

Méthodes pour améliorer la performance qualité à grande échelle dans les pays à revenu faible et intermédiaire

György Fritsche¹, John Peabody²

¹The World Bank Group, Washington, DC, USA

²QURE Health Care, San Francisco, CA, USA

RÉSUMÉ

La couverture sanitaire universelle fait partie des objectifs de développement durable. Mais une couverture sans services de santé de qualité limite les avantages pour les populations. Les programmes de financement basés sur la performance (FBP) utilisent des achats stratégiques de services pour étendre la couverture et promouvoir la qualité en mesurant la qualité et en récompensant les bonnes performances. La présence généralisée des programmes FBP dans les pays à revenu faible et intermédiaire offre la possibilité d'introduire et de tester de nouvelles approches pour mesurer et améliorer la qualité à grande échelle. Cet article décrit quatre approches pour améliorer la qualité des services de santé à grande échelle dans les programmes FBP. Ces approches ont examiné les mesures de qualité structurelles et de processus ainsi que les mesures de résultats telles que la satisfaction des patients. Trois types d'outils ont été utilisés dans ces approches : les vignettes cliniques, les tests de compétences et les enquêtes de satisfaction des patients. Des outils spécifiques au sein de chacune des approches sont utilisés au Kirghizistan, au Cambodge, en République démocratique du Congo et en République du Congo.

--

En septembre 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté les objectifs de développement durable. Le sous-objectif 3.8 de l'objectif 3 vise à atteindre la couverture de santé universelle (CSU) [1]. La voie vers la CSU implique la sécurisation des ressources, la réduction de la dépendance aux paiements directs pour les services de santé et l'amélioration de l'efficacité et de l'équité [2]. Aller vers la CSU implique la définition d'un ensemble d'avantages, son financement de manière que les plus pauvres puissent également accéder à ces services [3], et l'application d'achats stratégiques pour assurer la fourniture de cet ensemble d'avantages. Cependant, la qualité médiocre des services entraîne des avantages moindres pour la santé et est donc moins efficace [4]. L'Organisation mondiale de la santé estime qu'entre 20% et 40% de toutes les dépenses de santé sont gaspillées en raison d'inefficacités et de mauvaise qualité [2].

Cela signifie que même parmi les programmes les plus performants de la CSU, la piètre qualité des services annule les avantages d'une couverture et d'avantages étendus. En revanche, une qualité de soins supérieure a un effet particulièrement important sur la mortalité des moins de cinq ans, en particulier dans les pays pauvres [5].

La qualité, at-on reconnu, est d'une importance cruciale pour le programme d'action pour la réalisation des objectifs de développement du Millénaire [6]. Les approches traditionnelles telles que la formation et la supervision des prestataires ont au mieux un impact limité, nécessitant une manière de faire les choses meilleure ou différente [4, 7-9]. D'où l'accent mis sur une couverture et des avantages efficaces et de qualité.

La présence généralisée des programmes FBP dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), un nombre croissant à une échelle où la quantité et la qualité sont achetées auprès d'établissements de santé autonomes, offre une opportunité de tirer parti non seulement de la quantité mais de la qualité des services livré.

Cet article est organisé comme suit : d'abord, nous fournissons un contexte en décrivant la qualité des soins en tant que concept, puis nous discuterons du FBP, puis de l'expérience de la mesure de la qualité dans les programmes FBP. Ensuite, nous décrivons une théorie du changement sous-jacente à l'utilisation de mesures de la qualité dans le contexte du FBP, après quoi nous décrivons les nouvelles méthodes de mesure de la qualité. Enfin, nous fournissons quatre exemples de pays pour l'application de ces outils. Dans la section discussion, nous allons réfléchir à certains défis et mises en garde possibles.

Qualité des soins

La qualité des services de santé est variable partout, mais particulièrement faible dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [8, 10-15]. Les enquêtes sur les indicateurs de prestation de services (IPS) menées par la Banque mondiale dans divers pays d'Afrique subsaharienne révèlent le piètre état de la fourniture de services de santé de qualité (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Tableau de comparaison des IPS <http://www.sdindicators.org/>

	NIGER (2015)	SDI Avg.	MADAGASCAR (2016)	MOZAMBIQUE (2015)	TANZANIA (2014)	NIGERIA (2013)	TOGO (2013)	UGANDA (2013)	KENYA (2013)	SENEGAL (2010)
Caseload (per provider per day)	9.8	8.8	5.2	17.4	7.3	5.2	5.2	6.0	15.2	-
Absence from facility (% providers)	33.1	28.6	27.4	23.9	14.3	31.7	37.6	46.7	27.5	20
Diagnostic accuracy (% clinical cases)	31.5	50.1	30	58.3	60.2	39.6	48.5	58.1	72.2	34
Adherence to clinical guidelines (% clinical guidelines)	17.5	35.9	31	37.4	43.8	31.9	35.6	41.4	43.7	22
Management of maternal and neonatal complications (% clinical guidelines)	12.0	27.4	21.9	29.9	30.4	19.8	26.0	19.3	44.6	-
Drug availability (% drugs)	50.4	54.4	48	42.7	60.3	49.2	49.2	47.2	54.2	78
Equipment availability (% facilities)	35.9	61.3	62	79.5	83.5	21.7	92.6	21.9	76.4	53
Infrastructure Availability (% facilities)	13.3	40.6	28.4	34	50	23.8	39.2	63.5	46.8	39

Un des premiers cadres mondiaux mis en place pour comprendre la qualité des services de santé est celui de Donabedian dans lequel une distinction est faite entre les mesures structurelles, les processus et les résultats de la qualité [16]. Les mesures structurelles sont les intrants nécessaires pour fournir des services de qualité tels que des équipements, des médicaments et des prestataires formés ; les mesures de processus sont les actions et activités des prestataires de santé, et les résultats sont les résultats d'une action médicale telle que la satisfaction du patient, l'amélioration de la santé, l'invalidité ou le décès [16]. Les mesures de la qualité des processus, c'est-à-dire ce qui se passe entre le patient et le fournisseur, également appelé effort du fournisseur, sont généralement associées de plus près aux résultats pour la santé [8, 9, 17]. Fréquemment, des mesures structurelles et de processus de la qualité sont présentes conjointement pour aboutir aux résultats souhaités [18-20]. À titre d'exemple, dans le cas du traitement de la tuberculose pulmonaire : la disponibilité des médicaments antituberculeux (élément structurel) est étroitement liée au diagnostic correct, aux explications appropriées pour le patient et à l'administration de traitements efficaces sous observation directe (éléments de traitement) et doit donc tous être présent pour donner la plus grande chance possible de guérison réussie (résultat).

La force de ce cadre, par exemple dans le cas de diarrhée modérément sévère chez un jeune enfant, réside dans le fait que des soins appropriés peuvent effectivement être fournis « sous un palmier » par une « personne bien informée » (structurelle) si ce prestataire établit le bon diagnostic et fournit des conseils corrects en utilisant la gestion intégrée des maladies infantiles (processus). Une focalisation unilatérale sur les mesures de qualité structurelle conduit à mesurer les mauvaises choses [8, 17, 21]. Au lieu de cela, nous prendrons en compte la nature systémique des systèmes de santé et, par extension, la prestation de services de santé, lorsque nous envisagerons des interventions qui influencent la fourniture de services de qualité. Le FBP est une illustration d'une

intervention systémique conçue pour œuvrer en faveur de la couverture sanitaire universelle, non seulement en abordant le volume, mais en influençant les structures de prestation de services de santé de qualité [22-26].

Financement basé sur la performance et achats stratégiques

Le FBP est une approche de financement de la santé qui a vu le jour au Cambodge à la fin des années 1990 [27-32] et a retrouvé sa forme actuelle au travers de diverses itérations dans des pays comme la RDC, le Rwanda et le Burundi [24]. Au Rwanda, après une série de programmes pilotes FBP réussis [33-37], le FBP a été renforcé grâce à une combinaison de financements et d'opérations opérationnelles du gouvernement et des partenaires de développement. Une évaluation d'impact rigoureuse [38] a montré des résultats significatifs sur le volume et la qualité des services de santé maternelle et infantile [39] et sur les services liés au VIH [40]. L'approche FBP qui a évolué entre 2005 et 2009 au Rwanda a été développée au Burundi [41-44] et dans d'autres pays tels que la RDC [45], le Cameroun et le Nigéria [12, 24].

Les principales caractéristiques de ces approches FBP sont les suivantes: (a) définir des ensembles de soins de santé de base et complémentaires pour les achats stratégiques; (b) les achats stratégiques ajustés par des mesures de la qualité de service; c) achats auprès de prestataires publics, privés et quasi-publics; d) la participation des administrations sanitaires nationales et sous-nationales à la gestion, à la supervision, aux mesures de la qualité et à d'autres tâches d'assistance technique et de gestion; e) des enquêtes sur la satisfaction des clients dans la communauté pour renforcer la voix de la communauté; f) des mécanismes de vérification internes et externes rigoureux; g) création d'un espace budgétaire grâce à des liens avec les stratégies nationales de financement de la santé. Depuis 2015, une assistance a également été fournie au moyen du Global Financing Facility (GFF) [46].

Figure 1 : carte montrant l'expansion du FBP en Afrique subsaharienne

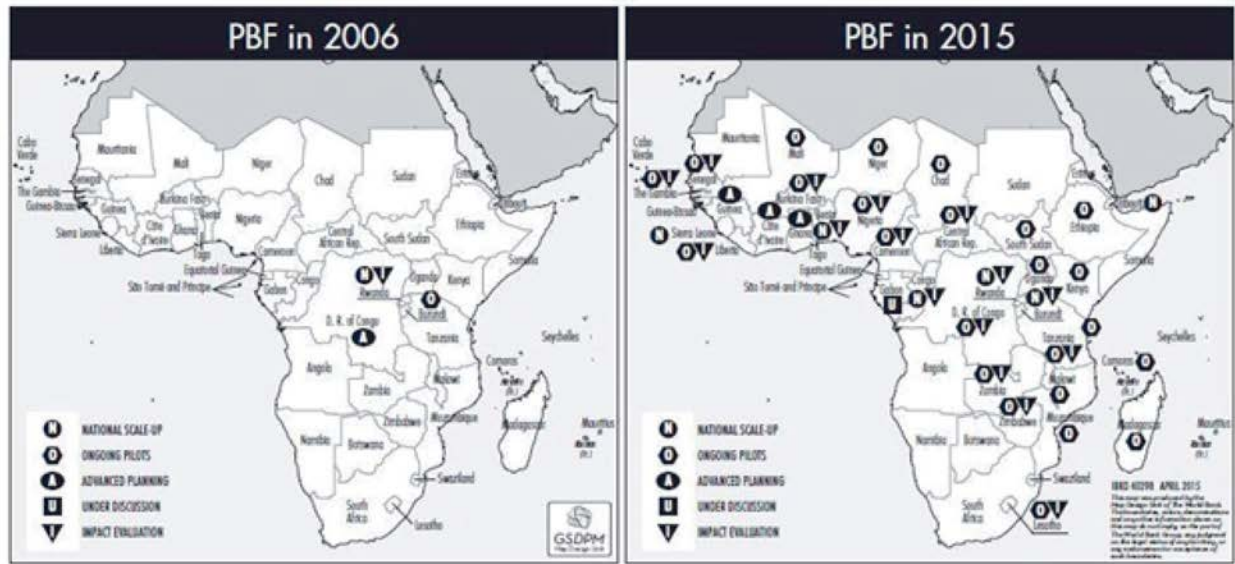


Tableau 2 : hiérarchie des interventions système dans les approches FBP conduisant aux résultats

HEALTH SYSTEM LEVEL	INTERVENTION	INTENDED RESULT
Central	Central technical support unit	Strengthened stewardship
	Defining benefit packages; defining quality measures; costing out intervention; setting subsidies	
	Managing ICT	
	Strategic purchasing	
	Securing budgets	
	Technical support for purchasing agencies	
	Contract counter-verification agent	
Sub-national	Coordination	
	Formative supervision	Strengthened governance
	Application of quantified quality checklists including knowledge and competency tools (each quarter)	Ownership of results
Health facility	Capacity building	Strengthened administrative accountability
	Coordination	
	Decentralized facility financing (based on volume and quality of services)	Enhanced supply of quality essential health services
	Business planning	Increased financial accessibility for essential health services
	Delivery of essential health packages at health; center/community and hospitals	Fee exemptions for indigents
Community	Focus on quality (structural; process and outcome)	Enhanced structural quality
		Enhanced knowledge and competency of providers
	Community client satisfaction surveys	Strengthened community voice
	Participation in community health committees	Community ownership
	Community health workers organized for outreach activities	Enhanced governance

*Within this hierarchy of systemic interventions of PBF approaches, the bold faced elements are targeted through innovative methods to enhance quality – the topic of this paper.

Les approches FBP sont des approches systémiques [22] et peuvent au mieux être conceptualisées comme une constellation de mécanismes de forces de levier, de renforcement du système de santé et de redevabilité. Ces approches fonctionnent mieux lorsqu'elles sont intégrées aux réformes globales de la santé dans lesquelles différents piliers du système sont simultanément traités, tels

que les ressources humaines, les systèmes d'information sur la santé, le secteur pharmaceutique et l'espace budgétaire consacré à la santé, voir Tableau 2 [23, 25, 26, 47, 48].

Les approches FBP se sont étendues et ont atteint une échelle dans de nombreux pays (par exemple, en Afrique subsaharienne, en Asie centrale et du Sud-Est et dans les Caraïbes), ce qui permet d'examiner l'impact des achats stratégiques pour UHC et de tout nouveau ou prometteur projet des interventions sur la qualité. La carte ci-dessous (voir Figure 1) montre l'expansion rapide des approches FBP en Afrique subsaharienne. Certains programmes tels que le programme d'investissement dans la santé de l'État nigérian ou le projet de développement du système de santé en RDC, par exemple, couvrent des populations importantes ; 33 millions et 22 millions respectivement. Le Cameroun devrait renforcer le FBP à l'échelle nationale en 2019 pour couvrir une population de 24 millions d'habitants. Un projet au Kirghizistan concerne les 63 hôpitaux de Rayon (district) et un projet au Cambodge, qui compte 16 millions d'habitants, couvrira en 2018 tous les centres de santé et hôpitaux publics, y compris l'administration de la santé sous-nationale.

FBP et qualité des soins

L'achat stratégique de services de santé essentiels en fonction de la qualité est un aspect essentiel des approches FBP. Depuis le début, les approches FBP ont inclus l'utilisation d'une checklist de contrôle de qualité quantifiée appliquée trimestriellement à chaque établissement de santé sous contrat (Chapitre 3, Boîte à outils du FBP [33]). Ces checklists de contrôle diffèrent selon le niveau (centre de santé / communauté par rapport à l'hôpital) et le contexte, et impliquent généralement plus de 120 éléments de données [21]. Ils se sont avérés populaires à la fois parce qu'il est plus facile d'administrer et de vérifier les données relatives à l'infrastructure et aux fournitures et que les fonds de démarrage initiaux sont souvent liés à l'amélioration de ces éléments structurels.

En effet, les établissements de santé des pays pauvres, en raison d'un sous-financement chronique, n'ont pas de nombreuses caractéristiques de qualité structurelles qui sont courantes pour les établissements de santé des pays disposant de plus de ressources. Par exemple, si une évaluation de la disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé en RDC montre que seulement 13% des établissements de santé publics et privés ont le sulfate de magnésium (un médicament essentiel pour la gestion de la morbidité et de la mortalité dues à l'éclampsie liée à la grossesse), ou que moins de 12% des établissements de santé peuvent fournir des soins obstétricaux d'urgence de base, nous avons clairement un problème [49]. Cependant, ce problème

devient plus complexe lorsque, parallèlement à la disponibilité et à la disponibilité du service, nous considérons les connaissances et les compétences du fournisseur. En Afrique subsaharienne, elles sont mesurées à l'aide d'enquêtes IPS, réalisées en Afrique subsaharienne (voir tableau 1). En plus des lacunes significatives en matière de qualité structurelle (comme exemple extrême, 46,7% des prestataires sont absents en Ouganda), de telles enquêtes montrent une variation considérable des connaissances et des compétences des fournisseurs. Par exemple, dans neuf pays d'Afrique subsaharienne en moyenne, seuls 27,4% des prestataires adhèrent aux recommandations pour les complications de la santé néonatale et maternelle, 35,9% aux directives cliniques pour la diarrhée, la pneumonie et le paludisme, alors que la précision du diagnostic pour ces affections n'est que de 50%. Des études menées en Inde donnent une image similaire [8, 13, 15]. Il est généralement admis que la plupart des checklists de contrôle de la qualité sont axées sur des facteurs structurels, au détriment des mesures de processus. Par conséquent, les différentes checklists de contrôle de la qualité ont accru le poids des mesures de la qualité des processus. Au Nigéria, par exemple, les éléments de processus représentent 30% du poids (103 sur 345 points disponibles) au niveau des centres de santé et 41% du poids au niveau hospitalier (240 sur 587 points disponibles) de la liste de contrôle de la qualité globale. Ces mesures de processus reposent principalement sur des examens de dossiers ou de dossiers et parfois sur des observations. Ils sont connus pour être difficile à déterminer ou à contre-vérifier. Par exemple, en médecine maternelle, une mesure de processus couramment utilisée, le « partogramme bien rempli », est fréquemment remplie après l'accouchement, lorsque des éléments manquants du partogramme peuvent être remplis par des prestataires bien informés avant qu'une vérification ait lieu [50]. Dans le même ordre d'idées, les audits médicaux basés sur des critères - bien qu'ils fonctionnent peut-être dans des contextes différents [51] - échouent également lorsqu'ils sont utilisés dans des approches FBP en raison d'une propension similaire à donner la bonne réponse au lieu d'enregistrer la pratique réelle.

Intégration de mesures de qualité supplémentaires dans le FBP

Nous proposons ci-dessous une sélection de méthodes permettant de mesurer et de documenter les processus de qualité, ainsi que les résultats obtenus, ainsi que les options permettant d'intégrer ces méthodes de manière à ce qu'elles soient efficaces dans trois domaines: (a) efficace; peut-être ajouté à un programme FBP existant à un coût différentiel mineur; (b) réactif; capable de

documenter une amélioration ou de mener à un progrès par rapport à la situation antérieure, et (c) évolutif; peut être fait au niveau de la population.

L'opérationnalisation de ces régimes doit être entreprise de manière qu'ils puissent réellement renforcer les indices de qualité des soins de santé et s'inscrivent dans le contexte d'une opération FBP, et validés par des évaluations régulières et rigoureuses (étayées par des vérifications effectuées par des tiers), des performances, rétroaction, éléments de supervision formative et d'analyse comparative publique. Nous postulons que les environnements FBP offrent un contexte fertile pour le changement de comportement car ils combinent différents déclencheurs comportementaux pour améliorer la pratique [8, 14, 52, 53].

Nous avons examiné cinq méthodes utilisées pour évaluer la qualité des processus médicaux : (1) l'examen des dossiers, (2) les vignettes, (3) les observations directes, (4) les patients mystères et (5) les entretiens de sorties de patients [8]. L'examen des dossiers examine la documentation de pratique abstraite à partir du dossier du patient en utilisant des critères explicites fondés sur la science. Les vignettes sont des cas médicaux standardisés, dans lesquels les prestataires traitent les mêmes cas afin de faciliter la comparaison des pratiques ; elles se font de différentes manières, du cas complet au jeu de rôle ou en réponse courte à un examen écrit. Les patients mystères sont des acteurs qualifiés qui présentent certains symptômes de manière non annoncée et qui sont formés pour observer et rendre compte des actions médicales effectuées. Enfin, les patients peuvent être interrogés sur ce qui leur a été fait lorsqu'ils quittent une salle de consultation. Ces méthodes sont utilisées de manière variable pour la recherche et les audits, l'accréditation ou l'enseignement. Considérant un programme FBP préexistant, l'efficacité, la réactivité et l'évolutivité, les options suivantes pour mesurer la qualité du processus et des résultats sont disponibles dans le tableau 3.

Tableau 3 : Comparaison des options pour mesurer la qualité du processus ou des résultats dans un programme de financement basé sur la performance (FBP)

METHOD	ADVANTAGE	DISADVANTAGE	SCOPE (EFFICIENCY, RESPONSIVENESS AND SCALABILITY)
Chart review	Readily available; currently practiced	Documentation is highly variable; Gaming is easy and Case mix is uncontrolled	Inefficient but responsive and scalable
Vignettes	Cases are standardized for benchmarking; inexpensive and readily scalable; can also be used for rare conditions	Limited experience in a PBF environment; concerns of 'know-do' gap; vignettes are a generic term and all vignettes are not the same	Efficient, responsive and scalable; linked to better outcomes
Direct observation	Assesses competency	Limited experience in a PBF environment, difficult to scale	Not efficient, however could be made responsive to key conditions, Difficult to scale
Mystery patient	Avoiding Hawthorne effect ('Gold Standard')	No experience in a PBF environment; limited range of conditions can be simulated; training and inter-rater reliability a challenge	Not efficient, difficult to make responsive, difficult to scale
Exit interview	Patient perspective on the care provided can be quantified providing information on effort	No experience in a PBF environment Laborious review and analysis of data Hawthorne effect?	Theoretically possible, but probably not practical due to PBF context. Doubtful efficient, doubtful responsive due to Hawthorn effect, difficult to scale
Client satisfaction survey	Information on patient opinion and appreciation Information on out of pocket payments	Recall is a problem Design and testing of the instrument is crucial	Probably efficient, can be made responsive, scalable

Les méthodes qui ont commencé à être utilisées dans les quatre pays que sont la RDC, la République du Congo, le Kirghizistan et le Cambodge sont les suivantes : (i) Vignettes ; (ii) Observations directes et (iii) Enquêtes sur la satisfaction de la clientèle. Nous décrivons ci-dessous comment ces méthodes sont appliquées dans ces quatre contextes nationaux.

Vignettes en pratique

Les vignettes sont des simulations de cas structurées, écrites ou en ligne, utilisées dans une grande variété de contextes cliniques [54-56] et non cliniques [57-59]. Comme décrit par Alexander et Becker (1978), les vignettes, telles qu'elles ont été conçues à l'origine, sont «de brèves descriptions d'une personne ou d'une situation sociale contenant des références précises à ce que l'on pense être les facteurs les plus importants dans la prise de décision ou le processus de jugement des interrogées » [60]. Plus récemment, de nouvelles vignettes plus sophistiquées ont été développées et obligent les prestataires à s'occuper de tous les aspects d'un patient, simulant une visite réelle du patient [54, 61]. Les vignettes cliniques peuvent simuler une gamme de conditions médicales en évaluant si un médecin ou un autre fournisseur possède les compétences / connaissances requises pour prendre soin du patient. En standardisant les patients, les vignettes offrent la possibilité d'examiner les interprétations cliniques de différents prestataires et de comparer directement leurs réponses. Les vignettes soigneusement construites et validées ont une meilleure corrélation avec le « standard de référence » - le patient mystère - que les analyses des dossiers.

Elles ont été validées dans les pays en développement ou émergents, alors qu'elles constituent une mesure relativement peu coûteuse pouvant être appliquée à l'échelle [14, 20, 54, 61, 62].

Des vignettes ont été mises au point sur l'ensemble de la RDC et du RC ; 20 ont été adaptées aux directives de traitement locales, pour 9 affections médicales, ceux-ci sont utilisés dans les centres de santé et les hôpitaux de premier recours. Les vignettes RDC et RC ont été élaborées à partir des vignettes utilisées dans les enquêtes IPS. Le Cambodge utilise un total de 21 vignettes dans 11 affectations médicales, certaines spécifiques au niveau de soins (centre de santé ou niveau hospitalier). Les vignettes sont administrées par des superviseurs formés issus des équipes de santé de district (pour les centres de santé) et par des pairs formés et par le personnel de santé provincial (pour les hôpitaux). Le superviseur apporte un « cas » au prestataire, qui est sélectionné de manière aléatoire à partir de la liste des agents présente (méthode du chapeau). Un logiciel sur tablette est utilisé pour activer les commentaires après la session de vignette (composant de formation en cours d'emploi) et pour automatiser le téléchargement vers une base de données basée dans le nuage pour une fusion dans l'indice de qualité. Les commentaires sur les performances sont confidentiels et communiqués directement aux individus concernés. La contre-vérification des résultats est exécutée selon un protocole mixte systématique aléatoire et basé sur le risque et est incluse dans le mécanisme de contre-vérification existant mis en œuvre par une tierce partie. Le fair-play est encouragé par des récompenses financières, une exclusion temporaire des avantages pour les superviseurs fautifs et des analyses comparatives publiques.

Observation directe au Cambodge et au Kirghizistan

Au Cambodge et au Kirghizistan, l'observation directe a été modifiée en un test de compétence à l'aide des outils MamaNatalie et NeoNatalie (<http://www.laerdal.com/us/products/simulation-training/obstetrics-pediatrics/mamanatalie/> et <http://www.laerdal.com/us/products/simulation-training/obstetrics-pediatrics/neonatalie/>) est également utilisé. L'évaluation de la performance du prestataire sur ces outils est effectuée par les superviseurs de district et de province formés et certifiés pour effectuer ces évaluations. MamaNatalie est utilisé comme test de compétences pour l'hémorragie post-partum, l'une des principales causes de mortalité maternelle, et le NeoNatalie est utilisé pour un test de compétences pour la réanimation néonatale, qui a démontré une diminution de 30% de la mortalité néonatale [63]. Les deux tests de compétences ont été quantifiés et pondérés pour obtenir 100 points lorsque 100% sont correctement exécutés. Les vignettes et les tests de compétences sont pondérés à 30% dans la carte de score équilibrée de l'hôpital (plus une

valorisation de 30% sur les révisions de dossiers) et à 60% dans la carte de score équilibré du centre de santé.

Le tableau 4 ci-dessous décrit les ajustements apportés à ces méthodes pour les adapter aux approches FBP :

Tableau 4 : Ajustements aux vignettes, observations directes et enquêtes de satisfaction de la clientèle

METHOD	ADJUSTMENTS	COUNTRIES
Vignette	Focus vignettes on top ten burden of disease	Cambodia; DRC; ROC; (Kyrgyzstan planned)
	Quantified and weighted	
	Use of trained district and provincial health supervisors	
	Third-party counter verification	
Direct observation	Modify to competency tests	Cambodia; Kyrgyzstan; (DRC and ROC planned)
	Quantified and weighted	
	Focus on major maternal and neonatal emergencies (post-partum hemorrhage and neonatal resuscitation)	
	At hospital level inclusion of the “WHO Surgical Safety Checklist” as a competency test (in Cambodia and Kyrgyzstan)	
	Use of trained district and provincial health supervisors	
Patient satisfaction survey	Third-party counter verification	Kyrgyzstan; Cambodia; DRC and ROC
	Quantified and weighted	
	Likert scales	
	Smart content of care tracers	
	Use of trained district and provincial health supervisors	
	Third-party counter verification	

DRC – Democratic Republic of the Congo, ROC – Republic of the Congo, WHO – World Health Organization

Enquêtes de satisfaction des patients

Des enquêtes de satisfaction des patients sont en cours au Kirghizistan. Un échantillonnage aléatoire systématique du registre des patients hospitalisés des femmes qui ont accouché à l'hôpital est utilisé. Dix patients sélectionnés au hasard dans chacun des 63 hôpitaux de district sont interrogés une fois par trimestre. Les patients sont contactés par téléphone mobile par des superviseurs qualifiés et, après avoir obtenu leur consentement, cinq questions sont posées. Quatre des cinq questions ont des réponses sur une échelle de Likert en cinq points, tandis qu'une dernière question est binaire et cherche à clarifier si le patient a payé les prestataires de manière informelle. Si la réponse à la dernière question est « oui », les points de l'interview sont annulés. Les dix entretiens représentent 10% du score total de performance trimestriel de chaque hôpital. Au Cambodge, en RC et en République démocratique du Congo, l'outil d'interview contient 15 questions, toutes quantifiées et à différentes échelles, et pondérées différemment. L'outil contient des traceurs de contenu de soins, tels que des questions relatives à la prise de pression artérielle ou

à la température et à la question de savoir si le prestataire a touché le ventre du patient ou s'il a écouté les poumons. Au Cambodge, les patients sont échantillonnés à partir de registres et appelés directement par les superviseurs ; alors qu'en RDC et en RC, des enquêtes de satisfaction auprès de la communauté plus large sont réalisées par des organisations locales validant le contact patient-prestataire (pour dissuader les patients fantômes), en plus de répondre au questionnaire sur l'expérience du patient. Dans les trois contextes, ces enquêtes représentent 10% du score de qualité total.

Les encadrés 1, 2, 3 et 4 décrivent brièvement les programmes FBP menés au Kirghizistan, au Cambodge et dans les deux pays du Congo.

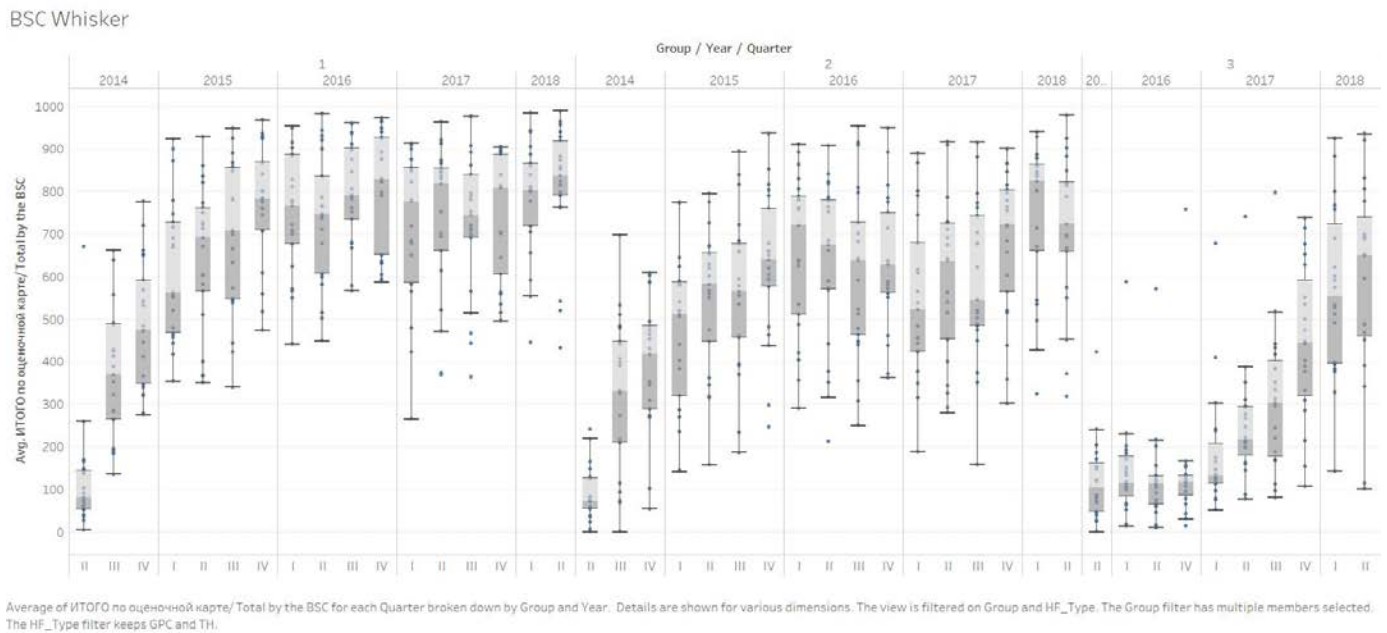
Encadré 1. Projet de financement basé sur les résultats en matière de santé au Kirghizistan.

Le Kirghizistan est un pays d'Asie centrale avec une population de 6 million d'habitants en 2016. Son PIB nominal pour 2015 est de 1 103 dollars par habitant et son indice de développement humain pour 2016 est de 120/187. Le projet de financement axé sur les résultats pour la santé du Kirghizistan, un projet de 12 millions de dollars financé sur trois ans et financé par une subvention du Fonds fiduciaire pour l'innovations en santé (financée par la Norvège et le Royaume-Uni), a été conçu pour avoir un impact sur la mortalité relativement élevée de la mortalité maternelle et néonatale au Kirghizistan. Le Kirghizistan a un taux de mortalité maternelle relativement élevé de 76/100 000 et une mortalité néonatale précoce relativement élevée (taux de mortalité infantile de 24/1000, 78% de ces décès surviennent dans les sept jours suivant l'accouchement). Ces chiffres de mortalité sont respectivement 6 fois et 5 fois plus élevés que la moyenne de l'OCDE. Alors que 99% de toutes les femmes accouchant dans les hôpitaux, 64% de toutes les mères décédées le font dans les hôpitaux Rayon (district), et ceci (et la mortalité néonatale précoce) est dû à la piètre qualité des services hospitaliers. En raison de la nature systémique des problèmes de qualité, une approche par carte de score équilibrée a été développée pour cibler la qualité dans les hôpitaux Rayon. Les causes des problèmes de qualité dans les hôpitaux Rayon étaient multiples. Certaines de ces causes étaient systémiques et ne pouvaient pas être résolues car elles échappaient au contrôle des hôpitaux (par exemple, des règles de dépenses rigides, des salaires relativement bas pour les ressources humaines, la fuite des cerveaux). D'autres causes telles que les procédures, les directives, la gestion des stocks, les processus d'assurance qualité ainsi que les connaissances et les compétences des prestataires ont été jugées résolutives et sous l'influence de la direction de l'hôpital. Une carte de score équilibrée (« Balanced Score Card ») rigoureux a été mis au point avec des praticiens locaux. Il a été testé et testé avant sa mise à l'échelle en juillet 2014. Ce tableau de bord est appliqué une fois par trimestre à chaque hôpital par une équipe de consultants, de techniciens des partenaires de développement et du personnel de Mandatory Health. Fonds d'assurance. La contre-vérification des résultats est effectuée par une équipe de consultants du niveau central. En raison du caractère novateur et expérimental de l'intervention, une évaluation d'impact rigoureuse a été conçue pour en étudier les effets [38]. Une évaluation d'impact a été conçue avec trois branches : les hôpitaux du groupe 1 ont reçu une carte de score équilibrée avec un paiement basé sur les résultats, les hôpitaux du groupe 2 ont reçu une carte de score équilibrée avec retour mais aucun paiement et un troisième groupe dans lequel aucune intervention n'a eu lieu. La valeur du budget de la prime de performance s'élevait à environ 15% du revenu annuel de l'hôpital, soit environ 1 USD par habitant et par an. Chacun des groupes avait 21 hôpitaux. Une enquête de référence a été réalisée en 2013 et une enquête de suivi a été réalisée au troisième trimestre de 2017.

Les résultats sur une période de deux ans ont montré des améliorations impressionnantes dans les deux bras d'intervention alors que le bras de contrôle est resté le même. Un score moyen de 9,8% a été trouvé pour 63 hôpitaux Rayon en juillet 2014. Les performances du groupe 1 sur une période de deux ans sont passées de 9,3% à 79% (augmentation de 69,7 points de pourcentage ; double différence avec le groupe 3 de 67,5 points

de pourcentage). Le groupe 2 a vu sa performance passer de 8,6% à 60,8% (augmentation de 52,2 points de pourcentage ; double différence de 49,3%). Ces augmentations ont eu lieu malgré les changements de pondération après un an et l'introduction d'une multitude de tests d'aptitudes et de compétences basées sur les compétences qui placent la barre de performance de plus en plus haute. Les performances du groupe 3 ont à peine augmenté. Au cours du premier semestre de 2016, les hôpitaux du groupe 3 ont été soumis à deux séries de cartes de pointage équilibrées. Leur performance est restée faible (13,7%), ce qui représente une augmentation de 2,2% par rapport à leur niveau de référence de juillet 2014 (11,5%). Portail RBF du Kirghizistan (<http://rbf.med.kg/>).

Figure 2 : Kirghizistan, trois ans de résultats avec la carte de pointage équilibrée sur les trois groupes d'évaluation.



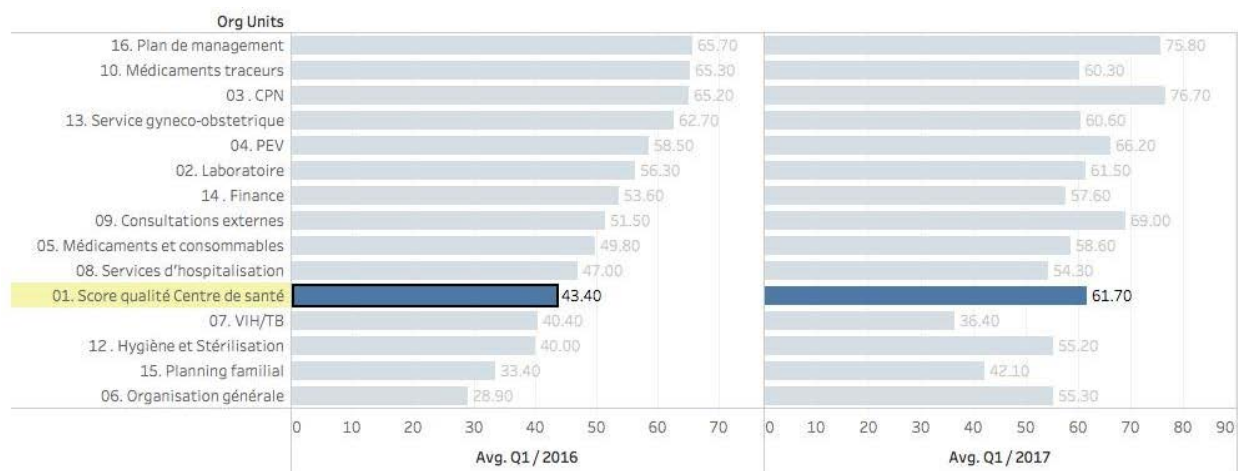
Encadré 2. République du Congo (RC) - programme PDSS2.

La République du Congo compte environ 4,5 millions d'habitants, soit un PIB de 1 851 USD en 2015 en 2015 (contre 3 200 USD par personne et par an en 2013). Son indice de développement humain est 136/187. Un projet quinquennal de développement du système de santé, doté de 120 millions de dollars EU, a été conçu en 2013, sur la base d'une expérience pilote réussie dans trois départements [71], afin d'étendre la couverture à 86% de la population. Le projet contient une composante dans laquelle une évaluation du financement de la santé est réalisée dans le but de renforcer la marge de manœuvre budgétaire pour passer à la couverture sanitaire universelle. Cela comprend un dialogue politique sur les ressources humaines pour la santé, le système d'information sur la santé et le secteur pharmaceutique. Le financement repose sur un financement gouvernemental de 100 millions de dollars, un crédit IDA de 10 millions de dollars et une subvention de 10 millions de dollars du HRITF. Le budget pour le PBF est d'environ 7 USD par habitant et par an. Une partie de l'intervention consiste en une évaluation d'impact divisant le projet en zones d'intervention et de contrôle [38]. Les districts d'intervention couvrent 48% de la population. Les districts de contrôle ont reçu un financement décentralisé sans autre intervention (cette composante est arrêtée temporairement en raison du manque de financement de la part du gouvernement en raison de la chute des prix internationaux du pétrole et de ses revenus).

Un paquet de services essentielles de santé comprenant 20 services pour les centres de santé et les communautés est sous-traité à 195 centres de santé publics, privés et quasi-publics. Trois services de ce forfait

ont une quote-part définie (le reste des services étant gratuit au point d'utilisation) qui est supprimée pour les indigents pour lesquels les prestataires reçoivent une redevance qui couvre tous les frais. Un paquet complémentaire de 16 services est sous-traité à 17 hôpitaux de district. Quatre services de ce forfait ont une quote-part définie (le reste des services étant gratuit au point d'utilisation), qui est supprimée pour les indigents pour lesquels les hôpitaux reçoivent une redevance qui couvre tous les frais. Dans les deux villes de Brazzaville et de Point Noire, plus de 75% des contrats ont été passés avec des prestataires privés à but lucratif et quasi-publics, qui se voient offrir un ensemble de subventions plus élevé pour leurs offres de services. Sept administrations sanitaires départementales et 21 administrations sanitaires de district et quatre départements centraux de la santé sont sous contrat de performance interne. Quatre organisations non gouvernementales ont été recrutées pour faire fonction d'achat. Un agent de vérification externe a également été recruté. Une base de données en nuage avec une interface publique avec le téléchargement de données via des tablettes et des téléphones intelligents a été introduite (<http://www.fbp-msp.org/#/>). Parmi les autres interventions figurait un projet générateur de demande, appelé « programme Arc en Ciel », dans lequel des bons de réduction de couleur étaient utilisés pour identifier les personnes ayant besoin de services de santé de base essentiels et pour les éduquer et les persuader d'utiliser ces services. En outre, en étroite collaboration avec LISUNGI, le programme de protection sociale, 25% des ménages les plus pauvres ont été identifiés et se sont vu délivrer des cartes d'identité leur permettant d'accéder gratuitement aux services. Les activités du programme complet ont démarré au premier trimestre de 2016 et ont entraîné une amélioration significative de la qualité, en particulier dans les centres de santé et les hôpitaux, avec une augmentation concomitante des principaux services de prévention offerts par les prestataires sous contrat. En décembre 2017, de nouvelles mesures de qualité comprenant des vignettes et des tests de compétences MamaNatalie et NeoNatalie ont été introduites. En outre, des enquêtes sur la satisfaction de la clientèle de la communauté, qui mesurent et quantifient les perceptions des clients sur les services reçus, ont été lancées au troisième trimestre de 2017.

Figure 3 : République du Congo : l'indice de qualité dans les centres de santé est passé de 43% à 62% sur un an.

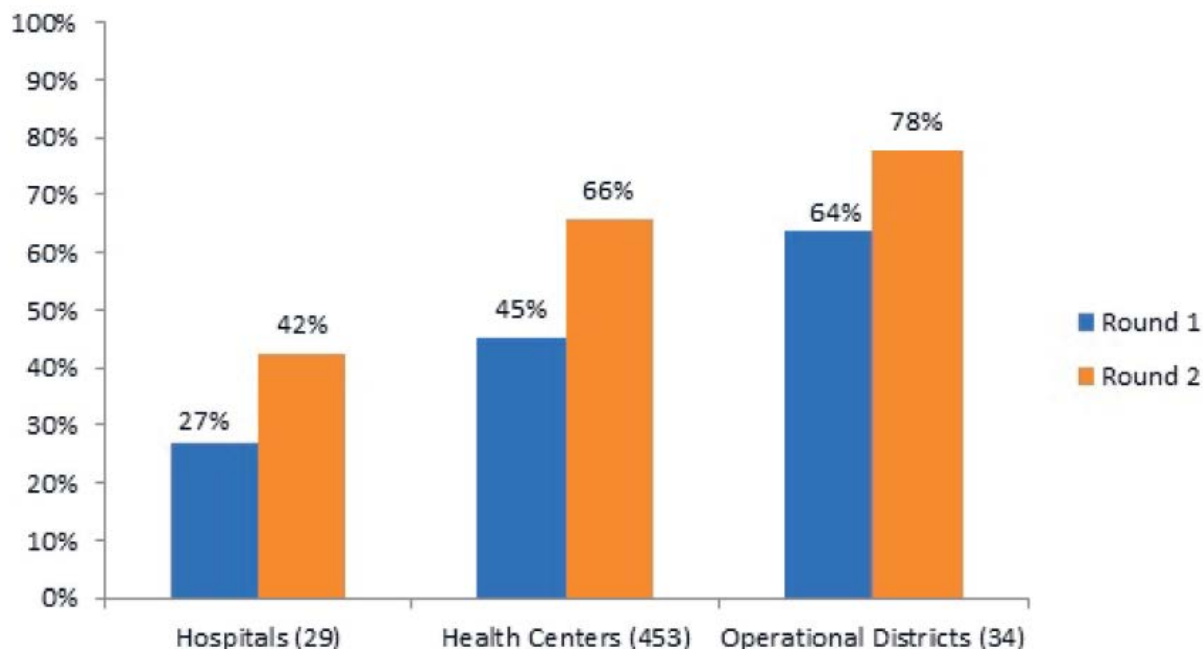


Encadré 3. Le programme cambodgien H-EQIP.

Le Cambodge est un pays d'Asie du Sud-Est avec une population d'environ 16 millions d'habitants en 2016. Le Cambodge a connu une croissance très rapide de son PIB de 7,6% par an en moyenne entre 1994 et 2016. Son PIB nominal pour 2015 est de 1 185 USD par habitant. Son indice de développement humain pour 2016 est de 143/187. Après une période d'expérimentation, le développement du système de santé a été axé sur le financement des services de santé destinés aux pauvres par le biais de fonds pour l'équité en matière de santé [27, 29, 31, 32, 72, 73]. Malgré des améliorations spectaculaires de la santé maternelle et infantile, des inégalités persistent entre les résultats pour la santé, par statut socio-économique, par zone géographique et entre les

populations urbaines et rurales. La qualité des services de santé au Cambodge est sous-optimale. Les conclusions préliminaires d'une étude récente de la Banque mondiale indiquent que les bénéficiaires peuvent être exposés à des paiements directs élevés en raison de la mauvaise qualité perçue des soins dans certains établissements publics, même lorsqu'ils sont couverts par un fonds d'équité en santé. Outre certaines lacunes restantes en matière d'infrastructure, le Cambodge est confronté à un défi majeur en ce qui concerne les aptitudes et compétences de son personnel de santé et doit améliorer à la fois la formation initiale et continue, ainsi que l'accent mis sur la formation axée sur les compétences. En outre, l'absence d'un mécanisme de suivi et d'évaluation bien coordonné et la qualité limitée des données ont entravé le suivi efficace de la performance du secteur de la santé et de la prise de décisions fondée sur des preuves. Le projet d'amélioration de la qualité et de l'équité en matière de santé au Cambodge (H-EQIP) est un projet sur cinq ans d'un montant de 174 millions USD, dont 94 millions USD de contrepartie, 30 millions USD de prêt IDA et 50 millions USD de subvention un fonds fiduciaire multi-baillleur (financé par l'Australie, l'Allemagne et la Corée du Sud). Il a été conçu pour poursuivre le financement et renforcer les fonds d'équité en matière de santé à l'échelle nationale, pour mobiliser des fonds publics et pour renforcer la qualité des soins dans les établissements publics du pays. En ce qui concerne la composante projet liée aux subventions pour la prestation de services, environ 1 dollar par habitant et par an était disponible pour une rémunération de qualité basée sur les performances. Le développement des outils s'est fait par un processus collaboratif. On a utilisé les vignettes existantes qui avaient été appliquées lors d'une évaluation de la qualité de niveau 2 à l'échelle nationale. Des cartes de score équilibrées ont été développées pour les centres de santé et trois types d'hôpitaux différents (CPA-1; 2 et 3). Au niveau des centres de santé, la qualité structurelle était pondérée à 30% et consistait en la gestion financière; gestion des fonds d'équité santé et lutte contre les infections, hygiène et élimination des déchets médicaux. En outre, les tests de connaissances et de compétences étaient pondérés à 60% et les entretiens avec les clients, à 10%. Au niveau hospitalier, la carte de pointage équilibrée du Kirghizistan a été utilisée comme point de référence et adaptée au contexte local. La pesée était de 30% pour la structure, 60% pour le processus (30% sur les examens de dossiers et 30% sur les tests de connaissances et de compétences) et 10% sur les entretiens avec les clients. Les outils développés ont été testés dans des provinces pilotes et modifiés. Le déploiement à l'échelle nationale a commencé en trois vagues en janvier 2017 et devrait s'achever d'ici à juin 2018. Le domaine d'intervention de la qualité est étendu à l'ensemble du pays; tous les établissements de santé publics, tous les hôpitaux publics et l'ensemble de l'administration de la santé du district et de la province sont impliqués. Le paiement des résultats repose sur la vérification ex ante de l'administration de la santé (également dans le cadre d'un contrat de performance), tandis que les résultats sont contre-vérifiés ex post (après paiement) par un tiers. Un logiciel sur tablette sera mis au point, y compris un tableau de bord public avec une analyse comparative des résultats. Une évaluation d'impact est prévue, utilisant l'introduction progressive des outils à l'échelle nationale [38]. Les résultats ex ante de la première vague de vérifications montrent une large gamme de performances en matière de qualité dans les centres de santé et les hôpitaux, avec un potentiel de hausse significatif.

Figure 4 : Le Cambodge résulte des deux premiers cycles du centre de santé de vérification ex ante, Performance des hôpitaux et des services de santé (deuxième trimestre de 2017 ; première vague de mise à l'échelle).



Encadré 4. République démocratique du Congo (RDC) - Programme PDSS.

La RDC est le deuxième pays du monde par sa superficie et le troisième pays le plus peuplé d'Afrique avec une population estimée à plus de 70 millions d'habitants. Son PIB nominal pour 2015 est de 456 USD par habitant. Son indice de développement humain pour 2016 est 176/187. Les ressources publiques consacrées au financement de la santé représentent moins de 1 dollar par habitant et par an, et très peu d'entre elles atteignent les établissements de santé de première ligne, ce qui a pour conséquence que la majorité des agents de santé publique ne reçoivent pas de salaire et que la plupart des coûts sont facturés au moment de leur utilisation est financé par la population. Sur l'ensemble des ressources consacrées à la santé, on estime à US \$ 13 par habitant et par an, environ 40% sont dépensés par les partenaires de développement, environ 39% par les ménages et moins de 15% par le gouvernement. Les dépenses de santé non remboursées représentent plus de 90% des dépenses de santé des ménages et les dépenses de santé catastrophiques affectent plus de 10% des ménages [74]. Le programme de renforcement du système de santé est un programme quinquennal de 400 millions USD financé par un don de 210 millions USD de l'IDA, un prêt de 130 millions USD de l'IDA, des subventions d'un montant d'environ 50 millions USD provenant de fonds fiduciaires (GFF; HRITF et USAID) et une subvention de 10 millions USD du Fonds mondial. Le financement total est destiné à un programme FBP couvrant 156 zones de santé réparties dans 11 provinces et couvrant environ 30% de la population, pour un coût de 3,60 dollars par habitant et par an. Dans le programme FBP, le plus important du genre au monde, les services de santé sont achetés en quantité et en qualité par l'intermédiaire d'un ensemble de 22 services au niveau des centres de santé et des communautés, et d'un ensemble de 24 services au niveau du premier hôpital de référence, la qualité est ajustée au moyen d'une liste de contrôle de la qualité (indices distincts pour les deux niveaux). Les ensembles de services sont axés sur les activités de prévention et de promotion de la santé maternelle et infantile et les maladies infectieuses telles que la tuberculose, le paludisme et le VIH, ainsi que sur des activités communautaires étendues en plus de l'accès aux soins curatifs. Les districts de santé et les départements de santé provinciaux ont signé des contrats de performance pour renforcer leurs tâches, notamment les évaluations trimestrielles de la qualité dans les centres de santé et les hôpitaux. De nouvelles agences d'achat ont été créées en tant que Entités d'Utilité Publique (EUP) ; quatre principaux EUP et dix

bureaux satellites ont été mis en place. Le personnel a été recruté selon une procédure transparente basée sur le mérite, avec la participation de partenaires de développement (UNICEF; Cordaid; SANRU) et formé de manière rigoureuse. Un agent de vérification indépendant a été recruté. Le déploiement a été achevé à la fin de 2016 et le système a démarré en janvier 2017, avec plus de 3 150 contrats. Des logiciels en nuage avec une interface publique et l'utilisation de tablettes et de téléphones intelligents pour la collecte de données et le téléchargement dans la base de données ont été mis en œuvre (<http://front.fbp-rdc.org/#/republique-democratique-du-congo/g/pL5A7C1at1M>).

En raison de la vaste étendue de la RDC et du fait que le projet couvre certaines des régions les plus éloignées de la RDC telles que Equator et Bandundu, un système de bonus d'équité géographique a été mis en place. Les subventions pour les ensembles de services dépendent du temps de déplacement vers le centre du district et la capitale provinciale et constituent un indicateur indirect de l'éloignement. Il existe neuf types de subventions pour les centres de santé, celles des régions les plus éloignées étant 80% plus élevées que celles de la catégorie la plus basse. De même, les districts sanitaires et les hôpitaux de district sont répartis en cinq catégories d'équité, les plus éloignés du centre de la province recevant une subvention basée sur la performance de 25% plus élevée (districts) et de 40% supérieure (hôpitaux). Une évaluation d'impact rigoureuse est incluse dans sa conception, qui vise à étudier l'impact du régime FBP, y compris des interventions innovantes visant à améliorer la qualité des soins, en ajoutant des vignettes et des tests de compétence à l'indice de qualité [38]. Les niveaux de base de la qualité sont très bas, par exemple dans la province du Kwango, l'indice de qualité moyen des centres de santé est de 26% (Min 12,5%; Max 40,4).

Figure 5. République démocratique du Congo. Scores d'indice de qualité les plus bas, moyens et maximaux au départ pour les centres de santé dans les six districts de santé de la province de Kwango, T3 2016.

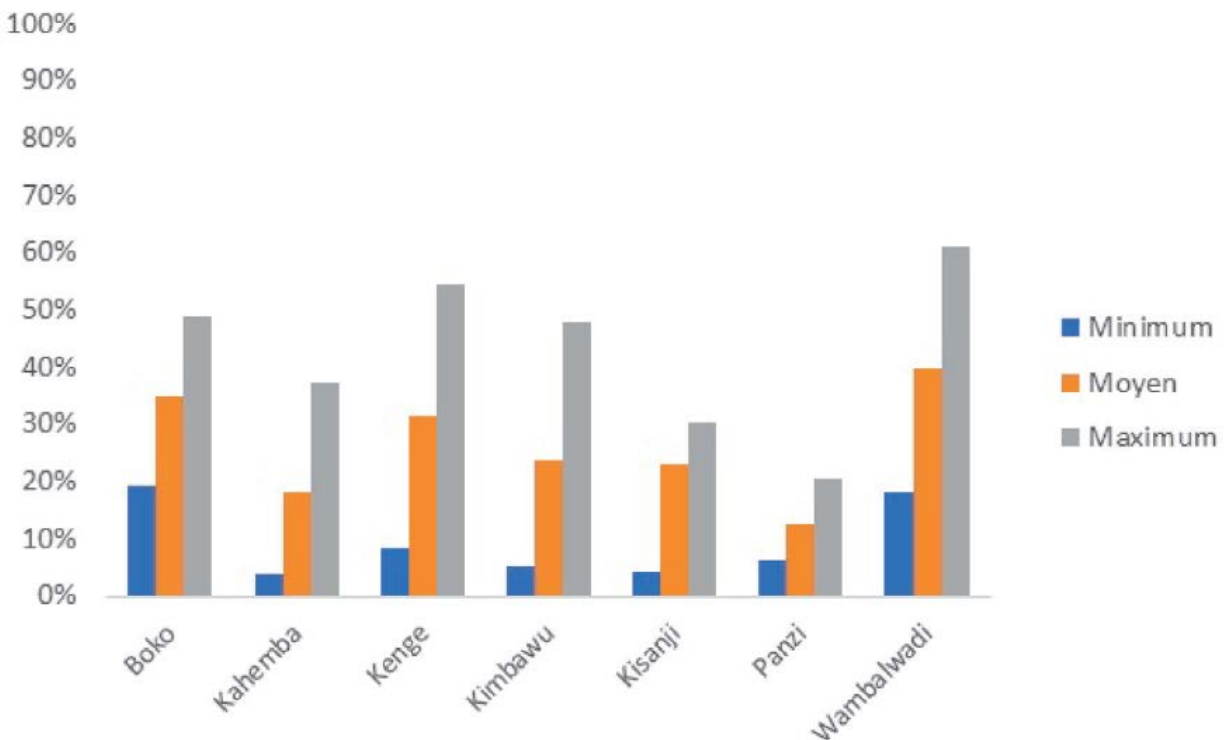


Tableau 5 : Indice de qualité moyen pour les centres de santé dans trois provinces, 30 districts sanitaires, République démocratique du Congo

Province	Health zone	Structures	2016		2017			2018
			3	1	2	3	4	1
Kwango	Boko	CS	34.4	52.1	66.9	67.6	45.0	39.7
	Kahemba	CS	16.5	34.8	55.3	63.7	34.4	34.1
	Kenge	CS	29.5	54.4	70.0	74.9	40.9	38.4
	Kimbao	CS	25.7	52.4	70.3	74.6	29.5	29.1
	Kisandji	CS	22.9	47.0	65.8	64.1	31.1	31.4
	Panzi	CS	11.5	28.7	59.3	68.3	35.1	33.2
	Wamba Lwadi	CS	39.2	50.7	53.7	60.9	32.2	33.3
Kwilu	Bandundu	CS	32.3	55.8	70.8	76.0	40.6	82.6
	Djuma	CS	14.6	42.7	56.8	57.3	34.4	72.3
	Gungu	CS	12.0	29.4	44.6	48.2	29.2	60.2
	Kikwit Nord	CS	25.1	48.7	66.6	78.5	41.0	84.5
	Kimputu	CS	26.6	53.3	52.9	57.6	31.2	60.2
	Kingandu	CS	13.9	30.0	48.1	59.9	31.8	68.3
	Moanza	CS	11.4	33.5	49.9	51.3	32.6	61.7
	Mosango	CS	38.3	55.9	66.1	76.7	40.0	77.4
	Mukedi	CS	28.9	26.7	36.5	55.7	31.5	65.7
	Mungindu	CS	11.8	51.4	73.1	53.2	30.5	64.4
	Pay Kongila	CS	29.2	48.2	63.1	76.0	36.6	72.0
	Sia	CS	20.9	42.0	48.9	51.2	28.1	53.6
	Vanga	CS	15.6	54.2	64.8	73.4	38.4	74.8
Maindombe	Bokoro	CS	24.8	44.5	54.2	63.5	34.4	70.2
	Bolobo	CS	15.1	31.3	47.1	56.8	30.9	64.8
	Inongo	CS	14.6	41.1	61.1	64.6	32.3	67.9
	Kwamouth	CS	15.5	32.9	57.4	62.0	26.9	62.2
	md Kiri	CS	8.2	26.7	50.3	66.6	33.0	69.0
	Mushie	CS	25.5	44.3	60.7	62.8	67.9	68.0
	Nioki	CS	18.2	59.5	63.4	73.0	35.3	70.8
	Ntandembelo	CS	6.9	18.9	37.0	59.1	32.9	61.2
	Pendjwa	CS	26.9	37.4	66.4	68.7	34.8	68.6
	Yumbi	CS	18.1	45.1	60.0	69.1	31.6	62.5

CS – Centre de Sante (health center)

DISCUSSION

À mesure que le FBP se développe et se rapproche de la CSU, de nouvelles méthodes pourraient renforcer la qualité de la prestation de services. D'après les observations sur le terrain et la collecte de données de routine, il apparaît que des améliorations rapides des mesures de qualité clés peuvent être obtenues en intégrant plusieurs méthodes de qualité de pointe dans l'arsenal FBP. Dans quatre exemples de pays, les programmes d'amélioration de la qualité des soins FBP recueillent des preuves lors d'évaluations d'impact rigoureuses. L'expérience acquise dans les quatre pays montre que les méthodes proposées sont réalisables et appropriées. Les premiers résultats de l'évaluation d'impact de l'approche de financement basée sur les résultats du Kirghizistan montrent un impact

important de la carte de score équilibrée avec une pondération robuste pour le contenu des mesures de soins telles que les tests de connaissances et de compétences et les entretiens avec les clients. Toutefois, l'expérience acquise avec les nouvelles méthodes utilisées jusqu'à présent a mis au jour un ensemble de défis théoriques et réels que l'on peut classer en défis au niveau micro (méthodes, outils et réformes) et au niveau macro (économie politique).

Niveau micro

Au niveau micro, il y a le défi conceptuel de l'écart de savoir-faire, avec la conception et la mise en œuvre de ces nouveaux outils de qualité en général, et la conception et la mise en œuvre d'approches FBP. L'écart de connaissance (section 3.4.2, Boîte à outils de l'évaluation de l'impact [10]) [17] est un écart observé entre ce que les prestataires connaissent et ce qu'ils font concrètement avec ces connaissances [38]. Cet écart de connaissance est un problème dans les tests basés sur les connaissances. Par exemple, les prestataires avec un score élevé sur les vignettes et les tests de compétence peuvent systématiquement lésiner sur les soins réels. Nous savons très peu de choses sur ce phénomène dans les contextes FBP. Cependant, une évaluation d'impact rigoureuse au Rwanda a montré que, dans le cadre du FBP, des prestataires bien informés faisaient davantage que ce qu'ils savaient [39, 64]. Une étude menée en Chine sur les diagnostics de tuberculose a révélé que les prestataires en savaient plus sur les tests réalisés au moyen de vignettes que sur ceux de patients mystères. Bien que cette étude ne soit pas dans un contexte FBP, des incitations liées à la prescription d'antibiotiques et d'autres médicaments pourraient avoir eu une influence sur les divergences [65, 66]. Une étude contrôlée randomisée bien conçue aux Philippines a montré que les médecins qui avaient obtenu de meilleurs résultats avec un ensemble complet de vignettes conçues pour rendre leur jeu difficile à jouer amélioraient leurs soins et que ces améliorations se traduisaient par de meilleurs résultats pour la santé [14].

Il existe plusieurs moyens d'atténuer le problème de l'écart de savoir-faire avec des vignettes. Premièrement, les retours directs aux prestataires sur les résultats des vignettes (élément d'apprentissage individuel) et les efforts des prestataires sont utiles pour l'apprentissage. Ceci est renforcé par la supervision formative structurée, un élément clé des approches FBP. Deuxièmement, le changement de mécanisme de paiement du prestataire (passer à un paiement des soins curatifs au cas par cas plutôt qu'à une facturation détaillée) aligne les incitations à prescrire des médicaments ou à instaurer un traitement plus rationnel, c'est-à-dire adhérer à des protocoles (enseignés au moyen des vignettes). Troisièmement, l'amélioration de la qualité perçue

par les patients (éléments structurels observés ; plus de temps passé en consultation) conduit à un cycle vertueux positif [67]. Quatrièmement, l'observation avec rétroaction positive et l'analyse comparative des performances des établissements de santé (les performances individuelles des agents de santé ne sont pas rendues publiques) sont toutes de puissants outils d'amélioration des performances. Enfin, lier les paiements de performance des établissements de santé à ces nouvelles mesures de qualité est intuitivement attrayant dans la mesure où ils contrecarrent certains des effets négatifs des applications de vignette de routine [61, 68, 69]. En fin de compte, l'écart de savoir-faire doit être mesuré non pas par les écarts de performance, mais par le fait que la mesure en série et le retour d'information conduisent à une amélioration mesurée par les résultats pour la santé.

Bien qu'elle soit évolutive dans la pratique, la conception et la mise en œuvre de ces nouveaux outils de qualité posent un autre ensemble de défis (Chapitre 17, FBP Toolkit [33]), [24, 26, 47, 70]. Les observations de terrain effectuées au Kirghizistan et au Cambodge nous ont appris qu'un soutien et un soutien de qualité sont des conditions préalables indispensables à la mise en œuvre des mesures. Des investissements doivent être faits pour renforcer les capacités d'un groupe de formateurs nationaux qui seront en mesure de continuer à mettre en œuvre et à développer ces approches de mesure. Avec la capacité de formation et de mesure, une conception et une approche « ascendantes » nécessaires peuvent être utilisées pour renforcer l'acceptation locale, collecter les informations et assurer l'adaptation des outils de mesure de la qualité. Une période de validation des instruments peut être nécessaire pour assurer la validité dans le contexte local [18]. L'utilisation de structures administratives locales pour les évaluations constitue un autre défi de mise en œuvre pour ces approches. Alors que l'implication de l'administration sanitaire locale est une stratégie puissante pour renforcer les systèmes de santé locaux, l'utilisation d'approches FBP nécessite de très bonnes mesures de contre-vérification pour que tous se conforment aux nouvelles règles du jeu.

Niveau macro

Au niveau macro, il y a des défis politiques. Les pays qui n'investissent pas dans le FBP ou ne créent pas d'élément de ligne budgétaire pour le FBP et des mesures de qualité dans le budget du ministère des Finances posent un risque de durabilité à ces réformes. Les gouvernements qui prévoyaient un budget pour financer le FBP ont mis en place des réformes réussies comme au Rwanda et au Burundi. Les changements de leadership posent d'autres défis à la durabilité. Une nouvelle équipe pourrait avoir des priorités différentes et faire dérailler ces réformes. En outre,

l'adhésion des partenaires de développement est cruciale dans de nombreux contextes. La mise en œuvre du FBP pose également d'autres problèmes au niveau macroéconomique. Celles-ci risquent de perdre à cause de ces réformes. Par exemple, la décentralisation de l'achat de médicaments et la décentralisation des budgets vers les établissements de santé réduisent tous les revenus de ceux qui géraient auparavant ces ressources à des niveaux plus élevés.

Enfin, dans de nombreux pays, le manque de capacité dans la formation clinique est la cause fondamentale de la mauvaise performance des prestataires. La mise en œuvre de nouvelles méthodes de mesure et d'amélioration de la qualité sera certainement bénéfique, mais ce ne sera pas la seule solution. Des réformes plus approfondies du programme de formation médicale initiale seront nécessaires. Par exemple, une fois que l'habitude de mesurer et le retour d'information ont été établis, ceux-ci pourraient également être appliqués aux programmes d'études préalables.

CONCLUSIONS

La mise en œuvre de la couverture maladie universelle est une route longue et ardue, en particulier pour les pays à revenu faible et intermédiaire, qui subissent des pressions pour investir dans la santé, à côté d'une légion d'autres priorités. Pour les pays qui disposent de programmes de financement basés sur la performance, il existe une opportunité très utile d'améliorer la CSU. Les nouvelles méthodes de mesure peuvent avoir un impact important sur la qualité des soins. Bien que les méthodes décrites dans cet article soient nouvelles dans les contextes FBP et PRFI, elles sont actuellement testées et il est à espérer qu'avec des ajustements relativement mineurs, les connaissances et les compétences des fournisseurs pourront être rapidement améliorées.

Remerciements : Dinesh Nair, Mickey Chopra, David Paculdo, Asel Sargaldakova, Raj Ballal, Arsene Askerov, Somil Nagpal, Nareth Ly, Cedric Ndizeye, Bernice Nsitou, Hadia Samaha, et Michel Muvudi.

Approbation éthique : N'est pas applicable

Le Financement : N'est pas applicable

Contribution de l'auteur : György Fritsche est l'auteur principal de l'article. John Peabody a activement contribué à toutes les sections de l'article et a examiné et révisé tous les brouillons plusieurs fois.

Intérêts concurrents : Les auteurs ont rempli le formulaire relatif à l'intérêt concurrentiel unifié sur www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponible sur demande auprès de l'auteur correspondant) et n'ont pas déclaré de conflit d'intérêts.

REFERENCES

- 1 Soeters R, Griffiths F. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy Plan.* 2003;18:74-83. [Medline:12582110](#)
[doi:10.1093/heapol/18.1.74](#)
- 2 Bloom E, Bhushan I, Clingingsmith D, Hong R, King E, Kremer M, et al. Contracting for Health: Evidence from Cambodia. 2007. Available: https://sites.hks.harvard.edu/cid/bread/papers/0605conf/bread0605_clingingsmith.pdf. Accessed: 20 August 2018.
- 3 Jacobs B, Thomé JM, Overtoom R, Sam SO, Indermühle L, Price N. From public to private and back again: sustaining a high service-delivery level during transition of management authority: a Cambodia case study. *Health Policy Plan.* 2010;25:197-208. [Medline:19917650](#)
[doi:10.1093/heapol/czp049](#)
- 4 Annear P. A comprehensive review of the literature on health equity funds in Cambodia 2001-2010 and annotated bibliography, in Health Policy and Health Finance Knowledge Hub working paper series. Melbourne: The Nossal Institute for Global Health; 2010.
- 5 Ensor T, Chhim C, Kimsun T, McPake B, Edoxa I. Impact of health financing policies in Cambodia: a 20-year experience. *Soc Sci Med.* 2017;177:118-26. [Medline:28161669](#)
[doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.034](#)
- 6 Van de Poel E, Flores G, Ir P, O'Donnell O. Impact of performance-based financing in a low-resource setting: a decade of experience in Cambodia. *Health Econ.* 2016;25:688-705. [Medline:26224021](#) [doi:10.1002/hec.3219](#)
- 7 Zeng W, Shepard DS, Rusatira JD, Blaakman AP, Nsitou BM. Evaluation of results-based financing in the Republic of the Congo: a comparison group pre-post study. *Health Policy Plan.* 2018;33:392-400.
- 8 Barroy H, André F, Mayaka S, Hadia S, et al. 2014 Health Public Expenditure Review: Investing in Universal Health Coverage, Opportunities and Challenges for Health Financing in the Democratic Republic of Congo. Washington DC: World Bank Group; 2016.
- 9 United Nations. Resolution A/RES/70/1. Adopted by the General Assembly on 25 September 2015. 2015. Available: <https://undocs.org/A/RES/70/1>. Accessed: 20 August 2018.
- 10 Gertler PJ, Martinez S, Premand P, Rawlings LB, Vermeersch CMJ. *Impact Evaluation in Practice*. Washington DC: World Bank; 2016.
- 11 World Health Organization. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO; 2010.
- 12 Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health.* 2017;5:e875-87. [Medline:28728918](#) [doi:10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](#)
- 13 Leslie HH, Gage A, Nsona H, Hirschhorn LR, Kruk ME. Training and supervision did not meaningfully improve quality of care for pregnant women or sick children in sub Saharan Africa. *Health Aff (Millwood).* 2016;35:1716-24. [Medline: 27605655](#) [doi:10.1377/hlthaff.2016.0261](#)
- 14 Jamison DT, Murphy SM, Sandbu ME. Why has under-5 mortality decreased at such different rates in different countries? *J Health Econ.* 2016;48:16-25. [Medline:27046447](#) [doi:10.1016/j.jhealeco.2016.03.002](#)
- 15 Sobel HL, Huntington D, Temmerman M. Quality at the centre of universal health coverage. *Health Policy Plan.* 2016;31:547. [Medline:26420642](#) [doi:10.1093/heapol/czv095](#)

- 16 Bosch-Capblanch X, Liaquat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;9:CD006413. [Medline:21901704](#)
- 17 Das J, Hammer J. Quality of primary care in low-income countries: Facts and economics. *Annu Rev Econ.* 2014;6:525-553. [doi:10.1146/annurev-economics-080213-041350](#)
- 18 Makate M, Makate C. The impact of prenatal care quality on neonatal, infant and child mortality in Zimbabwe: evidence from the demographic and health surveys. *Health Policy Plan.* 2017;32:395-404. [Medline:27993962](#)
- 19 Acharya LB, Cleland J. Maternal and child health services in rural Nepal: does access or quality matter more? *Health Policy Plan.* 2000;15:223-9. [Medline:10837046](#)
[doi:10.1093/heapol/15.2.223](#)
- 20 Kalavakonda V, Groos N, Karasi JC. Mid-term evaluation of the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) 5th Round Project on Health System Strengthening: Assuring Access to Quality Care: The Missing Link to Combat AIDS, Tuberculosis and Malaria in Rwanda. 2007, GFATM.
- 21 Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: Systematic review of comparative studies. *PLoS Med.* 2011;8:e1000433. [Medline:21532746](#) [doi:10.1371/journal.pmed.1000433](#)
- 22 Das J. The quality of medical care in low-income countries: From providers to markets. *PLoS Med.* 2011;8:e1000432. [Medline:21532744](#) [doi:10.1371/journal.pmed.1000432](#)
- 23 Peabody J, Shimkhada R, Quimbo S, Florentino J, Bacate M, McCulloch CE. Financial incentives and measurement physicians improved quality of care in the Philippines. *Health Aff (Millwood).* 2011;30:773-81. [Medline:21471500](#) [doi:10.1377/hlthaff.2009.0782](#)
- 24 Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. *Health Aff (Millwood).* 2012;31:2774-84. [Medline:23213162](#) [doi:10.1377/hlthaff.2011.1356](#)
- 25 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005;83:691-729. [Medline:16279964](#)[doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x](#)
- 26 Can we expect results-based financing to improve quality of care? *Glob Health Sci Pract.* 2017;5:1-3. [Medline:28298339](#) [doi:10.9745/GHSP-D-17-00069](#)
- 27 Leslie HH, Fink G, Nsona H, Kruk ME. Obstetric facility quality and newborn mortality in Malawi: A cross-sectional study. *PLoS Med.* 2016;13:e1002151. [Medline:27755547](#)
[doi:10.1371/journal.pmed.1002151](#)
- 28 Leslie HH, Spiegelman D, Zhou X, Kruk ME. Service readiness of health facilities in Bangladesh, Haiti, Kenya, Malawi, Namibia, Nepal, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ.* 2017;95:738- 48. [Medline:29147054](#)
[doi:10.2471/BLT.17.191916](#)
- 29 Peabody JW, DeMaria L, Smith O, Hoth A, Dragoti E, Luck J. Large-scale evaluation of quality of care in 6 countries of Eastern Europe and Central Asia using clinical performance and value vignettes. *Glob Health Sci Pract.* 2017;5:412-29. [Medline:28963174](#) [doi:10.9745/GHSP-D-17-00044](#)
- 30 Gergen J, Josephson E, Coe M, Ski S, Madhavan S, Bauhoff S. Quality of care in performance-based financing: How it is incorporated in 32 programs across 28 countries. *Glob Health Sci Pract.* 2017;5:90-107. [Medline:28298338](#) [doi:10.9745/GHSP-D-16-00239](#)
- 31 Savigny Dd, Adam T. Systems Thinking for Health Systems Strengthening. 2009. Available: <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/>. Accessed: 20 Aug 2018.

- 32 Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health care reform? *Bull World Health Organ.* 2011;89:153-6. [Medline:21346927](#) [doi:10.2471/BLT.10.077339](#)
- 33 Fritsche G, Soeters R, Meessen B. Performance-Based Financing Toolkit. 2014. Available: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/17194>. Accessed: 20 Aug 2018.
- 34 Meessen B, Malanda B. No universal health coverage without strong local health systems. *Bull World Health Organ.* 2014;92:78-78A. [Medline:24623896](#) [doi:10.2471/BLT.14.135228](#)
- 35 Renmans D, Holvoet N, Criel B, Meessen B. Performance-based financing: the same is different. *Health Policy Plan.* 2017;32:860-8. [Medline:28369426](#) [doi:10.1093/heapol/czx030](#)
- 36 Loevinsohn B, Harding A. Buying result? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet.* 2005;366:676-81. [Medline:16112305](#) [doi:10.1016/S0140-6736\(05\)67140-1](#)
- 37 Loevinsohn B. Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: a toolkit. Washington DC: The World Bank; 2008.
- 38 Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bull World Health Organ.* 2006;84:884-9. [Medline:17143462](#)
- 39 Meessen B, Kashala JP, Musango L. Output-based payment to boost staff productivity in public health centers: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bull World Health Organ.* 2007;85:108-15. [Medline:17308731](#) [doi:10.2471/BLT.06.032110](#)
- 40 Meessen B, Musango L, Kashala JP, Lemlin J. Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Trop Med Int Health.* 2006;11:1303-17. [Medline:16903893](#) [doi:10.1111/j.1365-3156.2006.01680.x](#)
- 41 Rusa L, Fritsche G. Rwanda: Performance-Based Financing In Health, in *Emerging Good Practice in Managing for Development Results: Sourcebook -2nd edition.* Washington DC: the World Bank; 2007.
- 42 Rusa L, Ngirabega Jde D, Janssen W, Van Bastelaere S, Porignon D, Vandenbulcke W. Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centers: 3-year experience. *Trop Med Int Health.* 2009;14:830-7. [Medline:19497081](#) [doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02292.x](#)
- 43 Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat AL, Sturdy J, Vermeersch CM. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet.* 2011;377:1421-8. [Medline:21515164](#) [doi:10.1016/S0140-6736\(11\)60177-3](#)
- 44 de Walque D, Gertler PJ, Bautista-Arrendondo S, Kwan A, Vermeersch C, de Dieu Bizimana J, et al. Using Provider Performance Incentives to Increase HIV Testing and Counseling Services in Rwanda. In: *Policy Research Working Paper No 6364.* Washington DC: World Bank; 2013.
- 45 Falisse JB, Meessen B, Ndayishimiye J, Bossuyt M. Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi. *Trop Med Int Health.* 2012;17:674-82. [Medline:22487362](#) [doi:10.1111/j.1365-3156.2012.02973.x](#)
- 46 Bertone MP, Meessen B. Studying the link between institutions and health system performance: a framework and an illustration with the analysis of two performance-based financing schemes in Burundi. *Health Policy Plan.* 2013;28:847-
- 47 Bonfrer I, Van de Poel E, Van Doorslaer E. The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi. *Soc Sci Med.* 2014;123:96-104. [Medline:25462610](#) [doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.004](#)

- 48 Falisse JB, Ndayishimiye J, Kamenyero V, Bossuyt M. Performance-based financing in the context of selective free healthcare: an evaluation of its effects on the use of primary health care services in Burundi using routine data. *Health Policy Plan.* 2015;30:1251-60. [Medline:25533992](#) [doi:10.1093/heapol/czu132](#)
- 49 Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C. Performance based health financing experiment improves care in a failed state. *Health Aff (Millwood).* 2011;30:1518-27. [Medline:21821568](#) [doi:10.1377/hlthaff.2009.0019](#)
- 50 Fernandes G, Sridhar D. World Bank and the global financing facility. *BMJ.* 2017;358:j3395. [Medline:28860141](#)[doi:10.1136/bmj.j3395](#)
- 51 Meessen B, van Heteren G, Soeters R, Fritsche G, van Damme W. Time for innovative dialogue on health systems research. *Bull World Health Organ.* 2012;90:715-715A. [Medline:23109736](#) [doi:10.2471/BLT.12.112326](#)
- 52 Soucat A, Dale E, Mathauer I, Kutzin J. Pay-for-performance debate: not seeing the forest for the trees. *Health Systems & Reform.* 2017;3:74-9. [doi:10.1080/23288604.2017.1302902](#)
- 53 MSP. Indice de disponibilite et de capacite operationelle des services de sante (SARA RDC). 2014.
- 54 Olivier de Sardan JP, Diarra A, Moha M. Traveling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Res Policy Syst.* 2017;15 Suppl 1:60. [Medline:28722553](#) [doi:10.1186/s12961-017-0213-9](#)
- 55 Pirkle CM, Dumont A, Zunzunegui MV. Criterion-based clinical audit to assess quality of obstetrical care in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2011;23:456-63. [Medline:21672922](#) [doi:10.1093/intqhc/mzr033](#)
- 56 Renmans D, Paul E, Dujardin B. Analysing Performance-Based Financing through the Lenses of the Principal-Agent Theory, in IOB Working Paper 2016-14. Antwerp: Institute of Development Policy and Management; 2016.
- 57 Renmans D, Holvoet N, Orach CG, Criel B. Opening the ‘black box’ of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature. *Health Policy Plan.* 2016;31:1297-309. [Medline:27126200](#)[doi:10.1093/heapol/czw045](#)
- 58 Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction. A prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA.* 2000;283:1715-22. [Medline:10755498](#) [doi:10.1001/jama.283.13.1715](#)
- 59 Veloski J, Tai S, Evans AS, Nash DB. Clinical vignette-based surveys: A tool for assessing physician practice variation. *Am J Med Qual.* 2005;20:151-7. [Medline:15951521](#) [doi:10.1177/1062860605274520](#)
- 60 Wainwright P, Gallagher A, Tompsett H, Atkins C. The use of vignettes within a Delphi exercise: A useful approach in emperical studies. *J Med Ethics.* 2010;36:656-60. [Medline:20713535](#) [doi:10.1136/jme.2010.036616](#)
- 61 Wason KD, Polonsky MJ, Hyman MR. Designing vignette studies in marketing. *Australas Mark J.* 2002;10:41. [doi:10.1016/S1441-3582\(02\)70157-2](#)
- 62 Wallander L. 25 years of factorial surveys in sociology: A review. *Soc Sci Res.* 2009;38:505. [doi:10.1016/j.ssresearch.2009.03.004](#)
- 63 Baudson TG, Preckel F. Teachers’ implicit personality theories about the gifted: An experimental approach. *Sch Psychol Q.* 2013;28:37-46. [Medline:23356881](#) [doi:10.1037/spq0000011](#)
- 64 Haddad S, Fournier P, Machouf N, Yatara F. What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Soc Sci Med.* 1998;47:381.

Medline:9681908 doi:10.1016/S0277-9536(98)00075-6 65 Shah R, Edgar S, Evans BJW. Measuring clinical practice. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2007;27:113. doi:10.1111/j.1475-1313.2006.00481.x

66 Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Blossom JB, Amaro CM, Garcia AM, et al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *Int J Clin Health Psychol.* 2015;15:160. doi:10.1016/j.ijchp.2014.12.001

67 Renmans D, Holvoet N, Criel B. Combining theory-driven evaluation and causal loop diagramming for opening the 'black box' of an intervention in the health sector: A case of performance-based financing in western Uganda. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14:E1007. Medline:28869518 doi:10.3390/ijerph14091007

68 Alexander CS, Becker HJ. The use of vignettes in survey research. *Public Opin Q.* 1978;42:93. doi:10.1086/268432

69 Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansen J, Spell M, et al. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: A prospective validation study. *Ann Intern Med.* 2004;141:771-80. Medline:15545677 doi:10.7326/0003-4819-141-10-200411160-00008

70 Peabody JW, Liu A. A cross-national comparison of the quality of clinical care using vignettes. *Health Policy Plan.* 2007;22:294-302. Medline:17660225 doi:10.1093/heapol/czm020

71 Wall SN, Lee AC, Niermeyer S, English M, Keenan WJ, Carlo W. Neonatal resuscitation in low-resource settings: What, who, and how to overcome challenges to scale up? *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;107:S62-64. Medline:19815203 doi:10.1016/j.ijgo.2009.07.013

72 Gertler P, Vermeersch C. Using Performance Incentives to Improve Health Outcomes, in *Policy Research Working Paper WPS6100.* Washington DC: The World Bank; 2012.

73 Datta S, Saunders MJ, Tovar MA, Evans CA. Improving tuberculosis diagnosis: Better tests or better healthcare? *PLoS Med.* 2017;14:e1002406. Medline:29040271 doi:10.1371/journal.pmed.1002406

74 Sylvia S, Xue H, Zhou C, Shi Y, Yi H, Zhou H. Tuberculosis detection and the challenges of integrated care in rural China: A cross-sectional standardized patient study. *PLoS Med.* 2017;14:e1002405. Medline:29040263 doi:10.1371/journal.pmed.1002405

Correspondence to:

György Bèla Fritsche

Senior Health Specialist

The World Bank Group

J10-141, 1818 H Street, NW

Washington, DC 20433

USA

gfritsche@worldbank.org