Le manuel du Financement basé sur la performance :

Conception et mise en œuvre de programmes efficaces de financements basés sur la performance

AIDSTAR-Two
capacity for impact

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

msh
Management Sciences *for* Health

© 2011 Management Sciences for Health, Inc. Tous droits réservés.

Les formateurs et facilitateurs sont autorisés à photocopier des extraits de ce manuel sans autorisation préalable, dans un but non commercial exclusivement. Toute traduction ou adaptation de ce guide nécessite l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

Management Sciences for Health

784 Memorial Drive

Cambridge, MA 02139-4613

Téléphone : 617.250.9500

Télécopie : 617.250.9090

Courriel : communications@msh.org

Citation recommandée

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

La publication de cet ouvrage a été financée par le PEPFAR (Programme d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA) et l'Agence des États-Unis pour le développement international sous le contract numéro GHH-I-00-0700068-00. Les opinions exprimées dans ce document sont celles du projet AIDSTAR-Two et ne reflètent pas nécessairement le point de vue d'USAID ou du gouvernement américain.

Remerciements

Ce manuel représente un travail de collaboration entre l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Programme d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), le projet AIDSTAR-Two et Management Sciences for Health (MSH). John Pollock de MSH a fourni le leadership technique avec des contributions de Zina Jarrah, Jean Kagubare, Angela C. Lee, David Collins, Heather Rafey, Uder Antoine, Bernateau Desmangles, Cedric Ndizeye, Ludwig de Naer, Rebecca Bennett et Sarah Johnson. Elizabeth Walsh a effectué les révisions de ce document.

Nous tenons à remercier Pamela Rao du bureau de l'USAID pour la lutte contre le VIH/SIDA, Christian Fung et Emily Hugues, anciens responsables techniques du bureau d'USAID pour le Projet AIDSTAR-Two, Laurie Rushton, actuel responsable technique du bureau d'USAID pour le projet AIDSTAR-Two, pour leur participation à la rédaction de ce manuel, ainsi que Beverly Johnston, Joe Naimoli et Kate Wilson pour leur contribution.

MSH gère des subventions et contrats de santé publique basés sur la performance pour le gouvernement américain dans différents pays et fournit une assistance technique à des organisations privées et organismes de financement leur permettant d'élaborer et de mettre en place leurs propres initiatives basées sur la performance. Cette aide inclut le renforcement de leurs capacités de gestion des subventions et contrats, l'évaluation du coût des services de soins, l'établissement des tarifs de prestations et des indicateurs de performance, l'amélioration des systèmes d'information sanitaire, la gestion financière et la comptabilité.

Le projet AIDSTAR-Two, financé par l'USAID et mis en œuvre par MSH, a été lancé en octobre 2008 pour renforcer la capacité organisationnelle des organisations et programmes locaux de lutte contre le VIH/SIDA, identifier et partager les pratiques éprouvées de la mise en place des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans le but d'optimiser leur impact collectif. AIDSTAR-Two soutient les organisations non gouvernementales locales (ONG), les organisations de la société civile (OSC), les établissements du secteur public et les réseaux locaux, régionaux et nationaux fournissant des services de lutte contre le VIH/SIDA. L'objectif général du projet est de contribuer à la mise en place, au niveau national, d'organisations de lutte contre le VIH/SIDA plus solides et plus viables. Le consortium d'AIDSTAR-Two se compose de Management Sciences for Health, l'Alliance internationale de lutte contre le VIH/SIDA, Cardno Emerging Markets, USA, Ltd. (Cardno), Health and Development Africa, Initiatives, Inc., Save the Children et Religions for Peace. Pour plus d'informations sur le projet, veuillez visiter le site : **www.aidstar-two.org.**

Contents

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES ACRONYMES 6

PRÉFACE 7

I. INTRODUCTION 8

A. Qu'est-ce que le financement basé sur la performance ? 8

1. Contrat basé sur la performance 8
2. Les experiénces d'USAID en matière de FBP : rappel du contexte 9

B. Objet de ce manuel 9

II. CADRE GÉNÉRAL 10

A. FBP : le concept sous-jacent 10

1. Payer pour des résultats 10
2. Les acteurs du FBP : acheteurs, prestataires et contrôleurs 10
3. L'approche systémique du FBP 12
4. Activités de renforcement du système 12

B. Pourquoi le FBP ? 13

1. Résultats – Impact sur la santé 13
2. Résultats : gouvernance, transparence et obligation de rendre compte 14
3. Limites 14
4. Perspectives d'avenir 15

III. PLANIFICATION 15

A. Choix du bon type de FBP 16

1. Types de FBP 16
   a. Au niveau de l'offre 17
   b. Au niveau de la demande 18
2. Éléments fondamentaux pour la réussite des programmes de FBP 19
3. Conception de systèmes de S&E précis et transparents 19
4. Mise en œuvre du FBP à tous les niveaux du système 19
5. Mise en correspondance des flux de fonds 20

B. Élaboration des cibles 21

C. Rédaction, émission et attribution d'un appel d'offres RFP ou RFA (Gouvernement des États-Unis) 22

1. Rédaction du RFA ou du RFP (processus de sélection des organisations responsables de la mise en œuvre) 22
2. Définition des cibles que l'organisme responsable de la mise en œuvre doit atteindre 22
3. Adjudication d'un contrat ou d'un accord de subvention ou coopération 23
4. Harmonisation du FBP avec d'autres bailleurs chargés de l'exécution de programmes 23
5. Établissement d'un calendrier raisonnable pour l'exécution du programme de FBP 24

D. Planification du programme de FBP (Organisme responsable de la mise en œuvre) 24
1. Mécanismes institutionnels : la répartition Acheteur-Prestataire 24
2. Éléments de motivation 25
3. Le choix des indicateurs et modélisation du risque 26
4. Le FBP et l'amendement Tiahrt 26
5. Étape finale d'un programme de FBP 28

E. Définition des structures de paiement (Organisme responsable de la mise en œuvre) 29
1. Évaluation des coûts – approches et fonction 29
2. Budget 29
3. Mécanismes de paiement 30
4. Établissement des niveaux de paiements : coûts et mesures incitatives 30

F. Rédaction ou émission d'un appel à candidatures RFA ou d'un appel à propositions RFP ; attribution d'un accord (Organisme responsable de la mise en œuvre) 31
1. Critères de sélection 31
2. Adjudication des subventions et des contrats de FBP 31

IV. MISE EN ŒUVRE 32

A. Assistance technique & assurance de la qualité 32
1. La coordination des partenaires : l'approche de l'équipe élargie (organisme responsable de la mise en œuvre) 32
2. Gestion 33
3. Les « Business plans » ou plans de travail 33

B. Suivi, validation des données et vérification 34
1. Automatismes régulateurs : niveaux de contrôle et séparation des fonctions 34
2. Mesures pour éviter les dérives 35
3. Quantité et qualité 36
4. Gestion du système d'information sanitaire (GSIS) 36
5. Collecte, partage, vérification et validation des données 37
6. Résultats 37

C. Évaluation 39

D. Planification pour un impact pérenne 39

V. ANNEXES 41

A. Résumé des programmes avec une composante de FBP financés par l'USAID 42

B. Exemples d'indicateurs et échéanciers de paiement de FBP: Haïti et Rwanda 44
1. Haïti 44
2. Rwanda 45

C. Exemple de calendrier de mise en œuvre (Réforme de la santé publique au Soudan – Project II) 47

Liste des acronymes

AIDSTAR	AIDS Support and Technical Resources
AT	Assistance technique
CBP	Contrat basé sur la performance
FBP	Financement basé sur la performance
MOU	Protocole d'accord
MSH	Management Sciences for Health
ODM	Objectifs de développement du millénaire
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
RFA	Appel à candidatures
RFP	Appel à propositions
S&E	Suivi et évaluation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
GSIS	Gestion du Système d'information sanitaire
SIS	Système d'information sanitaire
SSP	Soins de santé primaire
SWAp	Approche sectorielle
TBA	Accoucheuse traditionnelle
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WB MAP	Programme multinational de lutte contre le VIH/SIDA (MAP) de la Banque mondiale

Préface

LE FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE (FBP) est un outil puissant d'amélioration de la qualité et la quantité des services de soins de santé qui offre aux prestataires des mesures incitatives pour améliorer la performance et obtenir des résultats. En soutenant les Objectifs de développement du millénaire, le PEPFAR, le Global Health Initiative (GHI), et autres importantes initiatives de santé, le FBP peut améliorer l'accès et la qualité des services de soins de santé, stabiliser ou diminuer les coûts de ces services, favoriser l'utilisation efficace de ressources limitées et améliorer la motivation et le moral du personnel, stimulant efficace de maintien des effectifs.

Au cœur de l'environnement dynamique de développement d'aujourd'hui – avec la prestation de services de soins de santé par les établissements publics et les organisations locales de la société civile, l'émergence de partenariats multisectoriels, la décentralisation des fonctions de santé publique et la prise en charge des projets et autres services par les pays bénéficiaires – les organisations et les pays dans le monde entier ont de plus en plus recours au FBP pour les aider à apporter des améliorations dans les domaines de la santé et du développement. Le FBP relie le financement d'une organisation à sa capacité d'atteindre les cibles convenues et peut faire intervenir des primes si l'organisation dépasse ces cibles.

Ce manuel du FBP a été conçu aussi bien pour des responsables de conception de programmes d'organismes du gouvernement des États-Unis au niveau central ou au niveau du pays que pour les personnes chargées de la mise en œuvre du FBP aux niveaux national et local. Nous espérons que la présentation de cet aperçu exhaustif du FBP, incluant à la fois le point de vue des organismes de financement et celui des responsables de la mise en œuvre, permettra de favoriser la conception, la mise en place et l'évaluation de programmes de financement basés sur la performance qui optimisent les prestations de services et créent de nouveaux résultats encourageants dans le domaine de la santé.

I. Introduction

A. Qu'est-ce que le financement basé sur la performance ?

Le FBP est le transfert d'argent ou de biens matériels d'un organisme de financement ou autre soutien à un bénéficiaire, basé sur la condition que celui-ci entreprenne une action mesurable ou atteigne une cible de performance prédéterminée.[1] Ce manuel utilise les programmes et services de soins de santé comme base de présentation, mais ces principes peuvent s'appliquer aux autres secteurs.

Le terme de FBP sera utilisé dans l'ensemble du manuel et il est entendu comme synonyme de « paiement selon la performance (P4P) », « financement basé sur la production » et « financement basé sur les résultats (FBR) ».

Il existe un dialogue permanent sur les conditions d'application de ces deux termes et autres expressions proches décrivant les méthodes basées sur la performance. Une excellente source de clarification est l'ouvrage de Philip Musgrove (Banque mondiale 2010) : « Financial and Other Rewards for Good Performance or Results, a Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary » (Avantages financiers et autres récompenses pour une bonne performance ou des résultats, une visite guidée des concepts et des termes, suivie d'un court glossaire), disponible sur le site : **http://www.rbfhealth.org**

Le FBP fait passer les risques financiers essentiels de l'organisme de financement au bénéficiaire : le paiement (ou parfois la partie du règlement correspondant à la « mesure incitative de performance ») n'est reçu ou différé que lorsque les résultats ou activités ont été vérifiés par l'organisme de financement. Le règlement peut être financier ou non monétaire et n'est émis que sur réalisation des cibles de performance prédéterminées. Les règlements basés sur la performance peuvent concerner des bénéficiaires cibles au niveau de l'offre ou des bénéficiaires cibles au niveau de la demande.[2]

> **Au niveau de la demande,** l'organisme de financement offre des mesures incitatives directement liées à une activité ou à un résultat. Par exemple : les programmes de transferts monétaires conditionnels du Nicaragua qui payent les familles qui vaccinent tous leurs enfants, les programmes qui approvisionnent en nourriture les patients tuberculeux qui suivent leur schéma thérapeutique et ceux qui, en Inde, offrent de l'argent ou des coupons aux nouvelles femmes qui accouchent avec l'aide d'un professionnel de santé.
>
> **Au niveau de l'offre,** l'organisme de financement lie les mesures incitatives que reçoit le bénéficiaire à des résultats prédéterminés. Les bénéficiaires sont des institutions ou des personnes ; dans un programme sanitaire, les bénéficiaires au niveau de l'offre peuvent être des établissements prestataires de services (cliniques, hôpitaux) ou des prestataires de soins de santé à tous les niveaux. Les résultats peuvent être des cibles au niveau des soins, comme des taux de vaccination, des accouchements assistés ou des indices de qualité ou être des cibles au niveau des systèmes liées à la gestion, par exemple des systèmes de supervision, d'approvisionnement des médicaments ou d'efficience.

1. Contrat basé sur la performance

Le contrat basé sur la performance (CBP) est une méthode de FBP au niveau de l'offre qui fait intervenir l'élaboration d'un contrat ou de tout autre accord officiel ; de tels accords peuvent ne pas faire partie

1. Center for Global Development Working Group on Payment for Performance. (Centre pour le développement mondial. Groupe de travail sur les paiements pour la performance.)
2. « Paying for Performance in Health: a Guide to Developing the Blueprint. » Rena Eichler et Susna De, Health Systems 20/20, Décembre 2008 Avant-projet.

d'autres projets de programme de FBP.[3] Le CBP fait appel au processus d'élaboration d'un contrat légal ou officiel pour régir les conditions de paiement. Le contrat ou l'accord doit comprendre un ensemble précis d'objectifs et d'indicateurs, des efforts continus de recueil et de validation de données pour ces indicateurs et des corollaires basées sur la performance. Ces corollaires peuvent être des primes ou des sanctions pour le bénéficiaire, selon qu'il atteint ou non les objectifs prédéterminés.[4]

2. Les experiénces d'USAID en matière de FBP : rappel du contexte

L'USAID a soutenu les FBP dans plusieurs projets,[5] notamment des projets en Haïti (SDSH, Santé pour le développement et la stabilité d'Haïti, HS2007, et HS2004) et au Rwanda (VIH/FBP). Les projets en Haïti et au Rwanda sont des exemples de mise en place de FBP qui font appel au soutien de la mission d'USAID (à la fois financier et adaptation des directives) ainsi qu'à l'assistance technique (AT) de l'organisme coopérateur. Les projets ont été des succès dans les deux pays, même s'ils ont appliqués des modèles de FBP tout à fait différents. Le projet d'Haïti a réussi avec l'initiative de rétablissement d'un secteur sanitaire par les ONG, alors que celui du Rwanda est l'exemple même de la mise en place d'un FBP au sein d'une approche sectorielle (SWAp) et dans le cadre d'une politique nationale. En Tanzanie, Zambie, Ouganda, Ghana, Nigeria, Kenya, et Liberia, des feuilles de route pour la mise en place de FBP ont été élaborées, quelques études pilotes ont débuté et dans certains pays la mise en œuvre des projets se poursuit avec le soutien de la mission d'USAID, des ministères de la santé et des organismes de coopération (voir à l'Annexe A pour un aperçu des programmes de FBP et des bailleurs appuyant le FBP).

B. Objet de ce manuel

L'objet de ce manuel est de décrire la mise en place du FBP et de permettre au gouvernement des États-Unis d'élaborer de manière efficace des programmes qui incluent le FBP. Les responsables de l'élaboration de programmes et de la mise en œuvre au niveau national se familiariseront avec les concepts de base du FBP et les leçons retenues, afin de :

- inclure les méthodes de FBP dans le cadre général d'un projet
- délimiter clairement ce qui doit être décidé par le gouvernement des États-Unis et ce qu'il serait plus judicieux de laisser ouvert aux propositions de l'organisme chargé de la mise en œuvre
- effectuer des appels à propositions sur un éventail d'approches de FBP avec une connaissance approfondie et une meilleure compréhension du mécanisme de FBP
- éviter les méthodes de mise en place trop spécifiques qui risquent de limiter les chances de réussite du projet

Tandis que le manuel propose un aperçu général du FBP, le chapitre sur la mise en œuvre se concentre sur le FBP au niveau de l'offre, plus particulièrement le contrat basé sur la performance (CBP), les subventions de performance et les protocoles d'accord.

Les annexes du manuel sont conçues comme des compléments d'information, mais ne constituent pas une lecture indispensable à la planification et la mise en place d'un programme de FBP.

---

3. Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit. Benjamin Loevinsohn. Banque mondiale, 2008. http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/415176-1216235459918/ContractingEbook.pdf
4. Ibid.
5. Improving Health Outcomes Through Performance Based Financing. USAID Mini-University. Johannesburg, Afrique du Sud, 3 avril, 2008. John Pollock, avec la contribution de : Uder Antoine, Paul Auxila, David Collins, Bernateau Desmangles, Rena Eichler, Gyuri Fritsche, Jean Kagubare, Kathy Kantengwa, et Louis Rusa.

II. Cadre général

A. FBP : le concept sous-jacent

1. Payer pour des résultats

Les mécanismes de paiement traditionnels financent des interventions, alors que le FBP finance des résultats. Le financement des interventions implique le règlement à l'avance de postes tels que les salaires, les médicaments, les fournitures et les charges d'exploitation. Il en résulte un lien on ne peut plus fragile entre le financement et les résultats et des dépenses qui ne sont justifiées qu'une fois le règlement effectué (par exemple par le biais d'audits financiers). Le paiement pour des **résultats** indique que les règlements ne seront effectués que pour des services qui ont été fournis ou des objectifs qui ont été atteints, en établissant un lien direct entre le financement et les résultats ou autres mesures de la performance.[6]

Avec la mise en place de contrats basés sur la performance, l'obtention de résultats et de cibles de performance prédéterminés est primordiale. Les responsables des unités de prestations de service formulent leurs propres stratégies pour atteindre leurs cibles, les règlements des mesures incitatives récompensent donc la créativité et l'innovation. Il s'agit d'une approche passive de responsabilisation, parfois appelée la « boîte noire ».[7] Les prestataires de service peuvent également être sanctionnés s'ils n'atteignent pas leurs cibles ; comme le suggère son nom, le FBP récompense uniquement la performance mesurable.

2. Les acteurs du FBP : acheteurs, prestataires et contrôleurs

Le FBP est fondé sur le concept économique du mandant-mandataire, c'est-à-dire l'idée que les intérêts du mandant (organisation, institution ou personne qui en invite une autre à accomplir une tâche) et ceux du mandataire (organisation, institution, ou personne qui répond à l'invitation du mandant) peuvent être harmonisés de telle sorte que les deux parties bénéficient ou tirent un avantage de la relation contractuelle. Pour une mise en place de FBP réussie, les intérêts des deux parties doivent être harmonisés – ils doivent avoir les mêmes objectifs (c.-à-d. les mêmes cibles de performance).

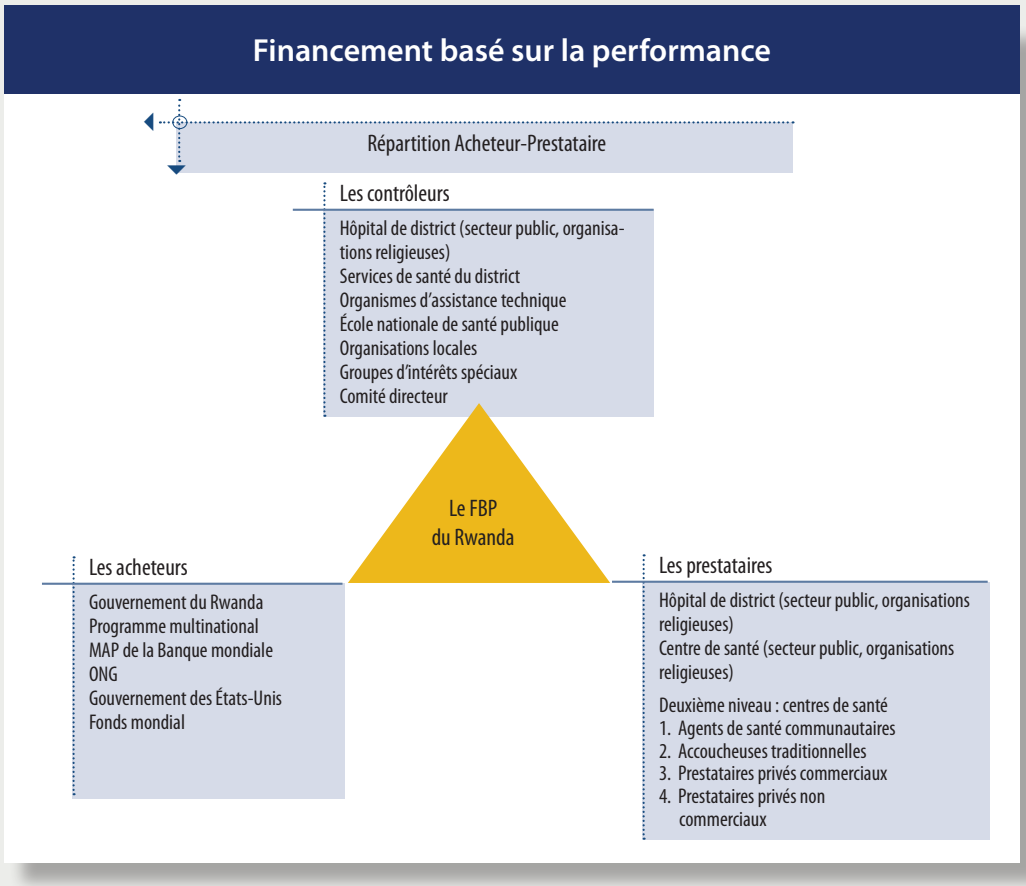
Dans le FBP, le mandant est l'acheteur – la partie qui établit les cibles à atteindre et achète les résultats aux prestataires dans des zones géographiques cibles précises. Le mandataire est le prestataire – auquel incombe la responsabilité de développer des stratégies novatrices, de mettre en place des activités qui amélioreront le volume et la qualité des services et d'atteindre les cibles ou des objectifs prédéterminés de santé de manière efficace. Un contrôleur intermédiaire peut intervenir entre ces deux parties, son rôle est de déterminer et de surveiller l'observance des normes et procédures. Les détails particuliers des rôles et responsabilités de ces parties figurent en chapitre III de ce manuel, à partir de la page 15.

Un exemple de la répartition acheteur-prestataire au Rwanda illustre les divers acteurs qui remplissent le rôle de fournisseurs, prestataires et contrôleurs. Voir la figure à la page suivante.

6. Présentation du Dr Louis Rusa, Directeur, Cellule de soutien au FBP, Ministère de la Santé, Rwanda. « Scaling up Family Planning through Performance-Based Financing in Rwanda. »"
7. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. Robert Soeters, Christian Habineza, & Peter Bob Peerenboom. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 2006; 84:884-889. http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-029991.pdf

Un exemple de la répartition Acheteur-Prestataire : le Rwanda

Les « acheteurs » sont ceux qui payent pour le service. Il peut s'agir d'une ONG (qui agit en tant que « dépositaire des fonds » ou « mécanisme de guichet » pour d'autres bailleurs en supplément des achats effectués avec ses propres fonds), des pouvoirs publics, du gouvernement des États-Unis (à travers ses organismes contractuels de coopération), et des bailleurs (par exemple la Banque mondiale, le Fonds mondial). Les « prestataires » sont les structures sanitaires (centres de santé et hôpitaux) gérées par le secteur public, la société civile et les organisations religieuses. Les contrôleurs sont ceux qui vérifient le niveau de performance. Au Rwanda, les contrôleurs sont notamment les équipes de santé du district qui garantissent un certain équilibre entre quantité et qualité des produits à fournir dans les centres de soins et les hôpitaux ; les assistants techniques qui vérifient la performance des équipes du district et effectuent des vérifications ponctuelles au hasard dans les formations sanitaires; un organisme fournisseur, une ONG qui engagent également des organisations locales chargées des enquêtes de patients ; et des enquêtes systématiques à grande échelle effectuées en utilisant les services de l'École nationale de santé publique. Il existe différents niveaux et types de contrôle qui peuvent varier du simple contrôle de base des registres (en comptant les entrées saisies et donc en vérifiant les quantités sur la « facture ») à la vérification d'échantillons des données sélectionnées au hasard dans les registres et le suivi des clients dans la communauté.

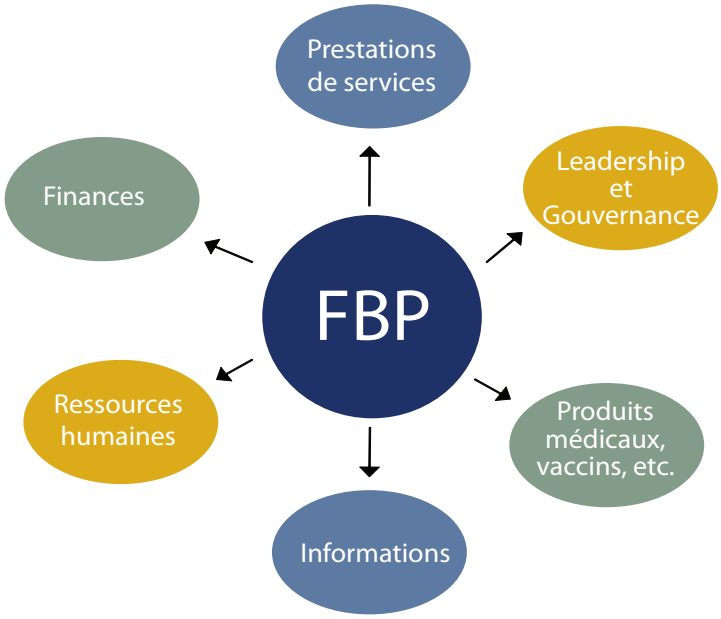


Source : Musango, Laurent, Gyuri Fritsche, Cedric Ndizeye, Ousmane Faye, Apolline Uwayitu, Alex Hakuzimana, Kathy Kantengwa, et John Pollock. 2007. « Les mécanismes de paiement des fournisseurs utilisant le financement basé sur la performance / contrat basé sur la performance, Rapport sur le PRSP du Rwanda par le gouvernement du Rwanda. » Ministère de la santé.

3. L'approche systémique du FBP

Tous les acteurs du système de FBP doivent avoir un rôle clairement défini au sein du système tant à leur niveau que dans leurs interactions avec les autres niveaux. Il peut incomber au niveau national d'établir les politiques et directives ou de légitimer le processus de FBP (rôle du contrôleur), mais la véritable prestation de service intervient au niveau de la formation sanitaire et de la communauté. La collecte, la validation et la vérification des données doivent être transparentes à tous les niveaux et le flux d'informations doit être réciproque à tous les niveaux. La mise en place réussie du FBP dans les programmes sanitaires se trouve donc renforcée si elle tient compte de l'ensemble de ce qui doit être accompli dans le contexte du système.

FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE :
UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SES IMPLICATIONS SUR L'ENSEMBLE DU SYSTÈME



4. Activités de renforcement du système

Un « système de santé » comprend toutes les organisations, institutions et ressources qui se consacrent à la réalisation d'activités dont l'objectif premier est la protection et l'amélioration de la santé. Un programme de FBP bien conçu a de fortes chances d'avoir un impact positif sur l'ensemble du système de santé. Ce potentiel est particulièrement fort si le ministère de la santé est partenaire du programme, mais même un programme conçu uniquement au sein d'un réseau d'ONG peut permettre de renforcer l'ensemble d'un système de santé. Le programme de FBP, associé à l'objectif d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, peut influer sur les autres modules du système.

Les améliorations de la performance au sein des modules du système de santé – leadership et gouvernance, prestations de service, personnel de santé, information, finances de santé, produits médicaux, vaccins et technologies, financements – peuvent être approfondies en analysant et en ciblant les changements et initiatives nécessaires aux prestations et aux interventions à un niveau suffisamment important pour atteindre des objectifs spécifiques de santé. Ceci doit être effectué à l'aide de méthodes probantes et reliant les initiatives aux impacts du projet. À l'aide du « concept du bouton de commande » de William Hsiao[8] – les domaines dans lesquels les activités peuvent avoir un impact sur l'ensemble du système – le programme de FBP peut influer sur :

- **Le financement.** En modifiant la manière dont les ressources sont mobilisées et réparties et la façon

8. Hsaio, W.C. and S. Heller. "What macroeconomists should know about health care policy." Fonds monétaire international. 2007. http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.cfm?sk=20103.0

dont les responsabilités sont partagées pour garantir une protection contre les risques.

- **L'organisation**. En modifiant la manière dont le financement et des prestations sont organisés au sein d'un système de santé.
- **Le paiement et les mesures incitatives.** En modifiant les structures des mesures incitatives pour les prestataires afin d'ajuster la performance et d'agir sur la manière dont les prestataires interagissent entre eux et avec les clients.
- **Les dispositions réglementaires.** En utilisant le pouvoir de l'État pour modifier le comportement à la fois des individus et des organisations.
- **L'influence sur le comportement des personnes et des organisations**. En favorisant les innovations des prestataires pour modifier le comportement des personnes et des organisations.

La prise en compte du système dans son ensemble pour améliorer la performance peut permettre aux parties prenantes de mieux voir les problèmes qu'ils doivent surmonter pour atteindre leurs objectifs et éventuellement éclairer leurs causes directes et sous-jacentes. Le programme de FBP peut utiliser des indicateurs communs destinés au S&E comme mécanisme efficace d'enrichissement mutuel des prestataires qui peuvent alors être encouragés à partager leurs stratégies et méthodes de réussite.

B. Pourquoi le FBP ?

1. Résultats – Impact sur la sant

Les transferts monétaires conditionnels (*Conditional Cash Transfer*, ou CCT) – un organisme de financement fournit de l'argent (au lieu de biens) aux ménages ciblés pauvres et vulnérables à condition qu'ils atteignent des objectifs définis (par exemple d'accoucher dans un établissement de santé, de vacciner leurs enfants, de rechercher des formations, etc.).

L'introduction de mesures incitatives (financières et matérielles) au niveau de l'offre et au niveau de la demande liées à la réalisation de services de santé s'avère être une méthode éprouvée d'amélioration des résultats de santé. Des études préliminaires d'impact sur les mesures incitatives financières au niveau de la demande, tels que les programmes de transferts monétaires conditionnels (CCT) au Mexique, au Nicaragua et en Colombie ont montré que l'utilisation du CCT est liée à tout un éventail d'améliorations des résultats sanitaires comme l'augmentation de la demande de soins de la part des familles, l'augmentation du taux de vaccinations et une diminution des naissances de nouveau-nés de faible poids.[9, 10, 11, 12]

Les études d'impact évaluant les contrats basés sur la performance font état de témoignages semblables. Une étude de 14 projets sous contrat avec des prestataires non étatiques dans des contextes différents et pour un éventail de services de santé primaire ou de services de nutrition ont montré que ces contrats de soins de santé primaire peuvent être efficaces et apporter des améliorations rapides.[13] Au cours de cette étude, les améliorations les plus importantes étaient observées lorsque les cibles de performance étaient des services de santé requérant peu ou pas de changement de comportement, étaient limitées dans le temps et mesurables (par exemple les vaccinations, la supplémentation en vitamine A, les soins

9. Rawlings, L et G. Rubio. « Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs. » Observatoire de la recherche de la Banque mondiale 2005. 20(1):29-55. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/03/07/000020439_20070307154105/Rendered/PDF/388790PAPER0WBRO0201101PUBLIC1.pdf
10. Barber, S.L. « Mexico's conditional cash transfer programme increases cesarean section rates among the rural poor. » European Journal of Public Health, 23 novembre 2009. http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/4/383.abstract
11. Barham T, Brenzel L, et John Maluccio. 2007. « Beyond 80%: Are There New Ways of Increasing Vaccination Coverage? » Document de travail de la stratégie Santé nutrition et population (HNP). Washington: Banque mondiale. http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BarhamVaccinationCoverageFinal.pdf
12. Barber, S.L. et P. Gertler. « The Impact of Mexico's conditional cash transfer programme, Oportunidades, on birth weight. » Tropical Medicine International Health 2008, 13(11):1405-1414.
13. Loevinsohn B. « Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit. » Institut de la Banque mondiale 2008, p. 69-81. http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/415176-1216235459918/ContractingEbook.pdf

prénatals). Les mesures incitatives au niveau de l'offre sont également efficaces en matière d'amélioration de l'alimentation de l'enfant.[14]

Le FBP peut aussi permettre le renforcement des systèmes de santé en augmentant la qualité des services fournis, en améliorant l'efficacité des prestataires de service et des formations sanitaires et en favorisant l'accès et l'utilisation des services de santé. Les évaluations du financement basé sur la performance pour l'amélioration de la qualité des soins sont limitées, mais on observe l'émergence de thèmes et de tendances dans certains pays, notamment Haïti et le Rwanda. Au Rwanda, dans le cadre de la stratégie nationale et de l'effort d'amélioration de la qualité des services de santé, les comités de districts évaluent la qualité des services fournis par les structures sanitaires et ces évaluations pèsent sur les niveaux de payement basés sur la performance. Des études préliminaires ont montré que cet effort concentré sur l'amélioration de la qualité est efficace, les provinces qui sont sous contrat font état de scores de qualité de 30 % plus élevés que les formations sanitaires des provinces qui ne sont pas sous contrat.[15]

2. Résultats : gouvernance, transparence et obligation de rendre compte

En plus des avantages du FBP sur les résultats de santé et le renforcement des systèmes de santé, le FBP peut également permettre d'améliorer l'infrastructure institutionnelle du secteur de la santé en liant les dépenses publiques à la performance et aux résultats validés. Comparativement aux mécanismes traditionnels de financement, les mesures incitatives encouragent et favorisent la bonne gouvernance, la transparence et l'obligation de rendre compte. Avec le FBP, les indicateurs de performance et les règlements correspondants sont conçus au grand jour et disponibles immédiatement, les flux de financement sont identifiés et reconnus par tous, les résultats de santé sont suivis, évalués et vérifiés à la vue de tous.

La capacité du personnel œuvrant à tous les niveaux du système se trouve aussi renforcée dans la mesure où les compétences requises par les programmes de FBP – gestion financière, suivi et évaluation (S&E) et vérification des données – peuvent permettre d'améliorer la performance.

3. Limites

Tandis que la recherche initiale est prometteuse, les effets de l'utilisation de mesures incitatives liés aux résultats de santé et aux impacts ne sont pas entièrement concluants. L'étude des programmes de transferts monétaires non conditionnels montrent aussi des impacts positifs dans des domaines comme les mesures d'alimentation.[16] Un tel résultat n'est pas surprenant dans des cas comme l'alimentation de l'enfant, pour lesquels un puissant motivateur positif existe déjà : si les ressources existent, pratiquement toutes les mères nourrissent correctement leurs enfants.

Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer les effets à moyen et long terme des mesures incitatives et pour différencier l'impact de ces mesures de celui des transferts monétaires. Beaucoup de pathologies chroniques – comme le VIH/SIDA, le diabète et l'asthme – requièrent un contact prolongé et répété avec les prestataires de services et une importante modification du comportement. L'impact de l'utilisation de ces mesures incitatives sur l'amélioration de ces conditions sanitaires a été beaucoup moins étudié et des recherches supplémentaires sont nécessaires – particulièrement en ce qui concerne l'impact à long terme des mesures incitatives, leur efficacité sur les modifications de comportement et la prise en charge des pathologies chroniques. Nonobstant, le FBP correctement mis en place demeure prometteur quant à sa capacité à augmenter la qualité et la quantité des services de santé sous contrats, entraînant des effets positifs sur la santé.

---

14. Chowdhury, Sadia. 2001. « Educating for Health: Using Incentive-Based Salaries to Teach Oral Rehydration Therapy. » Private Sector and Infrastructure Network Note 235. Washington: Banque mondiale. http://rru.worldbank.org/documents/publicpolicyjournal/235Chowd-072501.pdf

15. Eichler R, Levine R, et le Performance-Based Incentives Working Group. « Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls. » 2009. Centre pour le développement mondial.

16. Aguero J, Carter M, et I Woolard. 2006. « The Impact of Unconditional Cash Transfers on Nutrition: The South African Child Support Grants. » Document de travail. Madison: Université du Wisconsin. Site accédé le 29 Mars 2010 http://www.aae.wisc.edu/carter/papers.html.

4. Perspectives d'avenir

L'utilisation de la performance et des résultats comme fondement de l'évaluation des programmes de santé offre des perspectives garantissant que les programmes de santé exécutés correspondent aux besoins des populations et des communautés qu'ils desservent. Alors que l'on conçoit clairement que les services de planification familiale doivent être le fait d'un choix volontaire, il est tout aussi important que les familles connaissent la gamme complète des services de soins de santé, pourquoi ils sont essentiels et comment elles peuvent y accéder. Les projets de santé sont des occasions essentielles pour créer les moyens d'accès aux services, mais ils sont également des puissants mécanismes de renforcement du flux d'informations au sein des communautés, qui, en retour, peuvent sensibiliser et motiver la population à accéder à une gamme complète de soins de santé primaire.

III. Planification

Dès le début de la planification et de la mise en place d'un programme de FBP, il est conseillé d'effectuer une évaluation circonstancielle de la structure en place, des systèmes et des compétences disponibles qui pourront faire partie d'un système de FBP. Pour réfléchir à la manière de mobiliser de nouvelles ressources (ou à réaffecter des flux de ressources existantes) et pour améliorer les prestations de services de santé et progresser vers les objectifs visés, il est important d'évaluer la situation actuelle : points forts, faiblesses du système et obstacles au progrès. Les personnes qui ont un intérêt dans le programme potentiel doivent s'y consacrer entièrement et avoir la même compréhension des objectifs du programme. En considérant l'utilisation du FBP pour générer des résultats, il est particulièrement important de travailler avec les parties prenantes et de se mettre d'accord sur les atouts du système qui serviront de base à la stratégie de progrès ou d'amélioration. Par exemple :

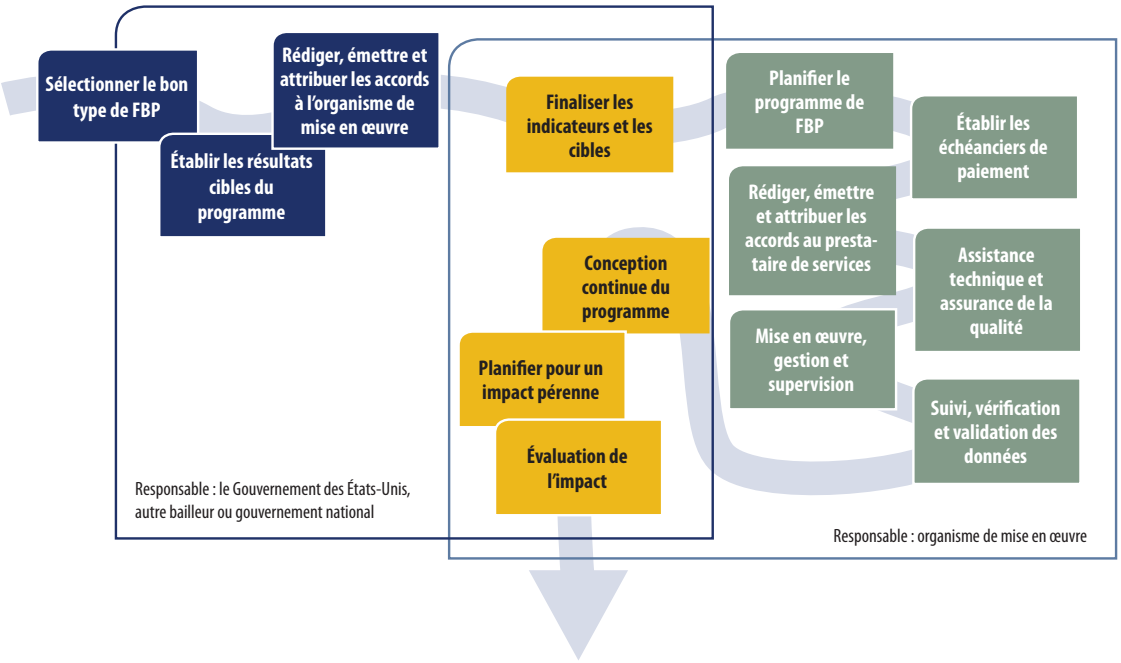
- Si un réseau d'ONG fournit collectivement des services à la moitié de la population cible, il sera sans doute bénéfique d'essayer d'inclure ce réseau. L'association de ressources existantes de cette ampleur peut permettre de transférer des ressources financières et d'assurer la perennité de l'impact de manière plus efficace au-delà de la vie du projet, ce qui augmentera l'efficacité et la qualité. Ceci favorise également l'élaboration de normes et de directives de qualité et de communication, créant des perspectives nouvelles pour l'utilisation positive de la pression du groupe.
- Si le secteur public a établit des normes ou possède un système de FBP avec les ONG, il est indispensable de concevoir des flux de ressources qui renforcent la coopération et l'observance de ces normes.

Au début de la conception du programme, il existe pratiquement toujours des objectifs, problèmes reconnus, questions et manques de ressources ou des écarts qui ont besoin d'être clarifiés. Au cours de la phase d'élaboration du projet, il est conseillé de dialoguer avec certaines parties prenantes pour identifier et exprimer clairement ces questions fondamentales. L'expression claire des causes profondes des problèmes et de leurs stratégies de résolution doit cependant rester le fait des responsables de la mise en œuvre du programme.

Le processus de planification du FBP commence avec le gouvernement des États-Unis ou autre organisme de financement qui choisit le type approprié de FBP, établit les résultats cibles du programme et rédige, émet et attribue un contrat à un organisme de mise en place ou directement au Ministère de la Santé. Il se poursuit avec la planification du programme de FBP – notamment le choix final des indicateurs et des cibles – par l'organisme responsable de la mise en place qui détermine les structures de paiements ou de mesures incitatives, conclut un contrat avec un prestataire, collabore avec ce partenaire sur la mise en place et œuvre ensuite avec le gouvernement des États-Unis ou autre organisme de financement pour poursuivre la conception du programme, y compris sa planification pour un impact pérenne. Dans l'idéal, une évaluation

de l'impact est partie intégrante du programme. Ce processus est illustré dans le diagramme de progrès qui figure ci-dessous.

ORGANIGRAMME DE FONCTIONNEMENT DU FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE



A. Choix du bon type de FBP

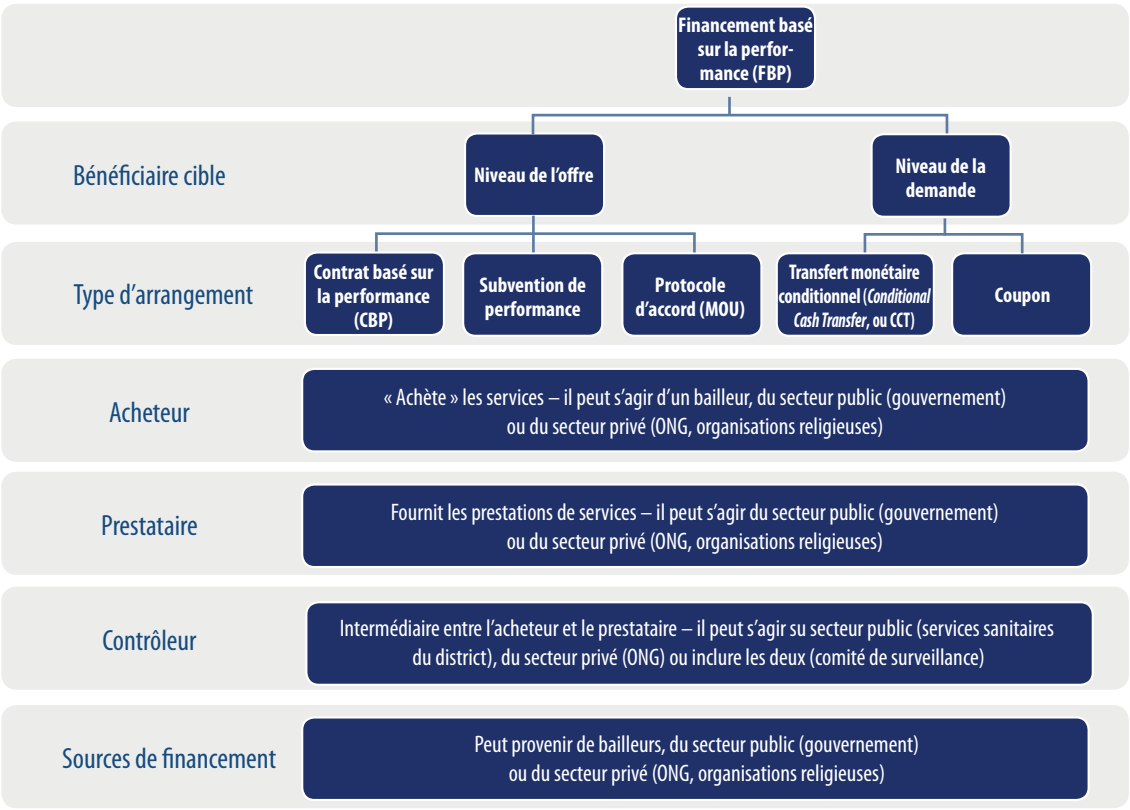
1. Types de FBP

Comme il a été indiqué dans l'introduction, le financement basé sur la performance (FBP) est le transfert d'argent ou de biens matériels sous condition de la réalisation d'une activité mesurable ou de l'obtention d'une cible de performance prédéterminée.[17] L'acheteur crée les cibles et transfère les fonds au prestataire si les conditions sont atteintes. Les différents mécanismes pour parvenir à cette fin sont présentés dans le diagramme de la page suivante. Les deux grandes catégories de FBP concernent la demande et l'offre et chacune appelle plusieurs approches différentes. Les programmes de FBP peuvent être une combinaison de plusieurs mécanismes différents. Dans chaque cas cependant, il existe une forme d'accord entre deux parties et le transfert de la mesure incitative dépend de l'obtention de l'objectif ou de la cible convenus au préalable.

Le succès d'une stratégie de FBP dépend des acteurs et des niveaux du système de santé engagés ; le choix de la bonne stratégie à adopter commence par l'étude des différents types d'accord de FBP. Les exigences de trois éléments principaux doivent toujours être présentes à l'esprit : l'élaboration du programme de FBP, le choix du ou des prestataires de services et la gestion de ces services.

17. Center for Global Development Working Group on Payment for Performance. (Centre pour le développement mondial. Groupe de travail sur les paiements pour la performance.)

TYPES DE FBP



Les différents types d'arrangements sont les suivants :

a. Au niveau de l'offre :

Le contrat basé sur la performance (CBP) Selon le gouvernement des États-Unis,

> *Un contrat est un instrument juridique liant deux parties dont le principal objet est l'acquisition, le bail ou l'échange de propriété ou de services pour le bénéfice direct ou l'usage du gouvernement fédéral, ou dans le cas d'un contrat avec un pays hôte, l'organisme de coopération du pays hôte, qui est le principal signataire de l'instrumen.*[18] *Les CBP sont des accords écrits officiels qui définissent les rôles, fixent les objectifs et gouvernent les conditions du paiement. Ils incluent un ensemble clair d'objectifs et d'indicateurs, des protocoles systématiques de recueil et de validation de données sur les progrès réalisés vers les indicateurs sélectionnés et les conséquences – récompenses ou sanctions pour le contractant – qui sont basées sur la performance.*[19]

18. USAID Glossaire anglais des termes ADS (Système automatisé des directives), révision du 19/11/2009. Accédé sur le site http://www.usaid.gov/policy/ads/glossary.pdf

19. Loevinsohn B. « Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit. » Institut de la Banque mondiale 2008. http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/415176-1216235459918/ContractingEbook.pdf

Les subventions liées à la performance : Une subvention est un instrument légal dont l'objectif principal est le transfert d'argent, de propriété, de services ou de toute valeur au bénéficiaire lui permettant d'accomplir une utilité publique de soutien ou de stimulation autorisée par loi fédérale et pour laquelle une participation importante du gouvernement des États-Unis n'est pas prévue. Les subventions liées à la performance peuvent être accordées lorsque le bénéficiaire a clairement exprimé des objectifs qui sont conformes à ceux de l'acheteur et sont souvent adéquates si une organisation locale ne possède pas de système financier qui satisfasse les exigences contractuelles du gouvernement des États-Unis. Les subventions sont généralement accordées pour des montants fixes, mais ces montants peuvent être segmentés pour cibler des objectifs spécifiques. Tandis qu'il n'est généralement pas possible, au sein du système du gouvernement des États-Unis, d'offrir des mesures incitatives pour les objectifs atteints, il est admis et raisonnable d'utiliser les progrès réalisés vers les objectifs visés comme base fondamentale décisionnelle pour l'accord de subventions supplémentaires et l'engagement de règlement de leurs montants.

L'élaboration et la gestion de subventions est relativement simple. Elles ne font pas appel au même sentiment d'appropriation qu'inspirent les contrats, mais le mécanisme est extrêmement utile lorsque les circonstances s'y prêtent. Le souci est que les voies de recours sont limitées en cas de problèmes de performance ou d'insuffisance. Lorsque des subventions doivent être utilisées, il est essentiel de posséder un plan clair d'appui technique et d'assurance de la qualité qui permette à l'organisme de financement d'avoir un aperçu anticipé et régulier de la situation du bénéficiaire de la subvention et de ses progrès vers les objectifs.

Les protocoles d'accord : Un protocole d'accord est un document qui définit un accord entre les parties. Il peut être utilisé pour couvrir un éventail de sujets notamment les résultats à atteindre, les activités à mettre en œuvre et les rôles et responsabilités respectifs de chaque partie. Un protocole d'accord n'est pas utilisé pour l'obligation de transfert de fonds. Il peut, en revanche, servir à confirmer un accord avec un gouvernement hôte pour un programme que le gouvernement des États-Unis va subventionner directement par l'intermédiaire d'un partenariat avec d'autres parties. Il peut également servir de base pour la gestion d'apports de soutien qui sont conçus pour accroître la capacité des pouvoirs publics locaux en basant le financement d'activités sur des résultats, ou il peut être utilisé en liaison avec l'harmonisation des activités d'un projet du gouvernement des États-Unis avec des dispositifs de fonds de contrepartie commerciaux ou privés. Selon ce dernier scénario, le projet peut, en réponse aux apports des partenaires des fonds de contrepartie, soit accroître l'engagement du projet dans les activités communes, soit offrir une reconnaissance publique au partenaire du fonds de contrepartie.

b. Au niveau de la demande :

Le transfert monétaire conditionnel : Le transfert monétaire conditionnel est une méthode qui permet de stimuler la demande de services en effectuant des transferts d'argent aux patients ou aux clients qui utilisent ces services. Un programme de transfert monétaire conditionnel peut réduire la pauvreté des personnes ou des familles qui reçoivent ces fonds à intervalles réguliers et peut également renforcer le capital humain (par exemple, les compétences, etc.). Les transferts monétaires conditionnels sont aussi utiles pour les marchés de produits locaux et en ce sens stimulent l'économie locale. Dans le contexte d'un projet d'USAID, une attention particulière doit être apportée pour garantir que la demande potentielle en transferts monétaires conditionnels n'excède pas les fonds disponibles.

Les coupons : Les coupons sont une méthode incitative au niveau de la demande selon laquelle les patients ou clients reçoivent des bons d'accès aux soins de santé ou autres services et peuvent également comprendre d'autres avantages, comme des allocations de transport. Pour recevoir le paiement, le prestataire de services remet les coupons à l'organisme payeur. Ces coupons peuvent largement faciliter les conditions d'accès aux services : les systèmes de validation doivent être automatiques et, de même que pour les transferts monétaires conditionnels, doivent être planifiés en fonction des ressources financières disponibles.

2. Éléments fondamentaux pour la réussite des programmes de FBP

Les éléments fondamentaux pour la réussite des programmes de FBP sont :

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

De plus, pour que des programmes de FBP réussissent, toutes les parties prenantes, y compris les pouvoirs publics, doivent jouer un rôle consultatif et transparent dans l'élaboration et la gestion des services de santé.

Les programmes FBP reposent sur l'existence de systèmes de S&E ou de GSIS fiables et efficaces. Il est donc essentiel de mettre en place un système de S&E solide et efficace pour le recueil de données, la vérification des résultats et des audits réguliers des données internes et externes. Dans de nombreux cas, les systèmes nationaux de SIG et de GSIS sont faibles et produisent des informations peu fiables ; le défi reste d'assurer une meilleure intégration des programmes de FBP tout en améliorant les systèmes existants. Il est crucial de demander la participation des parties prenantes lorsqu'on cherche à déterminer si ces éléments sont en place. Pour créer un système transparent, les apports des parties prenantes doivent être pris en compte lors de la conception des programmes de FBP et leur appui et leur appropriation doivent être acquis. Les rôles et responsabilités de chaque partenaire doivent être clairement décrits dans le document contractuel.

3. Conception de systèmes de S&E précis et transparents

La validation et l'obligation de rendre compte sont des éléments critiques d'un système de S&E précis et transparent. En introduisant des mesures incitatives financières pour les services, il existe un risque que le personnel soit tenté de falsifier des données pour augmenter leurs propres revenus ; un solide système de S&E permettra d'éviter ceci.

Les étapes suivantes doivent faire partie de l'élaboration d'un système de S&E :

- Collecter des données de référence dans les domaines où des objectifs et des cibles sont fixés
- Établir un calendrier précis pour la collecte de données (soit dans les familles, soit dans les établissements de santé) avec des vérifications régulières des données de SIS ou GSIS (validation)
- Fixer des points de référence avec des groupes témoins ou de comparaison (le cas échéant)
- Déléguer les tâches de collecte, d'analyse et de production de rapports ainsi que la diffusion des données
- Prévoir des fonds budgétaires et un niveau d'efforts suffisants pour le S&E

4. Mise en œuvre du FBP à tous les niveaux du système

Le FBP doit être un élément clé du programme national, avec des rôles clairement définis et des ensembles de normes pour les flux d'informations et de ressources à chaque niveau du système. Tous les acteurs du système de FBP doivent avoir un rôle clairement défini au sein du système à leur niveau et dans leurs interactions avec les autres niveaux. Il peut incomber au niveau national d'établir les politiques et directives ou de guider le processus de FBP, mais la véritable prestation de service intervient au niveau de l'établissement et de la communauté. La validation et la vérification des données doit intervenir à tous les niveaux et le flux d'informations doit être réciproque à tous les niveaux.

5. Mise en correspondance des flux de fonds

La mise en correspondance des flux de fonds signifie déterminer les sources et les usages des différents flux de fonds qui circulent dans le système de santé et préciser ce qui fonctionne et ce qui n'est pas opérationnel en termes de soutien en ressources des fonctions du système. Les ressources classiques de fonds à mettre en correspondance sont notamment les subventions des gouvernements nationaux et locaux, les autres projets financés par le gouvernement des États-Unis, les autres bailleurs, les remboursements d'assurance et les frais payés par les usagers. Les ressources à prendre en compte peuvent inclure à la fois l'argent et les biens en nature (par exemple les médicaments). Dans le cas des frais payés par les usagers, il est important de connaître la valeur financière des services subventionnés ou « gratuits » (coupons, exonérations et franchises). Il est également important d'analyser toutes les conditions qui s'appliquent aux transferts de fonds aux prestataires (par exemple les cibles de performance). La mise en correspondances doit inclure l'analyse de l'utilisation en termes d'apports (par exemple les médicaments, les salaires) et de services (par exemple les vaccinations).

Ce processus permet aux concepteurs de programmes d'évaluer l'impact probable du FBP ou d'autres programmes ou sources de financement, l'utilisation efficace des fonds et d'anticiper les comportements probables des fournisseurs et des patients. Une bonne compréhension de ces flux de ressources permet aux concepteurs de programmes de combler les écarts de manière efficace, de prendre appui sur les efforts existants, de s'engager en partenariat avec ceux qui ont des effets positifs, d'éviter la duplication par erreur d'activités, le double règlement de services et de ne pas affaiblir le développement du système.

Le tableau ci-dessous résume les étapes clés que le gouvernement des États-Unis et les organismes de mise en œuvre doivent prendre en compte au début de leur phase de planification et de sélection du programme de FBP.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour le choix du bon type de FBP

Gouvernement des États-Unis	Organisme responsable de la mise en œuvre
• Analyser les différents types de FBP et identifier les forces et les faiblesses des différents scénarios. • Exprimer clairement les objectifs de la mise en place d'un programme avec FBP. • Effectuer une analyse préliminaire de la situation. • Mettre en correspondance les acteurs pertinents et les parties prenantes à chaque niveau du système, notamment les ONG et le Ministère de la Santé. • Identifier les principales lacunes et faiblesses. • Évaluer les capacités de S&E, en particulier le SIS et le GSIS, dans le cadre de l'évaluation de la situation. • Identifier les zones de faiblesse à cibler pour le renforcement des capacités ou le soutien technique. • Mettre en correspondance les flux de fonds dans la conception du projet pour estimer le budget probable. Ceci peut nécessiter une analyse préliminaire au stade de conception du projet. Une évaluation détaillée doit être incluse dans l'objectif du contrat du projet et des fonds suffisants prévus dans le budget.	• Analyser les différents types de FBP et identifier les forces et les faiblesses des différents scénarios. • Demander l'avis des partenaires pour identifier les problèmes les plus importants, les causes profondes des problèmes et les stratégies de résolution de ces problèmes. • Évaluer les différents flux de fonds qui arrivent actuellement dans le pays de différents bailleurs,. • Finaliser l'analyse préliminaire de la situation. • Identifier les obstacles à la réussite de la mise en œuvre du FBP dans le cadre de l'analyse de la situation et des lacunes ; concevoir des stratégies pour éliminer ces obstacles. • Impliquer toutes les parties prenantes assez tôt et encourager la transparence ; ceci est crucial pour surmonter les obstacles. • Déterminer quel mécanisme sera le plus efficace dans le contexte du pays. L'analyse des principaux éléments et contre-indications pour le FBP doivent guider le choix du type de FBP. • Impliquer les parties prenantes et les acteurs clés à chaque niveau du système dans la planification du FBP pour garantir la transparence.

B. Élaboration des cibles

Un nouveau programme de FBP doit être conçu en harmonie avec les cibles et stratégies sanitaires nationales, les Objectifs de développement du millénaire (ODM) et autres objectifs nationaux de santé publique. Les objectifs doivent être clairs, liés à des indicateurs mesurables et être des cibles négociées en liaison avec la génération régulière et transparente de rapports et un système efficace de validation des données.

La performance est mesurée en comparant les cibles et les réalisations réelles. Les cibles doivent être des défis, mais qui ne soient pas exagérés. Des cibles inatteignables sont décourageantes et contre-productives ; des cibles placées trop bas risquent de réduire le caractère créatif et éliminer l'application à grande échelle. En conséquence, la création d'une base de référence est une étape cruciale du processus. Cette base de référence peut émaner d'évaluations initiales du statut des partenaires prestataires de services, s'il n'existe pas d'autre moyen d'obtenir des données de base. De plus, les hypothèses stratégiques d'obtention des objectifs escomptés doivent être testées avec logique avant de fixer les cibles. Par exemple, il est souvent présumé qu'un objectif de réduction de la mortalité infantile requiert une amélioration des prestations de services dans les établissements de santé. Cependant, fixer des cibles qui ne mesurent que les prestations de services des établissements de santé peut se révéler un échec dans la réduction de la mortalité infantile si la majorité des décès de nouveau-nés survient après les premiers jours lorsque l'accouchement a lieu au domicile.

Les parties prenantes d'un système de santé peuvent inclure : les responsables gouvernementaux de santé publique, les personnels des établissements publics de santé, les décideurs politiques locaux et les membres du gouvernement local, les ONG, les organisations communautaires, le secteur privé commercial, la communauté et autres bailleurs et partenaires de développement. Le processus de planification du FBP doit inclure certains membres clés de tous les groupes de parties prenantes.

Il est indispensable d'obtenir assez tôt l'engagement des partenaires dans la conception et la mise en œuvre d'un programme de FBP ; ceci permettra à la planification d'être précise et de tenir compte de tous les éléments qui sont essentiels à sa réalisation pour atteindre les objectifs d'impact du programme.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre dans l'établissement des cibles

Gouvernement des États-Unis	Organisation candidate de mise en œuvre
• Consulter les sources pertinentes (services du district, programmes nationaux de santé publique, rapports SIS, etc.) pour harmoniser les cibles avec les stratégies nationales et établir des bases de référence. • Identifier les parties prenantes en posant les questions clés : Qui fait fonctionner le système de santé (directives, prestations de service et services auxiliaires) ? Qui paye ? Qui utilise les services ? • Déterminer les objectifs à court, moyen et long terme. • Identifier l'ensemble de prestations de santé de base ou l'ensemble personnalisé dont chaque site de prestation aurait la responsabilité, le cas échéant.	• Consulter les sources pertinentes (services du district, programmes nationaux de santé publique de santé publique, rapports SIS, etc.) pour harmoniser les cibles avec les stratégies nationales et établir des bases de référence. • Identifier les parties prenantes, les priorités nationales clés et les méthodes déjà en place qui les ciblent. • Rédiger un avant-projet du cadre de travail des indicateurs et des cibles sous la forme d'un diagramme qui permette de suivre les progrès vers les résultats escomptés. • Formuler des stratégies à discuter avec les parties prenantes et maintenir des voies de communication régulières (à la suite de l'attribution des RFA ou RFP, une « conférence des soumissionnaires » est souvent recommandée).

C. Rédaction, émission et attribution d'un appel d'offres RFP ou RFA (Gouvernement des États-Unis)

1. Rédaction du RFA ou du RFP (processus de sélection des organisations responsables de la mise en œuvre)

Le RFA (request for applications ou appel à candidatures) ou le RFP (request for proposals ou appel à propositions) est le mécanisme par lequel les organismes du gouvernement des États-Unis sollicitent et retiennent les services de partenaires responsables de la mise en œuvre. Il est important d'analyser ici ces mécanismes, parce que l'élaboration des RFA et RFP comprennent la conception préliminaire du programme ; ils définissent les objectifs fixés et incluent l'objet du contrat ainsi que les résultats escomptés et les critères de sélection pour l'adjudication.

En général, les RFA et RFP doivent préciser clairement que les instruments ayant pour objet le FBP généreront des paiements qui consolideront les progrès réalisés vers les objectifs du gouvernement des États-Unis et seront entièrement contingents au sein du cadre de travail réglementaire du programme. Il peut exister certains éléments requérant des autorisations spéciales au sein du système de fonctionnement du gouvernement des États-Unis (par exemple des arrangements contractuels directs avec des unités du gouvernement local).

Ce processus permet au gouvernement des États-Unis de sélectionner des responsables de mise en place du programme de FBP sur la base de la méthode que ceux-ci proposent et de l'expérience qu'ils possèdent en matière d'exécution de programmes de FBP. Si cette phase – qui est réellement la conception préliminaire du programme – comprend une approche adéquate et stratégique du FBP, le programme a toutes les chances de réussir.

L'équipe qui rédige un RFA ou un RFP doit comprendre un technicien et un agent contractuel du gouvernement des États-Unis travaillant en collaboration avec le Ministère de la Santé. Le dialogue doit porter sur le type de mécanismes contractuels qui permettra le mieux d'aboutir aux objectifs du programme. Les décisions importantes des missions d'USAID consistent à savoir s'il doit s'agir d'un contrat (RFP) ou d'un accord de coopération (RFA) et quels sont les points pertinents à examiner selon le mécanisme, comme par exemple la décision d'accorder des subventions sous les termes d'un contrat. Le mécanisme contractuel et les points à examiner en son sein ont un impact sur les méthodes que l'organisation responsable de la mise en œuvre peut utiliser pour rendre le programme de FBP opérationnel, tel que prévu par le gouvernement des États-Unis. Le système automatisé des directives (ADS) d'USAID et les Dispositions réglementaires d'acquisition fédérales fournissent d'excellentes directives internes pour le personnel d'USAID qui rédige les RFA et les RFP.

2. Définition des cibles que l'organisme responsable de la mise en œuvre doit atteindre

Le document d'adjudication doit spécifier les objectifs généraux et les cibles que l'organisme responsable de la mise en œuvre doit atteindre dans le cadre de l'adjudication. Des cibles particulières en matière de services peuvent être négociées par la suite lors de l'élaboration du plan de gestion de la performance. Ces cibles du projet doivent figurer clairement dans l'objet du contrat.

L'établissement de cibles précises permet à l'organisme responsable de la mise en œuvre de faire correspondre de manière efficace la répartition des ressources avec des résultats au sein de la gestion d'ensemble du programme et facilite, pour le gouvernement des États-Unis, un contrôle efficace des progrès, succès et échecs du responsable de la mise en place. Comme dans toute situation, des cibles clairement exprimées permettent aux responsables de la mise en place de mieux répondre aux attentes dans toutes les phases du projet, d'engager et d'utiliser d'autres organismes motivés par le processus, donc d'optimiser l'impact général.

3. Adjudication d'un contrat ou d'un accord de subvention ou coopération

Après l'analyse par le comité de sélection du gouvernement des États-Unis de toutes les candidatures reçues à l'appel d'offres, celui-ci peut envoyer des questions aux candidats pour clarifier certains points du dossier de candidature ou de propositions. Le bureau des contrats d'USAID sélectionne alors un organisme et lui attribue le projet. L'adjudication signifie le début du projet et de la relation entre les parties. Si l'adjudication concerne un contrat et que l'organisme responsable de la mise en œuvre prévoit d'utiliser un mécanisme de subvention, le contrat doit comporter une clause autorisant l'octroi de subventions dans le cadre de ce contrat. Si des arrangements contractuels avec des unités gouvernementales ou des organismes parapublics sont envisagés, les moyens et mécanismes autorisés doivent également être spécifiés pour se conformer aux lois fédérales et aux dispositions réglementaires du gouvernement.

4. Harmonisation du FBP avec d'autres bailleurs chargés de l'exécution de programmes

L'organisme responsable de la mise en œuvre doit s'assurer que l'exécution de son programme FBP correspond au contexte national. D'autres bailleurs ou organismes publics peuvent exécuter des programmes de FBP ou œuvrer dans des domaines liés ; il est nécessaire de tenir compte de ces efforts dans la conception du programme. S'il existe une politique ou un programme national, il est essentiel que l'organisme d'exécution s'harmonise avec cette politique et la soutienne.

La mise en œuvre d'un programme de FBP doit être harmonisée avec les autres programmes soutenus par les pouvoirs publics – ou des bailleurs – afin d'éviter les doublons de paiement ou de soutien, en particulier s'il existe des lacunes par ailleurs.

5. Établissement d'un calendrier raisonnable pour l'exécution du programme de FBP

Le temps consacré à la mise en œuvre d'un programme de FBP (à partir de l'adjudication) par l'organisme qui en est responsable et à l'émission des premières séries d'accords dépend à la fois de l'environnement et de la conception technique du programme. Les instruments doivent être conformes aux dispositions réglementaires du gouvernement des États-Unis et aux exigences des structures juridiques locales. Si les bénéficiaires sont issus du secteur public et des organismes parapublics, certaines autorisations seront nécessaires à la fois du gouvernement des États-Unis et des autorités locales avant de pouvoir commencer la mise en œuvre.

Dans des conditions relativement normales, le lancement du FBP prendra sans doute six mois à date de l'adjudication (les étapes requises incluent la rédaction des accords de coopération (RFP), son émission, une conférence des soumissionnaires, leur sélection, la négociation, la documentation), mais, même dans des situations complexes, le délai ne devrait pas prendre plus de neuf mois à partir du moment où le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre arrivent à un accord sur la structure du programme.

Il est essentiel d'établir un calendrier pour chaque programme de FBP et de le réévaluer au fur et à mesure des modifications de l'environnement. Certains éléments du processus sont sous le contrôle de l'organisme contractuel (par exemple : les indicateurs, les cibles, les calendriers) tandis que d'autres ne le sont pas. Les modifications du calendrier doivent être effectuées en fonction du contexte et être justifiées le cas échéant.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour la conception, l'émission et l'attribution des RFA ou RFP

Gouvernement des États-Unis	Organisme de mise en œuvre
• Travailler avec le personnel technique et contractuel pour rédiger une demande de soumission qui sera remplie par les organismes contractuels. L'instrument d'achat peut suggérer que les organismes candidats rédigent un aperçu de leur stratégie pour un programme de FBP efficace, qui inclut les mécanismes prévus et avec quels types de partenaires bénéficiaires. • Travailler avec le personnel technique et contractuel pour définir des cibles harmonisées avec les stratégies et objectifs nationaux. • Effectuer la sélection, attribuer le contrat, négocier les conditions et signer l'accord au nom du gouvernement des États-Unis. Les exigences particulières, attentes et limites relatives aux instruments du FBP doivent être enregistrées. • Astreindre l'organisme contractuel à reconnaître, coopérer et collaborer avec tous les autres organismes ou activités financées par des bailleurs relatifs au contrat. • Fournir à l'organisme contractuel l'encadrement ponctuel approprié et un feed-back pour la conception du programme (notamment l'élaboration des indicateurs et des cibles) ainsi que toute autorisation pour les critères de sélection et les adjudications réelles.	• Examiner les résultats escomptés et les cibles et créer une stratégie visant à les atteindre, notamment avec l'ébauche d'indicateurs. • Analyser l'adjudication, négocier et arrêter les conditions contractuelles, signer le document de telle sorte que le travail puisse commencer. • S'assurer que les nouvelles initiatives du programme de FBP s'harmonisent réellement avec les stratégies existantes. • Établir un calendrier réaliste avec toutes les parties concernées et les impliquer à chaque étape du processus (y compris le personnel responsable des contrats ou subventions qui émettra les demandes de soumissions et rédigera les adjudications et l'équipe technique qui pourra effectuer une analyse des coûts pour définir des indicateurs, cibles et échéanciers de performance pertinents). • Tenir une conférence d'information des partenaires pour harmoniser toutes les parties et tous les organismes, mettre à jour les hypothèses et garantir que le nouveau programme ne fait pas double emploi ou n'est pas en conflit avec des initiatives existantes. • Rédiger un avant-projet de passation de marchés (RFA ou RFP) pour le programme de FBP qui sera examiné et approuvé par le gouvernement des États-Unis. • Émettre les RFP ou RFA et organiser une conférence des candidats pour guider les organismes contractuels potentiels de prestations de services.

D. Planification du programme de FBP (Organisme responsable de la mise en œuvre)

1.Mécanismes institutionnels : la répartition Acheteur-Prestataire

Comme nous l'avons exposé plus haut, les mécanismes institutionnels du FBP sont fondés sur une répartition acheteur-prestataire où l'acheteur est chargé d'établir les cibles et d'acheter les résultats aux prestataires de services avec lesquels un contrat est passé pour la prestation de service dans des entités de prestation spécifiques. Il doit exister des limites précises de responsabilité et une répartition des tâches entre l'acheteur et les prestataires de services. Les contrats qui sont rédigés et qui font l'objet d'un accord de la part des deux parties doivent spécifier les résultats sélectionnés et les indicateurs de résultats cibles qui doivent être atteints par les prestataires de services et les frais correspondants qui seront réglés par l'acheteur.

Il incombe aux prestataires de service de développer des stratégies novatrices, de mettre en place des activités qui amélioreront le volume et la qualité des services et d'atteindre les objectifs et cibles sanitaires. Ils doivent planifier et œuvrer au sein du cadre de travail du FBP avec suffisamment d'autonomie pour permettre l'innovation et la dotation de ressources indépendantes, mais ils sont également entièrement responsables en matière d'exactitude et de qualité et doivent être conscients qu'ils ne peuvent pas dépasser

les directives budgétaires dans l'attente d'un remboursement supplémentaire.

Il incombe à l'acheteur de fixer les cibles sanitaires, de suivre et de vérifier les résultats obtenus avant de procéder au règlement des prestataires de services. L'acheteur doit avoir une réelle autonomie d'action, tel que le droit de spécifier l'ensemble des services et avantages, le droit de signer des contrats avec un large éventail de prestataires et le droit de modifier l'échéancier de paiements. Cette fonction au sein du système est le cadre de travail des réalisations : l'acheteur crée la motivation de performance à travers les mesures incitatives, mais il dirige également les activités du programme, sa qualité et son ampleur en appliquant les normes de performance, garantissant la transparence au cours de la validation et en résistant aux pressions d'adaptations individuelles du système.

2. Éléments de motivation

L'approche du FBP doit s'efforcer d'améliorer les motivations intrinsèques et extrinsèques du personnel de santé. La motivation intrinsèque du personnel de santé est liée à des caractéristiques dynamiques, comme les valeurs morales, le sens du devoir et l'attachement à la mission et aux objectifs de l'organisme qui les emploie. La motivation extrinsèque se rattache à des aspects pratiques comme les incitations financières (voir ci-dessous). Les mécanismes du FBP peuvent servir de moyen de pression pour faire naître des innovations et des actions de gestion proactive qui motiveront les employés. Les mesures incitatives financières peuvent cibler directement le personnel de santé ou concerner l'organisme dans son ensemble.

Éléments of motivation du FBP

Éléments pratiques	Éléments dynamiques
Argent	Information
Conditions de vie	Communication
Sécurité	Reconnaissance
Nourriture	Rôle de leadership dans la communauté
Établissements	Effets positifs de la réalisation accomplie
Équipement	Échanges techniques*
Fournitures	Mise à jour des compétences*
Soutien communautaire	Soutien de supervision*

* Essentiellement au niveau de l'offre

Source : John Pollock Diapositives de conférence, Afrique du Sud, 2008

Des approches basées sur la performance conçues avec soin peuvent harmoniser les mesures incitatives du personnel de santé avec les objectifs sociaux et améliorer la santé de la population. Les mesures incitatives du FBP incitent le personnel à travailler pour atteindre les objectifs de l'organisme de manière à obtenir une rémunération supplémentaire ou autre récompense motivante lorsque les objectifs sont atteints. Les incitations individuelles sont le moyen le plus direct de promouvoir la performance mais sont également le plus difficile à contrôler au niveau central et en conséquence le moins pérenne. Généralement, il est préférable que l'organisme passe des contrats avec des organisations qui, à leur tour, peuvent concevoir des programmes de mesures incitatives pour motiver et récompenser les réalisations individuelles.

En tout état de cause, les mesures incitatives du FBP doivent être suffisamment séduisantes pour modifier le comportement des bénéficiaires potentiels et accroître leur motivation à atteindre les résultats. Il est important d'évaluer le contexte actuel des mesures incitatives avant de sélectionner l'approche la plus adéquate. Le projet pour le gouvernement des États-Unis peut être conçu en incluant le soutien technique aux organisations bénéficiaires du FBP dans des domaines comme les systèmes financiers, la planification et le renforcement des capacités de telle manière que les responsables locaux des contrats de FBP soient

mieux équipés pour traduire leurs connaissances de l'environnement actuel en investissements efficaces dans le programme, lesquels amélioreront la performance et obtiendront des résultats.

3. Le choix des indicateurs et modélisation du risque

Les indicateurs de performance pour le FBP peuvent inclure des résultats de services de santé ainsi que des résultats en matière de gestion. Il est essentiel de tenir compte des visions et objectifs du pays, de son profil épidémiologique et de dialoguer avec les partenaires clés pour choisir les indicateurs. Définir une base de référence signifie examiner les aspects quantitatifs et qualitatifs de la performance actuelle en tenant compte des problèmes et défis, ce qui permet d'identifier les insuffisances de performance et les cibles spécifiques de prestations pour le FBP. Des exemples de calendrier d'indicateurs issus de différents projets de FBP figurent en Annexe B.

Le nombre d'indicateurs achetés doit être limité pour éviter les coûts élevés de transactions. C'est un domaine où un investissement en dialogue et analyse pour obtenir un ensemble d'indicateurs utile, pertinent et gérable est une aide précieuse. Une formule de pondération en fonction de la qualité peut s'appliquer à certains indicateurs de prestations de services ; ce peut être un élément vital pour éviter une diminution de la qualité des prestations de services au niveau individuel au fur et à mesure que le niveau de réalisation du service s'accroît.

Pour attribuer une importance relative à la gamme d'indicateurs, un processus logique et participatif peut être utilisé pour déterminer quels indicateurs seront achetés et le poids qu'ils auront sur l'échéancier de paiements. De plus, une modélisation financière doit être effectuée sur la base des frais unitaires adoptés pour chaque indicateur. De cette façon, le risque de dépasser le plafond de budget avec les paiements (avec un plan de paiement linéaire) devient clair et peut servir à vérifier les coûts unitaires en fonction du volume de services anticipé. Les contrats doivent indiquer les plafonds de paiement si le calendrier est basé sur les unités de prestations de services plutôt que sur le seuil atteint ; tout paiement au-delà du plafond (ou cible) doit faire l'objet d'un amendement, même lorsque des résultats au-delà de ceux escomptés sont souhaitables. Les cibles et les seuils peuvent également servir à déclencher des paiements tout en permettant de déterminer le montant total à payer. L'utilisation de cibles est plus facile et conserve un certain niveau de risque - et donc une motivation supplémentaire pour le prestataire - qui se perd lorsque les paiements sont effectués pour chaque service.

4. Le FBP et l'amendement Tiahrt

Il est essentiel que tout programme de soins de santé primaire utilisant un programme de FBP tienne compte de la santé de la reproduction et de la planification familiale dans la gamme des services qui sont suivis, à la fois pour répondre aux besoins insatisfaits des clients et s'harmoniser avec les objectifs nationaux de santé publique. L'amendement Tiahrt, adopté par la loi de 1999 portant sur les affectations de crédits des opérations à l'étranger reflète les principes et les valeurs en matière de projets de planification familiale et de choix éclairé qui sous-tend l'aide à la planification familiale d'USAID. L'amendement stipule que « aucune récompense financière ne sera versée à des individus utilisateurs du programme ou aux personnels des programmes pour les encourager à atteindre des cibles ou des quotas visant un certain nombre de naissances, d'utilisateurs, ou d'utilisateurs d'une méthode spécifique de planification familiale. »[20] La sensibilisation aux normes de l'amendement Tiahrt doit être inhérente à la conception des programmes de FBP. Le principe de la participation volontaire mis en avant par les dispositions de l'amendement Tiahrt, qui concerne spécifiquement la santé de la reproduction et la planification familiale, rappelle que l'environnement général des prestations de services doit être la prestation de service de grande qualité accessible à des personnes qui comprennent la valeur et l'importance de ces services et qui ont la confiance nécessaire pour les demander.

20. Guidance for Implementing the "Tiahrt" Requirements for Voluntary Family Planning Projects. USAID: avril 1999. Technical Guidance on the "Comprehensible Information" Paragraphe sur l'amendement Tiahrt USAID: avril 1999. http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/tiajim3b.pdf

Les programmes FBP financés par l'USAID doivent être conformes aux règlements de l'USAID, notamment l'amendement Tiahrt. En conséquence, il ne peut être demandé aux prestataires de services d'atteindre des objectifs numériques ou des quotas en matière de planification familiale. Les subsides de planification familiale doivent être équilibrés soigneusement avec d'autres subsides pour des interventions sanitaires. Si des tarifs élevés sont associés à une promotion excessive de la planification familiale, des circonstances pourraient naître affectant de manière négative le volontarisme – situations qui auraient des implications juridiques et politiques ainsi que de nature éthique dans le domaine de la santé publique.

Synthèse des dispositions de l'amendement Tiahrt pour les projets de planification familiale volontaire

1. Les prestataires de services ou les agents conseillers ne peuvent mettre en place ou être soumis à des cibles numériques ou quotas liés au nombre total de naissances, aux utilisateurs de planification familiale ou aux utilisateurs d'une méthode spécifique de planification familiale. Des estimations quantitatives ou indicateurs sont admis pour des besoins de budgétisation ou de planification.
2. Aucune mesure incitative, prime ou récompense financière ne seront admises pour le personnel des programmes de planification familiale pour avoir atteint des cibles ou quotas ou pour des personnes en échange de leur utilisation d'un programme de planification familiale.
3. Il ne sera refusé aucun droit ou bénéfice tels que de la nourriture ou les soins de santé aux personnes qui décident de ne pas utiliser les services de planification familiale.
4. Les clients doivent recevoir des informations complètes sur les avantages et les risques de la méthode de planification familiale choisie.
5. Les méthodes expérimentales ne peuvent être offertes que dans le contexte d'une étude scientifique et tous les participants doivent être informés de tous les avantages ou risques potentiels. Cette question sera rarement un problème dans les programmes sur le terrain.

Des informations supplémentaires se trouvent sur : **http://www.usaid.gov/ourwork/global health/pop/voluntarism.html.**

L'orientation des indicateurs de planification familiale sur le paiement en fonction des réponses à une demande insatisfaite (telle qu'estimée en collaboration avec le leadership du Ministère de la Santé), l'assurance de la fourniture continue de produits de base et de l'accès régulier à des informations précises et le conseil à ceux qui envisagent de faire appel à des méthodes de planification familiale ou qui les utilisent sont des éléments qui sont tous efficaces pour le FBP. Le suivi des nouveaux utilisateurs, de l'interruption des méthodes et des taux de prévalence globale de la contraception est utile, mais ces données ne sauraient être liées au payement de FBP.

Les partenaires de programmes de FBP peuvent envisager d'inclure des « indicateurs de suivi » pour évaluer des progrès ou identifier un potentiel retour en arrière. Le fait d'inclure des indicateurs de suivi qui ne sont pas associés à des mesures incitatives financières ni à des cibles numériques de performance est également utile pour améliorer l'accès à la planification familiale. L'initiative de FBP peut inclure les nouveaux utilisateurs de la planification familiale, l'abandon des méthodes et le taux de prévalence contraceptive comme cibles et points de référence. Un projet ne doit pas lier des prestataires individuels ou conseillers aux trois indicateurs prohibés (cibles ou quotas numériques du nombre total de naissances, nombre de familles utilisant la planification familiale, ou une méthode particulière de planification familiale, tel que décrit dans l'encadré ci-dessus). Les initiatives de FBP doivent être en mesure de garantir la conformité avec la loi. Si des responsables du programme FBP jugent qu'ils n'ont pas suffisamment de contrôle de comment un gestionnaire de la formation sanitaire gère l'exécution du programme de FBP, ils ne doivent pas choisir des indicateurs qui risquent d'être en conflit avec l'amendement Tiahrt. En cas de doute sur la sélection d'un

indicateur de planification familiale et santé de la reproduction, les personnes chargées de l'exécution du programme sont invitées à contacter un conseiller en matière de dispositions réglementaires au Bureau de la population et de la santé de la reproduction de l'USAID.

5. Étape finale d'un programme de FBP

La dernière étape de planification du programme de FBP, résumant les éléments de motivation à utiliser, la sélection des indicateurs et l'échéancier, doit être documentée par l'organisme responsable de la mise en œuvre et examinée et approuvée par le gouvernement des États-Unis.

Avant que l'organisme responsable de la mise en œuvre n'émette les appels d'offres RFA ou RFP pour les prestataires de services, tous les éléments du programme de FBP doivent être recensés et approuvés par le gouvernement des États-Unis. En général, les RFA et RFP doivent inclure clairement que les instruments ayant pour objet le FBP généreront des paiements qui consolideront les progrès réalisés vers les objectifs du gouvernement des États-Unis et seront entièrement autorisés au sein du cadre de travail réglementaire du programme. Il peut exister des éléments requérant des autorisations spéciales au sein du système du gouvernement des États-Unis (par exemple des arrangements directs avec des unités des autorités locales) ; ces éléments et autres considérations politiques doivent être prévus au moment de la phase de conception, mais peuvent faire l'objet de nouvelles confirmations au cours de la phase de mise en œuvre.

Développer une stratégie détaillée de FBP qui illustre les mesures incitatives, les indicateurs et l'échéancier de paiements pour le prestataire de services.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour planifier le programme de FBP

Gouvernement des États-Unis	Organisme responsable de la mise en œuvre
• Mentionner en détails la répartition acheteur-prestataire dans l'accord entre le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en place. • Stipuler les types de motivation qui peuvent être récompensés sur la base réglementaire du type d'accord (RFA ou RFP). • Fournir l'autorisation pour les indicateurs sélectionnés. On suppose que les indicateurs de service correspondront à ceux pour lesquels l'organisme responsable de la mise en œuvre s'est engagé dans son contrat avec le gouvernement des États-Unis ; les indicateurs de gestion applicables aux partenaires/bénéficiaires du FBP sont moins susceptibles d'être précisés dans le contrat. • Examiner les indicateurs et les paiements définis par l'organisme responsable de la mise en œuvre pour garantir leur conformité à l'amendement Tiahrt. • Approuver le programme de FBP de l'organisme responsable de la mise en œuvre.	• Mentionner en détails la répartition acheteur-prestataire dans l'accord entre le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre. • Évaluer les différents éléments de motivation qui sont offerts et déterminer ceux qui offriront la meilleure mesure incitative pour obtenir le maximum de résultats. • Mener le processus de sélection des indicateurs ; ceci peut faire appel aux partenaires clés du Ministère de la Santé et des ONG. L'examen des cibles clés décrites dans l'appel d'offres RFA ou RFP peut servir de base à la sélection. • Garantir la conformité avec l'amendement Tiahrt. Les indicateurs doivent être équilibrés de telle sorte que les indicateurs de planification familiale ne soient pas très privilégiés. • Développer une stratégie détaillée de FBP qui illustre les mesures incitatives, les indicateurs et l'échéancier de paiements pour le prestataire de services.

E. Définition des structures de paiement (Organisme responsable de la mise en œuvre)

1. Évaluation des coûts – approches et fonction

Évaluer les coûts signifie déterminer la valeur monétaire des ressources nécessaires pour la prestation de services. Les coûts doivent être évalués pour le nombre de services ciblés, qui sera généralement plus élevé que le nombre de services actuellement ou précédemment fournis. Il peut être nécessaire de fournir des services d'une meilleure qualité que précédemment, ce qui peut engendrer des coûts plus élevés. Ceci signifie que les coûts doivent être modélisés pour tenir compte de l'impact des différents niveaux de services et de qualité sur les coûts fixes et variables. Ceci est effectué de manière optimale en utilisant les coûts de référence basés sur le temps du prestataire, les médicaments, les fournitures et les commodités nécessaires à des prestations de soins de grande qualité et le coût estimé pour ces ressources. Le coût unitaire de chaque prestation de service est évalué et ensuite multiplié par le nombre cible de chaque prestation pour obtenir le coût total pour l'établissement. Noter que le coût historique des prestations n'est généralement pas utile puisqu'il ne fournira probablement pas une bonne projection financière des coûts des prestations appliquées à grande échelle, en particulier si la qualité doit être améliorée.

Il est important de prévoir précisément le coût du nombre de prestations cibles qui doivent figurer dans le programme de FBP de telle sorte que le financement prévu dans le contrat ou la subvention soit suffisant pour couvrir ces prestations. Si le financement est trop faible, il est probable que les cibles ne seront pas atteintes et que la qualité des soins n'atteindra pas le niveau escompté. Si le financement est trop élevé, il y aura gaspillage de ressources. La connaissance du coût estimé des services signifie également que les mesures incitatives seront plus précisément liées à ces coûts. De plus, l'aptitude à prévoir le coût pour différents nombres de prestations permet aussi d'inclure des mesures incitatives qui varient selon le volume des prestations, de telle sorte que les coûts totaux du programme de FBP peuvent être estimés (budget de l'établissement + mesures incitatives). En pratique, quelque soit le contexte, la finalisation de l'exercice d'évaluation des coûts peut prendre jusqu'à six mois, car, quel que soit le type de mécanisme sélectionné, il reste indispensable de recueillir des données et de les analyser en relation avec les normes de prestations de services, de les faire évaluer et analyser par des prestataires de santé locaux pour garantir que les estimations sont réalistes. Selon les circonstances, donc, il peut être nécessaire d'impliquer une première série d'agents pour les prestations de services basées sur les coûts historiques et de cibler une amélioration de l'efficacité.

2. Budget

Une fois les cibles définies et les coûts estimés, le budget peut faire l'objet d'un accord entre les deux parties. Si le prestataire est d'accord avec les normes, références et prix utilisés pour l'élaboration du modèle de coût, une fois le nombre de prestations enregistré dans l'accord, le budget peut alors être établi directement à partir du modèle de coût ; le seul domaine nécessitant un dialogue concerne le règlement des mesures incitatives et les coûts administratifs de l'organisation. Ces coûts sont les frais indirects encourus par l'organisation dans son ensemble et concernent tous les points de prestations de services, par opposition aux frais administratifs directs de chaque point de prestation de services, qui devraient être inclus dans le modèle de coûts des prestations de services.

Le budget détaille les coûts estimés des prestations de services à un certain niveau cible d'utilisation. Les budgets doivent être harmonisés avec les plans de performance de S&E de telle manière que les cibles puissent être atteintes avec le niveau de financement fourni. Les budgets doivent couvrir la durée de l'accord mais doivent être fractionnés en périodes pertinentes. Si l'accord est conclu pour trois ans, le budget doit être prévu pour la période de performance mais fractionné par année. Si les cibles diffèrent d'une année

sur l'autre, le budget doit être adapté pour chaque année. Le budget doit couvrir à la fois les frais d'achat des ressources et les ressources en nature. Les sources de financement doivent également être exprimées dans le budget et couvrir toutes les sources, y compris les tarifs des prestations et les biens et services reçus en nature. Ceci permet une évaluation précise de tous les apports escomptés dans le système.

3. Mécanismes de paiement

Le mécanisme de paiement décrit la structure, la coordination dans le temps et le type de paiements qui doit être effectué de l'acheteur au prestataire. La sélection du mécanisme de paiement peut être sujette à des règles et procédures à la fois de la mission de l'USAID et du gouvernement du pays hôte. Nombreux sont ceux qui considèrent que l'établissement des tarifs, des mesures incitatives et des échéanciers de paiement relèvent plus d'un art que d'une science (d'où les multiples programmes de FBP pilotes et les essais qui ont été mis en place). L'essentiel est de procéder avec soin et d'effectuer une conception par étapes.

Il existe différentes options pour définir les paiements aux prestataires de services, notamment le budget total fixe, le budget de remboursement total des coûts, le paiement par service et le paiement par capita. Le budget de prix fixe total couvre le coût total de réalisation de toutes les prestations cibles. Le budget par remboursement total des coûts couvre le coût total du nombre de prestations réelles et requiert une ventilation de tous les coûts. Le paiement par service et par capita impliquent de fixer un tarif unitaire par prestation et par personne, respectivement. Le mécanisme de paiement doit inclure un échéancier des paiements (c.-à-d. s'ils seront effectués par trimestre ou par an et comment les cibles seront réparties selon le cas).

Les sanctions et les risques, de même que les mesures incitatives, doivent également être détaillés ici. Si un organisme est tenu de soumettre des données concernant les prestations et éventuellement une facture à une certaine date, les conséquences d'une omission doivent être explicites.

4. Établissement des niveaux de paiements : coûts et mesures incitatives

Les niveaux de paiements sont les montants des tarifs ou les mesures incitatives convenus à l'avance que l'acheteur transfère au prestataire lorsque les cibles sont atteintes. Les paiements peuvent être effectués sur la base d'une prestation individuelle, où le nombre de prestations est multiplié par le tarif unitaire. Dans ce cas, des plafonds peuvent être établis de telle sorte que les prestataires de services ne revendiquent pas un règlement dont l'importance est indéfinie et que l'acheteur fonctionne dans les limites d'un plafond de budget. Le tarif unitaire pour chaque prestation doit être renseigné et n'est pas nécessairement égal au coût réel du service, tel que déterminé par le calcul de coût décrit plus haut. Dans les programmes de service public, ces tarifs doivent être établis en collaboration avec les autorités du Ministère de la Santé et peuvent, en réalité, faire l'objet d'un dialogue avec toutes les parties prenantes pour garantir une bonne compréhension et éviter les situations de conflit ou de mesures incitatives pernicieuses. Les niveaux de paiement peuvent aussi faire l'objet d'un pourcentage convenu à l'avance sur la totalité du budget négocié avec le prestataire. Dans ce cas, un seuil est à déterminer, qui doit être atteint pour le règlement intégral du pourcentage convenu. Voir l'Annexe B pour des exemples de niveaux de paiement dans différents projets FBP.

L'établissement du niveau des mesures incitatives demande une analyse minutieuse et une planification. Le montant du règlement doit être suffisant pour fournir la motivation indispensable et optimiser la qualité et la quantité des services, sans pour autant être trop élevé et entraîner un gaspillage des ressources limitées. La planification doit tenir compte de l'impact prévisible des mesures incitatives sur le prestataire, ce qui dépendra à la fois des montants payés et des types de services pour lesquels il est rémunéré.

Les partenaires qui participent au programme de FBP peuvent avoir besoin d'un financement anticipé pour régler les coûts de base des prestations. Ce financement peut être fourni par le biais d'échéancier de paiements novateurs liés aux produits livrés tôt, entièrement sous le contrôle des organisations bénéficiaires si des avances officielles sont jugées indésirables. Il est également possible de séparer le soutien pour les coûts de base des primes de performance.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour définir les structures de paiement	
Gouvernement des États-Unis	Organisme responsable de la mise en œuvre
• Inclure dans l'objet du contrat l'élaboration des modèles de coût et la formation des collègues à l'utilisation de ces modèles dans le cadre du programme.	• Fournir un soutien technique et la formation nécessaire pour concevoir et utiliser les modèles de coûts. La conception de modèles sera nécessaire au début du projet ; la formation est une étape qui en découle et qui devra être répétée. • Déterminer les budgets pour la réalisation des prestations de service aux niveaux des cibles convenues. • Fixer les mécanismes de paiement qui seront utilisés pour les prestataires de services. • Déterminer les niveaux de paiement des mesures incitatives (en collaboration avec le Ministère de la Santé et les autres parties prenantes le cas échéant).

F. Rédaction ou émission d'un appel à candidatures RFA ou d'un appel à propositions RFP ; attribution d'un accord (Organisme responsable de la mise en œuvre)

1. Critères de sélection

Les critères de sélection font partie du document RFA ou RFP émis par l'organisme responsable de la mise en œuvre et détaillent comment le panel consultatif évalue les soumissions fournies par les candidats. À chaque critère correspond généralement un système de points. Le panel consultatif de sélection comprend des professionnels de l'organisme contractuel et peut également inclure des personnels du gouvernement des États-Unis et du Ministère de la Santé.

Dans la plupart des cas, lorsque l'organisme responsable de la mise en œuvre a rédigé les RFA/RFP et les a publiés, il tient en général une « conférence des soumissionnaires » afin de présenter publiquement le programme et ses objectifs, d'en expliquer les règles et procédures indispensables à la soumission d'une candidature et fournir des explications concernant la manière dont les critères de sélection sont documentés et calculés. La tenue de ces conférences publiques de soumissionnaires améliore l'aptitude des organismes de prestations de services à soumettre des candidatures adaptées et renforce la transparence.

Le processus d'achat doit être conforme aux règles et procédures de l'accord entre l'organisme contractuel et le gouvernement des États-Unis. Ces dispositions réglementaires requièrent que les critères de sélection favorisent un processus d'adjudication dans la transparence.

2. Adjudication des subventions et des contrats de FBP

Le processus de passation de marché se termine lorsque les parties signent l'accord qui a force obligatoire pour qu'ils mettent en œuvre le projet. L'accord est rédigé par l'organisme acheteur et l'organisme responsable de la mise en œuvre peut l'examiner et apporter des commentaires avant de le signer.

Les signatures des deux parties marquent le début officiel de la mise en œuvre du travail contractuel, qui débouchera comme il est espéré sur des mesures incitatives positives à travers la réalisation des cibles

définies par l'équipe de conception au début du processus. Lorsqu'un certain financement de départ est nécessaire, la signature de l'accord peut aussi déclencher le premier règlement dans le cas d'un échéancier de paiement de contrat à prix fixe.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour la rédaction, l'émission et l'attribution d'un contrat

Gouvernement des États-Unis	Organisme responsable de la mise en œuvre
• Approuver le mécanisme d'accord à utiliser et les objectifs de performance à cibler. • Participer au panel consultatif et corriger éventuellement les critères de sélection pour approbation selon les exigences. • Accord sur les candidats sélectionnés.	• Déterminer le meilleur mécanisme d'accord pour le programme et la stratégie de FBP, y compris le contact avec un professionnel expérimenté de l'organisme responsable de la mise en œuvre qui s'intègre à l'équipe chargée de concevoir une stratégie. • Définir les critères et le système de points pour que le processus soit transparent pour les organisations candidates et l'équipe d'évaluation.

IV. Mise en œuvre

A. Assistance technique & assurance de la qualité

1. La coordination des partenaires : l'approche de l'équipe élargie (organisme responsable de la mise en œuvre)

Pour garantir le succès de la mise en œuvre d'un FBP, un « mécanisme de coordination » doit être mis en place entre les différents organismes partenaires. Ceci peut se faire sous la forme de la création d'une équipe élargie, un groupe permettant aux partenaires d'un système de FBP de se réunir avec d'autres parties prenantes pour effectuer un éventail de tâches. Celles-ci peuvent consister à combler les lacunes entre les dispositions réglementaires et la mise en œuvre, soutenir le prestataire dans sa mise en œuvre du système de FBP et fournir une assistance technique et un renforcement des capacités selon les besoins. Ce type de réseau de partenariat peut s'avérer efficace pour garantir une compréhension commune des normes et des objectifs. Cela crée également un forum favorisant l'enrichissement mutuel entre les partenaires de prestations de services qui accélère l'adoption d'innovations positives ou d'économies de budget.

À l'aide de cette méthode, les objectifs peuvent être atteints à travers le partage des tâches et responsabilités, par exemple la fourniture du soutien nécessaire, notamment en formation, l'élaboration de plans d'action, l'évaluation, l'harmonisation des activités et des interventions des différents partenaires, l'apport d'assistance technique ainsi que l'assurance de la qualité.

La coordination entre les ministères de la santé, les bailleurs et les partenaires de développement est un facteur crucial du succès d'un programme de FBP. Une coordination régulière, la préparation minutieuse des ordres du jour, une documentation fournie et leur diffusion en temps utile sont des facteurs essentiels de développement d'une politique nationale. Comme nous l'avons noté auparavant, les parties prenantes

jouent un rôle important dans les préparatifs des systèmes de financement basés sur la performance. Le FBP implique des mesures incitatives et des indicateurs, ce qui suscite l'intérêt des professionnels de santé comme des décideurs politiques. En outre, la nature des FBP peut créer une certaine résistance de la part d'acteurs puissants. Les FBP peuvent également être considérés comme une menace pour les adeptes du concept « les affaires sont les affaires » et impliquent un changement dans la façon dont la productivité et les résultats de santé peuvent faire l'objet de mesures incitatives. Une augmentation de la transparence et de la coopération par le biais des mécanismes de coopération est donc essentielle.

2. Gestion

La gestion d'un programme de FBP implique à la fois le suivi et l'administration du mécanisme (contrat, subventions et le cas échant protocole d'accord) ainsi que l'intégration technique avec les plans techniques du projet et le suivi de la performance.

L'organisme responsable de la mise en œuvre contractant avec le gouvernement des États-Unis doit posséder des directives claires pour le soutien technique apporté aux organisations de prestations de services, garantissant que les normes de qualité sont reconnues et observées et s'assurant également que les résultats sont suivis en fonction des objectifs du programme.

L'organisme contractuel doit aussi posséder un plan de communication qui inclut un feed-back régulier à chaque organisation de prestations de services sur sa performance, un soutien pour élaborer des plans d'amélioration de la performance et des instruments pour partager des informations sur les données, les techniques opérationnelles et les innovations. Le plan permet de garantir que tous les participants de l'effort de FBP sont informés de l'ensemble des progrès, se familiarisent avec les innovations qui sont utilisées et leurs niveaux de performance.

Il peut arriver que certains prestataires participants ne fonctionnent pas très bien. Avec un soutien, pratiquement tous peuvent réussir, mais dans certains cas l'organisme responsable de la mise en œuvre devra imposer à une organisation prestataire une période probatoire (avertissement avec dispositions réglementaires d'amélioration) ou révoquer définitivement le contrat ou la subvention. Ces actions génèrent le plus souvent des controverses sur le plan politique et il est essentiel que le gouvernement des États-Unis soit informé de ces problèmes et des actions qui vont être prises au préalable pour qu'il puisse apporter son soutien à l'organisme de mise en œuvre en cas de pressions externes.

3. Les « Business plans » ou plans de travail

Les « business plans » ou plans de travail sont rédigés au niveau de l'unité de prestation, au sein duquel sont définis un ensemble de cibles convenues à l'avance et pour lesquelles les gestionnaires dressent les grandes lignes des stratégies à employer pour les atteindre. Les « business plans » sont un élément clé du système de FBP parce qu'ils illustrent la stratégie du FBP au niveau de l'établissement et permettent d'identifier des méthodes de gestion novatrices pour l'établissement. Les gestionnaires sont capables de se concentrer sur la relation entre l'efficacité opérationnelle et le maintien de la qualité.

La prestation de services a lieu à ce niveau, une planification à un micro-niveau économique est donc essentielle. Les cibles sont définies pour les indicateurs, mais la réalisation de ces objectifs reste entièrement sous le contrôle du responsable. En supplément des mesures incitatives financières qui résultent des cibles atteintes, les gestionnaires bénéficient d'avantages non monétaires tels que la reconnaissance, l'appropriation et les effets positifs. Les « business plans » permettent de responsabiliser les gestionnaires et les bons « business plans » des centres qui fonctionnent le mieux peuvent être utilisés pour ceux dont les performances sont moindres.

Éléments clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour l'assistance technique et l'assurance de la qualité

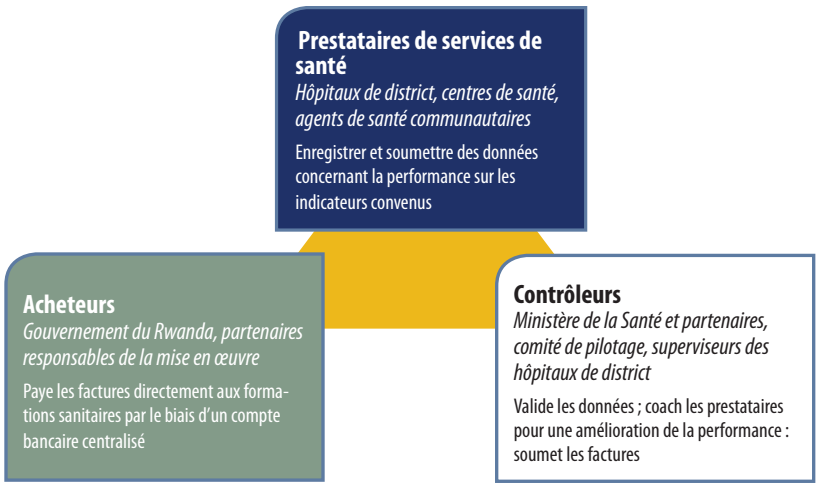
Gouvernement des États-Unis	Organisme responsable de la mise en œuvre
• Communiquer régulièrement avec l'organisme responsable de la mise en œuvre pour éviter les surprises. • Soutenir l'organisme responsable de la mise en œuvre et protéger le programme FBP des pressions extérieures qui naîtront probablement.	• Lancer la création d'un mécanisme de coordination pour fournir le soutien technique du programme FBP ; ceci peut se faire par le biais de l'équipe élargie. • Gérer les contrats, les subventions et les protocoles d'accord à tous les niveaux du système. • S'assurer que tous les sites de prestations de services ont créé leur « business plan », la mise en correspondance de leurs cibles et des stratégies potentielles pour atteindre leurs résultats. • Développer des plans de communication pour garantir : un feed-back régulier sur la performance de chaque organisation prestataire ; un soutien pour le développement de plans d'amélioration de la performance ; le partage de données et d'innovations techniques de fonctionnement.

B. Suivi, validation des données et vérification

1. Automatismes régulateurs : niveaux de contrôle et séparation des fonctions

Un concept clé du FBP est la séparation des fonctions entre trois parties : les prestataires, les acheteurs et les contrôleurs, tel que l'illustre le diagramme ci-dessus du Rwanda. Cette séparation diminue l'éventualité d'un conflit d'intérêt, comme cela pourrait se produire si les prestataires étaient aussi les contrôleurs et pouvaient prendre en charge leurs propres mesures incitatives. Les parties agissent ensemble d'une manière qui implique simultanément la surveillance et le soutien technique. Par exemple, le personnel d'un hôpital de district évalue les centres de santé, mais les guide également sur la manière de combler les insuffisances entre les cibles et la performance réelle.

SÉPARATION DES FONCTIONS DU FBP



Dans le modèle de FBP du Rwanda (exposé ici parce qu'il s'agit d'un effort soutenu par l'USAID qui est devenu une politique nationale), la conception réalisée par le centre de santé a introduit six niveaux de contrôle pour éviter les conflits d'intérêt :

1. **Les contrats écrits :** Ces contrats écrits édictent les règles et procédures qui gouvernent le FBP et contiennent des clauses concernant la fraude. Ces contrats sont conclus entre le comité de gestion des centres de santé et le comité de pilotage du FBP du district (au nom du ministère de la santé). Le premier niveau de contrôle garantit que les données soumises dans la facture mensuelle sont exactes. Un contrôle régulier de la quantité et de la qualité de la performance est indispensable.
2. **Le contrôle mensuel par les contrôleurs du district :** Cette équipe contrôle et vérifie la productivité de l'établissement de santé. Les contrôleurs comptent chaque entrée saisie dans le registre principal désigné et signent la facture mensuelle correspondante.
3. **Les réunions trimestrielles du Comité de pilotage :** Au cours de ces réunions, les factures mensuelles sont comparées avec la facture récapitulative trimestrielle, imprimée à partir de la base de données. La comparaison de ces deux jeux de factures permet d'intercepter des erreurs de saisie de données.
4. **Les réunions mensuelles de l'équipe élargie** au niveau national.
5. **Les enquêtes trimestrielles de satisfaction des clients de la communauté et la vérification croisée de la qualité :** Ces enquêtes sont conçues pour répondre à trois questions : Le client est-il connu dans la communauté ? Le client a-t-il réellement reçu la prestation de service ? Quelle est l'opinion du client sur la prestation qu'il a reçue ?
6. **L'« Intégrité des rapports » de procédures :** Ceci inclut les comptes rendus des réunions du comité de pilotage qui ont été reçus et les récapitulatifs des factures du district qui ont été signées et approuvées. Les données sont triangulées avec celles de la base de données.

Le FBP crée des mesures incitatives puissantes pour accroître le volume et la qualité des services. L'éthique professionnelle et le feed-back immédiat sur leur niveau de performance sont de solides facteurs de motivation pour le personnel de santé, en dehors des mesures incitatives financières. Le but de cette séparation est d'éviter ou de réduire le risque de conflit d'intérêt ou de frictions. Lorsque les produits, les résultats ou la performance doivent être évalués alors qu'ils sont liés de façon contractuelle à l'argent, il est important de posséder un vérificateur indépendant et un système régulateur fiable.

2. Mesures pour éviter les dérives

Les dérives surviennent lorsque les prestataires de service négligent les prestations qui ne font pas l'objet de mesures incitatives, ce qui résulte en un fonctionnement insuffisant et en conséquence de mauvais résultats en matière de prise en charge des pathologies que ces services prennent en charge. De plus, les dérives peuvent être le fait de prestataires de services qui cherchent à gagner plus que ce qui leur est dû.

Afin d'éviter ces situations, un modèle complet de FBP doit être mis en place, couvrant tous les services, services cliniques liés ou non au VIH et indicateurs de gestion et prenant en compte la qualité de toutes les prestations qu'offre l'établissement. Ceci peut être accompli à travers l'ajustement du nombre de paiements par une mesure de la qualité, évaluée pour l'ensemble de l'établissement (voir également la partie sur la quantité et la qualité dans la section suivante). D'autres solutions peuvent inclure des mesures incitatives séparées concernant la qualité et offrant des primes annuelles supplémentaires pour ces performances générales de qualité, ou la prise en compte d'indicateurs de résultat au niveau de la communauté.

L'éventualité de fraude est également prise en compte avec les automatismes régulateurs et la séparation des fonctions décrite ci-dessus. Dans le cas du Rwanda, les clauses du contrat abordent directement le souci potentiel de la fraude. Ceci a été rendu possible parce que le programme est une politique nationale et que le Rwanda a pris des positions juridiques et politiques officiellement décrites comme ne supportant

« aucune tolérance » de corruption. Plus généralement, les programmes de FBP ne peuvent fonctionner sans le soutien de solides directives similaires. Il est important d'être clair dès le départ sur les normes du processus et la validation et les conséquences de leur non-respect. Il n'est pas nécessaire de catégoriser les raisons des échecs qui entraînent des décisions défavorables au sein du programme tant que les décisions correctives sont prises, communiquées et entérinées. Si le système de données est transparent pour tous les participants, il sera clair qu'il n'y aura pas de dérives ou de falsification et que de telles actions seront rapidement connues de tous et auront des conséquences négatives.

3. Quantité et qualité

La performance se mesure non seulement en termes de quantité de services, mais aussi de la qualité des prestations. La quantité correspond au volume de prestations de services, comme par exemple le nombre de visites de dépistage et conseils volontaires du VIH effectuées dans une structure sanitaire. La quantité de services doit être comptabilisée de manière régulière et systématique, à l'aide d'une base de données universelle comme par exemple un GSIS. La qualité des prestations est évaluée grâce à des indicateurs qui sont objectivement vérifiables et tangibles à l'aide de visites de supervision et de check-list.

Au Rwanda, par exemple, le FBP a redéfini la mesure de la qualité de telle sorte que le point focal n'est plus uniquement les soins cliniques, mais inclut également des éléments de gestion et d'administration et la satisfaction du client. La mesure de la performance est un système hybride du paiement à l'acte assorti de conditions sur la qualité générale des services, y compris les services concernant le VIH. Quatorze indicateurs généraux de soins de santé primaire et dix indicateurs VIH ont été achetés. La check-list de surveillance de la qualité contient 118 indicateurs mixtes qui s'appliquent à 13 services, dont les services concernant le VIH. Pour le modèle de l'hôpital de district, la mesure de la performance est le score composite de la fiche de score obtenu avec 52 indicateurs composites sur 350 variables.

En Haïti, un système du nom de Protocole d'évaluation des prestations de services et du management est utilisé. À l'aide de ce système, les données des services sont validées et la qualité des prestations de services fournies est vérifiée par des équipes multidisciplinaires qui se rendent dans chaque site de prestation de service. Les équipes peuvent être composées de personnel d'autres organisations de prestations de services au sein du programme. Toutes les données des rapports sur les services sont validées en croisement avec les rapports cliniques, l'équipe observe et analyse ensuite les protocoles en usage, effectue des vérifications de rapports cliniques pris au hasard dans la communauté pour garantir une représentation homogène et examine les méthodes de fonctionnement et de gestion qui appuie cette prestation de service. Chaque organisation de prestations de services reçoit un résumé du rapport et un plan de recommandations pour l'amélioration de la performance.

Il est nécessaire de vérifier objectivement les conditions des prestations de soins de qualité et la véritable qualité des soins fournis, avec un solide impact sur les paiements de performance. Le fait d'inclure la qualité dans l'évaluation de la performance des services élimine ou diminue les conséquences qu'entraînerait le fait de n'acheter que certains services, en protégeant la qualité globale des services dans leur ensemble. Il est possible que ce processus de validation doive être appliqué à une fréquence trimestrielle au début de la mise en place d'un programme, mais une fois qu'il est bien compris qu'il s'agit d'une partie intégrante du programme, il devient un élément de motivation que les managers utilisent comme système de surveillance et un moteur créateur de qualité au sein du système ou du réseau.

4. Gestion du système d'information sanitaire (GSIS)

Le GSIS est un outil de collecte de données sur la réalisation de prestations de services et fait totalement partie de l'approche de FBP. Un solide système de GSIS est un outil précieux pour les managers de santé qui prennent des décisions concernant l'efficacité et la qualité des services. Lorsqu'il est en place, le système favorise la disponibilité des informations utilisées pour documenter les résultats de FBP. Il nécessite la collaboration de

tous les partenaires du FBP pour le recueil et l'analyse des informations. Un système de gestion des données bien conçu peut représenter un atout puissant dans la standardisation des exigences opérationnelles qui sont par ailleurs complexes.

Dans le système de FBP, si un service n'est pas pris en compte et documenté, le prestataire ne recevra pas de paiement. Ceci devient une puissante mesure incitative pour les prestataires de services, les obligeant à remplir les formulaires du GSIS et à saisir les informations des bases de données de manière précise (la validation des données est abordée dans un chapitre suivant). De plus, le GSIS doit faire correspondre les indicateurs qui ont été sélectionnés dans le système FBP. Si les indicateurs ne sont pas mesurés à un certain point dans le GSIS, une autre méthode de collecte de données et de validation doit être élaborée. Enfin, les données de GSIS peuvent fournir les informations indispensables à l'établissement d'une base de référence pour les cibles qui sont détaillées dans les accords de FBP.

5. Collecte, partage, vérification et validation des données

Pour garantir que lorsque le volume des prestations augmente, la qualité ne diminue pas, les audits et la vérification des données doivent être effectués pour les indicateurs à la fois de quantité et de qualité. Le volume des services peut être vérifié en comparant les données du GSIS aux registres et aux fiches des patients au sein des structures sanitaires, tandis que la qualité des services peut être vérifiée à l'aide des check-lists et des enquêtes de satisfaction des patients.

Les données doivent être recueillies en permanence, de manière régulière et par un personnel formé. Un système de partage des données doit être mise en place, au sein duquel les données sont disponibles pour tous les partenaires et parties prenantes.

La collecte de données est essentielle pour garantir la cohérence et la précision des rapports sur les prestations de services fournies. L'utilisation des données est importante parce qu'elle établit la preuve que la prestation a été effectuée et sert donc de base pour le paiement ; elle est également essentielle dans les décisions de gestion. Si des progrès ne sont pas effectués vers l'obtention des cibles escomptées, le manager peut avoir à envisager d'autres stratégies pour améliorer les prestations de services comme la sensibilisation au niveau de la communauté, la communication pour le changement de comportement et le marketing social. Le partage des données garantit la transparence de telle sorte que les parties prenantes peuvent accéder aux données des prestataires de services. Ceci, en retour, dissuade les fraudes, puisque des anomalies de données deviennent vite évidentes.

Un bon système de validation des données est essentiel pour la réussite de la mise en œuvre d'un programme de FBP. Les audits de données peuvent être internes et effectués sous la responsabilité des partenaires du FBP au cours de visites de supervision, ou être externes et placés sous l'égide d'une tierce partie ou d'un conseiller indépendant.

L'objectif de ces audits et vérification de données est de garantir que les données recueillies sur les sites des prestations de services sont fiables et précises. En même temps, ce processus sert d'approche indépendante et impartiale pour évaluer la satisfaction des clients qui utilisent les services. L'existence de niveaux multiples de validation des données renforce la fiabilité, l'intégralité, l'actualité et l'utilisation de données de performance. Ces niveaux garantissent que les prestataires de services ne cherchent pas à solliciter des règlements plus élevés que convenus et sanctionnent les prestataires qui n'améliorent pas la qualité de leurs services.

6. Résultats

Le financement basé sur la performance est focalisé sur les résultats. L'acheteur ne payant que pour des résultats, ceux-ci doivent être clairement observables et validés au moyen d'une documentation rigoureuse. Les résultats peuvent faire état des progrès réalisés vers les cibles à atteindre. L'obtention de résultats peut signifier un « impact » sur l'état de santé ou être enregistrée comme une contribution intermédiaire sur le chemin plus large qui conduit vers l'impact.

Les résultats sont les témoignages de la quantité et de la qualité des systèmes de santé. Les bailleurs comme les gouvernements insistent sur des résultats basés sur des preuves lorsqu'ils décident de dépenser leur argent. Les résultats sont indispensables à la fois pour la quantité et la qualité pour documenter les changements positifs attribuables à l'application du FBP. En ce sens, les résultats doivent être diffusés régulièrement pour tenir les parties prenantes informées des progrès réalisés.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour le suivi, la validation et la vérification des données

Gouvernement des États-Unis

- Suivre les rapports réguliers détaillant les résultats des prestataires de service
- Assister et guider l'organisme responsable de la mise en œuvre pour harmoniser la collecte de données du programme de FBP, les indicateurs sur l'indicateur général du gouvernement américain et les exigences de données.

Organisme responsable de la mise en œuvre

- S'assurer que la conception du FBP comprend une séparation des fonctions et différents niveaux de contrôle.
- Garantir que les mesures incitatives ne favorisent pas certains services particuliers pour éviter les dérives.
- Inclure des indicateurs de qualité, qu'ils soient spécifiques et individuels ou concernent un score général de qualité basé sur une check-list.
- Évaluer le GSIS pour garantir que le système est pertinent en matière de collecte de données par rapport aux indicateurs du FBP.
- Fournir un soutien pour le renforcement des capacités ou l'assistance technique selon les besoins.
- Préciser les méthodes qui permettront de valider la quantité des prestations de services d'une manière claire et transparente. Fournir également une méthode pour déterminer la qualité des services.
- Préciser les conséquences de la quantité de services sur le plan de règlement ; c'est-à-dire s'il existe un tarif pour chaque prestation ou s'il existe un seuil.
- Planifier clairement les indicateurs de qualité tels que les check-lists de supervision de la qualité.
- Prévoir un plan pour la collecte régulière de données, leur partage et leur analyse pour promouvoir la transparence et diffuser les résultats des progrès vers les indicateurs cibles à atteindre.
- Effectuer le suivi des prestataires qui ont pris du retard sur les cibles à atteindre.
- Créer un processus ouvert et transparent de validation des données à l'aide d'audits internes et externes des données.

C. Évaluation

Une évaluation de l'impact mesure les changements dans le temps qui sont attribuables à un projet ou un programme. Cette évaluation peut se concentrer sur des indicateurs d'impact comme la mortalité infantile ou des indicateurs de service comme la qualité des soins. Les données de référence, le délai d'exécution, la population et la région cibles et les indicateurs doivent tous être clairement définis. Les évaluations d'impact doivent être effectuées par des tierces parties neutres pour éviter les dérives.

Les évaluations d'impact témoignent du succès ou de l'échec d'un programme. Si c'est un succès, certains éléments du programme peuvent être mis en œuvre ailleurs. Si ce n'est pas le cas, la conception du programme doit être analysée et les leçons tirées de son exemple diffusées. Il est crucial de formuler l'évaluation de l'impact dès la phase initiale de planification du FBP. Il faut établir la base de référence et déterminer les critères de succès. Tandis que les évaluations d'impact sont indispensables, il ne faut pas négliger la difficulté d'attribuer un impact à un projet ou programme donné. Ce qui est particulièrement vrai dans des contextes de pays en développement où de nombreux bailleurs et organismes des pouvoirs publics peuvent tenter de mettre en place différents projets au même moment. La maîtrise des facteurs extérieurs, si et lorsqu'elle est possible, est extrêmement importante.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour l'organisation et évaluation

Gouvernement des États-Unis	Organisme responsable de la mise en œuvre
• Inclure la nécessité d'une évaluation de l'impact dans l'objet du contrat. • Définir la notion de succès du programme. • Considérer l'avantage potentiel d'un contrat avec une tierce partie neutre pour mener l'évaluation d'impact. • Diffuser les résultats, y compris les leçons retenues. • Incorporer des approches positives aux programmes futurs et identifier les méthodes qui sont moins réussies pour les améliorer ou les éliminer.	• Inclure l'évaluation de l'impact dans le plan de travail et le calendrier. • Identifier et fournir les données clés nécessaires à l'évaluation de l'impact. • Incorporer des approches positives aux programmes futurs et identifier les méthodes qui sont moins réussies pour les améliorer ou les éliminer.

D. Planification pour un impact pérenne

La question de la pérennité surgit souvent au cours des premiers dialogues sur la conception du programme de FBP, comme si le processus lui-même était un élément nouveau dont tous les coûts variables et fixes devraient être autofinancés. Ce sentiment est souvent exprimé avec la question : « Qui va payer pour le FBP lorsque le programme est terminé ? » En fait, une initiative de FBP utilise des flux de ressources existantes et les canalise en activités qui sont axées vers une meilleure qualité, une plus grande efficacité opérationnelle et un solide impact sur les résultats.

Pour garantir la pérennité, tous les partenaires et parties prenantes doivent se mobiliser et s'approprier le programme. Les modèles de FBP nationaux du Rwanda ont été conçus à l'aide d'un processus participatif impliquant toutes les parties prenantes. La recherche d'un terrain commun et d'un consensus entre les partenaires avec différents modèles était l'ultime objectif. Le forum de coordination sur les questions de mise en œuvre du FBP a été créé. L'approche de l'équipe élargie, une méthode collaborative impliquant tous les

acteurs du FBP est née d'une stratégie pour combler l'écart entre les dispositions réglementaires et la mise en œuvre et pour aider le Ministère de la Santé à exécuter sa vision au niveau national.

La pérennité garantit que les ressources sont disponibles, y compris la combinaison requise de ressources pour récompenser la performance, mais également le soutien technique, le cas échéant. La mise en œuvre du programme doit être fondée sur une relation valide et directe de cause à effet, avec une bonne compréhension des objectifs, la succession précise de certaines tâches, une communication efficace et une coordination avec les dispositions réglementaires.

La meilleure façon de garantir la pérennité d'un programme de FBP est de s'assurer que toutes les parties prenantes impliquées comprennent comment et pourquoi le programme est ainsi structuré, et s'efforcent d'atteindre qualité, efficacité et impact, quel que soit le volume des flux de ressources.

La pérennité d'un programme implique inévitablement le « passage du relais » du bailleur original ou partenaire de mise en œuvre. Bien avant la fin du projet de FBP, des plans doivent être prêts à fonctionner pour la transition vers la nouvelle phase. Les exigences de la transition peuvent varier, mais doivent toujours faire intervenir ce passage du relais pour éviter la catastrophe des cycles de projets classiques qui consiste à mettre en place des projets utiles qui s'évaporent en faisant faux bond aux partenaires locaux et aux autorités. Des décisions doivent être prises concernant les rôles que le projet remplit lorsqu'il se termine (qui devrait être le prochain acheteur, contrôleur, comment les prestataires peuvent-ils assurer leurs prestations pendant la période de transition). Les services doivent continuer et les programmes de mesures incitatives doivent demeurer partie intégrante du système pour éviter les interruptions. Une solution consiste à tenir une réunion des parties prenantes six mois ou un an avant la fin du projet pour examiner les questions de transition pour éviter les mauvaises surprises.

Pour être réellement pérennes, les programmes de FBP, dans la mesure du possible, doivent être lancés avec l'objectif d'une appropriation locale ou nationale. Le processus de transition – la transmission du rôle d'« acheteur » - doit commencer dès que possible et être aussi graduelle que possible pour que la fourniture des services ne soit ni interrompue ni ralentie. Les deux parties, le gouvernement des États-Unis et l'organisme de mise en œuvre doivent avoir un plan de transition d'un projet à l'autre.

Étapes clés pour le gouvernement des États-Unis et l'organisme responsable de la mise en œuvre pour planifier la viabilité

Gouvernement des États-Unis	Organisme responsable de la mise en œuvre
• Maintenir les voies de communication ouvertes avec les parties prenantes pour encourager l'appropriation. • Impliquer les parties prenantes dans des stratégies de pérennité. • Planifier les étapes suivantes et le passage du relais à la fin du projet en cours. • Éviter les pertes dans le système : si un processus d'achat doit être repris, s'assurer que le calendrier coïncide avec la fin du projet en cours (un chevauchement de 4 à 6 mois permettra à la transition de s'effectuer avec assurance ; un intervalle plus court inquiète des parties prenantes et un écart de temps entre deux projets crée des pertes inévitables dans le système). • Encadrer la communication et le passage de relais entre les organismes de mise en œuvre.	• Maintenir les voies de communication ouvertes avec les parties prenantes pour encourager l'appropriation. • Impliquer les parties prenantes dans des stratégies de pérennité. • Planifier les étapes suivantes et le passage de relais à la fin du projet en cours (éventuellement dans le contexte d'une réunion des parties prenantes). • Fournir l'information nécessaire au nouvel organisme de mise en œuvre, le cas échéant, pour le passage de relais.

V. Annexes

A. Résumé des programmes avec une composante de FBP financés par l'USAID

Pays	Nom du projet	Date de début et de fin	Organisme de financement	Organisme contractuel	Description du projet	Types de FBP	Domaines techniques
Afghanistan	REACH	2003-2006	USAID	MSH	Pour augmenter l'utilisation des services de santé, REACH a octroyé des subventions aux ONG locales et internationales pour améliorer les services de santé.	Subventions basées sur la performance	SSP
Afghanistan	Tech-Serve	2006-208	USAID	MSH	Assistance au Ministère de la Santé dans le passage de marché et la gestion de 51 millions de dollars américains de subventions pour 16 ONG locales et internationales. 600 000 clients servis chaque mois dans 349 structures sanitaires et postes de santé.	Subventions basées sur la performance	SSP
Afrique du Sud	IPHC	2004-2010	USAID	MSH	Subventions basées sur la performance et renforcement des capacités de 23 organisations communautaires. A aidé 19 000 services pour les OEV (orphelins et autres enfants vulnérables) à recevoir des services vitaux en 2008.	Subventions basées sur la performance	VIH/SIDA, Santé de la reproduction, Planification familiale et Survie de l'enfant
Cambodge	BASICS	1999-2009	USAID	MSH	Application à grande échelle et augmentation de l'utilisation des interventions pour les nouveau-nés, la santé de l'enfant et l'alimentation.	Contrats basés sur la performance	Survie de l'enfant, Nutrition
Éthiopie	HCSP	2007-2010	USAID	MSH	Programme de FBP pour le Ministère fédéral de la Santé	Subventions	VIH/SIDA, TB
Guinée	PRISM Planification familiale et santé	1997-2002	USAID	MSH	Élargissement de l'accès aux services au niveau communautaire en développant des organisations de soins intégrés de santé (HMO) et MURIGA (mutuelles de santé pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement) pour éliminer les barrières économiques d'accès aux soins.	Programmes d'assurance de santé communautaires	Planification familiale, Santé de la reproduction
Guinée	PRISM II	2003-2007	USAID	MSH	Élargissement de l'accès aux services au niveau communautaire en développant des HMO et MURIGA pour éliminer les barrières économiques d'accès aux soins.	Programmes d'assurance de santé communautaires	Planification familiale, Santé de la reproduction
Haïti	Systèmes de santé d'Haïti 2004	1995-2005	USAID	MSH	Ciblage des populations vulnérables de Haïti pour leur fournir l'égalité d'accès aux soins de santé primaire et à la santé de la reproduction ; développement de services de santé plus auto-suffisants et pérennes.	Subventions basées sur la performance	VIH/SIDA, TB
Haïti	Systèmes de santé d'Haïti 2007	2005-2007	USAID	MSH	Ciblage des populations vulnérables de Haïti pour leur fournir l'égalité d'accès aux soins de santé primaire et à la santé de la reproduction ; développement de services de santé plus auto-suffisants et pérennes.	Subventions basées sur la performance	SSP
Haïti	SDHS	2007-2010	USAID	MSH	Subventions basées sur la performance avec le secteur public et 27 ONG.	Subventions basées sur la performance	SSP
Honduras	AIDSTAR-Two	2009-2011	USAID	MSH	Renforcement des capacités organisationnelles et soutien technique pour les ONG locales qui fournissent des soins de prévention du VIH et des services de dépistage et conseils volontaires aux populations les plus vulnérables.	Contrats basés sur la performance	VIH/SIDA
Kenya	Projet de financement de la santé publique du Kenya			MSH	Transfert de fonds des hôpitaux aux soins de santé primaire à l'aide d'un programme de subventions conditionnelles pour des décideurs politiques	Subventions conditionnelles	SSP

Pays	Nom du projet	Date de début et de fin	Organisme de financement	Organisme contractuel	Description du projet	Types de FBP	Domaines techniques
Kenya	APHIA Financement et Viabilité (AFS)	1996-2001	USAID	MSH	L'hôpital de mission de l'EPAS de Chogoria possède 30 structures sanitaires dont certaines fonctionnaient avec d'importants déficits. Mise en place d'un programme de mesures incitatives pour le personnel des structures sanitaires	Contrats basés sur la performance	SSP
Liberia	RBHS	2008-2013	USAID	MSH	Introduction de FBP dans 7 comtés pour rétablir l'accès aux services de santé après la guerre civile	Subventions basées sur la performance, Transferts monétaires conditionnels	VIH/SIDA, Paludisme, SMNI, Planification familiale, Santé de la reproduction, Eau et assainissement
Madagascar	Projet de soutien à la population de Madagascar (APPROPOP)	1993	USAID	MSH	Accords de sous-contrats avec le SDSA pour fournir un soutien financier, matériel et technique pour les partenaires des secteurs privé et public qui ont réalisé avec succès la conception d'un projet et son processus de mise en place	Subventions basées sur la performance	Planification familiale
Malawi	Services de planification familiale et de VIH/SIDA basés sur la communauté	2007-2010	USAID	MSH	Promotion de services entièrement opérationnels et intégrés de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA pour des clients en régions rurales à travers la revitalisation d'un réseau de 1000 agents communautaires de distribution	Contrats basés sur la performance	Santé maternelle, Planification familiale, VIH/SIDA
Nicaragua	LMS: PRONICASS	2005-2010	USAID	MSH	Formation de managers et de leaders qui obtiennent des résultats dans les domaines de la Santé de la reproduction, du VIH/SIDA, des maladies infectieuses et de la SMNI en travaillant avec des organisations publiques et privées.	Budget basé sur le développement de résultats pour le Ministère des affaires sociales et de la famille. Également subventions basées sur la performance	VIH/SIDA
Ouganda	STAR-E	2009-2014	USAID	MSH	L'objectif général du programme est d'augmenter l'accès, la couverture et l'utilisation de services de prévention et de soins du VIH/SIDA et des services de soins dans les établissements de santé des districts et leurs communautés respectives.	Subventions basées sur la performance	VIH/SIDA, TB
Ouganda	STRIDES	2009-2014	USAID	MSH	Offre de services de santé à 15 districts à l'aide de formations sanitaires entièrement fonctionnelles et de stratégies de FBP	Contrats basés sur la performance	Planification familiale, Santé de la reproduction, Survie de l'enfant
Philippines	IFPMPH	1993-1995		MSH	Financement de municipalités pour fournir des services de santé de la reproduction.	Subventions basées sur la performance	Planification familiale, Santé maternelle,, Survie de l'enfant
Philippines	IFPMPH	1995-2002	USAID	MSH	Une activité précédente sous le FPMT a utilisé des seuils de performance avec les unités locales des pouvoirs publics qui a servi d'essai pour les approches basées sur la performance pour l'amélioration des résultats.	Subventions basées sur la performance	Planification familiale, Santé maternelle, Survie de l'enfant
Rwanda	VIH/FBP	2005-2009	USAID	MSH	Travail avec le Ministère de la Santé du Rwanda pour mettre en place des initiatives de FBP finançant des services dans les centres de santé et hôpitaux de la plupart des districts.	Subventions basées sur la performance	VIH/SIDA
Rwanda	IHSSP	2008-2013	USAID	MSH	Assistance technique au Ministère de la Santé du Rwanda alors qu'il met en place son système national de FBP.	Subventions basées sur la performance, Transferts monétaires conditionnels	SSP
Soudan	SHTP II	2009-2010	USAID	MSH	Introduction du FBP dans 12 districts PBF pour une application à grande échelle de l'accès aux services de santé de grande qualité	Contrats basés sur la performance	Survie de l'enfant, Planification familiale, VIH/SIDA

B. Exemples d'indicateurs et échéanciers de paiement de FBP: Haïti et Rwanda

1. Haïti

Les points de référence, cibles et paiements pour Haïti figurent dans le tableau ci-dessous. Le modèle d'Haïti utilise des contrats à prix fixe et l'attribution de primes. Les indicateurs sélectionnés sont une association d'indicateurs de prestations de services, comme la couverture vaccinale, les visites de soins prénatals, les accouchements assistés et d'indicateurs de gestion comme la soumission de plans de travail annuels et des rapports mensuels. En complément des indicateurs de vaccination et de soins prénatals, cinq indicateurs randomisés de prestations de service ont été retenus. Les ONG qui atteignent toutes les cibles et reçoivent une prime de 6%, résultant à un montant total de 106% du budget initialement négocié.

Point de repère	Pourcentage du budget annuel négocié
Signature du contrat	10 pour cent
Soumission du plan de travail annuel	15 pour cent
Soumission de rapports mensuels	1/12 des 10 pour cent du budget mensuel approuvé
Application des recommandations sur le renforcement du système financier	Pas de fonds disponibles
Soumission des demandes trimestrielles de paiement	1er mars : 20 pour cent
	1er juillet : 20 pour cent
	1er octobre : 13 pour cent
	Novembre : 6 pour cent
80 pour cent des enfants de moins d'un an sont entièrement vaccinés	1,5 pour cent
50 pour cent des femmes enceintes avec trois visites de soins prénatals	1,5 pour cent
Sélection aléatoire d'un des indicateurs de la liste suivante :	3 pour cent
50 pour cent des enfants de moins de cinq ans avec un poids qui correspond aux normes	
63 pour cent des accouchements sont réalisés avec l'aide d'un personnel formé	
44 pour cent des mères de nouveau-nés reçoivent une visite de soins prénatals	
50 pour cent des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH au cours de la visite de soins prénatals	
75 pour cent des patients TB positifs sont également dépistés pour le VIH	
Soumission en temps des rapports mensuels du projet	Pas de paiement
Systèmes de supervision avec critères particuliers en place	Pas de paiement
Prime supplémentaire si toutes les cibles sont atteintes	6 pour cent
Maximum possible	106 pour cent du budget négocié

Source: CGD Performance Incentives for Global Health

2. Rwanda

Le tableau ci-dessous est l'échéancier de paiements du modèle national de FBP du Rwanda en 2008. Le modèle du Rwanda utilise les paiements par prestation avec un score de qualité. Un total de 24 indicateurs ont été sélectionnés : 14 indicateurs de soins de santé primaire incluant les visites prénatales, la vaccination, l'accouchement, la planification familiale et références et 10 indicateurs relatifs aux services de lutte contre le VIH/SIDA. Des critères composites de validation de chaque indicateur ont été définis, ainsi qu'un tarif unitaire de prestation. Le modèle du Rwanda utilise également un score d'ajustement pour l'évaluation de la qualité, selon la formule suivante :

Paiement total des primes pour un établissement = (Volume * Tarif unitaire) * % Score trimestriel de qualité

Le score de qualité est calculé sur la performance de l'établissement comparé à une check-list d'indicateurs de la qualité et effectué tous les trimestres.

	Indicateur de performance	Critère composite	Paiements (FRW)
1	Soins curatifs primaires : nouveaux cas	Informations inscrites sur les registres : numéro, nom, sexe, nouveau cas, symptômes cliniques, examen, diagnostic, résultat, traitement, zone/hors zone	100
2	Soins prénatals : nouveaux cas	Informations inscrites sur les registres des soins prénatals (CPN) : nouveau cas, examen clinique, examen obstétrique, examens supplémentaires et rendez-vous de suivi	50
3	Soins prénatals : femmes avec 4 visites de soins prénatals	Informations sur le registre des soins prénatals (CPN) sur 4 visites de routine (1er, 2e, 3e trimestre et à 9 mois)	200
4	Soins prénatals : vaccins TT 2-5	Informations inscrites sur les registres des soins prénatals (CPN) : sur les vaccinations TT au 2e, 3e, 4e ou 5e mois	250
5	Soins prénatals : seconde dose de Sulfadoxine	1) Informations inscrites sur les registres de soins prénatals (CPN) pour la SP ; 2) Les soins prénatals administrés après le 4e mois de grossesse et avant le 8e mois de grossesse avec un intervalle d'au moins un mois entre les deux doses	250
6	Soins prénatals : orientation des patientes à haut risqué pour les grossesses avant le 9e mois	Retour d'orientation reçu dans le mois de l'évaluation et signé par le médecin de l'hôpital de district	1,000
7	Suivi de croissance : les enfants de 11- à 59 mois consultant en centres de santé	Information sur le registre : numéro, nom, sexe, âge, taille et poids	100
8	Planification familiale : Nouvel utilisateur	Information sur le registre de planification familiale : nom, âge, adresse, examen, antécédents médicaux, examen clinique et méthode moderne prescrite	1,000
9	Planification familiale : Utilisateur existant	Information sur le registre de planification familiale sur le suivi des utilisateurs existants	100
10	Vaccinations : enfant complètement vacciné	Informations inscrites sur les registres : numéro, nom, date de naissance, sexe, adresse, dates du BCG et du VOP 1,2, 3, du vaccin pentavalent 1, 2, 3 et du vaccin contre la rougeole, le calendrier des vaccinations étant respecté, avant la fin de la première année	500
11	Accouchement en centre de santé	Partogrammes sur le registre de maternité avec : nom, stades du travail de l'accouchement et accouchement	2,500
12	Accouchement : orientation de cas d'urgence obstétrique	Retour d'orientation reçu dans le mois de l'évaluation et signé par le médecin de l'hôpital de district	2,500
13	orientation des cas de malnutrition grave	Retour d'orientation reçu dans le mois de l'évaluation et signé par le médecin de l'hôpital de district	2,000
14	Orientation d'urgence	Retour d'orientation reçu dans le mois de l'évaluation et signé par le médecin de l'hôpital de district	1,000
15	CDV : nombre de patients testés	Aucun	500

Indicateur de performance		Critère composite	Paiements (FRW)
16	PTME : Nombre de couples dépistés pour le VIH	Aucun	2,500
17	PTME : Nombre de femmes VIH + sous traitement ARV pendant la grossesse	Aucun	2,500
18	PTME : Nombre d'enfants nés de femmes porteuses du VIH + femmes dépistées pour le VIH	Aucun	5,000
19	Traitement : Nombre de patients VIH + testés pour leur taux de CD4 tous les 6 mois	Aucun	2,500
20	Traitement : nombre de patients VIH + traités au CTX tous les mois	Aucun	250
21	ARV : nombre de nouveaux patients adultes recevant un traitement ARV	Aucun	2,500
22	ARV : nombre de nouveaux patients pédiatriques recevant des traitements ARV	Aucun	3,750
23	Prévention du VIH : nombre de patients VIH + ceux qui utilisent des méthodes de planification familiale	Aucun	1,500
24	TB: Nombre de patients + patients dépistés pour la TB	Aucun	1,500

Source : Site internet du FBP du Rwanda. **www.pbfrwanda.org.rw**

C. Exemple de calendrier de mise en œuvre (Sudan Health Transformation Project, Phase II)

* 1 - Chef de projet
2 - Chef de projet et équipe
3 - Directeur technique
4 - Finances et administration
5 - Suivi et évaluation
6 - Responsable des contrats
7 - Contras et subventions
8 - Soutien technique à court terme
9 - Ressource Humaines
10 - USAID
11 - MSH-Cambridge

Activité	Personne responsable*
Lancement du projet	
0.0 Activités de démarrage	
0.1 Établir la présence dans le pays	1, 4, 9
0.2 Rédiger et soumettre les principaux documents du programme à l'USAID	1, 3, 5
0.3 Organiser la réunion de lancement du projet SHTP II avec le Ministère de la Santé/USAID	2
Résultat No1 : accès et disponibilité élargis des pratiques et des services de fort impact ;	
1.1 Fournir un financement de transition pour les organismes leaders qui continuent d'offrir des prestations de services en attendant les accords des sous-contrats de FBP.	
1.1a Examiner les accords des organismes leaders et établir leur niveau de financement transitoire	3
1.1b Attribuer des accords RFP de source unique	6
1.1c Examiner les soumissions	1, 3
1.1d Fournir des sous-contrats d'accord à tous les organisations chef de file	6
1.1e Négocier et signer les contrats avec les organisations chefs de file	1, 6
1.1f Établir la planification du S&E, les outils de génération de rapports	3, 5
1.1g Verser les fonds	4
1.1h Analyser et approuver les plans de travail et les plans de S&E	1, 3, 5
Examiner les rapports et les bilans financiers	3, 4, 5
Fournir un feed-back à chaque district par écrit	3, 4, 5
1.2 Élaborer un programme de contrats basés sur la performance	
1.2a Définir les flux de paiements (directives écrites des flux de finances et de paiements)	3, 4
1.2b Définir la structure du contrat (exemple de contrat) avec le Ministère de la Santé	4, 6, 7, 8
1.3 Concevoir et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités des personnels du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales en matière de FBP	
1.3a Rédiger un avant-projet de directives et procédures	4, 7
Recevoir l'approbation de l'USAID et du siège de MSH en ce qui concerne le modèle de contrat et les procédures	3, 4, 6, 10, 11
1.3b Mettre en place des mécanismes de suivi des contrats basés sur la performance avec des indicateurs liés aux exigences de rapports du Ministère de la Santé	5
1.3c Concevoir des outils, méthodes et systèmes pour gérer les sous-contrats	3, 5, 8
1.3d Organiser des formations d'introduction FBP pour le personnel du Ministère de la Santé	1
Évaluer le système SGIS actuellement en place ; le renforcer ou le mettre à jour si nécessaire	3, 5, 8
1.4 Mettre en place le processus de préparation de l'appel d'offres du FBP	
1.4a Définir les buts et objectifs généraux des contrats basés sur la performance	1, 3
1.4b Organiser des ateliers d'information pour les sous-contractants sur le FBP pour les encourager à s'investir dans le processus	2
1.4c Sélectionner les services qui seront sous-contractés	3, 8
1.4d Définir les le champ d'application des sous-contrats (par exemple les aires d'attraction des formations sanitaires, la population cible, les résultats, etc.)	
1.4e Procéder à une évaluation des services dans 12 districts pour établir les cibles et le montant des paiements pour chaque contrat	5, 8
1.4f Effectuer une évaluation des coûts de l'ensembles de services de SSP	8
1.4g Définir les termes des sous-contrats (cibles, produits livrables, montants en dollars, durée)	3, 5
1.4h Définir les critères de suivi et évaluation et identifier les indicateurs de mesure de la performance à partir de ceux du Ministère de la Santé et du programme SHTP II	3, 5, 8
1.4i Déterminer les mécanismes de paiement	4, 7

Activité	Personne responsable*
1.5 Effectuer une passation de marchés ouverte et concurrentielle	
1.5a Créer un comité d'évaluation et établir les critères d'évaluation	4, 7
1.5b Rédiger le document de l'appel à propositions RFP	6, 7
1.5c Diffuser les appels à propositions RFP	4, 6
1.5d Organiser des ateliers de préparation aux appels d'offres ouverts	2
1.5e Examiner et classer les soumissions avec le comité d'évaluation	3, 8
1.5f Sélectionner les partenaires sous-contractuels pour le FBP	1
1.5g Recevoir l'accord de l'USAID pour l'attribution des sous-contrats	6
1.6 Rédiger et négocier les sous-contrats	
1.6a Discuter des indicateurs et cibles de performance des sous-contrats avec le bénéficiaire prestataire de service	1
1.6b Effectuer une première évaluation des ONG sélectionnées avant l'attribution des contrats	7
1.6c Attribuer les sous-contrats	4, 6
1.6d Signer les sous-contrats	4, 6
1.6e Travailler avec les nouveaux partenaires contractuels pour soumettre des plans de transition afin de et garantir un passage du relais souple entre les ONG le cas échéant	4, 6
1.7 Gérer la mise en œuvre des sous-contrats basés sur la performance	3
1.8 Surveiller la performance des sous-contrats par rapport aux étapes clés jalons définis dans le sous-contrat	
1.8a Mettre sur pied des équipes d'évaluation pour l'enquête de base de référence (qui servira plus tard aux visites de validation du FBP)	5
1.8b Rassembler ou recevoir les rapports de performance du sous-contractant (données des prestations de services et progrès sur d'autres indicateurs)	3, 5
1.8c Suivre les performances des ONG et des organisations religieuses à l'aide des rapports de performance et des protocoles d'évaluation	5
1.8d Effectuer les paiements selon l'échéancier prévu en fonction des rapports de performance	4
1.8e Effectuer des visites ponctuelles par l'équipe d'évaluation commune (méthode intermédiaire d'assurance de la qualité)	5
1.8f Effectuer des visites de routine (soutien et supervision) dans les districts qui ont particulièrement besoin de soutien technique	1, 3, 4, 5
1.8g Adapter l'outil de validation d'Haïti, prestation de services et équipe d'évaluation – SDMA, pour l'utiliser au Soudan	5, 8
1.8h Solliciter les équipes d'évaluation pour les visites de validation de FBP	5
1.8i Fournir chaque année à tous les sous-contractants les directives de prestations de services et d'évaluation de la gestion (SDMA)	1
1.8j Fournir un feedback à chaque district par écrit	
Évaluer la performance par rapport aux indicateurs de suivi et d'évaluation (tous les trimestres)	3
Verser les paiements des tarifs de prestations	4
Attribuer le prolongement du contrat ou adapter/modifier l'accord contractuel selon les résultats du S&E	4
1.9 Concevoir un modèle de FOSACOF (formation sanitaire complètement fonctionnelle) pour le Sud-Soudan	
1.9a Diffuser les documents sur la FOSASOF aux organisations chef de file et au ministère de la Santé	3
1.9b Organiser des ateliers pour se mettre d'accord sur les éléments clés de la FOSACOF	1, 3
1.9c Rédiger un document sur la FOSACOF pour le Sud-Soudan	1, 3

* 1 - Chef de projet
2 - Chef de projet et équipe
3 - Directeur technique
4 - Finances et administration
5 - Suivi et évaluation
6 - Responsable des contrats
7 - Contras et subventions
8 - Soutien technique à court terme
9 - Ressource Humaines
10 - USAID
11 - MSH-Cambridge

AIDSTAR-Two
capacity for impact

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

msh
Management Sciences *for* Health