

**« EVALUATION DU RAPPORT COUT/EFFICACITE DU SYSTEMÈ
DE VERIFICATION/EVALUATION DES RESULTATS DES
FORMATIONS SANITAIRES MIS EN PLACE DANS LE CADRE DU
SYSTEMÈ FBP/GRATUITE AU BURUNDI »**

RAPPORT FINAL

Novembre 2021

AVEC L'APPUI DE :



*Ce rapport présente les résultats de l'étude portant sur «**Evaluation du rapport coût/efficacité du système de vérification/évaluation des résultats des formations sanitaires mis en place dans le cadre du système FBP/gratuité au Burundi** ». Les données utilisées proviennent des bases des données du niveau national ainsi que des explorations quantitatives et qualitatives réalisées en août-septembre 2021 dans les provinces sanitaires de Bujumbura Mairie, Cibitoke, Gitega, Muyinga et Rutana. Le FBP gratuité est mis en œuvre à l'échelle nationale depuis 2010.*

Le présent rapport a été analysé puis validé au cours de la réunion tenue en date du 05 Novembre 2021 et regroupant les départements du MSPLS (DGSSLS, CT_FBP, DGR, DGP, DSNIS) et ENABEL.

REMERCIEMENTS

Cette consultation «**Evaluation du rapport coût/efficacité du système de vérification/évaluation des résultats des formations sanitaires mis en place dans le cadre du système FBP/gratuité au Burundi**» est financée par Enabel à travers le programme UE-PASS-FBP2. Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier le personnel d'ENABEL ainsi que du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA impliqué dans cette évaluation, et particulièrement ceux de la CT-FBP et ceux du programme UE-PASS-FBP2, pour leur collaboration. Nous souhaitons également exprimer notre gratitude envers les autorités du Niveau intermédiaire et Opérationnel qui ont facilité l'accès aux différentes structures impliquées dans l'évaluation. En outre, les assistants de recherche qui ont participé aux côtés des auteurs dans cette évaluation méritent tout autant d'être salués pour leur aide remarquable durant la préparation, la collecte et l'analyse des données. Nous nous en voudrions de ne pas remercier tous les participants à cette étude à tous les échelons pour les informations combien riches qu'ils nous ont fournies.

Enfin, nous souhaiterions remercier tous les participants à la réunion de restitution leurs commentaires et apports combien constructifs en vue du présent rapport final.

Rapport de mission

Date de démarrage	28 juillet 2021	
Titre de l'étude	Evaluation du rapport coût/efficacité du système de vérification/évaluation des résultats des formations sanitaires mis en place dans le cadre du système FBP/gratuité au Burundi	
Durée de l'étude:	30 jours ouvrables	
Référence du marché:	ENABEL BDI19003_10015	
Provinces d'étude	Bujumbura-Mairie, Cibitoke, Gitega, Muyinga et Rutana	
Client:	Programme UE-PASS-FBP2 mis en œuvre par ENABEL	Adresse : Avenue Bisoro N°22
	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA	Adresse : 4,Avenue Pierre NDENDANDUMWE
Consultant:	Institut National de Santé Publique (INSP) Avenue de l'hôpital, N° 3 Tél : 22 26 97 20 / 22 26 97 13 E-mail : insp@insp.bi	Dr Manassé NIMPAGARITSE Tél : (+257) 79968217 E-mail : mnimpagaritse@yahoo.fr MD, MPH, PhD. Enseignant Chercheur/ INSP Expert Chef de Mission
		Dr Alain NDAYIKUNDA Tél : (+257 79594805) E-mail : alainndayikunda2014@gmail.com MD, MPH.
Equipe ENABEL	Dr Abdoulaye MAHAMAN SANI M. Christophe VOEGELI M. Rénovat NSHIMIRIMANA Dr Philippe Mimitiri COMPAORE Dr Révérien NIYONGABO Dr Patrice NAHIMANA Dr Diomède NDAYITWAYEKO	
Participants/MSPLS à la réunion d'analyse et validation des outils et Restitution des résultats (Protocoles/outils, Rapport)	Dr Jean KAMANA, CT-FBP Dr Josélyne NITEREKA, DGSSLS Mme Jacqueline NIYUNGEKO, CT-FBP Dr Thadée NDINDURWAHA, CT-FBP Mme Rose NITEREKA, CT-FBP M. Ignace NGABONZIZA, DGP Dr Jean Claude NAHISHAKIYE, DGSSLS Dr Jean Marie NTIBAZOMUMPA, CT-FBP Mme Alexine NINDORERA, DSNIS	

Résumé exécutif

Depuis 2010, le financement de la santé au Burundi a connu des réformes importantes avec l'introduction du financement basé sur la performance et la gratuité des soins pour certains groupes vulnérables. Ces réformes ont contribué de façon remarquable à l'amélioration des indicateurs de santé, à une meilleure organisation des services de santé et à un relèvement du niveau de satisfaction de la population par rapport aux prestations reçues dans les structures de soins.

Dans le cadre de ce programme de financement basé sur la performance, un système solide de vérification a été mis en place pour garantir que les prestataires rapportent fidèlement les prestations pour lesquelles ils sollicitent un remboursement. Tout comme dans d'autres pays mettant en œuvre cette stratégie de financement de la santé, les activités de vérification consomment énormément de ressources.

Après dix ans de mise en œuvre du FBP-Gratuité et par conséquent de sa composante relative à la vérification/Evaluation, il s'avère indispensable de procéder à son évaluation surtout en ce qui est du rapport coût-efficacité et en proposer des recommandations et/ou alternatives.

Cette évaluation a été menée par une équipe d'experts de l'Institut National de Santé Publique (INSP) du Burundi. Il s'agissait d'une analyse coût-efficacité effectuée du point de vue du Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le SIDA et ses partenaires techniques et financiers, comparant deux scénarii : chacune des différentes formes de vérification/évaluation et son absence. L'horizon temporel d'une année allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2020 a été retenu. Après une revue documentaire, des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies dans 5 provinces sanitaires pour compléter celles extraites de la base des données FBP-Gratuité du Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA.

Sur l'analyse des coûts, le coût de mise en œuvre du financement basé sur la performance a été de 57 025 825 USD (soit 112 683 030 756 BIF) en 2020. Par rapport à ce budget :

- ✓ Le coût annuel total de la vérification quantitative mensuelle dans les formations sanitaires en représente 4,4% (soit 2. 501 011.17USD). Ce coût a permis d'éviter de dépenser 3 464 427 USD qui étaient indûment déclarés.
- ✓ Le coût annuel total de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA en représente 0.14% (soit 81 770.71 USD)
- ✓ Le coût annuel total de la vérification communautaire par les ASLO en 2020 en représente 0.5% (283 899 USD).

- ✓ Le coût annuel de la contre-vérification n'en représente que 0.4% (soit 215 209.93 USD).

Pour ce qui est de l'analyse coût-efficacité, la vérification quantitative mensuelle, l'évaluation de la qualité technique des formations sanitaires, la contre-vérification et la vérification communautaire par les associations locales se sont toutes révélées coût-efficaces.

Dans les structures visitées, nous avons essayé de mesurer la façon selon laquelle les activités classiques (supervision, Rapportage dans le cadre du SNIS) sont réalisées afin de comprendre la manière selon laquelle les connaissances sont transmises aux acteurs de terrain en ce qui est de la manière à prêter garantissant les données fiables et de qualité ainsi que les standards par rapport aux prestations qui doivent être délivrées aux utilisateurs.

Ainsi, et malheureusement, seuls les SIS de deux BDS (40%) ont à leur portée la population par groupes cibles au moment où dans deux BDS (40%) il n'y avait pas de carte sanitaire. Bien plus, 70% des CDS visités n'avaient pas de préoccupation ni sur la distinction « anciens cas » versus « nouveaux cas » ni sur le suivi des données dans le temps. En outre, 3 des CDS visités affirment ne pas tenir de réunions d'analyse des données qu'ils transmettent au niveau hiérarchique ; et même pour le reste des CDS affirmant tenir des réunions, les PV attendus n'ont pas été objectivés dans des proportions de 25% et 10% respectivement pour l'année 2020 et 2021.

Transmises au BDS, ces données font objet de calcul des indicateurs par aire de responsabilité, mais la dimension hors aire de responsabilité n'attire pas l'attention de la majorité des SIS des BDS visités. En outre, la dimension en rapport avec l'épisode maladie (ancien cas vs nouveau cas) n'est pas une préoccupation pour 40% des BDS visités. Pour garantir la qualité des données le Niveau BDS est appelé à faire des feedbacks aux FOSA qui lui transmettent les données mensuelles. Malheureusement, aucune trace de feedbacks aux CDS n'a été trouvée dans deux BDS (40%). Cependant, même les BDS ayant transmis des feedbacks aux FOSA de leur ressort n'en gardent pas une copie. S'il est vrai que tous les BDS visités affirment organiser des réunions mensuelles d'analyse des données, aucun PV n'a été objectivé pour l'année 2020 et seuls 3PV (10 % des PV attendus) ont été objectivés dans un seul BDS pour l'année 2021.

A l'issue de l'analyse des données, il est attendu que le BDS procède à donner des feedbacks spécifiques à chaque CDS ; cependant, ces feedbacks n'ont été objectivés que dans seulement 4 des CDS visités.

Au chapitre de l'amélioration de la qualité des soins et services dans les FOSA, celle-ci doit passer avant tout par le renforcement des compétences des prestataires à travers les supervisions formatives bimestrielles.

Il ressort des résultats obtenus que les thématiques en rapport avec l'Administration de la FOSA et la participation communautaire sont rarement supervisées par la majorité des BDS. Par contre, les thématiques sur les soins curatifs et soins préventifs reviennent comme ayant été supervisées à chaque fois que le BDS se rend dans la formation sanitaire pour la supervision. En effet, les thématiques retrouvées dans le premier rapport pour la majorité des CDS sont les mêmes qui reviennent dans les rapports suivants de supervision.

D'un autre côté, alors que le suivi des recommandations de la supervision antérieure devrait être systématique à chaque passage pour la supervision, nous constatons que ça ne l'était toujours que pour deux BDS.

Nous nous sommes par ailleurs intéressés aux sous-thèmes en consultant les mêmes rapports de supervision tirés aléatoirement.

Nous avons constaté que ces sous-thèmes sont rarement abordés par la majorité des BDS visités à l'exception d'un seul. Curieusement, même pour celui-ci, c'est comme si ces sous-thèmes constituent les seuls focus de supervision pour les six passages analysés au travers les rapports présentés lors de l'enquête sur terrain ; ce qui met en doute alors la qualité de cette supervision et par conséquent le transfert des compétences/informations sur la façon dont un service de qualité devrait être. Bien plus, il est alors possible dans ce contexte de remettre en question la cohérence entre la supervision réellement effectuée et le rapport produit.

Ce constat a été fait quant aux PV trouvés au niveau même des CDS. A ce niveau, il est constaté une absence des rapports de supervision selon ce qui était attendu et même pour les rapports disponibles, ils ne ressortent aucun de ces sous-thèmes évalués. Dans ce contexte aussi, on doit se questionner sur l'effectivité de la supervision des CDS par l'ECD étant donné le nombre de rapports disponibles au niveau où doit s'effectuer la supervision et compte tenu également du contenu de ces rapports disponibles. Au terme des analyses, des recommandations ont été formulées.

D'aucun n'ignore qu'une vérification doit être effectuée dans toute relation contractuelle où des paiements sont effectués sur base des résultats.

L'investissement dans un système de vérification adapté contribuant à améliorer la responsabilisation des prestataires dans les demandes de remboursement et à les dissuader de faire toute forme de tricherie, l'analyse a révélé que dans le contexte actuel du programme

de financement basé sur la performance au Burundi, il n'est pas encore temps de changer son système actuel de vérification.

En effet, d'après les données de la vérification quantitative mensuelle dans les formations sanitaires au cours de l'année 2020, sur 689 formations sanitaires ayant fait l'objet de vérification quantitative mensuelle, 526 FOSA soit 76.34 % ont présentées un écart supérieur à 10% entre les données vérifiées et les données validées. Ce nombre de FOSA avec écart sensible est tellement élevé qu'une vérification ciblée serait difficile à mettre en œuvre.

Par ailleurs, la vérification rétrospective ; l'autre alternative, n'est non plus applicable. En effet, les problèmes d'archivage et la non-numérisation des dossiers médicaux sont les deux obstacles à la mise en œuvre de cette possible stratégie alternative. Cela s'est remarqué aisément sur les écarts importants constatés lorsqu'on a analysé le volume des données vérifiées et celui des données contrevérifiées. En 2020, ces écarts variaient entre 0.1% et 64.4% selon les formations sanitaires avec une moyenne de 7.4% à l'échelle nationale. Le manque à gagner pour les formations sanitaires, qu'occasionnerait l'adoption de cette alternative, serait important et nuirait à leur bon fonctionnement.

Il est urgent de renforcer préalablement les deux fonctions de l'équipe cadre de district (ECD) en rapport avec la gestion des données SIS et la supervision avant de songer à modifier le montage actuel.

Lorsqu'il est tenu compte du contexte actuel du programme de vérification et des rapports coût-efficacité des différents types de vérification, il s'avère logique que le montage du système actuel doit être maintenu tel qu'il est et renforcé en ce qui est de l'évaluation qualité.

Un changement même de fréquence de vérification/évaluation pourrait être très dommageable sur le fonctionnement des formations sanitaires et la qualité des soins. En effet, il est on ne peut plus clair que la gratuité des soins qui est associée au FBP doit être déterminante dans le choix du rythme de vérification/évaluation car les centres de santé (représentant 93% des FOSA) ne reçoivent pas de subsides de la part de l'état et fonctionnent avec leurs recettes FBP et CAM.

Au terme de cette étude, nous avons formulé des recommandations qui ont trait à : (i) maintenir le montage actuel du système de vérification/évaluation dans le cadre du FBP, (ii) augmenter la taille des équipes des CPVV, (iii) maintenir un rythme régulier de vérification/évaluation pour permettre aux FOSA d'être régulièrement remboursées, (iv) renforcer l'évaluation de la qualité dans les BDS, (v) accélérer l'informatisation des formations sanitaires, (vi) Renforcer l'exercice réel des deux fonctions de l'équipe cadre du

district qui sont la gestion des données SIS et la supervision, (vii) renforcer l'archivage des documents dans les formations sanitaires et (viii) renforcer l'analyse et l'utilisation des données aux différents niveaux du SNIS

Par ailleurs, des pistes de recherches futures ont été relevées.

Table des matières

REMERCIEMENTS	i
Table des matières	viii
Liste des abréviations	xi
Liste des tableaux	xiii
Liste des figures.....	xiv
Liste des Graphiques	xiv
1. INTRODUCTION.....	1
1.1. CONTEXTE DE L'EVALUATION.....	1
1.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	2
1.2.1. Objectif général.....	2
1.2.2. Objectifs spécifiques.....	2
2. METHODOLOGIE	4
2.1. Cadre de l'évaluation	4
2.2. Type d'évaluation médico-économique.....	4
2.3. Volet quantitatif.....	4
2.3.1. Source des données quantitatives	4
2.3.2. Rapport coût-efficacité.....	5
2.3.2.1. Mesure des coûts	5
2.3.2.2. Mesure de l'efficacité.....	6
2.3.2.3. Calcul du rapport coût-efficacité	6
2.3.2.4. Seuils d'acceptabilité du rapport coût-efficacité	7
2.3.3. Appréciation de la valeur ajoutée de chaque type de vérification/Evaluation	8
2.3.4. Choix de l'échantillon.....	9
2.3.5. Collecte des données sur terrain.....	10
2.3.6. Analyse des données	11
2.4. Volet qualitatif.....	11
2.4.1. Population cible.....	11
2.4.2. Technique d'échantillonnage.....	11

2.4.3.	Choix des participants	12
2.4.4.	Collecte des données.....	12
2.4.5.	Analyse des données.....	12
2.5.	Modalités pratiques suivies lors de l'évaluation.....	13
3.	PRESENTATION DES RESULTATS	14
3.1.	Coût-efficacité de la vérification/évaluation.....	14
3.1.1.	Rapport coût-efficacité de la vérification quantitative mensuelle.....	14
3.1.1.1.	Synthèse des coûts	14
3.1.1.2.	Synthèse des données sur l'efficacité	15
3.1.1.3.	Valorisation des dépenses évitées par la vérification quantitative mensuelle	16
3.1.1.4.	Rapport coût-efficacité.....	17
3.1.1.5.	Analyse de la sensibilité probabiliste.....	19
3.1.2.	Rapport coût-efficacité de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA.....	20
3.1.2.1.	Synthèse des coûts	20
3.1.2.2.	Synthèse des données de l'efficacité.....	21
3.1.2.3.	Rapport coût-efficacité.....	22
3.1.2.4.	Analyse de la sensibilité probabiliste.....	24
3.1.3.	Rapport coût-efficacité de la vérification communautaire par les ASLO	25
3.1.3.1.	Synthèse des coûts	25
3.1.3.2.	Synthèse des données de l'efficacité.....	25
3.1.3.3.	Rapport coût-efficacité.....	26
3.1.4.	Rapport coût-efficacité de la contre – vérification des prestations des FOSA	26
3.1.4.1.	Synthèse des coûts	26
3.1.4.2.	Synthèse des données de l'efficacité.....	27
3.1.4.3.	Rapport coût-efficacité.....	27
3.1.4.4.	Analyse de la sensibilité probabiliste.....	28

3.2.	Valeur ajoutée de chacun des types de vérification/évaluation.....	30
3.2.1.	Actions en faveur de la qualité des données du SIS de routine au niveau BDS	31
3.2.2.	Actions en faveur de la qualité des services au niveau FOSA par les BDS	37
3.3.	Appréciations des acteurs de mise en œuvre sur la Vérification/Evaluation	49
4.	ANALYSE CRITIQUE DES ALTERNATIVES AU SYSTÈME ACTUELLE DE VERIFICATION AU BURUNDI.....	53
4.1.	Vérification basée sur le risque.....	53
4.2.	Vérification rétrospective.....	55
4.3.	Quelle fréquence serait optimale	56
5.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	57
5.1.	Conclusion.....	57
5.2.	Recommandations.....	58
6.	Pistes de recherche portant sur l'amélioration de la vérification/évaluation.....	60

Liste des abréviations

ASC	: Agent de Santé Communautaire
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BPS	: Bureau de Province Sanitaire
CDS	: Centre de Santé
CPVV	: Comité Provincial de Vérification et de Validation
CT-FBP	: Cellule Technique Nationale chargée de la mise en œuvre du Financement basé sur la performance
DGP	: Direction Générale de la Planification
DGR	: Direction Générale des Ressources
DGSSLS	: Direction Générale des Services de Santé et de Lutte contre le SIDA
DHIS2	: District Health Information Software 2
DODS	: Direction de l'Offre et de la Demande de Soins
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
ECD	: Equipe Cadre de District
EDSB	: Étude Démographique et de Santé du Burundi
ENABEL	: Agence belge de développement
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FED	: Fonds Européen de Développement
FG	: Focus-Group
FOSA	: Formation Sanitaire
HD	: Hôpital de District
HN	: Hôpital National
ICER	: Incremental Cost-Effectiveness Ratio
INSP	: Institut National de Santé Publique
MCD	: Médecin Chef de District
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
ODK	: Open Data Kits
PASS	: Programme d'Appui au Système de Santé
PIB	: Produit Intérieur Brut
PTFs	: Partenaires Techniques et Financiers
RCEI	: Ratio coût-Efficacité Incremental

SIS : Système d'Information Sanitaire

UE : Union Européenne

Liste des tableaux

Tableau 1 : Formations sanitaires tirées pour l'échantillon	10
Tableau 2 : Coûts annuels de la vérification quantitative mensuelle	14
Tableau 3 : Valorisation des coûts évités sur les indicateurs du PMA	16
Tableau 4 : Valorisation des coûts évités sur les indicateurs du PCA	17
Tableau 5 : Coûts pour l'évaluation trimestrielle de la qualité technique	20
Tableau 6 : Effectif des FOSA selon leurs scores qualité en 2020 (n=763).....	22
Tableau 7 : Composition de l'échantillon en fonction de la catégorie et du statut de la FOSA.....	30
Tableau 8 : Affichage des informations essentielles	31
Tableau 9 : Traitement et Analyse par le CDS des données transmises au BDS.....	31
Tableau 10 : Nombre de PV de réunions d'analyse des données au niveau CDS	32
Tableau 11 : Aspects abordés dans le PV d'analyse des données au niveau CDS.....	33
Tableau 12 : Traitement et Analyse des données transmises par les FOSA	33
Tableau 13 : Feedback sur les Rapports mensuels	34
Tableau 14 : Nombre de feedback	34
Tableau 15 : Nombre de PV disponibles	35
Tableau 16 : Aspects abordés dans le PV:.....	35
Tableau 17 : Nombre de feedback disponibles au niveau des CDS.....	36
Tableau 18 : Aspects abordés dans le feedback aux CDS par le BDS.....	37
Tableau 19 : Supervisions bimestrielles des FOSA	37
Tableau 20 : Etat de supervision des CDS sur les grandes thématiques.....	39
Tableau 21 : Etat de supervision des CDS sur les sous-thèmes	41
Tableau 22 : Supervisions bimestrielles par l'ECD	42
Tableau 23 : Disponibilité des traces de supervision par l'ECD.....	43
Tableau 24 : Etat de supervision par l'ECD sur les grandes thématiques.....	43
Tableau 25 : Disponibilité des copies de rapports de supervision et thèmes de supervision	45
Tableau 26 : Disponibilité des copies de rapports de supervision et sous-thèmes de supervision	47

Liste des figures

<i>Figure 1 : Plan coût efficacité pour la vérification quantitative mensuelle</i>	18
<i>Figure 2 : courbe d'acceptabilité de coût-efficacité sur base des 10 000 réplifications Bootstrap.....</i>	19
<i>Figure 3 : Plan coût efficacité pour l'évaluation trimestrielle de la qualité technique .</i>	23
<i>Figure 4 : courbe d'acceptabilité de coût-efficacité sur base des 10 000 réplifications Bootstrap.....</i>	24
<i>Figure 5 : Plan coût efficacité pour contre-vérification des prestations des FOSA.....</i>	28
<i>Figure 6 : courbe d'acceptabilité de coût-efficacité sur base des 10 000 réplifications Bootstrap.....</i>	29

Liste des Graphiques

Graphique 1 : Réunions d'analyse des données au niveau CDS	32
Graphique 2 : Feedback du BDS aux CDS sur rapports mensuels SIS.....	36
Graphique 3 : Rythme de supervision des différentes thématiques.....	40
Graphique 4 : Rythme de supervision sur les différents sous-thèmes.....	42
Graphique 5 : Etat de supervision des CDS sur les différentes thématiques	46
Graphique 6 : Etat de supervision des CDS sur les différents sous-thèmes.....	48

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE DE L’EVALUATION

En 2006, le gouvernement burundais a adopté des réformes importantes dans le financement du système de santé. En effet, la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes a été introduite et, au cours de la même année, le financement basé sur la performance a débuté par une expérience pilote dans 3 provinces du pays puis mis à l’échelle nationale depuis avril 2010. Les deux stratégies ont par la suite été fusionnées pour remédier aux difficultés liées à la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Cette stratégie de financement vise à: (i) améliorer l’utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et en particulier aux groupes vulnérables dont les Batwa, (ii) améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte, celle qui accouche et des enfants de moins de 5 ans, (iii) motiver et stabiliser le personnel de santé, (iv) inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques, (v) renforcer la gestion, l’autonomie et l’organisation des structures de santé et (vi) prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

La mise en œuvre de cette stratégie bénéficie de l’appui de plusieurs partenaires techniques et financiers (PTFs). C’est dans ce cadre qu’une convention de financement entre l’Union Européenne et le gouvernement du Burundi a été signée au titre du 11ème FED en vue du Programme d’Appui au système de santé à travers l’outil du financement basé sur la performance- gratuité ciblée des soins –UE- PASS-FBP ciblant les 18 Provinces sanitaires du pays. Il s’agit de renforcer l’accès équitable aux soins de santé de qualité pour toute la population du Burundi en général, les femmes enceintes et qui accouchent dans les formations sanitaires ainsi que les enfants de moins de cinq ans en particulier.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie, il est indispensable d’avoir un système solide de vérification/évaluation dans le processus de traitement des demandes de paiements. En effet, la vérification garantit que les prestataires rapportent fidèlement les prestations pour lesquelles ils sollicitent un remboursement.

Le Système de vérification en vigueur au Burundi consiste à : (i) une vérification quantitative mensuelle au niveau des formations sanitaires (FOSA) sous contrat FBP (contrat principal et contrat secondaire) ainsi qu’au niveau communautaire dans les provinces sous FBP communautaire, (ii) une évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA

(CDS et HD), réalisée par l'équipe de vérification des CPVV pour ce qui est des centres de santé et par les pairs associés à l'équipe de vérification du CPVV lorsqu'il s'agit des HD et HN sous la facilitation de la CT-FBP élargie ; (iii) une évaluation improvisée de la qualité technique au niveau des HD qui est réalisée trimestriellement sur un échantillon et sous la responsabilité de la cellule technique du financement basé sur la performance (CT – FBP) (elle est actuellement réalisée aussi au niveau des CDS et la prise en compte des résultats y relatifs a commencé avec l'évaluation du deuxième trimestre de 2021) ; (iv) une évaluation communautaire sous forme d'enquête communautaire de satisfaction réalisée semestriellement par des associations locales et qui conduit à un score de qualité perçue; (v) une contre-vérification qui est réalisée semestriellement par une entité externe indépendante et qui vise à s'assurer de la véracité des données quantitatives et qualitatives déjà vérifiées, mais aussi à apprécier le respect des procédures FBP à tous les niveaux et (vi) une vérification/évaluation des Unités de Prestations (UP) du niveau central du MSPLS, des cellules FBP de la DGSSLS, de la DGR, de la DGP et de la CT-FBP. Bien plus, des audits financiers au niveau de toutes les FOSA (CDS et HD) et des audits cliniques au niveau des hôpitaux de district sont régulièrement réalisés sous la responsabilité d'ENABEL.

Après dix ans de mise en œuvre du FBP au Burundi et par conséquent de sa composante relative à la vérification/Evaluation, il s'avère indispensable de procéder à son évaluation surtout en ce qui est du rapport coût-efficacité et en proposer des recommandations et/ou alternatives.

1.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.2.1. Objectif général

Contribuer au choix d'un processus de vérification optimale des résultats des formations sanitaires dans le cadre du financement basé sur la performance, couplé à la gratuité des prestations pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans au Burundi sur base d'une Evaluation des rapports coûts / efficacités du système en place.

1.2.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer les coûts annuels de mise en œuvre de chacun des types de vérification / évaluation des résultats des FOSA ;
2. Déterminer la valeur ajoutée de chacun des types de vérification / évaluation par rapport aux activités classiques du système de santé hors mise en œuvre du FBP / gratuité (notification périodique des résultats, supervision des prestataires, etc.) ;

3. Déterminer le rapport coût / efficacité de chacun des types vérification / évaluation des résultats des FOSA mis en place dans le cadre du FBP couplé à la gratuité ;
4. Proposer des recommandations et/ou alternatives au système actuel de vérification / évaluation des résultats des FOSA et vue de le rendre plus efficace et moins consommateur de ressources (temporelles, humaines, matérielles et financières).

2. METHODOLOGIE

2.1. Cadre de l'évaluation

Cette évaluation a été conduite au Burundi dans les formations sanitaires sous contrat principal de financement basé sur la performance. Elle a duré un mois à partir du 28 juillet 2021.

2.2. Type d'évaluation médico-économique

Une analyse coût-efficacité a été effectuée du point de vue (perspective) du ministère de la santé publique et de lutte contre le SIDA et ses partenaires techniques et financiers. Il s'agissait de comparer les différentes formes d'évaluation/vérification dans le cadre du FBP-gratuité par rapport à leur absence.

Compte tenu de la chronologie des interventions à comparer, de l'occurrence des résultats et des coûts associés à ces interventions et de la conjoncture économique actuelle, l'horizon temporel d'une année allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2020 a été retenu. Cet horizon d'une année est justifié par le fait que nous estimons que les coûts et les résultats sont faiblement variables d'une année à une autre. Seuls les coûts directs ont été pris en compte dans cette évaluation.

Des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) ont été utilisées pour la réalisation de cette évaluation.

2.3. Volet quantitatif

De façon spécifique, ce volet quantitatif nous a permis de déterminer les coûts annuels de mise en œuvre de chacun des types de vérification / évaluation, leur efficacité et leurs rapports coût-efficacité.

2.3.1. Source des données quantitatives

Pour obtenir les données quantitatives, il a été exploité la base des données « DHIS2 » et « Open RBF », les rapports techniques et financiers en rapport avec le FBP au Burundi. Il a également été exploité les différents inventaires des équipements des CPVV.

En outre, les rapports de supervision ainsi que les procès-verbaux (PV) des réunions d'analyse des données et autres outils du SNIS ont été exploités pour apprécier la valeur ajoutée de la vérification/Evaluation par rapport à ces activités classiques.

2.3.2. Rapport coût-efficacité

2.3.2.1. Mesure des coûts¹

Seuls les coûts directs ont été inclus dans cette évaluation. De façon complémentaire, la méthode des ingrédients (partant de la quantité et du coût unitaire de chaque intrant) et la méthode des coûts complets (partant de l'ensemble des dépenses enregistrées en comptabilité) ont été utilisées pour la valorisation des ressources selon les données disponibles.

Comme l'horizon temporel choisi n'est pas supérieur à 12 mois, l'actualisation des coûts n'était pas nécessaire.

Les coûts considérés pour chaque type de vérification/évaluation sont les suivants :

- Pour la **vérification quantitative mensuelle** dans les FOSA, les coûts suivants ont été considérés :
 - **Le coût de location des bureaux** : Afin de valoriser les bureaux non-loués qui ont été rendus disponibles par le gouvernement, une moyenne nationale des bureaux loués a été calculée et appliquée. Le coût total de location a été obtenu par le produit du coût moyen de location et du nombre total des provinces.
 - **Le coût de location des véhicules** utilisés dans le transport des vérificateurs des CPVV. Ils ont été obtenus par sommation des coûts mensuels durant les douze mois de l'année 2020.
 - **Le coût du carburant** : il a été obtenu par la sommation des coûts du carburant utilisé dans tous les CPVV durant l'année 2020.
 - **Le coût des salaires des vérificateurs des CPVV** : Ce coût a été déterminé en faisant la somme du montant des salaires des vérificateurs contractuels des CPVV, du montant des salaires des vérificateurs fonctionnaires des CPVV, du montant des subsides à la performance de l'équipe de validation des CPVV et du montant des subsides à la performance des vérificateurs fonctionnaires des CPVV.
 - **Coût des équipements, fournitures bureautiques, fournitures informatiques et autres fournitures** : après calcul de l'amortissement des équipements de 5 CPVV, le coût des équipements a été déterminé en multipliant le coût moyen des

¹ Les coûts seront donnés en US\$ au taux acheteur de la BRB au 31/03/2020 tel qu'utilisé dans le rapport annuel de mise en œuvre du FBP pour l'année 2020 : 1USD=1976 Fbu).

équipements d'un CPVV au nombre total de CPVV. A ce coût, il a été ajouté le coût annuel des différentes fournitures (bureautiques, informatiques, etc.).

- Pour **l'évaluation trimestrielle de la qualité technique** des FOSA, les catégories de coûts considérées sont identiques à celles de la vérification quantitative mensuelle. Seuls les quotas y alloués ont été différents selon les charges de travail y afférentes (90% pour la vérification quantitative mensuelle, 5% pour l'évaluation de la qualité trimestrielle et les 5% restant pour la vérification communautaire et la validation).
- Pour la **contre-évaluation**, le coût considéré a été celui du montant des honoraires annuels versés à l'entité externe indépendante qui a réalisé cette évaluation.
- Pour la **vérification communautaire**, son coût a été celui du montant des honoraires annuels versés aux associations locales (ASLO) en charge de cette vérification.

2.3.2.2. Mesure de l'efficacité

L'efficacité a été mesurée en fonction de l'effet/résultat principal attendu de chaque type de vérification/évaluation.

Ainsi :

- « **Le nombre de fausses déclarations évitées** » a été utilisé comme critère d'efficacité pour la vérification quantitative mensuelle des formations sanitaires
- « **Le nombre de cas de fausses validations décelées** » a été retenu comme critère d'efficacité pour la contre-vérification semestrielle.
- « **Le nombre de formations sanitaires maintenues à un score qualité acceptable durant l'année 2020** » a, quant à lui, été utilisé comme critère d'efficacité de l'évaluation qualité. Ce seuil est fixé à 50% en référence au Manuel des procédures FBP.
- Enfin, « **le nombre de prestations non confirmées** » a été utilisé comme son critère d'efficacité de l'évaluation communautaire par les ASLO.

2.3.2.3. Calcul du rapport coût-efficacité

Pour déterminer le rapport coût / efficacité, le critère principal a été le RCEI (Ratio Coût Efficacité Incrémental). En anglais, c'est l'ICER (*Incremental Cost-Effectiveness Ratio*).

$$\text{Calcul du RCEI} = \frac{(Cs1 - C \text{ réf})}{(Es1 - E \text{ réf})}$$

Avec C=coût ; E=efficacité ; s1 = nouvelle stratégie évaluée ; réf = stratégie de référence

Bref, le RCEI a été calculé en divisant la différence de coûts moyens annuels entre les 2 stratégies comparées par la différence de leur efficacité moyenne annuelle.

2.3.2.4. Seuils d'acceptabilité du rapport coût-efficacité

A des fins d'arbitrage, les différents rapports coût-efficacité trouvés ont été comparés à des seuils d'acceptabilité.

Selon l'OMS, une intervention est jugée « coût-efficace » si RCEI est inférieur à 3 fois le PIB/habitant du pays dans lequel se déroule l'intervention tandis qu'elle est qualifiée de « très coût-efficace » si son RCEI est inférieur à son PIB/habitant².

Si ce seuil a été largement utilisé dans les analyses coût-efficacité, il a tout récemment été remarqué qu'il était très élevé. A cet égard, sur base d'une étude menée dans plusieurs pays, Wood et col.³ ont recommandé des seuils tenant compte du coût d'opportunité des interventions de santé. Ils ont ainsi proposé un seuil d'acceptabilité de 1 à 52% du PIB/habitant pour les pays à bas et moyen revenu et de 18 à 71% du PIB/habitant pour les pays à revenu moyen ou élevé.

Toutefois, la communauté scientifique recommande également de tenir compte du contexte dans lequel se déroule le programme de santé évalué.

Ainsi, deux seuils d'acceptabilité ont été utilisés dans cette évaluation selon le type de vérification/évaluation :

- Pour la vérification quantitative mensuelle et pour la contre évaluation, le contexte du programme de financement basé sur la performance a été pris en compte et il a été considéré comme seuil le « coût d'une consultation médicale la moins chère achetée dans le cadre du FBP en 2020 ». A cet égard, 2.28 USD (soit 4500 BIF) a été pris comme seuil d'acceptabilité pour les deux types de vérification/évaluation. En effet, cette somme représente le coût d'une « Nouvelle consultation curative pour malnutrition aigüe sévère avec complications ».

² MARSEILLE, Elliot, LARSON, Bruce, KAZI, Dhruv S., *et al.* Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bulletin of the World Health Organization*, 2014, vol. 93, p. 118-124.

³ WOODS, Beth, REVILL, Paul, SCULPHER, Mark, *et al.* Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research. *Value in Health*, 2016, vol. 19, no 8, p. 929-935.

- Avec un PIB/habitant de 276 USD pour le Burundi en 2020⁴, il a été considéré 140.76 USD (soit 51% de 276 USD : sur base des estimations de Wood et al.) comme seuil d'acceptabilité du rapport coût efficacité incrémental pour l'évaluation de la qualité technique des FOSA et pour la vérification communautaire effectuée par les ASLO. Pour cette dernière, le caractère dissuasif de la vérification de l'existence des patients et de la confirmation des prestations pour les patients retrouvés nous a particulièrement poussé à considérer ce seuil. Bien plus, l'évaluation de la qualité porte sur un large éventail de services offerts dans les formations sanitaires.

2.3.3.Appréciation de la valeur ajoutée de chaque type de vérification/Evaluation

La théorie de changement dans la mise en œuvre du FBP implique que le changement espéré avec le FBP passe entre autres canaux par l'Information/communication sur ce qui est attendu du prestataire en termes de services à offrir. Dès lors et par le biais du contrat signé et des différentes évaluations, il lui est décrit ce qui doit être fait et le gap pour une satisfaction optimale.

Ainsi, pour déterminer la valeur ajoutée de la vérification quantitative, il a été évalué ce qui est fait habituellement lors des réunions mensuelles d'analyse des données de routine par l'équipe cadre du district (ECD). Les PV et les feedbacks transmis aux FOSA sur les six mois précédents la collecte des données ont été exploités.

Pour l'évaluation qualité, sa valeur ajoutée a été appréciée à travers les thèmes de supervision abordés par l'ECD lors de la supervision de routine. Il s'agissait de vérifier si les thèmes faisant objet d'évaluation trimestrielle de la qualité ont été abordés lors des supervisions de routine. Dans les formations sanitaires échantillonnées, les registres de supervision (à défaut des copies de rapport de supervision) ont été exploités pour les douze derniers mois en vue d'analyser si tous les thèmes de la grille d'évaluation avaient été couverts par les supervisions.

⁴ Banque mondiale. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/burundi/overview>. Consulté le 19.08.2021.

2.3.4. Choix de l'échantillon

Du point de vue quantitatif, un échantillonnage a été effectué pour le recueil des données sur les coûts d'amortissement des équipements mais aussi pour compléter les données sur la valeur ajoutée des différents types de vérification/évaluation.

Pour obtenir des informations aussi variées que possible, nous avons subdivisé le territoire national en 4 régions (strates) auxquelles nous avons ajouté la mairie de Bujumbura pour ses spécificités. Cette subdivision du pays en 4 régions qui est d'usage dans d'autres études nationales comme l'enquête démographique de la santé⁵ (EDS Burundi 2016-2017 tient compte de leur homogénéité géographique et sociodémographique.

Dans chaque région, nous avons considéré une province (un CPVV); soit en moyenne 25% des provinces sanitaires.

Dans chaque province sanitaire, un district sanitaire a été choisi de façon aléatoire simple. Enfin, il a été choisi, de façon aléatoire systématique, 25% des FOSA ayant le contrat principal FBP dans le district tiré. Il a été assuré une représentativité des FOSA selon leur répartition géographique.

Comme résultat de l'échantillonnage :

- **5 provinces et 5 districts sanitaires tirés sont** : Province CIBITOKÉ (District CIBITOKÉ), Province MUYINGA (District GASHOHO), Province RUTANA (District RUTANA), Province GITEGA (District GITEGA) et BUJUMBURA MAIRE (District Nord).
- **16 centres de santé et 5 Hôpitaux de district ont été tirés** : D'abord, une liste des centres de santé a été établie dans chacun des 5 districts sélectionnés. Ensuite, avec un pas de sondage de 4, un total de 16 Centres de santé a été sélectionné. Dans chaque district sélectionné, l'hôpital de district était automatiquement retenu pour cette évaluation. Un total de 21 formations sanitaires a été ainsi retenu incluant les 5 hôpitaux de districts.

⁵ Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan [Burundi] (MPBGP), Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida [Burundi] (MSPLS), Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), et ICF. 2017. Troisième Enquête Démographique et de Santé. Bujumbura, Burundi :ISTEEBU, MSPLS, et ICF.

Tableau 1 : Formations sanitaires tirées pour l'échantillon

Province BUJA Mairie	Province CIBITOKÉ	Province GITEGA	Province MUYINGA	Province RUTANA
District NORD	District CIBITOKÉ	District GITEGA	District GASHOHO	District RUTANA
CDS Kinama HD KAMENGE	CDS Cibitoke CDS Ndava CDS Rukana HD CIBITOKÉ	CDS Ceru CDS Kibimba CDS Muremera CDS Songa HD Kibimba	CDS Gasorwe CDS Kigoganya CDS Nyagatovu HD GASHOHO	CDS Gitaba CDS Kayero CDS Ngoma CDS Rongero CDS Shanga HD RUTANA

2.3.5. Collecte des données sur terrain

a. Techniques de collecte des données sur terrain

La collecte des données quantitatives s'est appuyée sur une revue documentaire des différents rapports financiers et des rapports des différents types de vérification / évaluation des résultats des FOSA.

De plus, une exploitation des bases de données DHIS2 et Open RBF a été effectuée.

b. Outils de collecte des données

Trois outils ont été utilisés pour collecter les données quantitatives :

- Une fiche de dépouillement des rapports techniques et financiers des différents types de vérification / évaluation
- Une fiche de dépouillement des données relatives aux supervisions de routine et aux réunions d'analyse des données réalisées mensuellement par les ECD.
- Une fiche de dépouillement des données d'amortissement des équipements des CPVV.

c. Organisation de la Collecte des données

Il a été extrait des différents rapports et des bases des données DHIS2 et Open RBF, des données sur les coûts et les résultats des différents types de vérification/évaluation. Plus spécifiquement, les données déclarées et validées pour chaque FOSA ont été extraites ainsi que les scores des évaluations qualité des FOSA.

Par ailleurs, lors des visites aux différents BDS et FOSA, il a été considéré l'état des activités classiques (Supervision, rapportage/analyse des données du SIS) des différents niveaux (BDS et FOSA)

Il a également été recueilli les informations sur les intrants utilisés durant l'année de référence (2020). Des tablettes avec le logiciel web Open Data Kits (ODK) ont été utilisées à cette fin.

2.3.6. Analyse des données

Les données saisies ont été exportées vers le logiciel R studio (version 4.0.0) pour les analyses. Les rapports coût-efficacité des différents types de vérification/évaluation ont été calculés. La détermination de sa région de confiance a permis de tenir compte de l'incertitude autour du RCEI lors de la généralisation des résultats.

L'interprétation des rapports coût-efficacité a été rendu aisée par leurs représentations dans le plan coût- efficacité complétée par un arbitrage par rapport aux seuils d'acceptabilité.

Enfin, l'analyse de sensibilité a permis d'évaluer la robustesse des résultats.

2.4. Volet qualitatif

Ce volet qualitatif nous a permis de nourrir les discussions par rapport à la valeur ajoutée de chacun de types de vérification / évaluation et de formuler les propositions de recommandations et/ou alternatives au système actuel de vérification / évaluation des résultats des FOSA.

2.4.1. Population cible

La population cible pour la partie qualitative de cette évaluation était composée des différents acteurs clés impliqués dans la mise en œuvre du FBP au Burundi et cela à tous les niveaux du système sanitaire.

2.4.2. Technique d'échantillonnage

Un échantillonnage par choix raisonné a été effectué entre les différents acteurs clés impliqués dans la mise en œuvre du FBP à différents niveaux du système de santé.

Pour les responsables des FOSA des provinces échantillonnées, le choix a été fait en fonction de leurs écarts entre les données déclarées et vérifiées pour l'année 2020 et de leur localisation géographique.

2.4.3. Choix des participants

Dans chaque Province sanitaire tirée, l'échantillon était constitué par le médecin directeur de la province sanitaire, le coordinateur du CPVV, le médecin chef du district échantillonné, 2 responsables de formations sanitaires.

Au niveau central et parmi les différents partenaires techniques et financiers les informateurs clés suivants ont été approchés :

- Au niveau central : la CT-FBP, la DGSSLS, la DGR, la DSNIS, la DGOSA
- Parmi les PTFs : ENABEL, UE, Banque mondiale, Cordaid, un représentant du Ministère des finances a également été interviewé.

Ainsi, au total il a été réalisé 41 interviews.

2.4.4. Collecte des données

Les informations recherchées ont été obtenues à l'aide entretiens individuels auprès des acteurs clés échantillonnés.

Des guides d'entretien ont été élaborés et utilisés pour la collecte de ces informations qualitatives.

Les interviews ont été menés avec les différents acteurs impliqués dans le financement basé sur la performance et la gratuité ciblée au Burundi. Des rendez-vous avaient été préalablement demandés.

Les données qui étaient recueillies comportaient une série de thèmes pré-identifiés portant sur la charge de travail, le coût, les procédures, les résultats, la valeur ajoutée et les suggestions d'amélioration/changement pour chacun des types de vérification/évaluation.

2.4.5. Analyse des données

En partant de nos objectifs fixés et des questions d'interview élaborées, les transcrits ont été codés et analysés thématiquement à l'aide du logiciel Nvivo. Les thèmes récurrents par objectif ont été groupés et un schéma de codage a été appliqué sur les transcrits des interviews.

2.5. Modalités pratiques suivies lors de l'évaluation

En premier lieu, il a été opéré des activités préparatoires notamment les démarches de concertation et de consensus avec les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBP, les démarches administratives, techniques et logistiques qui ont été menées jusqu'au démarrage de la collecte des données qualitatives et quantitatives.

Ces démarches visaient la vérification de la disponibilité des données et l'obtention des autorisations nécessaires à la bonne réalisation de cette évaluation.

Ensuite, l'équipe de chercheurs a identifié Huit (8) Assistants expérimentés en recherches quantitatives et qualitatives. De niveau universitaires, ils ont été identifiés dans la base des données des Assistants ayant servi dans les différentes études réalisées par l'INSP et ayant fait recours aux mêmes méthodes.

Peu avant le déploiement sur terrain pour la collecte, ils ont subi une formation sur une journée. Au cours de cette formation, des exercices pratiques de simulation ont été effectués et leur ont permis de mieux se familiariser avec les outils de collecte.

Troisièmement, un pré-test des outils de collecte des données a été organisé et réalisé en province sanitaire de BUBANZA. Ce pré-test nous a permis d'avoir la même compréhension de la part des Assistants et consultants et nous a également permis d'ajuster la cohérence des questions et de mesurer le temps que prendra l'administration du guide d'entretien.

La collecte des données sur le terrain a duré 10 jours et a été effectuée dans le respect total des principes éthiques. Elle a été suivie par leur l'analyse pour dégager les coûts annuels de chacun des types de vérification/évaluation, calculer leurs rapports coût-efficacité et enfin apprécier leurs valeurs ajoutées.

3. PRESENTATION DES RESULTATS

3.1. Coût-efficacité de la vérification/évaluation

3.1.1. Rapport coût-efficacité de la vérification quantitative mensuelle

3.1.1.1. Synthèse des coûts

Les coûts associés à la vérification quantitative mensuelle dans les FOSA et les proportions respectives aux différentes catégories de coûts sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Coûts annuels de la vérification quantitative mensuelle

Désignation	Coûts pour la vérification quantitative mensuelle en BIF	Coûts pour la vérification quantitative mensuelle en USD	Pourcentage
Salaires et primes à la performance pour les vérificateurs des CPVV (ceux de la CAM exclus).	2 721 561 917	1377309	55,1%
Location véhicules	739 872 000	374429	15,0%
Carburant	879 390 964	445036	17,8%
Location bureaux	75 361 450	38138	1,5%
Coût des équipements, fournitures bureautiques, fournitures informatiques et autres fournitures	525 811 743	266099	10,6%
Coût global de la vérification mensuelle⁶	4 941 998 074	2.501.011	100%

Source : Auteurs

Les données reprises dans ce tableau ont été majoritairement tirées dans le « Rapport annuel de la mise en œuvre du financement basé sur la performance couplée à la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020 ». Nous y avons tout simplement ajouté les coûts des équipements après amortissement. Nous avons considéré que la quote-part du budget alloué à cette intervention est de 90%.

⁶ Il a été appliqué le taux acheteur de la BRB au 31/03/2020 tel qu'utilisé dans le rapport annuel de mise en œuvre du FBP pour l'année 2020 : 1USD=1976 Fbu).

Il ressort de ce tableau que, dans le cadre du FBP-gratuité ciblée, le coût annuel de la vérification quantitative mensuelle dans les FOSA a été de **2 501 011.17USD (soit 4.941.998.074 BIF)** au Burundi en 2020.

Le rapport annuel du programme de financement basé sur la performance couplé à la gratuité ciblée indique que 56 891 816 USD (soit 112 469 454 799 BIF) ont été dépensés en 2020. Si on y ajoute le coût des équipements après leur amortissement, son coût de mise en œuvre devient 57 025 825 USD (soit 112 683 030 756 BIF). Par rapport à ce budget, le coût de la vérification quantitative mensuelle dans les formations sanitaires en représente 4,4%. Cela signifie que pour chaque 1 USD investit dans le FBP, environ 0.04 USD a été utilisé dans la vérification quantitative mensuelle.

3.1.1.2. Synthèse des données sur l'efficacité

Effectuée mensuellement dans les FOSA par les vérificateurs des CPVV, la vérification quantitative mensuelle a pour objectif de vérifier la véracité des données déclarées.

Afin d'en déterminer l'efficacité, le nombre de cas de fausses déclarations évitées a été utilisé comme critère. Il a été obtenu par la différence entre les effectifs déclarés et ceux validés par les CPVV.

Ainsi, **3.159.557 cas** indûment déclarés ont été évités par la vérification quantitative mensuelle dans les FOSA au Burundi en 2020.

Le pourcentage de ces cas indûment déclarés qui ont été évités varie de 0.01% à 53.4% selon les structures et pour l'ensemble des indicateurs. A l'exception de trois centres de santé, les trente premières structures sanitaires avec un pourcentage élevé de cas indûment déclarés en 2020 sont des hôpitaux de district.

Selon les indicateurs, ce pourcentage de ces cas indûment déclarés qui ont été évités varie entre 0.7% et 69.7%.

Parmi les indicateurs du paquet minimum d'activité (PMA), '*le nombre de femmes enceintes complètement vaccinées au VAT*', '*la consultation postnatale*' et '*la consultation prénatale recentrée*', sont ceux pour lesquels il s'observe un écart important. Par ailleurs, '*le nombre de contre-références arrivées au centre de santé*', '*la nouvelle consultation curative par un médecin*' et '*le nombre de clients sous ARV suivis semestriellement*', constituent les trois indicateurs du paquet complémentaire (PCA) présentant des différences importantes entre les données déclarées et les données validées.

3.1.1.3. Valorisation des dépenses évitées par la vérification quantitative mensuelle

La valorisation des dépenses directes évitées par la vérification quantitative mensuelle a été effectuée en multipliant le coût unitaire au nombre de cas indûment déclarés qui ont été évités pour chaque indicateur.

Cette valorisation a été effectuée séparément pour les indicateurs du PMA et ceux du PCA. Les résultats sont résumés dans les deux tableaux suivants.

Tableau 3 : Valorisation des coûts évités sur les indicateurs du PMA

	Indicateur	Ecart annuel entre données déclarées et validées	Coût Unitaire de l'indicateur	Coût total en BIF	Coût total en USD
1	Nouvelle Consultation Curative (>= 5 ans)	1058078	240	253.938.720	128511,5
2	Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)	346494	1.500	519.741.000	263026,8
3	Journée d'hospitalisation >= 5 ans	396988	360	142.915.680	72325,7
4	Journée d'hospitalisation < 5 ans	57261	1.500	85.891.500	43467,4
5	Petite chirurgie < 5ans	11452	3.500	40.082.000	20284,4
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital	57158	2.350	134.321.300	67976,4
7	Enfants complètement vaccinés (VAR2)	18998	4.740	90.050.520	45572,1
8	Femmes enceintes VAT complètement vacciné	166620	950	158.289.000	80105,8
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	274	15.300	4.192.200	2121,6
10	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	315	15.300	4.819.500	2439,0
11	Nombre de nouveaux cas sous ARV	2270	12.500	28.375.000	14359,8
12	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	1275	40.950	52.211.250	26422,7
13	Cas des IST traitées	13386	570	7.630.020	3861,3
14	Dépistage des cas TBC positifs par mois	50	13.500	675.000	341,6
15	Nombre de cas TBC traités pendant un semestre et guéris	181	40.265	7.287.965	3688,2
16	Nouvelles Consultations Curative Femme Enceinte	118709	4.000	474.836.000	240301,6
17	Accouchement eutocique	8904	25.000	222.600.000	112651,8
18	FP: Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes	34428	4.000	137.712.000	69692,3
19	FP: Implants et DIU	3243	15.600	50.590.800	25602,6
20	Consultation prénatale précoce	47914	3.400	162.907.600	82443,1
21	Consultation prénatale recentrée	89231	1.560	139.200.360	70445,5
22	Consultation postnatale	223850	1.560	349.206.000	176723,7
23	Dépistage et PEC malnutrition chez les moins de 5 ans	7355	4.550	33.465.250	16935,9
Somme totale épargnée				3.100.938.665	1 569 300,9

Sur le paquet minimum d'activités, le coût des cas indûment déclarés qui ont été évités par la vérification quantitative mensuelle s'élève à 1 569 300,9 USD (soit 3 100 938 665 BIF).

Tableau 4 : Valorisation des coûts évités sur les indicateurs du PCA

	Indicateur	Ecart annuel entre données déclarées et validées	Coût Unitaire de l'indicateur	Coût total en BIF	Coût total en USD
1	Nouvelle Consultation Curative M (< 5 ans)	27680	5500	152240000	77044,5
2	Nouvelles Consultations Curative Femme Enceinte	32433	13000	421629000	213375,0
3	Chirurgie majeure	532	40000	21280000	10769,2
4	Petite chirurgie	2719	7000	19033000	9632,1
5	Accouchement eutocique	1049	27000	28323000	14333,5
6	Césarienne	321	340000	109140000	55232,8
7	Accouchement dystocique	2200	45000	99000000	50101,2
8	Journée d'hospitalisation pour les femmes accouchées, césarisées, femmes avec pathologies liées à la grossesse	217898	6000	1307388000	661633,6
9	Journée hospitalisation < 5 ans	202608	7500	1519560000	769008,1
10	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	70	19000	1330000	673,1
11	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	56	19000	1064000	538,5
12	Nombre de nouveaux cas sous ARV	98	19000	1862000	942,3
12	Dépistage des cas TBC positifs par mois	97	15	1455	0,7
13	FP: Implants et DIU	158	14000	2212000	1119,4
14	PF: ligature trompes - vasectomie	483	60000	28980000	14666,0
15	Nouvelle consultation curative pour malnutrition aiguë sévère avec complications	197	4500	886500	448,6
16	Journée d'hospitalisation pour malnutrition aiguë sévère avec complications	6168	5000	30840000	15607,3
Somme totale épargnée				3.744.768.955	1 895 126,0

Pour le paquet complémentaire d'activités, la somme de 1 895 126 USD (soit 3 744 768 955 BIF) a été épargnée par la vérification quantitative mensuelle sur les cas indûment déclarés.

Au total, les coûts directs annuels évités par la vérification quantitative mensuelle s'élevaient à 3 464 427 USD (soit 6 845 707 620 BIF). Considérant le coût annuel de la vérification quantitative mensuelle, chaque 1 USD dépensé a permis d'épargner 1,4 USD.

3.1.1.4. Rapport coût-efficacité

Le rapport coût-efficacité incrémental est de 0.79 USD [0.73 USD - 0.85 USD] par fausse déclaration évitée par la vérification quantitative mensuelle. Cela signifie qu'éviter un cas de fausse déclaration a coûté 0.79 USD.

Le rapport coût-efficacité et sa région de confiance sont présentés sur la figure ci-dessous.

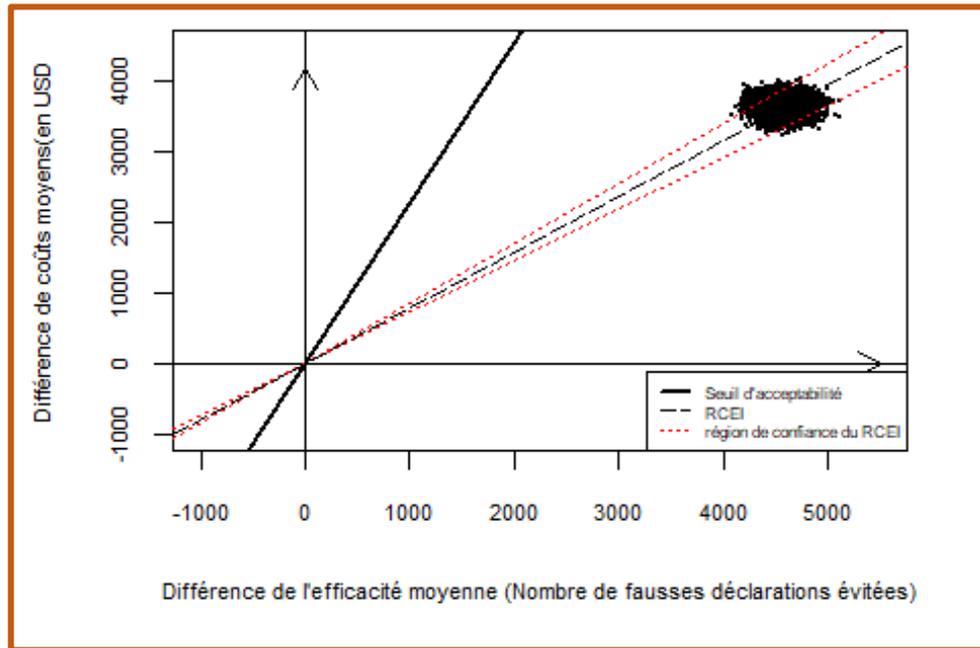


Figure 1 : Plan⁷ coût efficacité pour la vérification quantitative mensuelle

Il ressort de cette figure que la distribution des couples « différence entre coûts (*coût de la vérification vs coût sans vérification*)-différence entre efficacités (*Efficacité vérification quantitative vs Efficacité absence de vérification*) se situe en dessous du seuil d'acceptabilité et se retrouve concentrée dans le quadrant Nord-Est. Cela signifie que les différences entre les coûts sont positives car situées au-dessus de l'axe des abscisses et que les différences entre efficacités sont positives car situées à droite de l'axe des ordonnées. Ainsi, nous en déduisons que, comparée à son absence, la vérification quantitative mensuelle est plus efficace mais aussi chère. Ici, un arbitrage est donc nécessaire entre les coûts et l'efficacité de cette intervention selon le montant que les bailleurs engagés dans le financement sont prêts à payer pour éviter une fausse déclaration.

La comparaison du RCEI trouvé au seuil d'acceptabilité (coût de l'indicateur le moins cher acheté en 2020 dans le cadre du FBP au Burundi = 2.28 USD (soit 4500 BIF)) nous permet de conclure que la **vérification quantitative mensuelle est coût-efficace comparée à la non-vérification.**

⁷ Le Plan coût efficacité montre le rapport coût efficacité de la vérification quantitative mensuelle et sa région de confiance obtenu après 10 000 répliques Bootstrap de la différence des coûts moyens et de la différence des effets moyens.

3.1.1.5. Analyse de la sensibilité probabiliste

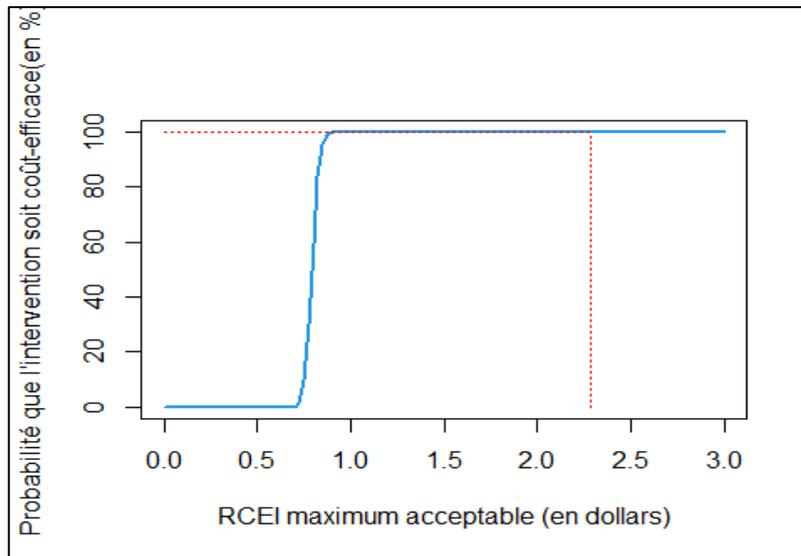


Figure 2 : courbe d'acceptabilité de coût-efficacité sur base des 10 000 répliques Bootstrap.

Cette courbe d'acceptabilité représente la probabilité que la vérification quantitative mensuelle soit coût-efficace, comparée à l'absence de vérification, si l'on fait varier le seuil d'acceptabilité du RCEI.

Elle permet de trancher entre le montant d'argent à dépenser et la probabilité de succès attendue.

Ainsi, cette courbe nous indique que la probabilité actuelle que le rapport coût-efficacité de la vérification quantitative mensuelle soit inférieur au coût de l'indicateur le moins cher acheté dans le cadre du FBP au Burundi (2.28USD) est de 100%.

3.1.2. Rapport coût-efficacité de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA

3.1.2.1. Synthèse des coûts

Du point de vue du gouvernement et des PTFs, les coûts associés à l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA et les proportions relatives aux différentes catégories sont résumés dans le tableau ci-après.

Tableau 5 : Coûts pour l'évaluation trimestrielle de la qualité technique

Catégorie des coûts	Coûts pour l'évaluation trimestrielle de la qualité technique en BIF	Coûts pour l'évaluation trimestrielle de la qualité technique en USD	Pourcentage
Salaires et subsides à la performance pour les vérificateurs des CPVV	90 718 731	45 910	56,1%
Location véhicules	24 662 400	12 481	15,3%
Carburant	29 313 032	14 835	18,1%
Location bureaux	2 512 048	1 271	1,6%
Coût des équipements, fournitures bureautiques, fournitures informatiques et autres fournitures	14 372 714	7 274	8,9%
Coût global de la vérification mensuelle	161 578 925	81 771	100,0%

Source : Auteurs

Les données reprises dans ce tableau ont été majoritairement tirées dans le « Rapport annuel de la mise en œuvre du financement basé sur la performance couplé à la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020 ». Nous y avons tout simplement ajouté les coûts des équipements après amortissement. Nous avons considéré que la quote-part du budget alloué à cette intervention est de 5%.

Ce tableau montre que le coût total de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA est de 81 770.71 USD (soit 161.578.925 BIF) ce qui représente 0.14% du

budget annuel de la mise en œuvre du FBP-Gratuité en 2020. Ainsi, pour chaque 1USD dépensé dans le programme FBP-Gratuité, 0.14USD a été utilisé dans de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA.

Lorsqu'il est tenu compte de l'ampleur du travail à accomplir lors de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA, ce montant semble illogique. En effet, ce coût est bas car l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des Hôpitaux est effectuée par les pairs qui supportent eux même les coûts y associés.

3.1.2.2. Synthèse des données de l'efficacité

La problématique de la qualité des soins a été adressée par le FBP à travers l'évaluation trimestrielle de la qualité technique des FOSA.

Dans le cadre de cette étude, l'efficacité attendue au titre de cette intervention a été jugée par rapport au nombre de structures sanitaires maintenues à un niveau acceptable de qualité technique apprécié à son tour par le maintien à un score de qualité technique égale à 50% minimum tout le long de l'année 2020.

Les données de l'efficacité de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA sont résumées dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Effectif des FOSA selon leurs scores qualité en 2020 (n=763)

	Effectif	Effectif des FOSA avec 50% les trimestres précédents	Pourcentage
Nombre de FOSA ayant eu un score qualité minimum de 50% au premier trimestre 2020	758		99.3%
Nombre de FOSA ayant eu un score qualité minimum de 50% au second trimestre 2020	761	756	99.1%
Nombre de FOSA ayant eu un score qualité minimum de 50% au troisième trimestre 2020	759	753	98.7%
Nombre de FOSA ayant eu un score qualité minimum de 50% au quatrième trimestre 2020	760	752	99.6%
Nombre de FOSA maintenues à un score qualité minimum de 50% entre le premier et le quatrième trimestre 2020	752		98.55%

n= nombre total de FOSA ayant bénéficié de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique

Au total, 752 structures de santé (soit 98.55%) ont été maintenues à un score qualité acceptable entre le 1^{er} Janvier et 31 Décembre 2020.

Le score qualité varie énormément entre les structures sanitaires. En effet, il varie de 11.67% à 97.79% avec une moyenne de 67.1%.

3.1.2.3. Rapport coût-efficacité

Le rapport coût-efficacité incrémental de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA est de 109.1569 USD [89.84 USD - 131.7443 USD] par FOSA maintenue à un minimum acceptable de qualité technique.

Le RCEI et sa région de confiance sont représentés sur la figure ci-après.

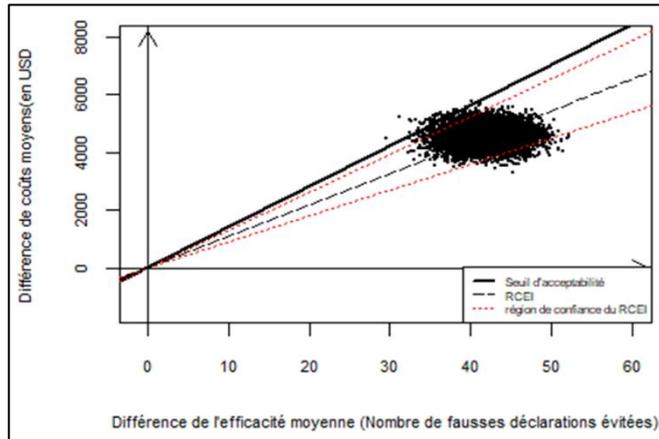


Figure 3 : Plan⁸ coût efficacité pour l'évaluation trimestrielle de la qualité technique

Ce graphique montre que l'évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSA est plus efficace mais aussi coûteuse.

En effet, comme le montre ce graphique, le RCEI et son intervalle de confiance se situent en dessous du seuil d'acceptabilité. Les différences entre les coûts sont positives car situées au-dessus de l'axe des abscisses et les différences entre efficacités sont positives car situées à droite de l'axe des ordonnées. Ainsi, nous en déduisons que, comparée à son absence, l'évaluation trimestrielle de la qualité est plus efficace mais est aussi chère.

Cependant, l'arbitrage par rapport au seuil d'acceptabilité de cette intervention (140.76USD⁹) nous permet de conclure qu'**elle est plus coût-efficace par rapport à l'absence d'évaluation**. En effet, même après considération de l'incertitude, le RCEI (109.1569 USD [89.84 USD - 131.7443 USD]) reste inférieur au seuil d'acceptabilité.

⁸ Le Plan coût efficacité montrant le ration coût efficacité de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique et sa région de confiance obtenu après 10 000 répliques Bootstrap de la différence des coûts moyens et de la différence des effets moyens.

⁹ Avec un PIB/habitant de 276 USD pour le Burundi en 2020⁹, il a été considéré 140.76 USD (soit 51% de 276 USD : sur base des estimations de Wood et al.) comme seuil d'acceptabilité du rapport coût efficacité incrémental pour l'évaluation de la qualité technique des FOSA et pour la vérification communautaire effectué par les ASLO

3.1.2.4. Analyse de la sensibilité probabiliste

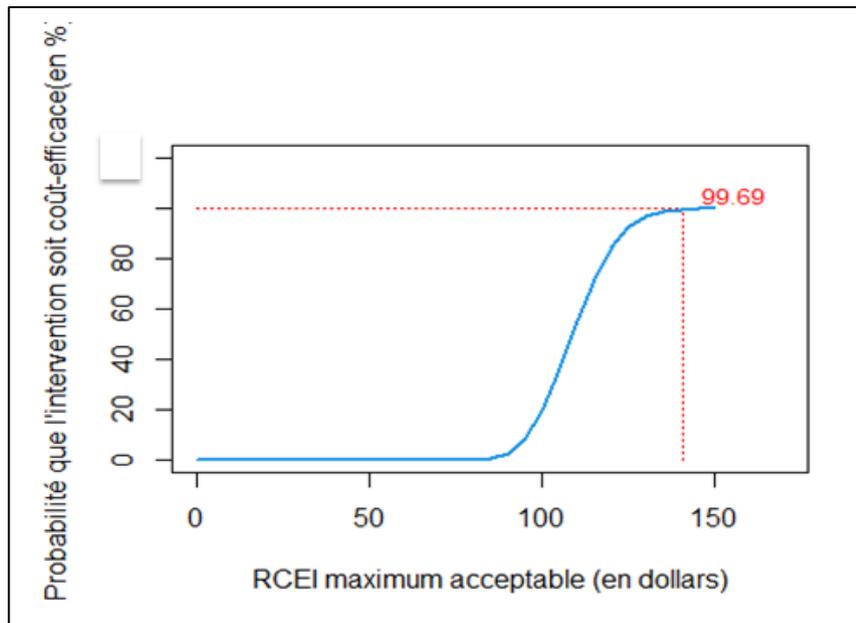


Figure 4 : courbe d'acceptabilité de coût-efficacité sur base des 10 000 répliques Bootstrap.

Cette courbe nous indique que l'évaluation trimestrielle de la qualité technique actuellement en vigueur au Burundi est coût-efficace dans 99.69% des cas au seuil de 140.76USD.

3.1.3. Rapport coût-efficacité de la vérification communautaire par les ASLO

3.1.3.1. Synthèse des coûts

Les coûts liés à la vérification communautaire par les ASLO en 2020 ont été évalués à 283 899.89 USD (soit 560 986 200 BIF)¹⁰. Ces coûts représentent les honoraires versés aux ASLO pour leur prestation de services. Par rapport au budget annuel du programme FBP, ils en représentent 0.5%. Donc, 0.005 USD ont été dépensés dans la vérification/enquête communautaire de la qualité perçue au niveau des FOSA sur 1 USD investi dans le FBP-Gratuité.

3.1.3.2. Synthèse des données de l'efficacité

Effectuée semestriellement par les associations locales (ASLO), la vérification communautaire conduit à un score de la qualité perçue obtenu sur base de trois critères : l'existence du patient, la confirmation par les patients retrouvés des prestations reçues à la formation sanitaire et enfin le niveau de satisfaction sur la qualité des services reçus à la structure sanitaire.

Afin de faire une évaluation objective de l'efficacité de la vérification communautaire par les ASLO, le nombre de prestations non confirmées relevées par les ASLO a été utilisé comme critère d'évaluation. Ainsi, **531 prestations non confirmées** ont été relevées dans 6880 prestations semestrielles vérifiées par 70 ASLO^{11,12} ce qui fait par extrapolation **1062 prestations non confirmées relevées en moyenne sur l'année 2020**.

L'analyse des données obtenues montre que le pourcentage de prestations confirmées varie entre 31.6% et 100% avec une moyenne de 92.3%.

La vérification communautaire est donc efficace comparativement à son absence.

10 Rapport annuel de la mise en œuvre du financement basé sur la performance couplée à la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020

11 Rapport de contre-vérification des données quantitatives et qualitatives, objet de financement basé sur la performance et la gratuité ciblée des soins. Second trimestre 2019.

12 Rapport de contre-vérification des données quantitatives et qualitatives, objet de financement basé sur la performance et la gratuité ciblée des soins. Premier trimestre 2019.

3.1.3.3. Rapport coût-efficacité

Le rapport coût-efficacité incrémental trouvé pour l'évaluation communautaire par les ASLO par rapport à la non-évaluation est de 13.58 USD (soit 27 247 BIF) par prestation non confirmée relevée par les ASLO.

Ce rapport coût-efficacité est jugé suffisamment bas par rapport au seuil d'acceptabilité (140.76 USD); ce qui permet donc de qualifier la vérification communautaire par les associations locales de coût-efficace par rapport à son absence.

3.1.4. Rapport coût-efficacité de la contre - vérification des prestations des FOSA

3.1.4.1. Synthèse des coûts

Réalisée semestriellement par une entité externe indépendante, les coûts inhérents à la contre-vérification sont essentiellement représentés par les honoraires versés à cette entité pour ses prestations.

La contre-vérification comporte plusieurs activités à savoir :

- Contre vérification quantitative : CDS, Hôpitaux
- Contre-vérification Qualitative : CDS, Hôpitaux, BDS, BPS, CPVV
- Contre vérification dans la communauté

Ainsi si on considère uniquement la contre vérification au niveau des FOSA, et tenant compte des rapports de contre vérification ayant eu lieu en 2020, il est clair que la contre vérification quantitative a concerné 17 Hôpitaux et 71 CDS ; ce qui représente une charge de contre vérification équivalente à 86/305 (CV quantitative de 17Hôpitaux, 71CDS et CV qualitative de 18CPVV, 18BPS, 18BDS, 17 Hôpitaux, 71CDS ainsi que l'Evaluation communautaire dans 71 aires de santé) ; soit 28%.

Au titre de cette intervention, le gouvernement et ses bailleurs ont dépensé le montant de **215 209.93 USD (soit 425 254 812 BIF)** au cours de l'année 2020¹³. Cela ne représentant que 0.4% du budget annuel du FBP-gratuité au Burundi. Or comme nous venons de le voir, le poids de la contre vérification quantitative dans les FOSA représente 28% du travail de contre vérification en général. Ainsi, le coût de cette contre vérification dans les FOSA revient à **215 209.93 USD*28%=60258.7 USD (soit 425 254 812 BIF*28%= 119 071 347.36 BIF).**

¹³ Rapport annuel de la mise en œuvre du financement basé sur la performance couplée à la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020

3.1.4.2. Synthèse des données de l'efficacité

L'objectif de la contre-vérification étant de s'assurer de la véracité des prestations quantitatives et qualitatives dans le cadre du FBP mais aussi d'apprécier le respect des procédures FBP afin d'en proposer des mesures correctrices, son efficacité a été évaluée par le nombre de cas de fausses validations décelées dans les données contrevérifiées. Ce nombre a été obtenu par la sommation des écarts entre données validées et les données contre-validées.

Ainsi, la contre-vérification a permis de détecter 182 855 **cas de fausses validations par les CPVV dans** 94 formations sanitaires.

3.1.4.3. Rapport coût-efficacité

Le RCEI de la contre - vérification des prestations des FOSA s'élève à 0.35 USD IC95% (0.21 USD - 0.56USD). Cela représente le montant à déboursier par les bailleurs engagés dans le financement basé sur la performance au Burundi pour déceler une fausse validation lors de la contre - vérification.

Comparée à son absence, la contre-vérification est à la fois efficace et coûteuse comme le confirme la représentation dans le plan coût-efficacité qui montre que la distribution conjointe entre la différence des coûts moyens et celle des effets moyens se trouve dans le cadran nord-Est (voir figure 5).

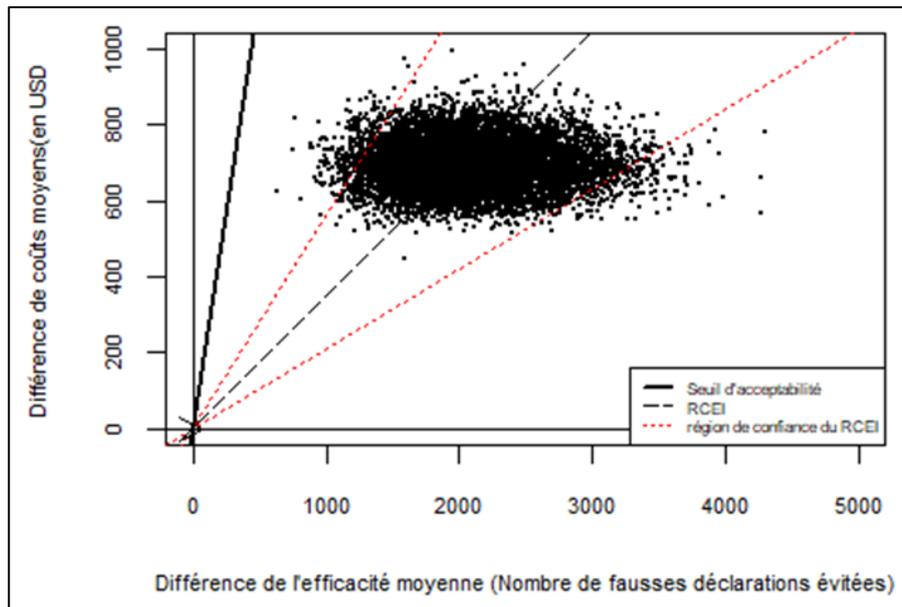


Figure 5 : Plan¹⁴ coût efficacité pour contre-vérification des prestations des FOSA

L'arbitrage par rapport au coût de l'indicateur le moins cher acheté en 2020 dans le cadre du FBP au Burundi (2.28 USD) qui a été pris comme seuil d'acceptabilité nous permet de conclure que **la contre-vérification est coût-efficace comparée à son absence** car son RCEI et sa région de confiance sont inférieurs à ce seuil.

3.1.4.4. Analyse de la sensibilité probabiliste

La figure ci-après nous montre les résultats de l'analyse de la sensibilité probabiliste.

¹⁴ Le Plan coût efficacité montrant le ration coût efficacité de la contre-vérification des prestations des FOSA et sa région de confiance obtenu après 10000 répliquions Bootstrap de la différence des coûts moyens et de la différence des effets moyens.

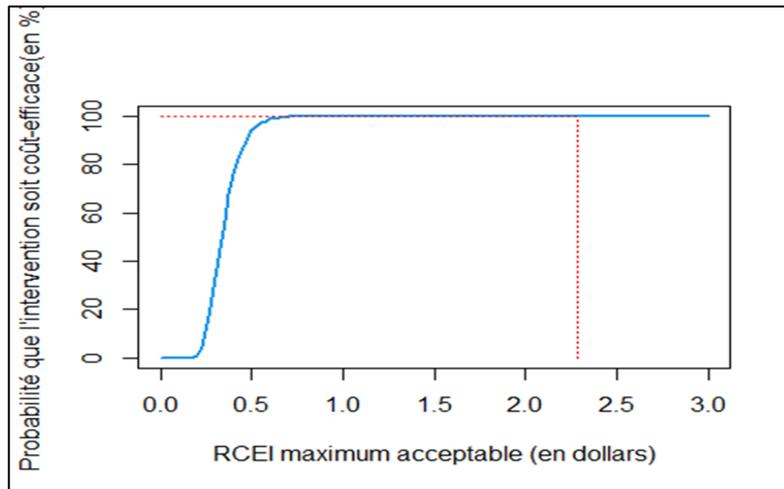


Figure 6 : courbe d'acceptabilité de coût-efficacité sur base des 10 000 répliques Bootstrap.

Selon cette courbe, la probabilité que la contre-vérification soit cout-efficace est de 100% au seuil d'acceptabilité de 2.28USD pris comme référence.

3.2. Valeur ajoutée de chacun des types de vérification/évaluation

Il est usuel de ne retenir qu'un seul critère d'efficacité, jugé plus pertinent, pour des analyses coût-efficacité. Toutefois, il pourrait y avoir d'autres effets qui pourraient traduire l'efficacité d'un programme évalué.

Dans cette évaluation, il a été également exploré d'autres effets/conséquences des différents types d'actions au niveau système de santé pour mieux appréhender la valeur ajoutée de chacun d'eux.

Tableau 7 : Composition de l'échantillon en fonction de la catégorie et du statut de la FOSA

		Effectif	Pourcentage
Catégorie	CDS	13	56.5%
	Hôpital	5	21.7%
	District	5	21.7%
Statut du CDS	Confessionnel	6	46.2%
	Public	7	53.8%
Statut de l'HD	Confessionnel	1	20.0%
	Public	4	80.0%

Le tableau ci—dessus montre qu'environ 57% de structures visitées étaient des CDS et étaient à majorité Publiques (54%). Parmi les HD impliqués dans l'étude, la grande majorité (80%) relevaient également du secteur public.

Dans ces structures, nous avons essayé de mesurer la façon selon laquelle les activités classiques (supervision, rapportage dans le cadre du SNIS) sont réalisées.

3.2.1. Actions en faveur de la qualité des données du SIS de routine au niveau BDS

Tableau 8 : Affichage des informations essentielles

	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Affichage des informations essentielles				
Le BDS affiche les données sur l'accouchement assisté	1	20.0%	4	80.0%
Le BDS affiche les données sur la Consultation externe des enfants de <5ans	2	40.0%	3	60.0%
Le BDS affiche les données sur la Consultation externe Adulte	2	40.0%	3	60.0%
Le BDS affiche les données sur l'Utilisation des services	1	20.0%	4	80.0%
Le BDS a une carte sanitaire	3	60.0%	2	40.0%
Le BDS affiche un résumé d'informations démographiques telles que la population par groupes cibles	2	40.0%	3	60.0%

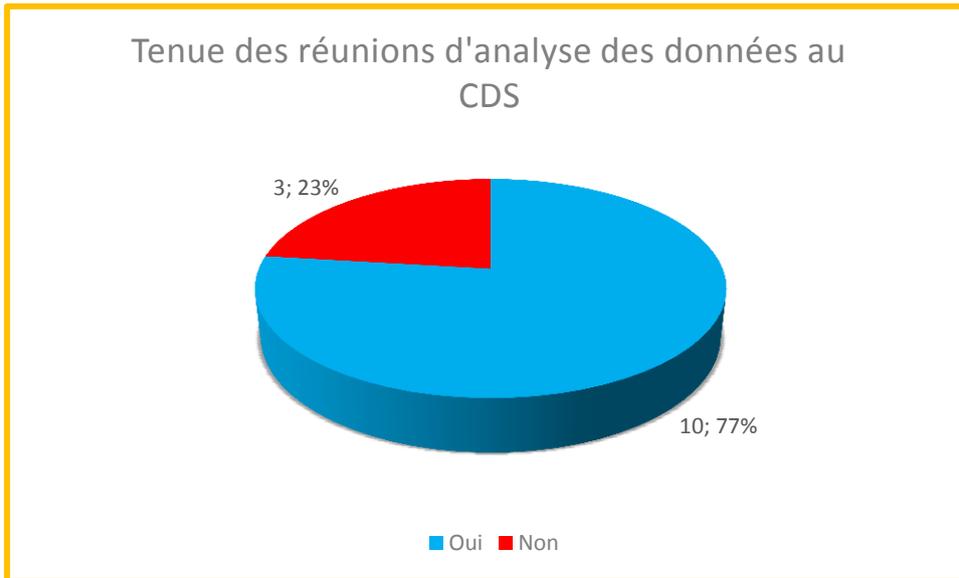
Les résultats repris dans le tableau ci-dessus montrent qu'environ moins de la moitié des BDS visités gardent les informations essentielles affichées et comme tableau de bord pour le chargé du SIS. En effet, seuls les SIS de deux BDS (40%) ont à leur portée la population par groupes cibles. C'est cette même proportion qui est objectivée quant à l'affichage des données sur les consultations des moins de cinq ans et des adultes. Lors de notre passage, seul le SIS d'un BDS (20%) avait à sa portée les données en rapport avec l'accouchement assisté et l'utilisation des services affichées. Il a été constaté malheureusement dans deux BDS (40%) l'absence de carte sanitaire.

Tableau 9 : Traitement et Analyse par le CDS des données transmises au BDS

	Oui, observé.		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
▪ Calcul des indicateurs par aire de responsabilité	8	61.5%	5	38.5%
▪ Calcul des indicateurs mettant en évidence les patients provenant hors aire de responsabilité	5	38.5%	8	61.5%
▪ Calcul des indicateurs mettant en évidence les patients Anciens cas et les Nouveaux Cas	4	30.8%	9	69.2%
▪ Comparaisons des données dans le temps (suivi dans le temps)	4	30.8%	9	69.2%
▪ Comparaisons de ses performances avec les objectifs au niveau national	6	46.2%	7	53.8%

Il ressort de ces résultats repris dans ce tableau que 5 sur 13 CDS n'affichent pas les indicateurs calculés par aire de responsabilité au moment où plus de 60% des CDS visités ne mettent pas en évidence les patients hors aire de responsabilité. Bien plus, il est noté qu'environ 70% des CDS visités ne sont pas préoccupés ni par la distinction Anciens cas versus nouveaux cas ni par le suivi des données dans le temps.

Les données transmises au niveau BDS devraient faire préalablement objet d'analyse au cours d'une réunion du staff du CDS



Graphique 1 : Réunions d'analyse des données au niveau CDS

Il ressort des résultats repris sur la figure ci-dessus que 3 CDS affirment ne pas tenir de réunions d'analyse des données qu'ils transmettent au niveau hiérarchique.

Pour les 10 CDS affirmant tenir des réunions, nous avons voulu objectiver la tenue effective par le biais des PV produits :

Tableau 10 : Nombre de PV de réunions d'analyse des données au niveau CDS

	2020			2021		
	Attendus	Oui, observé	%	Attendus	Oui, observé.	%
PV de réunion d'analyse des données produits	120	89	74.2%	60	54	90.0%

Ainsi, nous constatons que les PV attendus n'ont pas été objectivés dans des proportions de 25% et 10% respectivement pour l'année 2020 et 2021.

Pour les PV disponibles, nous avons tiré au hasard un PV pour chaque année pour analyser les aspects qui sont développés.

Tableau 11 : Aspects abordés dans le PV d'analyse des données au niveau CDS

	2020			2021		
	PV tiré	Oui, observé.	%	PV tiré	Oui, observé.	%
Exactitude des données rapportées	10	6	60.0%	10	6	60.0%
Calcul de la performance pour chaque indicateur rapporté	10	9	90.0%	10	8	80.0%
La complétude des données.	10	6	60.0%	10	8	80.0%
La complétude du rapport.	10	6	60.0%	10	7	70.0%

Nous constatons qu'il y a 4 CDS dont les PV ne ressortent pas l'aspect en rapport avec l'exactitude des données aussi bien en 2020 qu'en 2021. Cette proportion est celle retrouvée en 2020 quant à la complétude des données et des rapports.

Tableau 12 : Traitement et Analyse des données transmises par les FOSA

	Oui, observé.		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Le SIS BDS fait un Calcul des indicateurs par aires de responsabilité	5	100.0%	0	0.0%
Le SIS BDS fait un Calcul des indicateurs mettant en évidence les patients provenant hors aire de responsabilité	2	40.0%	3	60.0%
Le SIS BDS fait un Calcul des indicateurs mettant en évidence les patients Anciens cas et les Nouveaux Cas	3	60.0%	2	40.0%
Le SIS BDS fait une Comparaisons des différents types de couverture entre les formations sanitaires / aires de responsabilité	4	80.0%	1	20.0%
Le SIS BDS fait une Comparaisons des données dans le temps (suivi dans le temps)	3	60.0%	2	40.0%

Des résultats du tableau ci-dessus, il ressort que s'il est vrai que tous les SIS font le calcul des indicateurs par aire de responsabilité, la dimension hors aire de responsabilité n'attire pas l'attention de la majorité des SIS des BDS visités. En effet, il a été constaté que dans 3 BDS (60%), le calcul des indicateurs mettant en évidence les patients hors aire de responsabilité n'est pas réalisé. En outre, la dimension en rapport avec l'épisode maladie (Ancien cas vs nouveau cas) n'est pas une préoccupation pour deux (40%) des BDS visités ; Cette proportion se remarque également en ce qui est du suivi des indicateurs dans le temps.

Tableau 13 : Feedback sur les Rapports mensuels

	Oui, observé.		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Le BDS a reçu des feedbacks sur les données rapportées en provenance du NC	1	20.0%	4	80.0%
Le BDS a reçu des feedbacks sur les données rapportées en provenance du BPS	2	40.0%	3	60.0%
Le BDS garde une copie des feedbacks aux FOSA sur les données rapportées	3	60.0%	2	40.0%

Les données produites au niveau CDS sont transmises jusqu'au niveau Central en passant par le niveau BDS. Il est attendu un feedback de chaque niveau hiérarchique pour espérer que les données qui sont gardées sont des données ayant été vérifiées pour leur qualité.

Pour ce niveau BDS, nous avons noté au moins un feedback du niveau central dans un seul BDS alors que dans deux, il a été objectivé au moins un feedback de la part du niveau BPS.

Le Niveau BDS à son tour est appelé à faire des feedbacks aux FOSA qui lui transmettent les données mensuelles. Malheureusement, aucune trace de feedback aux FOSA n'a été trouvée dans deux BDS (40%).

Nous avons procédé au comptage des feedbacks retrouvés. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 14 : Nombre de feedback

	2020			1er semestre 2021		
	Attendus	Observés	%	Attendus	Observés	%
Nombre de feedback en provenance du NC sur les données qui sont disponibles	12	1	8%	6	2	33%
Nombre de feedback en provenance du BPS sur les données qui sont disponibles	24	1	4%	12	5	42%
Nombre de feedback sur les données du SISR	36	11	31%	18	6	33%

Il ressort des résultats de ce tableau que même les districts ayant reçu des feedbacks des niveaux hiérarchiques, ceux-ci n'ont pas été objectivés (seulement moins de 10% pour l'année 2020) soit parce qu'ils n'ont pas été archivés soit parce qu'ils ne sont pas régulièrement transmis. Il semble qu'il y a une amélioration avec l'année 2021 (plus de 30% objectivés), ce qui ferait penser plus à un problème d'archivage.

D'un autre côté, il est clair que même les BDS ayant transmis à leur tour des feedbacks aux

FOSA de leur ressort n'en gardent pas une copie car seules environ 30% des copies ont été objectivées lors de notre passage aux BDS.

Dans ce chapitre des données, nous avons voulu savoir si les BDS organisent des réunions mensuelles d'analyse des données. Il est ressorti que tous les BDS affirment tenir ces réunions à un rythme mensuel. Nous avons poussé plus loin en vérifiant la tenue de ces réunions par des procès-verbaux y relatifs produits.

Tableau 15 : Nombre de PV disponibles

	2020			2021		
	Attendus	Oui, observé.	%	Attendus	Oui, observé.	%
Nombre de PV de réunion d'analyse des données ont été produits	60	0	0%	30	3	10%

Le constat est qu'aucun PV n'a été objectivé pour l'année 2020 et seuls 3PV (10 % des PV attendus) ont été objectivés dans un seul BDS pour l'année 2021.

Nous avons par la suite procédé à l'analyse du contenu de ces PV en tirant au hasard un PV. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

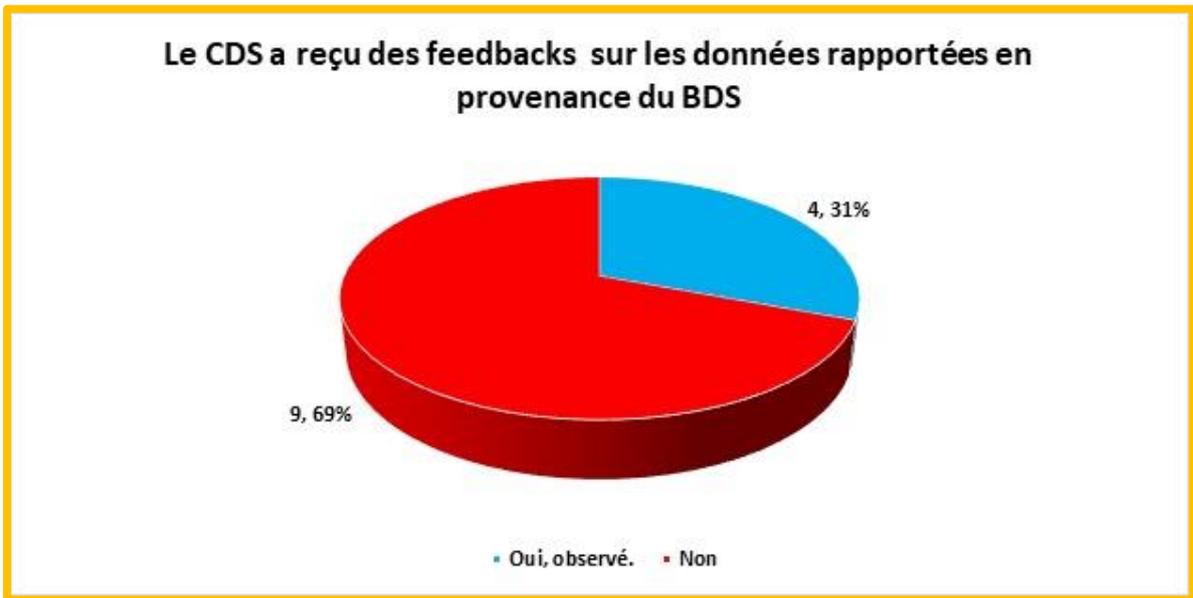
Tableau 16 : Aspects abordés dans le PV:

	2020			2021		
	PV tiré	Oui, observé.	%	PV tiré	Oui, observé.	%
Exactitude des données rapportées	-	-	-	1	0	0
Calcul de la performance pour chaque indicateur rapporté	-	-	-	1	1	100%
La complétude des données.	-	-	-	1	1	100%
La complétude du rapport.	-	-	-	1	1	100%

Il a été constaté malheureusement pour le seul PV tiré que l'aspect en rapport avec l'exactitude des données n'avait pas été abordé pendant la réunion.

A l'issue de l'analyse des données, il est attendu que le BDS procède à donner des feedbacks spécifiques à chaque CDS. Ainsi, nous avons vérifié au niveau des CDS visités s'il y avait une

trace des feedbacks envoyés par l'ECD. Les résultats sont repris sur la figure suivante :



Graphique 2 : Feedback du BDS aux CDS sur rapports mensuels SIS

Nous constatons que ces feedbacks n'ont été objectivés que dans seulement 4 CDS. Nous avons cherché à savoir si les feedbacks attendus correspondent aux feedbacks réellement disponibles au niveau des CDS.

Tableau 17 : Nombre de feedback disponibles au niveau des CDS

	2020			2021		
	Attendus	Oui, observé	%	Attendus	Oui, observé	%
Nombre de feedback sur les données qui sont disponibles	48	14	29.2%	24	6	25.0%

Nous remarquons que seulement moins de 30% des feedbacks attendus étaient disponibles au niveau des CDS aussi bien pour l'année 2020 que pour 2021.

Nous avons procédé à l'analyse des Aspects abordés dans les feedbacks disponibles

Tableau 18 : Aspects abordés dans le feedback aux CDS par le BDS

	2020			2021		
	Rapport tiré	Oui, observé.	%	Rapport tiré	Oui, observé.	%
Exactitude des données rapportées	4	0	0.0%	4	1	25.0%
Calcul de la performance pour chaque indicateur rapporté	4	1	25.0%	4	2	50.0%
La complétude des données.	4	2	50.0%	4	2	50.0%
La complétude du rapport.	4	2	50.0%	4	2	50.0%

Nous constatons qu'aucun feedback des 4 tirés aléatoirement ne comportait de focus mis sur l'exactitude des données pour l'année 2020 alors que ce focus est rapporté sur un seul feedback durant l'année 2021. D'un autre côté le focus sur la complétude des données/rapport est retrouvé dans la moitié des CDS ayant reçu les feedbacks.

3.2.2. Actions en faveur de la qualité des services au niveau FOSA par les BDS

Nous avons considéré que l'amélioration de la qualité des services offerts par les FOSA passe avant tout par le renforcement des compétences des prestataires à travers les supervisions formatives bimestrielles. C'est à ce moment que les superviseurs peuvent transférer aux supervisés le savoir-faire en indiquant ce qui est attendu pour un service de qualité.

Dans un premier temps, nous considérons les informations trouvées au niveau BDS.

Tableau 19 : Supervisions bimestrielles des FOSA

	Oui, observé.		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
L'ECD a réalisé une supervision des FOSA au cours des 12 derniers mois	5	100.0%	0	0.0%
Le BDS transmet systématiquement les copies des rapports de supervision	5	100.0%	0	0.0%
Le BDS archive les rapports de supervision	5	100.0%	0	0.0%

Il a été rapporté que tous les BDS visités font des supervisions bimestrielles aux FOSA de leur ressort.

Nous avons essayé de creuser pour comprendre les thématiques qui font objet de

supervision. Pour cela, nous avons considéré six rapports de supervision d'un CDS tiré aléatoirement dans l'hypothèse où avec une supervision bimestrielle, il est fort possible que tous les aspects du CDS soient couverts.

Dans un premier temps, nous avons considéré les grandes thématiques :

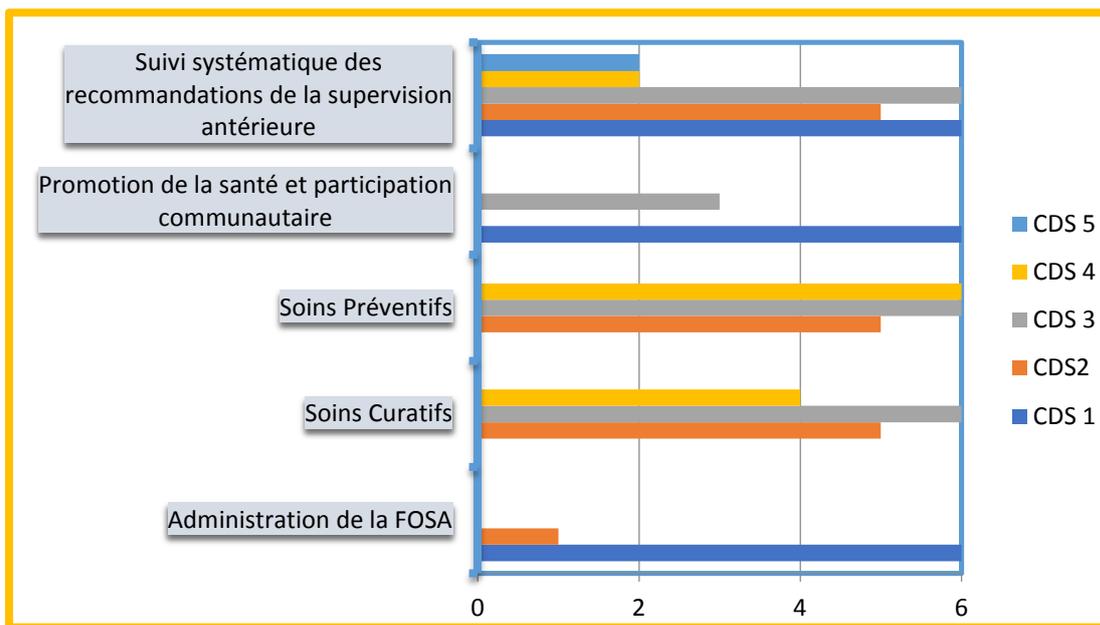
Tableau 20 : Etat de supervision des CDS sur les grandes thématiques

Rapport n°	Administration de la FOSA	Soins Curatifs	Soins Préventifs	Promotion de la santé et participation communautaire	Suivi systématique des recommandations de la supervision antérieure
1	1	0	0	1	1
1	0	1	1	0	1
1	0	1	1	0	1
1	0	1	1	0	0
1	0	0	0	0	1
	1	3	3	1	4
2	1	0	0	1	1
2	0	1	1	0	1
2	0	1	1	0	1
2	0	0	1	0	0
2	0	0	0	0	1
	1	2	3	1	4
3	1	0	0	1	1
3	0	1	1	0	1
3	0	1	1	1	1
3	0	0	1	0	1
3	0	0	0	0	0
	1	2	3	2	4
4	1	0	0	1	1
4	0	1	1	0	1
4	0	1	1	1	1
4	0	1	1	0	1
4	0	0	0	0	0
	1	3	3	2	4
5	1	0	0	1	1
5	1	1	1	0	1
5	0	1	1	0	1
5	0	1	1	0	0
5	0	0	0	0	0
	2	3	3	1	3
6	1	0	0	1	1
6	0	0	0	0	0
6	0	1	1	1	1
6	0	1	1	0	0
6	0	0	0	0	0
	1	2	2	2	2

Nous aboutissons à 5 CDS tirés pour les 5 BDS de l'étude. Ici nous présentons les thématiques

couvertes dans les 5 CDS dans l'ordre chronologique des rapports.

Il ressort des résultats repris dans le tableau ci-dessus que les thématiques en rapport avec l'Administration de la FOSA et la participation communautaire sont rarement supervisées par la majorité des BDS. Par contre, les thématiques sur les soins curatifs et soins préventifs reviennent comme ayant été supervisées à chaque fois que le BDS se rend dans la formation sanitaire pour la supervision. Ceci se remarque par le fait que les thématiques retrouvées dans le premier rapport pour la majorité des CDS, sont les mêmes qui reviennent dans les rapports suivants comme le montre le graphique ci-dessous :



Graphique 3 : Rythme de supervision des différentes thématiques

Nous constatons en effet deux CDS dont le focus de supervision a été chaque fois mis, à part le suivi des recommandations de la supervision antérieure, sur deux thèmes de supervision.

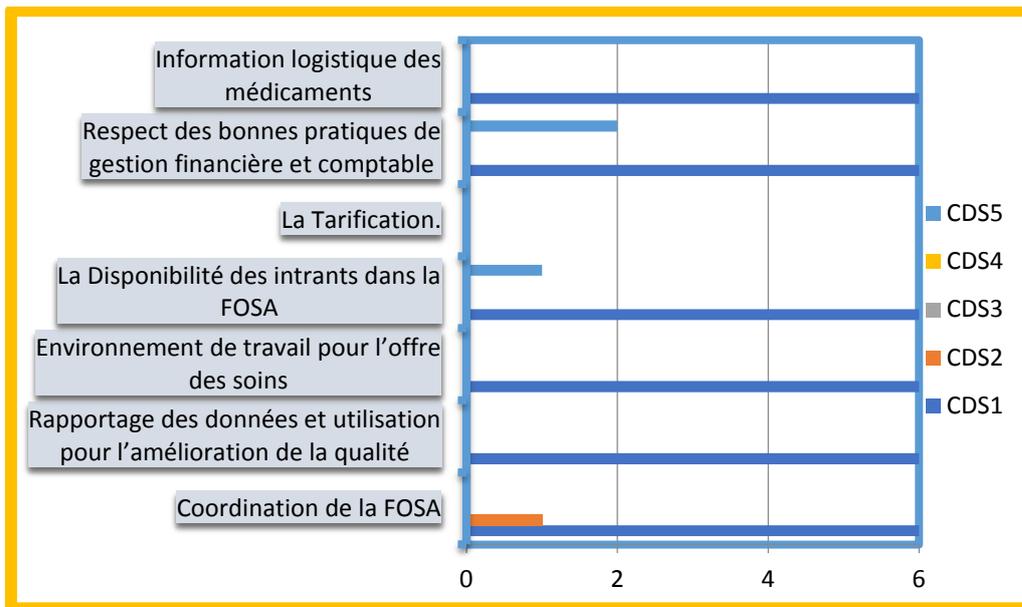
D'un autre côté, alors que le suivi des recommandations de la supervision antérieure devrait être systématique à chaque passage pour la supervision, nous constatons que ça ne l'était toujours que pour ces deux BDS.

Nous nous sommes par ailleurs intéressés aux sous-thèmes en consultant les mêmes rapports de supervision tirés aléatoirement.

Tableau 21 : Etat de supervision des CDS sur les sous-thèmes

Rapport	Coordination de la FOSA	Rapportage des données et utilisation pour l'amélioration de la qualité	Environnement de travail pour l'offre des soins	La Disponibilité des intrants dans la FOSA	La Tarification.	Respect des bonnes pratiques de gestion financière et comptable	Information logistique des médicaments
1	1	1	1	1	0	1	1
1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	1	0	0
	1	1	1	2	0	2	1
2	1	1	1	1	0	1	1
2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	1	0
	1	1	1	1	0	2	1
3	1	1	1	1	0	1	1
3	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	0	1	1
4	1	1	1	1	0	1	1
4	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	0	1	1
5	1	1	1	1	0	1	1
5	1	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0
	2	1	1	1	0	1	1
6	1	1	1	1	0	1	1
6	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	0	1	1

Nous constatons que ces sous-thèmes sont rarement abordés par la majorité des BDS visités à l'exception d'un seul. Étonnamment pour ce BDS et comme relevé plus haut, c'est comme si ces sous-thèmes sont tous abordés à chaque passage de supervision ; ce qui met en doute alors la qualité de cette supervision et par conséquent le transfert des compétences/informations sur le comment d'un service de qualité. Par ailleurs, nous constatons que dans deux BDS on n'a retrouvé aucun de ces sous-thèmes dans les rapports de supervision consultés. Ces constats sont repris sur le graphique ci-dessous



Graphique 4 : Rythme de supervision sur les différents sous-thèmes

Dans un deuxième temps, nous avons voulu confronter les résultats des informations trouvées au BDS par les informations objectivées au niveau des CDS visités.

Tableau 22 : Supervisions bimestrielles par l'ECD

	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
La FOSA a bénéficié d'une supervision de l'ECD au cours des 12 derniers mois	13	100.0%	0	0.0%
Le CDS a-t-elle bénéficié du feedback immédiat (vérification des feedbacks)	7	53.8%	6	46.2%
La FOSA a reçu une copie du rapport de supervision	7	53.8%	6	46.2%

Il ressort des résultats repris dans le tableau ci-dessus que s'il est vrai que tous les CDS visités affirment avoir bénéficié d'une supervision de la part de l'ECD, les feedbacks immédiats ainsi que les copies de rapport de supervision n'ont été objectivés que dans légèrement plus de la moitié de ces CDS (54%).

Tableau 23 : Disponibilité des traces de supervision par l'ECD

	2020			1er semestre 2021		
	Attendus	Observés	%	Attendus	Observés	%
Nombre de feedback immédiats de supervision disponibles au CDS	6x13	22	28%	3x13	16	41%
Nombre de copies de rapport de supervision qui sont disponibles	6x13	16	21%	3x13	11	33%

En s'intéressant à leur disponibilité effective, nous remarquons que aussi bien les feedbacks immédiats que les copies de rapports de supervision objectivés ne représentent que moins de 30% de ceux attendus pour l'année 2020. Pour l'année 2021, les feedbacks immédiats objectivés au niveau CDS représentent légèrement plus de 40% alors que seules 30% des copies de rapport de supervision attendues sont disponibles.

Comme pour les BDS, nous avons essayé de creuser pour comprendre les thématiques qui ressortent de ces rapports de supervision trouvés au niveau CDS. Pour cela, nous avons considéré les six dernières supervisions avec la même hypothèse qu'avec une supervision bimensuelle, il est fort possible que tous les aspects du CDS soient couverts.

Dans un premier temps, nous avons considéré les grandes thématiques

Tableau 24 : Etat de supervision par l'ECD sur les grandes thématiques

	Attendus	Oui, observé.	%
Administration de la FOSA	6x13	3	3.8%
Soins curatifs	6x13	11	14%
Soins préventifs	6x13	15	19%
Promotion de la santé et participation communautaire	6x13	5	6.4%
Suivi systématique des recommandations de la supervision antérieure	6x13	13	17%

Comme remarqué dans les rapports trouvés au niveau BDS, nous constatons ici que l'Administration de la FOSA ainsi que la promotion de la santé et participation communautaire restent les thématiques rarement abordées en supervision ; retrouvées dans des proportions de respectivement 4% et 6%. Même les autres thématiques ne sont retrouvés que dans des proportions de moins de 20%.

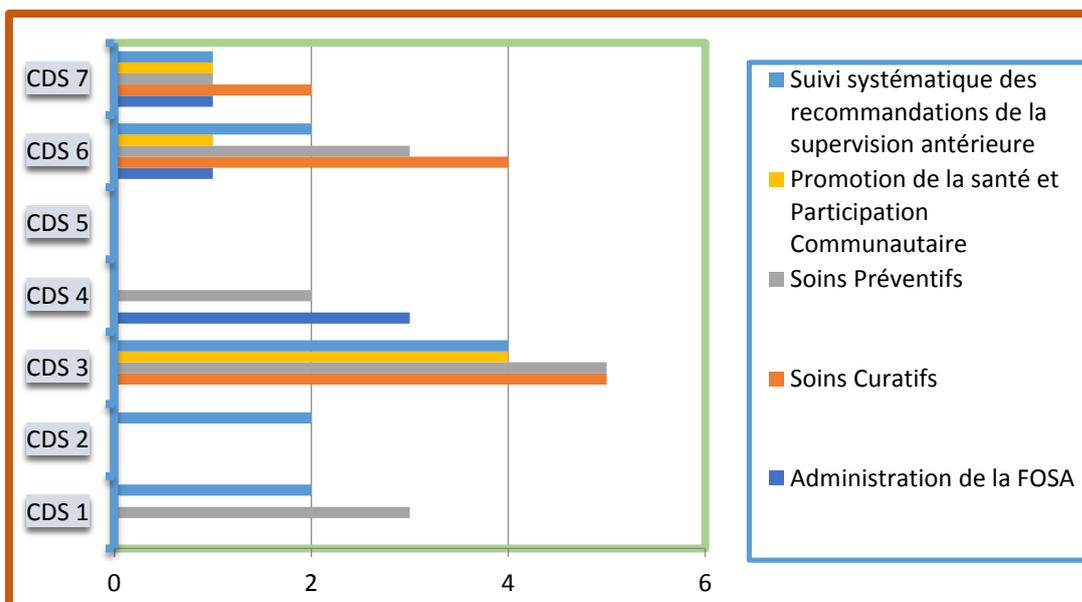
La situation détaillée de la supervision de ces thématiques se trouve dans le tableau ci-dessous :

Tableau 25 : Disponibilité des copies de rapports de supervision et thèmes de supervision

Rapport	Administration de la FOSA	Soins Curatifs	Soins Préventifs	Promotion de la santé et Participation Communautaire	Suivi systématique des recommandations de la supervision antérieure
1	0	0	1	0	1
1	0	0	0	0	1
1	0	1	1	0	0
1	1	0	1	0	0
1	0	0	0	0	0
1	0	1	1	0	0
1	1	1	1	1	1
	2	3	5	1	3
2	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
2	0	0	0	1	0
2	0	1	0	0	0
	1	1	0	1	0
3	0	0	1	0	1
3	0	0	0	0	1
3	0	1	1	1	1
3	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
	2	1	3	1	3
4	0	0	1	0	0
4					
4	0	1	1	1	1
4	0	0	0	0	0
4					
4	0	1	1	0	0
4					
	0	2	1	1	2
5					
5					
5	0	1	1	1	1
5	0	0	0	0	0
5					
5	0	1	0	0	1
5					
	0	2	1	1	2

6					
6					
6	0	1	1	1	1
6	0	0	0	0	0
6					
6	0	1	1	0	1
6					
	0	2	2	1	2

Des résultats repris dans le tableau ci-dessus, nous pouvons constater que sur les 7 CDS qui avaient des copies de rapport de supervision, seuls 3 en avaient le nombre ciblé (six rapports). D'un autre côté, nous pouvons constater des CDS où les rapports des supervisions successives font ressortir les mêmes thèmes de supervision. Ailleurs, il est question des rapports de supervision qui reprennent presque les mêmes thèmes comme ayant fait objet d'une seule visite de supervision. Ceci ressort également du graphique ci-dessous



Graphique 5 : Etat de supervision des CDS sur les différentes thématiques

Ainsi par exemple, nous remarquons que pour le CDS 3, deux thématiques reviennent 5 fois (donc dans 5 supervisions) alors que 3 thématiques sont retrouvées dans 4 rapports de supervision. Il est alors possible dans ce contexte de remettre en question la cohérence entre la supervision réellement effectuée et le rapport produit.

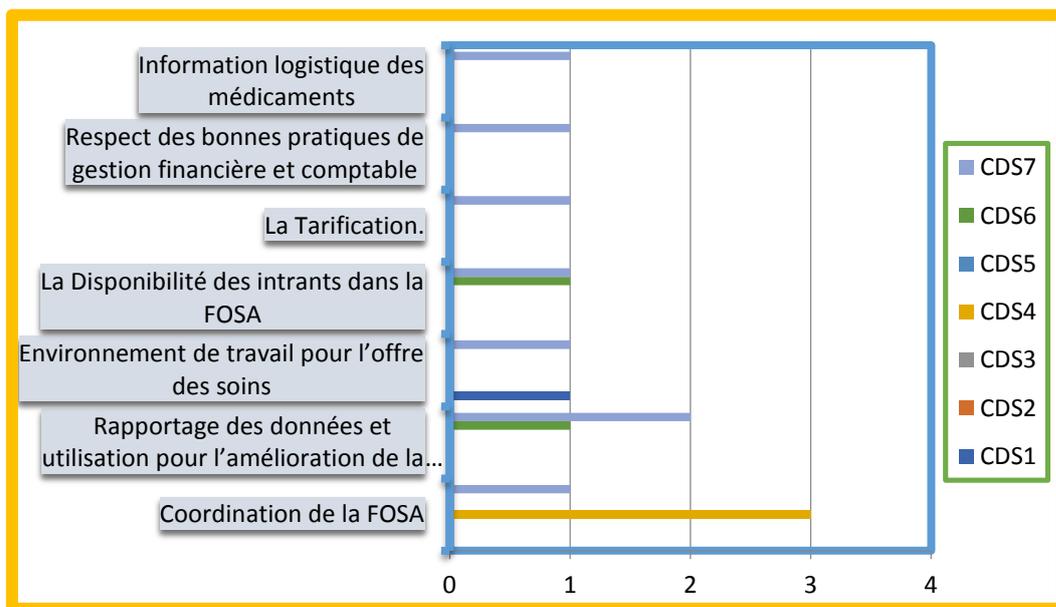
Nous avons poussé plus loin avec les sous-thèmes

Tableau 26 : Disponibilité des copies de rapports de supervision et sous-thèmes de supervision

Rapport	Coordination de la FOSA	Rapportage des données et utilisation pour l'amélioration de la qualité	Environnement de travail pour l'offre des soins	La Disponibilité des intrants dans la FOSA	La Tarification.	Respect des bonnes pratiques de gestion financière et comptable	Information logistique des médicaments
1	0	0	1	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
	2	1	2	1	1	1	1
2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	1	0	0
2	0	1	0	0	0	0	0
	1	1	0	1	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
3	0	1	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0
4							
4	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0
4							
4	0	0	0	0	0	0	0
4							
	0	0	0	0	0	0	0
5							
5							
5	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0
5							
5	0	0	0	0	0	0	0
5							
	0	0	0	0	0	0	0

6							
6							
6	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0
6							
6	0	0	0	0	0	0	0
6							
6	0	0	0	0	0	0	0

Ici aussi, le même constat est fait que sur les 7 CDS qui avaient des copies de rapport de supervision, seuls 3 en avaient le nombre ciblé (six rapports). D'un autre côté, nous pouvons également constater 3 CDS où les rapports des supervisions ne ressortent aucun de ces sous-thèmes alors que dans le CDS 4, le même thème est retrouvé dans trois rapports successifs de supervision. Ailleurs, il est question pour le CDS 7 du premier rapport de supervision qui fait ressortir tous les sous-thèmes comme ayant été Object de cette supervision au moment où les deux autres rapports disponibles ne ressortent qu'un seul sous-thème et dans un seul rapport. . Ces résultats sont également représentés par ce graphique qui suit :



Graphique 6 : Etat de supervision des CDS sur les différents sous-thèmes

Dans ce contexte, on doit se questionner sur l'effectivité de supervision des CDS par l'ECD étant donné le nombre de rapports disponibles au niveau où doit s'effectuer la supervision et compte tenu également du contenu de ces rapports disponibles.

3.3. Appréciations des acteurs de mise en œuvre sur la Vérification/Evaluation

Nous avons mené des entretiens avec les acteurs à différents niveaux impliqués d'une manière ou d'une autre dans la mise en œuvre du FBP-Gratuité.

Il est clair que la vérification/évaluation est l'une des fonctions essentielles qui doit exister pour garantir le succès du FBP. Ceci transparaît dans les propos de cet acteur clé :

« Je dirais que c'est une fonction clé, capitale dans tout montage d'un système de financement basé sur la performance et même au-delà dans tout système qui veut rembourser des prestations qui ont été fournies par des prestataires ; donc il faut absolument s'assurer si les services qui vont être payés ont été effectivement réalisés. [IC 00000021]

Cette considération est également partagée avec les régulateurs du niveau intermédiaire comme il ressort des propos de l'un d'entre eux:

« ...il doit y avoir une vérification parce qu'après tout on est humain et sans doute que des fraudes pourraient survenir ; la vérification aide donc dans ce sens et incite les prestataires à prendre conscience qu'on doit renseigner les vraies prestations, ce qui nous permet aussi de nous évaluer de façon objective du pas déjà franchi par rapport aux objectifs à atteindre. [IC 13000001]

Cette fonction rassure par ailleurs les partenaires qui appuient la stratégie comme le confirment les propos de cet acteur qui souligne en plus les insuffisances qui subsistent avec le DHIS2 :

C'est l'une des activités essentielles qui devrait garantir la qualité des différentes factures qui nous sont adressées en tant que partenaire,... je pense que c'est un bon système. Pour moi, l'ensemble des données qui sont dans le DHIS2 méritent quand même une certaine étape de toilettage parce qu'il y a quand même le chargé du SIS qui introduit ces données là mais c'est une personne !! .Il y a toujours des risques que ces données puissent être insuffisantes alors que si c'est au niveau des CPVV tout le monde sait que ce sont des données vérifiéesdonc je pense que pour l'instant il y a quelques insuffisances... [IC 00000022]

Cependant, la majorité des acteurs du niveau opérationnel rencontrés estiment que c'est une charge de travail lourde comme l'exprime l'un d'entre eux :

« ... il est clair que c'est une nouvelle charge de travail du moment que le volume de travail

est habituellement important et si on ajoute l'activité de vérification alors que les ressources humaines sont insuffisantes, il y a un prestataire qui va être mobilisé pour rester avec le vérificateur ; ce qui implique qu'il va laisser son service mais qui doit nécessiter un autre prestataire, ce qui peut arriver que ce dernier va combiner deux services ce jour. [IC 07010300]

Toutefois, ces mêmes acteurs trouvent que c'est un moment de renforcement des capacités pour des meilleures prestations ultérieures :

« La valeur ajoutée y est parce que si l'équipe de vérification vient pour la vérification quantitative, elle suggère des corrections et maintenant à ton tour tu sais comment tu vas procéder par la suite. [IC 13031100]

D'un autre côté, il apparaît qu'en plus de garantir le rapportage de vraies prestations, la fonction de vérification aide également à la complétude du rapportage pour tous les services. Ceci transparait dans les propos de cet acteur du niveau opérationnel :

« La valeur ajoutée c'est que ça nous aide à tirer attention sur tout ce que nous faisons quotidiennement parce que si tu négligeais par exemple l'un ou l'autre aspect, tu es obligé de tirer attention car tu sais que tu vas être vérifié. En outre, s'il y a des données qui étaient initialement omises, tu dois les mettre, ... de la sorte, le système de santé a les données fiables permettant une bonne planification des approvisionnements en médicaments. [IC 07010300]

L'intérêt manifeste de la vérification est soutenu également par la totalité des acteurs de vérification rencontrés sur terrain comme le témoignent les propos de celui-ci :

« A côté des pénalités appliquées pour des manquements, si on trouve des écarts entre les données déclarées et les données validées dans ce cas nous évaluons le manque à gagner qui varie habituellement en moyenne dans cette province entre 2.500.000 et 4.000.000 suite à la mauvaise déclaration et si on analyse les déclarations, il est mis en évidence la tricherie dans la déclaration car suite à la vérification, on a chaque mois entre 15 et 25 FOSA pour lesquelles les indicateurs sont annulés suite à la tentative de tricherie et comme les vérificateurs sont expérimentés ils procèdent systématiquement à la triangulation...[IC 06000002]

Cet intérêt est évident également par le fait que de plus en plus les autorités ont senti la nécessité de faire recours à la vérification même pour d'autres mécanismes de financement de financement des prestations des structures de santé. Cependant, ceci a eu pour

conséquence l'alourdissement de la charge de travail des vérificateurs comme le souligne l'un d'entre eux dans ces propos :

Si on analyse du côté des vérificateurs, la charge de travail est énorme car en plus de la vérification initiale des prestations FBP au niveau des FOSA, il s'y est ajouté la vérification des prestations CAM et celle des prestations des GASC au moment où la variation du nombre de vérificateurs n'a pas suivi. Par ailleurs, la durée impartie à cette activité n'a pas non plus été allongée dans le même sens ce qui fait que la charge de travail devient énorme [IC 07000002].

S'agissant de l'évaluation de la qualité, les acteurs rencontrés estiment également que c'est un aspect important de cette fonction de vérification. Pour les acteurs de régulation, il s'agit d'un moyen de garantir le respect des normes par les FOSA comme ça ressort des propos de l'un d'entre eux :

« Oui l'évaluation qualité est aussi d'une importance capitale parce que une prestation qui ne respecte pas les normes de qualité vous comprenez qu'il y a un problème. ...tu vois dans le manuel des procédures ou les grilles qui sont actualisées en fonction du moment comportent des objectifs visés par rapport à la situation de départ et la situation escomptée et donc l'évaluation qualité ça nous permet vraiment d'améliorer la qualité en rendant disponibles le matériel et en faisant des extensions par rapport aux infrastructures ainsi que tout ce qui va avec la qualité des prestations. [IC 13000001]

Cet intérêt est également partagé avec la plupart des acteurs du niveau opérationnel comme le partage celui-ci :

« Oui la valeur ajoutée y est car l'évaluation aide surtout à ne pas négliger certains aspects car on est averti à l'avance qu'il y aura évaluation parce que par exemple pour l'élimination des déchets, on peut être au départ négligeant dans la séparation des déchets mais quand tu sais que ça sera évalué, tu dois tirer attention à ça .[IC 07010300]

Pour d'autres acteurs rencontrés, les séances d'évaluation qualité constituent également des moments de renforcement des capacités pour les évalués :

« Bien sûr en principe parce qu'à la fin de l'évaluation il y a une sorte de restitution qui est faite à l'équipe des évalués et on leur montre les lacunes ,les insuffisances avec des propositions d'amélioration souvent dans les hôpitaux c'est des paires qui s'évaluent entre eux ,ça crée de bonnes pratiques entre eux ,c'est un volet qui est très important pédagogique de se comparer aux autres, de voir ce que les autres font et des propositions d'amélioration à l'issue de l'évaluation. [IC 00000021]

Toutefois, cette dimension de vérification n'est pas sans contraintes comme l'expriment les acteurs rencontrés surtout du niveau opérationnel comme celui-ci :

En réalité je dirais que c'est une activité stressante car nous sommes obligés de travailler péniblement et autre chose c'est qu'il y a des points que nous perdons parce qu'on nous oblige certaines actions qui ne sont pas vulnérables au niveau CDS par exemple si on demande d'avoir une clôture alors que le coût est d'environ 50 millions ; c'est pas facile d'avoir un montant pareil sur le compte du CDS ; d'où alors on commence à paniquer pour voir comment faire alors qu'il est pratiquement impossible si on n'a pas les financements de l'état Autre chose c'est que nous ne sommes pas avertis et au moment où ils arrivent, ils trouvent deux ou trois infirmiers ces derniers sont perturbés en recevant les patients et en même temps en facilitant l'évaluation.[IC 17020300]

Pour le niveau de régulation, le volet improvisiste est à renforcer par contre comme le souligne l'un d'entre les régulateurs rencontrés :

« ...ceci montre que nous ne sommes pas encore vraiment dans la logique de qualité des soins car ça se remarque on ne vit pas la qualité permanente, on n'est pas toujours à jour avec nos actions quotidiennes car si c'est une évaluation programmée ça veut dire que les gens ont le temps de s'y préparer alors que si c'est improvisée, on ne se prépare pas à l'avance par exemple, si c'est improvisé et qu'on te demande de leur montrer le PV d'une réunion tu ne peux pas le montrer si tu ne l'as pas encore rédigé, de même si on doit assurer la propreté d'un lieu X, le faible score signifie que la propreté n'est pas assurée quotidiennement ». [IC 17000001]

L'intérêt de l'évaluation qualité pour le système de santé est relevé par les acteurs au quotidien de l'évaluation comme le font ressortir les propos de l'un d'entre eux :

« Je dirais que les grilles d'évaluation qui sont élaborées aident les prestataires à s'évaluer quotidiennement et à être à jour en ce qui est des normes sanitaires. De même et le plus souvent les superviseurs de district sont facilités à utiliser les recommandations formulées lors des évaluations qualitatives pour corriger les lacunes relevées. ». [IC 07000002]

4. ANALYSE CRITIQUE DES ALTERNATIVES AU SYSTÈME ACTUELLE DE VERIFICATION AU BURUNDI

La vérification des factures dans tous les établissements de santé constitue un point de départ dans le montage du financement basé sur la performance. Cette approche est préconisée jusqu'à ce que les prestataires comprennent les règles du jeu ce qui diminuerait les cas de surfacturation ou sous -facturation.

A l'instar d'autres pays, le Burundi a adopté cette approche de vérification des factures dans toutes les formations sanitaires à la fin de chaque période de paiement. Au moment où certains pays se sont précipités à changer ce système de vérification au profit d'autres montages avec souvent des résultats médiocres, le Burundi a fait un choix fort de miser sur cette approche après son expérience avec les surfacturations observées dans les demandes de remboursement effectuées au titre des fonds IPPTE.

Ce choix s'est avéré payant mais, au moment où le gouvernement du Burundi et ses partenaires réfléchissent sur un allègement de ce système actuel de vérification, une analyse de la faisabilité des alternatives s'avère nécessaire pour ne pas perdre les acquis du système de vérification actuellement en vigueur.

Deux alternatives sont alors possibles :

- ✓ La vérification basée sur le risque
- ✓ La vérification rétrospective ciblée

4.1. Vérification basée sur le risque

Cette approche consiste à effectuer une vérification régulière uniquement dans les structures de santé déclarant un volume important de données et/ou dans celles présentant souvent des déclarations erronées de façon récidiviste. Il est clair que seules les FOSA présentant le plus fréquemment des déclarations erronées seront vérifiées au moment où les autres ne font pas objet de vérification préalable au paiement.

❖ Analyse du contexte burundais et de la faisabilité de cette approche

Au Burundi, d'après les données de la vérification quantitative mensuelle dans les formations sanitaires, sur 689 formations sanitaires ayant fait objet de vérification quantitative mensuelle, 526 FOSA soit 76.34 % ont présenté un écart supérieur à 10% entre les données vérifiées et les données validées. Ce nombre de FOSA avec écart sensible est tellement élevé qu'une « vérification basée sur le risque » serait difficile à mettre en œuvre. Par ailleurs s'il

est vrai que des efforts ont été consentis ces dernières années pour la digitalisation des formations sanitaires, on se heurte encore, en tout cas pour encore la majorité des FOSA, à la difficulté d'avoir des dossiers de patients numérisés partout en vue d'avoir des données exactes et à jour au niveau national.

❖ **Avantages de cette approche**

Les principaux avantages attendus de cette approche sont :

- ✓ La réduction du nombre de formations sanitaires à vérifier/évaluer mensuellement ;
- ✓ La réduction du budget de la vérification

❖ **Inconvénients**

Dans le contexte actuel du Burundi, cette stratégie présenterait les risques suivants au niveau systémique :

- ✓ Augmentation des cas de tricherie sur les déclarations quantitatives ;
- ✓ Recul sur le niveau de la qualité des prestations dans les formations sanitaires non évaluées ;
- ✓ Effondrement du principe d'achat stratégique (payer pour les soins de qualité) qui constitue la base du financement basé sur la performance ;
- ✓ Perte de confiance de la population dans le système de santé occasionnée par la réduction de la satisfaction sur les services reçus dans les formations sanitaires.

❖ **Conclusion**

Une vérification basée sur le risque présenterait plus de risque que de bénéfice dans le contexte actuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi. En effet, les cas de sur-déclaration sont encore très élevés parmi les prestataires et cela nuirait au programme FBP en cas de vérification basée sur le risque. Bien plus, le nombre de déclarations erronées n'est pas encore à un niveau jugé acceptable car dépassant les 5% préconisés dans le manuel de procédures.

Ainsi la mise en œuvre de cette approche de vérification devrait attendre le changement de comportement des prestataires de soins et l'aboutissement du processus de digitalisation en cours.

4.2. Vérification rétrospective

C'est le type de vérification rencontrée en Afghanistan¹⁵. Son montage est tel qu'elle se déroule une fois tous les trois mois et que chaque structure sanitaire est vérifiée une fois par année. En effet, un échantillon de 25% des formations sanitaires est vérifié chaque trimestre. Cet échantillon tient compte du type de structure : centre de santé, hôpital de district, etc.

❖ Analyse du contexte burundais et de la faisabilité de cette approche

Dans la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi, un type de vérification se fait de façon rétrospective sur un échantillon des différentes entités impliquées dans la mise en œuvre du financement basé sur la performance. Il s'agit de la contre-vérification mise en œuvre semestriellement par une entité externe dans le but de s'assurer de la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées mais aussi de s'assurer du respect des procédures.

Cependant, l'analyse du volume des données vérifiées et celui des données contre vérifiées révèle des écarts importants. En effet, ces écarts varient entre 0.1% et 64.4% selon les formations sanitaires avec une moyenne de 7.4%.

L'analyse exploratoire des facteurs associés à ces écarts a révélé que les problèmes d'archivage et la non-numérisation des dossiers médicaux étaient les deux facteurs impliqués.

❖ Avantages de ce type de vérification

Ce type de vérification présenterait des avantages dans le contexte burundais comme :

- ✓ La réduction du budget de vérification

❖ Inconvénients de ce type de vérification

Entre autres inconvénients, il faut citer :

- ✓ Mauvaise gouvernance du système de santé car on aura à chaque instant des données non vérifiées dans trois quarts des formations sanitaires avec un risque d'erreurs dans la prise de décisions
- ✓ Faillite des formations sanitaires qui ne seront pas remboursées sur les prestations qui ne seront pas payées du fait de la perte ou de l'endommagement des registres ou qui seront remboursées tardivement pour les soins liés à la gratuité des soins qui est couplé au financement basé sur la performance dans le contexte du Burundi

¹⁵ Cashin, Cheryl; Fleisher, Lisa; Hashemi, Tawab. 2015. Verification of Performance in Results-Based Financing: The Case of Afghanistan. Health, Nutrition and Population Discussion Paper;. World Bank, Washington, DC

- ✓ Perte des acquis du financement basé sur les performances

❖ **Evaluation des besoins pour la mise en œuvre de ce type de vérification**

Deux conditions doivent être réunies pour la réussite de cette approche.

D'abord, le système d'archivage des documents papiers doit être amélioré pour respecter les règles et les bonnes pratiques sur le plan du stockage et du classement. Cette tâche s'avère difficile car il faudra recruter du personnel dans les formations sanitaires pour accomplir cette tâche mais également il faudra aménager voire construire de nouveaux espaces de stockage.

Aussi, l'informatisation des formations sanitaires et la numérisation des dossiers des patients doivent être opérationnelles à l'échelle nationale pour permettre une vérification aisée afin de faciliter la tâche des vérificateurs.

4.3. Quelle fréquence serait optimale ?

En définitive, avant de changer la fréquence de vérification/évaluation dans les FOSA, il est préalable de mener une étude de minimisation des coûts qui permettrait de trouver une alternative aussi efficace mais moins coûteuse, d'évaluer sa faisabilité et son impact car un changement de fréquence de vérification/évaluation pourrait être très dommageable sur le fonctionnement des formations sanitaires et la qualité des soins.

Elément clef du scénario, la gratuité des soins qui est associée au FBP doit être déterminante dans le choix du rythme de vérification/évaluation car les centres de santé (représentant 93% des FOSA) ne reçoivent pas de subsides de la part de l'état et fonctionnent avec leurs recettes FBP et CAM. Une forte réduction de la fréquence retarderait les paiements des FOSA et serait préjudiciable à leur fonctionnement. Cet élément ne doit et ne peut laisser indifférent.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion

En conclusion :

- Les coûts de la vérification/évaluation semblent élevés mais lorsqu'il est tenu compte de la faible mobilité des données obligeant les vérificateurs à aller les chercher sur terrain, on comprend que les coûts qui en résultent ne peuvent en être autrement. L'informatisation de toutes les formations sanitaires sous contrat FBP permettrait de réduire sensiblement les dépenses liées à la vérification.
- Bien plus, selon les résultats obtenus, il a été constaté que le budget décaissé pour la vérification a été d'environ 5 milliards mais a permis d'éviter de dépenser environ 7 milliards qui avaient été indûment réclamés par les FOSA.
- En rapport avec l'analyse du rapport coût-efficacité, les quatre types de vérification/évaluation se sont révélées coût-efficaces.
- S'agissant de la valeur ajoutée, les coûts évités des différents types de vérification ne sauraient traduire seuls leur efficacité. Leur effet dissuasif sur les tricheries, leur contribution positive sur l'organisation et la qualité des soins, leur impact sur l'utilisation des services et sur la satisfaction de la population sont autant d'effets indirects non négligeables sur le système de santé burundais. Ceci est d'autant vrai que si on considère les activités classiques (Rapportage du SNIS et supervision) qui étaient sensées renforcer les prestataires, cela reste lacunaire. D'où un besoin que la vérification/Evaluation renforce davantage ces deux maillots en souffrance actuellement. Ces failles en ce qui est spécifiquement du rapportage du SNIS de routine font que les alternatives au système actuel de vérification/évaluation ne soient pas envisageables du moins dans le court et moyen terme.
- L'intérêt de la vérification/évaluation rencontre le consensus des acteurs du système de santé aussi bien de la régulation que des prestataires sur terrain. Malheureusement, il s'est avéré que la charge de travail des acteurs de vérification a été alourdie au fur et à mesure de l'adoption d'autres mécanismes d'achat des prestations notamment les prestations CAM et celles des GASC ; ce qui occasionne un besoin de vérificateurs supplémentaires pour mieux assurer cette fonction capitale. .

5.2. Recommandations

Les résultats ci-dessus montrent que des actions importantes et des mesures d'accompagnement allant au-delà du cadre du financement basé sur la performance doivent être initiées pour avoir un système de vérification/évaluation plus efficace, cohérente avec le contexte du pays et pérenne

- ❖ ***Maintenir le montage actuel du système de vérification/évaluation dans le FBP car il s'est avéré coût-efficace.***

En effet, outre que le système actuel est coût-efficace et qu'il permet de récupérer plus qu'on aurait dépensé indûment, nous avons montré que le recours aux alternatives au système actuel n'est pas à envisager dans le court et moyen terme. Il est clair qu'on devrait alors faire face (i) aux risques de sur-déclarations comme ça avait été expérimenté dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité avant sa fusion au FBP mais également (ii) aux difficultés financières au niveau des CDS qui, quotidiennement, ne fonctionnent qu'avec majoritairement les fonds issus du FBP et CAM.

- ❖ ***Augmenter la taille des équipes des CPVV.***

En effet, le quota de 1 vérificateur pour 7 formations sanitaires avait été initialement retenu mais c'était avant l'intégration de la vérification/évaluation au niveau communautaire. L'augmentation de la charge du travail qui en découle impose un renforcement des équipes qui étaient en place.

- ❖ ***Maintenir un rythme régulier de vérification/évaluation pour permettre aux FOSA d'être régulièrement remboursés.***

Comme mentionné ci-haut, la vérification est d'un intérêt capital pour toutes les parties prenantes. Cependant, il se remarque de plus en plus, et c'est d'ailleurs la majeure contrainte soulevée par les acteurs avec qui nous sommes entretenus, des irrégularités de vérification/évaluation entraînant par conséquent des irrégularités de remboursement des prestations délivrées dans le cadre de la gratuité ciblée et CAM. Ceci a des répercussions sur le fonctionnement quotidien surtout les Centres de santé qui ne reçoivent pas de subsides de l'état et entrave l'évolution vers les performances souhaitées avec la stratégie FBP.

- ❖ ***Renforcer l'évaluation de la qualité dans les BDS***

En effet, il a été constaté que les documents peuvent être disponibles pour des trimestres et mois différents mais avoir le même contenu. Nous suggérons que les évaluateurs du des

entités BDS puissent dans l'avenir se concentrer sur le contenu des différents PV/rapports qui leurs sont présentés au moment de l'évaluation. Il s'agirait ainsi de revoir la formulation de tous les indicateurs se rapportant aux documents produits.

❖ ***Accélérer l'informatisation des formations sanitaires.***

En effet, nous avons remarqué que le problème d'écart >10% entre les données déclarées et celles validées concerne plus de 75% des FOSA pour l'année 2020. S'il est vrai qu'on peut évoquer que les déclarations erronées le sont en partie de façon volontaire, on ne peut pas non plus passer sous silence les difficultés de numérotation/comptage souvent relevées par les équipes de vérification ; ceci avec les outils papiers utilisés. Par ailleurs des écarts entre les données validées et les données contrevérifiées s'observent à une moyenne de 7% en grande partie du fait d'un mauvais archivage des outils de collecte des données . Ainsi, la digitalisation augmenterait la mobilité des données SIS et réduirait les coûts liés au transport des équipes de vérification.

❖ ***Renforcer l'exercice réel des deux fonctions de l'équipe cadre du district qui sont la gestion des données SIS et la supervision.***

D'un côté avoir les données réelles et de qualité nécessite que celles soient revues à différents niveaux depuis la production jusqu'à la conservation finale. Or , nous avons remarqué que les séances d'analyse de ces données font défaut aux différents niveaux visités et par conséquent que des feedbacks en vue des corrections et améliorations ne sont pas donnés. D'un autre côté, nous avons objectivé des lacunes quant aux documents prouvant les supervisions effectuées mettant en doute la supervision réellement faite et le rapport produit ainsi que la consistance de ce moment clé de transmission des connaissances aux supervisés.

Nous recommandons que le renforcement de l'exercice de ces fonctions passe par la révision des indicateurs y relatifs de la grille d'évaluation de la performance de l'entité BDS.

❖ ***Renforcer l'archivage des documents dans les formations sanitaires***

Il s'est avéré que l'archivage des documents peut être l'une des raisons pour les rapports non trouvés au niveau des entités visitées pour l'étude. Cela est ainsi au moment où les grilles d'évaluation des deux entités stipulent pour la majorité des indicateurs que les documents soient retrouvés en déans 5 min. S'il est vrai qu'on s'oriente vers la digitalisation, il faut tout de même qu'entre temps les documents ayant servi soient mieux conservés. Nous estimons

qu'il est possible de renforcer ce volet en gardant l'indicateur sur la disponibilité des documents demandés en 5 min mais pour des documents des trimestres précédents.

❖ ***Renforcer l'analyse et l'utilisation des données aux différents niveaux du SNIS***

Il est ressorti de l'étude que les données de routine sont rapportées sans aucune action préalable pour s'assurer de leur exactitude et par conséquent en tirer des leçons pour actions à mener. Nous suggérons également que l'indicateur y relatif soit reformulé et ceci pour tous les niveaux de la chaîne de rapportage.

6. Pistes de recherche portant sur l'amélioration de la vérification/évaluation

Au terme de la présente étude, nous relevons les thématiques qui méritent d'être approfondies pour une mise en œuvre optimale du FBP-Gratuité.

Ainsi, alors qu'on sera en train d'agir sur les différentes recommandations nous proposons qu'il y ait (i) ***une évaluation coût-bénéfice de la vérification/évaluation*** et (ii) ***une étude de faisabilité de la minimisation des coûts*** qui permettrait de proposer un montage allégé qui soit aussi efficace mais moins couteuse. Par ailleurs, il nous semble que cette réflexion sur la vérification/évaluation doit également concerner le volet validation en menant (iii) ***une étude de la performance des comités validateurs ainsi que le cadre légal des CPVV.***

En outre et comme nous l'avons vu plus haut, la supervision par les ECD et la Gestion du SNIS de routine connaissent des lacunes. Il est vrai nous nous sommes intéressés à ces deux fonctions mais si on veut que les efforts à déployer renforcent tout le système de santé, il nous semble important de mener aussi (iv) ***une étude sur la performance des ECD eu égard à leurs missions spécifiques.*** D'un autre côté, nous proposons de porter un intérêt particulier sur le SNIS en menant (v) ***une étude sur la performance du SNIS eu égard aux normes et procédures de gestion du SNIS.***