



**INSTITUTE
OF TROPICAL
MEDICINE**
ANTWERP

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, HYGIÈNE ET PRÉVENTION
DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTÉ DU SUD-UBANGI

**EXPERIENCE DE LA TARIFICATION FORFAITAIRE SUBSIDIEE DANS LA
DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTÉ DU SUD-UBANGI DE 2017 À 2022**



Par :

Bienvenu MANGONZA BAYEKELE, MD, MPH
Jacques DAWILI NGAMOLINUI, MD, MPH
Pierrot BOLUNZA MOBONDA, MD, MSc-PH
Baudouin MBASE BONGANGA, MD, MPH
HAMIDOU OUEDRAOGO, MSP
Papy KIWA WANE, PhD

Avec l'appui de :

Faustin CHENGE, MD, MPH, PhD et Ghislain BISIMWA, MD, MPH, PhD et l'équipe
de CCSC

(Centre de Connaissance en Santé en RD. Congo)

&

Joris MICHELSSEN, PhD et Wim Van DAMME, MD, MPH, PhD
(Institut de Médecine Tropicale à Anvers)

Octobre 2023

Préface

Savoir pourquoi une situation problématique arrive et comment une intervention a résolu la situation est assez important que savoir si l'intervention a réussi à résoudre la situation. Si on ne comprend pas les conditions, les facilitateurs contextuels et le processus qui produisent les effets positifs ou négatifs, on ne sait pas si l'intervention peut réussir ailleurs (Pawson, 2006). Malheureusement, la plupart des évaluations se situent à la fin d'un projet avec le seul but de montrer les résultats de l'action sans prendre de temps d'analyser de façon critique les déclencheurs et les mécanismes à l'intérieur et à l'extérieur de l'intervention, de documenter ce qui s'est réellement passé au sein de l'intervention (par exemple : les processus, les décisions prises, la dynamique et les capacités au sein de l'équipe, les obstacles et facilitateurs rencontrés ...) et de tirer des enseignements aussi bien des succès que des échecs. Une grande partie des actions, interventions et projets reste non documentée. Souvent, ceux qui travaillent « sur le terrain » ont connaissance des savoirs, mais n'ont pas le temps ou le réflexe de les noter et partager plus largement. Alors ils restent invisibles aux collègues, aux personnes qui rejoignent le projet à un stade ultérieur, ou qui travaillent dans un endroit différent. Ainsi les savoirs générés au sein des projets se perdent lorsque des expériences positives et négatives ne sont pas correctement analysées, documentées et partagées. La situation s'aggrave dans des situations de *turnover* élevé du personnel.

En 2021, Enabel et Memisa ont joint l'acte à la parole. Convaincus par la pertinence de faciliter la description, l'analyse et le partage, de manière approfondie, systématique, continue et participative, des processus et des résultats de leurs projets afin d'améliorer l'apprentissage, d'éviter la perte de savoir et de "réinventer la roue", d'accroître l'efficacité et l'efficience et de tirer et partager les enseignements des bonnes et également mauvaises pratiques, ils ont libéré des ressources financières, humaines et logistiques pour installer une pratique de capitalisation au sein de leurs organisations et activités en République Démocratique de Congo (RDC). L'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers et le Centre de Connaissances en Santé en R.D. Congo (CCSC) étaient contractés pour former les équipes locales et ensuite leur apporter un appui et un encadrement technique et méthodologique pour conduire un exercice de capitalisation avec dans le premier temps une application concrète aux mécanismes de financement des soins de santé en RDC.

C'est quoi une capitalisation d'expériences ? La définition généralement utilisée par les ONGs, bailleurs de fonds et organisations multilatérales est celle de De Zutter (1994) : « Capitaliser c'est passer de l'expérience à la connaissance partageable ». Dans notre projet de capitalisation nous avons suivi la définition plus spécifique qui est aussi utilisée dans le cours virtuel sur la capitalisation conçu par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et financé par la Coopération Belge au Développement et le Centre Technique de coopération Agricole et rurale ACP-UE (CTA). Nous considérons la capitalisation d'expériences comme un processus systématique, itératif et participatif, méthodologique par lequel une expérience est identifiée, analysée et documentée, et qui aboutit à la création de connaissances (par exemple des bonnes pratiques ou des enseignements tirés) qui peuvent être partagées et utilisées pour générer des changements. Pour bien comprendre le contenu de ces monographies qui sont le résultat de l'exercice de capitalisation et qui sont produit par

les équipes locales avec un encadrement intensif d'une équipe d'experts du CCSC et de l'IMT, il est essentiel de clarifier la différence entre la capitalisation d'expérience et de pratique d'une part et une évaluation ou une recherche-action d'autre part.

La capitalisation se concentre principalement sur la compréhension de ce qui s'est passé et la découverte de pourquoi les événements (décisions, obstacles, résultats positifs ou négatifs) se sont produits et les objectifs sont atteints ou non-réalisés. En revanche, l'évaluation s'intéresse principalement aux résultats, les effets et l'efficacité de l'intervention. Elle apprécie si les objectifs prédéfinis ont été atteints, fait des propositions pour améliorer l'intervention et juge s'il est valable de continuer, élargir ou reproduire l'intervention. La capitalisation peut être facilitée par une évaluation antérieure et par un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel mais, contrairement à l'évaluation, ne porte pas de jugement. La recherche-action est une méthodologie stricte qui suit un cycle interactif, itératif et progressif de résolution de problèmes. Elle part de l'identification d'un problème et ensuite propose des hypothèses que l'intervention va progressivement tenter de tester, valider, infirmer, ajuster jusqu'au moment où le problème est résolu. La capitalisation ne part pas d'un problème, ni d'une hypothèse ou d'une solution théorique, mais se concentre sur des actions, des processus passés et sur le vécu des acteurs. Néanmoins, la capitalisation peut être utilisée dans la recherche pour tirer des enseignements qui peuvent être intégrés à la recherche-action pendant qu'elle est menée.

Ainsi, cher lecteur, vous ne trouverez dans ces monographies aucune réponse à la question de savoir quelle intervention fonctionne le mieux ou contribuerait le plus à la couverture santé universelle en RDC. Vous trouverez certainement des indicateurs de résultats pour les différentes interventions, mais ceux-ci ne servent qu'à soutenir l'analyse, les raisons qui sous-tendent ces résultats. Le but principal reste d'analyser de façon critique les déclencheurs et les mécanismes à l'intérieur et à l'extérieur de l'intervention, de documenter ce qui s'est réellement passé, et de tirer des enseignements aussi bien des succès que des échecs. Deuxièmement, ces monographies sont le résultat d'un projet dans lequel la formation des équipes locales dans la méthodologie de capitalisation était essentielle. Et bien que les équipes locales et l'équipe d'encadrement aient consacré beaucoup de temps et d'énergie physique et intellectuelle, dans la réalisation de ces monographies, celles-ci doivent être considérées comme le résultat d'un exercice plutôt que comme un rapport rédigé par un groupe externe de consultants formés à la capitalisation.

Au nom de l'équipe d'encadrement et les équipes locaux de capitalisation

Dr. Joris Michielsens (Superviseur principal, IMT)

Prof. Dr. Wim Van Damme (Co-superviseur, IMT)

References

- De Zutter, P. (1994). *Des Histoires, Des Savoirs, Des Hommes : l'Expérience est un Capital*. Série Dossier pour un débat, n° 35. FHP 1994.
http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDsHommes.pdf
- Feuvrier, M.V., Balizet, O., Noury, A. (2014). *La capitalisation des expériences - Un voyage au cœur de l'apprentissage*. F3E. https://f3e.asso.fr/wp-content/uploads/guide_capitalisation.pdf
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realistic perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Table des matières

1	Liste des abréviations et acronymes	7
2	Liste des tableaux et des graphiques	9
3	Résumé	10
4	Introduction.....	12
4.1	Contexte général de la politique de santé en RD Congo.....	12
4.2	Contexte spécifique de la Division Provinciale de la Santé du Sud-Ubangi	13
4.2.1	Description de la Province du Sud-Ubangi	13
4.2.1.1	Situation géographique	13
4.2.1.2	Situation socioéconomique.....	13
4.2.2	Organisation de la DPS : offre des soins publics, privées et traditionnels	15
4.2.2.1	Accessibilité de la population aux soins	15
4.2.3	Description de l'expérience à capitaliser.....	20
4.2.4	Initiatives antérieures de l'accessibilité aux soins.....	21
4.2.5	Expérience de capitalisation.....	21
5	Méthodologie	21
6	Résultats	23
6.1	Description des principaux axes stratégiques de l'expérience	23
6.2	Leçons apprises d'autres expériences antérieures	24
6.3	Description du processus de la mise en place de l'expérience	26
6.3.1	Description de la phase préparatoire.....	26
6.3.2	La mise en place de l'expérience et la série de « mesures d'encadrement ».....	26
6.3.3	Rationalisation de la gestion financière	30
6.3.4	Notion de l'autonomie de gestion.....	31
6.3.5	Rationalisation des ressources humaines	31
6.3.6	Rationalisation des approvisionnements en médicament et de la prescription	32
6.3.7	Rationalisation des soins	32
6.3.8	Rationalisation du laboratoire et autres examens paracliniques.....	32
6.3.8.1	Principales parties prenantes de l'expérience (un ou plusieurs « champions » ?) et leurs rôles dans l'expérience.....	33
6.3.8.2	Les « alliés » et les « opposants » (visibles ou en retrait) à l'expérience.....	35
6.3.8.3	Les réajustements du planning de la mise en œuvre de l'expérience	36
6.3.8.4	Appuis techniques (ponctuels) à la mise en œuvre de l'expérience.....	37
6.3.8.4.1	Analyse des coûts	37
6.3.8.4.2	Modèle de gestion des médicaments	37
6.3.8.4.3	Description du système de monitoring et d'évaluation.....	37

6.3.8.4.4	Description des systèmes et modalités administratives / gestionnaires	38
7	Résultats	39
7.1	Accès aux soins	39
7.1.1	Taux d'utilisation des services curatifs	39
7.1.2	Référence et la contre-référence	40
7.1.3	Prévalence contraceptive moderne durant les 6 dernières années	41
7.1.4	Fréquentation précoce des services de consultation prénatale.	41
7.1.5	Evolution des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	42
7.1.6	Mortalité intra-hospitalière.....	42
7.1.7	Courbe évolutive la proportion d'infections post-opératoires	43
7.1.8	Proportion de transfusions qualifiées	43
7.2	Résultats en termes de fonctionnement du système de santé	44
7.3	Résultats en termes de gestion du système.....	46
7.4	Perception et le vécu de l'expérience	46
7.5	Autres résultats	48
7.6	Analyse de la pérennité des acquis de l'expérience.....	49
7.6.1	Viabilité financière.....	49
7.6.2	Investissement humain	50
7.6.3	Craintes et risques.....	50
7.7	Analyse FFOM de l'expérience	51
7.7.1	Analyse (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) de la réforme instituée	51
7.8	Leçons apprises	53
7.8.1	En rapport avec la conception des mécanismes/ projets	53
7.8.2	En rapport avec la mise en œuvre des mécanismes/ projets	53
7.8.3	En rapport avec la fin des mécanismes/ projets	53
8	Conclusion	54
8.1	Stratégies de diffusion.....	55
8.1.1	Stratégies pour structurer davantage la diffusion des connaissances acquises dans le cadre de l'expérience	55
9	Annexes	56

1 Liste des abréviations et acronymes

ACVE :	Agence de Contre-Vérification Externe
AS :	Aire de Santé
ASNIP IV:	Appui au Système de Santé au Niveau Intermédiaire et Périphérique
BDOM :	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BDPS :	Bureau de la DPS
CA :	Conseil d'Administration
CAC :	Cellule d'Animation Communautaire
CAO 4 & 5:	Cadre d'Accélération vers les ODD 4 et 5
CCSC:	Centre de Connaissances en Santé en RD Congo
CDI Bwamanda :	Centre de Développement Intégré de Bwamanda
CDR:	Centrale de Distribution Régionale des Médicaments
17 ^{ème} CECU :	17 ^{ème} Communauté Evangélique du Christ en Ubangi
CEUM :	Communauté Evangélique de l'Ubangi-Mongala
COGE :	Comité de Gestion
CPN :	Consultation Périnatale
CPNr :	Consultation Périnatale Recentrée
CPP-SS :	Comité Provinciale de Pilotage du Secteur Santé
CPS :	Consultation Préscolaire
CPSr :	Consultation Préscolaire Recentrée
CREDES :	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
CS :	Centre de Santé
CSU :	Couverture Sanitaire Universelle
CTAS :	Cellule Technique d'Achat Stratégique
DEP:	Direction d'Etudes et Planification
DHIS2:	District Health Information Software.
DPS ;	Division Provinciale de la Santé
ECP :	Equipe Cadre Provinciale
ECZS :	Equipe Cadre de la Zone de Santé
ESS :	Etablissement de Soins de Santé
EUP :	Etablissement d'Utilité Publique
FBP :	Financement Basé sur la Performance
FOSA :	Formation Sanitaire
HGR :	Hôpital Général de Référence
IGS:	Inspection General de la Santé
ASLO:	Associations Locales
IMT:	Institut de Médecine Tropicale d'Antwerp
IPS:	Inspection Provinciale de la Santé
IT :	Infirmier Titulaire

MCZ :	Médecin Chef de Zone de Santé
MDH :	Médecin Directeur de l'Hôpital
MUSABO:	Mutuelle de Santé Bondeko
PADP:	Programme d'Appui aux Divisions Provinciales et aux Zones de Santé
PAO :	Plan d'Action Opérationnelle
PCA:	Paquet Complémentaire d'Activités
PDSS:	Programme de Développement du Système de Santé
PLVS:	Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles
PM :	Plan de Management
PMA:	Paquet Minimum d'Activités
PTT :	Plan de Travail Trimestriel
RDC :	République Démocratique du Congo
RHS:	Ressources Humaines pour la Santé
TF :	Tarifcation Forfaitaire
TFS :	Tarifcation Forfaitaire Subsidiée
ZS :	Zone de Santé

2 Liste des tableaux et des graphiques

Tableau 1 : Accessibilité de la population de la province aux soins

Tableau 2 : Cartographie des partenaires intervenant dans la DPS du Sud-Ubangi

Tableau 3: Quelques indicateurs de l'utilisation des services en 2017 dans la DPS

Tableau 4 : Expériences antérieures

Tableau 5 : Répartition des ressources financières par domaines d'affectation et selon en fonction les structures

Tableau 6 : Principaux acteurs impliqués dans l'expérience

Tableau 7 : Analyse FFOM

Figure 1 : Carte sanitaire de la province du Sud-Ubangi

Figure 2: Acteurs clés impliqués dans l'expérience

Figure 3 : Tarification forfaitaire subsidiée avec FBP, Enabel et la Mutuelle de santé dans la Province du Sud-Ubangi

Figure 4 : Evolution du taux d'utilisation des services curatifs durant les 5 dernières années

Figure 5 : Courbe évolutive de la référence et contre-référence durant les 5 dernières années

Figure 6 : Evolution du taux de prévalence contraceptive moderne de 2017 à 2022 dans la DPS du Sud-Ubangi

Figure 7 : Taux de fréquentation précoce des services de consultations prénatale de 2017 à 2022.

Figure 8 : Evolution du taux d'accouchement assistés par le personnel de santé qualifié, de 2017 à 2022

Figure 9 : Evolution de la mortalité hospitalière de 2017 à 2022

Figure 10 : Evolution des proportions d'infections post-opératoires de 2017 à 2022

Figure 11 : Evolution de la proportion des transfusions réalisées selon les normes.

Figure 12 : Scores qualité de Centres de santé cas de 2017 à 2021

Figure 13 : Scores qualité des Hôpitaux Généraux de Référence cas de 2017 à 2021.

Figure 14 : Performances des Equipes Cadres des ZS cas de 2018 à 2021

Figure 15 : Evolution de taux de pénétration de la mutuelle de santé de 2018 à 2021

3 Résumé

Dans la ruée vers la CSU, la DPS Sud-Ubangi s'est investie depuis près de 4 décennies dans la réduction de la barrière financière à travers les mutuelles de santé et la mise en place progressive de la tarification forfaitaire. Cette dernière a migré depuis 2017 vers la tarification forfaitaire subsidiée avec FBP, avec l'appui de la Banque Mondiale et d'Enabel, dans un contexte d'une préexistence d'autres mécanismes de partage de risque (mutuelles). Cette expérience partageable est documentée en vue de servir de leçons à quiconque s'y lance, mais aussi d'alimenter des réflexions avancées au niveau normatif en vue de la réorientation des stratégies de financement de la santé.

Les données qualitatives ont été collectées par entretiens individuels, focus groupe, revues documentaires. Les données quantitatives ont été téléchargées du DHIS2.

La mise en œuvre de la TFS est passée par une phase préparatoire et une phase la mise en place de l'expérience.

La phase préparatoire a consisté à la fixation des tarifs des prestations en références aux tarifs antérieurs (CAO 4&5), la sensibilisation de la population et des acteurs, et conception par la CTAS des outils de gestion (grille d'évaluation de performance, outil indice, la définition des prestations, et les barèmes des prestations).

La phase de mise en place de l'expérience est passée par l'identification par randomisation des ZS cas (TFS avec FBP) et témoins (TFS sans FBP), la formation en cascade sur le FBP, la contractualisation et octroi du bonus de démarrage aux ESS, la mise en place du TFS, l'avènement de la gratuité de l'accouchement, la procédure de l'achat stratégique avec séparation des fonctions, l'accompagnement des ESS par l'EUP, l'ECZ, et la DPS, les vérifications des prestations, l'évaluation qualité des ESS et des performances des ECZ et de l'ECP, le calcul des subsides et la validation des factures, le paiement des subsides.

Une série de réformes a été mises en place, notamment la rationalisation de la gestion financière, l'autonomie de gestion, la rationalisation des ressources, la rationalisation des approvisionnements en médicaments et de la prescription, la rationalisation des soins, et la rationalisation de laboratoire et d'autres examens.

En dépit de 8 mois de grève qu'a connu le secteur de santé, il a été observé une amélioration de l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité, avec notamment un taux d'utilisation des services curatif passé de 48 à 67%, la proportion des malades référés de 3 à 4,6%, la proportion des malades contre-référés de 18 à 32,8%, le taux d'infections postopératoires de 3,5% à 0,6%, la proportion des transfusions qualifiées de 42 à 81,4%, etc.

Ces résultats ont été relayés en termes de perception du vécu de l'expérience aussi bien par les représentants de la communauté que par les prestataires lors des focus groupes et des entretiens individuels. La plupart des ESS ont été dotés de nouvelles infrastructures, des équipements, des ressources humaines compétentes, des normes et directives, etc. toutes les structures ont pu réaliser des réserves et constituer leur capital médicament.

Ces résultats sont attribuables à la TFS, à l'achat stratégique et aux réformes et mesures d'encadrement associées, en dépit de la covid-19 et de la grève du personnel de santé.

Cependant, la non harmonisation des interventions au préalable au niveau local a notamment influencé négativement l'adhésion à la mutuelle de santé, l'absence d'une étude de coût des soins, et de la capacité financière de la population, préalable à la mise en place de la TFS ainsi que la dépréciation de la monnaie locale ont conduit à des réajustements de la TFS, qui ont par moment gêné l'accessibilité financière.

4 Introduction

4.1 Contexte général de la politique de santé en RD Congo

Promouvoir la santé et la protéger est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable. Un accès opportun aux services de santé, à une combinaison de promotion, de prévention, de traitement et de rééducation est essentiel, à toute la population, reste la seule voie pour y parvenir.

Les états membres de l'organisation mondiale de la santé se sont engagés à travers la résolution 58.33 de l'assemblée mondiale de la santé en 2005, à développer leurs systèmes de financement de la santé, afin que tout un chacun puisse accéder aux services de santé, sans subir une ruine financière. C'est la « couverture sanitaire universelle (CSU) ».

Dès lors, la demande publique croissante pour un accès à des soins de qualité et abordables augmente davantage la pression politique afin de faire des choix de politiques avertis. Le besoin en orientations pratiques sur les moyens permettant d'obtenir des ressources suffisantes et d'éliminer les barrières financières à l'accès aux soins, surtout pour les plus démunis, est devenu très pressant dans une période caractérisée par une récession économique et une hausse des coûts des soins de santé, alors que les populations accroissent et vieillissent, que les maladies chroniques augmentent et que de nouveaux traitements disponibles deviennent plus chers. Il n'existe pas de réponse unique à la question de savoir comment financer les systèmes de santé. Non seulement les problèmes propres aux différents pays ne sont pas les mêmes, mais chaque pays a déjà mis en place un mode de financement de la santé qui a évolué pendant un certain temps.

Le rapport de l'OMS sur la santé du monde (OMS, 2020) identifie le recours continu aux paiements directs comme étant le plus grand obstacle au progrès vers la couverture sanitaire universelle. En revanche, un système de financement de santé optimal qui prend en compte le besoin de la réduction de la barrière financière tout en assurant aussi bien l'amélioration des infrastructures et équipements, mais aussi la rémunération du personnel de santé, reste l'unique voie pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Il indique si les services dont la population a besoin existent, mais aussi si les personnes peuvent se permettre de les utiliser lorsqu'ils en ont besoin.

En RDC, le système de santé est resté cohérent au fil du temps avec l'évolution des politiques de soins de santé au niveau international. Cependant, la RDC reste un État fragile face au financement de son système de santé, même s'il repose principalement sur un trépied constitué du budget de l'Etat, des contributions externes (bilatérales et multilatérales) et du recouvrement des coûts des soins de santé et prestations de service de santé des utilisateurs (jusqu'à 39,7% des coûts d'exploitation) (OMS...). Les données des comptes nationaux de la santé réalisés pour l'année 2016 ont montré que les ménages constituent la première source de financement de la santé (42 %), et l'aide extérieure représente 40% de financement de santé (RDC, Minisanté 2016), SRSS, 2006.

Ainsi, malgré les réformes du financement de la santé (financement multi bailleur, tarification forfaitaire, mutualisation de risques), enregistrées au cours de cette décennie, les problèmes de financement du système de santé restent importants et sont susceptibles

d'entraver la mise en œuvre des interventions sanitaires. Les effets et l'impact des politiques mises en œuvre ne sont pas à la hauteur des attentes et des moyens mobilisés.

Le secteur de la santé en RDC souffre déjà de plusieurs maux, à savoir une faible allocation budgétaire, les dépenses des ménages trop élevées, la dépendance vis-à-vis des financements extérieurs, la mégestion des ressources disponibles, la faible exécution du budget, les problèmes de gouvernance, et le processus de décentralisation qui reste en partie théorique.

Ce rapport vise à présenter l'expérience de ce mode de financement en vue de documenter les leçons apprises qui peuvent être capitalisées par d'autres projets ou institutions désirant à mettre en place le même mode de financement de santé.

Notre rédaction porte sur la Tarification forfaitaire subsidiée associée au Financement basé sur les performances et la Mutuelle de santé dans la Division Provinciale de la Santé du Sud-Ubangi de 2017 à 2021.

4.2 Contexte spécifique de la Division Provinciale de la Santé du Sud-Ubangi

4.2.1 Description de la Province du Sud-Ubangi

4.2.1.1 Situation géographique

Cette expérience s'est déroulée dans la Division Provinciale de la santé du Sud-Ubangi située dans la province qui porte son nom. Elle est située au nord-ouest de la République Démocratique du Congo

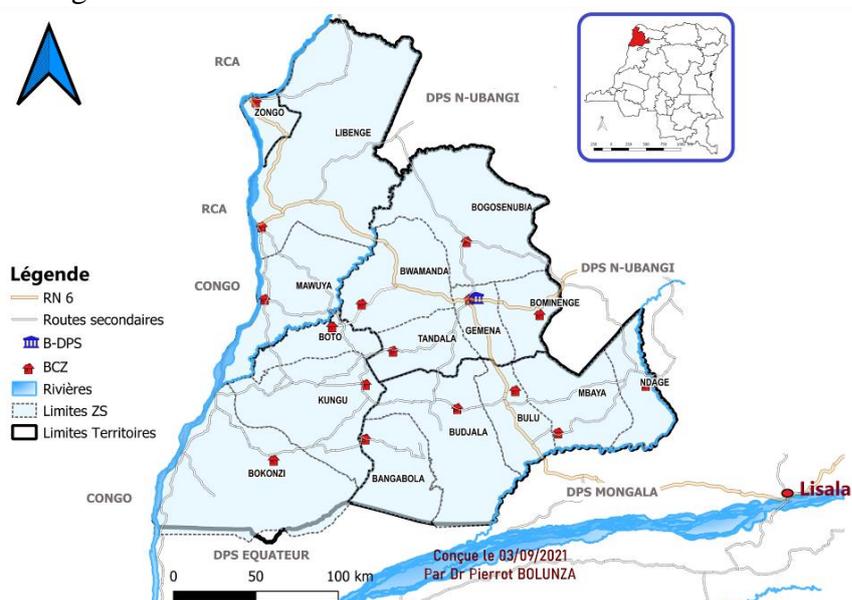


Figure 1 : Carte sanitaire de la province du Sud-Ubangi

Sa population est estimée à 3.602.896 habitants, sur une superficie de 516.48 km², avec une densité de 70 habitants par km². Les zones de santé de Libenge et Zongo ont hébergé respectivement 21.586 et 7.559 réfugiés centrafricains, dont 11.705 et 6.261 ont été rapatriés vers la fin de l'année 2021.

4.2.1.2 Situation socioéconomique

Notons au passage quelques us et coutumes, en relation avec la santé de la population, notamment : la polygamie, le sororat, le lévirat, les mariages précoces, etc. La polygamie

aboutie à la production des enfants très nombreux qui ne sont pas dans la plupart des cas planifiés et qui par la suite sont exposées à la malnutrition par insuffisance alimentaire. Le sororat et le lévirat poussent la communauté à attribuer certains états morbides à des origines sorcières, qui les empêchent à consulter à temps les formations sanitaires pour une prise en charge adéquate. Les mariages précoces exposent les jeunes filles non encore matures du point de vue gynécologique, futures mères à des complications obstétricales et périnatales.

La situation économique reste prédominée par le secteur informel. L'emploi du secteur formel demeure faible. La majorité d'entreprises industrielles en faillite ont fermé depuis plusieurs années et celles qui sont fonctionnelles ne peuvent offrir du travail qu'à une infime partie de la population active de la province. Cependant, l'on note la reprise progressive des activités économiques dans la Province avec l'ouverture des nouvelles banques commerciales et des micros finances, la relance de la filière Café et Cacao, la création de la zone économique spéciale dans le Territoire de Budjala

Les principales activités/occupations de la population sont restées essentiellement au secteur primaire de l'économie (agriculture à échelle substantielle, pêche artisanale et l'élevage : petit et gros bétail, volaille). L'insuffisance d'encadrement de ces activités artisanales est à l'origine de la déforestation progressive.

Le délabrement avancé des routes de desserte agricole (les ZS de Bokonzi, Mawuya, Kungu, Bangabola, Budjala, Mbaya, Bogose, Boto, Ndage et Tandala) a restreint l'évacuation des produits agricoles vers les Centres de consommation.

Selon les statistiques de la Banque Mondiale, l'espérance de vie à la naissance serait passée de 59,9 à 60,3 ans entre 2018 et 2019. Elle semble afficher une légère régression à 59,7 ans en 2020. Les estimations pour les années 2021 et 2022 ne sont pas encore disponibles. Les résultats des enquêtes MICS 2010 et 2018 montrent que la situation de l'état nutritionnel de l'enfant demeure préoccupante en RDC. Elle est restée quasi-stationnaire entre 2010 et 2018 pour ce qui est du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale dont les taux ont oscillé respectivement entre 43% et 41,8% ainsi qu'entre 24% et 23,1%. Le taux d'émaciation quant à lui a connu une régression de 9% à 6,5% au cours de la même période.

4.2.2 Organisation de la DPS : offre des soins publics, privées et traditionnels

4.2.2.1 Accessibilité de la population aux soins

Tableau 1 : Accessibilité de la population de la province aux soins

N°	ZS Concernées	Population	Voie d'accès	Accessibilité au 1 ^{er} échelon	Accessibilité au 2 ^{ème} échelon	Utilisation des services en 2022
1	BANGABOLA	177 645	Route	100%	77%	54%
2	BOGOSE NUBEA	205 511	Route	92%	27%	72,2%
3	BOKONZI	283 838	Route	91%	30%	84%
4	BOMINENGE	195 567	Route	99%	90%	77%
5	BOTO	225 453	Route	94%	62%	93%
6	BUDJALA	168 262	Route	57%	37%	73,9%
7	BULU	166 638	Route	63%	69%	55%
8	BWAMANDA	289 073	Route	98%	65%	56%
9	GEMENA	441 439	Route	72%	90%	72,8%
10	KUNGU	270 454	Route	75%	29%	66,6%
11	LIBENGE	288 470	Route	88%	53%	59,6%
12	MAWUYA	190 864	Route	81%	49%	65,4%
13	MBAYA	83 842	Route	97%	63%	64,8%
14	NDAGE	167 739	Route	96%	41%	46,3%
15	TANDALA	348 887	Route	91%	41%	50,9%
16	ZONGO	99 215	Route	96%	82%	78%
	TOTAL	3 602 896		87%	57%	66,9%

La voie d'accès principale aux ESS dans la province est la route bien qu'il existe des ZS où il faut recourir à la rivière pour accéder à l'Hôpital ou au BCZ.

- **Les services de santé (publics et privés)** : Dans la province on trouve un Hôpital Général de Référence dans chacune des 16 zones de santé, 4 Centres hospitaliers privés (Hôpital de Miluna dans la Zone de Santé de Bulu, Hôpital de Yakamba dans la Zone de Santé de Budjala et Hôpital Père Prinetti de la Zone de Santé de Zongo, DPT-CONGO dans la ZS de Gemena). On compte 246 aires de santé couvertes chacune par un centre de santé fonctionnel avec un minimum d'équipements de base, et 124 postes de santé pour couvrir le besoin d'accessibilité au premier échelon dans certaines aires de santé. Toutes ces formations sanitaires appliquent la tarification forfaitaire. Par ailleurs, toutes les FOSA ont bénéficié de subsides au démarrage du projet PDSS jusqu'à l'avènement de l'habilitation intervenue en 2020 à l'issue de laquelle quelques FOSA se sont vues être retirées de l'appui.
- **Les agents de santé** : Les soins de santé dans la province sont assurés par un total de 6645 agents de santé du secteur public dont 37 médecins santé publique, 161 médecins généralistes, 112 infirmier licencié, 1459 infirmiers A1, 1232 infirmiers A2, 184 infirmiers A3, 67 sages-femmes, 3 pharmaciens, 25 Assistants en pharmacie, 3 chirurgiens-dentistes,

9 techniciens d'anesthésie, 3 radiologues, 90 techniciens de laboratoire, 2 techniciens d'assainissement, 52 nutritionnistes, 137 administrateurs gestionnaires des hôpitaux et 2915 administratifs et 154 autres (licenciés en santé communautaire et psycho cliniciens), 28 tradipraticiens et 12.124 relais communautaire repartis dans les 16 zones de santé, chacun étant responsable de 40 à 50 ménages.

- **Les différents acteurs et détenteurs d'enjeux dans le système de santé de Division Provinciale de la Santé du Sud-Ubangi :**

Parmi les acteurs impliqués dans le système de santé dans la province on retrouve :

- Les cadres de la santé du niveau intermédiaire : assurent l'accompagnement technique du développement des zones de santé ; traduisent les politiques, les stratégies et les normes produites par le niveau central en instructions opérationnelles pour le niveau périphérique ; maîtrisent tous les flux financiers en province ; produisent les soins de référence secondaires, et assurent une administration efficace.
- Les cadres de la santé du niveau opérationnel : assurent la mise en œuvre de la stratégie pour le développement du système au niveau des deux échelons.
- Les prestataires regroupés dans les différentes corporations (médecins, infirmiers, Administrateurs gestionnaires, personnels de santé non médecins...): Offrent des services et soins de santé préventifs, curatifs et promotionnels.
- Les partenaires techniques et financiers : apportent l'appui aussi bien technique que logistique et financier.
- Les partenaires confessionnels (CDI Bwamanda, le BDOM de Budjala, la 17 CECU, la CEUM, les Filles de saint Joseph, les Filles de Jésus crucifié...) qui sont propriétaires de certaines formations sanitaires : participent dans les processus de recrutement des ressources humaines en santé ; impriment une discipline particulière du point de vue éthique aux agents ; assurent le fonctionnement ; participent à la prise de décision en faveur des structures confessionnelles à tous les niveaux.
- Les institutions politico administratives (exécutif provincial, assemblée provinciale) dans le contexte de la décentralisation : elles constituent les instances de prise de décision au niveau de la Province, en faveur de la gestion des différentes ressources (humaines, financières, médicaments, matérielles et infrastructures).
- Communauté : participe au financement des soins dans toute la province soit par le paiement direct des soins de santé au niveau des formations sanitaires et l'adhésion à la mutuelle de santé dans les zones de santé de Bwamanda et de Boto ; participe aussi à la gestion des établissements de soins à différents niveaux, à travers des organes de pilotages du secteur (COGE, CA, CPP-SS) et de participation communautaire (CAC, CODESA).

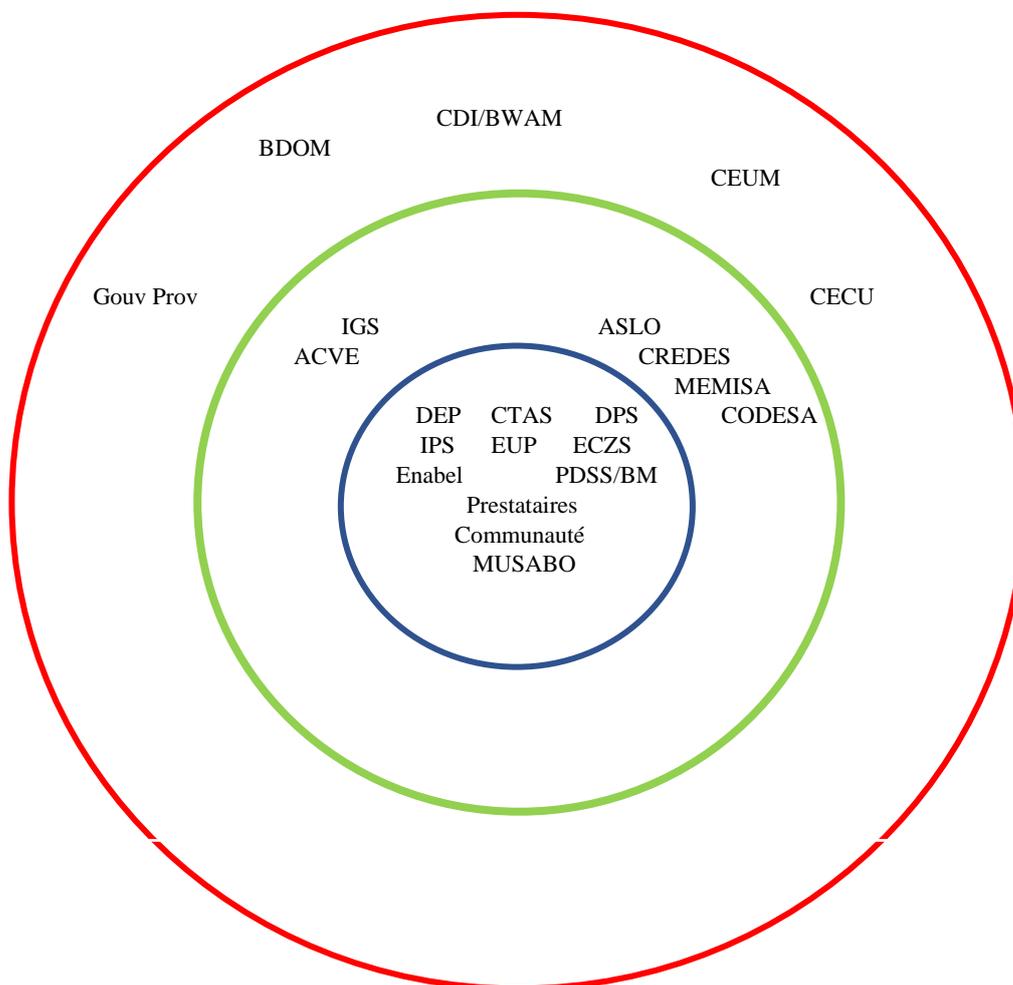


Figure 2: Acteurs clés impliqués dans l'expérience

- **Les bailleurs de fonds**

La cartographie des partenaires et intervenants dans le système de la santé de la province est faite des acteurs qui sont permanents et d'autres dont leur durée d'intervention est limitée dans le temps et dans l'espace.

Tableau 2 : Cartographie des partenaires intervenant dans la DPS Sud-Ubangi

N°	Partenaire (Bailleur/Partenaire d'exécution)	Domaine d'intervention ^[1]	Contenu de l'appui ^[2]	Structures bénéficiaires	Durée
1	MEMISA Belgique	Qualité de soins	Formation, MEG, Fond d'équité, Matériels et équipements, réhabilitation...	Communauté, CS, HGR et ECZ	2017-2022
2	PADP/Enabel PLVS/Enabel	Appui structurel DPS/4ZS&BDPS	Appui au fonctionnement (contrat unique) et investissement.	Communauté, ZS (GEMENA, BWAMANDA, BUDJALA et TANDALA) et BDPS	2017-2022
3	UNICEF	Renforcement du système, Survie mère et enfant, WASH, CAO4&5, IRA et Diarrhée	Médicaments et intrants spécifiques (vaccination), communication, Matériels et équipements	Communauté, CS, HGR, ECZ et BDPS	Permanant
4	OMS	Immunisation et surveillance épidémiologique, Lutte contre la THA	Appui au processus d'investigation et de riposte, médicaments, vaccination, logistique	Communauté, CS, HGR, ECZ et BDPS	Permanant
5	GAVI RSS	Immunisation	Vaccins et autres intrants, Formation, Chaîne de froids	Communauté, CS et ECZ	Permanant
6	FM/PALU/VIH/TB	Lutte contre les maladies prioritaires (Tb, VIH et paludisme)	Médicaments, autres intrants, primes, fonctionnement, supervision	Communauté	Permanant
7	BM/PDSS	Appui à l'achat stratégique des prestations	Subsides	Communauté, CS, HGR, ECZ et BDPS	2016-2022

8	Œuvres médicales (BDOM, CECU, CEUM), ONG et Société privée (CDI, Miluna-Gwaka)	Propriétaires des FOSA	Investissement et fonctionnement	Communauté, CS, HGR	Permanant
9	Vision Mondiale	Appui aux initiatives locales sociales (Santé, Education, WASH)	Investissement, lutte contre la malnutrition,	BDPS, ZS (GEMENA et ZONGO)	2019-2022
10	Mutuelle de santé Bondeko	Paiement des soins	Paiement des soins	Communauté, ZS BWAMANDA, BOTO et MAWUYA	Permanent
11	Etat congolais	Prime et salaire, équipement, infrastructures	Prime et salaire	CS, HGR, ECZ et BDPS	Permanent

4.2.3 Description de l'expérience à capitaliser

a. Diagnostic de la situation de départ :

Les différents mécanismes de financement mis en place (Tarification forfaitaire non subsidiée, appui de CDI Bwamanda, MEMISA, CAO 4 et 5, ASNIP IV, ...), n'ont cependant pas permis de lever de manière significative la barrière financière à l'accessibilité de la population aux soins et services de santé, si bien que les indicateurs de l'offre des soins de santé en 2017 se sont présentés comme suit :

Tableau 3: Quelques indicateurs de l'utilisation des services en 2017 dans DPS

Indicateurs	Pourcentage
Taux d'utilisation des services curatif	48%
Taux de la référence	2,8%
Pourcentage d'accouchement professionnellement assisté	67%
Pourcentage des infections post opératoire	3,5%
Pourcentage de transfusions testées aux 4 marqueurs	43%

Ces résultats montrent que jusque l'année 2017 quelques indicateurs clés de l'offre et de la demande des soins étaient encore faibles.

Bien qu'aucune étude en rapport avec la qualité des soins n'ait été réalisée, les prestations sanitaires ont été caractérisées par des ruptures intempestives des stocks des médicaments, la vétusté des équipements ainsi que des infrastructures en plus d'une très faible qualité d'hygiène hospitalière (cfr rapport évaluation de base de la qualité avant le démarrage du FBP avec le PDSS en 2016).

La faible fidélisation des prestataires de santé, avec seulement 1412 agents sur 3275 agents, soit 43% bénéficiaires de la prime de risque en 2018, et 610 agents, soit 18,6% bénéficiaires de salaire de l'état (PPDS_SUB, 2016-2022), associé à certaines pratiques illicites (pourboires, pharmacies parallèles, l'absentéisme, etc.), aurait également contribué à la faible qualité des soins et services de santé offerts à la population. ***Nous avons eu aussi le problème de motivation du personnel. Car, plus de 70% agents de nos Fosa n'avaient ni prime, ni salaire de l'Etat, la prime de performance payée sur base de FBP et l'afflux de malades suscité par la TFS sont les deux paramètres qui ont suscité la motivation des prestataires***. disait un Médecin chef de Zone de Santé.

Ces différentes données montrent une faible accessibilité de la population aux soins et la faible qualité de l'offre des soins au niveau des formations sanitaires de la province.

4.2.4 Initiatives antérieures de l'accessibilité aux soins

Plusieurs initiatives visant à favoriser l'accessibilité financière de la population aux soins ont été développées dans Province du Sud-Ubangi. La plus ancienne étant celle de la Zone de Santé de Bwamanda en rapport avec la mutuelle de santé associée à la tarification forfaitaire. Cette mutuelle de santé a vu le jour vers les années 1986 dans la ZS de Bwamanda, sous l'initiative de l'ONG « Centre de Développement Intégral de Bwamanda » (CDI Bwamanda) dans sa vision de bien être de tout homme dans sa globalité.

Depuis 2016, la Banque Mondiale (projet PDSS) finance l'achat de services au niveau des centres de santé (CS) et des hôpitaux pour l'ensemble des 16 ZS de la province du Sud-Ubangi. Cet achat est conditionné à la performance des structures pour la moitié des ZS financées. Les ZS cas bénéficient d'un accompagnement par les cadres de la DPS et les agents de l'Etablissement d'Utilité Publique (EUP) puis une vérification trimestrielle des données. Elles obtiennent des subsides en fonction des données validées auxquelles s'ajoute le bonus qualité obtenu par l'évaluation qualité ainsi que du cadre de performance des Equipes cadres de Zones de Santé (ECZS).

Les 8 autres Zones de Santé témoins ne reçoivent que l'accompagnement par les cadres de la DPS mais aucun encadrement dans le cadre de l'achat stratégique. Ces dernières ne reçoivent que les subsides équivalent de la moyenne des subsides des zones de santé dites cas.

Enabel aussi contribue à l'achat de services dans quatre hôpitaux généraux de référence (Gemena, Bwamanda, Tandala et Budjala) avec ses propres modalités. Ainsi, ces différentes initiatives de financement de l'offre, subvention par l'aide internationale, financement basé sur la performance, subvention par les cotisations des mutualistes cohabitent, souvent au sein d'une même structure.

4.2.5 Expérience de capitalisation

A partir de l'année 2017, la tarification forfaitaire a été généralisée dans la province, puis bénéficié de subsides avec l'avènement du projet PDSS à travers le financement basé sur les performances, permettant ainsi à la province de migrer vers la tarification forfaitaire subsidiée. Au courant de la même année, l'appui du gouvernement belge à travers le PADP, a amené de subsides supplémentaires à 4 hôpitaux (Gemena, Tandala, Bwamanda et Budjala), déjà bénéficiaires des subsides PDSS, en plus de l'appui institutionnel (Bureau DPS et ECZs).

Les deux mécanismes décrits ci-dessus se sont ajoutés à un autre mécanisme de partage de risque, la mutuelle de santé Bondeko de Bwamanda, mise en place depuis 1984.

La combinaison de ces 3 mécanismes dans la province de Sud-Ubangi au courant de la même période, constitue notre sujet de capitalisation.

5 Méthodologie

Le processus de la capitalisation est décrit comme suit :

- Le processus de capitalisation a commencé par un atelier d'identification des expériences de capitalisation en mode résidentielle à Kisantu, avec participation des experts des 3 provinces et les représentant d'Enabel et de MEMISA, sous l'encadrement du CCSC - IMT.
- Elaboration, prétest et validation des outils de collecte des données de la capitalisation : le guide d'entretien individuel, le guide de focus-group, la fiche de transcription, canevas des données quantitatives.
- Identification des informateurs clé sur les expériences à capitaliser, des Zones de Santé et des cibles des focus group (les prestataires de l'HGR et des centres de santé, les bénéficiaires et les représentants de la communauté) pour la collecte des données qualitatives.
- **Collecte des données qualitatives et quantitatives :**
 Les données qualitatives ont été collectées au cours des entretiens individuels des informateurs clés et des focus groups des acteurs ciblés. Pour permettre la transcription fidèle de ces échanges, tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants. Ceci s'est déroulé dans le contexte de restriction liée à la pandémie de la maladie à coronavirus.
 Les données quantitatives ont été collectées dans le DHIS2, les registres et autres archives au niveau des structures (EUP, DPS, Enabel, Etablissements des soins, Bureau centraux de zones de santé, etc), au moyen d'un canevas de collecte des données quantitatives.
- **Traitement et analyse des données :**
 Les données collectées lors des entretiens ont été transcrites au moyen des fiches de transcription, puis compilées en commençant par l'identification de la transcription la plus riche comme transcription mère, sur laquelle on ajoute progressivement les informations supplémentaires contenues dans les autres transcriptions, tout en gardant quelques verbatims. Tandis que les données quantitatives brutes ont été collectées, puis organisées avant d'être analysées à l'aide du logiciel Excel, et présentées sous forme de tableau, histogrammes et graphiques. Les analyses ont été comparatives dans le temps et dans l'espace (selon les entités et le type d'expérience mise en place dans ces entités).
- **Rédaction de la monographie :**
 Un canevas de rédaction de la monographie a été rendu disponible par les encadreurs de CCSC – IMT.
 Une combinaison de la revue de la littérature, des résultats des analyses des données qualitatives et quantitatives, et du processus, à concouru à la rédaction de la monographie, avec description des faits, des pratiques et des expériences des acteurs, tout en épinglant quelques verbatims. A chaque étape, des travaux de groupe de l'équipe de capitalisation, des encadrements à distance par mail et visioconférences de l'équipe de la CCSC-IMT, ont été réguliers, afin d'assurer la qualité et l'exhaustivité des informations, mais aussi le respect de la méthodologie de la capitalisation.

6 Résultats

6.1 Description des principaux axes stratégiques de l'expérience

La Tarification forfaitaire subsidiée avait entre-autre pour but d'améliorer l'offre et l'accessibilité des soins de santé de la population, mais aussi de renforcer le leadership à travers un appui institutionnel permanent.

- Cette TFS apportée par le projet PDSS de la Banque Mondiale a été ponctuée des subsides Enabel pour quelques zones de santé, tout en s'appuyant sur les mécanismes de financement existants (partage de risque). Chacun des mécanismes de financement a apporté chaque fois, selon le montage du projet par le bailleur des fonds, quelque chose de particulière dans l'expérience, afin de créer une synergie à l'origine de ce résultat.
- **La tarification forfaitaire** : elle a permis de développer une culture d'implication de la communauté dans la négociation des coûts des soins, afin de lui proposer un tarif qu'elle accepte et qu'elle est capable d'aborder, et d'apporter une touche de marketing en affichant les différents tarifs en langues locales et dans un endroit accessible à tous. Ce qui a amélioré l'accessibilité financière de ces dernières aux soins. Ceci étant vécu comme une marque de transparence, a permis de générer une confiance entre la communauté et les structures de santé. Ainsi, les familles peuvent déjà en venant vers les structures des soins, planifier le montant de son économie à mettre en jeu pour les soins.
- **Les subsides** : cette forme de financement de la santé est l'une des plus ancienne dans le système de santé et rependue dans l'ensemble du pays sous une quelconque forme, spécialement dans la lutte contre les grandes maladies endémiques (paludisme, tuberculose, VIH, etc), ainsi que dans certains programmes promotionnels tels que la santé de la reproduction, l'eau, l'hygiène et l'assainissement du milieu, etc., où les bailleurs de fonds apportent les médicaments, équipements, consommables et parfois des incitations financières aux prestataires, hormis l'appui au développement de infrastructures de santé. Les subsides en exergue dans cette expérience sont venus en termes de compensation du tiers payant dans la tarification forfaitaire, à travers la banque Mondiale et l'Enabel PADP, dans le cadre d'achat de performance. Ainsi, la notion de financement basé sur les performances a trouvé toute sa place dans le financement de santé de la province. Les achats de prestations n'ont pas été faits en superposition, plutôt qu'en complémentarité ? Chaque bailleur ayant mis en place sa propre méthodologie de vérification des prestations et d'évaluation des performances. Pendant qu'avec la banque mondiale les Zones de Santé ont été réparties en Zones de santé cas et témoins, bénéficiaires ou non selon le cas de PBF pur ou des subsides purs par extrapolation des performances des Zones de Santé cas, Enabel avait sélectionnées 4 hôpitaux les plus avancés de la province (Gemena, Bwamanda, Budjala et Tandala) afin d'améliorer leur plateau technique à travers l'achat des prestations, la dotation en infrastructures et équipements.
- **Le partage de risque** : c'est le plus ancien des mécanismes de financement de santé mis en place dans la province depuis 1984 par le CDI Bwamanda avec la mutuelle de santé Bondeko de Bwamanda, qui fonctionne dans 3 Zones de Santé (Bwamanda, Boto et Mawuya).

L'existence de ce mécanisme a permis à la population de bénéficier de l'un des tarifs forfaitaires les plus accessibles de toute la province, avec une réduction importante du ticket modérateur. Ces 3 Zones de Santé constituent celle ayant expérimenté la combinaison de 3 mécanismes de notre capitalisation.

- La tarification forfaitaire subsidiée a permis de proposer à la population les soins de santé de qualité à un coût qui lui est accessible et négocié avec elle, tout en s'assurant que les structures de santé ne s'appauvrissent. La population peut ainsi accéder à moindre coût aux soins de santé. Les subsides reçus ainsi que le paiement des factures par la caisse des mutuelles ont permis aux structures d'accroître le recouvrement des coûts des soins, avec une influence considérable aussi bien sur les conditions de travail que sur la rémunération des prestataires.

6.2 Leçons apprises d'autres expériences antérieures

Quelques expériences antérieures ayant contribué à l'atteinte des résultats actuels nécessitent d'être énumérés :

Tableau 4 : Expériences antérieures

Expériences	Contenus de l'expérience	Leçons apprises
CTB/ ASSNIP 4	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture des lignes de crédit médicament en à la CDR CAMENE • Bourse de formation en santé Publique de cadres de ZS, • Réhabilitation de 2 HGR (Bwamanda et de Tandala) • Construction de 3 centres de santé modèle à Botela (ZS Bwamanda), Bokuda Moke (ZS Gemena) et Bombakabo (ZS Tandala) • Dotation des ZS en équipements médico-chirurgicaux puis outils informatiques • Appui à la mise en oeuvre de l'expérience pilote de la reforme au niveau intermédiaire dans la DPS du Sud-Ubangi • Construction du bâtiment actuel du bureau de la DPS du Sud-Ubangi • Dotation de 2 Hôpitaux (Bwamanda et Tandala) • Dotation en véhicules pour supervision au bureau de DPS et 	<ul style="list-style-type: none"> • Effritement capital médicaments dans presque toutes les ZS • Les RHS formées sont restées en place • Les bâtiments construits et réhabilités ont servi des structures conformes aux normes dans la province • Les deux ambulances n'ont pas fonctionné convenablement • Les matériels, équipements et infrastructures acquis par les structures sont restés en place • Capitalisation de l'expérience de la réforme du niveau intermédiaire de la santé

	aux 3 bureaux centraux (Gemena, Bwamanda et Tandala)	
<p>Mise en œuvre de CAO 4&5</p> <p>Une phase expérimentale à dans la ZS de Bwamanda puis passage à l'échelle dans 4 autres ZS (Budjala, Gemena, Bominenge et Tandala).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place des organes de la participation communautaire • L'approvisionnement des FOSA en médicament et les ménages en kits familiaux • La révision de la tarification forfaitaire avec subvention des quelques prestations du PMA et de PCA • Mise en place d'une caisse de solidarité des complications. 	<ul style="list-style-type: none"> • La dynamique communautaire a été observée dans quelques ZS • Distribution des kits familiaux dans les ménages • Disponibilité des médicaments contre les maladies tueuses de l'enfant et de la femme • Un plan d'investissement (tables d'accouchement pour les CS et dotation 4 motos Haojin) • Démarrage de l'expérience d'évacuation des malades avec moto ambulance.
<p>Memisa Belgique</p> <p>2002 à 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un appui structurel aux ZS de du BDOM Budjala (Banga Bola, Budjala, Bulu, Bokonzi, Bominenge, Kungu et Mbaya) • Approvisionnement en médicaments avec l'ouverture des lignes de crédit à la CDR CAMENE, • Formation du personnel en matériels et équipements, en infrastructures, en primes du personnel et en fonctionnement des ECZ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elévation du plateau technique de l'HGR en qualité d'hôpital de démonstration pour les ZS appuyées par Memisa
<p>CDI Bwamanda - ASBL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du service médical dans son projet de développement • Démarrage de l'initiative de la mutuelle de santé Bondeko depuis 1982 • Approvisionnement en médicaments • Dotation en équipements et matériels pour la santé • Appui à la formation des prestataires 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un système de santé stable dans la ZS de Bwamanda • Passage à l'échelle de l'expérience de la mutuelle de santé du deuxième échelon vers le premier échelon

6.3 Description du processus de la mise en place de l'expérience

6.3.1 Description de la phase préparatoire.

i. Etude des coûts réels des soins hospitaliers/CS et leur implication sur l'expérience : Au démarrage du financement PDSS dans la province du Sud-Ubangi, une étude réelle effective des couts des soins n'a pas été réalisée, du fait du coût et du temps matériel nécessaire, considérant l'existence des résultats de l'expérience pilote de CAO 4&5 dans la Zone de Santé de Bwamanda ainsi que la tarification forfaitaire qui étaient appliquées dans quelques Zones de Santé sous gestion de CDI Bwamanda qui ont orienté à la détermination des couts des soins. *“ Il faut dire que si ces mécanismes ont bien réussi c'est du fait que dans la province il y avait déjà quelque chose qui existait, au niveau du CDI on avait déjà le PBF, sous forme d'une ébauche, c'est ça l'avantage que notre province a eu”.*

ii. Sensibilisation de la population et des acteurs-clés

La population a été sensibilisée à son tour au niveau de chaque aire de santé par les infirmiers titulaires. Les réunions des organes de gestion (comité de développement de l'aire de santé, comité de gestion et conseil d'administration) niveau des Zones de Santé ont servi de cadre pour le partage des informations au sujet de ces différents mécanismes de financement.

De façon spécifique pour la mutuelle de santé, les sensibilisations sont faites au niveau de chaque village par les cellules mutualistes ainsi qu'à travers les chaînes de radios locales (LENDISA, RAO, RRG). Les réunions de conseil d'administration et de l'assemblée générale de la mutuelle ont été des cadres pour la prise et validation des grandes décisions, telle que la fixation du montant de la cotisation par les membres et la durée de la campagne d'affiliation.

iii. Mise en place des outils de gestion

Les outils de gestion (grilles d'évaluation des performances, outils indice, définition des prestations, barèmes des prestations,) en rapport avec le financement basé sur la performance avec PDSS ont été conçus et réadaptés régulièrement au niveau du secrétariat général de la santé de la RDC, précisément par la CTAS. Les outils de gestion pour les subsides Enabel dans les hôpitaux ont été élaborés par les assistants techniques et les gestionnaires des conventions des subsides de Enabel mais validés par les cadres au niveau de la Division Provinciale de la Santé.

6.3.2 La mise en place de l'expérience et la série de « mesures d'encadrement ».

L'expérience que nous décrivons qui est la combinaison de trois expériences a subi successivement différentes étapes ayant chacune une influence sur l'autre suivant un ordre chronologique.

iv. La randomisation : elle était l'étape initiale de PBF dans la province. Un atelier de trois jours au chef-lieu de la province réunissant les 16 Médecins chef des Zones, les délégués de la Banque Mondiale au tour du chef de Division Provinciale de Santé en 2016. Cet atelier a permis d'expliquer brièvement le processus de financement basé sur la performance.

Un tirage aléatoire a permis de tirer 8 Zones de Santé (Bwamanda, Boto, Bominenge, Budjala, Bulu, Mawuya, Tandala et Zongo) comme Zone de Santé CAS, elles étaient appelées à bénéficier du financement par un PBF pure. Tandis que les 8 autres Zones de Santé (Bangabola, Bogosenubea, Bokonzi, Gemena, Kungu, Libenge, Ndage et Mbaya) ont été tirées comme des Zones témoins ; elles étaient appelées à bénéficier d'un financement issu de la moyenne de celui reçu par l'ensemble des zones de santé dites cas.

v. La formation en cascade des acteurs sur le PBF :

Un atelier de 15 jours pour la formation des formateurs provinciaux a été organisé au niveau du chef-lieu de la province, les participants les mieux évalués ont été retenus pour animer la formation au niveau de 8 Zones de Santé cas, en financement basé sur la performance. Au niveau de chaque Zone, les cadres de l'équipe cadre, les responsables des services de l'HGR, tous les infirmiers titulaires ainsi que les présidents de comité de santé ont suivi cette formation pendant également 15 jours.

La session de formation au niveau de chaque Zone de Santé était clôturée par la discussion et adoption de tarif forfaitaire avec les représentants de la communauté.

vi. La contractualisation avec les structures : ZS Cas et témoins, sélections des structures bénéficiaires de subsides, signature de contrat, fonds de démarrage, etc.

La contractualisation est un processus qui engage deux parties prenantes autour d'un certain nombre de résultats préalablement définis. Elle fixe les engagements mutuels entre les parties. Ce processus est matérialisé par la signature d'un contrat de performance qui est négocié, puis signé entre les parties prenantes. Au niveau de chaque Zone de Santé cas, chaque unité fonctionnelle, c'est-à-dire les centre de santé, l'hôpital général de référence et le Bureau Central de Zone de Santé ont été appelées à signer ce contrat de performance avec l'EUP comme agence de contractualisation et de vérification. Ce contrat décrit les prestations et les obligations de la partie contractante ainsi que les obligations de l'agence de contractualisation et de vérification.

vii. Mise en place de la TFS : Négociation du tarif forfaitaire et son évolution dans le temps, contenu de la subvention

Le tarif des soins discuté dans les 8 Zones de Santé cas a été par la suite uniformisé et généralisé dans toutes les Zones de Santé avec l'encadrement des cadres de la DPS. Notons que la mise en place effective de la TFS au niveau de chaque Zone a été la condition initiale avant de bénéficier des subsides FBP. Dans l'application de la TFS, il a été constaté que ce tarif était jugé obsolète par le fait que la part de la contribution des ménages était vraiment insuffisante pour répondre aux besoins des formations à l'absence ou lors du retard de paiement des subsides.

C'est sur le même tarif négocié initialement dans le cadre de mise en œuvre du FBP que le partenaire Enabel est venu en 2017 négocié en faveur des prestations

qu'il a subventionné dans les quatre hôpitaux (Gemena, Bwamanda, Tandala et Budjala) qu'il a appuyé durant ce temps.

Dans les Zones de Santé de Bwamanda et de Boto où a fonctionné la mutuelle de santé, sur base de ce tarif négocié et adopté. La part qui devrait être payée par les ménages était une fois de plus répartie entre la famille du malade et la caisse de la mutuelle de santé. Ça revient à dire que pour malade qui est membre de la mutuelle de santé, qui fréquente un des hôpitaux de ces deux Zones de Santé, bénéficie du paiement des soins par la caisse de la mutuelle de santé et de subsides Enabel puis de PDSS, en plus de ticket modérateur payé par la famille du malade à la structure.

viii. Avènement de gratuité de l'accouchement

L'approche de la gratuité de l'accouchement qui a consisté au fait que toutes les femmes enceintes qui viennent pour accouchement eutocique ou dystocique, voir même la césarienne si elle est indiquée, ne paie aucun sou à la structure. Cette dernière ne va bénéficier que des subsides PDSS si cette prestation est vérifiée et validée par l'EUP. Par contre, Enabel avait remplacé la prestation de l'accouchement et de césarienne par d'autres identifiées par les prestataires eux-mêmes.

L'application de cette gratuité n'a commencé qu'au quatrième trimestre de l'année 2021 après la concertation entre la CTAS et les cadres de PDSS.

ix. Procédures d'achat stratégique

- **Séparation des fonctions** : dans le cadre de financement basé sur la performance, il s'agit d'un mécanisme par lequel le rôle de chaque acteur dans le système est défini indépendamment de celui de l'autre en dégageant clairement les limites de chaque partie. Cela implique que chaque structure qui commet une erreur ou une faute n'a ni la possibilité d'en dissimuler ni la possibilité d'en retarder la découverte. Mais elle n'exclue pas la collaboration entre acteurs. Sur le plan universel, le Financement Basé sur la Performance (FBP) met en phase plusieurs fonctions complémentaires dont la régulation, la prestation, l'achat, la vérification et le paiement.

La fonction de régulation est une fonction exercée par le Ministère de la santé publique. Elle se base sur l'application des normes et des directives sanitaires nationales à différents niveaux de la pyramide sanitaire (Niveau central, niveau intermédiaire et niveau opérationnel).

La prestation est une fonction qui s'adresse non seulement à l'offre des services (preventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) au sein des communautés, des centres de santé et des hopitaux mais aussi à celle des services administratifs (rapportage, renforcement des capacités, supervision, etc) sur base d'un contrat de performance.

La fonction de vérification, d'achat et de paiement était assurée par l'EUP du Sud-Ubangi dont le bureau est installé à Gemena.

La vérification est une fonction qui s'assure de la matérialité des prestations déclarées et de leur qualité. Elle se fait à deux niveaux : au

niveau de la structure sanitaire, une vérification de la quantité et de la qualité technique ; au niveau de la communauté, une vérification de l'authenticité des prestations déclarées et de la qualité perçue par les usagers. Le paiement est une fonction basée sur la canalisation des fonds aux bénéficiaires. La mise à disposition des subsides aux bénéficiaires est faite après vérification de leurs performances par les Etablissements d'Utilité Publique. Pour renforcer la transparence, le paiement a été fait directement sur le compte bancaire des bénéficiaires.

- **Accompagnement des FOSA (EUP, ECZ et ECP) :** l'accompagnement a été fait à différents niveaux de la province en termes de coaching et de supervision sur différentes thématiques. Les cadres de Zone Santé avaient la responsabilité d'accompagner les prestataires dans les centres de santé ainsi que ceux des hôpitaux. Les vérificateurs de l'EUP en dehors de leurs tâches principales, ils assuraient également les missions d'accompagnement au niveau des Zones de Santé.

- **Vérification des prestations :** le processus de vérification des données déclarées par les formations sanitaires jusqu'à la validation était fait de façon trimestrielle par les vérificateurs de l'EUP pour le financement PDSS dans toutes les structures des Zones de Santé dites cas.

Au total 22 prestations pour le PMA et 25 PCA ont été retenues pour faire l'objet de la vérification et ensuite de validation pour générer les subsides au prorata des données validées. Chaque prestation avait une définition de cas avec des sources de vérification primaire et secondaire.

- **Evaluations qualité des FOSA et des performances des ECZS et de l'ECP** A l'aide d'une grille standard validée par la cellule technique de l'achat stratégique la qualité était évaluée à cycle trimestriel à différents niveaux. L'évaluation des centres de santé était faite par les membres de l'ECZS formés et certifiés sur le processus. Il était de même pour les hôpitaux qui étaient réalisés par les encadreurs formés de la DPS. Ces derniers réalisaient au cours de la même période l'évaluation de performance des ECZS des Zones dites cas. Les scores obtenus lors de l'évaluation qualité avaient une répercussion sur le bonus qualité, qui s'ajoute aux subsides issus des données quantitatives validées.

- **Calcul des subsides et validation des factures**

Le calcul des subsides à recevoir par chaque structure se faisait sur base des données quantitatives validées, en fonction de barème fixé pour chaque prestation. A cette enveloppe, s'en est également ajouté le bonus issu de l'évaluation qualité obtenue pour le trimestre. Ce travail réalisé par l'équipe de l'EUP est présenté pour validation par le groupe de travail financement de la DPS du Sud-Ubangi avant d'être soumis au portail web pour déclencher le processus de paiement.

- **Paiement des subsides**

Le montant des subsides validés par le groupe de travail était directement payé dans les comptes en banque de chaque structure. Ces comptes sont accessibles par deux délégués qui signent conjointement pour autoriser une opération de retrait des fonds.

- En marge de la procédure PBF qui est trimestrielle, le PADP procède tout autant à des vérifications trimestrielles sur 16 prestations, et au paiement des factures des prestations dans les Hôpitaux généraux de Gemena, Bwamanda, Tandala et Budjala, et les mutuelles de Bwamanda et de Boto pour les prestations à payer par les mutuelles.

6.3.3 Rationalisation de la gestion financière

- **Outil indice :** L’outil d’indices est un instrument qui a permis à la structure sanitaire de gérer les ressources financières (toute source) actuelles et prévisionnelles en tenant compte de certains paramètres internes (nombre d’agents, priorité, niveau de financement, performance interne des acteurs etc.).

A partir de cet outil, l’ensemble des recettes étaient repartis en termes de proportion aux différents domaines d’affectation des dépenses.

Tableau 5 : Répartition des ressources financières par domaines d’affectation et selon en fonction les structures

Domaines d’affectation	Centres de santé	Hôpitaux	BCZS
Primes de personnel	47%	40%	50%
Médicaments	25%	30%	0%
Investissement	5%	10%	10%
Fonctionnement	10%	10%	30%
Marketing social	5%		-
Réserves	5%	5%	10%
Contributions aux propriétaires des structures privées/confessionnelles	3%	5%	0%
Total	100%	100%	100%

- **Constitution de réserves :** les réserves ont été canalisées dans un compte spécial à la banque en franc congolais et en dollars. Un mécanisme de suivi a été mis en place pour le suivi par l’ECZ et la DPS pour s’assurer que les fonds ont été effectivement déposés dans les comptes en banque.

6.3.4 Notion de l'autonomie de gestion

L'autonomie est un des principes de base du FBP. C'est la liberté dont dispose les structures pour gérer leurs ressources afin d'atteindre les objectifs fixés. Dans le FBP, la gestion des structures et la fixation des stratégies étaient une affaire interne dans laquelle les autorités de santé et les EUP ne devraient pas interférer. Il a impliqué la séparation des fonctions entre l'acheteur et le prestataire, entre l'acheteur et le régulateur, entre le régulateur et le prestataire ainsi que la séparation des fonctions entre l'acheteur et le payeur des subsides. Chacun a une responsabilité distincte. Ce système présente l'avantage supplémentaire que les structures de santé publiques, privées et religieuses sont traitées exactement de la même façon et sans discrimination. Toutefois, cette autonomie ne signifie pas que les gestionnaires peuvent faire ce qu'ils veulent. Ils doivent avoir des connaissances et des compétences nécessaires pour appliquer les techniques de gestion en vue de rendre effectif la bonne gouvernance en la matière.

6.3.5 Rationalisation des ressources humaines

Conformément aux dispositions pratiques du montage du financement basé sur la performance, la répartition de la prime à payer aux prestataires a tenu compte du niveau d'étude des agents. La répartition de la prime issue des subsides Enabel ainsi que des recettes locales a suivi la même logique. Ce qui a fait que le personnel avec un niveau d'étude élevé était mieux rémunéré que celui qui est sous qualifié, les cas des infirmiers A3 et les autres n'ayant aucun titre scolaire ou académique. Cette réalité a entraîné au départ une certaine démotivation de la part de cette dernière catégorie mais au fur et à mesure tous se sont adaptés. Elle a créé d'autre part une émulation et a poussé plusieurs infirmiers A2 d'arrêter le travail et reprendre le chemin des études afin d'obtenir le titre de l'infirmier A1. Ce qui expliquerait la proportion élevée d'infirmiers A1 (1497/2895) en 2021 venant de 177/527 en 2017 contre celle d'A2 qui se réduit 205/527 à 627/2895.

En deuxième lieu, un Plan de Développement des Ressources Humaines de Santé pour 5 ans dans la province a été élaboré sur base des besoins au niveau de la base. La mise en œuvre dudit plan a permis de procéder à un recrutement des agents au niveau de la province. Ce qui a fait à la troisième année, l'effectif global a doublé de 3275 agents en 2018 à 6645 en 2022, tandis que celui des infirmiers est passé de 1109 à 2852 puis de médecins de 137 à 198. ***“...Moi j'étais seul dans le centre. Car, la hiérarchie n'avait pas trouvé la nécessité d'affecter une autre personne étant donné qu'il n'y avait pas de fréquentation ni des recettes, mais aujourd'hui avec la tarification forfaitaire, la fréquentation du centre s'est améliorée. Il y a des recettes et aujourd'hui nous sommes à plus de 5 infirmiers au centre...”***. (Focus group avec les infirmiers Titulaires)

La proportion des agents bénéficiant de salaire et primes de l'Etat est restée faible, respectivement au tour de 10% pour le salaire et de 37% pour la prime de risque, en dépit des efforts déployés par le gouvernement pour apurer les listes du personnel en attente de mécanisation.

6.3.6 Rationalisation des approvisionnements en médicament et de la prescription

Toutes les structures disposaient de deux sources de financement pour les achats de médicaments : les recettes locales et le 30% des subsides. La part des subsides destinée à l'achat des médicaments est gardée en banque dans le compte médicament des structures de santé. Les structures de santé organisent leurs approvisionnements en médicaments indépendamment du BCZ dans le cadre de l'autonomie de gestion, auprès de la CDR CAMENE ou de PHATKIN qui est un établissement de vente en gros certifié par le PNAM. Les approvisionnements sont faits en mode pull, la structure de santé amène sa commande de médicaments faite sur base du crédit disponible, aux deux sources d'approvisionnements choisies selon la disponibilité des intrants et le prix d'achat, et procèdent au ramassage. Les factures sont validées par le groupe de travail Gestion des Approvisionnements et des Stocks de la DPS, puis payées aux fournisseurs.

Les prescriptions médicales ont été rationalisées à travers des instructions opérationnelles pour utiliser systématiquement les ordinogrammes et les guides thérapeutiques au niveau des formations sanitaires. Ce principe était vérifié lors des différentes missions d'évaluation de la qualité au niveau des CS et au niveau des HGR. Il s'agissait par exemple de vérifier le nombre des antibiotiques prescrits sur 5 fiches des malades traités durant le trimestre, tirées au hasard. Une formation des prestataires des soins en gestion en médicament a été également organisée en vue d'améliorer les différentes activités du cycle de la gestion des médicaments.

Dans le cadre de la rationalisation des ressources humaines, des assistants en pharmacie et des infirmiers responsables de la gestion des médicaments ont été affectés au niveau des bureaux centraux des ZS, au niveau des HGR et au niveau des CS.

6.3.7 Rationalisation des soins

Elle a été observée à travers les recyclages des prestataires sur des thématiques bien déterminés au niveau des CS et des HGR. Le renforcement de capacité des prestataires à travers les missions de supervision et de stage clinique. Les subsides ont permis aux formations sanitaires d'acquérir des équipements de base ainsi que de matériels permettant de prendre correctement en charge les malades tant au premier échelon qu'au niveau de deuxième échelon des soins.

Une attention particulière a été portée sur la disponibilité au niveau des formations sanitaires, des médicaments de qualité à partir des deux fournisseurs certifiés (CAMENE et PHATKIN) de la province.

6.3.8 Rationalisation du laboratoire et autres examens paracliniques

Toutes les FOSA disposent d'un laboratoire de base selon qu'elles offrent le PMA ou le PCA. Elles se sont achetées les petits matériels et les intrants de dépistage pour améliorer le plateau technique de leur laboratoire avec leurs subsides.

Seuls les HGR de Gemena, Bwamanda, Budjala et Tandala ont relevé leurs plateaux techniques des laboratoires en volet biochimie et bactériologie. Cependant, il se pose un problème de rupture de stock d'intrants.

L'HGR Budjala bénéficie de l'appui technique et financier de Memisa et son partenaire LUMOS en termes de renforcement des capacités du personnel, construction d'infrastructures et de la dotation en matériels et équipements.

Depuis l'élévation du laboratoire de l'HGR Gemena en Laboratoire Provincial, il est jusque-là limité aux fonctions rattachées au laboratoire de l'HGR, hormis le dépistage de la Covid-19 au gène-expert. Le laboratoire provincial a bénéficié en 2021 de l'installation de la machine Xpert dans le cadre de riposte contre la Covid-19. Cette machine a également été programmée pour l'analyse de la charge virale, rendant désormais autonome la province quant au contrôle de la charge virale des PVVIH.

Concernant l'imagerie, parmi les HGR et CH de la Province, les HGR Gemena, Bwamanda, Tandala et le CH Yakamba disposent de la radiographie, tandis que l'échographie est disponible dans les HGR Bangabola, Budjala, Bwamanda, Libenge, Mbaya, Tandala et Zongo. La radiographie de Budjala ne s'est pas remise de sa panne depuis 2019 par manque de technicien et maintenancier en radiologie dans la province. Cependant, il n'existe pas de médecins radiologues dans la Province. Trois HGR (Budjala, Gemena et Tandala) ont des techniciens radiologues. Seulement, les HGR Budjala, Libenge et Tandala ont un médecin formé en techniques d'échographie de base.

6.3.8.1 Principales parties prenantes de l'expérience (un ou plusieurs « champions » ?) et leurs rôles dans d'expérience

Les principaux acteurs de l'expérience sont repartis à différents niveau du système de santé de la RDC.

Tableau 6 : Principales parties impliquées dans l'expérience

Parties prenantes	Rôles
Direction d'Etudes et Planification (DEP), Cellule technique d'achat stratégique (CTAS)	Conception et la validation de programme santé pour Enabel et de Programme de Développement du Système de Santé (PDSS) avec comme mode de financement, le financement basé sur la performance (FBP).
Gouvernement Provincial du Sud-Ubangi	Alignement du secteur de la santé parmi ses priorités, en autorisant l'implémentation de ces différentes interventions dans la province. Assurer la signature et le suivi du contrat unique entre les différents partenaires alignés ainsi que le bureau de la Division Provinciale de la Santé de Sud-Ubangi.
DPS du Sud-Ubangi	Appropriation des différentes expériences ; Formateurs provinciaux au démarrage du projet avec le PDSS, Accompagnement technique des cadres des zones de santé dans la mise en œuvre de ces différentes expériences. Suivi et évaluation des résultats périodiques obtenus.
Inspection Provinciale de la Santé (IPS)	Les missions d'inspection dans les zones de santé Les missions de contre vérification quantitatives et qualitatives en collaboration avec l'Inspection Générale de la Santé (IGS) ainsi que l'agence de contre vérification externe (ACVE) qui est le CREDES.

Equipes Cadres des ZS	<ul style="list-style-type: none"> - La coordination de l'implémentation des différents mécanismes de financement mis en place - La formation des prestataires des formations sanitaires - La vulgarisation des outils relatifs aux nouvelles interventions, - Les plaidoyers auprès des leaders d'opinion locaux - La négociation du ticket modérateur avec les représentants de la communauté - La sensibilisation des différentes couches de la communauté sur la tarification forfaitaire subsidiée - L'accompagnement des formations sanitaires dans la mise en œuvre de ces différents mécanismes de financement - Le suivi et l'évaluation de l'implémentation de la tarification forfaitaire subsidiée et du financement basé sur les performances.
Prestataires des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Impliqués au départ dans la sensibilisation de la population et la négociation sur la tarification forfaitaire - Offre des soins au niveau du premier et deuxième échelon du système des soins de la santé au niveau local.
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation de tarif appliqué au niveau des formations sanitaires. Elle a aussi participé au financement du système de santé par le paiement du ticket modérateur, - Emissions des points de vue lors des enquêtes communautaires de leur perception
Associations locales (ASLO)	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des enquêtes communautaires sur la satisfaction de la communauté

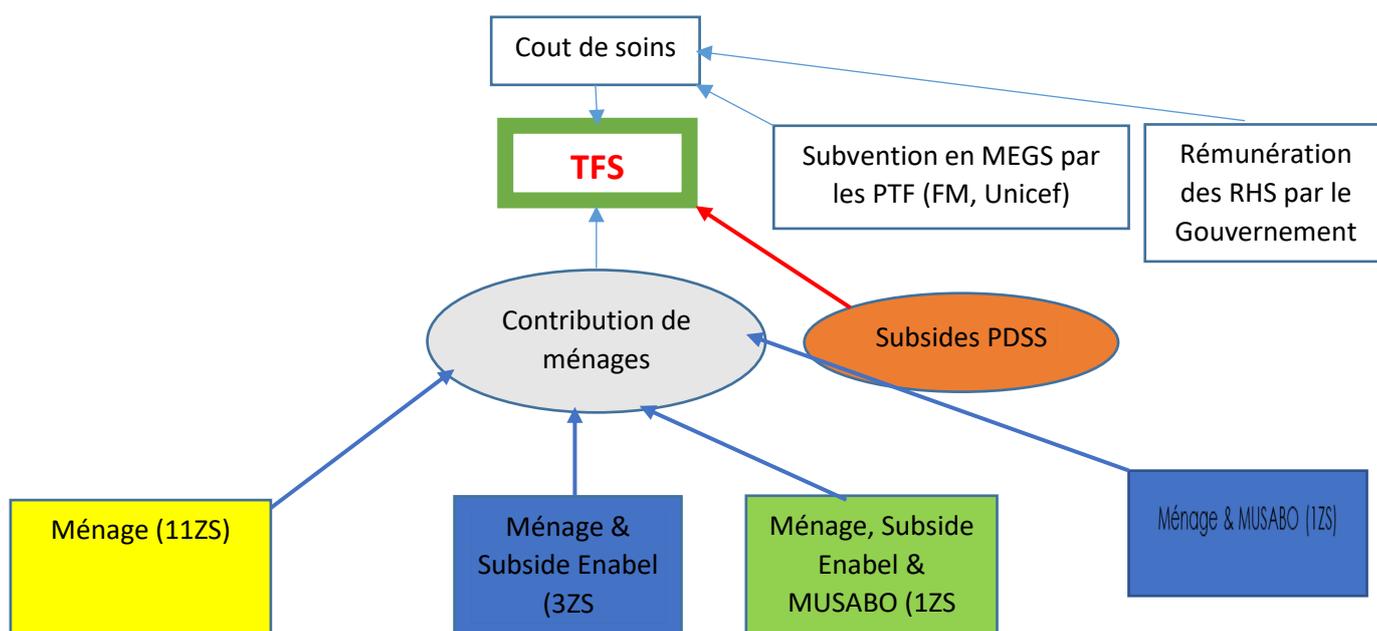


Figure 3 : Tarification forfaitaire subsidiée avec FBP, Enabel et la Mutuelle de santé dans la Province Sud-Ubangi

Commentaire : On note que le tarif forfaitaire est subsidié initialement par le PDSS dans toutes les zones de santé. En plus de subsides PDSS, Enabel et la mutuelle apportent leur appui sur la part à contribuer par les ménages. Les subsides Enabel concernent 4 HGR, tandis que la mutuelle n'est que dans deux Zones de Santé.

6.3.8.2 Les « alliés » et les « opposants » (visibles ou en retrait) à l'expérience

Tous les bénéficiaires directs et indirects (prestataires des soins et membres de la communauté) ainsi que les acteurs clés ont été les alliés de ces différentes expériences mises en place.

Par contre, d'autres partenaires confessionnels et ONG (CDI Bwamanda, la communauté 17-CECU, CEUM) qui appuyaient déjà de leur manière certaines Zones de Santé de la province (Tandala, Bogose-Nubea, Bwamanda, Boto et Mawuya) ont émis assez de réserves pour cette nouvelle approche de financement qui venait changer en quelques sortes leur façon de contrôler les finances de ces Zones de Santé. Il a fallu plusieurs séances de travail pour explication en présentiel et en ligne pour qu'un éclairage soit apporté avant que ces derniers ne puissent accepter l'implémentation du mécanisme de financement basé sur la performance dans les Zones de Santé où ils intervenaient déjà depuis bien avant.

Un acteur clé a déclaré : *"A notre qualité de technicien, nous sommes approchés de la province pour comprendre et par la suite chercher à convaincre le partenaire à partir des Etats unis à travers même des réunions en ligne pour leur expliquer le bien-fondé de l'approche. Par la suite, nous avons saisi l'opportunité lors des différentes réunions des pasteurs de la 17-CECU pour faire la même chose pour leur expliquer le bien fondé et obtenir leur compréhension ..."*

Un autre acteur a confirmé le changement de son point de vue au fur et à mesure que les différents mécanismes de financement se mettaient en place *"... Au départ, j'avais une réaction négative comme tout le monde. Mais au fur et à mesure qu'on avançait, avec les différents changements observés, nous avons changé d'avis. Nous sommes aujourd'hui capables de bien gérer les ressources à notre disposition..."*

Le paiement des cadres et les prestataires des Zones de Santé en fonction de certains critères (niveau d'étude, ancienneté au service, la responsabilité) ainsi que la performance individuelle ont été pour la première fois une situation de satisfaction pour certaines catégories (les administrateurs gestionnaires, les infirmiers A1) qui ont vu leur enveloppe de prime s'améliorer. Par contre, une situation de démotivation pour les autres (médecins et surtout les agents sous qualifiés) qui ont vu leur enveloppe de prime être réduite. C'était avec le temps que cette dernière catégorie a eu à comprendre et accepter ce changement.

La mise en place de la tarification a redonné la valeur au système de santé formel au détriment des formations sanitaires à but lucratif. Ces formations sanitaires privées ont été les plus grands perdants à la suite de la mise en place de la tarification forfaitaire subsidiée. La plupart de ces formations sanitaires en milieux ruraux ont carrément fermé leurs portes suite à la

concurrence associée à l'accessibilité financière couplée à la qualité des soins qui leur a été totalement défavorable.

“ Dans mon aire de santé où je suis Infirmier Titulaire depuis plus de 7 ans, on pouvait compter jusqu'à plus de 5 structures privées vers les années 2017. Mais aujourd'hui, toutes les FOSA ont fermé. Car, ils n'ont plus des malades... tous les malades se dirigent dans notre formation sanitaire où les soins sont payés de façon forfaitaire...” (Focus group avec les Infirmiers titulaires)

Les formations sanitaires situées au centre-ville de Gemena (Zone de Santé Urbano-rurale de Gemena) ont été les dernières à adhérer à la tarification forfaitaire, car au début les prestataires pensaient que la tarification forfaitaire était seulement réservée aux formations sanitaires des milieux ruraux.

“...mon centre est situé ici dans la ville de Gemena je ne pouvais pas m'imaginer un jour que les soins soient payés de façon forfaitaire...depuis plusieurs années que suis dans ce centre... mais aujourd'hui toutes les prestations sont payées par forfait et le montant est connu d'avance puis affiché sur un panneau à l'entrée du centre de santé...” (Focus group Infirmiers titulaires).

6.3.8.3 Les réajustements du planning de la mise en œuvre de l'expérience

Dès la mise en place du PBF, les Zones de Santé ont été catégorisées en « Zones de Santé cas et Zones de Santé témoins ». Selon le montage du projet PDSS, les Zones de Santé cas recevaient des subsides au prorata de leurs performances, bénéficiant ainsi des coachings sur le PBF, des vérifications quantité et des évaluations qualité, ce qui constituait des opportunités pédagogiques au profit de ces zones de santé susceptibles de booster leurs prestations de manière globale. Cependant, les ZS témoins par contre ne bénéficient que des moyennes des performances des ZS cas, et devaient évoluer avec les appuis techniques ordinaires.

Le changement de statut des ZS cas et témoins qui devait intervenir chaque 2 ans afin d'accorder les mêmes opportunités à toutes les ZS n'a finalement pas eu lieu durant les 5 années de l'implémentation du projet.

Dans les ZS témoins, les formations sanitaires étaient soumises chaque année à l'évaluation à travers l'outil d'habilitation, à l'issue de laquelle évaluation, les structures ne remplissant pas les conditions minimums en termes d'infrastructure et d'hygiène hospitalières parmi les autres critères étaient élaguées des subsides. Selon le montage du projet PDSS, ceci permettra de comparer les résultats attribuables au coaching et l'accompagnement apporté de manière particulière aux établissements de soins de santé des zones de santé cas sous FBP. Ainsi, chaque année, certaines structures devaient basculer entre les catégories subsidiées et non subsidiées. Ces dernières continuaient cependant à appliquer le tarif forfaitaire standard au sein de la ZS (pour les structures aussi bien subsidiées que non subsidiées), mais sans un tiers payant pour le manque à gagner.

La part du ménage déjà initialement fixé au début du projet a été renégociée avec une légère majoration vers la fin de l'année 2021, car jugé non adapté aux contextes économiques actuels mais aussi en prévision d'un possible arrêt du projet. Ce nouveau tarif dorénavant spécifique à chaque ZS a été derechef rediscuté au rabais dans certaines ZS jugé élevé.

6.3.8.4 Appuis techniques (ponctuels) à la mise en œuvre de l'expérience

6.3.8.4.1 Analyse des coûts

Selon le montage du projet PDSS, une étude réelle de couts des soins n'a pas été réalisée au départ, faute de temps matériel et de ressources financières. Néanmoins, quelques cadres du niveau national (CTAS) en collaboration avec ceux du niveau provincial et des Zones de Santé s'étaient contentés des données de la tarification forfaitaire qui étaient d'application dans les Zones de Santé sous gestion du partenaire CDI Bwamanda. Ce sont des données qui ont été réajustées dans le cadre de la mise en œuvre du projet CAO 4&5 pour la subvention de quelques prestations dans la Zone de Santé de Bwamanda. Par la suite, ces mêmes données ont été réajustées et proposées pour le démarrage de la tarification forfaitaire dans la province au passage à l'échelle de la tarification forfaitaire dans la province avec le démarrage du financement basé sur la performance.

6.3.8.4.2 Modèle de gestion des médicaments

La gestion des médicaments s'est exécutée en suivant les instructions et directives édictées par le SNAME en la matière. Les outils de gestion (fiches de stock, Rumer, Bon de commande, PV de réception, Bon de livraison, ...) ont été utilisés à chaque étape du cycle de gestion des médicaments de l'estimation de besoin jusqu'à l'utilisation. Les formations sanitaires se sont approvisionnées en médicaments auprès des deux fournisseurs (CDR CAMENE et Phatkin) agréés par la province. La valeur de 20% sur les subsides de PDSS destinés trimestriellement à chaque formation sanitaire était retenue à la source et payée directement aux fournisseurs pour la livraison à chaque formation sanitaire selon ses besoins.

Ce circuit d'approvisionnement a permis d'avoir la disponibilité des médicaments de qualité et d'avoir la disponibilité des médicaments de qualité au niveau des formations sanitaires.

"...Les médicaments que nous utilisons sont achetés auprès des fournisseurs agréés et certifiés où nous pensons que les conditions de conservation sont garanties. Ce qui rassure la qualité de ces médicaments, mais aussi nous avons une bonne disponibilité au niveau de notre centre de santé..." (Focus group des infirmiers titulaires)

Dans l'affectation des recettes produites par les formations sanitaires

6.3.8.4.3 Description du système de monitoring et d'évaluation

En ce qui concerne le Financement Basé sur les Performances, les vérifications quantitatives de PMA et PCA des Zones de Santé cas étaient réalisées trimestriellement par les vérificateurs de l'Établissement d'Utilité Public (EUP). Dans le cadre de la séparation de fonction, la qualité des soins dans les centres de santé était réalisée suivant un rythme trimestriel par les membres de l'Équipe cadres des Zones de Santé (ECZS). Tandis que celle des hôpitaux ainsi que l'évaluation de la performance des ECZS étaient réalisées suivant le même rythme par les Encadreurs provincial polyvalent. La performance du bureau de la DPS par rapport à ses missions était également réalisée trimestriellement par une commission mixte comprenant le représentant des partenaires techniques et financiers intervenant dans la province, un cadre de la fonction publique et du ministère provincial de la santé. Un outil standard conçu par la CTAS

(cellule technique d'achat stratégique) au niveau national était utilisé pour cet exercice. Il sied de noter que cet outil a été révisé en 2019, ce qui expliquerait la contre-performance observée à tous les niveaux au courant de cette année.

Signalons que les résultats de ces vérifications et évaluations ont évolué en crescendo d'une manière générale. Cependant, certaines pratiques perverses ont été déplorées dans quelques structures ayant conduit ainsi aux sanctions tant administratives que financières des évalués et des évaluateurs.

La contrevérification : pour assurer la fiabilité des notes issues des vérifications et évaluation qualité et des performances, il a été mis en place, la contrevérification par une équipe neutre d'experts de l'Inspection Générale de la Santé et de CREDES. Tout écart de plus de 10% entre la vérification et la contrevérification a été jugé significatif, entraînant soit des sanctions à l'encontre de l'évaluateur, ou des ajustements de la performance si la contrevérification a révélé la sous-évaluation. Ceci était un garde-fou majeur pour assurer la fiabilité des évaluations et vérifications.

6.3.8.4.4 Description des systèmes et modalités administratives / gestionnaires

Parmi les clauses de contrats qui liaient les Zones de Santé à l'EUP FBP, nous pouvons signaler *l'utilisation de l'outil indice et la clé de répartition des recettes* élaborées par ce dernier. Les éléments qui entraient en ligne de compte dans la clé de répartition étaient l'achat des **Médicaments** : 30% Prime, 45% Fonctionnement, 5% Investissement, 15% Réserve, 5% pour les FOSA étatiques alors que les FOSA privées ou confessionnelles renouvelaient les médicaments à 27% et 3 % étaient destinés à payer la quotité aux propriétaires des structures. La clé de répartition de recettes (subsidés) appliquée dans les FOSA était différente de celle utilisée dans les BCZ où la prime du personnel représentait 50%, le fonctionnement 30%, l'investissement 15% et la réserve 5%.

En 2021, pendant la prolongation du projet PDSS, cette clé a été révisée avec l'intégration du marketing social intégré dans les FOSA et la suppression de la part des propriétaires de structures sanitaires. Le renouvellement des médicaments est passé de 30 à 20 %, la prime de performance du personnel de 45 à 40 %, l'investissement de 15 à 20 %, le fonctionnement de 10 % à 5%, le marketing social 5% et la réserve de 5 à 10 % pour les formations sanitaires.

Toutes les dépenses que les structures engageaient, étaient planifiées d'avance dans le plan de management de chaque structure élaborée semestriellement. Ce document était validé par le régulateur et l'EUP FBP et suivi par les cadres de la DPS lors de missions d'accompagnement. Au début du projet PDSS, la DPS n'avait pas un regard sur les mouvements effectués par les structures en termes d'approvisionnement et de retrait de fonds de leurs comptes bancaires. Cette faiblesse a été corrigée à partir de la prolongation du projet PDSS en ajoutant la DPS et l'EUP FBP comme des signataires des comptes des structures.

De subsidés bénéficiés, ces derniers devraient être utilisés selon le plan d'utilisation établi à cette fin par les structures lequel plan était issu de plan de management des structures. Signalons que les ECZ avaient pour mission de valider les plans d'utilisation des FOSA.

En ce qui concerne la gestion des ressources, la tenue des outils était de mise dans toutes les Zones de Santé surtout pour les Zones de Santé cas qui étaient soumises aux évaluations périodiques. Qu'à cela ne tienne, toutes les ZS étaient accompagnées par la DPS et l'EUP FBP dans la gestion des ressources.

Concernant les médicaments, la DPS assurait trimestriellement la conciliation des comptes médicaments des FOSA. L'approvisionnement de comptes médicament appelé au départ du projet « compte réserve » n'était pas respecté. Ce qui a conduit à la retenue de la ligne médicament soit 20% pendant le paiement de subsides par l'EUP qui était directement viré aux fournisseurs après que les FOSA soient servis en médicaments.

Des subsides alloués par Enabel, une clé de répartition des recettes était établie d'abord dans la lettre d'intention et ensuite dans la convention des subsides signées conjointement par la DPS, les HGR et l'Enabel. Au début, cette clé de répartition comprenait 40% pour l'achat des médicaments, 40% pour le paiement de la prime du personnel et 20% pour le fonctionnement avec focus sur l'hygiène et l'éclairage. Cette clé avait connu une modification au courant de la dernière année du financement Enabel. La proportion des subsides destinée à la prime du personnel est passée de 40 à 45% faisant suite aux réclamations de personnel tenant compte de leur effectif revu à la hausse, celle destinée à l'achat des médicaments a été maintenue à 40% mais la proportion prévue pour le fonctionnement toujours avec un focus sur l'hygiène et l'éclairage réduite de 20 à 15%.

7 Résultats

Nous présentons dans ce chapitre quelques résultats obtenus en termes d'accès aux soins, en termes de fonctionnement puis de la gestion du système durant la période de mise en œuvre des différents mécanismes

7.1 Accès aux soins

7.1.1 Taux d'utilisation des services curatifs

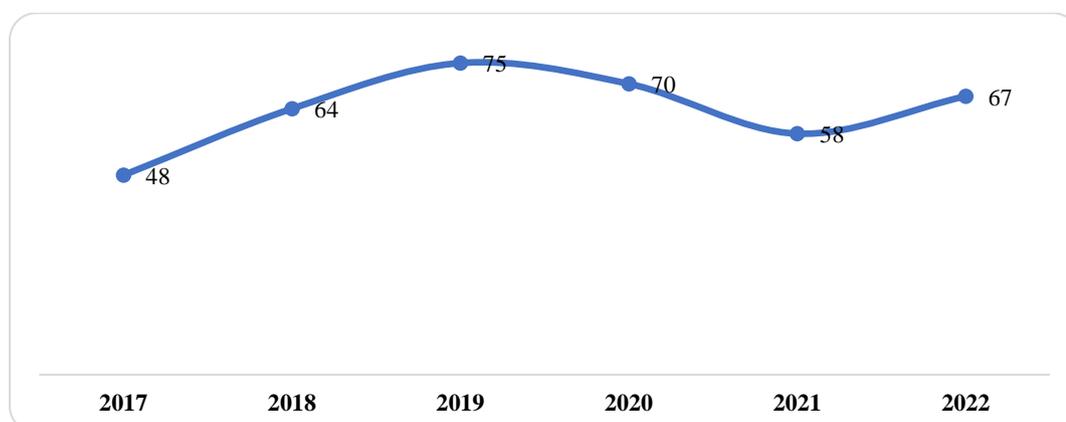


Figure 4 : Evolution du taux d'utilisation des services curatifs durant les 5 dernières années

Commentaire : L'utilisation des services curatifs a été sensiblement améliorée depuis 2017 jusqu'à 2020 suite à la réduction de la barrière financière des ménages, disponibilité des médicaments, accroissement du personnel qualifié, appropriation par la communauté. Cependant, l'année 2021 a été marquée par une grève du personnel de santé durant le dernier trimestre de l'année, au courant de laquelle l'offre des services et soins de santé avait été sérieusement impactée, mais aussi les restrictions liées à la pandémie à Covid-19.

« ...aujourd'hui je sais que je ne paie que 3500Fc pour mon enfant malade pour tous les soins dont il a besoin... je ne peux donc hésiter de consulter en cas de besoin » (Focus group avec les mamans)

7.1.2 Référence et la contre-référence

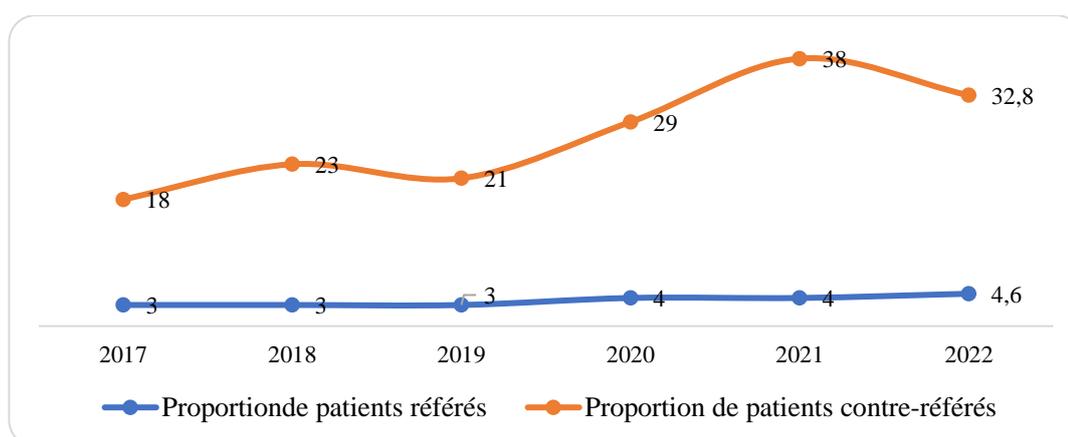


Figure 5 : Courbe évolutive de la référence et de la contre-référence durant les 5 dernières années

La proportion des malades référés n'a pas connu une croissance significative durant les 5 dernières années. Mais l'amélioration de l'accessibilité géographique de la population aux structures secondaires, notamment par le transport mutualisé des urgences avec dotation de

plusieurs structures en Moto-Ambulance, l'augmentation de la référence aboutie expliquerait l'augmentation de de la contre-référence.

Raisons de succès : mise en place d'un tarif préférentiel en faveur des patients référés, utilisation de l'ordinogramme, la mise en place des évacuations des urgences par les moto-ambulances avec les initiatives communautaires, ainsi que le suivi de proximité par les ECZ et la DPS.

7.1.3 Prévalence contraceptive moderne durant les 6 dernières années

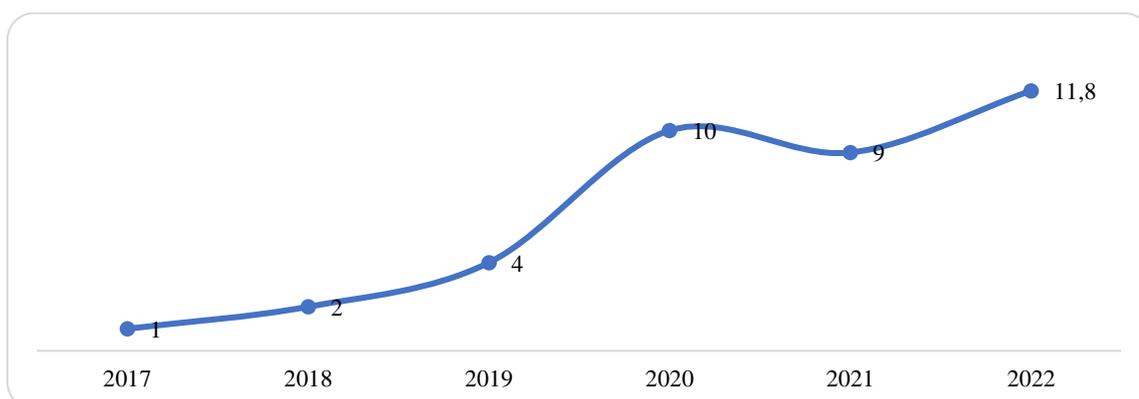


Figure 6 : Evolution du taux de prévalence contraceptive moderne de 2017 à 2022 dans la DPS Sud-Ubangi

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives a accru depuis les 5 dernières années. Cet indicateur faisant partie des indicateurs d'achat stratégique, les formations sanitaires se sont efforcées à rendre disponible les services de planning familial à la population pour accroître leurs performances. Cependant, l'année 2022 a subi les effets nefaste de la grève des personnels de santé, entraînant une stagnation de la performance.

7.1.4 Fréquentation précoce des services de consultation prénatale.

La couverture en CPN1 à la 16^{ème} semaine et en CPN4 à la 36^{ème} semaine

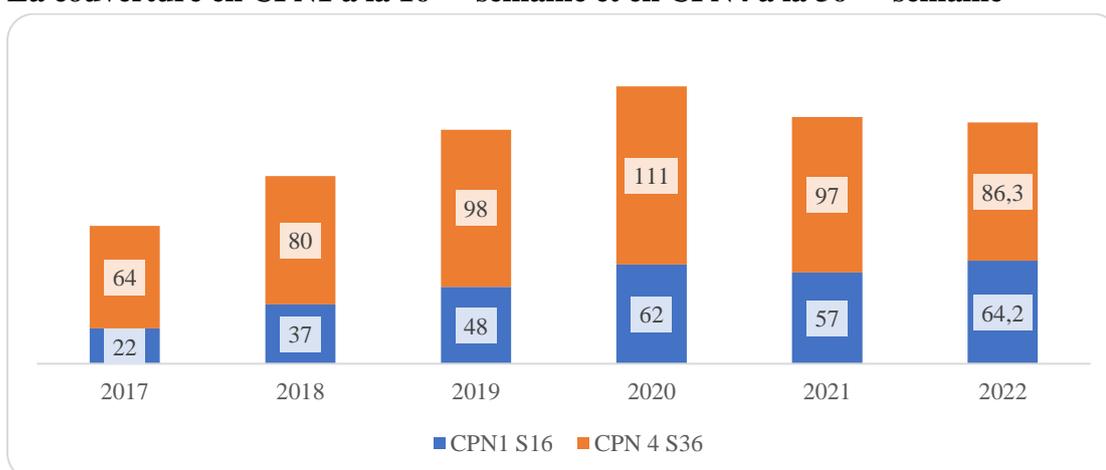


Figure 7 : Fréquentation précoce des services de consultations prénatale de 2017 à 2022.

La fréquentation des services de consultation prénatale a sensiblement augmenté depuis les années 2017 à 2022, la CPN1 précoce a aussi linéairement augmenté que la CPN4 à la 36ème

semaine. La sensibilisation de la population, la mise en place des facteurs incitatifs (tarif préférentiel, gratuité de la CPN et remise d'un kit fait de Savons, couches, lait de toilette de bébé, etc, pour les femmes qui commence la CPN avant la 16^{ème} semaine), l'évacuation des urgences (moto ambulances) avec initiative communautaire, la formation CPNr, l'achat de cette prestation,... ont contribué à l'augmentation de ces indicateurs.

Raison de contre-performance enregistrée en entre 2021 et 2022 est la grève de personnel de santé, la pandémie à Covid-19

7.1.5 Evolution des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié

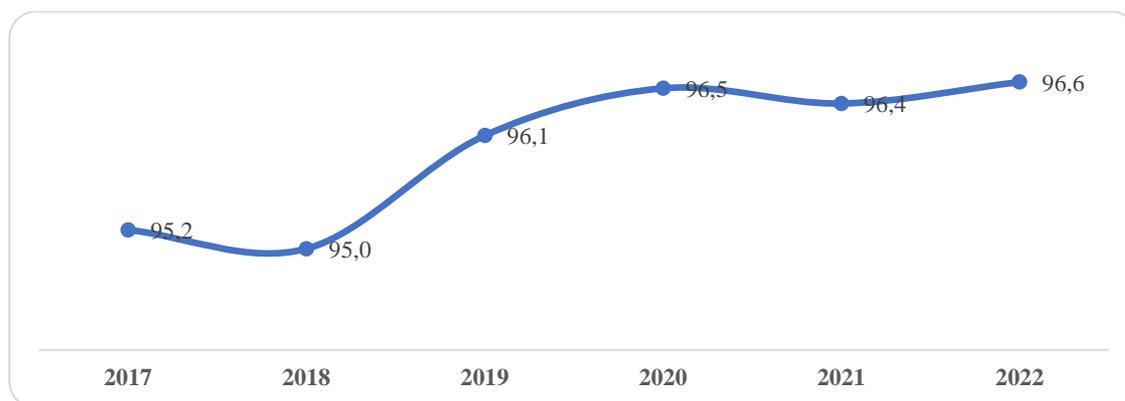


Figure 8 : Evolution du taux d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié, de 2017 à 2022.

Le taux d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié a subi un coup de fouet du fait de l'amélioration de disponibilité et la fidélisation des ressources humaines qualifiées, l'évacuation des urgences (moto ambulances) avec initiative communautaires, la levée de la barrière financière (gratuité des accouchements, 2022). Le fait que cet indicateur fait partie de l'achat stratégique, les structures sont poussées à réaliser des bonnes performances.

« ...on ne savait même pas utiliser les partogrammes... Aujourd'hui avec le subside toutes ces choses se sont améliorées, il y a également la formation du personnel, encadrement et accompagnement ». (Focus group prestataires HGR)»

7.1.6 Mortalité intra-hospitalière

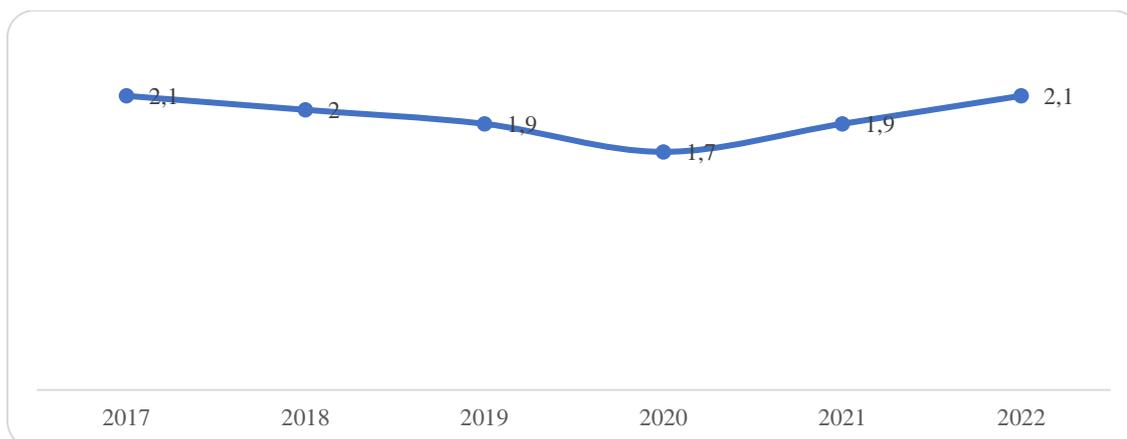


Figure 9 : Evolution de la mortalité hospitalière de 2017 à 2022

La mortalité hospitalière a été améliorée depuis 2017 à 2022. La réduction de la barrière financière, la disponibilité des médicaments, l'évacuation des urgences, la référence à temps, la rationalisation des soins, l'amélioration de la référence aboutie ainsi que la qualité des soins ont considérablement contribué à l'amélioration de la prise en charge des malades.

« Oui le PBF a contribué à améliorer la qualité des soins. Au paravent on faisait les ordonnances médicales aux malades, mais actuellement il y a la disponibilité des médicaments... » (Focus group prestataires HGR).

7.1.7 Courbe évolutive la proportion d'infections post-opératoires

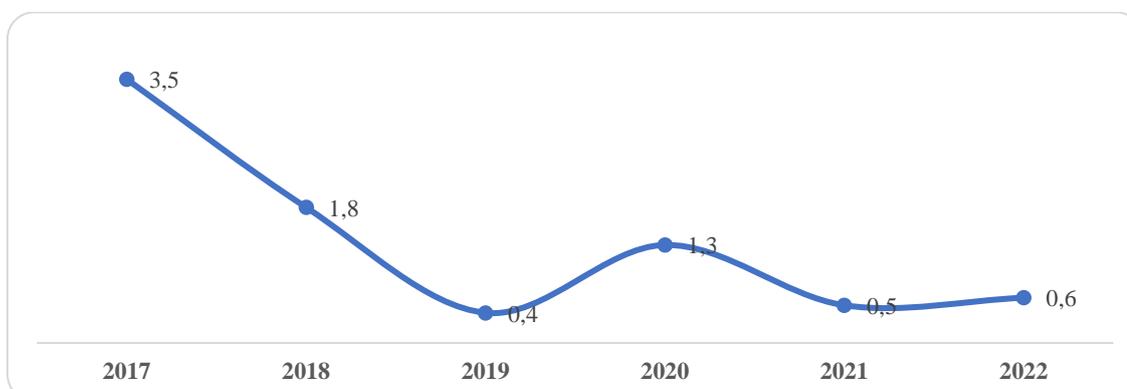


Figure 10 : Evolution des proportions d'infections post-opératoires de 2017 à 2022

Cet indicateur a connu une amélioration considérable suite aux efforts que les structures de santé ont consentis en vue de faire face aux exigences de l'achat stratégique (mise en place de protocole de stérilisation, amélioration de l'hygiène en milieu hospitalier, augmentation de nombre de kits de chirurgie et le remplacement des équipements vétustes, le suivi journalier des malades etc.).

7.1.8 Proportion de transfusions qualifiées

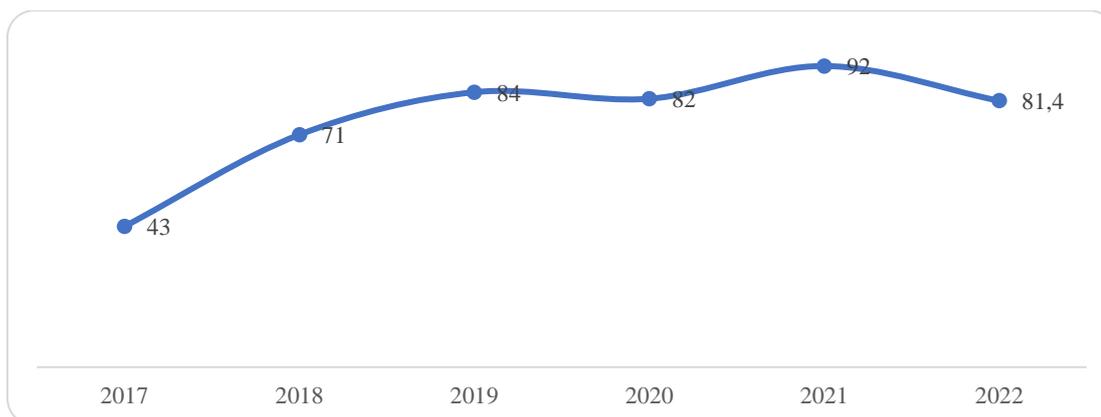


Figure 11 : Evolution de la proportion des transfusions réalisées selon les normes.

Faisant partie des indicateurs d'achat stratégique et de la qualité des soins, cet indicateur a sensiblement évolué avec le temps avec l'appui du centre provincial de la transfusion sanguine qui assure la disponibilité en intrants de la sécurité transfusionnelle, mais aussi avec la dotation des structures de soins en banques de sang vers 2018.

« ...lorsque nous sommes transférés pour le problème de sang, nous ne subissons plus beaucoup de préalables comme auparavant....c'est tout de suite fait » (focus groupe des mamans)

7.2 Résultats en termes de fonctionnement du système de santé

Le fonctionnement de chaque unité fonctionnelle de la Division Provinciale de la Santé, depuis le centre de santé jusqu'au niveau du bureau de la DPS a été également l'objet d'une évaluation trimestrielle, afin d'évaluer les performances de tout un chacun en rapport avec ses missions dans le système de santé.

Nous présentons dans ce chapitre l'évolution du résultat de ces évaluations de 2017 à 2021.

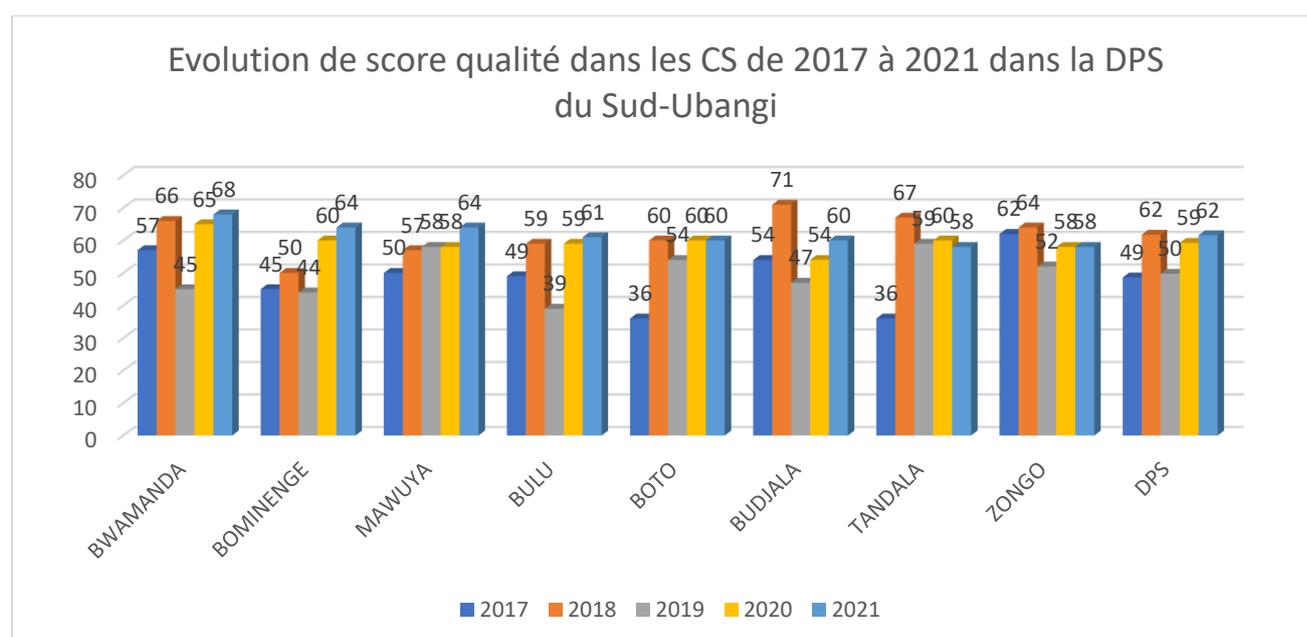


Figure 12 : Scores qualité de Centres de santé cas de 2017 à 2021

La moyenne des Centres de santé d'aucune Zone de Santé n'a pas atteint 80% de 2018 à 2021. Les performances des ZS ont évolué en dent de scie. La DPS est partie d'une moyenne de 58% à 62%, des efforts restent à fournir à travers les ECZ pour améliorer la moyenne qualité des centres de santé. Ces 8 zones de santé cas ont fait l'objet des évaluations trimestrielles de score qualité préalable à l'octroi de subsides, pendant que les 8 autres appelées témoins, bénéficiaient simplement de la moyenne des subsides des Zones de Santé cas. Ce score global est passé de 49 à 62% pour l'ensemble de la province.

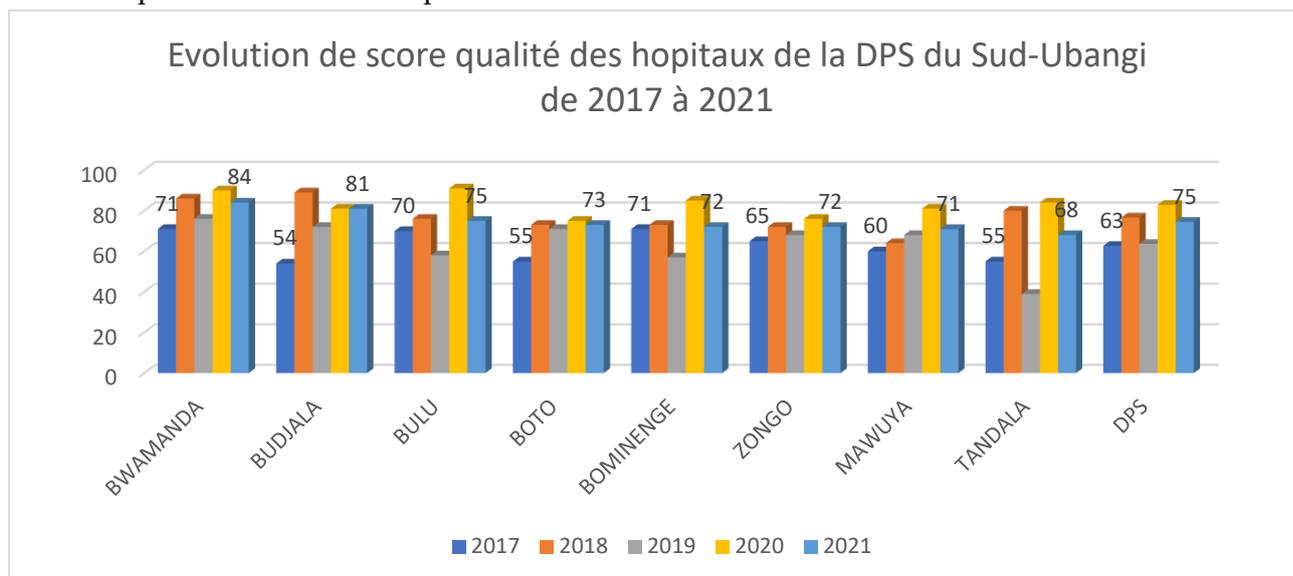


Figure 13 : Scores qualité des Hôpitaux Généraux de Référence cas de 2017 à 2021.

Nous constatons une régression en 2019 et 2021, des performances des hôpitaux, dus à la modification de la grille d'évaluation à laquelle les établissements de soins devraient s'adapter dans le temps. Ce score global est passé de 63 à 75% pour l'ensemble de la province.

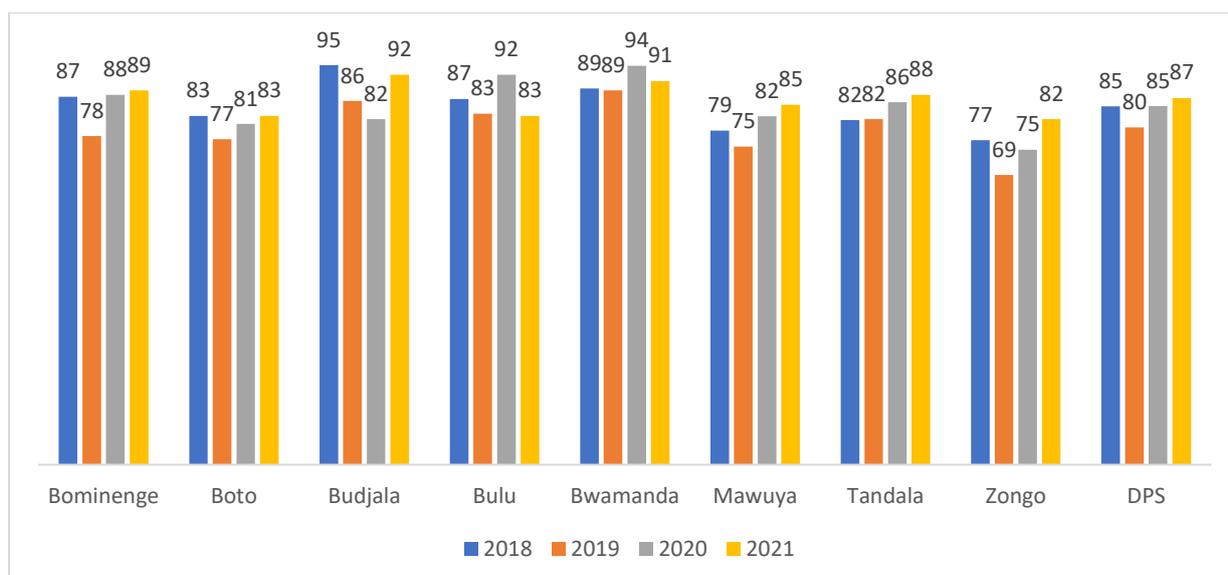


Figure 14 : Performances des Equipes Cadres des ZS cas de 2018 à 2021

Il s'observe une baisse de la performance en 2019 presque dans toutes les Zones de Santé suivie d'une amélioration les deux dernières années. Plus de la moitié de ces ZS ont obtenu au moins 85% en 2021 sauf celle de Boto, Bulu et Zongo. (Graphique à enrichir avec les données initiales de 2022).

7.3 Résultats en termes de gestion du système

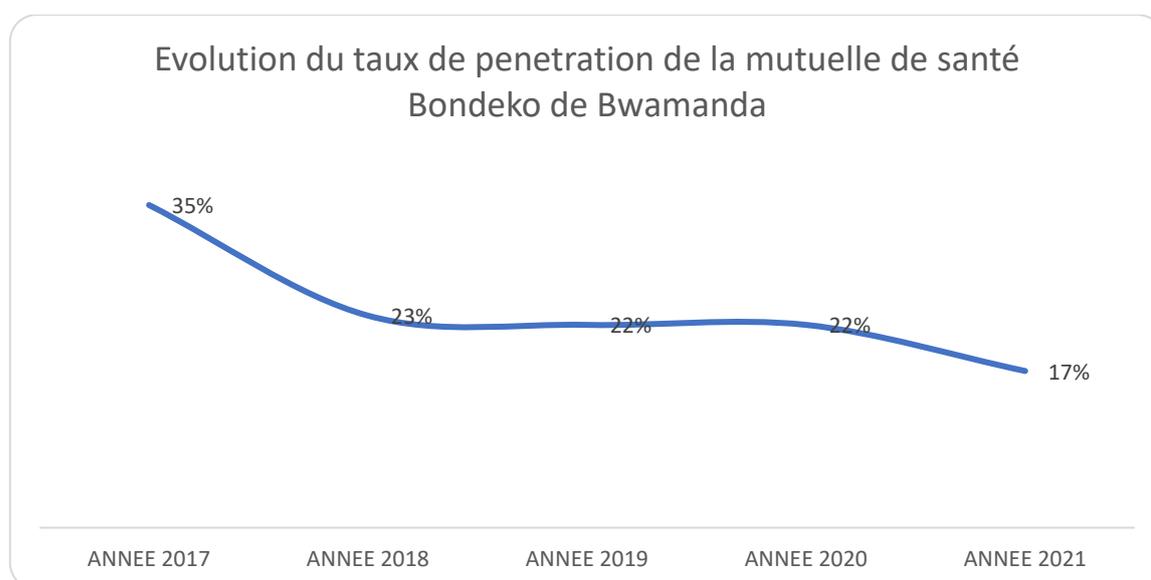


Figure 15 : Evolution de taux de pénétration de la mutuelle de santé de 2018 à 2021

Commentaire : on note qu'à partir de l'année 2017 qui a coïncidé avec le démarrage de la tarification forfaitaire avec subsides PDSS et Enabel a été accompagné progressivement de la réduction du taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé Bondeko de Bwamanda.

7.4 Perception et le vécu de l'expérience

Les différents entretiens avec les acteurs clés ont fait allusion aux effets multiplicateurs de ces différents mécanismes de financement dans la province. Nous avons noté par exemple le fait qu'avec le volet investissement de l'achat stratégique des travaux de construction des bâtiments et de forage des puits d'eau ont été faits dans certaines Zones de Santé en utilisant les mains d'œuvres locales, avec des fournisseurs en matériaux localement sous l'encadrement d'un spécialiste en la matière. “ *... nous pouvons aujourd'hui fabriquer localement ici les briques pour la construction de nos maisons. Cet apprentissage que nous avons reçu du partenaire Enabel...* ” (Focus group avec la communauté).

Un autre effet multiplicateur de la tarification forfaitaire a permis de valoriser le franc congolais dans la ville de Zongo qui est frontalière à la République Centre Africaine.

“ *... Quand on payait encore avant les soins en FCFA on ne connaissait même pas combien faut-il payer quand on quitte la maison pour se rendre à l'Hôpital, ce qui faisait que beaucoup de mamans avaient peur d'y aller et se contentaient d'acheter les médicaments au marché et prendre sans aucune consultation... Aujourd'hui avec la tarification forfaitaire* ”

où nous payons les soins en Francs congolais, nous savons que pour un enfant on paye 7500FC et un adulte c'est 1500FC depuis la maison” (Focus group des mamans).

La mise en application de différentes directives et normes en matières des différents mécanismes de financement dans la province a permis d'obtenir certains résultats tels que le décrit un des acteurs clés dans ce récit : *“...la CPS n'était pas de qualité. On faisait la CPS sans les intrants. On faisait la CPS sans les réunions de monitoring. On ne connaissait pas la cible de la CPS. Cela nous a aidé à surveiller la croissance des enfants et à faire ressortir les enfants malnutris et assurer leur prise en charge. Nous avons eu à augmenter notre capacité de surveillance épidémiologique avec le PBF... En même temps aussi le nombre d'enfants complètement vaccinés. Nous n'avions pas assez de motivation pour les enfants complètement vaccinés avant. On n'était pas très motivé pour l'approvisionnement en vaccins... On n'était pas bien informé que le système de santé devait lutter contre les épidémies. Que tout ce qu'on faisait en termes de prévention, en termes de sensibilisation, en termes de prestation, c'était pour lutter contre les épidémies...”* (MCZ 2).

Le passage du mécanisme de financement de la tarification par acte (traditionnel) à la tarification forfaitaire n'a pas été directement perçue par certains détenteurs d'enjeux (CDI Bwamanda, la communauté 17-CECU, CEUM et BDOM) qui étaient déjà propriétaires de certaines formations sanitaires. Il a fallu des efforts supplémentaires par des acteurs interposés (conseiller ou coordonnateur médical) avant que ces détenteurs changent d'avis. Ces quelques récits ci-après retracent les faits :

« ...Au début, les propriétaires des structures de santé ne se sont pas retrouvés en tant que tel, plus tard ceci a été corrigé... A notre qualité de techniciens, nous sommes approchés de la province pour comprendre et par la suite chercher à convaincre le partenaire à partir des Etats-UQnis à travers même les réunions en ligne pour leur expliquer le bien-fondé de l'approche. Par la suite, nous avons saisi l'opportunité lors des différentes réunions des pasteurs de la 17-CECU pour faire la même chose pour leur expliquer le bien fondé et obtenir leur compréhension...”

“...Au départ j'avais une réaction négative comme tout le monde, mais au fur et à mesure qu'on avançait avec les différents changements observés, nous avons changé d'avis. Nous sommes aujourd'hui capables de bien gérer les ressources à notre disposition...” (MCZ 2)

Bien que la mise en œuvre de la TFS ait entraîné plusieurs faits positifs, il a été observé également la fixation du forfait et la répartition de la proportion des subsides et la part à payer par les ménages n'ont pas été bien négociées.

“... moi, je peux dire que la TFS est bien, car il y a remboursement par un tiers que je ne connais pas. Elle est une bonne chose pour la communauté. Mais curieusement, la part qui est subsidiée est assez minime. Par exemple le cas de la consultation externe où le malade paie l'équivalent de 3\$ pendant que la subvention n'est que de 0,6\$ par cas déclaré et validé par la structure...” (Focus group des Infirmiers Titulaires).

Les acteurs clés du niveau opérationnel ont reconnu que la mise en commun de ces différents mécanismes de financement dans leurs formations sanitaires respectives a permis de faire de l'économie forcée (s'agissant des subsides qui sont payés une fois le trimestre). Ces ressources financières ont permis d'assurer la disponibilité des médicaments, la motivation des personnels et le renouvellement des équipements du côté de l'offre. La réduction du ticket modérateur à

payer par les ménages a permis que ces derniers accèdent aux soins à moindre cout au niveau des formations sanitaires.

« ...aujourd'hui, je ne crains pas, car en cas de maladie de l'enfant âgé moins de 5 ans, je sais que une fois arriver au centre de santé, je vais payer 3500FC et qu'il pourra recevoir les soins dont il a besoin... » (Focus group avec les mamans)

L'utilisation des services a été améliorée tant dans les Zones de Santé dites CAS ou témoins suite à la réduction de la contribution des ménages au niveau des formations de santé.

« ...Un autre avantage c'est l'amélioration de l'utilisation des services, l'exemple de mon aire de santé Bokozon où j'avais 120 à 150 malades par mois en 2017, mais aujourd'hui j'ai plus de 500 malades au cours d'un mois... » (Focus group avec les Infirmiers Titulaires)

L'octroi des subsides tant pour le PBF que pour Enabel est conditionné par une validation des données après une vérification quantitative et qualitative. Cette situation a obligé ou contraint les gestionnaires des formations sanitaires de multiplier des efforts en remplissant les différents critères de l'évaluation, au risque de voir les données produites être invalidées. Ces efforts se sont manifestés à travers la mise en place des ordinogrammes et guides thérapeutiques, l'utilisation des matériels et équipements de qualité. Un autre effort a été orienté vers la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaire.

« Oui le PBF a contribué à améliorer la qualité des soins. Au paravent, on faisait les ordonnances médicales aux malades mais actuellement il y a la disponibilité des médicaments. L'utilisation des outils, on ne savait même pas utiliser les partogrammes, dans la salle d'accouchement on avait qu'une seule boîte obstétricale, la qualité de l'hygiène hospitalière. Aujourd'hui avec PBF, toutes ces choses se sont améliorées, il y a également la formation du personnel, l'encadrement et l'accompagnement ». (Focus group prestataires HGR)

Il a été dénoncé le fait que bien que le calcul de cout à fixer pour la tarification forfaitaire soit fait et indexé en dollars selon le montage du projet. Le montant à payer par les ménages était toujours fixé en franc congolais. Ce qui fait que les dépréciations monétaires ont contribué négativement au recouvrement de la part du cout de soins à payer par les ménages. *« La tarification forfaitaire est bonne, mais elle pose un problème après une inflation monétaire. Le prix de médicament est en dollars, mais le paiement est en francs congolais. Mais pour changer ce tarif, il faut attendre longtemps pour un changement après une négociation avec la communauté, ceci ne nous permet pas de couvrir la charge de médicament... » (focus group Infirmiers Titulaires).*

7.5 Autres résultats

- **Transport mutualisé des urgences (moto-ambulance) :** l'un des acquis des projets antérieurs (cas CAO 4&5) dans la province est le système d'évacuation des malades de centre de santé vers les hôpitaux par des motos adaptées servant comme ambulance, avec l'appui de la participation communautaire. De commun accord avec les représentants de la communauté lors de la discussion de la part à payer par la communauté dans le tarif forfaitaire, un montant forfaitaire de 200FC a été ajouté au montant idéalement fixé. Ce frais supplémentaires de 200FC est collecté et orienté dans une caisse dite « **caisse de**

solidarité ambulance » pour assurer le fonctionnement des motos ambulances, qui assurent le transport des malades sans un autre paiement par ces derniers. Ce système a d'abord été appuyé par le partenaire Enabel dans 4 Zones de Santé (Bwamanda, Tandala, Budjala et Gemena) mais aussi par Memisa dans d'autres (Mbaya, Bominenge et Bokonzi). Avec le temps, toutes les autres Zones de Santé grâce aux subsides reçus ont implémenté également l'expérience de transport des malades à l'aide des motos ambulances.

Cette expérience de la participation communautaire a également contribué à améliorer les références abouties à l'HGR ainsi que la réduction de la mortalité hospitalière par le fait que les malades arrivent à temps dans les hôpitaux.

- **Prise en charge des enfants malnutris avec les aliments locaux** : cette expérience a vu le jour suite à la rareté d'intrants de la réhabilitation nutritionnelle dotés par l'Unicef dans les Zones de Santé. En effet, les Zones de Santé de Budjala et Bwamanda ont implémenté cette expérience respectivement en 2014 et 2019 en ajoutant 200 FC chez tous les nouveaux cas. L'argent collecté permettait à l'achat d'aliments (arachide, maïs, huile, soja, poisson fumé, haricot) pour les enfants malnutris à l'HGR où était affecté un nutritionniste formé. Ensuite, l'expérience était étendue dans les centres de santé avec même la participation et dans quelques Zones de Santé.

7.6 Analyse de la pérennité des acquis de l'expérience

7.6.1 Viabilité financière

Bien qu'aucune étude des coûts ne soit menée avant la mise en place de la tarification forfaitaire, cette dernière reste un acquis majeur dans toutes les Zones de Santé.

La possibilité de la pérennité de ces expériences réside sur les réserves faites par les formations sanitaires à la banque issues du 5% de leurs recettes à un rythme mensuel pour les recettes locales et trimestriel pour les subsides. La bonne gestion de ces fonds par les responsables des structures de façon transparente pourra permettre de maintenir ces acquis, mais qui du reste risque n'est pas résister pendant longtemps. Ces fonds de réserves peuvent être orientés vers le renouvellement des médicaments et l'achat des produits de laboratoire. Tandis que le paiement du personnel reste l'apanage du gouvernement provincial. *« Une fois à la fin du projet, les réserves générées par PBF qui se trouvent à la banque pourront être affectées progressivement par des Fosa au renouvellement des intrants (médicaments, équipements, consommables, ...» (MCZ 1)*

Il s'avère encore important que la communauté poursuit à payer la part des ménages dans le cadre de la tarification forfaitaire même s'il n'y aura pas des subsides. Ce qui est important est de bien discuter ce tarif sur base d'une bonne étude de coût avec des données qui sont réelles. Les acquis de cette synergie de financement peuvent également être pérennisés en agissant sur l'implantation des mutuelles de santé dans les Zones de Santé qui peuvent bien appuyer la tarification forfaitaire.

Une autre façon de pérenniser ces acquis est que dans le futur des différents financements en termes des subsides doivent être l'objet de discussion en amont entre les différentes parties prenantes pour éviter la fragmentation des ressources *“Je pense qu'à la prochaine, il faudra*

organiser une séance de travail avec tous les mécanismes de partage des risques avant le démarrage pour éviter la fragmentation des ressources” (MDH 1)

Il a été démontré que si tous les personnels des hôpitaux et des centres de santé étaient mécanisés et qu'ils bénéficiaient du salaire de l'Etat, cela serait également une occasion pour pérenniser les acquis de l'expérience en utilisant les réserves de la banque et les montants payés par les malades uniquement pour le renouvellement des médicaments et le fonctionnement au niveau des formations sanitaires.

7.6.2 Investissement humain

Les différents cadres qui ont bénéficié des formations (le FBP, la digitalisation, l'évaluation qualité, le plan de management, ...) : ces connaissances vont être pérennisées de telle sorte que même à l'absence des subsides de PDSS ou de l'Enabel, la répartition des recettes perçues au niveau des formations sanitaires va se poursuivre à travers les outils indice, nécessitant une cotation préalable des agents sur base des critères objectivement vérifiables. L'exercice trimestriel de l'évaluation qualitative bien que cela était à but de mobiliser les subsides auprès des partenaires, a contribué également à motiver les gestionnaires des structures à fournir des efforts pour le maintien de la qualité des services sur base d'un outil d'évaluation validé. Cet exercice peut également être pérennisé bien que cela ne ramènera pas des subsides mais cela va permettre d'améliorer et de maintenir la qualité d'hygiène hospitalière et des soins rendus aux malades.

7.6.3 Craintes et risques

Malgré les résultats satisfaisants observés ci-haut, quelques craintes demeurent par rapport à la fin de ces deux financements en appui à la tarification forfaitaire :

- L'incapacité de la communauté à payer le tarif forfaitaire des soins révisé ne prenant pas en compte les subsides : cette situation risque de ramener vers la case du départ où l'accès aux soins deviendra difficile à cause de manque d'argent. Cette incapacité de la population à payer les soins, risquerait également de ramener cette dernière à des mauvaises pratiques comme l'utilisation des produits traditionnels ou l'accouchement à domicile.
« ...A la fin du projet, il y aura risque de retourner à la case de départ en termes de qualité des services et d'utilisation des services. Les réserves en banque seront utilisées rapidement et aussi tôt les ruptures en médicaments vont reprendre... » (FCG avec les Infirmiers Titulaires)
- Les personnels rationalisés : le nombre de personnel s'est vu être amélioré au niveau des formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux) : Durant la période de financement des formations sanitaires à travers ces différents mécanismes. Il a été constaté que le nombre de personnel s'est amélioré tel que décrit dans les lignes précédentes. La crainte est que l'absence de ces subsides ne puisse constituer une source de démotivation pour ces agents au risque qu'ils commencent à occasionner des départs à la recherche de bien être ailleurs. ***« ...Par exemple, quand nous avons commencé dans cet hôpital, il n'y avait que deux médecins (Dret Dr) mais aujourd'hui, ils sont sept, il y avait un seul administrateur Gestionnaire mais aujourd'hui ils sont plus de 4, au laboratoire j'étais le seul technicien de laboratoire mais aujourd'hui nous sommes en quatre,...je crains que l'hôpital soit incapable de payer ces cadres à l'absence des subsides conduisant à une démotivation puis le départ de certains... » (FCG prestataires de l'HGR).***

L'approche de l'autonomie de gestion ainsi que la séparation des fonctions qui ont responsabilisé directement les MDH et les IT comme gestionnaire direct au niveau de leurs structures. Au niveau des hôpitaux, la présence des administrateurs gestionnaires des hôpitaux (AG) a permis que ces tâches soient menées correctement, contrairement aux IT qui sont pour la plupart des infirmiers gradués (A1) ou diplômés (A2) n'ont pas suffisamment des connaissances sur l'administration et la gestion. Ceci a eu comme conséquence le fait que soit ces derniers se donnent plus à l'administration et à la gestion au détriment d'activités cliniques ou soit leur instabilité au niveau de la structure. « ... *moi en qualité d'IT je suis en train de cumuler des fonctions (technique et administrative) ce qui ne me permet pas de me concentrer à un seul domaine puis devenir performant...* »

- a. Présentation du « coût » de mise en œuvre de l'expérience** : coûts financiers (subsidés et autres), coûts en termes d'investissement temps par les ressources humaines... (chiffrer autant que possible, sinon estimation) (3 p).

Nous présentons dans ce tableau les différents subsidés à amener dans le financement des soins dans la province durant la période de notre expérience.

7.7 Analyse FFOM de l'expérience

7.7.1 Analyse (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) de la réforme instituée

Tableau 7 : Analyse FFOM

Forces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fonctionnalité des organes de pilotage et coordination à tous les niveaux (CPP-SS, CA, ECP, COGE, ECZ) ✓ Existence d'IPS fonctionnelle ✓ Accompagnement régulier à tous les niveaux ✓ Sécurisation des fonds de médicaments dans les banques ✓ Disponibilité des médicaments au niveau des ESS ✓ Existence des documents normatifs et réglementaires à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intérêt manifeste de l'Autorité Provinciale au secteur Santé et implication de l'exécutif provincial ✓ Mise en œuvre du projet fonds social de la République et PDL-145 territoire dans la province, ✓ Disponibilité des structures bancaires dans la province ✓ Certaines dotations non annoncées par des tierces.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Amélioration progressive des infrastructures sanitaires avec des initiatives locales ✓ Elaboration, Adoption et suivi et évaluation de mise en œuvre des différentes planifications (PAO, PTT, PM) ✓ La mise en place de système d'évacuation des urgences avec moto ambulance, ✓ Unités d'investissement acquises dans les ZS et Fosa avec le financement PDSS ✓ Construction et réhabilitation dans les ZS ✓ Renforcement des capacités des cadres et prestataires en diverses thématiques au niveau de la DPS et dans les ZS ✓ ECZS complètes dans toutes les Zones de Santé ✓ Organes de participation communautaires fonctionnels dans toutes les aires de santé ✓ Existence des mécanismes de partage de risque dans la DPS (Mutuelles de santé, fonds de solidarités, forfaits ...) ✓ Obtention progressive des titres de propriété des Fosa ✓ Existence d'autres formes des subsides dans la province (FM, Memisa). 	
---	--

Faiblesses	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Persistance des interventions manquantes dans le PMA et PCA offerts en province ✓ Compréhension erronée de l'approche autonomie de gestion par certains ECZS ✓ Non-respect des échéances de soumission de certains livrables pour le décaissement des fonds de la part des partenaires ✓ Faible harmonisation du montage des projets au niveau GIBS (PDSS et Enabel) ✓ Faible recouvrement des couts des soins (forfait obsolète) ✓ Construction des centres de santé ne répondant pas aux normes ✓ Paiement en retard des subsides 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence de la pérennisation des acquis de la capitalisation ✓ Conflits intercommunautaires récurrents ✓ Insuffisance voire inexistence du budget provincial alloué à la santé exécutée ✓ Délabrement des routes de desserte agricole ✓ Faible niveau socioéconomique de la région ✓ Faible proportion de la population ayant accès à l'eau potable et l'assainissement ✓ Non signature des conventions spécifiques entre la DPS et les confessionnels

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarif forfaitaire non adaptée ✓ Non-respect des engagements du contrat unique. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pandémie à Covid-19 ✓ Retrait des contrats des subsides avec l'EUP à certaines FOSA des ZS ciblées ✓ Faible proportion des agents mécanisés et bénéficiant de la prime de risque.
---	---

7.8 Leçons apprises

7.8.1 En rapport avec la conception des mécanismes/ projets

- Harmonisation préalable avec toutes les parties prenantes en tenant compte des interventions déjà en place.
- Nécessité d'une évaluation préalable des coûts réels des soins
- Nécessité d'évaluer la capacité des ménages à couvrir sa participation dans la TF.

7.8.2 En rapport avec la mise en œuvre des mécanismes/ projets

- La synergie et la complémentarité entre ces trois mécanismes ont permis la réalisation de quelques activités à haut impact (système d'évacuations des urgences avec la participation communautaire, constructions des ouvrages de qualité, riposte contre la Covid-19,);
- L'encadrement de la notion de l'autonomie de gestion et la séparation des fonctions
- L'implication de la communauté aux différentes étapes (prise de décision, mise en œuvre, suivi et évaluation) a contribué à améliorer la gestion et la qualité des soins au niveau des établissements de santé
- L'influence négative des subsides sur l'avenir des mutuelles de santé
- La suppression des pratiques de remontée des fonds des ES vers les ECZS et la DPS a amélioré leur pouvoir de régulation
- Le renforcement de leadership au niveau provincial pour la coordination des différents partenaires techniques et financier intervenant dans la province

7.8.3 En rapport avec la fin des mécanismes/ projets

- L'instabilité de personnel suite à la faible motivation à fin des subsides.
- Le retour à la case de départ reste certain à l'absence des mécanismes de pérennisation des acquis.

8 Conclusion

Le processus de capitalisation des expériences de financement de santé de la province du Sud-Ubangi a connu une issue escomptée. Durant 10 mois de travaux consistant en l'élaboration et validation des outils, la collecte des données, l'analyse des données et la rédaction de la monographie, l'équipe de capitalisation s'est employée à documenter des informations nécessaires au financement de la santé de la province durant la période considérée sous forme d'une expérience partageable.

Les trois mécanismes de financement de santé qu'a connus la province de Sud-Ubangi, à savoir, la tarification forfaitaire subsidiée, financement basé sur les performances et la mutuelle de santé, ont montré leurs impacts positifs dans le développement du système de santé de la province du Sud-Ubangi, en terme de l'offre des services de santé, de l'accessibilité des populations aux soins et services de santé, mais aussi en termes de renforcement institutionnel à différents niveaux du système de santé. Les indicateurs de l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité ont collectées sur le logiciel DHIS2. Les performances de CS et hôpitaux ont bénéficié des accompagnements et évaluations périodiques des Equipes Cadre de Zone et de la DPS attribuable à la combinaison des différents mécanismes de financement de santé dans la province.

Les indicateurs du financement basé sur les performances ont connu de manière globale une croissance progressive, en dépit de quelques perturbations, notamment des modifications dans le temps des grilles d'évaluation en PBF et des prestations subsidiées, des retards de paiement des subsides, etc. ayant asséné par moment un coup d'arrêt à l'élan des structures. Une croissance progressive a été mise en évidence en comparant les indicateurs des performances PBF à différents niveaux (Centres de santé, Hôpitaux généraux de référence, équipes cadres des zones de santé ainsi que du Bureau de la DPS) durant les 5 années de la combinaison de ces mécanismes de financement.

En ce qui concerne les indicateurs de l'offre et de l'utilisation des services, la même tendance a été observée, sur les données monitorées à partir du DHIS2, en dépit de quelques perturbations liées notamment à des grèves du personnel de santé, à des renégociations à la hausse du ticket modérateur suite à la dépréciation monétaire, des retards de paiement des subsides, à la pandémie de COVID-19 à des multiples annonces de fin du projet, etc.

Une observation particulière a été faite en termes de renforcement de la gouvernance et du leadership avec l'autonomie de gestion qui a favorisé les initiatives de développement avec des constructions et réhabilitation par les établissements de santé de leurs infrastructures, et l'acquisition des équipements, en plus des apports direct des différents projets dans ce sens. Plusieurs structures de santé ont implémenté un paquet de service amélioré ou supérieur à celui correspondant à sa mission initiale.

La population qui est consommatrice des services et soins de santé a elle aussi manifesté un sentiment de satisfaction quant aux progrès réalisés par le système de santé de la province durant les 5 années passées, en termes de la qualité des prestations ainsi que de son accessibilité financière. Le même sentiment a été partagé par les différentes catégories de prestataires des soins, quant à l'amélioration des conditions de travail et le revenu mensuel des prestataires.

Si certaines bonnes expériences telles que les évaluations des performances des différentes unités fonctionnelles, utilisation de l'outil indice et l'autonomie de gestion ont été transformées en acquis à la fin du projet, en plus des acquis en infrastructures, équipements, ressources humaines, et organisation des services, la fin de ces différents projets a tout de suite permis de voir plusieurs structures s'effondrer en termes de capital médicament, effritement des réserves en banque, et difficultés de fonctionnement, mettant en exergue une certaine fragilité du système de financement mis en place, ce qui permet de nourrir des réflexions en vue de son recadrage.

Si les réflexions couchées dans cette monographie devraient donner lieu à des actions, d'autres études devraient s'orienter à la recherche de l'impact social réel de la combinaison de ces différents mécanismes de financement sur le vécu quotidien de la population et les autres déterminants de la santé.

Tous ces résultats montrent que le secteur gagnerait en développant la dynamique de capitalisation des expériences et bonnes pratiques et leur traduction en normes, directives et instructions opérationnelles.

La DPS Sud-Ubangi devra penser à l'extension à toute la province, des initiatives communautaires de partage de risque, mais aussi des véritables assurances maladie pour lesquels les prérequis ne sont pas à rechercher, en vue d'assurer tout le temps, en présence ou à l'absence des bailleurs des fonds, le progrès vers la couverture sanitaire universelle.

La répliquabilité de cette combinaison d'expériences de financement de la santé devra considérer la réalisation d'une étude de coûts préalables, mais aussi d'encadrer l'autonomie de gestion, de développer des mécanismes visant à assurer l'autonomie et l'auto prise charge par la population de ses propres problèmes de santé, en mettant en place des aspects d'éducation sanitaire, des initiatives communautaires de résilience économique (Activités génératrices de revenu).

Ces deux dernières permettront à la population de développer à long terme, son autonomie décisionnelle sur sa demande des soins et services de santé, mais aussi de financement de ses soins de santé, vu que le financement extérieur n'est pas intarissable.

8.1 Stratégies de diffusion

8.1.1 Stratégies pour structurer davantage la diffusion des connaissances acquises dans le cadre de l'expérience

Les connaissances acquises dans le cadre de cette documentation des expériences sur la tarification forfaitaire dans la province du Sud-Ubangi, avec l'accompagnement des encadreurs de l'IMT et CCSC nous paraissent suffisantes pour une répliquabilité.

Nous estimons être à mesure de répliquer ces connaissances à travers les stratégies suivantes :

- La production finale de cette monographie peut être exploitée par toute autre structure qui souhaite implémenter la tarification forfaitaire,
- Organisation de conférence pour présenter les résultats de cette monographie dans les autres provinces du pays ou en dehors du pays selon le besoin,
- Travail avec les maisons d'édition agréées pour la publication des résultats de cette monographie à l'échelle internationale,

- En ce qui concerne les prochaines documentations, nous sommes à mesure d'apporter un appui à l'identification des thèmes à documenter au début de l'expérience, à concevoir et mettre en place des outils de collecte des données qualitatives et quantitatives, assurer les analyses et les interprétations pour la documentation au fur et à mesure que l'expérience est en train d'être mise en œuvre.

9 Annexes

ANNEXE 1 : ENTREVUS AVEC LES ACTEURS CLES

1. Présentation
2. Problèmes prioritaires à résoudre par le mécanisme de financement
3. Contribution de l'acteur au mécanisme de financement
4. Contenus de mécanisme de financement expérimenté
5. Processus de mise en place
6. Changements observés dans la mise en œuvre de mécanisme expérimenté
7. Facteurs de succès et les obstacles
8. Appréciation de mécanisme observé
9. Attentes des acteurs
10. Bénéficiaires du mécanisme de financement (qui sont les bénéficiaires du mécanisme mise en place)
11. Leçons apprises
12. Pérennisation des acquis de mécanisme de financement
13. Risques et contraintes
14. Suggestions et recommandations

ANNEXE 2 : DISCUSSION EN FOCUS GROUP AVEC LES PRESTATAIRES

001	Province	
002	District	
003	Centre de Santé	
004	Nom du village/Localité	
005	Code de l'interviewer/équipe	
006	Type de groupe	Hommes..1 Femmes...2 Adolescents...3
006	Date (jj/mm/aaaa)	

Introduction et objectif

Bonjour/Bonsoir. Mon nom est _____ et je travaille avec _____. Nous sommes ici au nom du Ministère de la Santé Publique (MSP) pour aider le Gouvernement à mieux connaître ses services de santé.

Votre village a été sélectionné pour participer à cette étude. Nous vous poserons quelques questions liées aux services de santé. Aucun nom ne sera enregistré ou partagé. L'information peut être utilisée par le Ministère de la Santé Publique et les organismes qui l'appuient pour planifier l'amélioration de ces services. Les données recueillies peuvent également être fournies aux chercheurs à des fins d'analyse ; toutefois, ni votre nom ni le nom de cette communauté ne seront fournis.

Enregistrer l'heure du début de l'entretien	HEU RE : MIN UTE
---	---------------------------

Question 1 :

Quelle est votre compréhension de la tarification forfaitaire subsidiée ?

Demandez aux membres de la communauté de partager leurs idées d'une tarification forfaitaire subsidiée. Qu'est-ce que la tarification forfaitaire ? subsidiée ?

Question 2 :

Quelle est votre perception (avis) de la tarification forfaitaire subsidiée?

Demandez aux membres de la communauté de partager leurs préoccupations spécifiques. Gardez cette conversation concentrée et ne permettez pas à la conversation de s'écarter du sujet et de devenir un lieu de dépôt de plaintes.

Question 3 :

L'approche de la tarification forfaitaire subsidiée vous semble-t-elle très différente des autres modes de financement habituels? Qu'est-ce qui vous semble le plus différent ? A quoi est due cette différence ? Pouvez-vous donner quelques exemples ?

Question 4 :

Quels sont les avantages / les inconvénients de l'approche de la tarification forfaitaire subsidiée pour votre structure sanitaire?

Citez en deux ou trois les plus importants pour vous ?

Question 5 :

Quelles modifications ont été apportées de la tarification forfaitaire subsidiée lors de sa mise en œuvre – par quels acteurs et pourquoi ces modifications ? (du point de vue organisationnel, Investissement, RH, médicament)

Quel est le rôle et la contribution de la communauté ?

Question 6

Dans quelle mesure avez-vous intégré la tarification forfaitaire subsidiée à votre travail ? Pouvez-vous nous fournir un exemple concret ? [utiliser le cas échéant le diagramme des tâches]

Question 7: Quels sont les obstacles rencontrez-vous dans la mise œuvre de l'approche de la tarification forfaitaire subsidiée ?

.

Question 8 Sur un plan personnel, direz-vous que prêter sur la base d'une tarification forfaitaire subsidiée est le meilleur mode financement d'une structure sanitaire ? et pourquoi ?

Question 9 : Selon vous quels seraient les incertitudes, les risques et contraintes de l'approche de la tarification forfaitaire subsidiée dans les structures ou dans votre établissement ?

Question 10 : Depuis l'introduction de l'approche de la tarification forfaitaire subsidiée quels changements avez-vous notés dans l'organisation de l'offre des soins ? Dans les pratiques habituelles de soutien à la mise en œuvre des différents des structures?

Question 11 : Quelle appréciation avez-vous sur la fréquentation des services avec la TFS

Question 12 : Pensez-vous qu'avec la TFS la structure est à mesure d'assurer la disponibilité des ressources pour offrir les soins de santé de qualité ? Comment ?

ANNEXE 3 : FOCUS GROUP AVEC LA COMMUNAUTE

001	Province	
002	District	
003	Centre de Santé	
004	Nom du village/Localité	
005	Code de l'interviewer/équipe	
006	Type de groupe	Hommes..1 Femmes...2 Adolescents...3
006	Date (jj/mm/aaaa)	

Introduction et objectif

Bonjour/Bonsoir. Mon nom est _____ et je travaille avec _____. Nous sommes ici au nom du Ministère de la Santé Publique (MSP) pour aider le Gouvernement à mieux connaître ses services de santé.

Votre village a été sélectionné pour participer à cette étude. Nous vous poserons quelques questions liées aux services de santé. Aucun nom ne sera enregistré ou partagé. L'information peut être utilisée par le Ministère de la Santé Publique et les organismes qui l'appuient pour planifier l'amélioration de ces services. Les données recueillies peuvent également être fournies aux chercheurs à des fins d'analyse ; toutefois, ni votre nom ni le nom de cette communauté ne seront fournis.

Enregistrer l'heure du début de l'entretien

___ : ___ HEURE : MINUTE

Question 1 :

Quelle est votre compréhension d'une tarification forfaitaire?

Demandez aux membres de la communauté de partager leurs idées d'une tarification forfaitaire. Que serait le contraire d'une tarification forfaitaire ?

Question 2 :

Quelle est votre perception (avis) du mode de paiement des soins de santé en vigueur dans votre structure sanitaire ?

Demandez aux membres de la communauté de partager leurs préoccupations spécifiques. Gardez cette conversation concentrée et ne permettez pas à la conversation de s'écarter du sujet et de devenir un lieu de dépôt de plaintes.

Quel est le rôle de la communauté dans le financement de la santé dans votre CS/HGR

Question 3 :

Quelle est votre perception de la qualité (disponibilité des médicaments, Hygiène, accueil, équipement) ou des services de santé les plus bénéfiques disponibles dans votre communauté ?

Demandez aux membres de la communauté de partager des exemples spécifiques de leur appréciation de la qualité et de la disponibilité des ressources et des services de santé.

Question 4 :

Quelle est votre perception du CS dans son ensemble, des activités et des services offerts ?

Le point de vue des membres de la communauté permettra de cerner les possibilités d'améliorer les services médicaux actuels et de mettre en évidence les lacunes dans les services (Accueil, Consultation Prénatale et Postnatale, accouchement, vaccination, nutrition, vente des médicaments, planification familiale, consultation...)

Question 5 : Quelle est votre perception du personnel de soins de votre Centre de Santé (Médecin, Infirmier, Sage-femme, etc.)

Le point de vue des membres de la communauté va aider à améliorer la qualité de l'offre de services et identifier les lacunes.

Question 6 :

Que peut faire le CS pour améliorer la santé et la qualité de vie dans votre communauté ?

Cette question est la plus importante, car elle suscite des idées sur la façon d'améliorer les services et les relations dans la communauté et de fournir une orientation pour de nouvelles activités ou stratégies.

Quel pourrait être le rôle et la contribution de la communauté ?

Question 7

Existe-t-il dans votre village/quartier, une organisation/association regroupant toutes les personnes/structures de développement local? OAC, CAC, caisse de solidarité,...

Si oui est-elle multisectorielle ? (y a-t-il des représentants des différents secteurs - santé, éducation, EHA, Nutrition, agriculture, élevage, pêche etc).

Qui sont les membres ?

Leurs rôles, responsabilités et voies hiérarchiques sont-ils clairement définis ?

Organise-t-elle des réunions de suivi?

SI OUI, DEMANDER : Quelle est la date la dernière réunion?

Question 8 : Quelle a été votre implication dans la détermination de tarif des soins en vigueur au niveau de votre CS ?

Que souhaiteriez-vous que ça soit fait dans les futurs pour avoir un bon tarif des soins ?

Question 09 : Existe-t-il un mécanisme de partage de risque dans votre communauté ? Lesquels ?

Quels sont d'après vous les avantages d'une mutuelle de santé ? Partager quelques propres expériences en rapport avec la mutuelle de santé ?

Quels sont les obstacles que vous rencontrez pour être affilié à la mutuelle de santé ?

Question 10 : Quelle est votre perception sur le rapport entre la mutuelle de santé et les autres modes de financement des soins existants dans votre zone de santé, relancer par rapport aux différents mécanismes de financement présents dans la zone de santé