

Synthèse des débats en ligne sur le financement basé sur la performance et l'autonomie de gestion

Ce document rassemble les différentes contributions des experts ayant participé à une discussion en ligne sur l'autonomie de gestion des formations sanitaires vis-à-vis des équipes-cadres de district dans un régime « Financement Basé sur la Performance ». Une version synthétisée de cet échange est disponible sur *Health Financing in Africa*.

E-mail envoyé par Léonard Ntakarutimana le 28 août 2013

Chers experts de l'approche FBP,
Chers membres de la CoP-FBP,

Je souhaite partager avec vous ma petite réflexion au sujet du thème: "**FBP et autonomie des formations sanitaires**". Vos points de vue sur le sujet sont fortement attendus en vue de contribuer au débat sur l'approche de FBP.

Déjà, merci pour vos précieuses contributions.

L'approche FBP et l'autonomie de gestion des Formations sanitaires

L'excès de régulation exercé sur le fonctionnement des formations sanitaires (FOSA) pourrait-il constituer un facteur limitant la performance et le développement des formations sanitaires utilisant l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) ?

Cette importante question est venue dans mon esprit à l'occasion d'un entretien que j'ai eu avec les prestataires d'un Centre de Santé (CDS) public situé en Province de Makamba (Sud du Burundi). Ils m'ont informé d'une « règle » locale : le Médecin Chef de District avait fixé à trente millions de francs Burundais (environ 20.000 USD), le montant minimal de réserve en banque que devait avoir un CDS dans son district pour pouvoir accéder à la prime FBP. Cette instruction du Médecin Chef de District est contraire au prescrit du Manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP, qui prévoit que « la prime du personnel ne doit pas dépasser 30% des recettes globales de la formation sanitaire et est attribuée sous deux conditions : (1) l'existence d'un bénéfice (recettes du mois supérieures aux prévisions de dépenses du mois suivant) ; (2) l'existence de fonds permettant de couvrir au moins 60 jours de fonctionnement (stock de médicaments exclu). Les prestataires m'ont révélé que leur CDS satisfaisait pourtant à ces deux conditions.

Cette situation est-elle un cas isolé ? Je ne pense pas, car d'autres plaintes sont souvent rapportées lors des réunions de l'organe de gouvernance nationale du FBP au Burundi (la Cellule Technique-FBP Elargie) auxquelles je prends part. Il s'agit souvent de CDS qui se plaignent de ce que leurs initiatives d'investissement sont bloquées par les Districts sanitaires, au point que leurs comptes en banque se retrouvent bien garnis alors qu'ils ne parviennent pas à utiliser ces fonds en fonction de leurs priorités propres.

Ma réflexion n'a pas l'intention de porter un jugement de valeur sur les rapports existant entre les structures de régulation et les FOSA ; elle vise simplement à susciter une réflexion approfondie sur la question globale des limites dans l'exercice de la fonction régulatrice des districts sanitaires et même des niveaux hiérarchiquement supérieurs vis-à-vis des FOSA impliquées dans l'approche de FBP.

Deux hypothèses au moins qui ne s'excluent pas mutuellement, pourraient résulter de cette incompréhension existante entre les FOSA et leurs organes de régulation si la situation venait à perdurer :

1. Les personnels des FOSA, frustrés par leur faible niveau d'autonomie dans la prise de décisions, pourraient être démotivés avec pour conséquence la baisse de leur performance.
2. Les organes de régulation et/ou d'autres autorités pourraient décider de réaffecter les fonds se trouvant sur les comptes des FOSA vers d'autres activités qui ne constituent pas nécessairement leurs priorités, ce qui pourrait nuire dangereusement au principe d'autonomie poursuivi par l'approche FBP.

De ce qui précède les questions suivantes se posent :

1. Jusque où doit aller le pouvoir régulateur du Ministère de la santé et de ses organes déconcentrés dans le contrôle des activités des FOSA évoluant dans l'approche FBP ?
2. Comment le District sanitaire pourrait-il efficacement assurer le suivi des activités des CDS sans pour autant nuire au principe d'autonomie si cher aux prestataires et fortement soutenu par le FBP ?
3. Comment l'organe technique de régulation du FBP au niveau national à l'instar de la Cellule Technique-FBP au Burundi, pourrait-il s'assurer que les bureaux de district alignent leurs pratiques sur les nouvelles orientations politiques ?

Je serai curieux de savoir si dans d'autres pays, vous avez constaté des résistances similaires des niveaux déconcentrés du Ministère de la Santé. Quelles solutions avez-vous mis en œuvre ? Tous vos partages d'expériences et réflexions sont les bienvenus.

E-mail envoyé par Bruno Meessen le 29 août 2013

Cher Léonard,

Merci pour cette importante contribution : tu lances là une importante discussion !

D'abord mon témoignage :

Il y a 2 ans, lors d'une visite de 2 centres de santé dans la Province de Kirundo, j'avais constaté quelque chose d'analogue : j'avais rencontré une infirmière titulaire proche du burn-out suite à l'incapacité de travail prolongée d'une collègue (déjà pour cause d'un accident de travail !). Je lui avais demandé pourquoi le Centre de Santé n'utilisait pas les ressources du PBF pour recruter un intérimaire. Elle m'avait répondu que le gestionnaire de district n'était pas d'accord. Dans l'autre centre de santé, j'avais aussi compris que le gestionnaire de district continuait à imposer sa signature pour permettre les dépenses du centre de santé (sans qu'aucun historique ne justifie un tel contrôle préalable).

Je crois que nous sommes bien là face à un problème relatif au passage d'un paradigme à un autre.

Deux réflexions :

1/ Il est important de noter que c'est la communauté FBP qui voit les bureaux de district juste comme des « organes de régulation ». Je suis certain que les équipes-cadres de district conçoivent leur rôle comme bien plus large. Il est manifeste que nous avons peu négocié avec ces niveaux déconcentrés sur leur nouveau rôle. Il est dès lors bien sûr logique qu'ils résistent. Du reste, ils n'ont pas nécessairement tort. Les bureaux de district gardent un rôle de coordination du système local de santé (même si beaucoup remplissent ce rôle assez mal). Ils doivent aussi garder un rôle de leadership dans la réponse aux défis sanitaires émergents ou non prévus par le PBF (ex : une épidémie). Je crois aussi que dans la classification que nous faisons dans le système PBF, nous avons oublié d'explicitier les fonctions relatives au renforcement des capacités. Les ECD ont longtemps été conçues comme les fers de lance du développement sanitaire au niveau périphérique. Ne nions pas que dans certains contextes, nous sommes encore bien dans des logiques de développement et qu'il

faut réfléchir à qui joue ce rôle (nous couvrons notamment cet aspect dans le papier que j'ai rédigé avec Maria Bertone).

2/Ceci dit, je crois que nous avons raison quand nous demandons bien plus d'autonomie pour les formations sanitaires. Un défi avec la hiérarchie sanitaire est de leur faire comprendre que le système de santé sera plus fort comme un tout quand la mission de chaque élément sera mieux définie et quand les interférences cesseront. Comme tu le sous-entends, un des risques au Burundi est que les réserves accumulées par les centres de santé (en particulier si les médecins-chefs et gestionnaires de district imposent des règles prudentielles excessives) soient soudain consommées pour une mauvaise fin. Que va-t-il se passer par exemple si l'Etat n'est plus capable de rembourser les factures de la Carte d'Assistance Médicale aux centres de santé ? Leur trésorerie va fondre et à terme, ils ne pourront plus se réapprovisionner en médicaments ; cela déstabilisera tout le système au détriment des usagers bien sûr, mais aussi d'autres éléments du système (ex : la CAMEBU qui va subir le contre-coup comme fournisseur de médicaments). Je devine que si ce scénario catastrophe se concrétise, les centres de santé confessionnels, qui sont eux autonomes, s'en sortiront mieux que les centres publics.

Je pense que nous devons continuer à communiquer sur ce changement de paradigme et l'expliquer : il doit imprégner tout le système, de la tête au pied. Mais nous devons être conscients que ce sera un combat de longue haleine. Nous devons aussi éviter d'aller au conflit idéologique, inter-projet ou inter-personnel : il faut notamment reconnaître qu'il y a bien une place pour des équipes-cadres de district forte. J'espère d'ailleurs qu'une telle synthèse sortira de la conférence que la Communauté de Pratique « Prestation des Services de Santé » consacrerait très prochainement au district de santé (j'ai pu constater que plusieurs membres de la CoP PBF seront présents à Dakar, j'espère qu'ils aideront à une réflexion dans ce sens). Il s'agira notamment d'identifier leurs nouveaux rôles.

Je pense par contre important de continuer à faire, chaque jour, les petits pas qui mènent aux grandes victoires.

Je ferai deux propositions pour le Burundi (puisque tu demandes des pistes de solutions):

1/ à court terme : la CTN pourrait intégrer dans les indicateurs de performance des niveaux déconcentrés des indicateurs capturant leur bon respect des règles édictées par le manuel national. En cas de plainte confirmée par une descente sur le terrain : réduction de la prime. (il serait toutefois utile au préalable d'écouter les équipes-cadres ; elles ont peut-être observé des choses que nous ignorons, elles ont aussi de bonnes idées).

2/ à moyen terme : toute la communauté des experts PBF du Burundi et d'ailleurs doit être consciente que l'avancée vers une plus grande autonomie des formations sanitaires publiques repose sur ses épaules. Le PBF est une porte d'entrée fantastique pour induire des réformes plus profondes. Sans cette vision, nous risquons de nous arrêter à mi-chemin.

Comme Léonard, je suis assez curieux de savoir si le problème identifié au Burundi a été observé ailleurs.

Bons échanges !

Bruno

E-mail envoyé par Joël Arthur Kiendrébéogo le 29 août 2013

Chers tous,

Merci à Léonard d'avoir lancé le débat et à Bruno et Moussa pour leur brillante contribution. J'aimerais apporter ma réflexion sur le sujet ainsi que mon expérience au Tchad. Je m'excuse si je suis un peu long mais il s'agit d'une question très importante.

Mais j'aimerais tout d'abord relever que **cette notion de régulation n'est pas forcément comprise par tous de la même façon et qu'il appartient aux experts PBF de la définir clairement**. Fait-on par exemple une différence entre « autonomie », « contrôle », « indépendance » etc. ? Et que doit-on réellement réguler au fait ?

Un peu comme les courants politiques, il faut dire que cette notion d'autonomie (n'ayant pas toujours chez tous une compréhension univoque) et l'utilisation fonds issus du FBR suscite des débats et controverses entre les partisans du néo-libéralisme pur et dur et les « modérés » (si je puisse m'exprimer ainsi). Comme le rappelle si bien Jean Perrot *et al* (in « *L'incitation à la performance des prestataires de services de soins* » ; OMS, 2010), les premiers diront qu'il faut laisser le prestataire de services de santé utiliser les fonds qu'il a reçus comme il l'entend, avec l'hypothèse que c'est lui qui connaît le mieux ses besoins et qu'il saura prendre la meilleure décision quant à l'utilisation des fonds pour améliorer la production de résultats. En d'autres termes il faut laisser les lois du marché agir et l'homme qui est rationnel (rationalité économique) fera tout pour maximiser sa fonction d'utilité.

Les autres (les « modérés »), au contraire, pensent qu'on ne peut pas se désintéresser de l'utilisation des fonds par les prestataires pour des raisons de redevabilité (car il s'agit généralement d'argent public) ou simplement du fait que cette utilisation est elle-même stratégique pour améliorer la production de résultats ultérieurs. Ils pensent donc qu'il faut s'assurer que les prestataires utiliseront au mieux ces fonds, étant supposé que les FOSA n'aient pas toujours les bonnes stratégies pour améliorer leur performance ou qu'ils ne font pas toujours les meilleures choses.

Mon point de vue d'une manière générale est que chaque pays devrait essayer de faire ce qui convient à son contexte. Mais je pense qu'un minimum de régulation (dont il faudrait définir les contours) reste nécessaire car dans la plupart des cas les distorsions du marché sont énormes pour permettre aux mécanismes de lois du marché de fonctionner correctement : situations de monopole, asymétrie d'information entre les différents acteurs du système de santé, capacités très disparates entre différentes structures de santé etc. Par ailleurs, un autre argument qui pourrait légitimer l'accompagnement des structures de santé bénéficiaires dans l'usage des fonds est le contexte de faible redevabilité chez la plupart des acteurs et la faible vulgarisation des bonnes pratiques de gestion financière et comptable. Un problème de bonne gouvernance pourrait donc rapidement se poser et on ne pourrait pas a priori compter sur les lois du marché pour le résoudre.

A mon humble avis **un début de solution à ce problème de l'autonomie des FOSA est l'accompagnement des FOSA à produire des plans d'action (business plan) de qualité avec les différentes prévisions budgétaires (processus d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi-évaluation)**. Durant notre expérience au Tchad, cette autonomie était vue sous l'angle de la latitude laissée aux FOSA de définir elles-mêmes les activités qu'elles jugeaient prioritaires (avec cependant l'appui des ECD si nécessaire), celles-ci devant être consignés dans leurs plans d'action. Le rôle des organes de régulation consisterait alors à s'assurer que ces plans d'actions sont bien exécutés et dans la transparence. Par exemple il nous a été rapporté une fois que dans le plan d'action d'un CS une cocotte-minute avait été budgétisée à hauteur de 700 000 FCFA alors que son prix sur le marché tournait autour de 55 000 FCFA. Cela a pu être découvert car le régulateur exigeait en son temps que toute dépense devant être effectuée par un centre de santé reçoive d'abord son aval. Un meilleur suivi au cours de l'élaboration du plan d'action aurait permis d'éviter d'en arriver là.

Je pense donc que le FBR devrait mettre l'accent sur cet aspect de l'utilisation correcte et effective de plans d'action, même si l'expérience sur le terrain montre que cela n'est pas une sinécure, surtout quand la ressource humaine de qualité fait défaut. Mais il s'agira pour les FOSA, comme je le disais tantôt, de définir elles-mêmes leurs priorités (qui devront évidemment être en phase avec la

politique sanitaire nationale), même si déjà à ce niveau des structures sanitaires dans certains contextes ont besoin d'être d'abord accompagnées (au moins temporairement). Car la première ressource indispensable pour que l'autonomie des structures sanitaires puisse être un puissant levier du développement de services de santé décentralisés est la ressource humaine. Le manque est criard dans beaucoup de pays.

E-mail envoyé par Matar Camara le 30 août 2013

Bonjour à tous,

Je salue le thème du débat et sa profondeur. Toutes les idées émises sont en générale basées sur du vécu de chaque un et donc tout le monde a raison.

L'expérience que j'ai de cette question ici au Sénégal se présente sur les deux aspects évoqués. à) nous connaissons des FOSA pour lesquelles les responsables prennent de très bonnes initiatives et utilisent les ressources provenant du FBR en les investissant pour améliorer le cadre de travail ou la couverture. En effet, nous avons des exemples où l'espace pour accueillir les maladies a été amélioré, la FOSA a été fleurie, pour d'autres du carburant a été acheté pour mener des activités avancées curatives et promotionnelles. b) Par contre pour d'autres, bien que je n'utiliserai pas le terme de régulation, ils ont besoin d'un accompagnement, d'un éclairage, tout simplement parce qu'ils font partie de la catégorie des individus qui attendent de recevoir des instructions à exécuter. Dans les tous les cas, l'élaboration d'un plan d'action budgétisé avec un échéancier accompagné d'un cycle de revue périodique de l'état d'exécution pourrait améliorer l'utilisation efficiente des ressources. Mais en conclusion, comme a dit l'autre, chaque pays a son propre contexte qui forcément influe sur la mise en œuvre de nos idées.

Meilleures salutations

E-mail envoyé par Kamana Jean le 31 août 2013

C'est un bon débat, mais il me semble que vous oubliez la structure de l'organigramme du Ministère et les orientations d'autres ministères comme celui des finances!!!!

Dr Jean Kamana.

E-mail envoyé par Michel Muvudi le 1 septembre 2013

Bonjour Léonard,

Tu poses une problématique très fondamentale à prendre en compte dans le développement de notre approche. Comme au Burundi, nous rencontrons pareilles situations en RDC et les clichés sont multiformes d'un temps à l'autre, d'une province à l'autre...

Pour moi, il y a 4 questions fondamentales qui sous-tendent cette géniale réflexion :

- (i) Comment les Formations sanitaires utilisent-elles cette autonomie de gestion? Positivement ou négativement?
- (ii) Dans cette autonomie de gestion, comment met-on en évidence la redevabilité?
- (iii) Dans cette autonomie de gestion, comment assure-t-on le contrôle administratif? Fonction régaliennne des ECD?
- (iv) Jusqu'où va le pouvoir de l'ECD dans cette autonomie de gestion? (Qui fixe cela? qui contrôle que les ECD ne dépassent pas la ligne?)

Il faut noter que j'ai personnellement vu des formations sanitaires utiliser très mal les ressources produites ou accordées après une évaluation trimestrielle (non-respect des lignes de dépenses, malversation, insuffisance en gestion etc.), mais par contre d'autres utilisent cette autonomie de gestion pour faire preuve des "bons fruits" et d'une très bonne organisation des services.

Dans le premier cas, les ECD qui, pour ma part ont aussi la fonction de contrôle administratif devront recadrer et corriger les distorsions. Pour une bonne régulation, j'ai souvent conseillé aux ECD de définir de manière participative et concertée les règles des jeux, d'accompagner véritablement les formations sanitaires dans l'élaboration des plans de management trimestriel. Une fois, ce plan élaboré, il montre clairement ce que le Centre de santé va engager comme dépenses et faire comme actions au cours du trimestre qui commence. Ce plan défendu par les Prestataires au comité de gestion du district avec les membres de la communauté et les ECD permet ainsi de trouver de manière ex-ante, le consensus et de mettre les Fosa face à une recevabilité, car cet outil permettra à l'ECD de "surveiller".Évidemment pendant l'élaboration, l'endossement du plan, les Formations sanitaires doivent être libre d'expression et défendre leur besoins...On ne devra pas aussi tout laisser passer au nom de l'autonomie car les ressources sont souvent infimes face aux problèmes à résoudre.

On insiste souvent que lors de l'arbitrage, les ECD ne devront pas imposer des actions aux Formations sanitaires, bien d'apporter un conseil, un encadrement pour que les Centres de santé perçoivent la pertinence des actions qu'ils veulent faire. En pratique, j'ai vu des cas extrême-positifs et des cas extrême-négatifs mais aussi des cas médians. C'est dans une progressivité que chaque acteur maîtrise son rôle.

Je pense que dans le PBF on s'en tient aux résultats et donc, les stratégies internes mises en place doivent concourir à produire les résultats. Si dans une mesure ou une structure qui jouit correctement de son autonomie n'arrive pas à produire des résultats escomptés, il faut effectivement vérifier comment cette partie de pouvoir cédé est utilisé?

Personnellement, j'ai remarqué que la tendance des ECD est d'être plus directif, donner des ordres et s'assurer qu'elle contrôle tout!Ces équipes ont réellement aussi besoin de comprendre correctement leur rôle dans ce processus de réforme. De fois, cela peut faire intervenir un niveau de province ou de région pour aider les opérationnels etc. C'est pourquoi, il faut former les acteurs à différents niveaux sur le PBF, introduire le PBF (une de mes recommandations dans une discussion) à différents niveaux est important car la production des services de qualité dans les formations sanitaires dépend aussi de la manière dont ces centres sont encadrés, de la qualité de la relation qu'elles ont avec la hiérarchie en rapport avec le respect des prescrits etc. N'oublions pas ça! Si nous pensons qu'on détache les Formations sanitaires de tout un système et en faire des unités performantes de travail, nous nous trompons car à la longue, on a toujours un contre coup qui vient de loin parfois!

Dans la pratique ici, chaque mois, les ECD se retrouvent pendant 2 à 3 jours avec les Formations sanitaires lors de réunion dite de revue mensuelle basée sur l'évaluation du plan de management et

au cours de cette réunion, les formations sanitaires exposent leur problème, leur besoin et cela est discuté dans le sens d'un consensus, d'une validation. Ces réunions sont appuyées par le niveau provincial (un encadreur provincial polyvalent) et au fil du temps (c'est pas du tic au tac), les acteurs comprennent qu'ils deviennent plus responsable et plus comptable en étant autonome.

Bref, plusieurs cas de figures existent dans l'autonomie de gestion et pour moi, l'affirmation de cet exercice se construit avec le temps et que les structures ne doivent pas oublier la recevabilité en termes de respect des engagements pris. Les ECD ont le rôle de pilotage mais doivent utiliser un deuxième très important qui est l'encadrement par lequel, les formations sanitaires arrivent à comprendre.

Il faut effectivement se rassurer aussi qu'on ne fait pas intentionnellement semblant d'ignorer l'autonomie de gestion des formations sanitaires juste pour avoir pouvoir sur leur argent et étancher les soifs d'en haut!

Michel

E-mail envoyé par Eric BIGIRIMANA le 4 septembre 2013

Bonjour Léonard, Bonjour tout le monde,

Comme les autres l'ont mentionné, je trouve que cette question est pertinente pour comprendre comment on met en application les principes et les bonnes pratiques du PBF.

Mon point de vue est que cette question nous pousse à revoir l'interprétation des principes véhiculés par le PBF pour en tirer la meilleure orientation.

En effet, Léonard introduit en disant qu'il a constaté un excès de régulation qui risque d'handicaper la performance des Fosa. Pour moi, ces Équipes Cadres de District (ECD) qui agissent de manière directive en mettant en place des règles nouvelles montrent qu'il y a un vide de clarifications sur leurs attributions, leurs rôles et leurs responsabilités dans le montage du PBF au Burundi.

1. Deux hypothèses sont liées à ce vide de clarifications :

∅ Soit leurs attributions, rôles et responsabilités n'ont pas été redéfinis clairement de manière à montrer les implications des principes et des bonnes pratiques du PBF sur leur travail à différents niveaux. Ceci crée une persistance de mélange entre les missions définies par le PBF et les anciennes pratiques qui leur donnent des prérogatives d'autoriser ou de rejeter les choix des formations sanitaires. Sur ce point effectivement, le Manuel des procédures PBF du Burundi n'est pas suffisamment clair pour guider les ECD sur leurs nouvelles attributions dans le cadre du PBF (Page 32 : Manuel des procédures PBF- Burundi)

∅ Soit il y a confusion entre ce que le PBF attend du rôle que les ECD et les prérogatives accordées par l'organigramme du MSP du pays concerné. Ceci a été constaté surtout dans les pays qui ont mis en place le PBF en focalisant fortement sur les formations sanitaires de première et de deuxième ligne et en donnant un rôle dérisoire aux régulateurs à différents niveaux. Du coup, les Fosa se sont retrouvées entre les directives du PBF données par l'Agence d'achat des performances d'un côté et

les prérogatives des ECD définies par le MSP de l'autre . (Voir Manuel des procédures PBF- Burundi, page 22).

2. Ce dernier aspect soulève une autre question portant sur la définition et la considération du PBF.

Doit-on considérer le PBF uniquement comme une stratégie d'achat des performances au premier et deuxième échelons des soins ou une stratégie de financement pour renforcer le système de santé ?

Ce problème de régulation évoqué par Mr Leonard est récurrent dans les pays qui ont appliqué le PBF sans l'appliquer efficacement aux régulateurs des niveaux districts et région ou province sanitaire. Le Burundi semble appartenir à ce premier cas de figure.

Cette manière d'appliquer le PBF court le risque de détacher les Fosa du reste du système de santé en les isolant dans un rapport plus renforcé entre elles et l'organe d'achat des performances. Par conséquent, les ECD ne se retrouvent pas clairement dans le montage et commencent à appliquer les règlements édictés par le MSP et ayant parfois des effets contraires aux bonnes pratiques du PBF. Cette conception du PBF semble montrer des limites dans les systèmes où les Fosa ont besoin de l'appui et de l'encadrement technique des régulateurs pour parvenir à une performance optimale.

L'autre conception prend de plus en plus en compte l'application du PBF comme outil de renforcement du système de santé dans son ensemble. Celle-ci a l'obligation d'appliquer les principes et les bonnes pratiques à tous les acteurs du système et surtout les régulateurs. Elle nécessite une définition claire et précise des attributions, des rôles et des responsabilités des différents acteurs du système de santé. L'application des principes et bonnes pratiques du PBF vient alors définir les indicateurs qui doivent être achetés pour chaque niveau de manière à ce que tout le système soit performant.

3. La manière des régulateurs d'intervenir ou d'exercer leur rôle ramène aussi la question du respect des normes sanitaires dans un pays donné. Les ECD doivent veiller au respect des normes sanitaires. Ceci signifie qu'elles doivent s'assurer que les Formations sanitaires (Fosa) font des choix de stratégies qui cadrent avec ces normes sans chercher à se substituer aux Fosa dans leur prise de décision.

L'exemple évoqué par Mr Léonard concernant les Fosa qui ont des comptes garnis mais ont du mal à investir montre qu'effectivement la question des normes vient s'interposer. **Un centre de santé qui a beaucoup d'argent sur le compte, devrait-il passer aux standards supérieurs et devenir une polyclinique, un mini-hôpital ?**

Je me rappelle que lors des visites de terrain effectuées avec les équipes tchadiennes et comoriennes venues voir le PBF au Burundi et au Rwanda, des titulaires des Centres de santé voulaient construire des cantines, des salles d'hospitalisations, acheter des équipements plus modernes. Certains voulaient même acheter des véhicules pour en faire des taxi avec l'idée d'accroître les revenus du centre de santé.

Dans tous ces investissements, le régulateur se doit de vérifier si les choix collent avec les normes établies par le Ministère de la santé. Sinon, il y a risque de faire des investissements fantaisistes et non prioritaires ou des investissements qui ne respectent pas les normes sanitaires.

Les régulateurs doivent agir par un coaching persuasif et donner un appui aux Fosa pour opérer des choix techniquement efficaces.

A mon avis, le régulateur doit garder un œil sur les activités des Fosa ainsi que sur les choix qu'elles font dans le but de faire respecter les normes sanitaires et pour apporter un appui technique sur l'élaboration du Business Plan ainsi que sur sa mise en œuvre. Cependant, il ne doit pas chercher à se substituer au personnel de la Fosa lors de la prise de décision.

4. Ici au Cameroun, nous avons eu une discussion intéressante avec les experts PBF des 4 régions pilotes sur le rôle et l'achat de la performance des régulateurs. Il s'est avéré que le rôle que le régulateur doit jouer est diversement apprécié.

Presque toutes les Agences d'Achat des Performances (AAP) pensent que les ECD devraient mener des activités de routine sans interférer dans la prise de décision des Fosa. Les ECD sont là pour appuyer techniquement les Fosa dans l'élaboration du BP et la supervision et le suivi de sa mise en œuvre.

Toutefois, les AAP ont défini différemment les activités que doivent mener les ECD pour accompagner les Fosa dans la mise en œuvre du PBF. Nous constatons que l'orientation n'est pas la même selon qu'on pense que le PBF est un outil qui stimule la performance en mettant de l'avant le pompage de l'argent pour accroître différents indicateurs ou selon qu'on veut l'appliquer comme un outil de renforcement du système de santé à différents niveaux.

Les premiers pensent que les ECD ne devraient pas intervenir beaucoup. Selon eux les régulateurs devraient se limiter à faire l'évaluation de la qualité sans intervenir dans les prises de décision des Fosa. En réduisant les rôles de l'ECD, l'Agence d'achat des performances se retrouve en train de se substituer au régulateur et de mener directement toutes les activités de supervision de la mise en œuvre, de suivi de la mise en œuvre et du coaching. Les Fosa laissées sans suivi technique des ECD sont souvent exposées à des mauvais choix de stratégies et ont des difficultés à maîtriser leurs aires d'attractions.

Les seconds (dont notre région pilote du Sud-ouest) considèrent que l'action des régulateurs reste importante pour s'assurer de la bonne élaboration du Business Plan, de sa mise en œuvre et surtout pour **apporter un appui technique dans les choix de stratégies et la détermination des priorités**. Ceci reste un domaine maîtrisé par les ressources ayant des compétences en santé publique. Ces ressources sont au niveau des ECD et manquent souvent au niveau des centres de santé et des hôpitaux.

Notre région pilote Sud-ouest épouse la dernière conception pour capitaliser la collaboration étroite entre l'ECD et les Fosa en vue d'apporter plus d'appuis techniques dans l'atteinte des objectifs fixés par les BP. Ceci ne signifie pas néanmoins que l'ECD interfère dans les décisions des Fosa de manière directive.

Ainsi, en considérant le PBF comme un outil de renforcement du système de santé, il doit prendre en compte tous les acteurs (régulateurs inclus), définir clairement leurs attributions, leurs rôles et responsabilités. Il va appliquer par la suite les principes et les bonnes pratiques à chaque acteur pour qu'il s'acquitte de ses fonctions correctement, sans empiéter aux attributions des autres.

Bien à vous,

Dr Eric BIGIRIMANA

E-mail envoyé par Bemadjingar Pascal le 7 septembre 2013

bonjour Joël,

je partage ton approche car je pense que sans vouloir nuire à l'autonomie des centres de santé, les ECD étant les régulateurs, les superviseurs et les encadreurs de ces structures par leur rôle de régulation pourraient être amenés à constituer un véritable obstacle à l'autonomie. À mon avis seul un travail de précision ou de redéfinition plus claire de ces termes peut minimiser ce risque. Merci.

Dr BEMADJINGAR PASCAL

E-mail envoyé par Taptue Jean Claude le 8 septembre 2013

Bonjour Eric, Bonjour à tous!

Les contributions d'Eric me rappellent les vives discussions que nous avons souvent concernant la mise en œuvre du PBF au Cameroun.

Je ne suis pas d'accord que les ECD soient réduits à des rôles dérisoires dans le PBF. Les Équipes cadres bien formés comprennent très facilement le rôle important qu'ils doivent jouer dans un système PBF. Je pense que le véritable problème dans certains districts qui mettent en œuvre le PBF dans certaines région du Cameroun est qu'ils n'ont pas eu une formation adéquate (la formation de 14 jours où les principes, les meilleures pratiques et les rôles des différents acteurs sont discutés pendant plusieurs jours, avec des participants qui ont des expériences diverses). Au Littoral, sur les 4 districts qui mettent en œuvre le PBF, 3 chefs de service de district avaient reçu cette formation et un seul ne l'avait pas encore fait. La différence entre son travail et celui des autres est nette. Heureusement nous venons de former la 4^{ème} dans le 30^{ème} Cours PBF qui a eu lieu à Douala du 26 Août au 6 septembre, et elle a eu une distinction. Les régulateurs formés comprennent très rapidement ce qu'ils ont à faire.

Eric pense que : *"..... l'action des régulateurs reste importante pour s'assurer de la bonne élaboration du Business Plan, de sa mise en œuvre et surtout pour **apporter un appui technique dans les choix de stratégies et la détermination des priorités.** Ceci reste un domaine maîtrisé par les ressources ayant des compétences en santé publique. Ces ressources sont au niveau des ECD et*

manquent souvent au niveau des centres de santé et des hôpitaux".

Je ne pense pas que les équipes cadre ont à s'ingérer dans l'élaboration, le choix des stratégies que les FOSA veulent utiliser pour produire les résultats qu'on attend d'eux. Les priorités ont été déjà prises en compte par le régulateur, dans le choix des indicateurs qu'on achète et leur prix qui tiennent compte de l'équité inter-régionale et intra-régionale. L'ingestion des équipes cadre limitent l'émergence des génies que nous avons vue dans les centres de santé de la région du littoral. Il ne faut pas sous-estimer les capacités d'un infirmier motivé, même dans un centre de santé isolé en zone rural. Les équipes cadre doivent laisser les FOSA faire leur travail et ils doivent faire le leur pour un développement harmonieux du PBF et du système de santé.

Nous pensons que les Équipes cadre dans les formations sanitaires devraient se focaliser davantage sur l'application des normes de qualité par les prestataires. A ce titre les équipes Cadre évaluent le niveau d'application de ces normes et font le coaching des FOSA, afin qu'elles maîtrisent ces normes et les appliquent. Je pense que ceci est un travail immense pour ces Équipes cadres. J'ai certains de nos chefs de districts qui ont l'habitude de me dire que c'est eux qui ont la charge de travail la plus immenses (parce que chaque prestation à ces normes techniques et ils doivent amener le personnel de chaque FOSA sous leur responsabilité à connaître les normes des différentes prestations et les appliquer correctement, sans oublier les normes en matière de gestion administratives et financières, hygiènes et assainissement, gestion, contrôle de l'approvisionnement des médicaments, des vaccins et autres intrants, etc... ainsi que des conditions de leur conservation). Ceci ne peut pas être considéré comme un rôle dérisoire si une équipe cadre connaît ce qu'elle à faire. Et ceci passe par une bonne formation.

Nous avons les mêmes problèmes d'incompréhension avec les acteurs non formés qui viennent du niveau central pour superviser les acteurs du terrain qui sont eux bien formés. Il est évident que dans ce contexte, on a beaucoup de confusions qui ne jouent pas en faveur du développement harmonieux du PBF dans un pays.

Plusieurs acteurs ont encore des connaissances superficielles sur le PBF, pourtant ils ont des rôles importants à jouer pour le développement du PBF tant sur le plan opérationnel, stratégique que politique. On ne peut pas rester dans sa zone de confort et piloter le changement qu'est le PBF. Il faut changer soi-même d'abord et ce changement ne peut pas s'opérer si ces personnes n'ont pas au moins les connaissances nécessaires. Beaucoup de personne résumant le PBF à un simple mécanisme d'allocation des Fonds. Ce qui n'est pas Vrai. Le PBF, va au-delà. C'est une réforme, qui n'est pas facile à comprendre en profondeur si on n'est pas bien formé.

Eric a parlé du manuel de procédure du Burundi qui n'est pas précis pour certains points. Les spécialistes en manuel de procédure doivent également changer de paradigme pour pouvoir écrire des manuels de procédures adaptés au PBF. J'ai vu dans certains projets des manuels de procédures qui imposaient aux FOSA de demander l'autorisation de leur chef de districts avant de réaliser les dépenses. Ceci est une entorse à l'autonomie de gestion et à la séparation des fonctions. D'autres imposent la proportion des subsides qui doit être partagée chaque mois comme prime de performance. Cette disposition conduit inéluctablement à une gestion séparée des subsides et des autres ressources des FOSA.

Je pense souvent que le meilleur plaidoyer pour le PBF est une bonne formation de tous les acteurs (les prestataires, les régulateurs, les financiers, décideurs, etc.) impliqués ou concernés, de près ou de loin, depuis le niveau opérationnel jusqu'au niveau stratégique.

L'autonomie de gestion et la séparation des fonctions sont indispensables pour éviter les confusions.

Dr TAPTUE FOTSO Jean Claude
manager AAP Littoral,
Douala Cameroun.

E-mail envoyé par Joël Arthur Kiendrébéogo le 8 septembre 2013

Bonjour à tous et merci particulièrement à toi Dr Jean Claude Taptue pour ta contribution.

J'aimerais faire quelques observations.

1. Je suis parfaitement d'accord avec toi sur le volet formation dont tous les acteurs PBF devraient bénéficier. Mais je pense (sans esprit de polémique ni allusion quelconque) que c'est très réducteur, surtout dans un forum comme le nôtre où les membres sont d'horizons divers, de limiter le nombre de ceux qui ont reçu une formation adéquate à ceux qui ont suivi la formation de 14 jours...

2. S'il faut poursuivre, intensifier et étendre la formation et travailler à faire appliquer les « meilleures pratiques » du PBF, j'ajouterais néanmoins que le souci de toujours respecter ces « meilleures pratiques » ne pourrait s'affranchir du contexte propre à chaque pays, au risque de parfois produire des effets contraires à ceux souhaités. C'est trop facile de dire que si le PBF ne marche pas à certains endroits c'est parce que ses bonnes pratiques n'ont pas été respectées (ce qui pourrait sous-entendre du coup que ceux qui le mettent en œuvre n'ont pas eu de formation préalable adéquate). Je pense que parfois certains contextes n'offrent tout simplement pas un cadre favorable au développement harmonieux du PBF.

En effet, si dans le PBF on ne s'intéresse qu'aux résultats, il ne faut pas oublier que ces résultats ne sont pas le fruit d'une « génération spontanée ». Pour qu'il y ait de bons résultats il faut nécessairement de bons inputs (facteurs de production) et de bons processus (combinaison des facteurs de production). Maintenant il se trouve que tous les pays (régions ou districts sanitaires) ne sont pas logés à la même enseigne en termes d'inputs et de processus. N'oublions pas que le PBF, dans son esprit de réforme du système de santé, agit beaucoup plus comme un catalyseur pour le renforcement de ce système et non comme un remède miracle à tous ses problèmes.

3. D'une manière générale cela m'amène à faire un parallèle entre le RBF et la démocratie en politique, d'autant plus que tous deux sont par essence des processus, donc sujets à une amélioration continue. De même que nous pouvons distinguer de « bonnes » et de « mauvaises » politiques PBF sur le terrain, nous pouvons également trouver de « bons » et de « mauvais » pays sur le plan démocratique. Mais une « mauvaise démocratie » n'implique pas forcément que ceux qui l'animent ne sont pas bien formés politiquement. Les raisons qui peuvent expliquer une telle situation sont multiples et multiformes : faiblesse des institutions, faible niveau d'éducation, non satisfaction des besoins primaires pour la grande majorité de la population, corruption etc. Même s'il n'est pas nécessaire pour ces pays de passer exactement par les mêmes voies que ceux à démocratie avancée, il est quasi utopique d'espérer pour ces pays « en retard » une meilleure situation démocratique si certaines préalables et étapes ne sont pas pris en compte (comme commencer adresser les problèmes qui viennent d'être cités).

4. J'aimerais terminer en parlant des manuels de procédures que Dr Taptue a évoquées. Si je suis d'accord que beaucoup d'entre eux nécessitent relecture et peaufinage (d'ailleurs tout manuel de procédures doit être en principe proactif et dynamique), parfois certaines dispositions qui y sont contenues et qui semblent (sont) contraires aux bonnes pratiques sont justement adoptés pour coller au contexte. Je pense qu'il faut se départir de la « logique du tout ou rien », c'est-à-dire des affirmations du genre « soit on fait du PBF, soit on ne le fait pas », de même façon qu'on ne pourrait pas dire aux pays pratiquant une « mauvaise démocratie » que « soit vous faites de la démocratie, soit vous ne la faites pas ». Car même s'il est imparfait (aussi bien le système démocratique que le PBF qui nous concerne ici), c'est déjà un bon début de l'adopter et il faut éviter de jeter le bébé avec l'eau de bain. Car ne pas pouvoir appliquer à la lettre tous les « bons principes » du PBF (c'est d'ailleurs impossible à mon avis) eu égard au contexte ne signifie pas qu'on n'en retire pas certains bénéfiques (par exemple, même dans les « mauvaises démocraties » les droits de l'homme sont habituellement mieux respectés – même si souvent des améliorations notoires restent à faire – qu'en régime de dictature).

Ayons juste à l'esprit que nous sommes dans des processus dynamiques qui nécessitent d'être continuellement améliorés.

Cordialement.

E-mail envoyé par Tsafack Jean Pierre le 9 septembre 2013

Bonjour à tous,

Je suis du même avis que le Manager de la région du Littoral au Cameroun. Mettre le PBF en œuvre sans maîtriser ses meilleures pratiques c'est faire autre chose et non le PBF. La question de formation ne s'arrête pas seulement aux régulateurs, mais aussi aux prestataires. Je pense que l'accès devrait être mis dans le futur sur la formation complète de tous les acteurs avant l'introduction de l'approche PBF. Les interprétations des uns et des autres constituent la source de nombreux problèmes et confusions observés sur le terrain. La région de l'Est Cameroun en est un bon exemple.

Tsafack Jean Pierre

Manager AAP Bertoua-Cameroun

E-mail envoyé par Ngouadjio Kougom Patrice le 11 septembre 2013

Salut à tous

Ce débat me paraît très intéressant surtout à un moment crucial où la plupart des pays sont en train de mettre sur pied le PBF avec ces goulots et contraintes de tous genres

Je suis convaincu que nous sortirons de cette discussion avec beaucoup d'idées constructives

Pour ce qui me concerne, Je suis d'accord avec l'analyse de Eric et d'avantage celle de Jean Claude pour ce qui concerne le rôle de l'ECD (équipe cadre de district) qui ne doit pas être dérisoire sauf que

je suis resté sur ma soif qu'en a comment es ce qu'elle doit jouer ce rôle pour amener les FOSA à être plus performant (surtout lorsque le génie du chef de la FOSA ne se développe pas ou lorsque la qualité se dégrade parce que la performance a subitement augmentée)

Nous devons aussi permettre aux ECD de faire éclore leur génie ce qui suppose qu'on ne doit pas les amener à ce contenté à leur seule performance qui atteint très facilement 100% alors que les FOSA de leur district ne sont pas en train de performer

Ceci suppose qu'il faut trouver un mécanisme pour amener les ECD à faire un vrai coaching intéressé et non un coaching de forme tout en assurant l'autonomie de chaque acteur ainsi que la séparation de fonction (nous voyons très souvent dans le football le coach démissionné parce que son équipe a perdu un match crucial)

Puisque nous parlons de financement basé sur la performance il faut donc trouver un mécanisme d'incitation financière lié justement à la performance de l'ECD

Es ce que l'ECD doit se sentir comptable de la performance des FOSA de son district ? Nous sommes tous d'accord qu'elle doit pouvoir ressentir son appui/coaching. Et là je me pose la question de savoir comment es ce possible si elle ne s'assure pas que les différentes recommandations formulées aux FOSA à l'occasion de l'évaluation qualité et différentes descentes de supervisions et autres sont pris en compte dans l'élaboration du business plan

Une autre question qu'il faudra certainement adresser est celle de savoir si autonomie veut dire indépendance ?

L'autonomie des fosa permet à l'équipe de développer leur génie il faut donc se poser la question pourquoi certaines formations sanitaires ne performant pas : es ce que ceux-là n'ont pas de génie ou bien qu'ils ont des limitations (ex. Non autonomie dans la gestion des ressources humaines, non autonomie dans la gestion des intrants de certains programme verticaux comme les vaccins, la peur de malversations financières)

Il ressort tout de même qu'un accent doit être mis sur la formation, et là il s'agira des formations complètes mais aussi des recyclages et surtout des formations pratiques sur le terrain à l'occasion des coachings.

Les différentes approches actuellement mi en œuvre au Cameroun et ailleurs permettra certainement de tirer de très bonne leçon

Très cordialement

Dr Patrice Ngouadjio
Manager Adjoint AAP Sud-Ouest
Buea, Cameroun

E-mail envoyé par Taptue Jean Claude le 11 septembre 2013

Bonjour Patrick,

Contribution très intéressante.

Tout le monde n'a pas de génie créateur, tout le monde n'est pas appelé à être leader, ou gestionnaire d'une formation sanitaire. L'autonomie de gestion permet aussi de sélectionner automatiquement les bons leaders et de remplacer ceux qui n'ont pas pour vocation de diriger une formation sanitaire.

Quand une formation sanitaire n'est pas performante, on peut aller jusqu'à lui suspendre le contrat et informer le propriétaire de la FOSA qu'on ne pourra pas renouveler le contrat avec le titulaire actuel de sa structure, jusqu'à ce qu'il soit remplacé. C'est le bâton qui doit être associé à la carotte dans le PBF. Je comprends que vous au sud-ouest, avec la contrainte de l'évaluation d'impact, ne pouvez pas suspendre une formation sanitaire T1 par exemple et donné son contrat à la formation sanitaire voisine qui est peut être plutôt un témoin.

En ce qui concerne les chefs de district, il faut éviter les indicateurs de leur évaluation du genre, nombre de supervisions faite sur nombre planifié, nombre de visite de site faite sur nombre planifié, nombre de réunion de coordination tenue, etc... Avec ce genre d'indicateurs vous aurez des chefs de districts qui vont se balader et qui auront 100% à leur évaluation sans impact réel sur le coaching des FOSA. Le rôle des Chef de districts est d'amener les FOSA à maitriser les normes de qualité et à les appliquer. Ainsi, il faut pour les CSSD, des indicateurs plutôt du genre, proportion des FOSA qui ont une chaine de Froid, proportion des FOSA avec un score qualité supérieur à 75% par exemple, proportion des FOSA avec tous les vaccins disponibles, Proportion des FOSA qui appliquent telle ou telle norme, etc... Ainsi le Chef de district n'auront pas les notes sans impact sur les formations sanitaires. C'est ce que nous sommes en train de développer ici au littoral avec les Chefs de districts eux même. Et ils ont étaient fiers d'avoir ces genres d'indicateurs dans leur business plan.

Certains diront que ce n'est pas le chef de district qui va mettre en place une bonne chaîne de froid ou qui va appliquer les normes. C'est vrai mais il est le coach en matière de la qualité des soins. Quand une équipe de football ne marque pas les buts, c'est le coach qui est souvent le premier à être limogé. Même si ce n'est pas lui qui doit entrer au stade jouer, c'est sa responsabilité d'avoir des bons joueurs au stade. C'est la responsabilité du Chef de Districts d'avoir des titulaires des formations sanitaires dynamique dans son district. Que ce soit des FOSA privées ou publiques, les Chefs de districts ont le pouvoir de les amener vers l'excellence. À moins que le chef de district lui-même ne soit pas un bon coach.

Cher Patrick, si tu ne veux pas que tes chefs de districts satisfont leurs intérêts privés (en bouffant tous leurs subsides) sans produire un intérêt publique (impact sur la qualité des soins des FOSA), il faut bien choisir les indicateurs d'intérêt publique que vous utilisez pour les évaluer.

Dr TAPTUE FOSTO Jean Claude,
Manager AAP Littoral,
Douala Cameroun

E-mail envoyé par Eric BIGIRIMANA le 12 septembre 2013

Bonjour Jean- Claude, Bonjour à tous,

J'ai lu attentivement la première réaction de Jean Claude concernant le rôle du régulateur dans la mise en œuvre du PBF. Je trouve que c'est une réaction typique d'un expert qui croit en ce qu'il a appris et qui défend le PBF tel que proposé par ceux que je peux qualifier de « puristes » du PBF. Je dois cependant dire que cette vision, bien qu'elle ait des atouts, part de prémisses qui sont basées sur certaines fausses perceptions.

Il est donc très utile de sortir des idées reçues pour faire une analyse dénuée de tout dogmatisme. Un débat dépassionné est nécessaire pour comprendre les failles de l'une ou l'autre approche en vue de proposer des méthodes qui soient bénéfiques pour l'avenir du PBF et des pays qui l'adoptent.

Venons-en aux faits et aux concepts liés aux interrogations de Léonard :

1. Concernant les rôles et les attributions des Équipes Cadres de District (ECD) tels que perçus par les puristes, *elles n'ont pas à s'ingérer dans l'élaboration des business plans des formations sanitaires (Fosa), à les aider à faire les meilleurs choix de stratégies et à déterminer les priorités. Il ne faut pas sous-estimer le génie des titulaires des centres de santé même ceux qui sont en milieu rural.....*

La première fausse prémisse porte sur cette perception **d'ingérence des ECD dans le travail des formations sanitaires (Fosa)**. Les puristes considèrent négativement le travail des ECD comme une ingérence, voire une entrave ou une perturbation au développement des Fosa.

Ils partent d'une perception négative et erronée pour présenter le travail des ECD comme une ingérence qui viendrait nuire au « génie » des professionnels des Fosa. Cette perception est fautive. Les ECD sont mises en place pour faire un travail d'encadrement et de coaching auprès des Fosa en vue de les aider à améliorer leurs prestations. Bien que certaines ECD ne s'acquittent pas correctement de leurs tâches, **partir de l'idée que l'ECD est une nuisance pour la performance des Fosa et penser que la séparation des fonctions ou l'autonomie de gestion signifie la rupture des liens fonctionnels entre ces deux acteurs est un mauvais départ. J'estime que l'ECD est là pour faire un coaching persuasif en faisant usage des connaissances et des compétences techniques acquises en santé publique.**

C'est donc une erreur fondamentale de concevoir l'autonomie de gestion et/ou la séparation des fonctions en désarticulant les liens fonctionnels des deux acteurs du district sanitaire. **Une ECD qui joue correctement son rôle de régulateur et d'organe technique par un coaching persuasif n'entrave en rien ni la créativité (le génie comme les puristes le qualifient) ni l'inventivité des Fosa. Au contraire, elle alimente la réflexion au niveau des Fosa en apportant un éclairage sur les dimensions mal maîtrisées par le personnel des Fosa.**

Les puristes parlent de laisser le génie émerger au niveau des centres de santé en écartant les ECD du suivi des activités des Fosa. Je ne sous-estime pas le potentiel qui est au niveau des Fosa mais il faut se questionner sur ce genre d'affirmation. Lorsque les résultats s'améliorent, on va saluer le génie. Qu'en est-il des résultats qui ne décollent pas ou qui stagnent dans certaines Fosa malgré la mise en place des principes et bonnes pratiques PBF tel que le fait Littoral ? Allez-vous dire que c'est le génie

qui a manqué ? Souvent en cas de non performance, le réflexe sera de blâmer les équipes des Fosa parce qu'on ne comprend pas les processus sous-jacents aux résultats produits (positifs ou négatifs au niveau opérationnel). C'est comme frapper continuellement un enfant qui n'arrive pas à résoudre un exercice de mathématique sans chercher à comprendre les difficultés de compréhension qu'il éprouve (les puristes parlent même de la règle du bâton et de la carotte).

Sur ce, l'autonomie de gestion prônée par le PBF ne devrait pas rimer avec une totale indépendance des Fosa vis-à-vis des ECD notamment sur les liens fonctionnels. A mon avis, la rupture que proposent les puristes fait courir le risque de démembrement qui entraîne une fragmentation et une fragilisation du district de santé et de surcroît la fragilisation du système de santé. **Toutefois, ces liens fonctionnels ne signifient pas que l'ECD décide à la place des Fosa ou qu'elle dicte ce que ces dernières doivent faire, d'où le besoin d'une définition claire des attributions, des rôles et des responsabilités des uns et des autres dans le cadre du PBF (Précision dans les Manuels des procédures PBF).**

2. La deuxième fausse prémisse avancée par les puristes : « Les prestataires au niveau des Fosa sont les mieux placés pour connaître les besoins des populations et pour trouver des solutions à leurs problèmes... »

Avec cette prémisse, il y a quelque part une exagération. Les professionnels de santé que nous retrouvons dans la plupart des centres de santé et des hôpitaux de district en Afrique sont formés sur la prestation des soins cliniques (à quelques différences près entre pays). A quelques exceptions près, leur cursus développe une « vision biomédicale de la santé » directement liée aux activités qu'ils feront dans les Fosa. Cette vision biomédicale focalise sur la pathologie et sa prise en charge médicale et aborde très peu les aspects psycho-sociaux de la santé que nous retrouvons dans nos interventions de santé publique. Cette dernière nous oblige à adopter une vision dite « bio-psycho-sociale de la santé » pour bien comprendre les enjeux de santé à l'échelle des communautés, ce qui échappe souvent aux prestataires qui sont dans les Fosa.

Pour éviter des situations comme celle-là, l'ECD doit suivre de près la mise en œuvre des BP pour être capable de comprendre ce qui marche ou ce qui ne marche pas. Ceci lui permettra d'aider les Fosas à comprendre pourquoi une stratégie a marché ou pas et les éclairer davantage dans l'élaboration des BP suivants.

Partir de l'idée que les équipes des centres de santé sont bien préparées pour comprendre les enjeux de santé au niveau des communautés qu'elles servent est une erreur. Moi je dirais que ces équipes des centres comprennent certaines dimensions mais elles ont besoin d'éclairage par du personnel techniquement outillé. Leur retirer l'appui technique des ECD les expose à un tâtonnement marqué par un parcours d'interventions par essai-erreur avec des risques de produire des effets pervers dans leur aire d'attraction.

Pour mieux clarifier mon propos, lorsque nous parlons d'aider les Fosa dans les choix de stratégies, il s'agit de les éclairer à bien faire une bonne analyse situationnelle et à définir des stratégies conséquentes (Ici je rappelle que cette analyse situationnelle doit aller au-delà de la dimension épidémiologique et inclure les autres dimensions notamment les dimensions organisationnelle, comportementale, socioculturelle ; la culture de travail, etc.). Quant à la détermination des priorités, l'ECD peut les aider à bien faire les choix de priorités dans l'opérationnalisation des

activités trimestrielles. Des techniques de priorisation sont enseignées dans de nombreuses écoles pour ça.

Des exemples sont multiples où les professionnels de la santé faisaient des choix de stratégies contre productives, ce qui paralysait leur volonté d'améliorer leur performance.

Ceci montre que l'appui technique des ECD est indispensable pour outiller les Fosa dans l'élaboration du Business Plan (BP) et les aider à mieux comprendre les résultats obtenus lors de la mise en œuvre de ce plan. Sans une bonne compréhension des effets produits par leurs interventions, il sera difficile pour eux de savoir quels ajustements il faut apporter dans leurs prochains BP. Nous pensons que l'outil PBF devrait stimuler les ECD pour qu'elles fassent efficacement ce qui est dans leur description de tâches en portant le même souci que les Fosa qui sont sous leur responsabilité d'améliorer les indicateurs de santé dans leur aire de responsabilité. Ceci passe par le fait de lier une partie du paiement des ECD à la performance des Fosa dans le but de renforcer le coaching actif et soucieux d'aider les Fosa à accroître la performance.

En région Sud-ouest du Cameroun et quelques autres régions, ceci est mis en œuvre et cela produit des bons résultats. Contrairement à la désarticulation du lien fonctionnel ECD- Fosa que les puristes mettent de l'avant, notre vision est de renforcer ce lien qui constitue même le socle du district comme unité opérationnelle du système de santé. Ainsi, nous achetons des indicateurs qui poussent l'ECD à mener de manière proactive des activités en faveur de l'amélioration de la performance des Fosa qui sont sous sa responsabilité.

Je dois tout de même noter que certaines ECD ne sont pas non plus bien outillées pour bien jouer leur rôle. Ceci peut être corrigé par des formations dont les résultats pourraient être achetés par les Agences d'Achat des performances ou les ECD elles-mêmes (toujours avec le paiement de l'output).

3. Troisième fausse prémisse avancée par les puristes : « Lorsque les indicateurs ne s'améliorent pas, il faut augmenter leur coûts unitaires pour qu'ils décollent ».

Cette prémisse est fondée sur la croyance que l'argent est le seul facteur stimulateur ou motivateur de la performance dans les Fosas, ce qui n'est pas vrai. **Nous pensons aussi que l'incitatif financier est l'un parmi les plus importants notamment dans les pays à faibles revenus.** Toutefois, il est loin d'être le seul dans les secteurs sociaux comme la santé où certaines valeurs sociales sont très fortes. Penser qu'agir uniquement sur le levier des incitatifs financiers suffira c'est méconnaître les déterminants socio-comportementaux des professionnels de la santé quel que soit le pays où vous appliquez le PBF.

Si réellement c'était le seul, comment est-ce que les puristes interprètent le manque de performance dans des structures sanitaires, des districts, des régions ou même des pays où le PBF arrive difficilement ou n'arrive pas à produire la performance attendue ? Dans ces régions, j'aimerais savoir l'interprétation que les puristes donnent à cela comme l'argent est déjà pompé comme incitatif pour la performance.

J'évoque cet aspect pour persuader les puristes que bien que l'incitatif financier soit parmi les plus importants notamment en Afrique, c'est une grosse erreur d'avoir ce réflexe qui considère uniquement les ajustements de coûts unitaires pour amener les professionnels à performer. Je ne suis pas certain que cela soit efficient à moyen ou long terme. Il y a beaucoup de facteurs

motivateurs qui seraient mis à contribution en appliquant les principes et les bonnes pratiques PBF (à enrichir davantage) à tous les acteurs du système de santé et de la bonne manière.

Sur ce point, nous avons aussi des exemples de bonnes pratiques qui touchent les déterminants socio-comportementaux et organisationnels et qui amènent les différents acteurs à accroître leur performance sans bouger les budgets prévus.

4. Pour revenir à la question de Mr Léonard, dans la mise en œuvre concrète du PBF, les puristes conçoivent l'autonomie de gestion comme une totale indépendance entre différents acteurs. Nous pensons que c'est une mauvaise interprétation et qu'elle est porteuse de risques pour le système de santé. Ceci a également un impact sur l'interprétation de la séparation des fonctions.

Si c'est ainsi qu'ils mettent en œuvre le PBF, certaines questions méritent d'être posées :

Lorsqu'une Fosa n'élabore pas un bon Business Plan (BP) ou n'arrive pas à mettre en œuvre correctement ce qui est marqué dans son BP, quel est l'organe qui intervient pour guider les Fosas? Sont-elles laissées à elles-mêmes jusqu'à ce que le génie émerge ?

Lorsque l'outil d'indice n'est pas utilisé, quel organe est-il censé intervenir ? Les tenants de cette vision diront que c'est l'Agence d'Achat des Performances (AAP) (Voir livret PBF, page 25, point 2.4.7.)

Partant des attributions de l'ECD tel que décrit par les puristes, aucun monitoring n'est fait là où cette vision prédomine. Est-ce qu'il y a supervision qui se fait dans les Fosa? Si oui, qui fait cela ? L'ECD ou l'AAP ?

- Si c'est l'ECD, qu'est-ce qu'elle supervise si elle n'est pas au courant du contenu du Business Plan élaboré par les Fosas ?

- Si c'est l'AAP, n'est-elle pas en train de jouer un rôle qui n'est pas le sien avec risque d'accumulation des fonctions ?

Qui fait la gestion et l'analyse des données sanitaires ? ECD ou AAP? Dans cette vision du PBF, la gestion et l'analyse des données servent à quoi ? Sont-elles utilisées pour améliorer la prise de décision (*Data-driven decision making*) ?

- Si oui, qui est censé être aux premières lignes dans cette gestion des données ? ECD ou AAP ?

- Si c'est l'ECD, elle va utiliser ces données pour en faire quoi ? Normalement, l'ECD utilise ces données pour identifier les progrès et/ou les insuffisances quant à l'atteinte des objectifs fixés en vue d'apporter des corrections en termes de révision des stratégies d'intervention.

- Si c'est l'AAP, elle va utiliser ces données pour en faire quoi? N'est-ce pas aussi pour apporter des stratégies correctrices. Ce rôle ne pourra jamais être joué par l'AAP au risque de se retrouver acteur et évaluateur.

En répondant aux questions mentionnées plus haut, vous allez aussi vous rendre compte que cette vision prédispose à une substitution des ECD par l'AAP parce que ce dernier va se retrouver au-devant de la scène pour faire la supervision, le monitoring, le suivi et évaluation la gestion des

données et même le véritable coaching en plus de l'achat des performances. Les régulateurs notamment les ECD se limitent essentiellement à faire l'évaluation de la qualité dans les Fosa.

Bien que l'AAP doive apporter un appui technique à tous ces niveaux pour permettre une bonne assimilation des bonnes pratiques, les ECD doivent prendre le relais pour appuyer techniquement les Fosa. Dans ce cas, les bonnes pratiques PBF deviennent ipso facto partie intégrante des normes sanitaires dans les régions qui appliquent le PBF et elles doivent être suivies et évaluées par les régulateurs.

Si l'AAP veut garder tous ces rôles, ceci devient une accumulation des fonctions à son niveau.

On ne peut pas prôner la séparation des fonctions d'une part et accumuler des fonctions au niveau de l'AAP de l'autre en se substituant aux régulateurs. Ceci constitue une contradiction intrinsèque à cette vision du PBF véhiculée par les puristes.

Nous espérons que ce débat devrait permettre de clarifier les interprétations que les uns et les autres donnent aux principes et bonnes pratiques du PBF. Ceci permet d'éviter de bâtir une stratégie inspirée des fausses prémisses. De plus, ce débat appelle à un changement de paradigme en ce qui concerne le PBF. Je pense personnellement que, au delà du rôle des régulateurs et de l'assurance de l'autonomie de gestion des Fosa, le PBF devrait prendre en compte tous les acteurs du système de santé pour le rendre performant dans son ensemble. Il ne devrait pas rester focalisé sur les prestataires de première et deuxième ligne de soins en ignorant les autres acteurs.

Merci à vous,

Dr Eric BIGIRIMANA, MD, MSc

E-mail envoyé par Bruno Meessen le 12 septembre 2013

Voici un débat passionnant de grande qualité !

Merci notamment à Jean-Claude, Joël-Arthur et Eric pour leurs contributions.

Le PBF a dû se battre contre certains dogmes pour faire sa place, mais nous devons certainement éviter de devenir dogmatiques nous-mêmes – une certaine radicalité aide à ce qu'une proposition innovante soit entendue, mais la radicalité peut aussi entraver la synthèse.

Gardons aussi à l'esprit qu'au moins en partie, nous sommes dans une dynamique de changement incrémental. La redistribution des rôles ne se fait pas du jour au lendemain. Je pense dès lors que beaucoup d'acteurs doivent s'approprier leurs nouvelles responsabilités, les ECD certainement, mais aussi les centres de santé. Eric indique que les ECD ont un rôle à jouer à ce niveau. La formation peut certainement aider.

Comme Jean-Claude, je crois que le PBF crée un environnement libérateur pour les entrepreneurs qui sommeillaient dans les centres de santé. Je partage probablement avec vous tous que cet environnement est supérieur au système hiérarchique traditionnel. Par contre, gardons à l'esprit que

les hommes et femmes à qui le PBF est proposé aujourd'hui, avaient rejoint la fonction publique et le secteur de la santé, a priori PAS parce qu'ils avaient une fibre d'entrepreneurs. Je crois donc qu'il est bon de reconnaître que le PBF peut mettre certains d'entre eux en difficulté et qu'il y a donc un besoin d'accompagnement.

À ce stade, il pourrait être intéressant d'entendre ceux d'entre vous qui sont médecins chefs de district eux-mêmes (je ne sais pas combien d'entre vous correspondent à ce profil dans la CoP) ou qui ont une expérience récente à ce niveau.

Comment le PBF réinvente votre rôle ?

Notez que Léonard fera une synthèse de cette discussion et que cette dernière sera postée sur le blog Healthfinancing in Africa.

Mais avant cela, continuons la discussion.

Bruno

E-mail envoyé par Juin Elie le 12 septembre 2013

Je tiens à vous féliciter pour la pertinence des sujets et les brillants commentaires que vous faites.

Chers Jean Claude et Patrick je trouve vos commentaires complémentaires.

Car, je pense qu'il faudrait de toute façon concilier les deux et même les 3 types d'indicateurs (processus, Résultats et impact) pour déterminer les primes à donner aux chefs de district. Il se peut qu'il y ait des leaders de FOSA très motivés et dynamiques qui s'arrangent pour fournir de bons résultats et l'impact se fait sentir au niveau de l'institution alors que le chef de district ne fait absolument rien même pas une visite et récolte le fruit du travail des responsables de FOSA sans efforts personnels. Par exemple pour la supervision : il faudra combiner Nombre de visites réalisées au nombre de personnes supervisées et aux corrections proposées à la marche et/ou à l'organisation de la FASO et l'Impact de ces propositions sur le fonctionnement globale de l'institution lors de l'évaluation.

Confraternellement votre,

Dr Elie Juin
Capacity Building Technical Advisor
Leadership, Management and Governance

E-mail envoyé par Michel Muvudi le 12 septembre 2013

Bonjour,

Effectivement, ce débat est très important pour comprendre les enjeux opérationnels que le PBF (Vu comme réforme) induit au niveau opérationnel,...j'y ré-interviens comme ancien médecin de district mais aussi pour avoir accompagné, comme cadre régional/provincial les ECD dans leur performance. J'aimerais juste rebondir sur quelques aspects qui me semblent importants. Les avis donnés par les uns et les autres sont complémentaires:

(i) Dans le développement du PBF, les formations sanitaires ont besoin d'un véritable coaching et à ce titre, les ECD ne peuvent jouer un rôle positif qu'en étant bien formées sur le PBF. Ces équipes cadres de district sont des maillons non négligeables de la chaîne de production des soins. Dans la pratique, lorsqu'on organise une formation en PBF des formations sanitaires, la présence des ECD est quasi-indispensable pour que les uns et autres comprennent de la même

(ii) La notion d'autonomie de gestion n'est pas d'emblée une recette, une photo qu'on remet aux Districts sanitaires mais plutôt un changement qui fait appel à une certaine progressivité dans une vision large d'appropriation. Cette notion, me semble aussi nouvelle comme pratique et non comme théorie. Le terrain a nous présenté des cas extrêmes(Pas d'autonomie versus autonomie véritable). Sur ce fil, l'on distingue des situations intermédiaires nourries par plusieurs facteurs dont le type de montage, la compréhension même de cette autonomie par les acteurs concernés...

(iii) Je pense qu'il est très intéressant que les ECD se rendent eux même compte (auto-apprentissage via les faits générés sur terrain) qu'en conférant aux formations sanitaires cette autonomie de gestion, des résultats en terme de prise de responsabilité, de maturation de conscience professionnelle, d'entrepreneuriat, de management etc. augmentent et remplacent les attitudes bureaucratiques pures et dures basées essentiellement sur les approches directives et répressives....

(iv) Il est important de savoir qu'un District sanitaire est un ensemble hétérogène et que cet ensemble a besoin de coordination, de régulation dans le sens de rechercher une harmonie fonctionnelle...Dans cet ensemble, n'oublions pas que certaines unités de production ne sont pas toujours au rendez-vous de la production qualitative et quantitative et pour lequel, les ECD ont une certaine coresponsabilité en tant qu'organe de tutelle et/ou hiérarchique.

(v) J'insiste en disant que l'autonomie de gestion et la séparation des fonctions, sont deux pratiques opérationnelles et tactiques très importantes que le PBF insufflé d'avantage dans les réformes des systèmes de santé. C'est pour cela, que je conseille pour ma part de travailler dans le souci d'obtenir une symétrie de connaissance sur ces concepts entre acteurs pointant les mêmes objectifs, de faire en sorte que les bons exemples factuels, pragmatiques d'autonomie de gestion, de séparation de fonction soient mis en d'avantage en exergue et alimentent les discussions pour qu'on prêche plus par les actes et très peu alors, par les mots....Et là, acteurs de terrain, nous avons un travail de documentation à faire...

Je termine en rappelant que les ECD ont un rôle à jouer dans la production des services de qualité et

de ce fait, elles restent des acteurs incontournables dans le PBF et méritent notre attention en terme de formations et d'informations. Si cette autonomie peut rendre un district sanitaire performant, je ne vois pas une ECD piétiner cela vu qu'elle sera aussi bénéficiaire de ces out puts de progression.

Merci

Michel

E-mail envoyé par Malam Issa INOUSSA le 12 septembre 2013

Chers membres de la communauté de pratique PBF, au regard de l'importance du sujet débattu et de la richesse des différentes contributions, il serait intéressant si quelqu'un de disponible pourrait faire une compilation des idées qui ressortent en un document comme on a eu souvent à le faire pour de sujets de telle importance.

*Dr MALAM ISSA Inoussa : MD MPH
Team Leader : Malakal Office,
Cordaid South Sudan*

E-mail envoyé par Joseph Shu, le 12 septembre 2013

Dear all,

I am happy about the passion with which everyone has embraced this discussion.

If you see the polarization of the debate between Eric and Jean Claude, it is just the tip of the iceberg of what we have had in Cameroon.

On a quarterly basis, the MOH organizes coordination meetings for PBF implementation within the context of the Health Sector Support Investment Project (PAISS) - PBF Implementation. The Four regions implementing PBF in Cameroon (East, Littoral, North West and South West), the MOH and World Bank normally take part in these meetings. The participants come from the Purchasing Agencies, the Regional Delegations of Health, the Central MOH, the World Bank and other partners at times (UNICEF).

This issue of the autonomy of the regulators has been debated over and over and the definition of what is into this autonomy.

As you realize in the points forwarded by JeanClaude and Eric, two camps stood out clearly in our coordination meetings:

Three of the four regions as well as the regional delegations of health and even the central MOH and the World Bank representatives are of the firm opinion that the regulators should be an active participant in the development the Health Facility Business Plans playing a coaching or supportive

role so that they stay within the strategic orientations of the MOH and thus in line with the Health Policy of the Country.

This was even taken as a recommendation. The minutes of that meeting are there.

I do not want to belabor the points that have been brought up by Jean Claude and Eric. But it is clear that no one can dispute the fact that to obtain optimal results, an adequate training is required. But Training alone is not what matter. If it were so, all the well trained high ranking officers of most developing countries would not have been in prisons for Embezzlement or misappropriation of state funds (corruption). All the "Christians" who have read and known the bible would not have been deep in sins.

ABOVE EVERY TRAINING, THERE IS NEED FOR SUPPORT IN THE BEHAVIOR CHANGE PROCESS.

During our last coordination meeting in which the Littoral Region was present, it was agreed that both process and output indicators be used in the evaluation of the performance of the regulators (DMT and Regional Health team).

I just want ot share with you a copy of such a check list (which is dynamic and change per quarter) that we use.

Well, I had to put to context the local discussion in Cameroon to edify others and orient the discussions

Thanks

Dr. Joseph ATANGA SHU
MD, MPH
Performance Based Financing Project Manager
Fund Holder Agency: North-West Region, Cameroon
Technical Assistant
Agence Européen pour le Développement et la Santé (AEDES)

E-mail envoyé par Keugoung Basile le 12 septembre 2013

Bonjour à tous,

Pour enrichir le débat, je pense que l'une des faiblesses du PBF c'est de tout réduire à l'incitant (financier). Bien sûr, l'un des principes du PBF c'est que l'incitant va amener le professionnel à faire plus d'efforts pour atteindre la performance.

Mais remettre en cause le rôle de l'ECD revient à déconnecter le système du district de santé. Nous sommes dans des contextes où l'infirmier est initialement formé pour aider le médecin hospitalier à faire les soins. Par contre, cet infirmier doit organiser l'offre de soins (curative, préventive et promotionnelle) pour répondre aux besoins des populations dans une aire de santé. En général, il est nommé sans une formation particulière en gestion (tout comme le médecin chef de district).

Par conséquent, demander tant à l'infirmier ou au médecin de rendre le centre de santé ou le district de santé performant est d'emblée une tâche difficile.

Réduire la place de l'ECD à celle de régulateur est très réducteur du rôle qu'ils doivent jouer pour l'amélioration des performances du district en général.

Enfin, Je crois que l'objectif n'est pas de mettre en œuvre le projet PBF mais de faire fonctionner un système local de santé **faible (voire très faible) et** incapable de répondre aux besoins des populations à travers une approche PBF.

Ce que le PBF pourrait et devrait donc faire c'est de :

- Développer des modules de renforcement des compétences de l'ECD en général pour qu'ils répondent de façon efficace à leurs rôles clés de planification, coordination, monitoring, supervision et évaluation des activités de santé dans les districts
- Inclure donc l'ECD dans le plan de mise en œuvre du PBF (incitants pour la mise en œuvre de ces fonctions clés et pas seulement de contrôle de la **"qualité technique" (définition de la qualité technique des soins ???)**)

La réalité c'est que le niveau intermédiaire (régional ou provincial) qui devrait capacité les districts de santé ne joue pas aussi son rôle. D'où l'intérêt pour le PBF d'inclure la capacitation des ECD dans son agenda.

Sincères salutations

Basile Keugoung, MD, MPH

E-mail envoyé par Christine Ename le 13 septembre 2013

Bonjour cher tous!

La question que je me pose (adepte du PBF, mais non "pratiquante") après ce long débat intéressant est la suivante: allons-nous vers un cinquième acteur???? Le COACH...car pour moi, il me semble que la vraie-question est celle de la "culture organisationnelle" des FOSA et de leur renforcement des capacités (voire leur développement organisationnel)... Et ça, je ne pense pas que ce soit à la portée des ECD, car il s'agit là d'une question de "management organisationnel".... (Élaboration des business plan +++ et autres éléments "tactiques" du PBF...

Voilà un extrait d'un document qui me "conforte" dans ma pensée et qui me fait prendre encore plus conscience que le PBF est tellement complexe que seul les "moutons à cinq pattes" arriveront à avoir une maîtrise complète de cette réforme "systémique"

E-mail envoyé par Bruno Meessen le 13 septembre 2013

Merci Christine et à tous ceux qui continuent à contribuer.

Je vois un point commun à toutes ces contributions : la conscience qu'on ne passe pas d'une organisation systémique à une autre en une nuit. Je crois que nous sommes tous d'accord que la formation initiale / l'explication a un rôle-clé à jouer pour faciliter le passage à « district+PBF ». Mais ce n'est pas nécessairement suffisant. Il faut alors un coaching à destination des différents éléments du système pour qu'ils trouvent leur nouvelle place et s'approprient leur nouveau rôle.

Comme Christine et beaucoup d'autres, je pense que cette fonction de coaching doit être mieux mise en exergue (voir notamment l'étude faite Maria Paola Bertone et moi-même sur le sujet : <http://www.healthfinancingafrica.org/3/post/2013/01/la-nouvelle-economie-institutionnelle-une-cl-pour-comprendre-le-programme-du-financement-bas-sur-la-performance.html>).

Quand certains d'entre vous se rendent dans un pays pour donner du conseil sur comment mettre en place du PBF, ils sont dans une position de coach (par exemple à destination d'une agence d'achat national ou régionale). Quand l'agence d'achat interagit avec les formations sanitaires sur les plan d'activité (je n'aime pas trop la formule « business plan » qui réfère à autre chose dans le jargon de l'entreprise), elle fait aussi du coaching.

À titre comparatif, cette fonction de coaching était assez bien formalisée initialement dans la stratégie du district sanitaire (on était alors dans le paradigme du « développement »), mais elle a souvent été étouffée par des dynamiques plus hiérarchiques et mécaniques. J'ai rencontré des équipes-cadres de district qui tenaient à cœur ce rôle de coach et l'assumaient bien. Ce serait dommage de ne pas les impliquer au maximum, car comme le dit bien Basile, le but est le renforcement des systèmes de santé, le PBF n'est pas une fin en soi. Mais on sait aussi que d'autres équipes de district sont plus autocratiques (cf. le mail initial de Léonard).

Je propose que nous séparions désormais notre discussion en deux sous-thèmes.

1/ Une première piste serait de partir de notre constat que le coaching/renforcement des capacités a été la fonction oubliée dans la doctrine PBF.

Quel serait le contenu de ce « coaching » (ou faut-il utiliser un terme encore plus englobant ? – « coaching, renforcement des capacités & perfectionnement du système ») ? Est-ce juste une nécessité parce que l'on passe d'un système à un autre ou cette fonction doit-elle être structurelle, même quand le PBF est déjà en place ?

À qui confier cette fonction oubliée ? À un seul acteur ou devons-nous reconnaître sa nature partagée ? Comment le mettre en œuvre ?

2/ Pour revenir sur les équipes-cadres de district dans un district avec PBF: pourrions-nous travailler sur termes de référence plus précis que le terme « régulation » bien trop réducteur ? Nous veillerons à ce que les résultats de cette seconde discussion soient partagés à la conférence sur le district sanitaire de Dakar.

Si vous voulez contribuer à l'une ou l'autre de ces deux sous-débats, je vous propose deux règles :

1/ Dans le titre de votre message email, précisez soit « fonctions oubliées », soit « ECD ».

2/ Quand vous envoyez votre mail, essayer d'effacer les messages précédents, si vous n'y faites pas références. Notre discussion devient longue et les messages risquent de se perdre (je me rends compte que j'en ai moi-même loupé certains).

3/ vous pouvez bien sûr contribuer aux deux débats, rédigez alors deux messages différents avec les titres appropriés.

Bonne continuation !

Bruno, le 13 septembre 2013

E-mail envoyé par Bruno Meessen, le 13 septembre 2013

Dear everyone,

First our apologies for those of you who do not speak French and may be frustrated by the high flow of messages in French over the last 2 weeks. You understood that Leonard' message (see below) has triggered a very active discussion. It is about the role of the district management team when there is a PBF system in place (or being put in place).

This morning, I proposed to split this discussion in two branches: one on the forgotten functions in the PBF doctrine (e.g. coaching, capacity building...) and one on the reshuffling of the terms of reference of a district management team in a PBF system (if any reshuffling is needed).

If you want to share your experience or thoughts, we recommend that you use either the heading "forgotten functions" or the heading "District Management Team". You can of course participate to the 2 discussions.

As a reminder, it is always possible to follow a debate in another language: if you go on the website of the google group,

(<https://groups.google.com/forum/#!forum/performance-based-financing>), there is a function "Translate message into English". Of course, the translation is not perfect, but it usually allows to understand.

Léonard will summarize the discussion at the end. We will make that this summary is also available in English.

E-mail envoyé par Michel Muvudi le 13 septembre 2013

Bonjour,

J'aimerais partager mon expérience sur le coaching dans les districts sanitaires...Mes contributions me permettront aussi d'apporter des éléments de réponses aux questions principalement d'ordre opérationnel posés dans le mail de Bruno.

En effet, dans mon précédent message, j'ai plusieurs fois ressortis la notion de coaching comme stratégie qui renforce les capacités des unités/entités de production de services et soins de santé. Je peux avouer ici, que le coaching n'est pas d'emblée facile à réaliser pour tout le monde et tiens compte de plusieurs facteurs intrinsèques et extrinsèques que je pense développer en grosso modo

ici.

Pour bien me faire comprendre, je parlerai de 3 jalons du coaching

1/ Le coach " entraîneur"

2/ Les outils/stratégies du coaching

3/ Les bénéficiaires du coaching

Voilà ce que j'ai remarqué au fil des années sur terrain

1/ Le coach

J'ai compris que les capacités d'un bon coach ne sont pas seulement liées aux connaissances académiques " expérience et/ou diplôme" acquises. Le vrai centre de gravité de la personne du " coach ", c'est finalement l'aptitude, la capacité de transfert, d'apprendre aux autres et d'entraîner les prestataires des services. Je confirme ce que j'ai vu dans mon parcours: des grands professeurs, plusieurs fois PhD mais incapable de bien transmettre aux étudiants, incapable de bien apprendre aux autres.....Lorsque le "Grand Professeur" sort d'un auditoire, personne n'a retenu quelque chose et plusieurs se sentent délivrer par son départ.... Cet exemple veut tout simplement dire pour moi, que le coaching réunit indéniablement deux aspects (i) la connaissance/le savoir (ii) et les capacités pédagogique de transfert.

Dans nos districts sanitaires, cette problématique se pose. On pense de fois à tort que toute personne hiérarchiquement placée est un bon coach! Non, je pense. Il faut bien identifier les personnes principalement qui ont la capacité et la patience et le pouvoir d'apprendre aux autres. Un Médecin de district n'est pas forcément un bon coach mais par contre, un autre membre de l'ECD peut l'être plus etc.

Pour moi, les bons coach le sont devenus au fil des temps en comprenant qu'ils sont co-responsable de la performance des personnes sous sa responsabilité. *J'ai vu des enseignants être évalués sur base des connaissances testées sur ses élèves et très peu sur lui.* C'est principalement les prestataires, les bénéficiaires de leur encadrement qui témoignent cela....Parfois, je suis tenté à dire de fois qu'on reconnaît un bon coach par le reflet des changements qu'il induit, non pas sur lui-même mais bien sur ces récepteurs. Un coach de foot renouvelle son contrat quand les joueurs sur terrain gagnent le match. Il comprend avant le match qu'il est co-responsable.

La connaissance d'un coach n'est pas un élément à négliger. J'ai noté qu'on ne peut pas facilement coacher lorsqu'on n'a jamais fait ce qu'on va apprendre aux autres. Le gradient de compétence est donc important....Un coach est donc avant tout sensibilisé et formé...Dans les ECD ou il existe un véritable esprit d'équipe, au fil des temps, on sait vous dire plus ou moins pour telle problématique, tel ou tel autre acteur est le "bon coach".Ce tandem x-problème de dysfonctionnement<----> y-coach s'obtient progressivement

2/ Les outils/stratégies de coaching

Un élément qui rend le coaching inefficace, c'est le manque de préparation du coaching. Lorsqu'on a pas anticipativement bien identifié les insuffisances des prestataires, on utilise des méthodes ou stratégies inefficaces. J'ai appris à comprendre que selon le type de problème, son ressenti, etc. il existe une stratégie de coaching appropriée, ça peut être un stage, une démonstration, une supervision formative, une visite guidée etc. Les stratégies seront effectivement définies après une analyse pratique et participative des déficits.

Toutefois, je pense qu'il est important parfois de combiner plusieurs stratégies et en cas d'échecs, il faut premièrement remettre en question la stratégie utilisée avant de jeter toute la responsabilité sur le prestataire (attitude souvent rencontrée). C'est au fil des temps, de fois en faisant des vas et

viens qu'on observe une modification positive et progressive,.... Le temps qu'on consacre à mettre en place la stratégie de modification est important à prendre en compte.

3/ Les bénéficiaires du coaching

Ici, il s'agit généralement des prestataires des soins qui sont des hommes et non "des machines " et donc qui ont souvent des réactions inattendues et qui réagissent de fois de manière très décevante ou encourageante : inattention, oubli, indifférence etc. Mais dans un district sanitaire, on trouve toujours des bons exemples de récepteurs qui montrent des merveilleux résultats de changements et d'intégration des nouvelles pratiques. Ces personnes utilisées comme pairs apportent aussi un message fort de changement.

De manière plus générale, les prestataires des soins ne sont pas difficile à comprendre, ils vous disent clairement pourquoi, les changements ne sont pas obtenus (surcharge, attitude des coaches, mauvais environnement interne de travail, répression etc.). L'évaluation de la dynamique de changement permet de voir le taux d'absorption des connaissances versus leur digestion.

J'ai appris à noter qu'il faut y aller progressivement avec les prestataires des soins, leur donner des manières graduelles les matières. Les prestataires aiment les coaches qui font avec eux le travail et qui mettent en exergue le fait qu'ils sont capables de changer la situation présente. Un petit changement constaté dans leur effort doit faire l'objet d'acclamation et d'encouragement.

Pour ma première intervention, je note que le coaching n'est surtout pas une formule mathématique, un document en main qu'on utilise comme un vademécum. Il tient à plusieurs piliers et n'est pas d'emblée facile...Est-ce la raison pour laquelle, les gens souhaitent être directifs tout court? Plus loin, il faut que les niveaux supérieurs (région/province) ou les acteurs ciblés comme "bon coach" accompagnent les ECD dans le coaching des unités de production. Au fil de temps, ces stratégies permettent d'apprendre avec les ECD aux côtés de leurs structures de santé, *combien les résultats des formations sanitaires touchent positivement ou négativement à leur posture...*

Je termine en disant que *"le coach est un fruit de maturation et non un titre qu'on attribue à quelqu'un suite à position hiérarchique"*

Merci

Michel

E-mail envoyé par Rena Eichler le 13 septembre 2013

Hi everyone

Unfortunately, I don't read French so the following comments may not be a perfect fit for this discussion! I wanted to share that in Tanzania, district health teams are rewarded for the aggregated performance of all the facilities in their district. In addition, the districts have indicators that reflect aspects of the health system that they have more control over and can therefore be held accountable for. For example, no stock outs of key MNCH commodities are one of the district indicators.

The theory is that the district teams should face incentives that are aligned with incentives of the facilities. This should motivate them to help the facilities achieve performance targets as both facility teams and district teams are rewarded. They should be strategic in where and how they devote

effort to provide supportive supervision, investing effort on the lower performers rather than the high performing facilities. They should make sure that facilities have the drugs and staff they need and should help them develop plans to achieve the rewarded results.

What this means, however, is that the district teams cannot assume the role of external verifier as is the case in PBF schemes- as there is a clear conflict of interest. Tanzania is piloting the use of zonal training center teams to perform the verification function and this seems to be working well- but more experience is needed before determining whether this is the structure to adopt in a scaled up system.

There are systems strengthening benefits to incentivizing and rewarding district teams for performance indicators that are aligned with what facilities are rewarded for achieving. Facilities still have autonomy- they have their own bank accounts and can make autonomous decisions about how to use the portion of the performance payments for facility investments and outreach, which they decide in consultation with their Health Facility Governing Committees. The role of the district team as supporter and enabler is enhanced through this multi-tier incentive approach.

Cheers,
Rena

E-mail envoyé par Robert Soeters le 15 septembre 2013

For translation in English see below

Le 30ème cours PBF qui a commencé le 26 Août à Douala a fini le 6 Septembre 2013. Le rapport peut être téléchargé à partir de www.sina-health.com

Le message principal des participants du 30ème cours PBF à la Communauté de Pratiques est que la gestion autonome des prestataires (centres de santé, écoles) doit être défendue. Ceci est basé sur les théories de la microéconomie et l'analyse des systèmes. Un prestataire, d'être un acteur économique et un composante dans un système complexe, est dans la meilleure position pour prendre des décisions en matière de dépenses sur les problèmes à résoudre ou sur quels opportunités de tirer. Cela permet aux prestataires pour réussir, *mais aussi à l'échouer*. L'échec sera sanctionné soit par le remplacement des gestionnaires (principalement dans les structures publiques) ou par les structures à disparaître (principalement dans le secteur privé). Nous tenons à mettre en garde contre le réflexe des autorités d'appliquer toutes sortes de règles et procédures financières qui empêchent cette liberté de décision. Les régulateurs ont le rôle de définir les normes que toutes les structures publiques ou privées doivent respecter et de définir les paquets primaires, hospitaliers ou d'enseignement à atteindre. En plus, le régulateur doit contrôler si les outils de gestion (des indices) sont appliqués pour assurer la transparence et bonne gouvernance. En outre, le processus d'accréditation se séparera ces installations, qui réussissent et ceux qui échouent. *Cela a été clairement démontré à la ville de Douala où 30 des 40 contrats PBF sont avec le secteur privé. Les évaluations et les données de Douala montrent que ce premier projet PBF urbaine dans le monde a contribué à une amélioration spectaculaire des services de santé.*

Les 5 participants du Congo Brazzaville ont proposé d'inclure plus d'éléments PBF dans leur design national. Le groupe de l'UNICEF RDC a proposé un plan d'action axé sur l'introduction du PBF dans les interventions appuyées par l'UNICEF en RDC. Le groupe de hauts cadres de la République Centrafricain a développé un plan d'action ambitieux et courageux qui vise à appliquer l'approche PBF également dans la stratégie d'urgence. Le groupe de Burkina Faso a impressionné pendant le cours de par sa connaissance du PBF et sa confiance due au fait que le PBF est déjà une réalité au niveau national et périphérique. La région de l'Est du Cameroun a également envoyé des participants

qui mettent en œuvre PBF à l'école primaire et secondaire. Leur présence a approfondi les discussions.

Le cours était spécial à la suite des discussions parmi les 35 participants du *Cameroun* venant des 5 Régions PBF. Le Cameroun a déjà démontré en particulier dans les 4 Régions que le PBF avec ses meilleures pratiques peut avoir du succès. Cependant, il existe aussi des menaces pour la pérennisation du PBF car il manque encore un leadership déterminé avec des orientations claires au niveau national. Il n'existe pas encore une Cellule PBF dans le Ministère de la Santé Publique (MSP). Le projet PAISS, financé par la Banque Mondiale, a perdu certains de ses cadres qui sont remplacés par des nouvelles personnes qui ne connaissent pas le PBF et qui semblent vouloir retourner vers le système d'audit input.

Pour cela les recommandations du groupe du 30^{ème} cours pour le Cameroun portaient sur comment organiser le PBF et comment l'améliorer à travers les actions suivantes:

- a) Renforcer l'équipe du Ministère de la Santé Publique à travers la création d'une Cellule technique PBF en son sein. Il faut notamment que la nouvelle Cellule PBF fasse l'harmonisation des indicateurs PMA et PCA avec les subsides équitables entre les régions PBF, le plaidoyer pour le PBF, le coaching et la contre-vérification au niveau des ACV;
- b) Assurer une vraie autonomie de gestion des formations sanitaires, car il existe encore des instructions contradictoires entre d'un côté le MSP (les procédures PBF) et de l'autre le Ministère des Finances qui veut que les recettes des FOSA soit versées dans leur compte au Trésor ;
- c) Inclure les subsides adaptés aux vulnérables au niveau des formations sanitaires et des districts sanitaires et ;
- d) Faire un costing national pour le suivi du programme, de façon à résoudre les inégalités entre les régions, les districts sanitaires et les structures sanitaires.

English

The 30th PBF course that started the 26th of August in Douala has finished the 6th of September 2013. The report can be downloaded from www.sina-health.com

The main message of the participants to the Community of Practice PBF is that the autonomy of health facilities needs to be defended. This is based on the theories of microeconomics and systems analysis. A health facility, being an economic actor is, in the best position to make spending decisions on which problems to solve and how or on which opportunities to capitalize. This allows health facilities to succeed *but also to fail*. Failure will be sanctioned either by replacing managers (mainly in government facilities) or by health facilities to disappear (mainly in the private sector). We would like to warn against the traditional reflex of authorities to apply all kind of financial rules and procedures that will reduce such decision rights. Regulators should set standards to which public or private health facility must adhere and assure that the indices management tools are being applied. Moreover, the accreditation process will separate those facilities, which succeed, and those who fail. This has clearly been shown in Douala town where 30 out of 40 PBF contracts are taken by the private sector. Evaluations and data from Douala show that this first urban PBF project worldwide has contributed to a dramatic improvement of the health services.

The 5 participants from Congo Brazzaville proposed to include more "pure" PBF elements in their national design. The UNICEF DRC group has proposed to introduce PBF in the UNICEF-supported interventions in the DRC. The group of senior executives of the Central African Republic has developed an ambitious and courageous action that seeks to apply the PBF approach also in the emergency humanitarian strategy. The group from Burkina Faso impressed everybody by their PBF knowledge and their confidence that PBF is already a reality at national and peripheral levels. The East Region of Cameroon also sent participants that are implementing PBF at primary and secondary schools. Their presence has deepened the discussions during the course.

E-mail envoyé par Taptue Jean Claude le 15 septembre 2013

Bonjour Michel.

Je partage entièrement votre analyse. J'ajouterai que certains coaches devenus coach par simple nomination sont souvent pire que l'absence de coach. C'est souvent le cas dans beaucoup de nos pays où certains chefs de districts doivent apprendre le B A BA de la santé publique et des fonctions d'un chef de districts à leurs nouveaux postes de nomination. C'est pour cela que je pense qu'il faut intensifier des formations au fur et à mesure que le PBF avance, pour que ces nouveaux responsables aient rapidement l'opportunité de se former au PBF. Si non ils peuvent constituer des véritables pesanteurs au lieu d'être des coaches.

Dr TAPTUE, Manager AAP Littoral,
Douala Cameroun

E-mail envoyé par Eric BIGIRIMANA le 15 septembre 2013

Bonjour Rena,

Merci pour ce témoignage. Tu as bien compris les échanges en français et votre commentaire est très pertinent. Ton témoignage vient entériner notre position dans ce débat combien important dans la clarification des choix à faire lorsqu'on met en œuvre le PBF. Cette expérience de la Tanzanie vient montrer davantage que le design du PBF que nous appliquons en région Sud-ouest du Cameroun apporte des bénéfices et embarque tous les acteurs qui sont dans la chaîne de production de la performance. En même temps qu'il stimule les ECD à appuyer les Fosa dans l'amélioration de leur performance, il donne suffisamment d'autonomie aux Fosa dans leurs prises de décision.

La question de la vérification doit effectivement éviter toute forme de conflit d'intérêt pour ne pas être juge et partie. Dans notre région, la vérification et la validation des données quantitatives sont faites par les vérificateurs de l'Agence d'Achat de Performance d'adresser des requêtes de paiements à l'unité de gestion au niveau central du Ministère de la Santé Publique. Pour nous assurer de la véracité de l'évaluation de la qualité, la Délégation Régionale doit mener une contre vérification de l'évaluation de la qualité et l'AAP vérifie la concordance entre les deux évaluations. Ceci met le régulateur au niveau régional et l'ECD devant leurs responsabilités pour qu'ils analysent les appuis nécessaires à apporter au Fosa qui sont sous leurs responsabilités.

La Délégation Régionale a des indicateurs qui la lie en partie à la performance que les Districts sanitaires pilotes réalisent. Les Districts ayant les faiblesses (Mamfe Health District) ou qui ont des enjeux sanitaires plus complexes (Kumba Health District) sont liés à la Délégation à des scores plus élevés (voir grille en annexe) que d'autres districts. C'est une forme de discrimination positive qui tient compte des critères bien identifiés au niveau du terrain.

Ce montage permet d'aligner les différents régulateurs sur les indicateurs des structures qui sont sous leur responsabilité en vue d'assainir les niveaux méso et micro systémique en vue d'appuyer les Formations sanitaires dans leur amélioration de la performance.

Merci pour ta contribution,

Dr Eric BIGIRIMANA, MD, MSc

BREGMANS Consulting & research

Kigobe - Sud, GIHOSHA

Bujumbura – BURUNDI

E-mail envoyé par Michel Muvudi le 16 septembre 2013

Bonjour Jean Claude,

Tu as raison et j'ai comme l'impression que bon nombre de formations organisées sur le PBF ne mettent pas trop d'accent sur ces éléments...Généralement, on parle du coaching sans en donner véritablement un contenu.

Je suggère partant des substrats alimentés par des expériences de terrain, qu'on développe un module/chapitre sur le coaching au sens large (Pas vu à tort comme juste une supervision), qui sera vraiment orienté à l'intention des ECD. Ces entités sont des acteurs importants dans la chaîne de production de services et doivent être renforcés. *Sans formation sur leur rôle dans le PBF, ils deviennent "involontairement" des facteurs bloquants.*

Bonne journée à toi

Michel

E-mail envoyé par Eric BIGIRIMANA le 16 septembre 2013

Très bonne précision Michel,

Dans les formations sur le PBF, il y a beaucoup de notions qu'on survole. Je pense aussi qu'il faut mieux les approfondir et les étoffer davantage pour que chaque acteur puisse comprendre pleinement son rôle et l'assumer le plus correctement possible.

Bien à vous;

Dr Eric BIGIRIMANA, MD, MSc

E-mail envoyé par KOUADIO Koffi Georges le 17 septembre 2013

Je voudrais d'entrée traduire toute ma reconnaissance au Cabinet HEALTH CONSULTING INTERNATIONAL et à AEDES qui nous ont permis d'être aujourd'hui de la famille du Financement Basé sur la Performance à travers le séminaire de formation organisé du 22 au 27 juillet 2013 à Abidjan qui a vu la participation de 29 personnes venues de neuf pays. Personnellement, ce fut une grande première pour moi car j'ai entendu vaguement parler de cette approche d'allocation des ressources sans savoir réellement ce qu'elle apporte comme valeur ajoutée. Le déroulement de la formation et les échanges qui ont eu lieu m'ont permis de comprendre globalement que le FBP

« impose » des changements et je dirai même des ruptures. Le PBF nous conduit à « naître » de nouveau.

J'ai aussi appréhendé que, les prestataires de soins sont au centre de cette approche et leur engagement et comportement déterminent en grande partie le succès ou l'échec de sa mise en œuvre. La rupture qu'impose le PBF doit commencer par l'État et en pensant à mon pays, la Côte d'Ivoire, je suis envahi par des doutes et des craintes et je me pose des questions sans réponses ! Est-ce que l'État lui-même va amorcer sa rupture et accepter le changement et jouer pleinement son rôle de régulateur ? Est-ce que les décideurs chargés de conduire les réformes nécessairement vont accepter de changer ? Et comment ? Avec qui ? Et pour qui ? Est-ce que les prestataires de soins vont changer et accepter la rupture. La douloureuse expérience de la gratuité généralisée des soins en Côte d'Ivoire fondent mes inquiétudes !

Le présent débat en cours sur le rôle des ECD renforce mes préoccupations quant à la gestion des districts, heureusement que la prochaine rencontre sur « Le District Sanitaire en Afrique : Bilan et Perspectives 25 ans après la Déclaration de Harare » se penchera sur le nouveau du district dans cette nouvelle ère de réformes. Je suis cependant, couvert d'espoir car lors de la formation, il y avait des participants du niveau central et des responsables du district et je suis persuadé que chaque entité à son niveau sera l'ambassadeur de la promotion du PBF.

Encore une fois merci aux organisateurs pour cette session de formation.

KOUADIO Koffi Georges

E-mail envoyé par Joël Arthur Kiendrébéogo le 17 septembre 2013

Bonjour à tous,

"Je serais heureux de me tromper mais sur plus de 85 médecins-chefs de district je ne crois pas qu'il y en ait 5 qui soient formés au PBF. Or c'est quand même eux qui devront le mettre en pratique!" pour citer les propos de **Noël Nahounou**. Cela me suggère qu'un moyen pour commencer à pallier (au moins en partie) le problème de la formation des différents acteurs du PBF est de faire un plaidoyer (par qui?) pour **introduire le PBF dans les curricula de formation des médecins et de l'ensemble des agents de santé** ; d'autant plus que le personnel est habituellement très mobile pour diverses raisons dans les districts sanitaires.

Par ailleurs si *"en Côte d'Ivoire, les établissements sanitaires ne disposent pas de compte bancaire et la gestion des budgets à eux alloués se fait à travers le Trésor Public qui applique le principe de l'unicité des caisses"*, comment font-ils (notamment pour ce qui concerne leur autonomie -même si le contenu de ce mot reste à expliciter-, les primes au personnel etc.) ?

Cordialement.