

# PBF CoP Working Paper Series

---

WP4

September 2011

## Le système de santé de district et le financement basé sur la performance au Burundi: synergies et contradictions possibles

Georges Nsengiyumva<sup>1</sup>, Laurent Musango<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MD, MPH, PhD, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Projet de lien urgence - réhabilitation - développement (« LRRD Santé Plus »), Bujumbura, Burundi.

<sup>2</sup> MD, MPH, PhD, World Health Organization/Regional Office for Africa, Health Financing and Social Protection, Libreville, Gabon.

La 'PBF CoP Working Paper Series' publie les travaux scientifiques des membres de la communauté de pratique 'Financement basé sur la Performance'. Elle vise la dissémination rapide des résultats empiriques ou des idées théoriques, en particulier ceux qui sont pertinents pour les membres de la CoP. La série accepte les papiers en français et en anglais. Les papiers sont revus par les pairs de façon non-anonyme. L'édition de cette série est soutenue par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, en Belgique ('Initiative des Talents Emergents'). Pour soumission ou toute autre requête, merci de contacter: [cop.pbf@gmail.com](mailto:cop.pbf@gmail.com)

The PBF CoP Working Paper Series presents scientific work done by members of the African Performance-Based Financing Community of Practice. It aims for rapid dissemination of their empirical findings or theoretical ideas, especially those relevant for members of the CoP. The series welcomes papers in French or in English. Papers are open peer reviewed. Editing of the series is supported by the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium ("Emerging Voices venture"). For submission or any other request, please contact: [cop.pbf@gmail.com](mailto:cop.pbf@gmail.com)

Editorial committee: Bruno Meessen, Paulin Basinga, Nicolas de Borman, Gyuri Fritsche and Laurent Musango.

Support: Kristof Decoster and Rita Verlinden.

The PBF CoP is one of the communities of practice supported by the multi-agency initiative 'Harmonization for Health in Africa' ([www.hha-online.org](http://www.hha-online.org)). The scientific edition of this issue # 4 has benefited from the funding #526603 of the World Bank.

This paper can be downloaded at:

<http://www.hha-online.org/hso/financing/pillar/documentation>

*The views expressed by the authors of this document do not necessarily reflect the views of their institutions, the PBF CoP or HHA.*



## Résumé

Le Burundi a introduit récemment deux réformes fondamentales dans son système de santé : la mise en place d'un système de santé de district (SSD) et le financement basé sur la performance (FBP) des structures sanitaires.

L'article souligne les points saillants d'une expérience de synergie SSD et FBP sur le terrain en mettant un accent particulier sur les effets contreproductifs que le FBP peut induire sur le processus de mise en place d'un SSD. Des mesures correctrices sont proposées pour attirer l'attention des initiateurs de ces réformes.

En examinant successivement les six piliers du système de santé tels que proposés par l'OMS, l'article montre que le FBP peut aussi bien exercer un effet de levier qu'entraver les fonctionnalités suivantes du SSD: la dynamique du groupe de l'Equipe Cadre de District (ECD), le fonctionnement de l'hôpital de district par rapport au premier niveau de soins, les soins curatifs et préventifs organisés par les centres de santé dans une optique de couverture sanitaire d'une population cible, l'approvisionnement en médicaments essentiels par une pharmacie de district fonctionnelle, le système d'information sanitaire orienté vers l'action et le financement permettant l'équité, garantissant le réapprovisionnement et soutenu par une organisation transparente.

Les auteurs recommandent que ces aspects reçoivent l'attention qu'ils méritent lors des interventions qui combinent les deux réformes plus particulièrement dès la phase de démarrage. Le régulateur du système de santé, c'est-à-dire le Ministère de la Santé, doit rester vigilant pour procéder aux ajustements et veiller à éviter tout dérapage.

**Mots-clés** : financement basé sur la performance, système de santé, district sanitaire, fonctionnalité.

**Messages clés**<sup>1,2</sup> La mise en place d'un système de santé de district (SSD) et l'instauration du financement basé sur la performance (FBP) constituent deux réformes synergiques et/ou complémentaires. Cependant les modalités de mise en place du FBP peuvent aboutir à des effets contreproductifs sur la structuration du système de santé en districts sanitaires si elles ne prennent pas en compte certains principes de base des soins de santé primaires.

---

<sup>1</sup> Le fait d'identifier les faiblesses du FBP dans le processus de mise en place du SSD ne signifie en aucun cas que les auteurs de cet article sont hostiles au FBP. Bien au contraire, ils veulent apporter leur appui aux initiateurs du FBP pour dépister et corriger à temps les difficultés et insuffisances éventuelles.

<sup>2</sup> Les effets positifs du FBP au Burundi ne sont pas évoqués de façon exhaustive dans cet article parce qu'il y a une autre publication relative à l'influence du FBP sur le renforcement du système de santé (Basenya et al, 2011)

## Introduction

Le système de santé de district (SSD) vise la mise en œuvre des soins de santé primaires, stratégie définie par la Conférence d'Alma Ata en 1978 (OMS/FISE, 1978), dont la pertinence a été récemment réaffirmée dans un rapport annuel de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2008). Pour l'Afrique, la politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires a été redéfinie lors de la Conférence de Harare en 1987 en précisant les lignes directrices du SSD et elle a été réaffirmée par la Déclaration de Ouagadougou en Avril 2008 (OMS, 2008). Le district sanitaire apparaît ainsi comme la clef de voûte des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires (Monekosso 1991; Duponchel 2004 ; Grodos 2004; Gruénais 2010; Gauvrit and Okalla 2010 ). C'est un segment plus ou moins autonome du système de santé national, suffisamment grand pour permettre une concentration de ressources humaines, techniques et financières, mais également assez petit pour avoir la possibilité d'établir une communication avec la population et une participation communautaire. Le district sanitaire reste le niveau opérationnel par excellence de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS).

Ces dernières années, plusieurs pays d'Asie et d'Afrique ont introduit dans leur système de santé, le recours aux incitants financiers des prestataires de services de santé comme stratégie pour améliorer la performance (Perrot et al, 2010). Le bon fonctionnement du FBP suppose la séparation d'au moins trois fonctions au sein du système de santé : celle de production de services, celle de régulation et celle de vérification/financement de la performance (Meessen et al. 2006). La contribution du FBP à l'amélioration de la production et de la qualité des services de santé, à travers le renforcement de la motivation du personnel, commence à être documentée (Soeters and Griffiths 2003; Soeters et al. 2006; Rusa et al. 2006; Toonen et al. 2009; Morgan 2010). Le FBP est parfois présenté comme une alternative aux arrangements institutionnels défailants actuellement en place (Meessen and Van Damme, 2005). Cependant, malgré une autre littérature plus critique sur le FBP (Oxman & Fretheim 2008; Eldridge et Palmer, 2009 Kalk et al, 2010; Morgan, 2010), à notre connaissance, un seul auteur s'est intéressé à l'impact du FBP sur la fonctionnalité du district sanitaire (Meessen 2009).

Au Burundi, l'introduction du SSD et du FBP a été presque simultanée. Le FBP concerne les établissements de soins (centres de santé et hôpitaux) et les entités administratives (provinces sanitaires et districts sanitaires) du secteur.

Sans faire déjà le bilan d'une réforme qui est seulement en cours, cet article voudrait souligner les possibles points de convergence et de divergence entre l'approche du SSD et celle du FBP dans un contexte donné. Après une brève introduction au contexte, il analyse les apports possibles du FBP au SSD mais montre aussi les risques d'effets négatifs sur le SSD si le FBP n'est pas utilisé à bon escient. Pour procéder à cette analyse, l'article décrit l'influence du FBP sur les SSD au regard des six piliers du système de santé (OMS 2008). La conclusion résume nos messages clés.

## Description du contexte

Au Burundi, la structuration du pays en districts sanitaires a débuté en 2007, au sortir d'une longue crise sociopolitique (1993-2005). L'expérience du FBP (aussi nommé « contractualisation ») a commencé en 2006 et s'est étendue à plusieurs provinces du pays lors des années suivantes, avec l'appui de divers partenaires techniques et financiers. Cette contractualisation reposait sur un contrat entre une agence tierce indépendante tant des prestataires (formations sanitaires) que du Ministère de la Santé Publique (MSP). C'est cette agence tierce, responsable de l'évaluation des performances et de leur subventionnement, qui jouait aussi bien le rôle d'acheteur et de vérificateur. L'intervenant principal était l'ONG Cordaid, reproduisant au Burundi son expérience du Rwanda (Soeters et al. 2006). A partir d'avril 2010, sur financement de la Banque Mondiale, du gouvernement et d'autres partenaires financiers, le MSP a instauré un système de FBP géré de manière interne au ministère, sans agence d'achat indépendante ; toutefois, la vérification et la validation des performances, donnant lieu au paiement par le Ministère des Finances, sont confiées à des « Comités provinciaux de vérification et de validation » (CPVV), structure mixte composée de représentants de l'Administration (fonctionnaires et contractuels) d'une part, de la « société civile » d'autre part. Le secrétariat des CPVV est assuré par les médecins directeurs provinciaux de la santé. Ce montage institutionnel du FBP a été décrit par ailleurs (Basenya et al. 2011).

Dans la politique de FBP du Burundi, le financement des formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux) repose sur deux types de critères :

- quantitatifs (production de soins), évalués mensuellement sur base de 24 indicateurs par les CPVV, et
- qualitatifs (divers aspects de qualité des prestations), évalués trimestriellement par les instances du MSP sur base d'une grille recourant à un grand nombre d'indicateurs.

Fait saillant : le financement de la production de soins n'a pas seulement pour objectif de récompenser la performance des formations sanitaires mais également de couvrir en parallèle la mesure de gratuité des soins aux enfants âgés de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. Cette mesure de « gratuité des soins », décrétée par le Chef de l'Etat en mai 2006, était financée jusqu'avril 2010 par les fonds de remise de la dette dans le cadre de l'initiative des pays pauvres très endettés (IPTE). Un mécanisme permettait de rembourser aux prestataires le coût des soins offerts aux enfants et femmes ciblées, mais il souffrait de plusieurs défaillances (Basenya et al. 2011; Nimpagaritse & Bertone 2011). Il a donc été décidé de financer le paquet de soins gratuits à travers la stratégie de financement basée sur la performance.

## Note méthodologique

L'analyse faite dans cet article se base sur l'expérience de mise en œuvre du SSD et du FBP dans le cadre du projet « Santé Plus »<sup>3</sup> et sur les résultats d'évaluation conjointe du projet FBP. L'un des auteurs de cet article (GN), de par ses fonctions, a vécu sur le terrain les différentes étapes de la mise en place du SSD et du FBP. Le deuxième auteur a coordonné l'évaluation à mi parcours du projet FBP conduite par l'OMS, la Banque Mondiale (BM) et l'Union Européenne (UE).

Pour présenter les résultats, nous avons suivi un cadre d'analyse basé sur le schéma de fonctionnalité du district sanitaire qui recoupe les six piliers du système de santé recommandés par l'OMS (OMS, 2008):

Le tableau ci-dessous montre les éléments constitutifs de six piliers et les thèmes correspondants que nous avons analysés.

Tableau 1. Piliers du système de santé et éléments analysés.

| Les six piliers du Système de santé | Thèmes développés par pilier affectés par la mise en place concomitante du SSD et du FBP  |
|-------------------------------------|---|
| Direction et gouvernance            | Une équipe cadre de district (ECD) assumant la responsabilité de la coordination et du bon fonctionnement du bureau de district comme direction intégrée.   |
| Le personnel de santé               | Un personnel de santé techniquement compétent et réparti équitablement.<br>Une rémunération équitable entre acteurs du système de santé.  |
| La prestation des services de santé | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Un hôpital de district assurant le « paquet complémentaire d'activités » avec un système de référence et contre-référence</li><li>2. L'intégration des soins curatifs et préventifs par une équipe polyvalente dans les centres de santé avec un « paquet minimum d'activités » visant une population cible déterminée</li></ol> |
| Technologies et produits médicaux   | L'approvisionnement en médicaments essentiels reposant sur une pharmacie de district  |
| L'information                       | Un système d'information sanitaire orienté vers l'action  |
| Le financement de la santé          | Un financement assurant l'équité, garantissant le réapprovisionnement et soutenu par une organisation transparente  |

Nous relevons de façon inductive les points saillants de cette expérience de synergie SSD et FBP en mettant un accent particulier sur les effets contreproductifs que le FBP peut induire sur le processus de mise en place d'un SSD. Pour éviter ces effets pervers, des mesures correctrices sont proposées aussi pour attirer l'attention des initiateurs de ces réformes.

<sup>3</sup> Le Projet « Santé Plus » est un projet de lien entre urgence, réhabilitation et développement du 9<sup>e</sup> FED de la Commission Européenne, qui a débuté en avril 2008 dans 4 provinces, s'est étendu en février 2010 à 6 provinces, représentant 30% de la population du pays, 14 districts sanitaires, 15 hôpitaux et plus de 200 centres de santé. Ce projet doit se clôturer en juin 2011. Ses deux axes majeurs sont la mise en place du SSD et du FBP. Entre janvier 2009 et mars 2010, le projet Santé Plus a sous-traité la mise en place du FBP à l'ONG Cordaid, agence tierce indépendante. Depuis avril 2010, la zone couverte par le projet applique (sauf sur quelques points secondaires provisoires) la politique nationale du FBP. C'est sur base de l'expérience de cette zone que les interactions entre SSD et FBP sont analysées.

## Résultats/Description des faits

La réforme du système de santé en districts sanitaires a été lancée par le gouvernement en 2007 alors que sur le plan technique aucun district n'était vraiment fonctionnel. Le projet « Santé Plus » quant à lui a commencé ses activités de terrain au deuxième semestre de 2008 et avait dans ses attributions d'appuyer le gouvernement pour la mise en place de SSD et du FBP. Ci-dessous nous présentons les résultats selon le plan mentionné dans la méthodologie.

### *Une équipe cadre de district assumant la responsabilité de la coordination et du bon fonctionnement du bureau de district comme direction intégrée*

Les équipes cadre de district ont été mises en place dans tout le pays en septembre 2008. Le projet « Santé Plus » qui couvre 9 districts dans sa zone d'intervention, s'est donné comme priorité jusque fin 2009 de les rendre techniquement compétentes aux dimensions de la gestion du système de santé du district. L'objectif était qu'une ECD rassemble des gens assumant une même responsabilité à la tête du district, avec un partage de responsabilités techniques basé non pas sur la spécialisation de chacun mais sur la polyvalence globale de l'équipe, et avec une capacité d'autoévaluation et de correction de décisions. En janvier 2009, le FBP a été introduit. Comme effet positif, le FBP a permis aux bureaux de district de disposer d'un début de budget, même si celui-ci est venu tardivement, en petites tranches, et est resté largement insuffisant (Basenya et al. 2011). Fin 2009, les ECD de la zone du projet étaient plus ou moins fonctionnelles, largement plus performantes en tout cas que dans les districts du pays qui n'avaient bénéficié ni de l'appui technique d'un projet ni du FBP. Il est cependant impossible de faire la part des choses entre les apports du projet et l'effet propre du FBP. On peut penser que le FBP a bénéficié de l'effort de formation et d'encadrement offert aux ECD par le projet dans la mesure où des indicateurs de gestion et d'organisation étaient contractualisés (entre autres : les réunions régulières et la mise en applications des recommandations issues de ces dernières, l'existence d'un plan d'action mensuel suivi par l'ECD, les supervisions formatives prenant en compte la qualité de soins).

Comme effet négatif, l'intégration du médecin chef de district dans le comité provincial de vérification et de validation (CPVV) a affaibli la dynamique d'équipe intégrée en confiant au chef de district une nouvelle mission. L'intégration du chef de district dans le CPVV lui donne une vision plus administrative du système de santé, sans implication novatrice dans la gestion de son propre district alors qu'il s'agit de l'échelon clé dans une vision de décentralisation, comme l'a constaté la mission conjointe d'évaluation du FBP au Burundi en octobre 2010 (Musango et al. 2010).

L'intégration du médecin chef de district dans le CPVV semble aussi en contradiction avec le principe de séparation des fonctions. Il est simultanément mis en position de prestataire puisqu'il est le responsable final des performances de son district (pas seulement de son bureau de district) et en position de régulateur puisqu'il valide la vérification. Le médecin chef de district n'est pas le seul qui décide dans le CPVV mais il est par ailleurs parmi les plus influents.

L'intégration de ces deux fonctions n'est pas impossible, le médecin chef de district peut parfaitement assumer les attributions de l'ECD en y intégrant les activités de supervision FBP dont il a

la responsabilité de part son rôle principal de garantir la qualité des prestations. Cette fusion comporte cependant un risque pour l'équilibre des activités de gestion du district de santé.

#### *Le personnel : l'enjeu de l'équité des rémunérations*

Comme un médecin chef de district est souvent en même temps directeur de l'hôpital, il cumule les primes car il peut percevoir la prime de performance de l'hôpital, la prime de performance de médecin chef de district, la prime de membre du CPVV, et la prime de supervision technique lors de l'évaluation par les pairs des hôpitaux en-dehors de son district. Cela met à rude épreuve l'esprit d'équipe de l'ECD dont les autres membres considèrent alors que le chef de district est « sur primé » alors que les résultats sont ceux de toute l'équipe. Cela a des conséquences sur l'efficacité et la performance de l'ECD.

En outre, dans ses activités quotidiennes, si le médecin chef choisit l'option de considérer les deux réformes comme étant différentes, il se focalisera sur l'activité la plus rémunératrice. Pour le cas présent du Burundi, il est manifeste que les activités FBP ont été favorisées par les acteurs du système de santé au détriment de celles du SSD.

Notre proposition est de conduire les deux réformes de façon synergique, à titre d'exemple les évaluations de qualité du FBP et les supervisions techniques du SSD doivent avoir les mêmes objectifs et finalités.

#### *Un hôpital de district assurant le « paquet complémentaire d'activités » avec un système de référence et contre-référence*

Tous les districts de la zone couverte par le projet « Santé Plus » (sauf un) disposaient d'un hôpital de district, mais leur degré de fonctionnement était variable. Cependant, aucun ne fonctionnait comme hôpital de district, c'est-à-dire au sein d'un réseau organisé de relations avec les centres de santé. La nomination des ECD en 2008 devait faire évoluer la situation. L'ECD est devenue l'organe supérieur de coordination de l'hôpital et des centres de santé. Dans la logique du SSD, l'hôpital assure son paquet complémentaire d'activités sans chevauchement avec le paquet minimum d'activités des centres de santé. Une situation qui amène l'hôpital à exécuter des tâches dévolues au centre de santé décrédibilise le niveau des centres de santé, surcharge inutilement l'hôpital et vide de son sens le principe de référence et contre-référence et la gradation des échelons des soins (Van Lerberghe & Lafort 1990). S'il doit contribuer au renforcement du SSD, le FBP doit donc veiller à rester en cohérence avec le rôle d'un hôpital de district. Ainsi, au début de la mise en œuvre du FBP dans la zone du projet, le système mis en place ne finançait pas les activités du premier niveau de soins (centre de santé) lorsqu'elles avaient lieu à l'hôpital. Mais le système de FBP actuellement en vigueur au niveau national ne tient pas compte de ce principe, ce qui instaure une concurrence non souhaitable entre centres de santé et hôpitaux. Ainsi, la consultation faite par le médecin étant fortement rémunérée, la tendance est de multiplier les consultations médicales à l'hôpital pour augmenter autant que possible le financement de l'hôpital. On ne fait pas de distinction entre un malade référé et un malade qui consulte directement le médecin même pour une pathologie banale pouvant être prise en charge par un centre de santé. Cette tendance est renforcée par le principe de libre choix absolu du malade (c'est-à-dire sans ticket modérateur à sa charge lorsqu'il s'adresse directement au médecin). Cet état de fait ne favorise pas l'échelonnement des soins, c'est-à-dire la



complémentarité sans chevauchement entre le premier et le second niveau du SSD, décrédibilise la consultation des infirmiers aux yeux de la population et tend à encombrer la consultation médicale hospitalière.

Notre proposition rejoint celle de la mission conjointe d'évaluation du FBP au Burundi en octobre 2010 (Musango et al. 2010) : le subventionnement des prestations devrait respecter le système de référence et de contre-référence et ne concerner que les prestations effectuées au bénéfice des malades orientés vers l'hôpital dans le respect de ce principe.

### *L'intégration des soins curatifs et préventifs par une équipe polyvalente dans les centres de santé avec un « paquet minimum d'activités » visant une population cible déterminée*

Dans le SSD, le centre de santé est le premier échelon de soins et constitue le niveau opérationnel de base (OMS, 2008). Le FBP est un moyen de financer directement ce premier échelon des soins sur base de sa production. Un des critères d'implantation d'un centre de santé est normalement la taille de la population. Le centre de santé est responsable d'une population cible déterminée, donc la performance réelle du centre de santé en question se mesure en termes de santé publique et pas seulement en termes de production d'actes. Dans le système FBP, tous les indicateurs du paquet minimum d'activités utilisés sont des indicateurs de quantité (MSP 2010). Quel que soit l'indicateur considéré (consultations prénatales, accouchements, consultations curatives...), c'est le nombre de consultations qui est pris en considération, indépendamment de la provenance des bénéficiaires de soins. Certes, comme l'expliquent Meessen et al. (2006), cette option favorise le financement des services en fonction de leur utilisation et permet de rémunérer les formations sanitaires proportionnellement à la charge du travail. Mais, si l'évaluation des indicateurs de performance ne tient pas compte de la population dont le centre de santé est responsable, la performance de la structure par rapport à sa mission de couverture sanitaire risque d'être perdue de vue.

Une rémunération en fonction de la population couverte aurait comme avantage de forcer la structure de santé à développer une vision globale sur la prise en charge de la population de sa zone de responsabilité. Selon le SSD, l'ECD, en collaboration avec les autres parties prenantes, doit connaître les problèmes de la population de sa zone de responsabilité et garantir la redevabilité envers cette dernière (OMS, 2008).

Selon nous, dans l'évaluation des performances, tant le volume que la couverture devraient être considérés. Inclure la deuxième dimension éviterait par exemple que certains centres de santé négligent leur propre population de référence pour se concentrer sur la population « hors zone » parfois plus lucrative.

Notre recommandation rejoint celle de la mission conjointe qui est celle de : « Faire la carte sanitaire qui permettra également de mieux définir les objectifs du FBP en termes de couverture sanitaire et prévoir une rémunération de la performance en fonction d'une bonne couverture » (Musango et al. 2010).

### *L'approvisionnement en médicaments essentiels reposant sur une pharmacie de district*

Dans les six piliers de Système de Santé, l'OMS recommande d'avoir un système de santé qui assure un accès équitable aux médicaments et produits médicaux essentiels ainsi qu'aux vaccins et autres

technologies qui sont de bonne qualité, sans danger et disponibles à moindre coût (OMS, 2008). La stratégie des médicaments essentiels qui a été adoptée par le gouvernement du Burundi vise à promouvoir l'utilisation rationnelle de médicaments génériques essentiels de provenance contrôlée, et à décourager le recours à un grand nombre de préparations commerciales de marque, parfois superflues, importées sans contrôle et d'un prix de vente excessif. Cela permet non seulement de réduire les coûts pour le système de santé et pour le patient, mais également d'éviter au patient de prendre un grand nombre de médicaments inutiles et de s'exposer à leurs effets secondaires (GTZ 2004).

Le tableau ci-dessous montre les mesures prises pour assurer la mise en œuvre de la stratégie d'approvisionnement en médicaments essentiels au Burundi.

Tableau 2. *Mesures prises pour la stratégie d'approvisionnement en médicaments essentiels.*

|  |
|--|
| 1. L'organisation et l'administration du circuit d'approvisionnement et de distribution sur la base des besoins réels, conformément à la population-cible et aux pathologies les plus courantes, ou sur la base de la consommation réelle orientée par des instructions de prescription précises |
| 2. Le financement du système de gestion (par exemple introduction de fonds de roulement)   |
| 3. La gestion des stocks de médicaments et le ravitaillement des différents services de santé en diminuant les frais directs et indirects de transport et d'approvisionnement  |
| 4. Le contrôle de qualité des médicaments.   |

*Source : Ministère de la santé du Burundi.*

Cette politique est généralement mise en œuvre, sur le terrain par l'intermédiaire des « pharmacies de district ».

Une telle politique s'oppose à l'approvisionnement « libre » en produits pharmaceutiques de marque dont profitent l'industrie pharmaceutique, les grossistes et les pharmacies privées, sans garantie de moindre coût, de contrôle de qualité et de gestion transparente des transactions. C'est d'ailleurs pourquoi la mise en application d'une politique de médicaments essentiels se heurte à des résistances considérables (GTZ 2004). Au Burundi, pour assurer la mise en œuvre de ces mesures sans inconvénients liés notamment aux défaillances éventuelles du système d'approvisionnement et éviter à tout prix les ruptures de stock, le Ministre de la Santé Publique<sup>4</sup> en tant que régulateur a donné des instructions claires qui prennent en compte tous les cas de figure et précisent notamment les modalités de recours pour les pharmacies de district aux grossistes privés agréés pouvant garantir la qualité à un prix concurrentiel. Sous prétexte des principes de libre marché, les formations sanitaires ne doivent pas être incitées à s'approvisionner n'importe où. Cette option est peu compatible avec le SSD.

<sup>4</sup> Par la lettre circulaire N°630/1359/2009, le Ministre de la Santé Publique a donné une instruction permanente le 17 juin 2009 précisant les normes, modalités et règles à respecter concernant la gestion du système de médicament dans les centres de santé, les hôpitaux de districts et les pharmacies de district. L'instruction précise aussi les modalités de recours aux grossistes privés.

### *Un système d'information sanitaire orienté vers l'action*

Un système d'information sanitaire qui fonctionne bien assure la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations fiables et opportunes sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire des populations (OMS 2008). Le FBP devrait valoriser l'existence du système d'information sanitaire du Burundi, au lieu d'encourager les différents niveaux du système de santé à mettre en place un système parallèle visant à collecter les données spécifiques du PBF. Ceci étant le cas au Burundi, les prestataires de soins collectent les données des indicateurs rémunérés par le FBP et ces dernières sont vérifiées par les CPVV. Mais cette vérification ne concerne pas les performances non financées et ne donne pas lieu à un feedback vers le système national d'information sanitaire. Ceci représente une occasion perdue de faire contribuer le FBP à l'amélioration du système d'information sanitaire du MSP. Pire, le risque est de détruire le système existant, sans être en mesure de le remplacer valablement.

Les auteurs n'ignorent pas les limites du système d'information sanitaire actuel. Cependant il serait sans doute préférable de renforcer et structurer ce qui existe plutôt que de créer un autre système spécifique au FBP. Notre recommandation rejoint celle de la mission conjointe de renforcer le système d'information sanitaire en place et d'assurer une bonne coordination afin de garantir la fiabilité des données collectées et d'éviter les doubles emplois (Musango et al. 2010).

### *Un financement permettant une équité, garantissant le réapprovisionnement et soutenu par une organisation transparente.*

Il est à noter que l'introduction du FBP a contribué à la viabilité financière des hôpitaux, bien que cette contribution reste insuffisante. Elle ne garantit pas non plus par elle-même la transparence de la gestion. Elle a permis que certains hôpitaux réalisent de petits investissements pouvant permettre la réalisation du paquet complémentaire d'activités ou l'amélioration de la qualité des services en général. La fréquentation des hôpitaux a aussi augmenté. Mais il est impossible de faire la part des choses entre l'introduction du FBP (janvier 2009), l'introduction de la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants âgés de moins de cinq ans (mai 2006), la progressive stabilisation du pays (2006-2007) et l'influence directe ou indirecte du projet en lui-même. Il y a eu certainement synergie de ces éléments. Cette même synergie favorise l'obtention de bons résultats en général. Le fait de combiner le FBP et la gratuité de soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans a permis d'agir sur la demande. Par ailleurs, il faut noter qu'un bon système de financement permet d'obtenir des fonds à suffisance pour assurer l'accessibilité de la population aux soins et services tout en la protégeant contre les dépenses catastrophiques pour les obtenir (OMS 2008). Cette voie de financement de la demande devrait être analysée pour pouvoir agir sur les autres catégories de la population non subventionnées par la combinaison FBP - Gratuité en occurrence nous pensons aux autres formes de paiement de soins comme les assurances maladies et/ou mutuelles de santé.

## Conclusions

Cette expérience du Burundi qui allie l'introduction du SSD et du PBF est originale ; il importe de consolider les points forts et d'identifier et de corriger les points faibles reconnus lors de la mise en œuvre.

L'expérience offre une opportunité de réussir des réformes qui peuvent se compléter. Mais la fonctionnalité du district sanitaire peut être à tout moment menacée par certaines des modalités d'application du financement basé sur la performance si on n'y prend pas garde. Nous évoquons dans ce cas précis l'ECD qui ne s'occupe que du FBP au détriment des autres activités, le système d'information sanitaire spécifique au FBP, la couverture sanitaire qui n'est pas prise en compte, l'approvisionnement libre en produits pharmaceutiques et le système de référence et contre référence qui n'est pas pris en compte par le FBP.

Dans les premières années de mise en œuvre de toute réforme, le régulateur du système de santé, c'est-à-dire le Ministère de la Santé, doit rester vigilant pour procéder aux ajustements et veiller à éviter tout dérapage, surtout quand il y a plusieurs acteurs. Une évaluation précoce permet de se rendre compte des problèmes de démarrage et de procéder aux corrections.

Les responsables de la mise en œuvre du FBP devraient tenir compte des aspects de santé publique, condition pour une meilleure performance du système sanitaire. Le FBP est un outil au service du système de santé, en l'occurrence au service de la mise en œuvre du SSD.

## Remerciements

Nos remerciements s'adressent principalement aux lecteurs de cet article, Isaline Greindl et Ernest Denerville pour leur disponibilité malgré les multiples occupations et sollicitations dans leurs activités quotidiennes. Nous remercions également les membres du comité d'édition du livre sur l'expérience de PBF en Afrique Centrale, qui ont contribué aussi à la révision de cet article (Bruno Meessen, Nicolas de Bormann et Agnès Soucat). Nous adressons enfin nos remerciements au Gouvernement du Burundi, à l'OMS/Burundi et au Projet « Santé Plus » du 9e FED de la Commission Européenne. Les données utilisées ont été obtenus grâce à l'appui technique et financier des organisations susmentionnées.

## Références

- Basenya O et al (2011) Le financement basé sur la performance comme stratégie pour améliorer la mise en œuvre de la gratuité des soins: premières leçons de l'expérience du Burundi. CoP PBF Working Paper Series. Under review.
- Duponchel JL (2004) Quels systèmes de santé ? Bilan des soins de santé primaires. *Médecine Tropicale* 64 : 533-538.
- Eldridge C and Palmer N (2009) Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health policy and planning* 24, 160-166.
- Gauvrit E and Okalla R (2001) « La difficile mise en place des districts sanitaires urbains », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 06 mars 2006, Consulté le 29 octobre 2010. URL : <http://apad.revues.org/186>.
- Grodos D (2004) Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : enjeux, pratiques et politiques. 1<sup>ère</sup> ED. Karthala, Paris.
- Gruénais ME (2001) « Editorial », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 25 novembre 2005, Consulté le 30 octobre 2010. URL : <http://apad.revues.org/26>.
- GTZ (2004) Le système de santé de district : Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique. 2<sup>ème</sup> éd. Wiesbaden.
- Kalk A, Paul FA, Grabosch E (2010) "Paying for Performance" in Rwanda: does it pay off ? *Tropical Medicine and International Health* 15(2), 182-190.
- Meessen B (2009) An institutional economic analysis of public health care organizations in low-income countries. PhD dissertation, UCL, Belgium.
- Meessen B and Van Damme W (2005) Système de santé des pays à faible revenu: vers une révision des configurations institutionnelles ? *Monde en développement* 33 (131), 59-73.
- Meessen B, Musango L, Kashala JP, Lemlin J (2006) Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine and International Health* 11(8) ,1303–1317.
- Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA du Burundi (MSP) (2010) Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi. Bujumbura.
- Monekosso GL (1991) Cadre de développement sanitaire à l'usage des décideurs politique. OMS, Brazzaville.

- Morgan L (2010a) Signed, Sealed, Delivered? Evidence from Rwanda on the Impact of Results-based Financing for Health. World Bank. Mise en ligne en avril 2010, consulté le 10 nov.2010.URL : [http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF\\_FEATURE\\_evidenceFromRwanda.pdf](http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF_FEATURE_evidenceFromRwanda.pdf)
- Morgan L (2010b) Some Days Are Better Than Others: Lessons Learned from Uganda's First results-Based Financing Pilot. World Bank. Mise en ligne en avril 2010, consulté le 10 nov.2010.URL : [http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF\\_FEATURE\\_Uganda.pdf](http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF_FEATURE_Uganda.pdf)
- Musango L, de Borman N, De Caluwé P, Soeters R, Van Heteren G (2010) Rapport de mission d'évaluation sur le PBF au Burundi. OMS, BM, UE.
- Nimpagaritse M and Bertone M (2011) The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi, *Health Policy & Planning* (forthcoming).
- OMS (2008) Rapport sur la santé dans le monde, les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais, Genève.
- OMS (2008) Les soins de Santé Primaires et Systèmes de Santé en Afrique, Brazzaville.
- OMS/FISE (1978) Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires, série Santé pour tous, n°1, Genève.
- Oxman AD and Fretheim A (2008) An overview of research on the effects of results-based financing. Report N° 16-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Perrot J, De Roodenbeke E, Musango L, Fritsche G (2010) L'incitation à la performance des prestataires de services de santé. World Health Organisation. Département « Financement de la santé, Groupe « systèmes et services de santé. Discussion paper n°1 Genève.
- Rusa L, Ngirabega JDD, Janssen W Van Bastelaere S, Porignon D and Vandebulcken W (2006) Performance-based financing for better quality of services in Rwanda health centres: 3-year experience. *Tropical Medicine for International Health* 14, 830-837.
- Soeters R and Griffiths F (2003) Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy and planning* 18(1), 74–83.
- Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB (2006) Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization* 84 (11), 884-889.
- Toonen J, Canavan A, Vergeer P, Elovainio R (2009) Performance-based financing for health: lessons from sub-Saharan Africa. Royal Tropical Institute, Cordaid and the World Health Organisation. Amsterdam: KIT Publishers.
- Van Lerberghe W, Lafort Y (1990) The role of the hospital in the district. WHO/SHS/CC/90.2. Geneva: World Health Organization.