

## Le Financement basé sur la Performance et la Bonne Gouvernance : Leçons apprises en République Centrafricaine

Michelle Remme<sup>1</sup>, Peter Bob Peerenboom<sup>2</sup>, Pierre-Marie Douzima<sup>3</sup>, Denis Marcel Batubenga<sup>4</sup>, Malam Issa Inoussa<sup>5</sup>, Jennie van de Weerd<sup>6</sup>

<sup>1</sup>ETC Crystal/LSHTM

<sup>2</sup>Tangram Pays-Bas

<sup>3</sup>MSPPLS RCA

<sup>4</sup>Cordaid RCA/Memisa Belgique Rép. du Congo

<sup>5</sup>Cordaid RCA

<sup>6</sup>Cordaid

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: 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 # 8 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

L'introduction d'un système de Financement Basé sur la Performance (FBP) va souvent de pair avec des aspirations de bonne gouvernance. D'après l'évaluation externe du projet pilote de FBP de Cordaid en République Centrafricaine, cette approche peut renforcer certains éléments de bonne gouvernance au niveau des prestataires, telles que l'efficacité, la transparence, la réceptivité et la prospective. En mettant en place des incitations financières et des outils de gestion et de vérification, le FBP donne aux acteurs les moyens de contribuer à la bonne gouvernance dans le secteur santé. Mais, les leviers disponibles restent sous-exploités. D'autres éléments du système de FBP, sous le mandat des autorités publiques, semblent toutefois moins réceptifs aux incitations. Des dimensions comme l'obligation de rendre compte et la primauté du droit, semblent plus être des conditions de réussite que des résultats du système FBP. Cela dit, le FBP peut contribuer à les renforcer. Par ailleurs, l'agence d'achat (appelée Organe de Canalisation de Fonds en République Centrafricaine) doit également répondre aux exigences de la bonne gouvernance ; cela n'a pas toujours été le cas. Cette étude suggère que le concept de la bonne gouvernance peut servir de cadre de conception et d'évaluation de l'approche FBP.

## INTRODUCTION

Les systèmes de santé dans les pays à faible revenu ne répondent actuellement pas aux attentes et besoins sanitaires de leurs populations. Dans son rapport 2010 sur la santé dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne que le manque de ressources, la dépendance excessive sur les paiements directs, et l'utilisation inefficace et inéquitable des ressources sont parmi les contraintes majeures à l'atteinte de la couverture universelle (OMS 2010). Cela évoque la notion de la bonne gouvernance qui serait, selon la Banque Mondiale, synonyme d'une gestion saine et efficace des ressources publiques, l'existence d'un cadre légal favorable, ainsi que la transparence et l'accessibilité à l'information (Banque Mondiale, 1994). Au sens large du terme, la gouvernance dans le domaine sanitaire concerne les institutions, actions et moyens adoptés par la société pour promouvoir et protéger la santé de la population (Dodgson et al. 2002). Sa qualité requiert l'existence de normes, d'information, d'incitations et de responsabilisation pour optimiser la performance du système sanitaire (Brinkerhoff 2004 ; Fourn et al. 2008 ; Lewis & Petterson 2009 ; Boidin 2011).

La stratégie du Financement Basé sur la Performance (FBP) cherche tout d'abord à inciter des améliorations dans l'efficacité et l'efficacités des systèmes sanitaires (Musgrove 2011; Cordaid & SINA Health 2011). Elle constitue en Afrique un changement de paradigme dans le financement des prestations de soins, qui consiste à rémunérer ou « acheter » les soins produits par les prestataires (leur performance), au lieu de fournir des intrants (médicaments, équipement, salaires, etc.). C'est un instrument ayant le potentiel de catalyser des réformes pour répondre à certaines faiblesses structurelles des systèmes de santé (Meessen et al. 2011). Reposant sur les principes de la séparation des fonctions, de l'autonomie de gestion, d'un système rigoureux de suivi et d'évaluation et de la participation communautaire, le FBP s'inscrit dans le cadre conceptuel de la bonne gouvernance et pourrait même la favoriser (Soeters et al. 2006; Meessen et al. 2011; Soeters et al. 2011; Soeters and Vroeg 2011; Falisse et al. 2012).

Dans cet article, nous analysons la relation entre le FBP et la bonne gouvernance, à partir de l'expérience d'un projet pilote de l'ONG internationale Cordaid en République Centrafricaine (RCA). Il s'agit d'un pays particulièrement intéressant étant donné l'affaiblissement du système sanitaire centrafricain par la mauvaise gestion et le détournement de fonds (MSPPLS, 2006), comme le confirme le classement de la RCA parmi les pays les plus corrompus au monde (Kauffmann et al. 2009; Transparency International 2010). Nous commençons par une description du contexte et du modèle de FBP adopté, suivi par la méthodologie de l'étude. Nous présentons alors les résultats obtenus par le projet par rapport à certains aspects de bonne gouvernance et nous discutons des leçons à tirer.

## CONTEXTE

### *La préfecture de la Nana Mambéré*

Le projet a été piloté dans la Préfecture Sanitaire de la Nana Mambéré, située dans la partie ouest de la RCA. Cette préfecture reflète le contexte socio-sanitaire du pays et la sous-performance du système de santé. La population de 267.000 habitants est extrêmement pauvre et survit sur un revenu moyen par habitant par an de US\$ 283, comparé à une moyenne nationale de US\$ 454 (World Bank 2011). Selon l'étude de base du projet (Soeters & Kimanuka 2009), les facteurs limitant l'accessibilité aux soins de santé de base sont l'insuffisance de services de qualité, l'impraticabilité de certains axes routiers, ainsi que le niveau d'éducation très bas de la population. La faible couverture est mise en exergue par un taux d'accouchements dirigés par un personnel qualifié de seulement 24% et un taux de couverture d'enfants complètement vaccinés de 45%. La demande non-satisfaite en planification familiale de 54%, ainsi que le fait que la majorité des patients recourt à une pharmacie privée plutôt qu'à une structure sanitaire moderne, témoignent d'une faible réactivité du système et de barrières financières insurmontables. En effet, le système de santé dépend fortement du recouvrement de coûts pour son financement, avec 57% des dépenses totales en santé provenant des utilisateurs<sup>1</sup> (WHO 2011). L'offre des prestataires dans la Nana Mambéré souffre d'une pénurie en personnel qualifié, d'une longue durée d'attente, de la vétusté des infrastructures, d'un manque d'équipement et de l'imprévisibilité de la disponibilité des intrants (Soeters & Kimanuka 2009).

### *Le projet pilote*

En décembre 2008, Cordaid a démarré le premier projet pilote de FBP en RCA afin de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité de la population aux soins. Le projet était conçu en deux phases dont une première phase de deux ans. Il devait mettre en place les bases d'un système de FBP et permettre de démontrer l'efficacité et la faisabilité de cette stratégie dans un contexte difficile.

L'intervention était conçue comme une intervention classique de FBP (Cordaid & SINA Health, 2011); un Organe de Canalisation de Fonds (OCF) a été établi pour contracter les Formations Sanitaires (FOSAs), pour la prestation d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans le cas des Centres de Santé (CS) et d'un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) dans le cas des hôpitaux. Il s'agissait au total de 24 indicateurs pour le PMA et 7 indicateurs pour le PCA<sup>2</sup>. Le montant à payer était proportionnel à la quantité des prestations fournies et devait a priori être majoré par un bonus de qualité, un bonus d'équité et un bonus d'isolement, selon les cas. Le bonus d'équité a été introduit pour garantir l'accessibilité aux soins des indigents. Le bonus d'isolement était conçu pour renforcer davantage les FOSAs reculées avec une population moins dense.

---

<sup>1</sup> Les dépenses totales en santé en RCA, à 32 USD PPP par habitant, sont bien en deçà de l'investissement minimal de 60 USD préconisé par l'OMS (OMS, 2010). De plus, le fait que 95% des dépenses privées sont des versements directs des patients, suggère que les Centrafricains prennent pour leur propre compte une grande partie des risques et des coûts de leurs maladies au moment où ils tombent malades, ce qui a des conséquences néfastes pour l'accessibilité aux soins et les finances des ménages les plus démunis.

<sup>2</sup> Les indicateurs pour le PMA étaient liés à la consultation externe, l'hospitalisation, la référence, la tuberculose, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la malnutrition, la planification familiale, l'accouchement assisté, la vaccination des enfants de moins de 12 mois. Les indicateurs pour le PCA étaient liés à la consultation, la chirurgie (majeure et mineure), la césarienne, les accouchements dystociques et la rétro-information.

A partir de février 2009, dix FOSAs étaient sous contrat, dont l'Hôpital Préfectoral, deux centres de santé de catégorie A (qui avaient le même plateau technique que l'hôpital), et six CS de catégorie B ou C<sup>3</sup>. Ensuite, plusieurs FOSAs additionnelles ont été contractées à chaque trimestre, avec un total de 17 FOSAs sous contrat au dernier trimestre de 2009 et 48 à la fin de la première phase en décembre 2010.

Vu que l'approche rémunère les FOSAs sur la base de leurs registres de patients et le nombre de prestations auto-déclarées, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes pour assurer que les prestations achetées soient réelles. Le système de vérification des performances pour ce projet était composé de trois éléments. Tout d'abord, par le biais d'une vérification mensuelle, l'OCF examinait les registres des FOSAs pour établir leurs prestations quantitatives sur chaque indicateur contracté. Deuxièmement, l'OCF a contracté des associations locales pour valider les données des registres en prenant un échantillon aléatoire stratifié de patients enregistrés pour la consultation externe, l'accouchement, la consultation prénatale et/ou la planification familiale (entre 40 et 90 par trimestre par FOSA). Ces enquêtes communautaires servaient également pour mesurer l'appréciation des services et les coûts payés par les utilisateurs. Finalement, l'OCF a instauré un troisième mécanisme de contrôle en contractant l'Equipe Cadre de la Préfecture Sanitaire (le régulateur) pour une évaluation trimestrielle de la qualité technique au niveau des FOSAs. De façon générale, dans la logique du FBP et la séparation des fonctions, le rôle du MSP comme prestataire de soins pourrait être discuté, mais ses fonctions de pilotage et de régulation sont indispensables. La contractualisation de la Préfecture Sanitaire par l'OCF, sans implication du niveau hiérarchiquement supérieur, n'est pas prévue dans le modèle classique du FBP, mais fut un choix temporaire dans la première phase du projet.

## MÉTHODOLOGIE

### *Cadre analytique de l'étude*

La Banque Mondiale a défini la gouvernance comme étant « *la manière dont le pouvoir est exercé dans la gestion des ressources économiques et sociales d'un pays pour son développement* » (Banque Mondiale, 1994). Depuis, plusieurs définitions du concept de la bonne gouvernance ont fait surface (Boidin 2011). Pour opérationnaliser le concept pour cette étude, nous avons pris le modèle d'analyse de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Européen (OCDE 2011) qui rassemble six principes : l'efficacité et l'efficacités, l'obligation de rendre compte, la transparence, la réceptivité, la prospective et la primauté du droit (cf. Boîte 1).

---

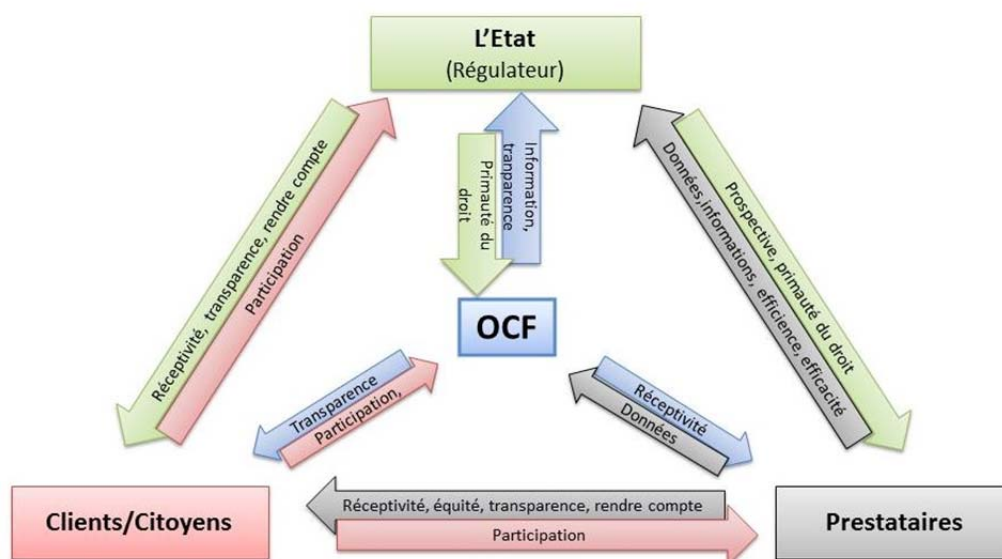
<sup>3</sup> Le CS catégorie A couvre une population d'au moins 30.000 habitants en dehors des grandes agglomérations ; le CS de catégorie B couvre une population de 10.000 à 30.000 habitants en dehors des grandes agglomérations ; le CS de catégorie C se situe à l'échelon d'un quartier, d'un village ou d'une commune et couvre au maximum une population de 10.000 habitants en dehors des grandes agglomérations ; le CS de catégorie D est un CS urbain sans maternité ; le CS de catégorie E est un CS urbain avec maternité.

Boîte 1. Les principaux éléments de la Bonne Gouvernance (adapté de l'OCDE 2011)

- **L'efficience et l'efficacité** : les administrations publiques et les prestataires s'attachent à une production de qualité, notamment dans les services rendus aux citoyens/clients, et veillent à ce que leurs prestations répondent à l'intention des responsables de l'action publique.
- **L'obligation de rendre compte** : les administrations publiques et les prestataires sont capables et désireux de montrer en quoi leur action et leurs décisions sont conformes à des objectifs précis et convenus.
- **La transparence** : l'action, les décisions et la prise de décision des administrations publiques et des prestataires sont, dans une certaine mesure, ouvertes à l'examen des autres secteurs, de la société civile et parfois d'institutions et d'autorités extérieures.
- **La réceptivité** : les autorités publiques et les prestataires ont les moyens et la flexibilité voulus pour répondre rapidement à l'évolution de la société, tiennent compte des attentes de la société civile lorsqu'elles définissent l'intérêt général et elles sont prêtes à faire l'examen critique du rôle de l'État.
- **La prospective** : les autorités publiques et les prestataires sont en mesure d'anticiper les problèmes qui se poseront à partir des données disponibles et des tendances observées, ainsi que d'élaborer des politiques qui tiennent compte de l'évolution des coûts et des changements prévisibles (démographiques, économiques, environnementaux, par exemple).

Dans le domaine de la santé, la bonne gouvernance allie certains principes complémentaires liant l'Etat, les prestataires et les citoyens, tels que la participation et le consensus ; l'équité et l'inclusivité ; la disponibilité de données exploitables et l'éthique (Brinkerhoff & Bossert 2008; OMS 2008; World Bank 2003). Le FBP s'inscrit logiquement dans ce cadre illustré dans la Figure 1, avec l'OCF placé au centre du triangle, comme quatrième acteur indépendant (World Bank 2003 ; Cordaid & SINA health 2011). Toutefois, l'approche FBP doit être orientée par l'Etat dans son rôle de régulateur du système de santé. L'OCF est uniquement responsable pour l'achat des prestations de soins auprès des prestataires et doit rendre compte de son travail auprès du régulateur et des patients.

Figure 1. Bonne gouvernance dans la Santé



Adaptée de World Bank (2003) et Brinkerhoff & Bossert (2008)

Dans cette étude, nous analysons dans quelle mesure l'approche de FBP a contribué à renforcer la bonne gouvernance à l'aide de certaines mesures pour chacun des six principaux éléments énoncés par l'OCDE (cf. boîte 1).

*L'efficience et l'efficacité* sont des éléments fondamentaux de la performance d'un système de santé. *L'efficience* concerne l'utilisation optimale des intrants pour la production de prestations (OMS 2000). Dans le cadre de cette étude, nous nous limitons à l'efficience du mécanisme de FBP en estimant les coûts de transaction liés à l'achat de performance, d'après les rapports financiers de Cordaid.

*L'efficacité* fait référence au niveau d'atteinte des objectifs sanitaires du système, tels que l'accès aux soins, l'équité et la qualité (OMS 2000). Dans cette étude, nous mesurons l'efficacité par l'évolution (i) de l'utilisation des six services clés du projet ; (ii) des scores de qualité technique (établis par le régulateur) ; (iii) de la proportion d'utilisateurs satisfaits des soins reçus, soit la qualité subjective ; et (iv) des coûts moyens des soins payés par les utilisateurs. Etant donné que ce dernier est plus une mesure d'un *déterminant* de l'équité qu'une mesure de cette dernière (qui est elle-même un concept multidimensionnel), nous considérons également la perception des communautés desservies sur l'accès aux soins pour les plus démunis.

*L'obligation de rendre compte* de son action concerne tout agent responsable de réaliser les objectifs sanitaires de la population, soit le gouvernement, les prestataires et l'OCF. Nous cherchons à la mesurer par la mise en place de modalités et mécanismes obligeant les mandataires (*agents* en anglais) à rendre compte à leur mandant (*principal*) respectif. L'Equipe Cadre doit ainsi rendre des comptes au Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida (MSSPLS) et à la population de la Nana Mambéré. Les prestataires de soins doivent rendre des comptes au MSSPLS et aux communautés desservies ; l'OCF doit rendre des comptes au MSSPLS et aux citoyens de la préfecture.

*La transparence* de l'action et des processus décisionnels sous-entend un échange ouvert et régulier d'information entre les parties prenantes. Nous nous focalisons sur la transparence entre les prestataires et les utilisateurs, que nous mesurons par les mécanismes introduits par le projet pour assurer une participation réelle par les membres communautaires des Comités de Gestion (COGES) des FOSAs dans l'élaboration des plans de business, l'allocation et la gestion des subsides.

*La réceptivité* tient de la capacité des acteurs à répondre aux attentes et besoins sanitaires de la population. Pour ce faire, il faut se donner les moyens de connaître et comprendre ces attentes. Une mesure de cette capacité est l'existence d'un mécanisme de collecte et d'analyse de données sur la perception et l'expérience des utilisateurs. Par ailleurs, l'utilisation de ces données par les prestataires est un autre indicateur du degré de réceptivité que nous prenons en compte.

*La prospective* signifie la capacité de prévoir pour le futur et dans le domaine de la santé. Celle-ci se matérialise par des plans opérationnels pour la réalisation des objectifs sanitaires à court, moyen et long terme, s'appuyant sur une base de données sanitaires fiables et réceptives. Nous mesurons donc la prospective par l'existence de plans à court terme au niveau des FOSAs et de l'Equipe Cadre de la Préfecture Sanitaire (ECD).



*La primauté du droit* : il ne peut exister de bonne gouvernance sans cadres juridiques justes et appliqués en toute impartialité. Le système de FBP représente une entrée d'argent importante, sous le contrôle direct des responsables des FOSAs, ce qui peut évidemment être une grande incitation à la fraude et au détournement de fonds. Pour que le système fonctionne et que les incitations perverses soient contenues, la primauté du droit est une condition *sine qua non*. Nous jugeons le maintien de ce principe par la proportion de FOSAs faisant l'objet de vérification (ou audit) des utilisateurs déclarés, ainsi que par la proportion des cas de fraudes ayant été vérifiées et ayant donné suite à des conséquences juridiques et/ou financières. La primauté du droit concerne également l'approche FBP en soi et la régulation de l'OCF, que nous déterminons selon l'existence d'un mécanisme d'arbitrage.

### *Méthodes de collecte et d'analyse de données*

Cette étude s'appuie principalement sur les données et constats de l'évaluation externe à mi-parcours du projet pilote. Cette évaluation a été commanditée par Cordaid en mars 2011 pour évaluer la pertinence du projet et la progression dans la mise en œuvre, au regard des résultats attendus.

### *Données quantitatives*

L'évaluation a traité les données des prestations collectées et vérifiées par l'OCF (Cordaid) pour l'achat de performance. Sous l'angle de l'efficacité, nous analysons par trimestre le nombre de prestations sur six indicateurs-clés. L'analyse se limite à la *cohorte des dix premières FOSAs* contractées à partir de février 2009, afin de pouvoir présenter les tendances sur une période de mise en œuvre de presque 2 ans (23 mois).

Les scores de qualité technique analysés sont ceux qui ont été enregistrés par l'Equipe Cadre de la Préfecture Sanitaire (ECPS) depuis le troisième trimestre 2009. La grille contient 194 indicateurs, repartis parmi 17 composantes: indicateurs généraux, plans de business, gestion financière, hygiène et stérilisation, consultation externe, maternité, consultation prénatale (CPN), vaccination, planification familiale, laboratoire, gestion de médicaments et consommables-traceurs, salle d'hospitalisation, bloc opératoire, tuberculose, personnel et Comité de Gestion. Avec une pondération d'importance, ces indicateurs peuvent atteindre un score total de 282 points. Cela dit, le canevas est le même pour toutes les catégories de FOSA, alors que certaines composantes ne sont pas pertinentes à certains niveaux. Les évaluateurs de l'ECPS établissent donc le score (en pourcentage) en fonction des rubriques applicables pour chaque FOSA.

Les enquêtes communautaires mentionnées ci-dessus fournissent les données exploitées sur (i) l'existence des utilisateurs enregistrés, (ii) la véracité des soins déclarés par les FOSAs, (iii) la satisfaction des utilisateurs, et (iv) les coûts des prestations pour les utilisateurs. Ces données ont été collectées par les associations locales sous contrat, puis dépouillées et exploitées par l'OCF.

Certaines données quantitatives ont été obtenues du personnel de l'OCF, tels que le pourcentage de COGES fonctionnels, les coûts de transaction du projet et le nombre de COGES frauduleux.

## Données qualitatives

L'évaluation s'est aussi fondée sur une enquête qualitative, conduite en mars 2011. Des entretiens semi directifs ont été menés auprès des acteurs clés dans la mise en œuvre du projet, notamment l'équipe de l'OCF, l'Equipe Cadre de la Préfecture Sanitaire (ECPS), ainsi que les parties prenantes dans un échantillon de FOSAs.

Vu la durée de l'évaluation, il a été nécessaire de prendre un échantillon limité de FOSAs. Sur un total de 31 FOSAs, l'équipe a tiré un échantillon aléatoire stratifié de 9 FOSAs. Le cadre d'échantillonnage était une liste préparée par l'OCF de toutes les FOSAs contractées avant juillet 2010 et leurs caractéristiques selon trois critères ; leur sous-préfecture (Abba, Baboua, Bouar), leur secteur (public/privé) et leur catégorie sanitaire (Hôpital Préfectoral, Centres de Santé A, B, C ou D). Pour des raisons de sécurité, il nous a fallu exclure la sous-préfecture d'Abba. Sur la base de cette liste, l'équipe est passée à un tirage au sort. L'Hôpital Préfectoral de Bouar a été choisi expressément. Puis, l'équipe a tiré de manière aléatoire deux centres de santé de catégorie A (un public et un privé), trois centres de catégorie B (dans deux sous-préfectures différentes) et un centre privé et un centre en sous-contrat de catégorie C et D<sup>4</sup>.

Au niveau de chaque FOSA visitée, l'équipe s'est entretenue avec (i) le responsable de la FOSA ; (ii) le personnel de santé (individuellement ou en groupe selon les cas) ; (iii) le président du COGES et autres membres issus de la communauté ; (iv) l'association locale contractée pour la vérification communautaire ; et (v) un groupe focal mixte dans un village (choisi de façon aléatoire) adjacent à la FOSA (au moins 5 femmes et 5 hommes) ou un échantillon de 6 à 10 patients présents au moment de la visite pour les hôpitaux et centres de santé de catégorie A.

## Limitations

Due à des contraintes de temps et de ressources, l'évaluation a suivi une approche de type avant/après, sans paramètres de contrôle. Pour les données quantitatives, il s'agit plutôt d'une analyse comparative entre le début et la fin du projet, car les données n'étaient pas disponibles pour la période avant le lancement du FBP. La problématique de l'attribution de changement se pose donc comme limitation. Un changement (positif ou négatif) entre l'avant ou le début du projet et la fin ne peut pas lui être entièrement attribué. D'autres facteurs confondants peuvent avoir joué un rôle, tels que d'autres programmes d'appui aux FOSAs ou tout simplement la conjoncture économique, sociale ou politique. Par rapport à l'analyse purement qualitative, cette limitation est moins conséquente, mais celle de la représentativité des 9 FOSAs échantillonnées se pose. Par ailleurs, la subjectivité des perceptions de l'équipe de l'OCF et l'Equipe Cadre doit également être prise en compte dans l'interprétation des résultats.

Pour limiter le biais et la subjectivité, les résultats de l'évaluation ont été discutés et validés par une réunion de restitution auprès du Comité de Pilotage instauré début 2011. Ce dernier regroupait une cinquantaine de personnes, représentants des FOSAs, de l'Equipe Cadre, des autorités politico-administratives et de la population.

---

<sup>4</sup> Une FOSA 'sous contrat' est une deuxième FOSA dans une aire de santé qui reçoit un sous-contrat de la FOSA principale de l'aire de santé.

## RÉSULTATS

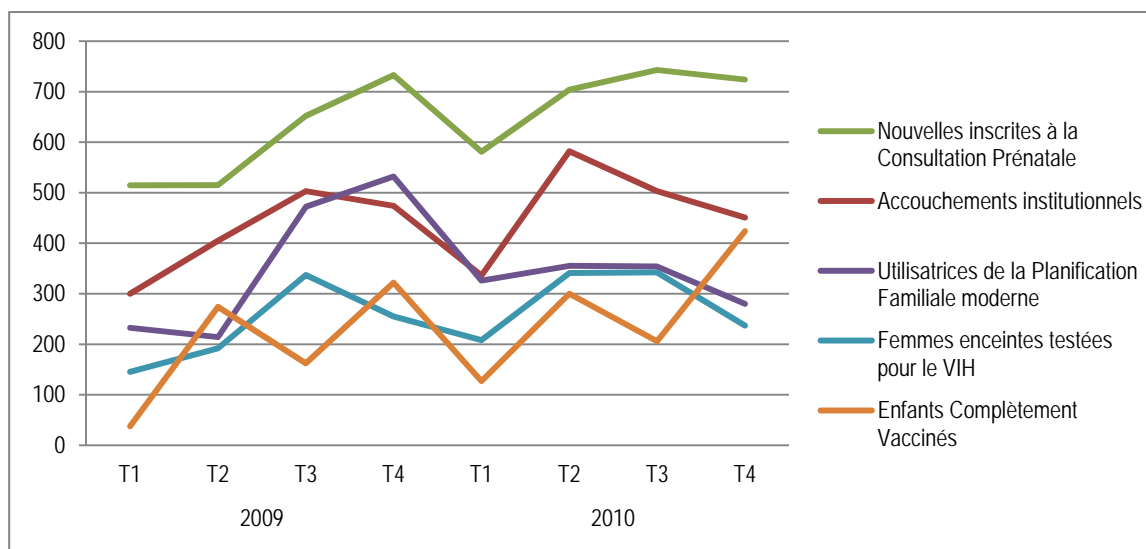
Les résultats décrits suivent les six éléments de la bonne gouvernance.

### *Effizienz et Efficacité*

Pour atteindre ces objectifs, le projet a investi environ \$ 975,000 en l'espace de deux ans, ce qui représente environ \$1.83 par personne par an<sup>5</sup>. Pour chaque dollar qui a directement bénéficié aux utilisateurs (subsidés et investissements), un dollar de plus a été dépensé pour la gestion et le fonctionnement du projet. Cette proportion relativement élevée des coûts de transaction s'explique surtout par la première année de démarrage (68% des dépenses), mais elle a ensuite été nettement réduite pour arriver à 41% des dépenses en 2010.

Le projet a cherché en premier lieu à augmenter l'utilisation des soins de santé de qualité. L'analyse de la première cohorte de FOSAs contractées démontre de manière consistante une évolution positive dans l'utilisation des services de santé. Le nombre de consultations externes enregistrées et vérifiées par l'OCF est passé de 17.739 au premier trimestre de 2009 à 23.520 à la fin de 2010, soit une augmentation absolue de presque 33%. L'utilisation de la consultation prénatale (CPN) et des méthodes modernes de planification familiale (PF), ainsi que le nombre d'accouchements institutionnels, d'enfants complètement vaccinés et de femmes enceintes testées pour le VIH indiquent une évolution similaire (cf. Figure 2). Notons que la chute au premier trimestre de 2010 s'explique par le non-renouvellement temporaire d'un contrat avec un centre de santé très performant.

Figure 2: Evolution de l'utilisation de 5 indicateurs achetés en valeurs absolues pour les 10 FOSAs contractées au premier trimestre de 2009

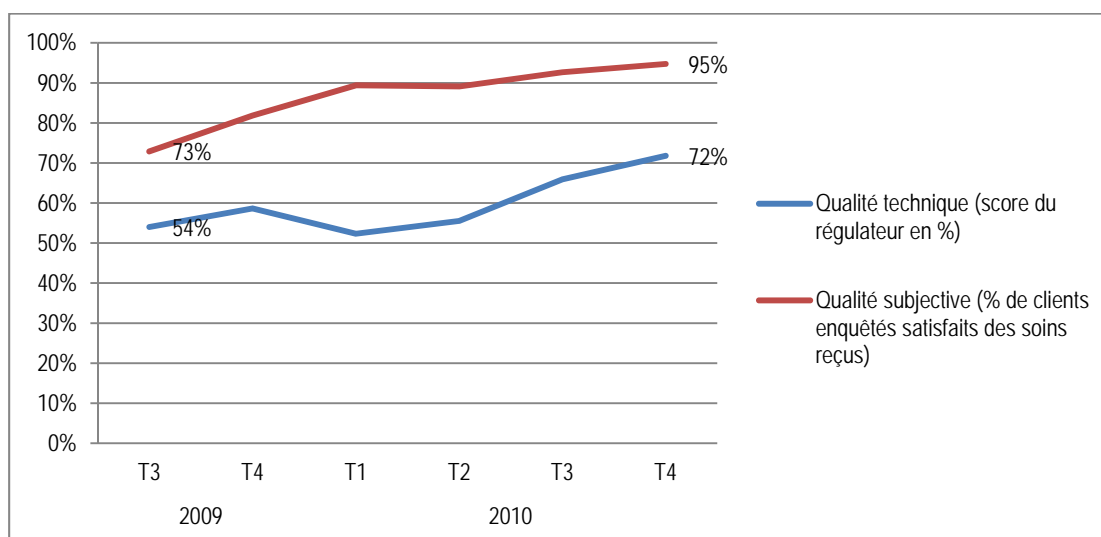


Source : Données vérifiées par l'OCF et exploitées par Remme et al (2011)

<sup>5</sup> Taux de change 1 Euro = 1,3 USD (2012)

Alors que l'utilisation des soins de santé a augmenté, cela ne semble pas avoir été au détriment de leur qualité. La qualité technique a évolué positivement entre la première année de la contractualisation et la fin de 2010, d'après la moyenne des scores du régulateur pour ces premières FOSAs contractées, en tandem avec le pourcentage des utilisateurs se disant satisfaits des soins reçus, soit la qualité subjective (cf. Figure 3).

Figure 3 : Moyenne des scores de qualité technique et subjective pour les 10 FOSAs contractées au premier trimestre de 2009



Source : Données vérifiées par l'OCF et exploitées par Remme et al (2011)

Dans cet élément d'efficacité s'inscrit également l'objectif de l'équité, censé garantir que chaque personne puisse avoir accès aux soins, indépendamment du statut ethnique ou socio-économique, du sexe ou de l'âge (OMS, 2008). D'après les enquêtes communautaires, le projet FBP n'a pas eu l'effet désiré sur les coûts moyens des soins (un indicateur indirect de l'accessibilité financière), qui n'ont pas diminué de manière conséquente ou systématique (cf. Tableau 1).<sup>6</sup>

Tableau 1 : Coûts moyens par activité (en Francs CFA)

Activité	2009 (T3)	2010 (T4)	Changement
Consultation externe	2.966	2.467	-17%
Hospitalisation	9.163	9.694	6%
Accouchement	5.905	4.104	-30%
Consultation Périnatale	3.109	3.401	9%

Source : Remme et al. (2011)

De plus, aucune des FOSAs visitées n'avait mis en place un mécanisme formel de prise en charge gratuite des indigents, malgré le bonus d'équité de 10% qu'elles recevaient systématiquement de l'OCF. En fait, la majorité des FOSAs n'était pas au courant de ce bonus et de son utilité de recouvrement de coûts pour les indigents. Les participants des focus groupes mixtes ont confirmé l'absence d'une amélioration générale dans ce domaine, avec 3 groupes indiquant un changement

<sup>6</sup> Pour les FOSAs contractées à partir de 2010, la tendance était même systématiquement à la hausse.

très négatif dans la possibilité pour les indigents de se faire soigner depuis le début du projet, et 4 groupes indiquant un changement relativement voire très positif.

### *L'obligation de rendre compte*

Les autorités sanitaires de la Nana Mambéré doivent rendre compte à la population d'une part, ainsi qu'aux autorités régionales et nationales du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida (MSPPLS) d'autre part. Le projet FBP a tenté de renforcer cette responsabilisation par le biais d'un contrat de performance entre l'OCF et l'Equipe Cadre de la Préfecture Sanitaire. En plus de l'exécution des évaluations, ce contrat a évolué au cours du projet avec l'inclusion d'indicateurs additionnels, tels que la supervision régulière des FOSAs, la tenue du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et l'organisation de réunions de travail. Alors que cela a permis la mobilisation de fonds de fonctionnement permettant à l'équipe préfectorale d'effectuer certaines activités clés, elle n'a pas pour autant été incitée à rendre compte de son action à la population, ni au MSPPLS. Dans un premier temps, l'obligation de rendre compte devait prendre forme par une auto-évaluation de la performance sur les activités du plan trimestriel de l'ECPS. Alors qu'elle était prévue dans les premiers contrats, cette auto-évaluation n'a pas eu lieu régulièrement ni rigoureusement, d'après l'OCF. Afin de remédier à ce manquement, l'OCF a contracté à partir du dernier semestre 2010 l'Equipe Cadre Régionale pour effectuer l'évaluation de l'exécution de ce contrat. Cependant, la non-performance n'a toujours pas été suivie de sanction financière et l'évaluation de l'ECPS a donc perdu de sa crédibilité. Aucun mécanisme n'a été introduit pour obliger l'ECPS à rendre compte à la population.

La politique sanitaire nationale de la RCA stipule que le COGES doit assurer une interface entre la communauté et la FOSA (arrêté du MSPPLS no. 0223). Pour les prestataires, l'existence d'un COGES fonctionnel était l'un des critères de contractualisation par l'OCF. Cela a servi à renforcer cette plateforme entre les prestataires et les communautés desservies. D'autre part, les « Plans de Business » des FOSAs (décrits en plus de détails ci-dessous) devaient être soumis à l'OCF chaque trimestre. Par contre, ces plans n'étaient pas soumis à l'ECPS, le régulateur, alors que les prestataires ont en principe l'obligation de rendre compte aux autorités sanitaires.

L'obligation de l'OCF de rendre compte n'a pas non plus été respectée. Selon l'ECPS, la conception et l'exécution du projet ont été pilotées par Cordaid sans toutefois impliquer de manière significative les autorités sanitaires et administratives de la préfecture. De plus, l'OCF a fonctionné de manière autonome sans qu'on ait pensé créer un Comité de Suivi Préfectoral. Le budget de l'OCF n'était pas connu par les autres acteurs. Par contre, afin de rendre compte à la population de la préfecture, en 2010 l'OCF a commencé à informer par écrit les autorités administratives sur les montants versés à chaque FOSA par trimestre.

### *La transparence*

Le FBP aurait pu être une incitation efficace à la cogestion, mais l'OCF n'a pas été assez rigoureux dans l'application de ce critère. Sur 48 FOSAs contractés, 45 avaient un COGES. Trois FOSAs privées (confessionnelles) sans COGES ont été contractées, ce qui a causé des réticences chez certains responsables de structures sanitaires publiques. Par conséquent cela a affaibli le fonctionnement de leurs COGES, d'après les entretiens.

D'autres mesures ont toutefois servi à renforcer les COGES et leur fonction indispensable à la transparence. D'une part, les contrats trimestriels devaient être signés par le/la responsable de la FOSA et le/la Président(e) du COGES, pour être validés. Ensuite, 43 FOSAs sur 48 avaient un compte bancaire pour recevoir les subsides et le/la Président(e) du COGES ou le premier commissaire aux comptes était l'un des signataires requis pour autoriser des retraits. Tout cela a permis aux membres communautaires des COGES de suivre de plus près les recettes et dépenses de la FOSA, avec l'exception de 3 cas de complicité entre le président du COGES et le titulaire, où il y a eu des malversations.

### *La réceptivité*

Un des principes du FBP est le renforcement de la voix du client qui prend le plus souvent forme par la cogestion avec des représentants de la communauté, décrite ci-dessus, ainsi que par des enquêtes communautaires. Il s'agit d'une méthode de contrôle de la fiabilité des performances subventionnées et de prévention de cas de fraude, mais aussi un sondage de la satisfaction des utilisateurs. Ces enquêtes communautaires ont commencé au troisième trimestre de 2009, avec la vérification d'un échantillon de 667 clients déclarés dans 10 FOSAs, soit 63% des FOSAs sous contrats. A la fin de 2010, cette vérification communautaire avait été faite pour un échantillon de 1,150 clients dans 21 FOSAs. Une association locale est contractée par FOSA pour retrouver un échantillon d'entre 40 et 90 clients par trimestre et administrer un questionnaire sur les soins reçus, les coûts et la satisfaction. Les associations sont rémunérées par fiches bien remplies. Les fiches sont alors dépouillées et traitées par l'OCF, mais ces résultats ne sont pas systématiquement transmis aux prestataires et à leurs COGES. Au cours de cette première phase, ces données ont été communiquées une seule fois, lors d'une réunion à la fin de 2010. De plus, la satisfaction des clients n'a pas été prise en compte dans le calcul du bonus de qualité et des versements de l'OCF.

Néanmoins, cette approche de vérification communautaire est un point très fort du modèle piloté, qui a été énormément apprécié par la population desservie. D'après les associations locales, les patients enquêtés, réticents au début, sont désormais convaincus que leurs recommandations et préoccupations ont été prises en compte par leur FOSA, donnant lieu à des améliorations visibles. Ces membres de la communauté recommandent d'ailleurs que cette approche soit répliquée pour tous les secteurs sociaux, témoignant de leur sens d'autonomisation. Les enquêtes communautaires ont contribué au renforcement des organisations communautaires de deux manières. Tout d'abord, le fait que ces enquêtes aient été menées par des associations locales a permis de renforcer la mobilisation communautaire là où ces associations existaient déjà, leur apportant des capacités et ressources additionnelles. De plus, ces enquêtes ont été à l'origine d'une incitation à créer des associations locales avec des objectifs de développement, là où elles n'avaient pas encore été formées.

### *La prospective*

Afin de ne pas développer un système parallèle, le projet FBP a utilisé les rapports du SNIS comme base pour calculer et effectuer le paiement des subsides à chaque FOSA. Selon le contrat, les erreurs dans le SNIS devaient s'accompagner de pénalisation financière. Cela a servi d'incitation pour remplir ces rapports sans délai et sans fautes. La vérification par l'OCF aurait également contribué à assurer la cohérence entre les registres d'activités et les rapports SNIS. Le taux de complétude du

SNIS au niveau de la Préfecture Sanitaire est passé de 40% (des FOSAs ayant soumis leurs rapports) en 2008 à 49% en 2010. Cela s'explique surtout par une nette amélioration parmi les FOSAs privées, qui avaient tendance à ne pas se plier aux requêtes du MSPPLS. Au-delà de la complétude et la promptitude des rapports, la qualité des données aurait aussi été tirée vers le haut grâce à l'appui formatif apporté aux responsables des FOSAs lors de la vérification par l'OCF, d'après l'entretien avec l'ECPS.

Une autre condition contractuelle du FBP qui semble avoir favorisé l'élément de prospective et de planification est l'élaboration d'un « Plan de Business » introduit au début 2010. En effet, une fois que le contrat de performance était signé avec les prestataires, ils étaient tenus de préparer des plans trimestriels, contenant une analyse des contraintes locales à l'utilisation des soins de santé, suivie de stratégies pour stimuler cette utilisation, ainsi qu'un bilan financier, considérant toutes les recettes et dépenses anticipées. Ce plan doit obligatoirement être signé par le président du COGES. Il a fallu un accompagnement de la part de l'OCF d'environ un an, avant que toutes les FOSAs ne soient en mesure d'élaborer leur plan.

L'ECPS a aussi développé des plans trimestriels depuis 2010, dans le cadre de son contrat de performance avec l'OCF. Cette planification trimestrielle ne se faisait pas avant le projet.

### *La primauté du droit*

Dans ce projet pilote, des cas de fraudes ont été détectés par la vérification communautaire, qui, au dernier trimestre de 2010, a signalé 31 patients fictifs et 9 parturientes déclarées ayant accouché à domicile sur 1.246 patients enquêtés. Dans cette première phase, l'OCF n'avait jusqu'alors pas appliqué de sanctions financières, laissant libre court à ce genre de malversations et prenant donc un grand risque d'acheter des performances inexistantes. Le fait que seulement 21 FOSAs sur 48 (44%) à la fin de 2010 avaient fait l'objet de vérification communautaire signifie que nettement plus de performances frauduleuses ont sûrement été achetées.

La primauté du droit concerne également l'approche FBP en soi. Le projet a été piloté par Cordaid avec une autorisation des autorités sanitaires et administratives. Il est clair qu'avec un tel pilotage d'une approche inconnue, les autorités ne maîtrisent pas tous les éléments dès le début. Raison de plus pour les impliquer pleinement pour qu'ils s'imprègnent des réalités, défis et succès de l'approche. Cependant, les autorités n'étaient pas impliquées de façon systématique, que ce soit au niveau provincial ou au niveau national.

## DISCUSSION : LEÇONS APPRISSES

Dans cette partie, nous discutons des leçons apprises sur le potentiel du FBP pour la promotion de la bonne gouvernance. Le Tableau 2 résume les mécanismes de FBP qui pourraient être instrumentalisés à ces fins. La dernière colonne qualifie de manière simplifiée l'effet du projet pilote dans la Préfecture Sanitaire de la Nana Mambéré.

### *Effizienz et Efficacité*

Les coûts de transaction de l'OCF et les mécanismes de contrôle étaient élevés par rapport aux subsides payés (40%). Ce pourcentage est bien supérieur au cas du Rwanda, où le FBP est mis à l'échelle et 25% des dépenses servent à maintenir le système (Uwimpuhwe 2011). Une des raisons pour ce pourcentage élevé peut être le pilotage à une échelle relativement restreinte. Une autre raison a été la sous-utilisation du budget de subsides. Cette sous-utilisation pourrait diminuer par deux mécanismes parallèles : l'augmentation de la fréquentation par la population des services existants et l'introduction des nouveaux services du PMA dans les CS là où ces services n'existent pas encore actuellement. L'expérience dans d'autres projets Cordaid montre, que ce pourcentage peut diminuer à moins de 30%. Du reste, plus le financement de la santé passera par des stratégies de rémunération à l'output, plus ce pourcentage baissera.

Alors que nous nous sommes limités à l'effizienz du projet FBP, il serait intéressant, sur le moyen terme, d'analyser l'effet de cette approche sur l'effizienz des prestataires de soins. En principe, cette effizienz devrait augmenter grâce à une augmentation de l'utilisation des soins et une amélioration de la qualité.

L'augmentation des indicateurs quantitatifs pourrait s'expliquer par une amélioration dans l'enregistrement plutôt que l'utilisation. Mais nos enquêtes qualitatives confirment cet effet, qui a été prouvé dans des projets FBP ailleurs en Afrique (Basinga et al. 2011; Soeters et al. 2011).

Notre étude montre une amélioration de la qualité des services au niveau des FOSAs. L'approche FBP a pu contribuer à ces améliorations qualitatives par deux mécanismes non-exclusifs. D'une part, les incitations financières ont pu stimuler les efforts pour améliorer la qualité des soins. D'autre part, le personnel de santé avec qui nous nous sommes entretenus a également mis en avant l'amélioration de la fréquence et de la régularité de la supervision ; cela a renforcé leur motivation intrinsèque et leur savoir-faire. Il revient en effet au régulateur de superviser les agents de santé, d'encourager les bonnes pratiques et de punir la malversation. Par le biais du contrat avec l'OCF, le régulateur a reçu les moyens financiers pour mieux assumer son rôle. En effet, l'Equipe Cadre a entrepris des évaluations trimestrielles de la qualité technique de chaque FOSA sous contrat principal avec l'OCF, ce qui n'était pas le cas avant le projet, et ce qui était très apprécié et motivant pour le personnel des FOSAs.

Si les tarifs des actes ont, de manière générale, été revus à la baisse dans les FOSAs contractées, les prix élevés des médicaments ont continué à peser sur le coût moyen des prestations. Cela compte plus pour les prestations caractérisées par la prescription de plusieurs médicaments, telles que l'hospitalisation et la CPN. Cette question mériterait sûrement d'être enquêtée de manière plus approfondie : paradoxalement, la hausse du coût moyen par patient pourrait aussi être une



indication d'une amélioration de la disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires. Un indicateur donc d'un meilleur accès aux soins !

Toutefois, l'implication pour l'équité de l'accès financier aux soins n'en est pas moins préoccupante, surtout dans l'absence de mécanisme de prise en charge gratuite pour les indigents. Alors qu'un bonus d'équité a été conçu et versé aux FOSAs, celui-ci n'a pas été une incitation suffisante pour la prise en charge des indigents.

### *L'obligation de rendre compte*

Le régulateur est l'un des quatre piliers du FBP. L'expérience en RCA a souligné encore une fois l'importance d'impliquer le régulateur dès la conception et l'introduction d'une telle approche afin d'assurer sa pertinence contextuelle, son acceptabilité institutionnelle, son efficacité et sa pérennité (Brenzel 2009).

Le MSPPLS est une organisation formée sur un nœud de contrats verticaux qui gouvernent les obligations internes de ses entités. Notre analyse est que la contractualisation de l'Equipe Cadre de la Préfecture Sanitaire par l'OCF par un contrat parallèle et extérieur a nui à la relation partenariale entre les deux parties. En effet, l'OCF n'avait pas l'autorité pour évaluer la Préfecture Sanitaire ; cela a rendu la gestion de la relation contractuelle très difficile. La leçon est qu'un organe régulateur doit être contracté par son autorité hiérarchique, soit le MSPPLS au niveau régional ou central.

### *Transparence*

Il a été observé que les allégations de malversations ont fait surface dans certaines FOSAs où les mesures contractuelles de contrôle par les COGES avaient été violées, ce qui semble corroborer leur importance, ainsi que les faiblesses de leur imposition. Le cas d'un centre de santé, où le médecin chef gérait les subsides seul, sans informer le COGES, ni le personnel, des montants reçus, illustre ce point. Il aurait même dissout le COGES, sans raison valable, avant la disparition d'un moyen roulant et d'une somme importante d'argent du compte bancaire de la FOSA. Ceci confirme, a contrario, la pertinence de *l'outil d'indice*, un outil développé pour analyser toutes les recettes et dépenses d'une FOSA et calculer les primes à payer au personnel (Cordaid & SINA Health 2011). L'outil d'indice permet aux COGES de mieux jouer leur rôle de contrôle. Malheureusement il n'avait pas été introduit durant la première phase du projet.

En RCA la politique sanitaire a cherché à renforcer la transparence des prestataires par la participation de la communauté sous forme de cogestion (Ackerman 2004). Cependant, il a été observé dans plusieurs pays, que les COGES ne sont pas toujours opérationnels et que le rôle des membres communautaires est souvent négligé (Meessen et al. 2006; McCoy et al. 2011; Falisse et al. 2012). Le rôle du COGES défini dans le contrat FBP, a permis de l'instrumentaliser pour des fins de transparence dans la gestion financière. Cela dit, l'absence de rigueur dans l'application de ce critère dans la contractualisation par l'OCF, a entravé son aboutissement en résultats de bonne gouvernance.

## *Réceptivité*

La stratégie du FBP s'accompagne de la mise en place de certains mécanismes qui deviennent des outils susceptibles de faciliter la bonne gouvernance, mais qui ne sont pas toujours exploités de manière optimale (Falisse et al. 2012). La vérification communautaire, par exemple, se conjugue avec le principe de la réceptivité des systèmes de santé, qui permettrait d'assurer que les politiques, programmes et services sanitaires répondent aux besoins des bénéficiaires. Cette vérification est donc un outil pour communiquer aux prestataires ce que les utilisateurs demandent, dans l'optique de les inciter à y répondre. Cela dit, bien que les membres de la communauté se sentent autonomisés, il n'existe pas encore de mécanisme formel pour le retour de l'information collectée par les enquêteurs au niveau des FOSAs. La mise en place d'un tel mécanisme de feedback pourrait permettre la réalisation concrète de cet élément de réceptivité. Pour l'instant, cette approche ne sert ni sa fonction d'incitation « douce » aux prestataires pour répondre aux attentes des utilisateurs, ni d'incitation « dure », vu que la satisfaction n'influence pas le montant des subsides versés (McCoy et al. 2011).

## *Prospective*

Les données exploitables sont essentielles pour comprendre le système de santé, identifier ses lacunes et formuler des interventions adéquates. Les bases factuelles nécessaires à la prise de décisions avisées devraient se trouver dans le SNIS. Peu exploité et souvent suppléé, voire remplacé par des travaux parallèles de monitoring et de recherche entrepris par les programmes verticaux, le SNIS ne remplit pas adéquatement sa fonction (MSPPLS 2006). Les responsables des FOSAs manquent de motivation et parfois de formation pour compléter les rapports SNIS trimestriels demandés par le MSPPLS. Le projet a stimulé les FOSAs à réfléchir comment améliorer leurs services par le biais des plans de business. Etant une pratique innovatrice, l'élaboration de ces plans nécessite encore un accompagnement continu (supervision formative) des prestataires, mais elle semble déjà avoir contribué à une approche et une gestion plus proactive dans certains cas. De plus, les rapports SNIS sont maintenant utilisés par certaines FOSAs dans l'élaboration et le suivi de leurs plans.

Un découpage sanitaire et des normes de qualité à promouvoir et à faire respecter font également partie des fondements indispensables au système de FBP. La Préfecture Sanitaire n'avait pas été découpée en aires de santé avec des populations desservies bien définies et des FOSAs principales assignées. Actuellement, la taille des populations des aires de santé sont peu fiables, ces dernières ayant été déterminées de manière approximative par les FOSAs elles-mêmes et sans suffisamment d'encadrement par les autorités sanitaires et administratives. Cela engendre des difficultés de planification, de suivi et d'évaluation par rapport aux taux d'utilisation et de couverture par FOSA ou par aire de santé.

Un dernier élément important est celui des critères d'éligibilité au contrat d'une FOSA. Dans son rôle de régulateur, le MSPPLS devrait définir le plateau technique minimum requis (type de personnel, formation et équipement) pour offrir les composantes du PMA et du PCA ainsi que les compétences et attributions requis par catégorie de FOSA. En l'absence de telles directives, le projet a pris le risque d'acheter des performances de qualité inacceptable.

Les responsables (l'Etat) doivent avoir une vision générale et à long terme sur le développement sanitaire, ainsi qu'un sens des orientations stratégiques nécessaires à cette fin. Les données exploitables sont essentielles pour guider cette vision et ses stratégies de mise en œuvre. Dans la Préfecture de la Nana Mambéré, l'absence d'une telle vision et d'une telle base de données s'est faite ressentir dès la conception du projet. Bien qu'un Plan National de Développement Sanitaire existe, les priorités sanitaires de la préfecture n'avaient pas été articulées et ne pouvaient donc pas informer le choix des indicateurs à acheter et de leur importance relative (exprimée dans le prix par indicateur). Une vision des autorités sanitaires préfectorales aurait été un cadre de référence implicite entre Cordaid et l'Equipe Cadre de la Préfecture ; cela aurait favorisé la relation de partenariat. Elle aurait clarifié les objectifs sur lesquels Cordaid était tenu de s'aligner en tant que partenaire du MSPPLS . En partie due à l'absence d'une telle vision, le leadership et l'appropriation du FBP par les autorités sanitaires ne se sont pas matérialisés au cours de cette période de pilotage du FBP et ce dernier est encore perçu comme une approche propre à Cordaid.

### *Primauté du droit*

Il y a eu plusieurs constats de fraudes et de détournement de fonds dans un certain nombre de FOSA où les COGES avaient été écartés. Bien que l'OCF aurait pu utiliser son bâton financier pour pénaliser la fraude (ce qui est la norme depuis notre évaluation externe), le détournement de fonds nécessite une investigation et une prise en charge judiciaire, qui devrait revenir aux autorités publiques. En l'absence d'un comité de suivi préfectoral et l'implication officielle des autorités administratives, il était difficile pour l'OCF seul de prendre des mesures. Ceci représente une menace sérieuse pour la viabilité du système. Néanmoins, il est encourageant de noter que les montants importants en question, ainsi que le renforcement des COGES, ont apparemment contribué à la dénonciation de ces cas par les membres communautaires des COGES auprès de l'OCF et des autorités politico-administratives. Il s'agit d'un changement de comportement de la communauté, qui commence à réclamer la primauté du droit au lieu de se résigner à accepter l'impunité.

Cependant, une leçon importante peut être tirée de cette expérience. Une faiblesse notée dans les arrangements institutionnels de ce projet pilote était l'absence d'une *entité d'arbitrage*, et ce jusqu'à la fin de la première phase de mise en œuvre. Par défaut, ce rôle a donc été joué par l'OCF lui-même, ce qui est en contradiction avec le principe de la *séparation des fonctions*. Cela a engendré des inefficiences et un certain conflit d'intérêt. Sans la séparation de cette fonction, l'OCF a rencontré des difficultés à faire respecter la primauté du droit, étant donné que ce mandat ne lui revient pas. Au démarrage de la deuxième phase du projet un comité de pilotage a été instauré, composé de représentants des quatre acteurs clés dans l'approche FBP (cf. Figure 1). A la suite des investigations, ce comité a pris des mesures correctives et plusieurs contrats n'ont pas été renouvelés.

Tableau 2 : Mécanismes de promotion de la bonne gouvernance dans l'approche FBP

Elément de bonne gouvernance	Mécanismes de promotion de la bonne gouvernance dans l'approche FBP	Etat de lieu PS Nana Mambéré
L'efficacité et l'efficace	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduction d'une grille de qualité</li> <li>• Financement d'indicateurs qui correspondent avec le PMA/PCA</li> <li>• Diminution des tarifs</li> <li>• Accès gratuit aux soins par les indigents</li> <li>• Coûts de transaction de l'approche ≤30%</li> </ul>	<p>++</p> <p>++</p> <p>+</p> <p>±</p> <p>±</p>
L'obligation de rendre compte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions périodiques du Comité Préfectoral des Soins de Santé Primaires (CPSSP)</li> <li>• Rapportage périodique de l'OCF au CPSSP</li> <li>• COGES fonctionnels</li> </ul>	<p>±</p> <p>±</p> <p>++</p>
La transparence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séparation des fonctions</li> <li>• Outil d'indice pour le calcul des primes</li> <li>• Organe de pilotage du projet</li> <li>• Implication des COGES dans la gestion</li> <li>• Rapportage trimestriel de l'OCF aux autorités sanitaires et administratives</li> </ul>	<p>++</p> <p>±</p> <p>±</p> <p>++</p> <p>+</p>
La réceptivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotage avec l'implication de la Société Civile</li> <li>• Utilisation des résultats de l'enquête de satisfaction des clients</li> </ul>	<p>±</p> <p>+</p>
La prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plans de business des FOSAs</li> <li>• Renforcement du SNIS</li> <li>• Plan de développement sanitaire</li> </ul>	<p>++</p> <p>+</p> <p>±</p>
La primauté du droit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système de vérification des prestations</li> <li>• Règlement intérieur de l'OCF</li> <li>• Existence d'un organe d'arbitrage</li> </ul>	<p>++</p> <p>++</p> <p>±</p>

NB : Les symboles signifient que le projet n'a pas eu d'effet positif (±), qu'il a eu un peu d'effet positif (+) ou qu'il a occasionné un réel changement (++)

## CONCLUSION

Les principes de la stratégie de FBP de Cordaid sont très similaires aux principes de la bonne gouvernance, mettant l'accent sur la séparation des fonctions, la transparence, la participation communautaire, l'efficacité et l'efficience. La première expérience de FBP en RCA est riche en leçons. En premier lieu, elle a confirmé que plusieurs éléments de la bonne gouvernance sont souvent des prérequis pour le succès du FBP (Eldridge & Palmer 2009), tels que le leadership de l'Etat (régulateur), un système fiable d'informations sanitaires et une autonomie accordée aux prestataires, avec un encadrement adéquat. Cependant, la ou ces éléments sont faibles, le FBP peut contribuer à les renforcer. D'autre part, la stratégie du FBP à travers les changements institutionnels et les incitations qui l'accompagnent, peut être un levier puissant pour promouvoir la bonne gouvernance, en particulier la transparence, la prospective et la réactivité aux besoins de la population. Il s'agit dorénavant d'optimiser l'utilisation de ces instruments pour instaurer la bonne gouvernance de manière plus systématique et durable.

L'introduction d'un programme FBP demande une implication explicite du régulateur et l'existence (ou la création) d'un organe d'arbitrage. Celui qui pilote une telle approche se doit d'assurer une assistance technique afin que le régulateur puisse s'approprier l'utilisation du FBP comme un instrument important de transformation et de programmation rationnelle des interventions. De même, l'OCF se doit de se tenir aux principes de la bonne gouvernance par l'application correcte, rigoureuse et sans faille, de la sanction financière, en plus de l'incitation financière. Par ailleurs, les projets FBP devraient également prévoir des mesures pour assurer que l'OCF suive les principes de la bonne gouvernance, en travaillant en toute transparence et en rendant compte auprès des autorités et de la population.

Le FBP n'est pas une solution magique à tous les problèmes de gouvernance des systèmes sanitaires (Basinga, Mayaka et al. 2011; Ireland, Paul et al. 2011; Macq and Chiem 2011). Cependant, l'étude a montré que les aspects de la bonne gouvernance demandent une attention particulière de la part de ceux qui élaborent et gèrent un projet FBP. Le concept de bonne gouvernance se prête bien à être opérationnalisé pour concevoir et évaluer les expériences de FBP.

### *Conflits d'intérêt*

L'évaluation et la rédaction de cet article ont été financées par Cordaid. MR, PBP et PMD ont reçu des honoraires de Cordaid. DMB et MII sont (étaient) des employés de Cordaid en RCA et chargés du projet en question. DMB était le directeur de l'OCF en 2010-2011.

### *Remerciements*

Nous remercions sincèrement les responsables de Cordaid (La Haye, Bangui et Bouar), le Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida de la RCA, l'Equipe Cadre de la Préfecture Sanitaire de la Nana Mambéré, et tous les autres acteurs clés dans la mise en œuvre du projet FBP dans cette préfecture. Nous tenons tout particulièrement à remercier Mme Beatrice Looijenga, qui a lancé l'idée pour cet article, ainsi que les membres du comité d'édition du livre sur les expériences de FPB en Afrique Centrale et nos deux lecteurs (Catherine Korachais et Gyuri Fritsche), pour leur feedback constructif qui nous a stimulés à améliorer ce texte. Un grand merci aussi à Frank van de Looij (Cordaid) et Robert Soeters (SINA Health) pour leurs commentaires sur une version antérieure.

## RÉFÉRENCES

- Ackerman J (2004) Co-Governance for Accountability: Beyond “Exit” and “Voice.” *World Development* 32(3), 447-463.
- Basinga P, Gertler PJ et al. (2011) Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet* 377(9775), 1421-1428.
- Basinga P, Mayaka S et al. (2011) Performance-based financing: the need for more research. *Bull World Health Organ* 89(9), 698-699.
- Boidin B (2011) La ‘bonne gouvernance’ et les pays en développement : le cas des politiques de santé au Gabon. *Éthique et économique/Ethics and Economics* 8 (2).
- Brenzel L (2009) Taking Stock: World Bank Experience with Results-based Financing (RBF) for Health. World Bank, Washington, DC.
- Brinkerhoff DW (2004) Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy Plan* 19(6), 371-379.
- Brinkerhoff DW, Bossert TJ (2008) Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options. USAID, Health Systems 20/20.
- Cordaid & SINA Health (2011) PBF in Action: Theory and Instruments, PBF Course Guide .Chapter 3 Theories underlying PBF and good governance Robert Soeters, Peter Bob Peerenboom, Frank van de Looij
- Dodgson R, Lee K & Drager N (2002) Global Health Governance: A Conceptual Review. *Discussion Paper 1*. London School of Hygiene and Tropical Medicine & WHO.
- Eldridge C & Palmer N (2009) Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning* 24(3), 160-166.
- Falisse JB, Meessen B et al. (2012) Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi. *Trop Med Int Health*.
- Fourn L, Bodéa G, Medjigbodo R, Tchibozo H (2008) Influence de la pratique de la bonne gouvernance sur la qualité des soins maternels au Bénin. *Sciences et Médecine*. Rev. CAMES, Serie A. Vol. 06.
- Ireland M, Paul E et al. (2011) Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bull World Health Organ* 89(9), 695-698.

- Kaufmann D, Kraay A & Mastruzzi M (2009) Governance Matters VIII: Aggregate and Individual Governance Indicators, 1996-2008. World Bank Policy Research Working Paper No. 4978.
- Lewis M & Pettersson G (2009) Governance in Health Care Delivery: Raising Performance. World Bank Policy Research Working Paper no. 5074. World Bank: Washington, D.C.
- Macq J and Chiem JC (2011) Looking at the effects of performance-based financing through a complex adaptive systems lens. *Bull World Health Organ* 89(9), 699-700.
- MSPPLS (2006) Plan National de Développement Sanitaire (2006-2015). Gouvernement de la République Centrafricaine, Bangui.
- Meessen B, Musango L, Kashala J-P I & Lemlin J (2006) Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical medicine & international health* 11(8), 1303-17.
- 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), 153-156. World Health Organization, Geneva.
- Musgrove P (2011) Financial and other rewards for good performance or results: a guided tour of concepts and terms and a short glossary. Results-Based Financing for Health. The World Bank, Washington, D.C.
- OCDE (2011) Principaux éléments de la bonne gouvernance. *Direction de la Gouvernance publique et du développement territorial*. Retrieved July 7, 2011, from [http://www.oecd.org/document/48/0,2340,fr\\_2649\\_33735\\_1814576\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/48/0,2340,fr_2649_33735_1814576_1_1_1_1,00.html)
- OMS (2000) *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2008) *Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS*. Organisation Mondiale de la Santé, Copenhague.
- OMS (2010) *Rapport sur la santé dans le monde: Le Financement des Systèmes de Santé*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- Remme, M, Douzima, PM & Peerenboom, PBG (2011) Rapport d'Evaluation - Evaluation des deux premières années d'Achat de Performance dans la Préfecture de Nana Mambéré. ETC Crystal: Leusden.
- Soeters R & Kimanuka C (2009) Résultats de l'Enquête Ménage et de l'Enquête Qualité de Base pour le programme Achat de Performance Cordaid dans la Préfecture de Nana Mambéré 2009-2011.



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. World Health Organization, Geneva.

Soeters R, Peerenboom PB et al. (2011) Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Aff (Millwood)* 30(8), 1518-1527.

Soeters R, Peerenboom PB, Kimanuka C, Mushagalusa P (2011) Performance based financing in a failed state: Can it work and how? *Health Affairs* 30 (8), 1518–1527.

Soeters R and Vroeg P (2011) Why there is so much enthusiasm for performance-based financing, particularly in developing countries. *Bull World Health Organ* 89(9), 700.

Transparency International (2010). *Indice de Perception de la Corruption 2010*. Berlin.

Uwimpuhwe S, (2011) Cost Analysis of the Performance-Based Financing Scheme in Rwanda. School of Public Health, Kigali, National University of Rwanda, dissertation for MPH.

WHO (2011) Global Health Observatory Data Repository. Available at: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=1901>

World Bank (1994) *Managing development: the governance dimension*, World Bank: Washington DC.

World Bank (2003) *World Development Report: Making Services work for the Poor*. World Bank, Washington DC.

World Bank (2011) World Development Indicators. Retrieved July 7, 2011, from <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>