

BONNE GOUVERNANCE ET L'APPROCHE FBR

**REVUE DES MÉCANISMES DE L'APPROCHE FBR
DANS LE SECTEUR SANTÉ AU SUD-KIVU**

BONNE GOUVERNANCE ET L'APPROCHE FBR



REVUE DES MÉCANISMES DE L'APPROCHE FBR DANS LE SECTEUR SANTÉ AU SUD-KIVU

Auteurs : Peter Bob Peerenboom, Jennie van de Weerd⁴, Pacifique Mushagalusa², Michel Zabiti³, Piet Vroeg⁵



Mots clés : financement basé sur la performance, FBP, santé publique, gouvernance, RDC.

CONTENTS

1. INTRODUCTION	5
2. CONTEXTE	6
3. MÉTHODOLOGIE	7
3.1 Principaux éléments de l'approche FBP	7
3.2 Cadre analytique de l'étude	7
4. RÉSULTATS	9
4.1 L'efficacité	9
4.2 L'efficience	10
4.3 L'obligation de rendre compte	10
4.4 La transparence	10
4.5 La réactivité	11
4.6 La prospective	11
4.7 La primauté du droit	12
4.8 Résumé	13
5. DISCUSSION	14
5.1 La contractualisation	14
5.2 Connexion entre performance et paiement	14
5.3 La séparation des fonctions	14
5.4 L'autonomie de gestion	15
5.5 Renforcement communautaire	15
5.6 Equité	15
5.7 Divers	16
6. CONCLUSION	17
7. REFERENCES	18

Conflits d'intérêt

Les auteurs ont été impliqués comme experts dans le programme FBP depuis son démarrage en 2005 jusqu'à l'heure actuelle à des différents niveaux. L'article ne contient pas les résultats d'une recherche scientifique mais plutôt une analyse de la littérature couplée aux opinions personnelles des auteurs.

Remerciements

Nous remercions sincèrement les responsables de Cordaid (La Haye, RDC), les autorités administratives et sanitaires du Sud-Kivu et au niveau national à Kinshasa, et tous les autres acteurs clés dans la mise en œuvre du programme FBP en RDC.

1. INTRODUCTION

La RDC est un pays post-conflit complexe, dans lequel la guerre civile de 1997 à 2003 a particulièrement touché l'Est du pays, dont le Sud-Kivu fait partie. L'accord de paix de fin 2002 a conduit à un gouvernement intérimaire, une nouvelle constitution et des élections présidentielles et législatives en 2006. Un processus de décentralisation du gouvernement ne progresse que lentement. Le gouvernement provincial instauré en 2009 est loin de fonctionner normalement. Il y a des lacunes importantes par rapport à la réglementation, au financement des services administratifs et le fonctionnement de l'appareil judiciaire. A l'Est la situation sécuritaire n'a jamais été assurée à 100 pourcent. En 2012 les combats ont repris massivement dans la province du Nord Kivu. En février 2013 11 pays ont signé un accord de paix sous l'auspice des Nations Unies et l'Union Africaine. Le mandat de la MONUSCO a changé et actuellement une force armée des Nations Unies essaye ensemble avec les FARDC (l'armée régulière de la RDC) d'instaurer la paix dans la région de l'Est.^{1, 2}

La Province du Sud Kivu compte au total environ 4,6 millions habitants avec une superficie de 65.128 km².³ Le PIB par habitant est estimé à 272\$ par an pour tout le pays.⁴

En 2006 l'ONG néerlandaise Cordaid a introduit l'approche de financement basé sur la performance (FBP) au Sud-Kivu dans le secteur santé. Depuis janvier 2008 il y a eu l'extension dans le secteur de l'éducation et la réhabilitation des routes. Ensuite des programmes dans le secteur de l'administration territoriale (à partir de 2010), la Police (à partir de 2011) et la justice (2013) s'y sont ajoutés.⁵

Le FBP cherche à inciter des prestataires des services afin d'augmenter l'efficacité et l'efficience des services rendus.^{6, 7} L'approche de Cordaid est basée sur 6 principes⁸ : la contractualisation, la connexion entre la prestation (=quantité et qualité des services) et son paiement, l'autonomie de gestion, la séparation des fonctions, le renforcement communautaire et la compensation pour l'équité. Ces principes s'inscrivent bien dans le cadre conceptuel de la bonne gouvernance.^{7, 9, 10} La gouvernance a été définie par la Banque Mondiale comme étant « *la manière dont le pouvoir est exercé dans la gestion des ressources économiques et sociales d'un pays pour son développement* »⁹. Elle requiert l'existence de normes par rapport aux différents sujets tels que l'information, la gestion, les incitations et la responsabilisation.^{10, 11, 12}

Le présent article a comme objectif de décrire l'évolution de l'approche FBP dans le secteur santé au Sud-Kivu dans la perspective de la bonne gouvernance. Il s'agit de questions telles que : (i) Quels mécanismes et outils du FBP soutiennent la bonne gouvernance ? (ii) Quelles sont les forces et les faiblesses de l'approche FBP par rapport à la gouvernance ? (iii) Quelles sont les leçons à tirer pour d'autres secteurs dans un contexte fragile ?

2. CONTEXTE

L'approche FBP a été introduite dans le secteur santé en 2006 dans les Zones de Santé de Idjwi et Katana avec la contractualisation des Formations Sanitaires (FOSA) et les Bureaux Centraux des Zones de santé (BCZ). En 2008 les Zones de santé de Shabunda et Lulingu ont joint le programme et en 2009 la Zone de santé de Miti Murhesa s'est ajoutée. La même année un contrat avec la Division Provinciale de la Santé (DPS) a été signé, et enfin en 2011 le Ministère Provinciale de la Santé (MPS) a été contracté. Cet article se base sur l'expérience de FBP dans les 5 zones de santé sur les 34 qui composent la province du Sud-Kivu.

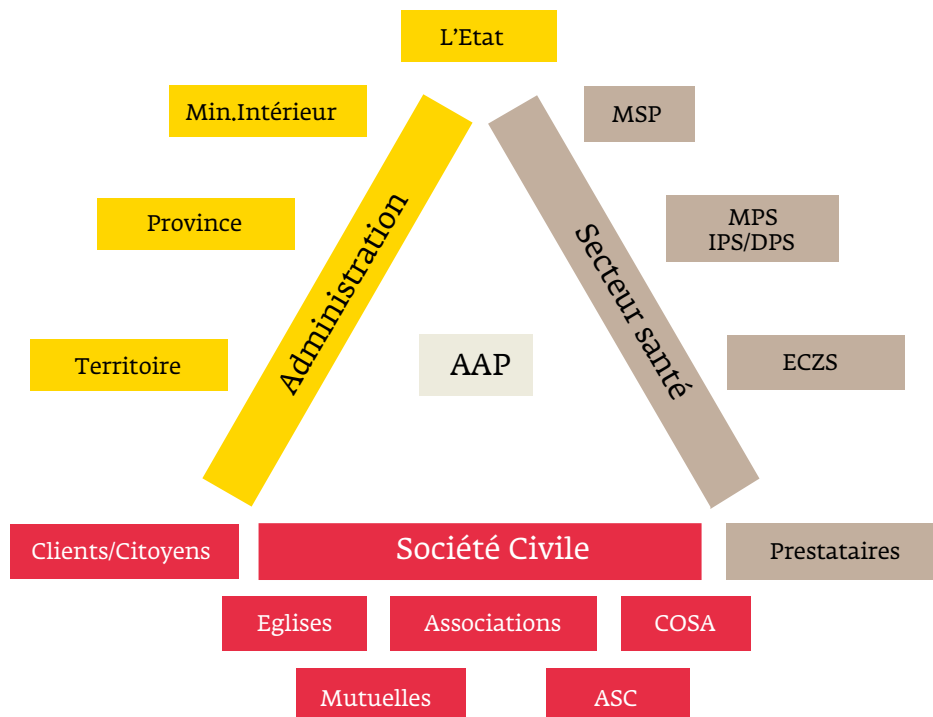
Au démarrage le programme FBP a été géré par le Bureau Diocésain des œuvres Médicales de Bukavu. Dès le début une réflexion a été entamée pour la mise en autonomie de l'équipe et ainsi en 2008 l'Agence d'Achat de Performance (AAP) Sud

Kivu a vu le jour comme ASBL indépendante. Le FBP au Sud Kivu a été financé par plusieurs bailleurs : l'Union Européenne, l'Unicef, des fonds propres Cordaid et la Coopération Néerlandaise.

En parlant de la bonne gouvernance, il s'agit de la relation entre des différents acteurs. Pour visualiser les relations principales, nous avons adapté le triangle développé par la Banque Mondiale.³ Le FBP s'inscrit logiquement dans ce cadre illustré dans la Figure 1, avec l'AAP placée au centre du triangle, comme quatrième type d'acteur.⁷

L'Etat doit orienter l'approche FBP dans son rôle de régulateur. L'AAP est responsable pour la fonction d'achat (contractualisation, vérification, validation et paiement) et elle doit rendre compte de son travail auprès du régulateur et des clients/citoyens.

FIGURE 1 RELATIONS ENTRE LES ACTEURS DE DÉVELOPPEMENT (13, 14, 15 ADAPTÉS)



3. MÉTHODOLOGIE

Ce paragraphe contient la description globale du programme, la façon dont le concept de la bonne gouvernance a été opérationnalisée et les sources des données analysées.

3.1 Principaux éléments de l'approche FBP

Au niveau provincial le programme a créé l'Agence d'Achat de Performance (AAP), une ASBL indépendante qui est chargée de la fonction d'Achat. Son Conseil d'Administration comprend des représentants de l'administration territoriale, des représentants de la DPS et des BCZ, des représentants des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et des représentants de la société civile.

Les Centres de Santé (CdS) et les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) signent des contrats avec l'AAP. L'AAP contracte un Paquet Minimum d'Activités (PMA : 22 indicateurs) au niveau des CdS et un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA : 24 indicateurs) au niveau des HGR. Une deuxième tâche de l'AAP consiste à vérifier la quantité des prestations déclarées par les FOSA. Le montant à payer est proportionnel à la quantité des prestations fournies et est majoré par une prime de qualité et un bonus d'équité selon le cas. La tarification du FBP n'est pas basée sur les coûts réels des actes, mais plutôt sur un choix raisonné sur les priorités en santé publiques, la performance actuelle et le budget disponible. Les coûts de l'approche FBP dans les 5 zones varient autour d'une moyenne de 2\$ par habitant par an.

La vérification se réalise mensuellement par l'examen des registres des FOSA par l'AAP pour établir leurs prestations quantitatives sur chaque indicateur contracté. Ensuite l'AAP contracte des associations locales dont la tâche est de valider trimestriellement, par des enquêtes communautaires, les données des registres sur base d'un échantillon aléatoire stratifié tiré dans la liste des noms des patients enregistrés.

Le score de qualité est composé d'un score de qualité technique (pondération 60%) et de qualité perçue (40%). L'évaluation de la qualité technique des CdS s'effectue trimestriellement par l'équipe cadre de la Zone de Santé, en collaboration avec l'AAP et la DPS. Celle des HGR se fait par les pairs des autres zones de santé. L'évaluation communautaire conduit à un « score de qualité perçue » qui est déterminé sur base des résultats du dépouillement des enquêtes communautaires par rapport aux sujets tels que la durée d'attente, la disponibilité des médicaments et la satisfaction du patient par rapport aux soins reçus.

Le « bonus d'équité » est une prime additionnelle variant de 0 à 40% des subsides de base, accordée aux FOSA qui doivent faire face à d'importants problèmes qui pèsent sur leur performance (enclavement, pauvreté, nombre de réfugiés) et qu'elles ne peuvent pas résoudre elles-mêmes. Toutes les formations sanitaires reçoivent une prime d'équité qui varie de 3% (Centres de Santé) et 5% (hôpitaux) pour pouvoir traiter des groupes cibles (indigents, réfugiés) gratuitement.

Les détails du programme se trouvent dans le guide d'application et de vérification de l'AAP.¹⁶

3.2 Cadre analytique de l'étude

Pour opérationnaliser le concept de la bonne gouvernance, nous avons utilisé le modèle développé en RCA¹⁴ et Burundi.¹⁷

L'efficacité fait référence au niveau d'atteinte des objectifs tels que l'accès aux services, l'équité et la qualité.

L'efficience concerne l'utilisation optimale des intrants pour la production de prestations (OMS 2000). Il s'agit des coûts de transaction et des coûts du programme par habitant par an.

L'obligation de rendre compte de son action concerne tout agent responsable de la réalisation des objectifs, soient les responsables des services de l'administration, les prestataires des services et l'AAP.

La transparence de l'action et du processus décisionnel sous-entend un échange ouvert et régulier d'informations entre les parties prenantes ou à l'intérieur des équipes de travail.

La réactivité tient de la capacité des acteurs à répondre aux attentes et besoins de la population.

La prospection signifie la capacité de prévoir pour le futur. Il s'agit des plans opérationnels et stratégiques budgétisés, s'appuyant sur une base fiable et réceptive des données.

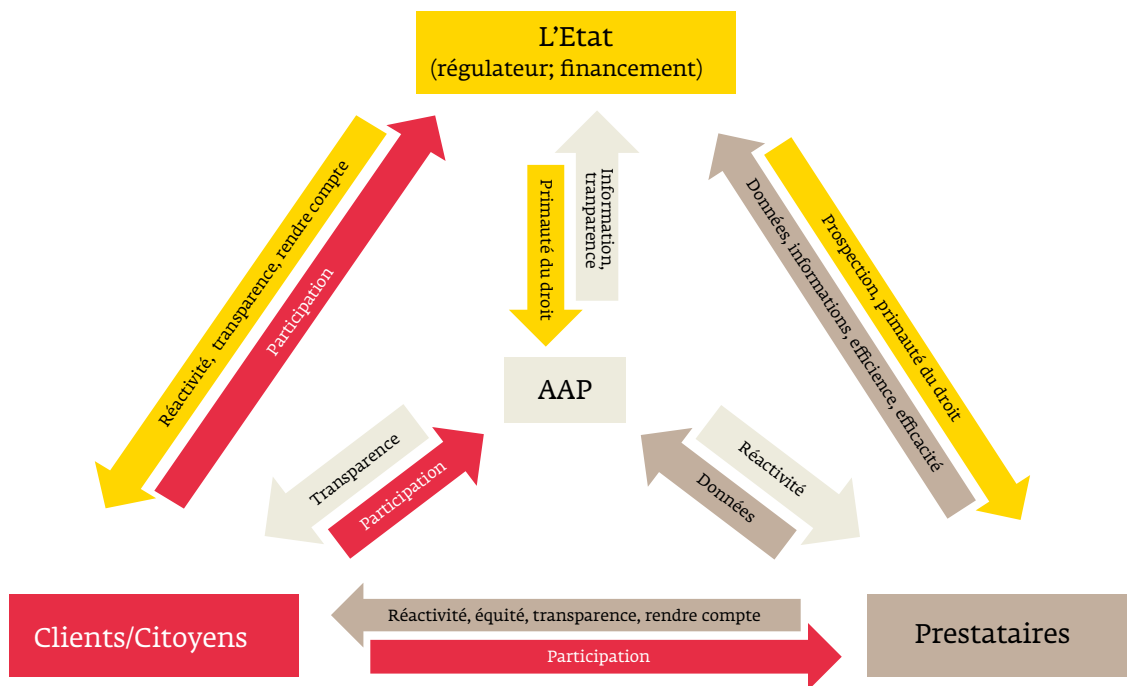
La primauté du droit : il ne peut exister de bonne gouvernance sans cadres juridiques justes et appliqués en toute impartialité.

Ce modèle a été une modification du modèle de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Européen.¹⁸ Il rassemble six principes : (i) l'efficience et l'efficacité, (ii) l'obligation de rendre compte, (iii) la transparence, (iv) la réactivité, (v) la prospection et (vi) la primauté du droit. La figure 2 donne un résumé des principaux éléments de bonne gouvernance qui jouent entre les acteurs clés.

3.3 Collecte des données

Il s'agit principalement d'une étude de cas dont l'analyse s'appuie principalement sur les données publiées dans des rapports, présentations et articles. Dans certains cas les auteurs ont été impliqués dans l'élaboration de ce matériel. Il y a également eu quelques évaluations externes indépendantes^{19, 20, 21, 22} du programme au Sud-Kivu. Les données écrites sont complétées par les expériences personnelles des auteurs.

FIGURE 2 **BONNE GOUVERNANCE SERVICES PUBLICS [11, ADAPTÉ]**



4. RÉSULTATS

Dans ce chapitre les résultats sont décrits par rapport aux six éléments de la bonne gouvernance. La grande majorité des données quantitatives sont pris des rapports annuels de l'AAP.²³

4.1 L'efficacité

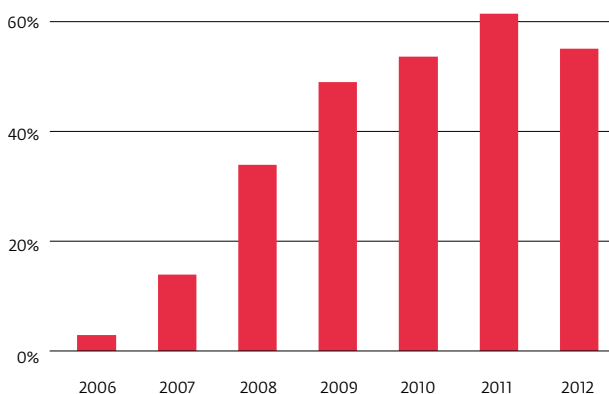
Le premier objectif de l'approche FBP est de rendre des services de base accessibles à la population. Le lien entre la performance et le paiement incite le contracté à mieux performer. Au Sud-Kivu l'efficacité du programme FBP est mitigée. Au démarrage, plusieurs indicateurs quantitatifs ont augmenté d'une année à l'autre, mais en 2012 il y a eu une chute importante. La figure 3 montre l'exemple des CS dans les Zones de Santé d'Idjwi et Katana, dont l'AAP dispose des données depuis 2006. Le taux d'utilisation des nouveaux cas de malades (NC) et le taux des nouvelles utilisatrices d'une méthode de planning familial (PF) montrent une augmentation durant les premiers six ans. La cause de la diminution en 2012 est l'arrêt du projet durant 2 mois et la diminution des subsides PBF ce qui a incité les CS à augmenter leur tarifs pour les malades.

FIGURE 3 EVOLUTION DU TAUX DE NOUVEAUX CAS DE MALADES, ET DU TAUX D'UTILISATRICES DE PLANNING FAMILIAL AUX CS.

Taux d'utilisation NC aux CS



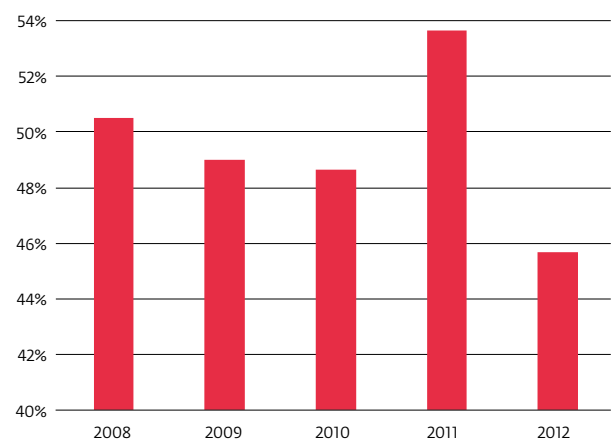
Planning Familial, nouvelles utilisatrices aux CS



Il y a plusieurs indicateurs payés par le programme FBP qui n'ont pas beaucoup évolué pour des raisons diverses, par exemple le taux d'accouchements assistés aux CS (figure 4). La raison principale pour la chute en 2012 était l'exigence de l'AAP d'avoir un score de qualité d'au minimum de 60% pour être payé pour cet indicateur. Le dépistage de la tuberculose est passé de 21,6% en 2010 à 14,3% en 2012, d'où une baisse. Ceci est lié au nombre limité de centres de diagnostic et traitement et ce n'est que pendant les campagnes de masse qu'on voit cet indicateur s'améliorer.

FIGURE 4 TAUX D'ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS AUX CS DES ZDS D'IDJWI ET KATANA.

Taux d'accouchements assistés aux CS



Les indicateurs relatifs aux enfants ayant reçu la vitamine A ainsi qu'à la distribution de moustiquaire imprégnée d'insecticide ont été abandonnés en cours de programme. C'est suite à l'organisation par le ministère de la santé et ses partenaires de plusieurs campagnes de distribution gratuite de ces intrants dans la communauté, ce qui a limité leur développement par les CS. Et l'indicateur relatif aux latrines construites et/ou améliorées n'a pas pu être poursuivi suite aux difficultés rencontrées dans la vérification de cet indicateur qui n'était pas formulé d'une façon SMART (Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, défini dans le Temps).

Dans le programme FBP l'Agence d'Achat a également contracté les Bureaux Centraux des Zones de santé. Le tableau 1 montre l'évolution des indicateurs durant la période 2010 - 2012.

On constate une nette amélioration du fonctionnement des équipes cadres, bien que l'encadrement et l'assurance de la qualité dans les CS (supervision !) reste toujours faible. Afin de renforcer le rôle du régulateur, le bureau de Cordaid Bukavu a également contracté la Division Provinciale de la Santé, et plus particulièrement le bureau 2 qui s'occupe du financement du secteur de santé (FBP, mutuelles, e.a.), le bureau 5 qui gère les données statistiques (SNIS), et le bureau 3 qui s'occupe du contrôle de la qualité des médicaments.

TABLEAU 1. EVOLUTION DES INDICATEURS DES BCZ 2010-2012

INDICATEUR BCZ	2010	2012
Mise en place ECZ	58%	79%
Activités de planning et coordination de l'ECZ	44%	64%
Activité de suivi et évaluation de l'ECZ	72%	82%
Encadrement et assurance qualité	47%	52%
Gestion Financière	46%	91%
Approvisionnement en MEG	77%	79%
Total	54%	74%

Les résultats suivants ont été obtenus : Le recensement des pharmacies dans la Province a été effectué suivi d'une répression des fournisseurs et des vendeurs illicites des médicaments. L'accompagnement des structures sanitaires publiques et/ou privées dans la collecte de données sur la pharmacovigilance (données sur les effets secondaires nouvellement identifiés) avec retro-information des structures a été introduite. Le plan stratégique de la réforme hospitalière et le guide méthodologique d'Elaboration du Plan d'Etablissement Hospitalière ont été vulgarisés. Et 4 HGR ont été appuyés à la rédaction des Plans d'Etablissements Hospitaliers. Le bureau de SNIS a démarré la diffusion périodique des informations sanitaires de la province à travers le Bulletin d'Information Sanitaire. D'autres exemples de l'implication du régulateur dans l'approche sont :

- L'implication de la DPS dans la définition des indicateurs à financer et leurs prix respectifs ;
- La vérification des données par l'AAP et leur validation par les ECZ avant tout paiement ;
- L'évaluation des résultats des ECZ par la DPS.

4.2 L'efficience

Un élément d'efficience de l'approche sont les coûts de transaction, soient les frais pour faire fonctionner l'Agence d'Achat et payer les activités de vérification (vérification par l'AAP, vérification communautaire, vérification de la qualité par le régulateur et vérification de la qualité par les pairs dans les HGR). Au début du programme ce pourcentage était bien élevé (>30%), mais plusieurs mécanismes ont permis à réduire le pourcentage :

1. Une diminution des frais de formation des acteurs, étant donné que de plus en plus les parties prenantes sont formés et au courant de l'approche.
2. Une diminution d'activités de contrôle ; les prestataires comprennent de mieux en mieux l'approche et les conséquences en cas de fraude ; ceci a permis de changer le rythme de la vérification. Au lieu d'organiser un accompagnement et une vérification mensuelle par l'AAP, le rythme actuel est trimestriel.
3. L'introduction de la contractualisation dans d'autres secteurs dans les mêmes zones de santé, ce qui permet d'économiser sur les frais de fonctionnement et de déplacements.

Actuellement les coûts de transaction pour le programme FBR au Sud-Kivu se situe autour de 19%.²³

4.3 L'obligation de rendre compte

La mesure la plus importante de l'approche FBR pour favoriser cet élément est le principe de la séparation des fonctions avec une description nette du rôle de chacun dans l'approche. Il s'agit en premier lieu de la séparation des fonctions des prestataires de service (CS, HGR), des clients (rôle de consommateur), de l'administration (rôle de régulateur et de contrôle) et de l'AAP (rôle d'achat). Plusieurs activités ont favorisé ce principe :

1. La mise en autonomie juridique de l'Agence d'Achat avec une séparation nette du BDOM de Bukavu. Ce dernier est au même moment prestataire des services de santé et organe de coordination des FOSA catholiques. Ensuite le BDOM encadre une dizaine de Zones de santé sous la demande de la DPS.
2. La contractualisation des autorités sectorielles (ECZ, DPS, MSP provinciale) pour accomplir leur tâche de régulation et de contrôle. Au même moment, il y a eu arrêt du système de cotation dans lequel les FOSA contribuent financièrement au fonctionnement de la hiérarchie sanitaire.
3. L'instauration d'un système de réunions de travail et de rapportage périodique de toutes les parties prenantes.
4. L'implication des structures de concertation (Conseil d'Administration de la Zone de Santé, Comité de Pilotage Provincial du Secteur de Santé [CPP-SS]).
5. Le renforcement des organes auxquels il faut rendre compte : Le Conseil d'Administration de l'AAP; le CODESA auquel l'équipe du CS doit rendre compte ; le COGES auquel la direction de l'hôpital doit rendre compte, etc.

4.4 La transparence

L'approche FBR favorise la transparence par plusieurs mécanismes complémentaires :

1. L'ouverture d'un compte bancaire pour chaque structure contractée avec exigence de double ou triple signatures, dont pour les CdS l'implication (cogestion) du CODESA et le Comité de Gestion (HGR), ce qui renforce l'implication de la communauté dans la gestion des FOSA.
2. Le renforcement de la gestion financière par l'introduction des outils de gestion (livres comptables, logiciels, formation, bilan consolidée, etc.), ce qui a donné une amélioration nette de la gestion dans les CS (Tableau 2).
3. L'harmonisation entre les données FBR et les statistiques déclarées aux autorités administratives (SNIS) avec une augmentation de la qualité et présences des données. La promptitude est passée de 86% à 98% et la complétude de 96% à 100%.²⁴
4. L'évaluation conjointe AAP/ECZ des résultats qualitatifs et quantitatifs dans les centres de santé et avec les pairs dans les hôpitaux. A ceci il faut ajouter la vérification communautaire réalisée par les associations locales. Les ateliers semestriels de restitution des résultats sont organisés dans chaque zone de santé où le feedback est fait à l'intention des FOSA avec la participation des régulateurs, de la communauté (ASLO et CODESA). Ce feedback doit servir de base pour la planification de la période suivante en vue d'y porter de correctifs.
5. La transparence dans la composition des grilles de qualité et les scores attribués.
6. L'introduction de l'outil d'indice pour contrôler les recettes et dépenses des services et pouvoir calculer la prime à payer au personnel. En 2012 62% des COSA utilisait cet outil. Actuellement (fin 2014) ce pourcentage est passé à 91%. Là

TABLEAU 2 EVOLUTION DES INDICATEURS DE GESTION FINANCIÈRE DANS LES CS DE LA ZS DE KATANA, IDJWI ET MITI-MURHESA

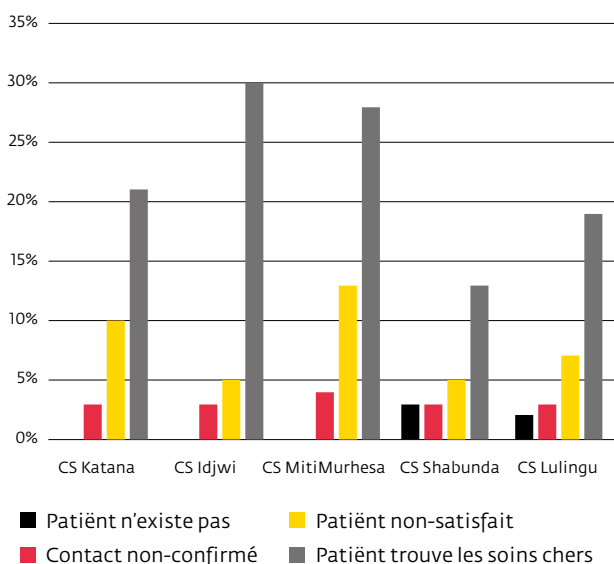
DESCRIPTION DE L'INDICATEUR	TRIM 1 2012	TRIM 2 2012	TRIM 3 2012	TRIM 4 2012
Existence des outils de gestion financière disponible et à jour	20%	57%	67%	79%
Proportion des dépenses effectuées selon les prévisions	10%	26%	34%	29%
Proportion des dépenses non prévues effectuées < 5%	12%	28%	31%	22%
Proportion des dépenses correctement justifiées	17%	41%	38%	44%
Disponibilité des rapports financiers du CS	31%	87%	94%	94%
Soldes des livres de caisse correspondent avec le montant en caisse	24%	64%	66%	74%
Système mensuel établi dans lequel les recettes, dépenses de fonctionnement, investissements et prime de performances sont calculés et réparti selon les normes	24%	57%	91%	93%
Utilisation correcte et systématique de l'outil Indice	30%	51%	54%	59%
Total	21%	52%	59%	62%

où on utilise l'outil, les agents savent sur quels critères ils sont évalués, comment leur performance influe sur leur prime et comment est calculé leur prime. La non-utilisation entraîne par endroit un manque de transparence et des problèmes de collaboration et des conflits.

7. Les reportages trimestriels à tous les niveaux auprès des organes de contrôle.
8. Les audits externes de l'AAP.
9. Le tenu et la publication des évaluations externes.

4.5 La réactivité

La réactivité concerne la capacité et la volonté d'adapter son activité par rapport aux souhaits exprimés par les clients. Pour être réactif, il faut connaître l'opinion des bénéficiaires. Raison pour laquelle l'approche FBP a instauré l'organisation systématique des enquêtes. Des associations locales sont contractées par l'AAP pour chercher des clients et leurs demander leur opinion par rapport à l'utilisation des services (satisfaction, coûts, etc.). Dans le calcul de score de qualité, le résultat de ces enquêtes est pondéré à 40% du score.

FIGURE 5 COMPARAISON DES 4 INDICATEURS DE VÉRIFICATION COMMUNAUTAIRES DANS LES 5 ZS AU 1ER SEMESTRE 2011


La figure 5 montre comment les clients apprécient les services de santé en 2011. Un pourcentage élevé (entre 13 et 30%) les trouve encore chers. En 2007 ce pourcentage s'élevait encore à 44%. En 2007 le pourcentage des patients non-satisfaits était de 19% ; ce pourcentage a baissé en 2011, car on a trouvé respectivement 10% et 5% pour les ZS de Katana et Idjwi.

Ensuite, la population est représentée dans plusieurs organes qui sont concernés par le FBP : les CODESA et les COGES, le CPP-SS, etc. L'introduction d'un mécanisme de programmation systématique (plans de travail trimestriels, plan d'action annuel) obligent les équipes de réfléchir périodiquement comment augmenter leur efficacité. Le plan de travail trimestriel du CS doit obligatoirement être co-signé par le président du CODESA.

Parmi les éléments concrets qui ont changé au niveau des FOSA, nous pouvons citer :

- Le recrutement du personnel féminin dans tous les centres de santé pour réaliser les activités de santé de la reproduction, particulièrement la planification familiale ;
- La réalisation des enquêtes communautaires relatives au PF par les enquêteurs féminins ;
- La séparation des malades en observation dans les centres de santé par sexe dans les salles différentes ;
- Les horaires du service de laboratoire tous les jours et non seulement quelques jours de la semaine ;
- Le remplacement de certains personnels dans les FOSA et l'augmentation du personnel qualifié afin d'assurer leur présence en permanence ;
- L'achat des équipements qui manquaient pour certains services et l'amélioration des conditions d'accueil.

4.6 La prospective

On peut considérer la prospective à deux niveaux :

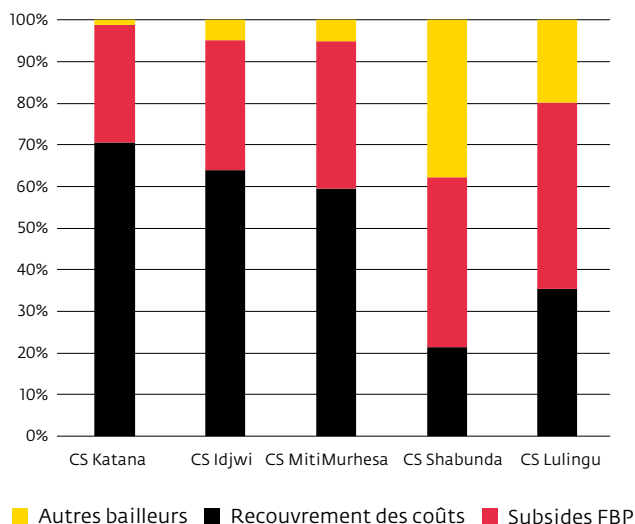
- (i) La capacité de prévoir le futur à l'intérieur d'un service, mais également
- (ii) La question de la pérennité de l'approche FBP en soi. Par rapport à la capacité de prévoir, le FBP demande aux services contractés la programmation trimestrielle des activités (plan de business). Dans ce plan, le service est demandé de décrire comment il prévoit s'améliorer en quantité et/ou qualité de services rendus, le plan d'investissement, etc. Afin de promouvoir la pérennité de l'approche plusieurs activités ont été menées :

1. L'implication du régulateur et de l'administration territoriale dans l'approche.
2. La formation des acteurs clés à tous les niveaux dont le cours international sur le FBP en faveur des décideurs provinciaux.
3. La création d'une structure indépendante (l'AAP) avec l'implication de tous les acteurs clés dans son conseil d'administration.
4. L'organisation en 2010 d'un atelier provincial sur le financement du secteur de la santé et l'adoption du FBP par les autorités provinciale comme modalité de financement. Récemment (2013) un mémorandum d'attente a été conclu avec tous les partenaires intervenant dans le secteur de la santé incluant l'application de l'approche PBF pour un minimum de 15 % du budget de chaque partenaire.
5. Des visites de terrain et des missions d'accompagnement à des différents niveaux.
6. Le tenu d'un atelier national de briefing des cadres du niveau central sur le financement basé sur la performance (2012, 2013).
7. Le plaidoyer pour faire introduire une ligne budgétaire FBP santé dans le budget de l'Etat et de la Province. Le plaidoyer auprès du Ministère du Plan et du budget pour que l'AAP soit inscrit au budget national a abouti favorablement. L'année 2013 est la première année qu'une partie du programme FBP de l'AAP est budgétisé par le Ministère du Plan.

Concernant les Associations à base communautaire qui font les enquêtes de vérification, un des critères d'éligibilité a été leur fonctionnalité comme association (objectif, nombre de membres, etc.). A ce niveau la question de la pérennité ne se pose pas tellement. Ce n'est pas le FBP qui a créé ces associations, mais elles ont leurs propres missions et le FBP leur fait un revenu supplémentaire. Souvent ces associations développent d'activités génératrices de revenus.

Pour les FOSA la question de la pérennité est plus importante. Le recouvrement des coûts des CS par la contribution des clients représente 60 à 70% au 1er semestre 2012 dans les ZS du district nord (Katana, Idjwi, Miti-Murhesa) contre 20 à 35% dans

FIGURE 6 PROVENANCE DES RECETTES DES CS PAR ZONE, 1E SEMESTRE 2012.



les ZS du district ouest (Shabunda, Lulingu) [figure 6]. Ce qui veut dire que dans certaines zones le fonctionnement des FOSA dépend énormément du FBP. Un arrêt brusque de l'approche aura un impact assez important sur leur fonctionnement. Ceci a emmené certaines FOSA à réfléchir et à démarrer des activités génératrices de revenus.

4.7 La primauté du droit

Le système de FBP représente une entrée d'argent directe avec des montants assez importants. Ceci peut évidemment être une incitation à la fraude et au détournement de fonds. Pour que le système fonctionne bien, la primauté du droit est une condition sine qua non. Dans l'approche FBP le système de vérification et de validation est assez rigoureux :

1. La vérification mensuelle par l'AAP des prestations déclarées ; au démarrage du programme chaque structure contractée est visitée mensuellement. Après quelques années, le rythme a changé vers un contrôle trimestriel.
2. L'introduction d'une vérification communautaire par échantillonnage. Chaque trimestre un échantillon aléatoire est tiré des indicateurs achetés et les malades visités pour vérifier l'acte, le paiement, etc. La figure 5 montre, que dans un pourcentage minimale (<4%) il est difficile de retrouver le malade et/ou de confirmer l'acte déclaré. Dans les Zones de Shabunda et Lulingu ce pourcentage est un peu plus élevé à cause de la guerre et les multiples déplacements de la population.
3. L'instauration d'un mécanisme de contre-vérification par la direction de l'AAP afin d'être sûr que les vérificateurs de l'AAP font correctement leur travail.
4. La constitution des équipes mixtes (régulateur – AAP) pour faire le contrôle de la qualité.
5. L'établissement d'un organe d'arbitrage au moment où il existe un désaccord entre l'AAP et un service contracté.
6. La comparaison des données FBP et les déclarations dans le SNIS.

TABLEAU 3 EVOLUTION DES ÉCARTS ENTRE LES DONNÉES DÉCLARÉES ET LES DONNÉES VÉRIFIÉES ZS KATANA, IDJWI, MITI-MURHESA.

INDICATEUR	2009	2012
NC Cons Ext (Tx utilisation)	7%	0%
Patients graves référés arrivés	27%	11%
ECV (avant 12mois)	6%	2%
Couverture CPN	4%	0%
Accouchements assistés (dans les CS)	2%	0,3%
PF Nouvelles utilisatrices	11%	5%

A plusieurs reprises des sanctions ont été infligées au moment de fraudes constatées. Il y a eu des suspensions des contrats pour quelques FOSA qui ont présenté de problèmes de fraude et des sanctions administratives pour le personnel concerné dont certaines personnes ont été soit dégradées, soit purement remplacées. Ce même principe s'applique aussi pour les contrats signés avec les régulateurs provinciaux (Ministère de la Santé et DPS) où un contrat a été résilié à la suite de la découverte de certaines fausses déclarations. L'expérience

montre que surtout au démarrage de la contractualisation, les acteurs ne se réalisent pas encore les mécanismes. En général les problèmes de fausses déclarations diminuent avec le temps (tableau 3).

4.8 Résumé

Dans le texte antérieur nous avons abordé la relation entre l'approche FBP et la bonne gouvernance. Le tableau 4 en résume l'essentiel.

TABLEAU 4 RÉSUMÉ DE L'INFLUENCE DE L'APPROCHE FBP SUR LA GOUVERNANCE.

ÉLÉMENTS DE BONNE GOUVERNANCE	MÉCANISMES DE PROMOTION DE LA GOUVERNANCE	CONTRIBUTION RÉELLE À LA BONNE GOUVERNANCE
L'efficacité et l'efficacé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Financement d'indicateurs qui correspondent avec le PMA/PCA ■ Introduction d'une grille de qualité – développement des scores ■ Financement supplémentaire pour les soins gratuits pour les indigents ■ Investissements en infrastructures par les FOSA ■ Supervision régulière des FOSA par l'ECZ 	<p style="text-align: center;">++</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+/-</p> <p style="text-align: center;">±</p> <p style="text-align: center;">±</p>
L'obligation de rendre compte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Séparation des fonctions ■ Réunions périodiques du Conseil d'Administration de l'AAP ■ Réunions trimestrielles de restitution des résultats ■ Ateliers provinciaux de présentation des résultats ■ Réunions sous-commission Financement du CPP-SS ■ CODESA et COGES fonctionnels 	<p style="text-align: center;">++</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">++</p> <p style="text-align: center;">±</p> <p style="text-align: center;">±</p> <p style="text-align: center;">+</p>
La transparence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Séparation des fonctions ■ Utilisation de l'outil d'indice pour le calcul des primes ■ Ouverture des comptes bancaires ; appui à la gestion financière ■ Organe de pilotage du projet ■ Rapportage trimestriel de l'AAP aux autorités sanitaires et administratives ■ Audits réguliers ■ Evaluations externes 	<p style="text-align: center;">++</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">++</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">++</p>
La réactivité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pilotage avec l'implication de la Société Civile ■ Utilisation des résultats de l'enquête de satisfaction des clients ■ Monitoring et adaptation du programme par rapport aux résultats et défis constatés ■ Implication des COGES dans la gestion 	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p>
La prospective	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plans de business des FOSA ■ Formation des acteurs à plusieurs niveaux ■ Renforcement du SNIS ■ Influence du programme sur le plan de développement sanitaire (DS / PS) 	<p style="text-align: center;">±</p> <p style="text-align: center;">++</p> <p style="text-align: center;">++</p> <p style="text-align: center;">+</p>
La primauté du droit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Système de vérification des prestations ■ Validation conjointe des données (AAP, ECZ, FOSA) ■ Règlement intérieur de l'AAP ■ Existence d'un organe d'arbitrage ■ Mesures en cas de fraude ■ Utilisation des résultats de la contrevérification 	<p style="text-align: center;">++</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">±</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p>

5. DISCUSSION

Notre discussion suit les six principes de l'approche FBP développée par Cordaid.⁸

5.1 La contractualisation

La contractualisation suppose l'existence de deux parties indépendantes qui sont libres à s'engager aux obligations réciproques. Au démarrage la fonction d'achat a été confiée au BDOM Bukavu, étant le partenaire historique de Cordaid dans la Province. Vu le principe de la séparation des fonctions il était clair dès le début qu'on devrait transférer cette fonction à une organisation plus indépendante. A l'absence des mutuelles de santé bien organisées et d'une administration territoriale suffisamment crédible, Cordaid a choisi de créer une Agence d'Achat indépendante (voir paragraphe 5.3).

L'AAP ne contracte pas un individu, mais plutôt des structures (CS ou hôpital) afin de stimuler le travail en équipe. La signature des contrats avec les formations sanitaires n'a pas donné des problèmes particuliers. En général ces structures fonctionnent d'une façon indépendante avec un personnel payé par l'Etat et une implication du CODESA (CdS) et un COGES (HGR). Aussi pour les FOSA des Eglises, la signature n'a donné aucun problème. Il est évident que leurs activités se limitent aux activités qu'elles peuvent moralement accepter ; cette position est d'ailleurs respectée par le régulateur. Dans certaines aires de santé ceci a donné l'occasion de faire des sous-contrats avec des postes de santé et/ou des CS voisins pour fournir les activités de planning familial.

5.2 Connexion entre performance et paiement

Les indicateurs et la tarification du FBP concernent principalement les activités du PMA et du PCA. La hauteur du paiement n'est pas liée aux coûts des prestations, mais plutôt à des cibles à atteindre en santé publique. Théoriquement ces cibles et priorités sont décrites dans le plan de développement sanitaire et le CPP-SS suit leur évolution au niveau provincial. Le CPP-SS a été instauré en 2011 et jusqu'à l'heure actuelle la tarification du FBP n'a jamais été à l'ordre du jour. Mais à mi-terme il faut que le CPP-SS s'exprime par rapport aux priorités tout en tenant compte des limites budgétaires.

L'argent qu'on paye aux FOSA peut être utilisé au libre choix de la FOSA concernée. Il n'y a qu'une conditionnalité, qu'il y ait un plan de business discuté avec le CODESA/COGE. En pratique les FOSA préfèrent investir l'argent et/ou utiliser pour le paiement des frais de fonctionnement. Moyennement 46% est utilisé pour payer les primes au personnel. Une comparaison de la hauteur des primes mensuelles entre les FOSA avec et sans FBP montre, que dans ces derniers les projets input permettent aux FOSA de payer même une prime plus élevée.²⁵ L'essentiel du FBP n'est pas de payer des primes au personnel, mais de rendre les équipes capables à prendre la gestion de leur propre structure en main. Si l'argent n'est pas géré en toute transparence, le FBP peut également démotiver les gens.

Tout achat demande un système de vérification de ce qu'on a acheté. Dans le programme FBP cette vérification se fait à

plusieurs niveaux. Les indicateurs de qualité introduits au début sont relativement simples à contrôler et concernent surtout des indicateurs de structure/input.²⁶ De même, les questions actuelles pour mesurer la satisfaction des clients durant l'enquête communautaire sont assez générales. Elles ne sont pas conçues pour pouvoir améliorer des aspects des services plus spécifiquement. L'expérience montre que les scores de qualité montent en flèche au début du programme. Mais après quelques années toutes les FOSA ont atteint un certain niveau et il devient nécessaire de revoir l'outil et d'y introduire d'autres éléments du processus et d'output.

5.3 La séparation des fonctions

Afin de garantir l'objectivité dans l'évaluation des différents contrats, la séparation des fonctions est un élément crucial. Au niveau de la Province la sous-commission financement du système de santé du CPP assume la fonction d'organe d'arbitrage. L'AAP a pris plusieurs mesures disciplinaires en cas de fraude des FOSA, mais depuis le démarrage du programme, il n'était jamais nécessaire de réunir l'organe d'arbitrage. Le fait que toutes les parties prenantes participent au processus de contre-vérification en cas de fraude (DPS, ECZ, AAP, FOSA concernée, ASLO) on arrive à prendre des sanctions qui sont acceptées par les FOSA mal-cotées.

Pour pouvoir rendre compte il faut avoir un organe à qui le rendre. La séparation des fonctions avec une description claire du rôle à jouer de chaque acteur a significativement contribué à cet aspect de la bonne gouvernance. Mais elle a également des implications importantes. Par exemple, l'arrêt de la cotation des FOSA pour payer le fonctionnement du régulateur ne peut être réaliste qu'au moment où le régulateur a d'autres sources de financement. Raison pour laquelle le programme a prévu la contractualisation du régulateur. Dans un premier temps il y a eu des contrats uniquement avec les BCZ dans les zones concernées. Mais après un temps, on a également introduit la contractualisation de la DPS pour pouvoir mener plusieurs actions importantes : la comparaison des résultats FBP et les statistiques déclarés dans le SNIS, le contrôle du circuit d'approvisionnement en médicaments de qualité, et en dernier lieu, l'implication de la DPS dans la supervision de zones de santé et l'évaluation de l'exécution des contrats avec le BCZ. Un autre niveau de contractualisation a été introduit avec le Ministère Provincial de la Santé pour s'assurer de la qualité des prestations de la DPS et la coordination des intervenants dans le secteur de la santé en province. Dans une situation post-conflit la contractualisation du régulateur a comme objectif de renforcer le contrat social entre l'administration et les communautés.²⁷ Le contrat avec le MSP provincial est évalué par une équipe de Cordaid-AAP et le Gouvernement de la Province.

L'AAP a été créée par plusieurs parties ensemble : le BDOM, la DPS, Cordaid et d'autres intervenants dans la santé au Sud-Kivu (Unicef, Louvain Développement). La population/les clients y sont représentés par des associations qui font la vérification. La mise en autonomie a demandé beaucoup d'effort de la part de

Cordaid pour pouvoir convaincre son partenaire, le BDOM, qu'un tel exercice ne signifie pas la rupture du partenariat entre Cordaid et le BDOM. Mais un programme FBP ne peut être bien géré qu'avec une séparation nette des fonctions.

5.4 L'autonomie de gestion

L'autonomie de gestion des équipes contractées a comme hypothèse sous-jacente que le contracté est en mesure de bien juger ce qui est nécessaire pour mieux organiser son service, ce qui fait référence au principe de l'autonomie de gestion. C'est un des facteurs clés dans l'amélioration de l'efficacité des FOSA. Dans la province du Sud Kivu, cette autonomie est partielle. Par rapport à la tarification et l'achat du matériel et des médicaments, les FOSA sont autonomes. En dehors d'une certaine régulation globale, les FOSA peuvent fixer leurs tarifs, se décider sur une tarification à l'acte ou une tarification forfaitaire, choisir leurs fournisseurs préférés, etc.

Par rapport à la gestion du personnel la situation est nuancée. Les FOSA ont l'autorisation d'embaucher localement du personnel et de les gérer. Mais la gestion du personnel intégré à la fonction publique (la majorité du personnel) reste hiérarchique. Les décisions sur les affectations et les mesures disciplinaires sont prises à un niveau supérieur. Une étude sur la stabilité du personnel montre qu'il y a relativement beaucoup d'affectations dans les zones FBP.²⁵ La guerre y joue certainement un rôle négatif dans les zones du district Nord.

Dans le cours FBP développé par Cordaid et Sina Health⁷, on parle de « la boîte noire » au moment où on considère la gestion interne des FOSA. C'est en quelque sorte la traduction du concept d'autonomie de gestion. Mais cela ne veut pas dire qu'on peut faire ce qu'on veut. Bien que le programme adhère au principe d'autonomie de gestion, la transparence est considérée une des conditions importantes pour la réussite. Car ce n'est que dans la transparence de gestion qu'on peut bien motiver les équipes à garantir la qualité des soins. Le programme a appuyé les FOSA à travailler avec une gestion financière transparente, répondant aux normes généralement acceptés, telles que la séparation interne des fonctions (ordonnateur, comptable et caissier) et des rapports financiers transparents. L'expérience montre que pour atteindre une gestion transparente, il faut des sessions de formation et un accompagnement assez intensif.

Un autre élément d'autonomie de gestion concerne l'approvisionnement en médicaments de qualité. Au Sud-Kivu il n'existe pas un Centrale de Distribution Régionale (CDR) fonctionnel tel que prévu par la politique du MSP.²⁸ D'ailleurs, dans l'optique de promouvoir une certaine concurrence, un CDR ne devrait pas monopoliser le marché. Pour garantir la distribution des médicaments de qualité, il faut un système de contrôle, raison pour laquelle Cordaid a doté l'Inspection Provinciale d'un Minilab. Ensuite Cordaid a fait un contrat de performance avec la DPS afin d'établir un programme de contrôle du circuit d'approvisionnement des médicaments et leur qualité. Etant donné qu'il s'agit d'un circuit commercialisé avec beaucoup d'intérêt, il faut bien préciser les procédures à suivre. Car l'expérience montre qu'il peut facilement avoir des cas de fraudes. C'est-à-dire qu'il faut également introduire des procédures de contre-vérification.

5.5 Renforcement communautaire

L'introduction des enquêtes sur la satisfaction des clients et l'obligation d'impliquer le CODESA à la rédaction du plan de business trimestriel, ont certainement tous les deux favorisé une attitude réceptive des dirigeants des FOSA. Au niveau d'exécution, l'équipe du CS doit rendre compte auprès du CODESA et du BCZ. L'AAP a recommandé qu'une réunion d'analyse des données se fasse dans chaque CS avant de transmettre le rapport au BCZ. Mais en pratique, ces réunions ne sont pas tenues systématiquement. Les 78 CODESA existant n'ont pu être rendus opérationnels qu'au bout de 15 mois d'intenses activités de formation et de suivi. L'expérience au Burundi montre la même chose, qu'il faut un accompagnement intensif de proximité avant que le travail d'équipe et l'implication du CODESA se réalise effectivement.²⁹ D'ailleurs, le premier canevas du plan de business était très détaillé et peu adapté aux réalités de terrain. Il risquait de devenir un outil administratif au lieu d'être l'occasion de réunir trimestriellement toutes les parties pour réfléchir ensemble. Par la suite l'AAP a simplifié le modèle avec la participation des intéressés.¹⁶

Les associations communautaires et les CODESA sont représentées dans le Conseil d'Administration des Zones de santé. Mais il n'existe pas encore un mécanisme pour les faire participer au niveau provincial. Il ne suffit pas d'avoir un représentant, mais également de définir les modalités de les choisir et de donner le compte rendu.

5.6 Equité

L'efficacité du programme FBP au Sud Kivu a été mitigée ; on constate une évolution positive de certains indicateurs.¹⁹ Cependant, dans certains endroits, dont la zone de santé de Lulingu, le changement est moins palpable.²⁰ Une comparaison des zones du District Nord (ZS Shabunda et Lulingu) et du District Ouest (Idjwi, Katana, Miti-Murhesa) montre que la proportion des malades qui estiment que les coûts des soins sont chers se situe entre 21% et 30% pour le Nord et entre 13% et 19% pour l'Ouest. Les soins restent chers surtout pour les patients graves référés (plus de 50% de malades le déclare dans toutes les zones de santé). Dans les zones de guerre les revenus de la population sont instables et moins par rapport aux autres zones de santé.²⁰ Le coût moyen par habitant de l'approche FBP santé au Sud-Kivu est bas (\$2) et ce montant ne semble pas suffisant pour permettre aux FOSA de réduire leur tarification à un niveau suffisamment bas pour garantir l'accessibilité aux soins pour toute la population.²⁰

Afin d'assurer l'accessibilité financière pour certains groupes vulnérables, le programme avait prévu un mécanisme de solidarité à partir de 2008. Ce n'est qu'à partir de 2010 que l'AAP a mis beaucoup plus d'accent sur l'introduction effective de ce mécanisme avec l'identification des indigents par les CODESA, ce qui demande qu'ils soient fonctionnels. Une des leçons à tirer est qu'il ne suffit pas de budgétiser une telle approche, mais qu'il faut vraiment étudier en détail les modalités de gestion et préparer les parties prenantes.

Une question de fond se pose sur l'accessibilité aux soins. Est-ce que dans les zones de guerre faut-il pas introduire la gratuité des soins pour toute la population ? L'expérience montre que l'approche de diminution de la tarification régulière est plus

avantageuse par rapport à l'introduction de la gratuité des soins pour toute la population propagée par les intervenants d'aide d'urgence. La gratuité pour tout le monde perturbe énormément le fonctionnement des services existants et après le retour de la paix (souvent déjà après quelques semaines) il devient difficile d'introduire de nouveau une tarification à l'acte.³⁰ A Shabunda l'AAP a expérimenté avec succès la gratuité pour les déplacées durant une période assez brève. Ce groupe est facile à identifier et l'expérience montre que les gens ont l'habitude de rentrer chez eux rapidement, juste quelques semaines après l'arrêt des hostilités.

Dans sa politique en général, Cordaid trouve l'aspect genre un élément important de ses programmes.³¹ Bien que certains statistiques du PMA genre spécifique (CPN p.ex.), les autres indicateurs ne sont pas analysés par rapport au genre (NC, satisfaction des clients, etc.). C'est remarquable vu la connaissance en général que l'accessibilité aux soins peut varier parmi les différents groupes dans la société et dans le secteur scolaire la différence entre la scolarité des filles et garçons est tangible.²³ D'ailleurs, le placement d'un personnel féminin dans les maternités souligne l'importance de cet aspect.

Par rapport à l'équité du programme, il y a une autre leçon à tirer. Actuellement le programme applique une tarification unique avec un seul mécanisme de correction : le bonus d'équité qui varie de 10% (CS) à 20% (HGR). En réalité, une telle tarification favorise les FOSA qui fonctionnent déjà bien et qui ont une infrastructure adéquate. Bien que le FBP permette aux FOSA de construire (construction des maternités, etc.), la tarification actuelle ne leur permet pas de mettre leurs infrastructures au niveau de la norme voulue. C'est-à-dire qu'avec beaucoup d'enthousiasme on peut atteindre un certain niveau d'investissement, mais les fonds ne suffisent pas pour pouvoir construire vraiment d'une façon moderne. Normalement les vraies constructions doivent être amorties en 20 ans ou plus. Mais en pratique il n'existe pas de mécanismes de financement de cette durée. Pour garantir les constructions durables selon les normes, il est nécessaire d'introduire un fond d'investissement ou il faut beaucoup plus différencier la tarification pour que les FOSA puissent amortir leur construction en 2 ou 3 ans. Le bonus d'équité ne suffit pas du tout et d'ailleurs le budget moyen de \$2 par habitant par an est insuffisant.

5.7 Divers

Dans l'optique de la prospective, le programme est loin d'avoir atteint ses objectifs. L'implication de l'administration provinciale dès le début de la mise en œuvre du FBP, a abouti à la reconnaissance formelle du FBP comme une des stratégies de financement du secteur. Mais ce n'est que la théorie, car jusqu'à l'heure actuelle le régulateur n'arrive pas à imposer sa politique aux bailleurs externes. Il y a plusieurs grands bailleurs au Sud Kivu qui appuient plusieurs zones de santé, mais les autorités sanitaires n'arrivent pas à les aligner autour des priorités provinciales arrêtées. Il y a même des ONG's qui continuent la gratuité des soins, malgré le fait que les autorités provinciales ont refusé une telle approche. En contrepartie, le budget de l'Etat (niveau national et provincial) et son taux de décaissement sont tellement faibles, que les autorités sanitaires ne peuvent pas encore avoir une influence décisive sur le financement du secteur. Raison pour laquelle, même après 7 ans, la pérennité de l'approche n'est pas du tout assurée. Pire encore, l'AAP a dû arrêter l'approche FBP en santé dans les ZS de Shabunda et Lulingu pour des raisons budgétaires.

Il y a un autre aspect qui joue un rôle dans cette discussion. Le manque de financement a des conséquences pour le fonctionnement du FBP. D'une part les frais administratifs pour l'AAP restent relativement importants étant donné que le programme reste restreint. D'autre part, le budget de \$2 par habitant par an est relativement bas et dans certains zones insuffisant. Au moment où on pourrait augmenter ce budget, les coûts de transaction n'évolueront pas avec le même rythme, ce qui diminuera leur pourcentage.

La budgétisation du FBP par l'administration ne suffit pas. Il manque également des normes et procédures administratives pour le décaissement de ce budget et la façon dont on doit contrôler son utilisation. En bref, au Sud-Kivu et en RDC en général, on est encore loin d'avoir un système unique FBP dans le secteur santé. Il demande encore un appui extérieur durant au moins cinq ans. Les bailleurs externes ont tous leurs propres manières de voir les choses, et il est rare qu'un bailleur s'engage dans un processus de développement qui prend plus de 2 à 3 ans. Heureusement les grands bailleurs commencent à se réaliser ce défi.³²

6. CONCLUSION

L'approche FBP a contribué d'une façon significative à la bonne gouvernance dans les formations sanitaires publiques et privés non-lucratifs. L'efficacité, la transparence et le rapportage des services a considérablement amélioré à un coût abordable. Les formations sanitaires ont compris l'importance d'être à l'écoute du client pour pouvoir mieux prestre. La création d'une Agence d'Achat des Performance indépendante a promu la séparation des fonctions entre régulateur, prestataires et clients. Malgré un environnement instable avec une situation sécuritaire non-assurée, dans lequel la corruption est encore très présente dans toute la société, l'approche a connu un succès remarquable.

Cependant, on est encore loin de pouvoir dire que le FBP est devenu un mode financement durable dans la santé au Sud Kivu. Une raison importante pour cela est la faiblesse de la part de l'administration de garantir financièrement le fonctionnement des ses propres services. En conséquence, le régulateur n'est pas suffisamment organisé et indépendant pour imposer sa politique aux différents acteurs. Et on peut y ajouter, que les différents bailleurs n'ont pas du tout harmonisé leurs approches. L'introduction de l'approche FBP va beaucoup plus lentement que souhaité et ne peut pas être comparé au Rwanda et au Burundi, où le FBP a été étendu sur tout le pays.

Une des leçons est qu'un tel changement prend beaucoup de temps. L'introduction de l'approche FBP par un financement projet de courte durée est assez risquée. Car le FBP occasionne un vrai changement au niveau de la gestion des FOSA, dont il est important de pouvoir garantir la continuité. Pourtant, par définition les projets ne connaissent qu'un financement d'une durée bien déterminée, qui dépasse rarement 3 ans. Ensuite, il ne faut l'introduire qu'au moment où le financement est garanti et qu'il y a des parties prenantes qui sont en mesure d'influencer les différents acteurs à plusieurs niveaux.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ont été impliqués comme experts dans le programme FBP depuis son démarrage en 2005 jusqu'à l'heure actuelle à des différents niveaux. L'article ne contient pas les résultats d'une recherche scientifique mais plutôt une analyse de la littérature couplée aux opinions personnelles des auteurs.

Remerciements

Nous remercions sincèrement les responsables de Cordaid (La Haye, RDC), les autorités administratives et sanitaires du Sud-Kivu et au niveau national à Kinshasa, et tous les autres acteurs clés dans la mise en œuvre du programme FBP en RDC.



ABOUT CORDAID

Cordaid is based in the Netherlands and has country offices in 11 countries. It has been fighting poverty and exclusion in the world's most fragile societies and conflict-stricken areas for a century. It delivers innovative solutions to complex problems by emphasizing sustainability and performance in projects that tackle security and justice, health and economic opportunity. Cordaid is deeply rooted in the Dutch society with more than 300,000 private donors. Cordaid is a founding member of Caritas Internationalis and CIDSE.

CONTACT

Jennie van de Weerd
Expert Health System
Strengthening
Healthcare unit

Jennie.van.de.Weerd@cordaid.nl

Cordaid the Netherlands
Lutherse Burgwal 10
2512 CB The Hague
+31(0)70-31 36 300
www.cordaid.org

**CARE.
ACT.
SHARE.
LIKE CORDAID.**