

PBF CoP Working Paper Series

WP6

November 2011

Le financement basé sur la performance en République Démocratique du Congo : comparaison de deux expériences pilotes

Serge Mayaka Manitu^{1,2}, Michel Muvudi Lushimba^{3,5}, Maria Paola Bertone^{4,5},
Nicolas de Borman⁵

¹ Ecole de Santé Publique de Kinshasa/RDC,

² Ecole de Santé Publique de l'Université Catholique de Louvain

³ Université Notre Dame du Kasai

⁴ Institut de Médecine Tropicale, Anvers

⁵ Agence Européenne de Développement et de Santé (AEDES), Brussels

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

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

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). The scientific edition of this issue # 6 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

Introduction

Pour contribuer à l'orientation de la politique sectorielle en matière de financement de la santé en RDC, la présente étude se propose de capitaliser les expériences de financement basé sur la performance (FBP) en République Démocratique du Congo (RDC) et d'en identifier les bonnes pratiques. Elle s'appesantit principalement sur les deux systèmes FBP mis en place par Cordaid au Sud Kivu et la Commission Européenne dans quatre autres provinces du pays.

Méthodes

Une première étape a consisté à collecter, à l'aide d'un questionnaire, des informations sur toutes les initiatives FBP de la RDC (contexte d'intervention, processus de mise en œuvre et montage institutionnel). Des interviews des acteurs clés et une revue documentaire ont été également nécessaires.

La seconde étape fut une démarche comparative focalisée sur les expériences FBP de Cordaid et de la Commission Européenne. Pour ce faire, la grille analytique conçue a permis de dégager leurs fondements sous-jacents et d'en préciser les contenus.

Résultats

Il ressort de notre analyse que malgré les différences entre ces deux initiatives FBP tant en ce qui concerne leurs modalités opérationnelles que leurs montages institutionnels, des convergences ont été observées entre ces projets après quatre ans de mise en œuvre, sur la base de l'expérience et des leçons apprises les unes des autres.

Ces convergences portent principalement sur : l'inclusion de la dimension qualité dans l'achat des prestations, la création des fonds d'équité pour couvrir les indigents, l'autonomie de gestion des prestataires et le statut d'organisation juridiquement autonome accordé au *fund holder*, prémisses de la création des *basket funds* au niveau provincial.

Conclusion

Notre analyse souligne le rôle important de l'échange dynamique et riche qui est en cours en RDC entre les différents projets pilotes et le Ministère. Cela a permis d'apprendre et de partager des leçons utiles. Il est important que ce processus soit poursuivi et renforcé; d'où la nécessité d'impliquer davantage le Ministère pour s'assurer d'une appropriation de la stratégie et d'une analyse critique constante.

Introduction

La plupart des pays d'Afrique Sub-saharienne font face à des défis majeurs en matière de financement de la santé (OMS 2006). Pour améliorer la performance des systèmes de santé de ces pays à faible revenu, certains auteurs estiment qu'il faut aller au-delà de l'exigence de ressources financières supplémentaires : il faut aussi réformer les systèmes de santé (Meessen et Van Damme 2005 ; Perrot et Eloivainio 2008). L'adoption du Financement Basé sur la Performance (FBP) par ces pays s'inscrit justement dans cette logique (Perrot et de Roodenbeke 2005 ; Meessen et al. 2007). Différentes études menées dans la région en ont prouvé le bien-fondé (Soeters et al. 2006 ; Meessen et al. 2006 ; Basinga et al. 2010).

Cependant, la pertinence de cette approche et les questions sur les modalités opérationnelles et de mise en œuvre se trouvent aujourd'hui au centre de débats animés (Loevinsohn et Harding 2005 ; Oxman et Fretheim 2009 ; Lagarde, Powell-Jackson et Blaauw 2010 ; Scheffler 2010 ; Kalk 2011 ; Ireland, Paul et Dujardin 2011). De plus, les acteurs partisans de cette approche étant multiples, on constate, selon le contexte, une diversité d'outils et de lignes directrices pour la mise en œuvre (Musgrove 2010).

Depuis 2002, le Ministère de la Santé Publique (MSP) de la République Démocratique du Congo a favorisé l'éclosion de différentes initiatives de FBP dans le pays, avec le soutien des bailleurs, et ce pour accélérer la reconstruction du système de santé et accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ces initiatives ont émergé au sein de projets appuyés par divers partenaires, dont l'Union Européenne, la Banque Mondiale, et des ONG internationales comme Cordaid et HealthNet (MSP 2011).

Cet article a pour objectif de décrire les systèmes de financement basé sur la performance existants en RDC en juin 2010 et de comparer ensuite deux d'entre eux: celui mis en place par l'ONG Cordaid et celui mis en place dans le cadre d'un projet de l'Union Européenne. Cette comparaison permet de dégager les fondements sous-jacents des deux approches FBP et d'en préciser les contenus respectifs pour identifier les éléments qui les distinguent et ce sur quoi elles se rejoignent. Cet article contribue ainsi à un exercice de capitalisation et d'analyse mené par le Ministère de la Santé Publique pour orienter la politique sectorielle en matière de financement.

Contexte

La RDC traverse depuis plusieurs décennies une crise politique, économique et sociale n'épargnant pas le secteur de la santé. Malgré les efforts déployés par le gouvernement, la communauté internationale et les organisations non gouvernementales, les besoins sanitaires de la population congolaise ne sont pas satisfaits et les indicateurs de l'état de santé figurant dans la dernière Enquête Démographique et Sanitaire, demeurent encore faibles (Ministère de la Santé Publique 2006 ; Ministère du Plan et Macro International 2008).

A cela s'ajoutent une prévalence de la pauvreté de la population estimée à 71,3% (Banque Mondiale 2008) et une faible mobilisation des ressources par l'Etat et ses partenaires ; avec une part du budget

de l'Etat pour la santé en moyenne de 3,27% entre 1998 et 2009 (Ministère de la Santé Publique 2010).

En 2009, le financement public de la santé (combinant Etat et partenaires extérieurs) s'est élevé selon l'OMS (2009) à environ 9 dollars par an par habitant : l'un des plus faibles en Afrique. Le secteur de la santé fait donc face à un sous-financement structurel doublé d'un manque d'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles et ne peut donc espérer une amélioration significative des indicateurs de santé.

Dans ce contexte difficile de déstructuration et de fragilité du système de santé, on observe une émergence concomitante de multiples initiatives de FBP.

Différents éléments expliquent la dynamique des initiatives de FBP dans un tel contexte :

- Les ressources limitées ont induit un processus de rationalisation du financement sectoriel tel que décrit dans la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (Ministère de la Santé Publique 2006). Cette réflexion sur une allocation plus efficace des ressources a accentué l'attention des certains acteurs sur le financement basé sur la performance.
- Le personnel des formations sanitaires, les formations sanitaires mêmes et les équipes-cadres de zone ou de province ne reçoivent pratiquement aucune rétribution du gouvernement congolais, en dehors d'une maigre 'prime de risque'. Il en est de même pour les fonctionnaires de l'Etat qui dans certaines provinces, ne reçoivent pas de salaires. Ce qui fait du FBP la seule source de financement pour certaines formations sanitaires (en dehors du paiement direct des patients), et pour les équipes-cadres de zone.
- La prédominance de l'aide extérieure dans le financement sectoriel a conféré aux partenaires extérieurs une autonomie opérationnelle importante. Depuis 2002, avec le retour de la coopération bilatérale, les larges projets de la Banque Mondiale et de l'Union Européenne ont incorporé une composante de financement basé sur les résultats. Ces projets ont évolué graduellement vers le financement basé sur la performance ;
- La présence d'ONG « militantes » et expertes sur la thématique FBP a permis de dynamiser le dialogue sectoriel sur le financement des structures de santé, tant au niveau national que provincial ;
- Les échanges techniques entre la RDC et les pays voisins, en particulier le Rwanda et le Burundi ont renforcé la dynamique du FBP dans l'ensemble de la région ;
- Un soutien et une ouverture continue du Ministère de la Santé aux initiatives de FBP, et ce même à des périodes où le Ministère de la Santé prenait des actions pour reprendre son leadership sectoriel sur les ONG et les acteurs de l'aide extérieure.

A la date de la présente recherche (juin 2010), bien que le FBP soit mis en œuvre à travers différents projets par de multiples partenaires, son institutionnalisation ou son passage à l'échelle nationale font encore l'objet de nombreux débats. Son utilisation comme outil de la politique nationale de financement du secteur ne rencontre pas l'assentiment de tous les acteurs du secteur (Ministère de la Santé Publique 2010). Les systèmes existants restent donc très dépendants des projets extérieurs dont ils sont issus, tant pour leur financement que pour leur mise en œuvre, plutôt que d'une réelle

volonté politique. Les lignes qui vont suivre permettront d'éclairer le débat national actuel sur cette approche.

Description des systèmes de FBP en RDC

En juin 2010, des systèmes de FBP étaient opérationnels dans les onze provinces du pays.

Ces interventions sont mises en place dans le cadre de différents projets :

- Le projet d'appui à la réhabilitation du secteur de la santé (PARSS) financé par la Banque Mondiale (BM)⁶,
- le Programme Santé du 9^{ème} Fonds Européen pour le Développement (PS9FED) financé par l'Union Européenne (UE),
- le projet de l'ONG Cordaid,
- Le projet de l'ONG Health Net International and Transcultural Psychosocial Organization (HNI-TPO)⁷.

Le tableau 1 présente certaines caractéristiques de base de ces projets et montre les différences existant entre les systèmes FBP opérationnels en RDC.

Tableau 1. Présentation générale des programmes de FBP et de contractualisation en cours en RDC

Province	Initiateur	Population couverte (millions)	Nombre de zones de santé	Bénéficiaires du bonus de performance	Période de mise en œuvre
Kasaï Occidental	Projet UE	2,4	16	Structure de santé	Signature: fin 2005
Kasaï Oriental	Projet UE	4,4	21	Structure de santé	Mise en œuvre: juin 2006 Système actuel: octobre 2008. Fin: octobre 2010
Nord-Kivu	Projet UE	3,5	15	Structure de santé	
	HealthNet TPO	0,2	1	Structure de santé	
Province Orientale	Projet UE	1,2	12	Structure de santé	
Sud-Kivu	Cordaid	0,8	5	Structure de santé	juin 2006 - juillet 2010
Bas-Congo	Cordaid	0,2	2	Structure de santé	nov. 2008 - juillet 2012
Bandundu	Projet BM	1,3	14	Individus	avril 2006 - décembre 2011
Maniema	Projet BM	1	8	Individus	avril 2006 - décembre 2011
Equateur	Projet BM	4	12	Individus	avril 2006 - décembre 2011
Katanga	Projet BM	1,9	28	Structure de santé	mars 2010 - décembre 2011
Kinshasa	Projet BM	1,1	7	Structure de santé	avril 2006 - décembre 2011
Total		22/65	153/515		

⁶ L'approche du projet PARSS financé par la Banque Mondiale a consisté à mettre en place un système de financement basé sur la performance où le bénéficiaire est l'individu. L'individu bénéficie d'une prime de performance en fonction de l'activité de la structure de santé. Ce système a évolué graduellement vers un système où le bénéficiaire devient la structure de santé. Une des raisons de cette évolution est la difficulté de payer des primes individuelles au personnel des structures de santé (conflits d'intérêts, redistribution de la prime avec les non-bénéficiaires). Le paiement de primes individuelles s'avère en outre une stratégie peu compatible avec l'autonomie de gestion de la structure de santé et aussi difficile à gérer. Cela est d'autant plus problématique dans le contexte de la RDC où le nombre d'agents dans chaque structure est inconnu et souvent pléthorique.

⁷ Projet de plus petite envergure que les autres et qui a fusionné avec le projet de l'UE. HNI-TPO est devenu une ONG d'accompagnement des zones de santé sous FBP.

Dans les systèmes où les individus sont les bénéficiaires du paiement, les projets prévoient de fournir les autres intrants (équipement, médicaments, carburant) en parallèle à la prime de performance. Dans les systèmes où le paiement cible la structure de santé (PS9FED et Cordaid, par exemple), cette dernière est responsable d'utiliser une partie des ressources pour assurer son fonctionnement, son approvisionnement en médicaments et dans une certaine mesure de procéder au recrutement du personnel de santé.

Dans les points qui suivent, nous allons nous focaliser en particulier sur l'analyse de deux de ces projets. Il s'agit du projet de Cordaid au Sud Kivu et de l'Union Européenne, à travers le projet PS9FED, dans quatre autres provinces.

Méthodes

La première étape de notre étude a été la collecte des informations pertinentes sur toutes les initiatives FBP de la RDC. Un questionnaire comportant différentes rubriques a été conçu et envoyé à toutes les personnes clés dans chaque projet. Ce questionnaire a permis de mieux comprendre les projets FBP, leur contexte d'intervention (situation de départ, couverture, ressources disponibles, etc.), le processus de mise en œuvre, le montage institutionnel. Pour affiner l'analyse, les auteurs ont également procédé à des interviews des acteurs clés et à une revue documentaire.

Après cette première collecte d'information, l'analyse s'est focalisée essentiellement sur deux modèles de FBP : celui introduit dans le Programme Santé 9^{ème} FED (PS9FED) et celui de Cordaid au Sud-Kivu. Ces deux modèles ont été retenus par un choix raisonné après l'établissement des critères d'inclusion suivants : être initié et soutenu par des agences différentes, présenter une variante particulière de modèles FBP, couvrir une masse critique importante en terme de population, avoir une durée de mise en œuvre d'au moins 2 ans (afin de disposer de données de routine sur l'expérience).

La période de comparaison de ces deux projets s'étend de 2006 à 2010.

Du point de vue méthodologique, cette étude se base sur une démarche comparative des expériences FBP en cours, en respectant le plus possible la rigueur de la comparaison (Vigour 2005). Pour assurer l'objectivité de l'analyse, l'identification des principales caractéristiques des expériences FBP est faite par la construction d'une grille analytique valable pour chaque projet et complétée par les responsables des projets eux-mêmes. Notre analyse de ces grilles dûment remplies se focalise alors sur l'identification des convergences et des divergences entre ces expériences, en vue d'améliorer par la suite cette approche de financement et formuler des recommandations à l'endroit des décideurs.

Il est important de préciser que la présente étude n'a pas voulu réaliser une comparaison rigoureuse des résultats obtenus par ces projets. Cette démarche a été jugée assez difficile voire même impossible suite aux nombreux problèmes méthodologiques (collecte de données réalisée de manière différente, mise en œuvre des projets pilotes dans des contextes totalement différents avec risque de facteurs confondants, absence de données *baseline* pour une appréciation des effets ou de l'impact de ces projets). Cela justifie donc notre décision d'analyser en profondeur les aspects liés au processus et à la mise en œuvre.

Résultat

Dans la partie qui suit, nous allons d'abord décrire l'historique des deux projets FBP analysés en détail. Nous allons ensuite identifier et discuter les différences et les similarités de deux approches quant à leurs modalités opérationnelles et leurs arrangements institutionnels.

Historique

L'intervention du PS9FED a été élaborée dans la continuité des programmes d'appui transitoire au secteur de la santé (PATS I et II) de l'Union Européenne, mis en œuvre entre 1992 et 2005. Le choix des 4 provinces d'intervention (Nord Kivu, Province Orientale, Kasai Occidental et Kasai Oriental) est donc une continuation logique du PATS II. Toutefois, l'évaluation de ces programmes avait souligné les limites des actions classiques des ONG et insisté sur la nécessité d'une réflexion globale sur le financement et le renforcement de l'approche contractuelle (Commission européenne, 2009). A partir de cette réflexion, le projet mis en œuvre à partir de 2006, a inclus une composante de financement basé sur la performance.

L'intervention de CORDAID au Sud Kivu, quant à elle, a démarré sous l'impulsion du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) de Bukavu, de l'inspection provinciale de la santé et de CORDAID après une mission d'échange dans les districts de santé du Rwanda contigus à la province du Sud Kivu, là où Cordaid menait déjà un projet FBP (Agence d'achat des performances du Sud-Kivu 2007). De plus il est important de mentionner que les fonds propres de Cordaid ne sont entrés que pour une part mineure dans le financement, mais que la majeure partie du financement provenait de la Commission Européenne et du gouvernement néerlandais.

Le tableau 2 ci-dessous décrit les aspects les plus importants des deux projets :

En effet, les deux projets présentent une composante FBP et donc (comme il sera décrit en détail ci-dessous) ils ont modifié les arrangements institutionnels du système de santé local pour permettre l'opérationnalisation de cette composante. Toutefois, il est clair à partir du tableau 2, que les deux projets ont des caractéristiques très différentes.

Une différence fondamentale entre les deux approches est la logique d'intervention. Le PS9FED est un projet de coopération bilatérale de grande taille, dont le FBP n'est qu'une composante. L'objectif qui lui est assigné est de « couvrir » dès le départ un très grand nombre de zones de santé dans un délai court, et ce avec comme objectif principal d'améliorer l'accessibilité financière aux soins pour la population. Pour atteindre cet objectif, le projet a adopté une stratégie incrémentale en matière de FBP:

- A partir de 2006 : un système de « FBP simple » où les paiements se font sous forme de médicaments (payé sur le compte des structures de santé auprès de la Centrale Régionale de Distribution de Médicaments - CDR).
- A partir de 2007 : perfectionnement du FBP et paiement en numéraire (espèces), en parallèle au « paiement en médicaments ».

- A partir de 2008 : Mise en place des Etablissements d'Utilité Publique (EUP) comme agences autonomes responsables de la canalisation des fonds et de l'achat de services. Introduction des Fonds d'Equité pour la prise en charge des indigents au niveau des hôpitaux généraux de référence.
- A partir de 2010 : introduction de l'évaluation de la qualité par les pairs.

Tableau 2. Description des deux projets avec une composante FBP

Rubriques	Modèle FBP PS9FED	Modèle FBP CORDAID
Année de démarrage	2006	2006
Type d'intervention	Projet bilatéral mis en œuvre par une agence externe. Le FBP n'est qu'une composante.	Projet ONG focalisé sur le FBP.
Objectifs du projet	Renforcement du système de santé : accent sur l'accessibilité financière.	Amélioration de la performance du système de santé : accent sur la réduction de la mortalité maternelle, le maintien des ressources humaines en milieu rural.
Localisation	Kasaï Oriental, Kasaï Occidental, Nord Kivu, Province Orientale	Sud Kivu
Nombre de zones de santé	64	5
Population	12.011.402 habitants soit 44,6% de la population totale des provinces concernées	843.657 habitants soit 20% de la population totale du Sud Kivu
Structures de santé ayant passé un contrat	903 Centres de Santé (CS) 69 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR)	53 CS 10 HGR
Paquet d'activités appuyées	Préventif, curatif et promotionnel	Préventif, curatif et promotionnel
Durée du projet	4 ans	5 ans
Budget prévu pour le FBP	28.000.000 € soit ~1,5 USD/hab./an	3.619.000 € soit ~2\$USD/hab./an

Par cette stratégie, le PS9FED a l'ambition de démontrer qu'il est possible de valoriser le FBP au niveau national en améliorant et complexifiant graduellement un système simple au départ.

Le projet de Cordaid au Sud Kivu est, lui, plus modeste en couverture et financement. Il est mis en œuvre par une ONG internationale indépendante, qui se focalise sur l'opérationnalisation de l'approche FBP. L'objectif de l'ONG est de démontrer l'efficacité du système FBP à petite échelle, et d'influencer le dialogue sectoriel par cette voie.

L'intervention de Cordaid ne se limite pas uniquement au système de santé mais s'intéresse aux secteurs de l'éducation (contractualisation avec les écoles) et du développement rural (contractualisation avec les organisations paysannes). Cela toutefois n'a pas fait l'objet de notre étude.

Les modalités opérationnelles des deux interventions

Les deux projets ont mis en place un système de contractualisation des structures de santé sur base de leur performance. Cependant, un certain nombre de points de divergences apparaissent dans la stratégie de mise en œuvre (tableau 3).

Tableau 3. Description des différentes modalités de mise en œuvre

Rubriques	Modèle FBP PS9FED	Modèle FBP CORDAID
Accréditation des formations sanitaires	Structures qui respectent des critères de qualité	Toutes les structures de santé de la ZS
Contrat	2 types de contrats possibles par formation sanitaire : d'intégration et de progression	1 contrat unique
Qualité des soins	Pas inclus dans le calcul du bonus FBP	Bonus qualité. Evaluation par les équipes des zones de santé
Fonds d'équité	Dans les hôpitaux (2 provinces)	Non intégrés
Coaching des structures de santé	Coaching irrégulier effectué par les ONG ou les équipes-cadres de zones de santé. Plan de Développement ⁸ prévu, mais peu exécuté	Coaching très actif de l'AAP. Plans de développements ou « business plans » trimestriels
Degré d'autonomie de la structure de santé	Variable : décidé par le comité de pilotage	Axe fondamental du projet
- Autonomie de la tarification	Régulé par les provinces sanitaires	Libre
- Approvisionnement en MEG	Approvisionnement à la CDR en priorité	Libre (grossistes agréés)

L'accréditation des structures sanitaires et l'assurance-qualité

L'inclusion des structures de santé s'effectue de manière différente. Dans le projet de Cordaid, l'ensemble des structures de santé sont admises dans le système de contractualisation, sans besoin d'une accréditation préalable. Pour ce faire, l'agence d'achat de performance (AAP) met en place un coaching rapproché de l'ensemble des structures de santé pour s'assurer du respect des normes et de la qualité des services prestés. La vision du projet de Cordaid est d'intégrer l'ensemble des structures de santé dans un processus d'amélioration continue.

De plus, pour s'assurer de la qualité des soins, le projet Cordaid a, dès le départ, mis en place un « bonus qualité », système par lequel une partie du financement de la structure est octroyée en fonction de la qualité des soins, sur la base des évaluations faites trimestriellement par les Équipes-cadres des zones de santé avec les experts de santé publique de l'Agence d'Achat des Performances.

Dans le cas du PS9FED, seules les structures de santé qui respectent un minimum de critères de qualité se voient proposer un contrat. Sur base de ces critères (la taille de la population couverte par l'aire de santé, l'intégration dans la carte sanitaire, l'agrément du Ministère de la Santé, le taux de fréquentation, existence d'un organe de participation communautaire fonctionnel, la prestation du Paquet Minimum d'Activités), certaines structures signeront le contrat « d'intégration » qui finance uniquement les consultations curatives des formations sanitaires. Sous ce régime, les subsides sont alloués sous forme de médicaments.

Le contrat de « progression » est réservé aux structures qui répondent mieux aux critères définis ci-dessus (y compris la présence de personnels qualifiés, la tenue d'outils de gestion financière et de gestion des médicaments et la bonne transmission des données du système national d'information sanitaire, le SNIS). Ce contrat finance toutes les autres prestations (en plus des consultations curatives, aussi les activités préventives, les références, les actes techniques hospitaliers, etc.) ; les subsides sont alloués sous forme de médicaments et de paiement en numéraire (dans le modèle Cordaid, le paiement aux structures de santé se fait exclusivement en numéraire).

⁸ Le Plan de Développement est rédigé par chaque structure sanitaire avec l'appui de l'équipe-cadre de district et indique recettes et dépenses prévues par la formation, pour mieux planifier ces actions et interventions.

La vision initiale du PS9FED consistait à être sélectif sur les services achetés et s'assurer de la qualité des services avec une sélection a priori des formations sanitaires ayant passé un contrat. Toutefois, le débat sur la pertinence du paiement sous forme de médicaments reste ouvert.

Plusieurs rapports soulignent la complexité administrative de cette approche, et la perte d'efficacité induite ; d'où la nécessité de ne plus inclure ce type de paiement dans le financement du FED10 (de Caluwe et al. 2009). De plus, un « bonus de qualité » a été intégré progressivement dans le projet PS9FED. Ainsi, certaines provinces ont adopté en 2010 un système d'évaluation de la qualité par les pairs, couplé à un système où l'évaluation de la qualité intervient dans le calcul du financement de la structure.

Il faut ajouter aussi que dans les deux modèles, l'on observe une bonne relation, dans la prestation, entre les formations sanitaires du secteur public et privé ; les prestataires privés, dans la mesure où ils respectent la politique nationale sanitaire, peuvent aussi signer des contrats avec les agences fiduciaires.

L'autonomie des formations sanitaires

Le coaching actif dans le système Cordaid a été accompagné d'une autonomie étendue des structures de santé : autonomie quant aux tarifs pratiqués, autonomie dans les sources d'approvisionnement en médicaments (parmi une liste des grossistes agréés), autonomie accrue dans la gestion du personnel. Cette autonomie des structures de santé est érigée en principe du FBP par Cordaid, bien qu'elle soit une autonomie éclairée par un coaching actif.

Dans le cadre du PS9FED, la décision sur le degré d'autonomie des structures de santé a été laissée à la responsabilité des provinces (comités de pilotages provinciaux). On note que, dans tous les cas, le degré d'autonomie octroyé aux structures semble être inférieur par rapport au système de Cordaid.

Dans le modèle Cordaid, on parlait de « boîte noire » dans un premier temps, c'est-à-dire une totale autonomie de gestion laissée aux prestataires avec une totale confiance en leur esprit entrepreneurial. Par contre, le projet PS9FED avait imposé une clé de répartition des dépenses aux formations sanitaires pour déterminer la répartition et l'utilisation de leurs recettes.

Il est important de noter que l'évolution des projets fut caractérisée par une suppression des clés de répartition dans le modèle PS9FED et, de l'autre côté, l'introduction de l'outil d'indice dans le modèle CORDAID pour une meilleure répartition des dépenses. La notion de « boîte noire » a alors fait place à celle de la « boîte noire éclairée » (Agence d'Achat des performances Sud-Kivu 2007 ; Soeters et al. 2008).

Les Fonds d'Équité

Le programme PS9FED a rapidement prévu la mise en place de Fonds d'Équité, fonds de prise en charge des indigents au niveau des hôpitaux. Ce fonds est géré par une ONG ayant passé un contrat à cet effet. Cet accent traduit la priorité mise par le PS9FED sur la question d'accessibilité financière.

Par contre, le projet de Cordaid n'a pas prévu ces Fonds depuis le départ, mais nos informateurs nous ont dit que ce mécanisme sera probablement introduit bientôt.

Le montage institutionnel des deux interventions

Les deux approches se fondent sur le principe de la séparation des fonctions (Soeters et al. 2006 ; Meessen et al. 2007 ; Loevinsohn 2008), et prévoient la mise en place d'une agence externe qui passe un contrat avec les structures de santé et assure la canalisation des fonds.

A cet effet, on constate que le montage institutionnel n'a presque pas évolué dans le modèle du programme santé 9^{ème} FED (décrit dans le tableau 4). Le paiement pour les services rendus et la canalisation des fonds sont assurés par un établissement d'utilité publique (EUP) dont le conseil d'administration associe des représentants du Ministère de la Santé au niveau national, des autorités de la province, des représentants des bailleurs et des ONG. Un Comité de Pilotage en place depuis 2007, valide les critères d'éligibilité et d'exclusion des structures de santé, la définition des indicateurs de performance, les grilles d'évaluation de la mesure de qualité et les montants par indicateur. Ce Comité de Pilotage s'appuie sur un secrétariat exécutif qui effectue des propositions techniques.

Par contre pour le modèle Cordaid, on a constaté qu'initialement un pouvoir important était concentré entre les seules mains d'une agence d'achat (AAP). Cette dernière n'avait pas de personnalité juridique formelle, elle combinait de facto l'autorité du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) et les moyens humains et financiers de Cordaid.

L'AAP détenait un pouvoir important sur le système de santé, d'autant plus que les équipes-cadres de zone lui étaient dépendantes financièrement. Le modèle s'est progressivement orienté vers une dissociation de la fonction d'acheteur (*'strategic purchaser'*, celui qui définit les prestations à subventionner et identifie les formations sanitaires bénéficiaires ; sans détenir les fonds) et celle de payeur (*'fundholder'*, celui qui détient les fonds et qui les alloue en fonction des performances réalisées). Depuis 2010, la fonction d'achat a en effet été confiée à un 'Comité de Pilotage de l'Approche Contractuelle'. Quant à la fonction de payeur, elle reste assurée par l'AAP, qui dispose désormais d'un statut formel d'Association Sans But Lucratif (ASBL). L'ASBL est sous contrôle d'un conseil d'administration, qui ne compte qu'un membre issu de l'administration publique (sur neuf administrateurs).

De manière générale, dans les deux modèles, l'Équipe-cadre Provinciale conserve ses fonctions telles que définies dans le cadre organique du Ministère de la Santé. De plus, elle est garante de la cohérence des interventions du FBP avec les priorités nationales de santé. Les Équipes-cadres de Zone gardent aussi les pouvoirs qui leurs sont dévolus. Dans le cas du projet PS9FED, elles assurent aussi la vérification et la validation des prestations déclarées par la formation sanitaire aux agences fiduciaires.

Pour ce qui concerne le financement des régulateurs (Équipes Cadre de Province et de Zone), dans le projet Cordaid, l'Agence d'Achat, après contrat, affecte un bonus à la régulation pour effectuer des supervisions. Ce financement de l'encadrement par l'acheteur provincial donne un levier additionnel à l'agence d'achat pour assurer la cohérence des interventions. Mais cette contractualisation et ce financement induisent également un risque de dépendance de l'autorité sanitaire, soumise à une agence toute puissante.

C'est à cause de ce risque que dans le projet du PS9FED, le travail de la régulation et de l'encadrement est financé par le niveau central, et non pas par l'acheteur provincial.

Tableau 4. Le montage institutionnel des deux modèles FBP

Rubriques	Modèle FBP PS9FED	Modèle FBP CORDAID
Statut de l'agence fiduciaire	Etablissement d'Utilité Publique/EUP= statut d'organisation juridiquement autonome (depuis 12/2007)	Agence d'achat des performances/AAP= au début pas de personnalité juridique formelle, actuellement, c'est une ASBL (depuis 12/2010)
Responsabilités		
• <i>Fund holder</i> (=payeur)	EUP	AAP
• <i>Strategic purchaser</i> (=acheteur)	Comité de pilotage	Au début AAP, actuellement c'est le comité de pilotage de l'approche contractuelle
• Qui définit les règles	Comité de pilotage (depuis 2007)	D'abord BDOM/AAP + autorités sanitaires provinciales mais depuis 2010, c'est le comité de l'approche contractuelle.
Conseil d'administration (CdA)	1 Ministère de la Santé 1 Ministre de la santé provincial 1 Gouvernorat provincial 3 Commission Européenne 1 ONG	Comité de Suivi du BDOM sans pouvoirs légaux → CdA : 1 Eglise Catholique (présidence) 3 Agence d'Achat des Performance 1 Ministère de la santé 1 Cordaid 1 ONG 1 Comités de santé 1 Parents d'élèves
Mission de service public	Délégation officielle de mission de service public par les Ministères de la Santé et des Finances	--

Discussion

De manière générale, les deux projets qui font l'objet de cette étude, poursuivent des objectifs similaires : ils visent une meilleure performance des structures de santé appuyées, en insistant sur une rationalisation du financement de la santé (efficience dans la canalisation et la gestion des ressources). Ces deux initiatives visent à renforcer le système de santé dans son ensemble, et font référence à la stratégie nationale de renforcement du système de santé (MSP 2006).

Le modèle Cordaid est orienté vers l'intégration totale de toutes les formations sanitaires dans le processus de contractualisation sans que des critères leur soient imposés. Le sens entrepreneurial des prestataires est privilégié, d'où l'autonomie de gestion qui leur est accordée. Dès son démarrage, les aspects de qualité des soins ont été mis en exergue dans ce modèle avant l'attribution des subsides qui se font essentiellement en numéraire (AAP 2007).

Le modèle PS9FED tient compte du potentiel de développement des zones de santé avant la signature des contrats et les accompagne dans leur amélioration de performance. Malgré la confiance dans les qualités intrinsèques des prestataires, les tenants de ce modèle estiment que les prestataires doivent bénéficier d'un encadrement pour une meilleure maîtrise de cette approche innovante de financement. Cet encadrement s'étend jusqu'à l'approvisionnement en médicaments.

De plus, dès son démarrage, ce modèle a tenu à intégrer des fonds d'équité pour améliorer l'accessibilité financière des indigents exclus des services de santé malgré le FBP (PS9FED, 2006).

Notre analyse montre que, bien que conçus au départ en fonction d'objectifs différents, les deux systèmes convergent graduellement vers un modèle similaire. Le PS9FED envisage ainsi d'introduire un seul contrat, de mettre un accent majeur sur l'autonomie des structures de santé et d'inclure la dimension de la qualité dans le calcul du bonus FBP. Le projet de Cordaid au Sud-Kivu prévoit de son côté l'introduction de Fonds d'Equité, à l'image de certaines provinces dans lesquelles le PS9FED opère. Plus fondamentalement, un effort a été fait pour donner un statut propre et formel à l'Agence d'Achat, y compris en essayant de séparer la fonction de canalisation des fonds de celle d'achat stratégique. Cela dénote un effort de s'éloigner du modèle d'une agence d'achat dominatrice.

Dans cette perspective, l'analyse des deux modèles de FBP permet d'observer des lignes de forces auxquelles la convergence des deux expériences semble conférer un statut de bonnes pratiques :

- La séparation des fonctions devrait être un principe dont les futures initiatives devraient s'inspirer. La mise en place d'une agence provinciale indépendante chargée du financement est pertinente.
- Cependant, pour conserver un équilibre entre cette agence et l'administration sanitaire, il semble important de confier la fonction de paiement à l'agence, mais la fonction d'achat (la définition du contenu des contrats, des critères d'éligibilité, des prix d'achat, des sanctions, etc.) devrait revenir à un Comité de Pilotage où se retrouvent les acteurs de la santé, y compris le Ministère de la Santé. Cela fut également sujet à débat au Rwanda et au Burundi avant qu'ils ne prennent cette option (MSP/Rwanda 2008 ; MSP/Burundi 2010).

C'est dans le même ordre d'idées que Cordaid spécifie clairement dans son manuel de procédures que l'AAP n'a aucune autorité de décision politique ou réglementaire, mais que cela relève des attributions du Ministère de la Santé qui siège dans le Comité de Suivi de l'Approche Contractuelle avec des bailleurs de fonds et les autres intervenants dans le domaine de la santé au niveau provincial (AAP 2007).

L'avantage de la présence d'un Comité de Pilotage à composition mixte (acteurs publics et non) et d'une agence d'achat indépendante avec rôle de *fund holder* est de pouvoir permettre, avec une relative simplicité, la participation d'autres bailleurs et la création de *basket funds* au niveau provincial (Ministère du Plan 2006 ; Ministère de la Santé Publique 2010).

On constate certes que certains éléments contenus dans la fonction d'achat stratégique, font en réalité partie de la fonction régulation. En effet, une inspection provinciale forte et organisée peut très bien par exemple prendre des décisions sur les indicateurs à subventionner en fonction des priorités de santé de son aire de responsabilité. Malheureusement, dans le contexte actuel de la RDC où la régulation est souvent défailante, le comité de pilotage mixte vient en appui. De plus, les bailleurs qui investissent leurs ressources, désirent être associés à la prise de décision et s'assurent que l'achat se fasse en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible. D'où ces comités provinciaux mixtes où siègent non seulement les partenaires mais aussi les représentants du MSP.

Il semble toutefois que le débat demeure ouvert quant à l'institutionnalisation formelle de l'achat stratégique (combinaison idéale dans les attributions du comité de pilotage et du pouvoir régulateur)

et à la clarification du statut et du nombre d'agences de paiement (agence unique ? coexistence de différents payeurs ? Pour quel statut ?).

Nous estimons que pour rendre le paiement plus aisé, il serait souhaitable que le MSP octroie aux agences fiduciaires un statut d'organisation juridiquement autonome, avec une délégation officielle de mission de service public au lieu d'ASBL pour qu'elles bénéficient mieux des finances publiques en cas d'appui budgétaire (Perrot et De Roodenbeke 2005).

Il ressort aussi de notre analyse que la « dynamique FBP » en RDC est lancée. Les multiples initiatives pilotes de FBP en RDC ont contribué à dynamiser le dialogue sectoriel sur le financement du secteur de la santé. Cette graduelle convergence des initiatives sur des leçons apprises, telle que signalée précédemment, montre qu'en RDC il y a un échange riche et continu sur les expériences en cours. Les projets pilotes restent très dynamiques et prêts à apprendre les uns des autres. Toutefois, le pays n'est pas encore arrivé à une politique nationale sur la question de l'approche FBP. A l'image du nouveau Plan National de Développement Sanitaire (qui ne mentionne même pas l'approche), le Ministère de la Santé Publique hésite entre différentes modalités de financement et n'offre pas de recommandations claires (MSP 2010).

Ainsi, dans un contexte où l'approche FBP est mis en œuvre dans le cadre de projets de plus en plus nombreux, et dans l'optique de son possible passage à l'échelle nationale, il est souhaitable que le gouvernement s'approprie cette stratégie et les leçons apprises par les expériences pilotes et participe activement au dialogue sur l'approche, en apportant une analyse critique constante.

Cela est d'autant plus important que la pérennité financière des actions entreprises en dépend. En effet, Cordaid éprouve des difficultés pour soutenir son projet au Sud-Kivu, depuis la fin de l'appui qu'il avait reçu du gouvernement néerlandais et de la Commission Européenne (Paalman et Renaud 2010). Maîtriser ce paramètre permettra ainsi de devancer cette critique récurrente à l'encontre du FBP quant à la pérennisation de ses acquis (Kalk 2011 ; Ireland, Paul et Dujardin 2011).

De plus, d'aucuns s'accordent sur le fait que l'approche FBP ne peut être qu'une stratégie complémentaire pour le renforcement du système de santé (Meessen, Soucat et Sekabaraga 2011). Elle doit donc être complétée par d'autres mesures de soutien au système sanitaire, pour lesquelles le gouvernement de la RDC et le Ministère de la Santé Publique doivent jouer un rôle central. En particulier, ils doivent songer à amener les formations sanitaires à un niveau minimal de fonctionnalité leur permettant d'intégrer facilement cette approche. Cela sous-entendra des apports en matériels et équipements, des réhabilitations ou des constructions, ainsi que des salaires corrects pour les prestataires et les équipes-cadres de Zone.

C'est ce qui explique que le MSP doit aussi s'attaquer au problème de l'approvisionnement en médicaments : accréditer plusieurs autres fournisseurs de médicaments essentiels génériques de qualité, permettrait ainsi de désengorger les Centrales de Distribution Régionales aujourd'hui incapables de satisfaire toutes les demandes.

Lors de notre travail d'enquête, nous avons pu observer le décalage entre la floraison d'expériences FBP en RDC et l'appropriation formelle de la stratégie FBP par le Ministère de la Santé Publique. Nous avons aussi pu observer les réticences de certains acteurs. Peut-être est-il opportun aujourd'hui de constater que la stratégie FBP occupe une place substantielle dans le financement de la santé dans

certaines provinces. Un document de politique nationale pourrait aider à mieux intégrer cette réalité dans une vision holistique du financement des soins.

Conclusion

Cette étude a présenté un aperçu descriptif des systèmes de financement basé sur la performance existants en RDC, et en particulier les deux systèmes FBP mis en place par l'ONG Cordaid et par le projet de l'Union Européenne PS9FED.

Elle a permis de relever l'importance d'adopter un cadre analytique pour mieux comprendre l'expérience de la RDC et la partager avec la communauté internationale et les pays intéressés par l'approche FBP. Nous pensons aussi que notre analyse peut contribuer à orienter les futures discussions en RDC sur la politique sectorielle en matière de financement.

Quatre ans après leur mise en œuvre, l'analyse de ce cadre reflète très clairement les convergences observées entre ces projets, au départ très différents de par leurs objectifs. Cette convergence bien que résultant des échanges d'expérience et des leçons apprises les uns des autres, peut aussi être interprétée comme une émergence de bonnes pratiques. Il est donc important que ce processus soit poursuivi et renforcé.

Toutefois, la question relative à l'institutionnalisation formelle de l'achat stratégique et au statut des agences de paiement demeure, et nécessite que le Ministère de la Santé Publique clarifie sa position à cet égard.

Pour finir, notre cadre analytique pourrait évoluer dans le futur pour davantage refléter le débat dynamique. Il devra idéalement permettre de prendre en compte, d'une part, le grand nombre et la diversité des expériences acquises dans le FBP, et d'autre part, les différents aspects des incidences escomptées du FBP (en termes de gains d'efficacité, d'augmentation des résultats, d'amélioration de la qualité, d'impact sur l'équité et l'accessibilité, de coût de mise en œuvre, etc.). Il permettrait peut-être alors de déterminer la véritable valeur ajoutée du FBP mais aussi la juste place et la portée de cette stratégie dans le système de santé. Une implication du Ministère de la Santé dans ce processus serait plus que nécessaire pour s'assurer une appropriation de la stratégie et une analyse critique constante, garanties d'une bonne pérennité.

Remerciements

Nous remercions particulièrement les responsables des différents projets FBP qui ont fait l'objet de notre étude, pour toute la documentation et les informations fournies. Il s'agit en l'occurrence du programme santé du 9ème Fonds Européen pour le Développement (PS9FED) de la Commission Européenne et du projet de l'ONG Cordaid.

Nos remerciements s'adressent également au Dr Faustin Chenge, à Mr Adrien Renaud pour la lecture et la correction du manuscrit ainsi qu'aux membres du comité d'édition du livre sur le FBP en Afrique Centrale (Bruno Meessen et al.) pour leur contribution substantielle dans la révision de l'article.

Bibliographie

- Agence d'Achat des Performances du Sud-Kivu (2007) Financement des soins de sante base sur les performances : guide d'application et de vérification. Bukavu (Sud Kivu), RDC: Cordaid.
- Banque Mondiale (2008) Revue des dépenses publique de la république Démocratique du Congo en 2007 (Rapport N° 42167 - ZR du département en charge de la Réduction de la Pauvreté et de Gestion Économique). Kinshasa: Banque Mondiale, Région Afrique.
- Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat A, Sturdy JR, Vermeersch CMJ (2010) Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda. Washington, DC : The World Bank Africa Region, *Policy Research Working Paper* 5190.
- Commission Européenne (2009) Rapport mission d'évaluation à mi-parcours du Programme Santé du 9ème Fonds Européen pour le Développement. Kinshasa : CE.
- De Caluwe P, De Borman N, Mayaka S, Kieto E (2009) Rapport de mission d'appui au Fonds d'achat des services de santé/PS9FED. Kinshasa: CE/AEDES.
- Eichler R et De S (2008) Paying for Performance in Health: A Guide to Developing the Blueprint. Bethesda, MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.
- Ireland M, Paul E, Dujardin B (2011) Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organisation* **89**, 695-698.
- Kalk A (2011) the costs of performance-based financing. *Bulletin of the World Health Organization* **89**, 319.
- Lagarde M, Powell-Jackson T, Blaauw D (2010) Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage, Background paper for the Global Symposium on Health Systems Research, 16-19 november 2010, Montreux, Switzerland.
- Loevinsohn B, Harding A (2005) Buying Results? Contracting for health service delivery in developing countries. *The Lancet* **366**, 676-681.
- Loevinsohn B (2008) La contractualisation des services de santé axée sur le rendement dans les pays en développement : un guide des principaux outils. Québec, Canada: Editions Saint-Martin.
- 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.
- Meessen B, Kashala JP, Musango L (2007) Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization* **85**, 108-115.

- Meessen B, Soucat A & Sekabaraga C (2011) Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization* **89**(2), 153-6.
- Meessen B, Van Damme W (2005) Systèmes de santé des pays à faible revenu: vers une révision des configurations institutionnelles? *Mondes en Développement* **33**(131), 59-73.
- Ministère de la Santé de la République du Rwanda (2008) Guide de l'approche contractuelle pour les centres de santé : manuel de l'utilisateur. Kigali : MSP.
- Ministère de la Santé Publique/République du Burundi (2010) Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi. Bujumbura : MSP
- Ministère de la Santé Publique/RDC (2006) Stratégie de renforcement du système de santé, Kinshasa : MSP
- Ministère de la Santé Publique/RDC (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. Kinshasa : MSP
- Ministère de la Santé Publique/RDC (2011) Guide d'opérationnalisation du financement basé sur les résultats en RDC. Kinshasa : MSP.
- Ministère du Plan et Macro International (2008) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007. Calverton, Maryland, U.S.A. : Ministère du Plan et Macro International
- Ministère du Plan-RDC (2006) Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté(DSCR). Kinshasa, Ministère du Plan.
- OMS (2006) Financement de la santé : une stratégie pour la région africaine, publication du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Brazzaville : OMS.
- OMS (2009) Rapport de la santé dans le monde 2009, Genève : OMS.
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (2008) Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et le programme d'action d'Accra. (Consulté le 03 septembre 2010 sur le site <http://www.oecd.org> .)
- Oxman AD, Fretheim A (2009) Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. *Journal of Evidence-Based Medicine* **2**, 70-83.
- Paalman M, Renaud A (2010) Rapport d'évaluation externe du Programme de Financement Basé sur la Performance Sud Kivu en République Démocratique du Congo. La Haye/Pays-Bas : Cordaid.

- Perrot J, de Roodenbeke E (2005) La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. Paris : Editions Karthala.
- Perrot J, Elovainio R (2008) Contractualisation stratégique dans les systèmes de santé, rapport synthèse de la réunion de consultation de l’OMS. Genève : OMS.
- Programme Santé 9ème FED (2006) Document de la méthodologie de la mise en œuvre du programme. Kinshasa: CE.
- Scheffler RM (2010) Pay for Performance (P4P) Programs in Health Services: What is the Evidence? Geneva: WHO. *World Health Report Background Paper* **31**.
- Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB (2006) Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organisation* **84**, 884-889.
- Soeters R et al. Théories et Instruments d’Application du Financement Basé sur la Performance (FBP) : livre d’accompagnement pour le cours. La Haye : CORDAID-SINA.
- Vigour C (2005) La comparaison dans les sciences sociales : pratiques et méthodes. Paris : La Découverte.