motivation envers le FBR surtout que les agents ont l'impression de remplir leur contrat et d'améliorer leurs prestations. Ces retards posent un souci majeur car, comme le dit un infirmier, « c'est l'argent qui fait marcher FBR, s'il n'y a pas l'argent tout ce qu'on fait là c'est zéro ». Ce retard est aussi constaté dans le processus de prise en charge des indigents qui accuse plus d'un an.

Difficultés de mise en œuvre identifiées :

- > retard dans le versement des subventions et donc les défis d'être approvisionné en médicaments
- > tensions dues aux critères de répartition des primes lorsqu'ils ne sont pas communiqués à tout le monde
- > surcharge de travail imputée au remplissage régulier des registres
- > manque de personnel dans certaines formations sanitaires
- > crainte de pertes financières si la prise en charge des indigents n'est pas remboursée
- > frustration des agents dont les prestations ne sont pas reconnues
- > existence de conflits interpersonnels, sans relation avec le FBR, qui influence négativement sa mise en œuvre et ses résultats

Conclusion

Douze mois après son démarrage, quelques composantes du FBR ne sont pas encore en place. Les agents de santé ont une connaissance relative du système mais semblent bien l'apprécier. Cependant, les retards dans la distribution des subventions et dans la mise en œuvre de la prise en charge des indigents, dont l'objectif est salué par tous, peuvent miner la confiance et la motivation des différents acteurs. Le FBR reste encore perçu comme un projet et les acteurs communautaires, ainsi que les usagers des services, sont encore peu informés de ses composantes, de son mode de fonctionnement et de ses bénéficiaires. Le temps restant au projet devrait permettre aux responsables d'améliorer et adapter sa mise en œuvre.

Recommandations pour les responsables de la mise en œuvre du FBR :

1. Préparer le démarrage des interventions (logistique, implication et informations des acteurs clés)
2. Organiser des stratégies d'information et de formation continues de tous les acteurs
3. Planifier le paiement des subventions pour qu'elles arrivent à temps
4. Rendre la distribution des primes et des critères plus transparente et équitable
5. Organiser la prise en charge des indigents en même temps que le début du FBR
6. Mettre en place les vérifications communautaires en même temps que le début du FBR
7. Réduire la surcharge de travail administratif

Maurice Yaogo (yaogo@hotmail.com) - AFRICSanté et Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest
Unité Universitaire de Bobo-Dioulasso, 01 BP 298, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Merci à Christian Dagenais pour sa relecture et ses conseils avisés pour la réalisation de cette note.



<http://www.equitesante.org>

Note de politique - Janvier 2016

