PBF CoP

Performance - Based Financing
Financement Basé sur la Performance

The Community of Practice in Africa
Communauté de Pratique en Afrique

E-MED, CoP Médicaments
Communauté de pratique (CoP)

FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE
ET SYSTÈME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT
EN MÉDICAMENTS ESSENTIELS

EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO:
DES DÉFIS COMMUNS

RAPPORT DE L'ATELIER DU HUB RDC

COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

COP HUB RDC

Liste des abréviations

AQ : Assurance qualité
BCAF : Bureau de la Coordination des Achats de la FEDECAME
CDP : Communauté des Pratiques
CDR : Centrales de Distribution Régionale des Médicaments
CSU : Couverture sanitaire universelle
ECD : équipes cadres de district
FBP : Financement Basé sur la Performance
FEDECAME : Fédération Nationale des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FOSA : Formations sanitaires
GIBS : Groupe inter-bailleurs santé
HHA : Harmonization for Heath in Africa
IMT : Institut de médecine tropicale
KG : Knowledge Gateway
MEG : Médicaments essentiels génériques
MQAS : Modèle des Systèmes d'Assurance Qualité
MSP : Ministère de la santé publique
OA : Organisation apprenante
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PNAM : Programme National d'Approvisionnement en médicaments
PTF : Partenaires techniques et financiers
QUAMED: Quality Medicines for All
RDC : République Démocratique du Congo
RSS : renforcement des systèmes de Santé
SNAME : Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

Résumé

Du 10 au 12 novembre 2015 s'est tenu à Kinshasa, un atelier sur le financement basé sur la performance et le système national d'approvisionnement en médicaments en République Démocratique du Congo. Cet atelier, résultant d'un effort commun de la Communauté des Pratiques Financement Basé sur la Performance (CdPFBP), de la CdP Médicament (Réseau e-med) et du récent HuB CdP RDC (plateforme nationale de gestion transversale des connaissances), avait pour objectif d'instaurer un dialogue transversal et d'enrichir les connaissances sur les aspects spécifiques relatifs au modèle FBP, aux spécificités de l'approvisionnement pharmaceutique et de la qualité des médicaments, en mettant en exergue les connaissances des personnes impliquées dans ces dynamiques.Au cours de cet atelier de 3 jours, des discussions fortement participatives ont bénéficié de l'expérience de plusieurs acteurs de terrain issus non seulement de plusieurs communautés de pratiques mais aussi de divers contextes. Ces acteurs ont partagé des informations opérationnelles et stratégiques liées notamment au Financement basé sur la Performance et aux systèmes d'approvisionnement en médicaments, ce qui a permis de réduire le déficit informationnel entre ces deux groupes d'experts. Cet atelier a été précédé par une phase préparatoire au cours de laquelle un forum en ligne sur la problématique du médicament a été organisé et auquel ont pris part plusieurs experts ; mais aussi des plusieurs interactions à travers des webinaires sur la qualité des médicaments. Cette phase préparatoire animée par des Experts disposant d'une expérience éprouvée à la fois dans le domaine du Financement Basé sur la Performance que dans celui du médicaments, a permis de montrer que la problématique du médicament est complexe et touche pratiquement à tous les piliers du système de santé. De plus, le contexte de la RD Congo exige une attention soutenue sur la qualité des médicaments lorsqu'on met en place un système d'approvisionnement local ou national. Ces discussions préliminaires ont motivé la nécessité d'un dialogue continu sur la résolution des problèmes spécifiques à chaque contexte. L'atelier qui s'inscrit donc dans la continuité de ces discussions montre qu'il y a moyen d'améliorer les problèmes liés au financement basé sur la performance et au médicament, si les différents acteurs renforcent le dialogue.

Selon chaque contexte, le financement basé sur la performance est un instrument puissant qui peut contribuer au renforcement du système d'approvisionnement en médicaments. Les outils comme la vérification, les cadres de performance, les évaluations de la qualité, etc. démontrent dans la pratique des apports non négligeables à la correction des dysfonctionnements du système d'approvisionnement.

Le premier résultat de l'atelier a été de révéler que les experts du médicament et du FBP partagent une analyse commune : (1) le FBP est une vraie opportunité pour renforcer l'accès des populations aux MEG ; (2) si le FBP ne s'inquiète pas de ces enjeux d'accès, il y aura de gros problèmes de disponibilité des MEG en première ligne, ce qui sera une contrainte majeure pour la performance des formations sanitaires et donc du FBP lui-même ; (3) il faut profiter de l'extension du FBP pour introduire plus de redevabilité dans le système d'approvisionnement, non seulement sur la disponibilité physique, mais aussi sur la qualité des MEG.
Jamais durant l'atelier, n'avons-nous constaté des dissensions entre experts, que ce soit dans l'analyse ou les propositions d'action. L'attachement commun au développement d'un système d'approvisionnement national en médicaments de qualité était manifeste. Personne n'a non plus contesté la nécessité d'innover sur le plan institutionnel.

Nous pensons que ce consensus est de très bon augure : nous allons pouvoir relever les défis ensemble. A nous de maintenir cet état d'esprit et construire de façon collective. Le Hub RDC est disposé à être une plateforme de coordination et de mise en œuvre à cet égard.

- 1 : le FBP doit contribuer au renforcement du SNAME – cela passe par (1) la mise en place de contrat de performance à destination des acteurs assurant la disponibilité des MEG jusqu'à la première ligne ; (2) en ce qui concerne l'accès aux MEG, l'acteur sur lequel le FBP doit se concentrer varie en fonction du contexte.
- 2 : les conditions extrêmes prévalant en matière de logistique en RDC requièrent un important besoin en termes de fond de roulement physique et finacier. Une étude de quantification est à programmer. En cas de sous-financement, la disponibilité en médicaments ne sera pas assurée, ce qui sera une importante contrainte pour le bon développement du FBP.
- 3 : le hub se propose d'aider le GIBS à coordonner l'action des PTF, notamment sur le partage des connaissances.
- 4 : il est nécessaire de renforcer les capacités d'apprentissage du système de santé de RDC. Le hub se propose d'aider à l'émergence de telles capacités systémiques.

Toutefois, les discussions lors de cet atelier ont montré qu'il faut passer de simples théories à la pratique. En clair, la construction des solutions doit se faire en se basant sur un agenda qui implique toutes les parties prenantes mais aussi en documentant les succès et en discutant sans « réserve » des lacunes rencontrées. Les communautés de pratiques offrent donc ces opportunités pour conseiller les systèmes dans cette démarche. C'est dans le souci d'une matérialisation des résolutions de cet atelier qu'un agenda court, moyen et terme a été élaboré.

Cette première expérience de dialogue entre les communautés de pratiques autour d'un groupe d'experts montre une richesse dans l'hétérogénéité des idées contextualisées à chaque milieu et à chaque problème. Les solutions proposées sont nourries des expériences de terrain et non pas par des simples théories.

Après cet atelier, des actions seront entreprises pour notamment tester les connaissances ayant émergé et mesurer la contribution de cet exercice au renforcement du système d'approvisionnement en médicaments de la République Démocratique du Congo. Il s'agit donc d'un agenda qui est mis en place de manière durable.

Introduction

Harmonization for Heath in Africa (HHA) est un mécanisme régional via lequel les partenaires impliqués donnent un appui technique conjoint et coordonné aux pays africains dans le domaine de la santé, avec un accent sur la santé mère-enfant et le renforcement des systèmes de Santé (RSS).

Dans ce cadre, les agences HHA soutiennent le développement des Communautés de Pratiques (CdP). Les CdP sont des groupes de professionnels qui approfondissent leur connaissance et expertise dans un domaine spécifique en interagissant sur une base continue. Elles permettent un partage des pratiques et un échange continu d'expériences. Les CdP HHA ont été définies suivant les piliers des systèmes de santé clés pour le RSS avec des articulations entre elles. Elles bénéficient d'un appui financier notamment de la part des Fonds Français Muskoka. Deux parmi des CdP les plus actives, celle abordant le Financement Basé sur la Performance (FBP) et celle axée sur les médicaments (le forum e-med) ont décidé d'initier une réflexion commune sur les enjeux à l'intersection de leurs domaines respectifs.

Dans le domaine de la santé, médicament et financement donnent lieu à des problématiques très souvent débattues en RDC comme dans la plupart des pays de la région. Le médicament est incontournable dans toute stratégie de santé, or sa disponibilité et son accessibilité aux populations les plus démunies sont rarement correctement assurées. Comme la RDC, de nombreux pays à faible revenu peinent à développer des systèmes d'approvisionnement nationaux viables et performants.

Dans le domaine du financement, l'avènement d'un nouveau régime de financement tel que le FBP entraine de profondes transformations systémiques. Le FBP n'est pas seulement un autre mode de financement des structures de santé et du personnel, c'est aussi une proposition ambitieuse de réforme du système de santé (Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C, 2011). En incitant les formations sanitaires à améliorer leur performance, en les responsabilisant dans la résolution des problèmes entravant leur fonctionnement quotidien, le FBP crée une pression dans tout le système de santé : désormais la formation sanitaire a des incitants forts notamment à mobiliser du personnel compétent, à transmettre ses données de routine à temps, à ne pas avoir de ruptures de stocks de médicaments.

Ces motivation ont poussé les acteurs du Financement Basé sur la Performance et ceux du médicament à se rencontrer en face à face à Kinshasa du pour construire des entre ces deux thématiques et élaborer ainsi un agenda de partage de connaissances sur les questions soulevées.

1. Le hub CoP RDC, les CoP médicaments et Financement Basé sur la Performance

Le hub des Communautés de Pratique en République Démocratique du Congo (Hub CoP RDC) émane des Communautés de Pratiques (CdP) soutenues par les agences partenaires de Harmonization for Heath in Africa (HHA).

Les 'CdP HHA' ont été lancées à Bamako en 2009. Originellement distribuées par thématique entre les agences partenaires HHA, elles ont évolué et progressivement axé leurs activités vers les experts nationaux. Il existe aujourd'hui plusieurs CdP. Elles mènent des agendas de connaissance alignés sur leurs besoins et ceux des pays, notamment en facilitant des forums de discussion en ligne et des blogs, en conduisant des recherches-actions et en organisant des ateliers. Parmi les CdP les plus actives, on retrouve celle consacrée au Financement Basé sur la Performance (PBF) [1.800 personnes inscrites au forum en ligne] et celle axée sur les médicaments (le forum e-med). Parmi ces personnes, une vingtaine a pris part de manière très participative à l'organisation et à la tenue de l'atelier, ces personnes issues des différentes communautés de pratiques venaient de plusieurs pays et de plusieurs provinces de la RD Congo

Convaincus par la valeur ajoutée des CdP, un nombre croissant d'experts nationaux ont exprimé le souhait de reproduire la stratégie au niveau de leur pays propre. Des experts de RDC ont été les premiers à exprimer cette ambition. La proposition leur a été faite de mettre en place un « hub pays », avec la recommandation de veiller à articuler les contributions et domaines des différentes CdP régionales.

La RDC, pays confronté à de nombreux défis mais riche de nombreux experts, était un bon candidat pour un tel 'hub' : quand la proposition a été partagée par Michel Muvudi (drmuvudi@yahoo.fr), elle a rencontré un accueil très favorable au niveau des experts congolais. Le 13 juin dernier, plus de 20 experts ont tenu une réunion de lancement à Kinshasa pour établir le hub mais aussi établir une feuille de route. La première démarche a été de lancer un forum de discussion en ligne (14 Septembre) : https://hhacops.org/hubcongo. En date du 13/11//2015, ce dernier comptait déjà plus de 160 membres (pour leur distribution géographique, voir la Figure 1). La très grande majorité des experts sont des nationaux basés en RDC, mais de nombreux membres appartiennent aussi à la diaspora ou sont des experts non congolais avec une activité en lien avec la RDC.

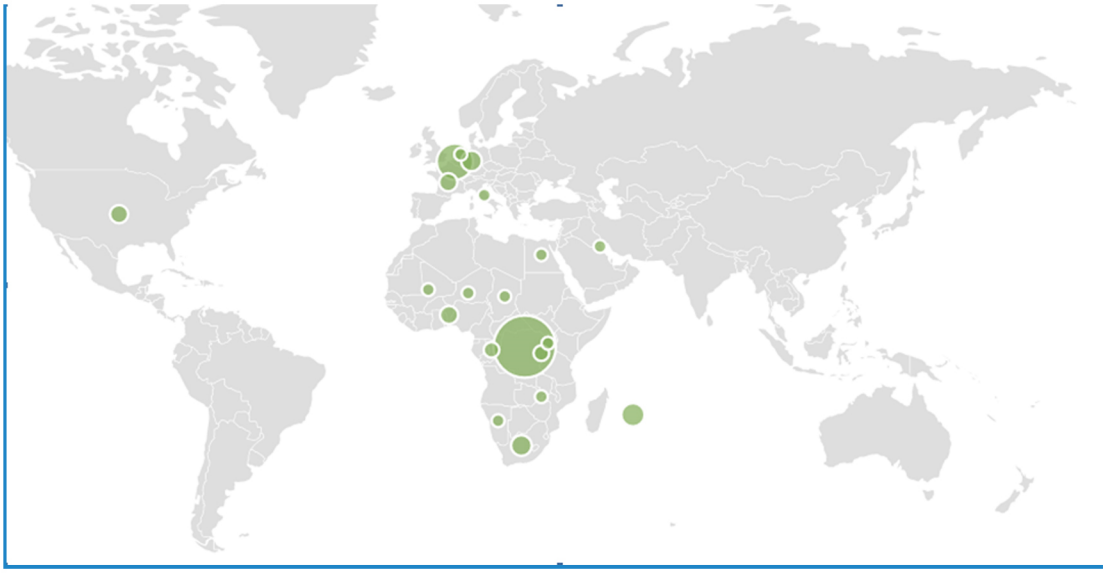


Figure 1: Distribution géographique des experts affiliés au hub RDC (novembre 2015)

Comme les CdP, le hub est une plateforme informelle et ouverte : tout expert intéressé par les thématiques de travail est le bienvenu, quelle que soit son affiliation. Comme le hub du Bénin, celui de RDC veille bien sûr à établir une connexion avec les autorités sanitaires nationales : il s'agit d'appuyer le système de santé et ceux qui en sont responsables en innovant dans l'organisation des agendas d'apprentissage.

L'équipe de facilitation du hub RDC s'est donné comme objectif de faire du hub une plateforme nationale pour le partage des connaissances susceptibles d'informer le renforcement du système de santé du pays. Un de ses axes de travail est de construire des ponts entre les différents détenteurs de savoir, notamment en transcendant le système de silos et le jeu des acteurs. C'est clairement dans cette ligne que s'inscrivait l'atelier qui s'est tenu du

2. Pourquoi un atelier réunissant des experts FBP et du médicament ?

En RDC comme dans beaucoup de pays d'Afrique sub-Saharienne, les médicaments et le financement sont des enjeux centraux pour le bon fonctionnement du système de santé.

Le médicament est incontournable dans toute stratégie de santé, or sa disponibilité et son accessibilité aux populations les plus démunies sont rarement correctement assurées. Les pays peinent à développer des systèmes d'approvisionnement nationaux viables et performants. Malgré une importante mobilisation de la communauté internationale, qui a permis d'augmenter considérablement les ressources pour les médicaments et intrants de santé, il persiste de très nombreux obstacles qui limitent leur mise à disposition aux utilisateurs. Face à ces constats, les partenaires au développement ont tendance à développer leurs propres circuits d'approvisionnement, sans coordination ni lien avec les systèmes nationaux qu'ils contribuent ainsi à désorganiser et affaiblir. Et même si le renforcement des systèmes nationaux devient incontournable sur leurs agendas, pour les médicaments c'est encore loin de faire consensus.

En RDC, on a compté plus de 90 circuits d'approvisionnement parallèles avec de multiples opérateurs. Cette multiplicité, avec des modalités et circuits différents, s'avère incontrôlable, peu performante et source de coûts et gaspillages importants. Le secteur pharmaceutique de RDC présente une configuration assez extrême : d'une part, la faiblesse de l'Etat fait qu'il est très peu régulé ; d'autre part, la taille du pays engendre des défis logistiques énormes. Avec un marché illicite florissant, la qualité du médicament est devenue un enjeu majeur dans le pays. Le Ministère de la Santé et ses partenaires sont conscients de ces défis. Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) organisé en 2002 selon une configuration originale, est notoirement sous-financé, et n'est plus en mesure de remplir sa mission. Un processus est en cours pour redéfinir une stratégie à moyen et long terme pour asseoir un système national réformé capable de faire face aux défis du pays.

Dans le domaine du financement, l'avènement d'un nouveau régime de financement tel que le financement basé sur la performance (FBP) entraine de profondes réformes dans les systèmes existants susceptibles d'induire une transformation des comportements des professionnels. Le FBP n'est pas seulement un autre mode de financement des structures de santé et du personnel, c'est aussi une proposition ambitieuse de réforme du système de santé En incitant les formations sanitaires à améliorer leur performance, en les responsabilisant dans la résolution des problèmes entravant leur fonctionnement quotidien, le PBF crée une pression dans tout le système de santé : désormais la formation sanitaire a des incitants forts notamment à mobiliser du personnel compétent, à transmettre leur données de routine à temps, à ne pas avoir de ruptures de stocks de médicaments. Cette nouvelle réalité est une chance pour les systèmes de santé : cela traduit l'activation de forces internes demandeuses d'une plus grande redevabilité et performance des différentes composantes du système de santé. En RDC, avec l'effort conjoint de plusieurs partenaires, le FBP est en cours de passer à plus grande l'échelle. Cela implique comme condition de réussite un approvisionnement fiable en médicaments de qualité, et en contrepartie le secteur du médicament aura tout à gagner avec des formations sanitaires performantes, autonomes et solvables.

Toutes ces questions ont fait l'objet de discussions animées sur les forums en ligne des CdP ces dernières années. Cela a révélé le besoin de complément d'information et d'approfondissement des connaissances sur ces sujets. En définitive, les experts FBP connaissent assez peu les défis liés à l'approvisionnement de médicaments de qualité. De même, les pharmaciens en charge des centrales d'achat pharmaceutiques sont relativement peu informés du programme politique porté par le FBP.

Les facilitateurs des deux communautés concernées (FBP et e-med) avaient dès lors convenu, il y a un certain temps déjà, qu'établir un cadre commun aux experts de ces deux sous-secteurs du système de santé national serait bénéfique aux efforts des uns et des autres dans leur action pour le renforcement des systèmes de santé. La problématique d'un tel effort conjoint étant particulièrement aigue et contemporaine en RDC, la collaboration avec le hub a rapidement été établie.

3 Objectifs et organisation de l'atelier

L'atelier résulte de l'effort commun de la Communauté de Pratique Financement Basé sur la Performance (CdP FBP), de la CdP Médicament (Réseau e-med) et du Hub CoP RDC. L'événement a également bénéficié du soutien organisationnel de la Fédération Nationale des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (FEDECAME) et du bureau national de l'UNICEF, avec un financement essentiellement apporté par les Fonds Français Muskoka.

A l'atelier, le comité organisateur avait assigné l'objectif principal d'instaurer un dialogue transversal entre les 'silos' du médicament et du FBP et de progresser dans la compréhension des enjeux à l'intersection de ces deux domaines de connaissance, en exploitant les connaissances des participants. Il s'agissait plus particulièrement d'identifier ces enjeux, de les analyser et d'établir des points d'action. Des objectifs parallèles relatifs aux CdP avaient également été formulés : l'atelier (et le processus antérieur et postérieur) était vu d'une part comme un premier test sur la capacité du hub à conduire un agenda des connaissances et d'autre part comme une opportunité pour les deux CP 'mères' d'apprécier la pertinence d'un événement régional sur la même problématique.

Le programme de l'atelier a été défini à la suite d'un double processus. Dès la mi-septembre, des échanges entre experts nationaux sur le forum de la discussion en ligne du HuB CdP RDC (voir plus loin) ont permis d'identifier les enjeux. Fin octobre, une proposition d'agenda préparée par Serge Mayaka a été partagée avec l'ensemble du comité organisateur. Très tôt, il avait été convenu que l'atelier s'articulerait autour de trois grandes étapes : (1) partage de l'information relative au FBP et à l'approvisionnement en médicaments de qualité en RDC, des données probantes et des perspectives respectives ; (2) un dialogue entre experts des deux 'silos' ; (3) une formulation collective des recommandations et points d'action dans un agenda élaboré dans la durée (voir le programme de l'atelier en annexe à ce rapport).

Assez vite, il a été convenu que la participation serait limitée à une quarantaine de professionnels nationaux des deux 'silos' – ceci afin d'assurer une bonne interaction dans les échanges. Les experts invités ont été identifiés par le comité organisateur. Un principe était d'avoir un équilibre entre les deux sous-secteurs. Dans la sélection individuelle, le principal critère était d'assurer que l'atelier bénéficie d'un panel d'expériences et d'expertises diversifiées, en veillant à ce que le niveau décentralisé (i.e. hors Kinshasa) soit bien représenté. Il fut aussi convenu que quelques experts internationaux seraient invités afin de disposer d'un éclairage complémentaire sur les enjeux relatifs à l'intersection « FBP » et « médicaments » au-delà de la seule RDC.

L'atelier s'est tenu à Kinshasa (Hôtel Faden House). 26 experts étaient présents (voir annexe). Malheureusement, Carinne Bruneton facilitatrice de la CoP e-med, n'a pu obtenir son visa à temps. Dans ce rôle, elle a été remplacée par Madame Caroline Damour. Nous avons aussi regretté l'absence de Frank Biayi, envoyé en mission à Dakar et Gaston Nyamambishi, tombé malade le matin même de l'atelier. Tous les autres invités étaient présents.

L'atelier a suivi le programme prévu, avec de légères adaptations dans la durée des sessions quand c'était pertinent.

A cet effet, il est important de noter que l'atelier devait puiser toute sa force dans la diversité des expériences des différents experts présents, en vue d'élaborer une analyse d'ensemble. Pour cela, on est parti de l'hypothèse que chaque expert, là où il est situé, dispose d'un point de vue privilégié, d'une connaissance intime sur le FBP ou sur le médicament, et de compétences pour en rendre compte. Il fallait donc tirer des bénéfices de l'engagement et de la position stratégique de chacun.

Pour mener à bien le processus de dialogue entre les différentes parties en présence, il a été convenu que des présentations d'environ 45 minutes chacune devaient, le jour 1, introduire les thématiques et problématiques. Il s'agissait d'atténuer les éventuels clivages existant entre experts, qu'ils soient liés à un déficit informationnel ou à un malentendu cognitif autour du FBP ou sur les défis du SNAME. Gérer de façon proactive ces aspects était jugé nécessaire car le FBP et le secteur médicament soulèvent les passions à un point tel qu'un débat serein devient difficile.

En prévoyant suffisamment de temps le jour 1 pour une bonne clarification conceptuelle, on assurait que tous les participants soient « à armes égales » les jours 2 et 3. Les personnes désignées pour les plages concernées au J1, avaient donc reçu comme consignes de (1) recourir à des faits dans le développement de leur argumentations, en essayant d'étayer leurs affirmations par des données probantes ; (2) de ne pas dissimuler leurs valeurs ou objectifs politiques ; (3) de mettre en valeur leur expérience professionnelle. Comme en témoignent les présentations power point disponibles en ligne, au final, cet atelier n'a pas pu s'appuyer sur beaucoup de données probantes – la recherche restant un parent pauvre en RDC. Il est indéniable par contre qu'une grande expertise était intégrée dans ces interventions.

Pour informer les discussions, il avait aussi été décidé de partager la synthèse de la discussion online lancée dans les semaines ayant précédé l'atelier (voir section suivante). Il s'agissait de faire ressortir les axes de discussion en plénière pour le jour 2.

Il avait convenu qu'un mécanisme central pour la réussite de l'atelier serait la facilitation. Cette dernière a été confiée à des experts seniors nationaux et internationaux disposant de suffisamment de légitimité pour gérer les tensions qui auraient éventuellement émergé au fil des discussions. Ils avaient reçu pour consigne de ne pas se limiter au stade de critiques. Ces dernières devaient être suivies de propositions d'alternatives fortes, ou dans une optique de réflexions plus constructives.

L'objectif de l'atelier était en effet de contribuer au renforcement du SNAME, à la disponibilité en médicaments, en adaptant la stratégie FBP au contexte spécifique de la RDC. Il fallait non seulement produire des propositions de qualité, mais aussi s'assurer que tous les participants se reconnaissent dans ces dernières. Il était aussi convenu qu'il n'y aurait pas de tabous. La problématique de la coordination de l'action des PTF et de la nécessité d'un plus grand rôle de l'expertise nationale fut ainsi abordée (voir plus loin).

L'atelier a été l'objet d'une évaluation par les participants. Dans l'ensemble, ils étaient très contents de l'atelier et ont estimé que les objectifs avaient été atteints. L'évaluation est reprise en annexe au rapport.

4. Insertion de l'atelier dans un processus

Organisé sur une durée de trois jours, l'atelier a été précédé d'activités préalables organisées en ligne ; il était également convenu dès le départ qu'il serait 'prolongé' d'une part par un rapport synthétisant les analyses et les points d'action, d'autre part par une diffusion des principaux messages sur les plateformes en ligne des CdP.

Discussion sur le forum en ligne

Bien que le Hub RDC ait été initié en juin 2015, les discussions en ligne ont été lancées le 14 septembre dernier, en vagues de questions successives postées sur le forum électronique du hub (https://hhacops.org/hubcongo). Les débats se sont poursuivis jusqu'au 22 octobre.

Ce processus a été facilité par l'expert national Olivier Inginda, avec l'appui du Dr Isidore Sieleunou, facilitateur de la CdP Accès Financier aux Services de Santé et le Prof. Bruno Meessen, facilitateur de la CdP FBP. Les membres furent invités à répondre à une série de questions, en partie déterminées à partir de l'itération 2 par leurs propres contributions.

Les discussions furent organisées autour des questions suivantes :

Itération 1 : Quels sont les prérequis pour que le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments en RDC puisse assurer une disponibilité des médicaments essentiels aux populations à des prix abordables ?

Itération 2 : Serait-il opportun d'obliger toutes les structures publiques et les partenaires à recourir prioritairement aux centrales d'achat établies pour l'achat, l'importation et la distribution des médicaments ? Quelles seraient les méthodes pour améliorer la coordination des interventions et des achats dans le secteur pharmaceutiques en RDC et sur les causes sur lesquelles il faut agir fortement.

En dépit des profils multiples et variés des membres inscrits sur le Hub RDC, le débat suscité sur le forum en ligne a donné lieu à de nombreuses réactions, 49 personnes des 160 personnes inscrites étant intervenues directement en identifiant les problèmes qui minent le système national d'approvisionnement en médicaments et en proposant plusieurs pistes de solutions ainsi que des idées novatrices et porteuses d'espoir.

Afin de faciliter la description, ces différentes contributions ont été organisées selon les piliers du système de santé, tels que décrits par l'OMS. Le faible leadership du Ministère de la Santé Publique sur le secteur a été déploré et dénoncé, avec son corollaire de déficit de coordination ou de mauvaise planification. De toutes les solutions énoncées, la volonté politique forte a été brandie comme l'élément-clé pour que l'Etat fasse respecter la règlementation par tous et pour garantir le bon fonctionnement du secteur pharmaceutique. Les autres remèdes proposés à travers la discussion dans le forum pour améliorer l'accessibilité aux médicaments de qualité étaient :

1. l'augmentation de la part du Budget de l'Etat destiné à la Santé et aux médicaments essentiels génériques (MEG).

2. l'intégration des acteurs non gouvernementaux dans le Système National d'Approvisionnement en Médicament Essentiel (SNAME), particulièrement les Partenaires techniques et financiers qui, sont parmi les plus gros importateurs de médicaments en RDC et gèrent directement de larges parts du marché congolais, affaiblissant ainsi les Centrales de Distribution Régionale des Médicaments (CDR).

3. la mise en place de mécanismes de coordination des différentes interventions dans les approvisionnements en médicaments, avec notamment des rencontres périodiques de partage des données de financement, de quantification et de consolidation des besoins nationaux en médicaments.

4. L'obligation d'imposer aux structures sanitaires de recourir prioritairement aux centrales d'achat établies pour l'achat, l'importation et la distribution des médicaments.

5. La promotion de la production locale de MEG avec l'instauration de facilités fiscales pour les fabricants locaux.

6. L'organisation d'enquêtes périodiques de satisfaction sur la conformité des médicaments livrés aux zones de santé par le CDR afin de faire entendre la voix des clients des CDR pour améliorer la satisfaction des commandes en médicaments.

7. La redynamisation de la collaboration interministérielle (Santé, Économie, Budget, Plan, etc…).

Bien sûr, il ne s'agit ici que de pistes. Au cours de l'atelier, certaines de ces options ne furent d'ailleurs pas discutées, par manque de temps ou parce qu'elles n'étaient pas à l'intersection des deux domaines d'expertise (médicaments et FBP) structurant l'atelier.

Webinaires

Dans le cadre de la préparation de l'atelier, deux webinaires ont été organisés. Il s'agissait d'assurer que les experts soient au fait de données probantes récentes sur la performance de l'approvisionnement en MEG de qualité en RDC.

Le Prof. Bruno Meessen a procédé à la sélection des intervenants. Familier avec les débats qui ont pu se tenir sur les forums de la CoP PBF, il tenait également à ce que les experts du FBP entendent trois grands messages : (1) la mesure de la qualité d'un médicament est extrêmement complexe ; (2) l'approvisionnement en médicaments hors du circuit des CDR génère des risques pour la population ; (3) les CDR s'inscrivent dans un processus d'assurance-qualité original. Il était important donc que des webinaires soient organisés en séquence.

La coordination de l'organisation de ces webinaires a été assurée par le Dr Joël-Arthur Kiendébréogo, expert de la CdP FBP basé au Centre Muraz (Burkina Faso).

Pour les deux webinaires organisés, environ une soixantaine de personnes s'étaient inscrites. Finalement, une trentaine de personnes y ont participé à chaque fois.

L'administration de ces deux webinaires a respecté les bonnes pratiques identifiées par les CdP HHA. L'annonce a ainsi été partagée sur différentes plateformes comme les Communautés de Pratique de HHA (Financement Basé sur la Performance, Accès Financier aux Services de Santé, Prestations de services de santé et Planification et Budgétisation du Système de Santé), la Communauté de Pratique E-med, le Hub CoP de la RDC, le réseau QUAMED, le réseau des alumni de l'IMT d'Anvers, etc. La durée de chaque webinaire était de 1h30 minutes environ (1 heure de présentation et 30 minutes de questions/réponses). La langue des webinaires était le Français et la plateforme technologique utilisée était "WebEx", fournie par l'IMT d'Anvers.

L'intervenant du premier webinaire était la Pharmacienne Benedetta Schiavetti, chercheuse à l'IMT d'Anvers. L'intervention a porté sur la qualité des médicaments pédiatriques dans le secteur privé à Kinshasa – RDC. Il s'est agi de présenter la conception, la mise en œuvre et les résultats d'une étude empirique qui avait comme objectif principal de déterminer la proportion de produits pédiatriques de qualité inférieure chez les grossistes privés de Kinshasa. Les objectifs spécifiques de ce webinaire étaient de :

1. sensibiliser les professionnels de la santé de l'Afrique Francophone et autres sur la problématique de la qualité des médicaments dans le secteur privé ;
2. présenter les objectifs, la méthodologie et l'opérationnalisation de l'étude ainsi que les défis rencontrés lors de la mise en œuvre ;
3. partager les différents résultats d'une étude scientifique récente mettant en évidence un vrai problème de qualité dans le secteur privé de la RDC
4. donner des informations sur les possibles causes de la présence des médicaments de qualité inférieure dans le secteur privé en RDC ;
5. faire des recommandations pour l'amélioration de la qualité des médicaments dans le secteur privé.

Le deuxième webinaires portait sur l'assurance qualité (AQ) et le Modèle des Systèmes d'Assurance Qualité (MQAS), un cadre d'analyse développé par l'OMS et des experts-pharmaciens internationaux. Les intervenants étaient Mme Corinne Pouget, Pharmacienne-expert du réseau QUAMED et Mme Ariadna Nebot, Pharmacienne chercheuse à l'IMT.

Notre souhait était que le second webinaire présente des solutions aux problèmes identifiés lors du premier webinaire. Concrètement, le second webinaire est revenu sur le problème de la réglementation pharmaceutique dans un pays comme la RDC. A cause des faiblesses réglementaires au niveau national mais aussi international (absence d'une réglementation pharmaceutique harmonisée), il faut urgemment mettre en place des systèmes d'assurance qualité performants à tous les niveaux de la chaine, et plus particulièrement chez les distributeurs nationaux et internationaux.

Mme Corinne Pouget a présenté le concept d'assurance qualité appliqué aux distributeurs nationaux et internationaux à travers le Modèle des Systèmes d'Assurance Qualité (MQAS), manuel publié par l'OMS. C'est un outil puissant et incontournable, mais qui est encore peu connu.

Les deux webinaires ont été très appréciés par les personnes qui ont pu les suivre. Le contenu partagé sera prochainement repris dans des publications scientifiques. Grâce aux CdP et Hub, les experts ont donc pu accéder à des connaissances encore non publiques – accélérer le partage des connaissances est bien un objectif des CdP.

Il reste possible d'accéder aux deux webinaires aux liens suivants :

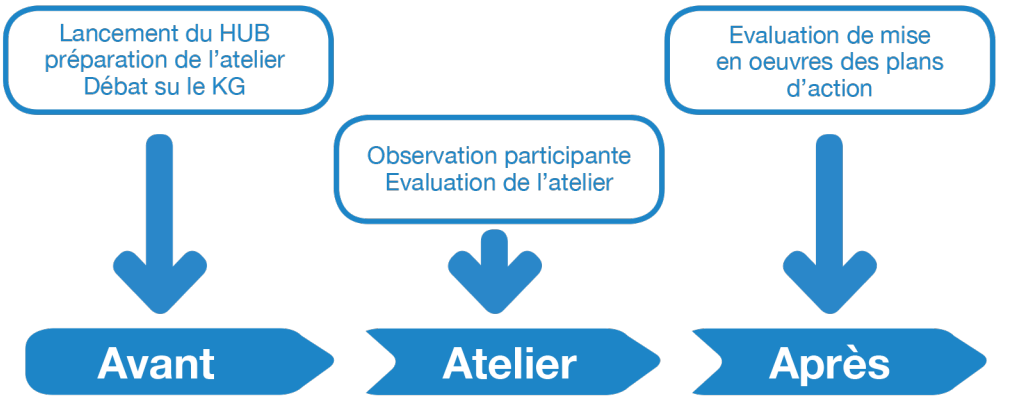
https://itg-training.webex.com/itg-training/lsr.php?RCID=ee540783c0d7feaf9a23adec82a02bd9

https://www.dropbox.com/sh/wgtlhyzsdzael19/AADO9Zd9sECDyauCRierqTVUa?dl=0

Suivi post atelier

Il était enfin important pour les organisateurs d'assurer un suivi après l'atelier. Ce rapport est la première étape dans ce suivi. Outre la dissémination vers les participants et les parties prenantes, nous avons également prévu une évaluation dans environ 6 mois et une visibilité en ligne.

Il était enfin important pour les organisateurs d'assurer un suivi après l'atelier. Ce rapport est la première étape dans ce suivi. Outre la dissémination vers les participants et les parties prenantes, nous avons également prévu une évaluation dans environ 6 mois et une visibilité en ligne. L'évaluation post-atelier s'inscrit dans la volonté du hub d'élaborer un cadre de documentation de ses activités, avec à terme de pouvoir estimer et/ou comprendre la pertinence et l'influence des hubs dans l'arène du système de santé. Ce processus de documentation qui a débuté bien avant l'atelier, s'est poursuivit durant, et ira au delà (voir figure ci-dessous).



Cette évaluation reposera sur l'analyse du processus et l'analyse de la fidélité de la mise en œuvre des résolutions adoptées durant l'atelier. En outre, elle tentera également de documenter les effets systémiques de ces résolutions.

Les questions qui guideront ce travail évaluatif sont les suivantes:

- Q1. Les résolutions adoptées durant l'atelier ont-elles été mises en œuvre comme prévues et pourquoi?
- Q2. Quelles sont les perceptions des experts à propos de ces résolutions ?
- Q3. Comment ces résolutions ont-t-elles été mise en place ?
- Q4. Quels sont les effets provoqués par ces résolutions ?

La méthodologie reposera principalement sur une revue documentaire et une interview en profondeur d'une dizaine d'experts ayant participé à l'atelier. Cette évaluation se fera entre les mois 6 et 12 post-atelier

Résultats

Le premier résultat de l'atelier a été de révéler que les experts du médicament et du FBP partagent une analyse commune : (1) le FBP est une vraie opportunité pour renforcer l'accès des populations aux MEG ; (2) si le FBP ne s'inquiète pas de ces enjeux d'accès, il y aura de gros problèmes de disponibilité des MEG en première ligne, ce qui sera une contrainte majeure pour la performance des formations sanitaires et donc du FBP lui-même ; (3) il faut profiter de l'extension du FBP pour introduire plus de redevabilité dans le système d'approvisionnement, non seulement sur la disponibilité physique, mais aussi sur la qualité des MEG.

Jamais durant l'atelier, n'avons-nous constaté des dissensions entre experts, que ce soit dans l'analyse ou les propositions d'action. L'attachement commun au développement d'un système d'approvisionnement national en médicaments de qualité était manifeste. Personne n'a non plus contesté la nécessité d'innover sur le plan institutionnel.

Nous pensons que ce consensus est de très bon augure : nous allons pouvoir relever les défis ensemble. A nous de maintenir cet état d'esprit et construire de façon collective. Le Hub RDC est disposé à être une plateforme de coordination et de mise en œuvre à cet égard.

Durant le second jour de l'atelier, les participants se sont répartis en quatre groupes. Chaque groupe a travaillé sur une problématique spécifique :

1. Comment les arrangements institutionnels et les contrats FBP peuvent mieux intégrer la réalité locale en matière d'approvisionnement en MEG ?
2. Quels sont les défis de financement de la chaîne d'approvisionnement et en quoi peuvent-ils être une contrainte pour le passage à l'échelle du FBP ?
3. Quels sont les défis au niveau de la coordination des PTF ?
4. Quelle stratégie pour une meilleure gestion des connaissances en RDC sur la problématique de notre atelier.

Nous proposons de présenter les résultats spécifiques de ces discussions autour de quatre grands messages.

Message 1 :
le FBP doit contribuer au renforcement du SNAME – cela passe par (1) la mise en place de contrat de performance à destination des acteurs assurant la disponibilité des MEG jusqu'à la première ligne ; (2) en ce qui concerne l'accès aux MEG, l'acteur sur lequel le FBP doit se concentrer varie en fonction du contexte.

Durant notre atelier, nous avons identifié des situations contextuelles différentes. Dans certaines provinces, il n'y a simplement aucun fournisseur garantissant des MEG de qualité. Dans d'autres, il existe une CDR, mais étant seule, elle dispose d'un monopole pour les MEG de qualité. Enfin dans au moins une province (Sud Kivu), il y a plusieurs fournisseurs de MEG de qualité. Nos discussions nous ont amené à la conclusion que pour une bonne contribution du FBP à la SNAME, il fallait que le FBP soit adapté dans ses cibles et ses critères de performance à chacun de ces contextes particuliers.

Concrètement, nous proposons que les organismes contractés, les contrats et les indicateurs de performance soient en partie ajustés selon cette distinction de contexte.

Les provinces sans CDR présentent sans doute des conditions extrêmes. Il serait bien sûr intéressant d'avoir une information plus spécifique par district ou même par zone de santé (par exemple grâce à une fiche auto-administrée), mais on peut faire l'hypothèse que si des MEG arrivent aux malades **c'est grâce aux efforts et à l'ingéniosité des acteurs décentralisés** : les ONG présentes localement, les équipes cadres de district (ECD) ou même les formations sanitaires (FOSA).

On propose donc que le FBP se concentre sur le soutien à ces derniers. Par exemple, **les bonus d'isolement** pourraient être assez élevés pour qu'ils couvrent les frais logistiques d'acheminement des MEG jusqu'aux FOSA (imaginons l'infirmier-chef de zone qui porte les médicaments sur sa moto par exemple). Il pourrait en être de même pour les bonus aux ECD. Nous pensons que cette mesure pragmatique, et concentrée sur les capacités décentralisées, sera plus facile à mettre en œuvre que par exemple le plan de mettre une CDR dans chaque province (qui fait sens d'un point de vue de la planification, mais n'aide pas à court terme). Nous sommes conscients que les filières établies ainsi de +façon décentralisée ne garantiront pas nécessairement autant de qualité des MEG que dans les deux autres cas de figure (voir plus bas), mais nous pensons qu'il faut être pragmatique avant tout.

La règle de calcul de cette prise en charge complémentaire via le bonus d'isolement devra sans doute intégrer une information spécifique locale (ex. distance en kilomètres, moyens de transport utilisés…). Nous savons tous que si le coût réel est supérieur à la compensation ce sont les malades qui paieront la différence.

Dans les provinces avec une CDR, il est suggéré **qu'un contrat FBP supplémentaire vise directement cette CDR**. Il faut mettre suffisamment de pression sur cette dernière, afin d'éviter que sa situation de monopole ne soit la cause de problèmes d'accès aux MEG. Les experts ayant participé à l'atelier sont disposés à soutenir collectivement la production de ce contrat FBP « CDR » : les experts FBP apporteront leur science du FBP, les experts « médicaments » apporteront leur connaissance du fonctionnement interne des CDR et de la filière d'approvisionnement. Le MQAS pourrait sans doute servir comme référentiel pour les enjeux de qualité, mais des indicateurs plus quantitatifs seront aussi nécessaires.

Il est à noter que la performance de ces CDR varie fortement. Pour certains cas extrêmes, nous pensons que le contrat FBP ne sera pas suffisant : il faut prévoir l'attribution de la gestion de la CDR à un nouvel acteur. Il y aurait donc un appel d'offre pour confier le contrat de gestion à une autre organisation (pour une durée par exemple de 3-5 ans). Nous avons bien conscience que ce changement ne sera pas simple, mais nous pensons que la RDC doit innover institutionnellement. Avoir quelques expériences pilotes allant dans ce sens serait une importante source d'apprentissage. Cela aurait aussi le mérite d'envoyer un message disciplinant fort à destination des autres CDR.

La problématique des coûts de transport existe bien sûr aussi dans ces provinces. Différentes solutions sont possibles, y compris le bonus d'isolement.

Dans le dernier cas de figure (présence de plus d'une CDR), nous proposons que l'attention du FBP se porte surtout sur l'instance de régulation. Cela est peut-être déjà le cas, mais le contrat FBP en place est extrêmement sommaire et n'a pas été développé par des experts de l'assurance-qualité et de la régulation. Notre proposition est que ce contrat soit revu par des experts du MEG. On pourrait ainsi imaginer s'inspirer de la grille du MQAS présenté lors du second webinaire. Nous ne sommes pas certains que dans ce contexte particulier, il soit nécessaire de mettre en place des contrats de FBP à destination des CDR : en théorie, la mise en concurrence est suffisamment disciplinante. Par contre, il faut s'assurer que ces CDR répondent bien aux critères du MQAS, d'où la proposition de porter l'effort en termes de soutien vers l'instance de régulation.

Ces propositions organisées selon les trois contextes sont bien sûr encore très générales. Elles n'excluent pas une adaptation aux cas particulier ou des modèles hybrides (ex : dans de nombreuses zones du pays, il faut un bonus d'isolement). Notre principal message est que le FBP doit veiller à bien prendre en compte la situation particulière de chaque province.

Le tableau ci-dessous résume notre proposition.

SITUATION			
Eléments	**Marché libre**	**Monopole**	**Oligopole**
Description	Par ce terme, nous voulons désigner une situation dans laquelle le prestataire accepte tout médicament qui se présente devant lui quelle que soit l'origine sans tenir compte de la qualité. Le prestataire cherche juste à jouer son rôle d'administrer les soins.	Par ce terme, nous désignons une situation dans laquelle une seule CDR dessert les Fosa situées les unes à une courte distance et les autres à une longue distance. La CDR est la seule source d'approvisionnement des MEG de qualité. Son monopole est toutefois relatif, car souvent les filières privées sont très présentes, mais sans garantie de qualité.	Il s'agit d'une situation dans laquelle on trouve au moins deux fournisseurs offrant des MEG de qualité.
Cible du FBP	- Formations sanitaires - Equipe cadre de zone de santé/district de santé	- Formations sanitaires - CDR	- Formations sanitaires - Fournisseurs - Régulateur
Instrument FBP principal	Le bonus d'isolement (éventuellement un forfait) tenant en compte les défis de l'approvisionnement	Pour la majorité des CDR : Un contrat de FBP visant la CDR Pour les CDR les plus problématiques : mise en place d'un contrat de gestion avec mise en place d'un processus d'attribution concurrentiel Ces contrats de performance pourraient être passés avec la Division Provinciale de la Santé, mais d'autres options sont à envisager	Contrat de performance visant l'instance de régulation pour qu'elles imposent le MQAS aux fournisseurs

Pistes de solution complémentaires	Pour amener les MEG de qualité jusqu'aux bénéficiaires, il faudra aussi : -Ouvrir un dépôt au Bureau Central de la zone de santé -Que l'ECZ devienne client de la CDR la plus proche même si elle se trouve dans une autre province. -Les Formations sanitaires contracteront avec l'ECZ pour ne s'approvisionner qu'à ce dépôt,	-Contractualiser avec les Bureaux d'achat et des fournitures,	- Eventuellement un contrat de performance entre les fournisseurs homologués et la Division Provinciale de la santé
Défis	Trouver suffisamment de fonds pour un bonus d'isolement qui résoudrait les problèmes de transport.	Ravir la gestion de la CDR à une organisation qui la gérait depuis plusieurs années pour la confier à une autre, le devenir du personnel de l'organisation qui cède. Il faudra un leadership fort de la part du ministère.	Etablir la crédibilité du régulateur face à des grossistes MEG aux capacités et à l'expertise supérieures
Mécanisme d'encadrement	- Suivi - Supervision - Sanction		
Effort de documentation	Mesure des distances et coûts de transport	- Benchmarking des CDR - Documentation de qualité des expériences pilotes de CDR sous gestion déléguée	Usage du MQAS comme référentiel pour le FBP

Message 2 :
les conditions extrêmes prévalant en matière de logistique en RDC requièrent un important besoin en termes de fond de roulement physique et financier. Une étude de quantification est à programmer. En cas de sous-financement, la disponibilité en médicaments ne sera pas assurée, ce qui sera une importante contrainte pour le bon développement du FBP.

On attend des structures d'un système d'approvisionnement (regroupées au sein du SNAME en RDC) d'assurer la disponibilité de médicaments de qualité à un prix correct. Ces paramètres (disponibilité, qualité, prix), auxquels on peut ajouter la qualité du service (dans tous ses aspects) sont au centre des critères de performance du système d'approvisionnement, ce à chaque niveau : central (dans le SNAME : les BCAF), régional (les CDR), périphérique (les pharmacies de zone lorsqu'elles existent ; les FoSa).

Il est cependant une dimension essentielle qui doit être prise en compte dans un système d'approvisionnement, sans laquelle rien ne pourra fonctionner correctement : le système de distribution reposant sur le principe d'un service payant (on vend les médicaments qu'on a préalablement dû acheter), chaque structure du système doit disposer des moyens financiers nécessaires au préfinancement des stocks à constituer pour pouvoir rendre le médicament disponible à son niveau. En d'autres termes, chaque structure doit être capitalisée à hauteur des besoins inhérents au volume et à l'organisation de ses activités en matière d'achat et de vente des médicaments et se doit de maintenir, voire de faire fructifier, ce capital. Une structure manquant des moyens financiers nécessaire à la "rotation" de son stock ne pourra pas répondre aux attentes en matière de performance telles que définies plus haut. Les "moyens financiers" dont nous parlons ne concernent en rien le coût de fonctionnement de la structure mais uniquement les moyens nécessaires à acheter les médicaments afin de constituer un stock suffisant pour répondre aux besoins au niveau de la structure considérée et faire tourner ce stock en fonction de l'activité de vente.

La capitalisation du SNAME, en RDC, est clairement insuffisante et mal adaptée au contexte et aux besoins globaux d'un système d'approvisionnement :

- **Le niveau central (BCAF) n'est quasi pas capitalisé, ce qui ne lui permet pas de constituer un stock à son niveau, qui lui permettrait de répondre rapidement aux demandes des CDR. Ceci est lié à la logique de fonctionnement d'un bureau d'achat. Mais l'expérience de plus de 13 ans d'existence montre que le système fonctionne mal, ce pour diverses raisons (non discutées durant notre atelier).**

- **Le niveau régional (CDR), en raison de la non capitalisation du niveau central et des délais très longs de la chaîne d'acquisition, doit être capitalisé à un niveau très élevé, que l'on constate rarement atteint. Il y a toujours un risque financier important lié à un haut niveau d'immobilisation du capital (stock), qui est gravement accru par les importantes fluctuations de l'activité des CDR, ces fluctuations imprévisibles étant directement liées d'une part à l'extrême instabilité de la clientèle des FoSa et d'autre part à un défaut majeur de coordination des approvisionnements provenant des circuits des programmes verticaux.**

- **Le niveau périphérique (Pharmacies de zone et FoSa) est globalement mal capitalisé et l'on constate aussi, à ce niveau, une fréquente confusion entre le concept de capitalisation et celui de subventionnement du système de santé (ce dernier devant permettre d'améliorer l'accès aux soins d'une population particulièrement pauvre et ne pouvant a priori pas payer le coût réel des soins dont elle a besoin). Jusqu'ici, le capital injecté au niveau périphérique dans les différents projets a systématiquement été érodé, faute de clarification de la finalité exacte des financements entre la capitalisation de la structure pour assurer la rotation de ses stocks et le subventionnement du coût des soins de santé.**

Comment peut-on lutter contre l'érosion du fond de roulement (capital constitué) au niveau périphérique, quels garde-fous peut-on mettre en place dans ce but ?

- **Respect d'une règle stricte interdisant les créances accordées aux structures périphériques une fois qu'elles ont été capitalisées.**

> ***NB :** ceci implique que la capitalisation soit suffisante, à la hauteur du volume d'activité de chaque structure. Cela signifie donc que la capitalisation des structures périphériques soit liée à leur activité et non pas à un forfait standard.*

- **Obligation contractuelle (à insérer dans le contrat de performance de la structure) de renflouer en priorité absolue les éventuelles pertes sur le capital (par exemple, pour combler les pertes sur stock – péremption entre autres – ou sur trésorerie).**

- **Définition et insertion dans le rapport des structures (Pharmacie de zone et FoSa) d'indicateurs de suivi du fond de roulement : (i) valorisation du stock détenu ; (ii) trésorerie ; (iii) le cas échéant, autres éléments entrant dans le calcul comptable du fond de roulement (voir plus loin).**

***NB :** ces indicateurs sont déjà en place au niveau national (BCAF) et régional (CDR).*

- **- Insertion dans le calcul du bonus qualité du FBP d'un incitatif au maintien du fond de roulement. Cet incitatif doit être suffisamment important financièrement pour jouer en faveur du maintien du fond de roulement.**
- **- Clarification des financements « du médicament » accordés aux structures périphériques, afin que soient parfaitement distincts (i) la capitalisation de la structure (constitution du fond de roulement) et (ii) les financements faisant office de subventionnement des soins de santé (destinés à réduire artificiellement le coût de la prestation et des médicaments).**

Quelles sont les sources de financement possibles pour la capitalisation des structures du SNAME ? (à tous les niveaux)

- **- Le financement est public, il relève donc de l'État.**
- **- Un appui financier des PTF paraît indispensable.**
- **- Si l'on veut rendre le système efficace, il est nécessaire :**

  - De mettre en place une coordination forte au niveau des PTF ainsi qu'une structure de dialogue adaptée entre les PTF coordonnés et l'État.
  - De regrouper les financements en un fonds commun («basket fund»), qui devrait être géré selon un mécanisme harmonisé et coordonné.
  - De prévoir une procédure uniformisée pour ces financements.
  - De prévoir préférentiellement une capitalisation en trésorerie et pas en stock : les mécanismes de gestion et de rotation des stocks reposent sur un équilibre du fond de roulement (capital) entre le stock et la réserve de trésorerie qui doit permettre à la structure d'engager d'emblée ses mécanismes de commande au fournisseur (et nécessite donc d'emblée des moyens de paiement…).
  - De reconnaître les procédures du SNAME (BCAF et CDR) pour l'acquisition des médicaments, au lieu d'imposer des procédures des PTF, souvent non adaptées à l'acquisition des médicaments.

Notre constat est que cette question des fonds de roulement va conditionner de façon majeure le succès du passage à l'échelle du FBP en RDC. Si conceptuellement, le problème n'est pas spécifique à la RDC, par la taille du passage à l'échelle, il a une ampleur inédite. Nous ne sommes pas certains que les PTF impliqués dans le FBP ont pleine conscience du budget qui va devoir être orienté vers cette seule fin. Notre recommandation est qu'une étude de quantification soit rapidement effectuée.

Nous pensons aussi que nous avons mis le doigt sur un trou dans la connaissance des experts FBP. Jusqu'à présent, le FBP a été perçu comme une problématique de flux (comment établir le budget pour les FoSA, comment leur faire parvenir les paiements, etc.), or la performance mobilise aussi des intrants, c'est donc aussi une problématique de stocks. Le Toolkit de Fritsche, Soeters et Meessen (2014) par exemple aborde à peine cette question. On pourrait en fait imaginer un nouveau chapitre rien que sur la problématique des stocks (la disponibilité du personnel qui est censé accroître la performance mériterait aussi d'être discutée).

Message 3 :
le hub se propose d'aider le GIBS à coordonner l'action des PTF, notamment sur le partage des connaissances.

La problématique du médicament nécessite une forte coordination des partenaires techniques et financiers. Malheureusement, cette dernière est aujourd'hui défaillante et cela se manifeste notamment par (i) un **dysfonctionnement** des cadres de concertation et de pilotage comme les commissions nationales du Comité National de pilotage et des comités provinciaux de pilotage(ii) des approvisionnements organisés par les Partenaires Techniques et Financiers ne respectant pas le circuit du SNAME (iii) la **verticalisation** de certains approvisionnements, (iv) Le manque d'intégration dans la gestion des médicaments se caractérisant par la mise en place des systèmes de gestion parallèles des médicaments apportés par différents Partenaires au niveau des Centrales de Distribution des Médicaments. (v) la déresponsabilisation des acteurs dans la gestion des médicaments surtout avec les approvisionnements qui ne suivent pas le SNAME. Les médicaments sont gérés directement par certains partenaires au nom des structures de santé.

Dans les perspectives de renforcer cette coordination des partenaires, les Experts du Hub RDC, proposent aux acteurs de :

1. **Inciter l'organisation des rencontres mensuelles en interne entre les Directions et les programmes concernés par le SNAME. La tenue de ces rencontres sera une prestation à mettre dans les cadres de performance des Directions concernées**
2. **Encourager la tenue régulière des réunions des instances de coordination :**
3. **Développer des mécanismes de documentation des problèmes et leurs conséquences liés aux actions des PTF :**

   a. Solliciter la société civile pour obtenir des informations idoines afin de mieux orienter les pistes de solutions

   b. Utiliser le groupe de travail « approvisionnement/logistique » pour analyser, exploiter et diffuser les faits constatés

c. Contribution du Hub pour collecter ses faits, favoriser le partage de l'information, inciter aux actions correctrices et faire un suivi

d. Inciter les PTF à se concerter avec les dispositifs techniques locaux (groupe de travail, DPS, CDR …)

Les experts du Hub RDC sont disponibles pour interagir avec le Ministère de la Santé et les PTF sur ces questions

Message 4 :
il est nécessaire de renforcer les capacités d'apprentissage du système de santé de la RDC. Le hub se propose d'aider à l'émergence de telles capacités systémiques.

Le processus actuel de réforme de la politique de santé de la RDC implique des prises de décision dans certains domaines clés notamment celui du médicament et du financement de la santé. Aujourd'hui, il nous semble que trop de décisions sont prises sur base d'une expertise externe (ex. consultant international produisant un rapport après un court séjour en RDC) et sur le rapport de forces entre acteurs. La 'saga' de 2015 autour du SNAME a démontré que cela n'était pas optimal comme processus de décision sur des questions stratégiques.

Idéalement, ces décisions devraient être aussi basées sur des données rigoureuses et l'expertise disponible au niveau du pays. Comparée à d'autres pays, la RDC a un énorme retard à cet égard : trop peu d'études sont effectuées, celles qui sont produites sont peu prises en compte lors de la prise de décision et les experts nationaux ne sont pas toujours suffisamment consultés dans le processus censé informé la décision.

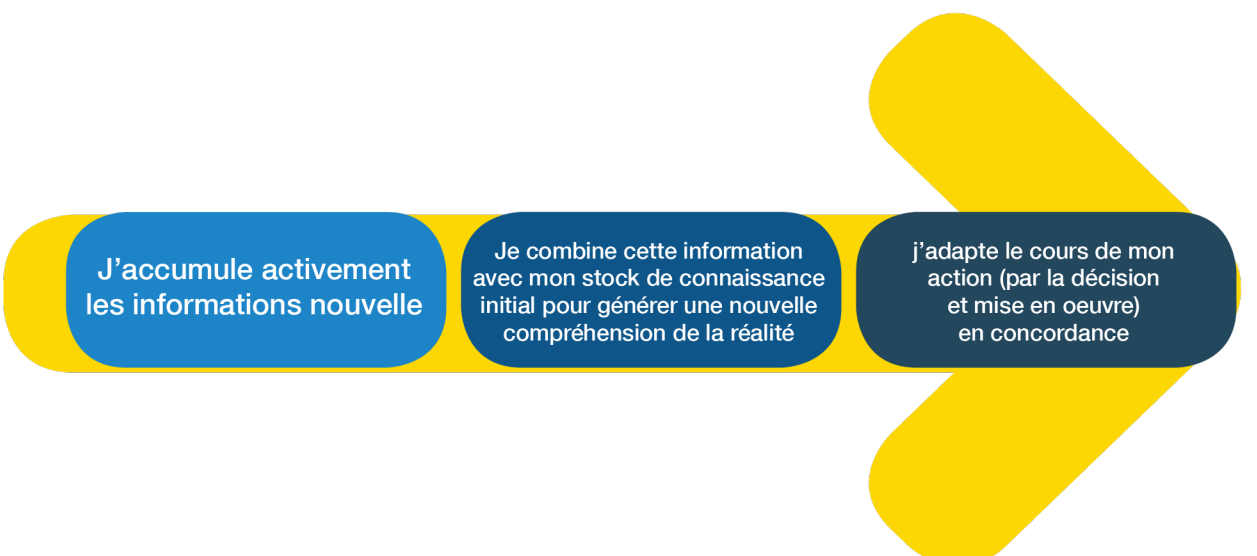
Cette question était bien entendu chère aux yeux des participants de notre atelier. Leur enthousiasme pour l'atelier découlait sans doute aussi de leur satisfaction d'être mis ensemble et de pouvoir contribuer à la réflexion.

Un groupe de travail s'est consacré à la question et a élaboré la proposition qui suit. Elle suggère d'exploiter le Hub comme plateforme de coordination dans la gestion des connaissances relatives aux sujets traités durant notre atelier. Cela implique de bien réfléchir sur les outils et les formations qui peuvent aider à développer de meilleures pratiques en matière de transfert des connaissances.

Cela suppose notamment qu'au décours de cet atelier que les acteurs du Hub soient en mesure de :

- **Dresser le bilan des connaissances existantes à transmettre sur les questions du FBP et du médicament : connaissances issues soient de recherche, de savoirs tacites (des praticiens ou acteurs de mises en œuvre, de gestionnaires, de chercheurs, etc.), ou encore de données analysées. Un premier pas a été effectué avec notre atelier.**
- **Réfléchir sur les approches optimales de transfert des connaissances et sur la manière de conduire ce processus (les différentes étapes, les stratégies et leurs outils) en fonction du contexte spécifique de la RDC. A nouveau, la mise en place du hub en 2015 est un premier pas intéressant.**
- **Partant de ces éléments, le Hub pourrait devenir une plateforme commune de partage des connaissances générées par les uns et les autres (travaux des écoles de santé publique de la RDC, études conduites par les PTF…), mais aussi s'impliquer dans la coproduction des connaissances utiles, le tout en alignement sur des agendas d'apprentissage identifiés collectivement et mis en œuvre de façon ouverte.**

Attention, il ne s'agit pas de se substituer aux efforts d'apprentissage menés par les différents acteurs en propre : il s'agit bien d'en améliorer l'efficacité, notamment par une plus grande coordination. Notre objectif commun doit être de construire un système apprenant. Un élément important est de renforcer le MSP dans ce sens. Le MSP doit avoir la capacité de collecter de l'information, de l'interpréter et de prendre des décisions y afférentes ; bref de se comporter comme une organisation apprenante (OA).



Source : Houcine El Akhnif & Bruno Meessen, 2014

Pour rappel, l'apprentissage comporte trois grandes étapes : l'acquisition d'information nouvelle, sa recombinaison avec les connaissances déjà en notre possession et l'adaptation de notre action en fonction de la nouvelle compréhension ainsi créée (voir schéma). Notre souhait serait d'aider le MSP à activer ces trois étapes sur la problématique du médicament et du FBP, mais peut-être aussi sur la problématique plus générale de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Dans le cadre des travaux des CdP, deux experts du Hub (Serge Manitu Mayaka et Michel Muvudi) ont ainsi produit une première étude de la mesure selon laquelle le système CSU de RDC est apprenant. Cette étude (qui sera partagée dans les prochains mois) a analysé les capacités du système CSU à traiter les informations apportées par ce transfert de connaissances, jusqu'au point du changement de comportements, y compris dans l'infrastructure organisationnelle et les routines.

Cette transmission systémique va prendre du temps. Nous avons identifié des activités qui pourraient être menées par le Hub à court, moyen et long terme.

Sur le court terme (les 3 prochains mois)

1. Partage de ce rapport de synthèse avec les parties prenantes actives en RDC sur les thématiques du médicament et du FBP.
2. Elaboration d'un plan d'action du Hub RDC (avec les activités et les responsables de mise en œuvre) et identification des sources de financement possibles.
3. Rédaction blog pour partager les conclusions de l'atelier mais aussi pour plus de visibilité du Hub.
4. Maintenir une bonne communication sur le forum de discussion en ligne du Hub (pour éviter un relâchement de la dynamique amorcée au cours de l'atelier).

Sur le moyen terme (les 6 prochains mois)

1. En interaction avec les parties prenantes, élaborer une recherche-action inspirée par les constats et recommandations de ce rapport.
2. Extension provinciale des activités du Hub pour aider les provinces à débattre de questions plus spécifiques et contextuelles, pouvant remonter au niveau national.
3. Maintenir la discussion sur le forum de discussion en ligne du Hub, en élargissant le nombre d'experts inscrits. Suivi de la bonne exécution du plan d'action du hub, y compris les points d'action émergeant de cet atelier.
4. Organisation d'un événement en face en face sur la problématique de l'apprentissage systémique.

Sur le long terme (les 12 prochains mois et plus)

1. Evènement face en face réunissant les provinces et le niveau central autour de thématiques à identifier, mais si possible, proches de celles déjà abordées par le Hub.
2. Forum de discussion en ligne en continuum.
3. Elaboration des projets collaboratifs ou connexion avec projets existants.
4. Projets de recherche opérationnelle.

L'atelier organisé par la Communauté de Pratique Financement Basé sur la Performance (CdP FBP) et la CdP Médicament (Réseau e-med) a montré qu'il existe justement une autre approche pour résoudre certaines questions que rencontrent nos systèmes de santé et pour le cas particulier, dans la problématique des médicaments.

Conclusion

L'atelier organisé par la Communauté de Pratique Financement Basé sur la Performance (CdP FBP) et la CdP Médicament (Réseau e-med) a montré qu'il existe justement une autre approche pour résoudre certaines questions que rencontrentnos systèmes de santé et pour le cas particulier, dans la problématique des médicaments.

Les développements hautement enrichis par les expériences de terrain montrent qu'il est plus efficace de fonder des solutions en interne en se basant des capacités d'apprentissage etdes transformations des acteurs qui vivent ces problèmes. Des telles rencontres non seulement cassent les silos entre détenteurs du savoir maispermettent aussi de générer des idées de manière participative en mettant en synergie différents outils et expériences.

ANNEXE

PROGRAMME DE L'ATELIER

1er jour : Communications, cadre de travail et clarifications conceptuelles Modérateur: Caroline Damour

Heure	Activités	Responsable	Commentaires
8h30-10H10	Mot de bienvenue des organisateurs (15 min) Présentation des participants (25 min) Présentation générale sur les CoP-HHA (20 min) Présentation sur la stratégie de documentation des discussions de l'atelier (20 min) Présentation des objectifs, du plan de l'atelier et de la méthodologie de travail (20 min)	Michel Muvudi Jean Servais Isidore Sieleunou Serge Mayaka	
10H10-10H30	Pause-café et séance photo		
10h30-11H15	Présentation des généralités sur le PBF	Bruno Meessen	
11H15-12h00	Présentation de la mise en œuvre du PBF en RDC	Serge Mayaka	
12H00-13H00	Pause-repas		
13H00-13H45	Présentation sur le SNAME et ses défis actuels	Jean Claude Deka	
13H45-14H30	Présentation sur les défis des centrales d'achat en Afrique Sub-saharienne	Daniel Vandenbergh, Caroline Damour, Carinne Bruneton	
14H30-15H15	La Communauté de Pratique Médicaments - E-med, état des lieux et perspectives»	Carinne Bruneton	
15H15-15H35	Pause-café		
15H35-16H20	Présentation et validation de la grille pour la structuration des débats entre experts médicaments et experts PBF	Bruno Meessen, Serge Mayaka	
16H20-17H00	Constitution des groupes de travail et présentation de la méthodologie de travail au sein des groupes	Caroline Damour	

2ème jour : Travaux de groupe et synthèse Modérateur: Serge Mayaka

Heure	Activités	Responsables	Commentaires
8h30-8H50	Lecture et adoption du rapport du J 1		
8h50-9H20	Résumé des discussions faites sur le HUB RDC en rapport avec la gestion des médicaments	Olivier Inginda	

9H20-11H20	Travaux de groupe (sessions parallèles avec des groupes homogènes) : Identification des opportunités et des menaces avec le SNAME pour la mise en œuvre du PBF (Groupe experts PBF) Identification des opportunités et des menaces avec le PBF pour la mise en œuvre des activités du SNAME (Groupe experts médicaments)	Michel Muvudi, Bruno Meessen Brigitte Biduaya, Daniel Vandenbergh	• La nécessité que les arguments portent sur des situations ou des expériences vécues, et qui soient significatives du problème • Le recours si possible à des données factuelles • L'identification des critiques doit nécessairement être suivie de propositions d'alternatives fortes
11H20-11H30	Pause-café		
11h30-12h30	Travaux de groupe		
12H30-13H30	Pause-repas		
13H30-15H30	Restitution en plénière		
15H30-15H50	Pause-café		
15H50-17H00	Restitution en plénière		• Identification des points de convergence ou des points fédérateurs et des points de divergence • Identification des faiblesses communes des propositions des uns et des autres, mais aussi des préoccupations communes en faveur des populations • Propositions de solutions pour réduire les divergences
19h00-21H00	Diner-cocktail en ville (facultatif)		SUR INSCRIPTION

3ème jour : synthèse générale et agenda post atelier Modérateur: Michel Muvudi

Heure	Activités	Responsables	Commentaires
8h30-8H50	Lecture et adoption du rapport du J2		
8H50-10H10	Sessions parallèles avec des groupes mixtes (2 ou 3) : Réflexions sur la construction de pistes de collaboration autour des principaux thèmes fédérateurs (minimum 3) identifiés au J2 Construction d'un agenda à suivre et d'une démarche pour « appui conseil » aux décideurs et bailleurs de fonds	Michel Mulohwe, Jeef Memba Bruno Meessen	Création de cadres réflexifs ou de valorisation de la communication entre les experts dans le but d'atténuer les tensions et de proposer des solutions basés sur des faits
10H10-10H30	Pause-café		
10h30-12h30	Sessions parallèles avec des groupes mixtes (suite)		
12H30-13H30	Pause-repas		
13H30-15H30	Séance plénière : Restitution des travaux de groupe		
15H30-15H50	Pause-café		
15H50-17H00	Evaluation de l'atelier et recommandations (Turning point) Clôture de l'atelier • Mot du coordonnateur CoP FBP • Mot du coordonnateur CoP E MED • Mot de remerciement par le responsable du HUB RDC	Isidore Sieleunou Bruno Meessen Carine Bruneton Michel Muvudi	

LISTE DES PARTICIPANTS, AVEC AFFILIATION

Nationaux	Province	Communauté de pratique
Pacifique Mushaga-lusha	Bukavu	CoP PBF
Michel Zabiti	Bukavu	CoP PBF
Claude Ntabuyant-wa	Bukavu	CoP PBF
Sr Brigitte Biduaya	Kananga	CoP PBF
Yao Robert	Kananga	CoP PBF
Denis Mpanya	Kikwit	CoP PBF
Augustin Mwala	Lubumbashi	CoP PBF
Barry Mutombo	Mbuji Mayi	E-med
Marie Pele	Bwamanda	E-med
John Baka	Matadi	E-med
Jean-Paul Mikory	Bandundu	E-med
Sr Wivine NSOLO	Kisantu	E-med
Dr Michel Muvudi	Kinshasa	CoP PBF
Dr Serge Mayaka	Kinshasa	CoP PBF
Dr Jeef Memba	Kinshasa	CoP PBF
Clement Mukanya	Kinshasa	CoP PBF
Paul Pilipili	Kinshasa	CoP PBF
Didier Ramanana	Kinshasa	CoP PBF
Jean-Claude Deka	Kinshasa	E-med
Richard Mulamba Biaya	Kinshasa	E-med
Francois Kitenge	Kinshasa	E-med
Michel Mulohwe	Kinshasa	CoP PBF
Paul Khomba	Kinshasa	CoP PBF
Gabriel Kaleka Bukasa	Kinshasa	E-med
Caroline Damour	Kinshasa	E-med
Camilia SEVA	Kinshasa	E-med
Bruno Meessen	Bruxelles	CoP PBF
Jean Servais	Dakar	CoP PBF
Olivier Inginda	Cotonou	CoP PBF
Isidore Sielenou	Montréal	CoP PBF
Daniel Vandenbergh	Bruxelles	E- med

Remerciement

L'équipe du Hub RD Congo remercie vivement toutes les personnes qui ont soutenu la tenue et la réussite de cet atelier. Il s'agit particulièrement des facilitateurs des communautés de pratique Financement Basé sur la Performance (CoP FBP) et Médicament (E-med) sans oublier tous les acteurs de terrain venus des provinces de la RD Congo et des autres pays qui ont alimenté suffisamment les discussions avec les expériences de terrain. A tous, nous disons merci.

Pour l'organisation

Michel Muvudi,
Coordonnateur HUB RDC

RAPPORT DE L'ATELIER DU HUB RDC

COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE