

#UNIVERSITÉSENGHOR

université internationale de langue française
au service du développement africain

Contribution du financement basé sur la performance à la gouvernance des formations sanitaires en République du Congo

Présenté par

Roland Chanel Junior MOUKOKO MBOUNGOU

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : **Management**

Spécialité : **Gouvernance et Management Public**

le **07 avril 2019**

Devant le jury composé de :

Dr. Alioune Dramé Président

Directeur du Département Management à
l'Université Senghor à Alexandrie (Egypte)

Pr. Mame Penda Ba Examinatrice

Directrice-adjointe de l'UFR des sciences juridiques
et politiques à l'Université Gaston Berger à Saint-
Louis (Sénégal)

Pr. Michel G. Bédard Examineur

Professeur à l'Université du Québec à Montréal
(Canada)

Contribution du financement basé sur la performance à la gouvernance des formations sanitaires en République du Congo

Présenté par

Roland Chanel Junior MOUKOKO MBOUNGOU

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : **Management**

Spécialité : **Gouvernance et Management Public**

le 07 avril 2019

Devant le jury composé de :

Dr. Alioune Dramé Président

Directeur du Département Management à
l'Université Senghor à Alexandrie (Egypte)

Pr. Mame Penda Ba Examinatrice

Directrice-adjointe de l'UFR des sciences juridiques
et politiques à l'Université Gaston Berger à Saint-
Louis (Sénégal)

Pr. Michel G. Bédard Examineur

Professeur à l'Université du Québec à Montréal
(Canada)

Dédicace

Ce mémoire est dédié

À ma famille

Rachelle, ma tendre et aimable épouse

&

Leclésiaste, Merveille et Deliverance, nos adorables enfants.

Épigraphe

« Les seuls pays qui ont réussi à ralentir les coûts des régimes publics de santé sont ceux qui se sont attaqués aux mécanismes de gouvernance de leur système (incitation à la performance, concurrence, évaluation et contrôle des coûts et séparations des mécanismes de financement et de prestation des services) ».

Castonguay *et al.* 2008

Remerciements

Pour commencer, qu'il me soit permis de remercier infiniment mon Dieu pour le meilleur aboutissement de mon séjour en terre d'Égypte.

Je tiens, par la suite, à témoigner ma profonde gratitude à la Francophonie et aux autorités administratives et/ou sanitaires congolaises, respectivement pour le financement de la formation et pour m'avoir autorisé à suivre cette formation.

Mes remerciements vont également à l'endroit des responsables de l'université Senghor, monsieur le Recteur, Professeur **Thiery VERDEL** ; monsieur le directeur de département Management, Docteur **Alioune DRAME** ; le chef de service administratif, madame **Suzanne YOUSSEF**, ainsi qu'à l'endroit de l'ensemble du personnel et des enseignants associés de cette prestigieuse institution universitaire. J'exprime ma reconnaissance à toutes et à tous pour les multiples efforts consentis afin de nous avoir permis d'approfondir nos connaissances ;

J'adresse mes remerciements au Docteur **Bernice Mesmer NSITOU**, encadrant de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses orientations malgré ses multiples occupations ;

Mes remerciements vont aussi à l'endroit de l'ensemble des agents et experts de la cellule technique de financement basé sur la performance du PDSS II, aux représentants des ACV et aux agents et cadres du ministère de la santé et de la population pour leur coopération et contribution.

Je tiens à remercier chaleureusement mes proches parents : **MOUKOKO** née **MASSAMBI Rachelle** Grâce ; **MBOUNGOU** François ; **MOUKALA MOUKOKO** Corneille ; **MASSAMBI** Germain ; **MPEMISSI WELLE** Rock ; **DIAZONZAMA Dianhy** ; **KOUASSI** Sandrine Adjoua ; **WELLE MBOUBA** Fredy ; **WELLE WELLE** Sylvain, toutes et tous pour leur indéfectible support, leur encouragement et leur écoute tout au long de mon séjour d'études et de la réalisation de ce mémoire.

C'est avec un immense plaisir que mes pensées s'orientent vers les camarades de la XVI^e promotion avec qui les échanges ont été très profitables. Nous avons pu compter sur chacun d'entre nous, car nous formons une grande famille, une force pour le développement de notre prospère et riche continent, l'Afrique.

Pour terminer, je tiens également, à remercier toutes celles et tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail, qu'elles (ils) trouvent ici mes sincères remerciements et ne se sentent pas oubliés.

Résumé

Le financement basé sur la performance (FBP) est un mode de financement de plus en plus utilisé dans les systèmes de santé en Afrique subsaharienne.

Au Congo, le projet intitulé Programme de développement des services de santé (PDSS) vient d'implémenter durant plus de deux années, le FBP dans les structures de soins de santé que dans ce mémoire, nous avons nommé formations sanitaires, dans sept des douze départements administratifs que compte le pays. Selon ses promoteurs, cette approche vise l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins, en ciblant des services payés à la performance. Elle vise aussi l'amélioration de la bonne gouvernance des centres de santé. Cependant, bien que ce type de financement soit supposé contribuer à l'amélioration de la gouvernance des structures de santé, il reste tout de même que son appropriation par les différentes parties prenantes pose quelques problèmes. Or, la bonne gouvernance est gage d'équité dans l'offre des services et des soins de qualité. À ce titre, ce mode de financement favoriserait l'accessibilité aux soins à faible coût pour une certaine catégorie de la population ou gratuite pour les plus démunies. C'est ainsi, pour corroborer ces théories, nous nous sommes fixés comme objectif dans cette étude d'analyser l'apport du FBP à la gouvernance des formations sanitaires au Congo.

Pour y parvenir, nous avons réalisé une analyse des données secondaires de 214 formations sanitaires publiques, confessionnelles et privées représentant ainsi une couverture de 86% de la population totale du Congo. Par ailleurs, nous avons réalisé des entretiens libres avec quelques acteurs des différentes parties prenantes (régulateur, acheteur, vérificateur, fournisseur des prestations) et fait une recension de la documentation. Par la suite, nous avons utilisé le logiciel MS Excel pour les graphiques et l'application dénommée en anglais *District Health Information System (DHIS 2)* - le système d'information du district sanitaire dans sa version 2- pour le traitement des données (groupage).

Enfin, les résultats obtenus montrent qu'effectivement une amélioration de la gouvernance a été constatée dans les formations sanitaires soumises sous le FBP. Ceci peut être grâce au caractère dynamique et flexible ainsi qu'à la capacité de divers outils de l'approche FBP qui tendent vers la recherche de la performance dans les formations sanitaires.

À la fin de notre étude et malgré quelques avancées enregistrées dans les formations sanitaires, suite au passage du FBP, la question de la soutenabilité de ce type de financement demeure surtout que les pays de l'Afrique subsaharienne et le Congo en particulier, sont classés comme étant de pays à faible potentiel économique : est ce type de financement peut se pérenniser dans notre contexte ?

Mots-clés : Financement de la santé, accessibilité aux soins, gouvernance, hôpital, centre de santé.

Abstract

Performance-based financing (PBF) is a financing method that is increasingly used in health systems in sub-Saharan Africa.

In Congo, the project entitled “*Programme de développement des services de santé (PDSS)*” has just implemented for more than two years, the FBP in health care structures that in this brief we have named health facilities in seven of the twelve administrative departments in the country. According to its promoters, this approach aims to improve the supply and quality of care by targeting services paid for by performance. It also aims to improve the good governance of health centers. However, although this type of funding is supposed to contribute to improving the governance of health structures, there are still some problems with its ownership by the various stakeholders. Good governance is a guarantee of equity in the provision of quality services and care. As such, this method of financing would promote access to low-cost care for a certain category of the population or free of charge for the most disadvantaged.

Thus, to corroborate these theories, we have set ourselves the objective in this study to analyze the contribution of the FBP to the governance of health facilities in Congo. To achieve this, we conducted an analysis of secondary data from 214 public, religious and private health facilities, representing a coverage of 86% of the total population of Congo. In addition, we conducted open interviews with some stakeholders (regulator, buyer, auditor, service provider) and reviewed the documentation. Subsequently, we used MS Excel software for graphics and the application called the District Health Information System (DHIS 2) - the health district information system in its version 2- for data processing (grouping).

Finally, the results obtained show that an improvement in governance has indeed been observed in the health facilities submitted under the PBF. This can be due to the dynamic and flexible nature as well as the capacity of various tools of the FBP approach that tend towards the search for performance in health facilities.

At the end of our study and despite some progress in health facilities, following the passage of the PBF, the question of the sustainability of this type of financing remains, above all, that sub-Saharan African countries and the Congo in particular are classified as countries with low economic potential: is this type of financing sustainable in our context?

Keywords: *Health financing, accessibility to care, governance, hospital, health center.*

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- ACV : Agence de contractualisation et de vérification
- ACVE : Agence de contre-vérification externe
- ADS : Analyse des données secondaires
- ARV : Anti rétroviral
- ASLO : Association locale
- BM : Banque mondiale
- CAMEPS : Centrale d'achat des médicaments essentiels et produits de santé
- CDCS : Comité départemental de coordination et de suivi
- CE : Commission européenne
- CEMAC : Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale
- CHU-B : Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville
- CNTS : Centre national de transfusion sanguine
- COGES : Comité de gestion
- COSA : Comité de santé
- CPN : Consultation prénatale
- CPoN : Consultation post-natale
- CSI : Centre de santé intégré
- CSU : Couverture sanitaire universelle
- CT-FBP : Cellule technique du financement basé sur la performance
- DDS : Direction départementale de la santé
- DS : District sanitaire
- ECOM : Enquête congolaise sur les ménages
- EDS : Enquête démographique et de la santé au Congo
- FBP : Financement basé sur la performance
- FBR : Financement basé sur les résultats
- FMI : Fonds monétaire international
- FOSA : Formation sanitaire
- GAR : Gestion axée sur les résultats
- HB/HD : Hôpital de base/Hôpital de district
- HG : Hôpital général
- HRITF : Fonds fiduciaire pour l'innovation des résultats en santé
- IDA : Association internationale de développement
- IRA : Infections respiratoires aiguës
- LNSP : Laboratoire national de santé publique
- MICS : Enquête par grappe à indicateurs multiples du Congo
- MSP : ministère de la santé et de la population
- OCDE : Organisation de coopération et développement économique
- ODD : Objectifs de développement durable

- OMS : Organisation mondiale de la Santé
- ONG : Organisation non-gouvernementale
- ONU : Organisation des nations unies
- OUA : Organisation de l'unité africaine
- PBDS : Plan biennal de développement sanitaire
- PCA : Paquet complémentaire d'activités
- PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- PDSS : Programme de développement des services de santé
- PEV : Programme élargi de vaccination
- PF : Planning familial
- PMA : Paquet minimum d'activités
- PMAE : Paquet minimum d'activités élargies
- PNDS : Plan national de développement sanitaire
- PNUD : Programme des nations unies pour le développement
- SMART : Spécifique Mesurable Atteignable Réalisable Temporel
- SNIS : Système national des informations sanitaires
- SSP : Soins de santé primaire
- VAD : Visites à domicile

Sommaire

Dédicace	i
Épigraphe.....	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Abstract	v
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	vi
Sommaire	viii
<i>Introduction</i>	1
1. <i>Contexte du système de santé congolais</i>	5
1.1 <i>Organisation du système de santé congolais</i>	5
1.2 <i>Financement de la santé au Congo.</i>	10
2. <i>Concepts du financement basé sur la performance et de gouvernance</i>	14
2.1 <i>Concept du financement basé sur la performance</i>	14
2.2 <i>Concept de gouvernance</i>	21
3. <i>Méthodologie utilisée et présentation des résultats de l'étude</i>	30
3.1 <i>Cadre méthodologique</i>	30
3.2 <i>Présentation des résultats</i>	34
4. <i>Analyse des résultats, discussion et recommandations</i>	43
4.1 <i>Analyse des résultats</i>	43
4.2 <i>Discussion sur les résultats du FBP, recommandations et limites de l'étude</i>	50
<i>Conclusion</i>	58
Références bibliographiques.....	lx
Liste des illustrations.....	lxiv
Liste des tableaux.....	lxiv
Glossaire	lxiv
Annexes	lxvi
Annexe 1 : Carte administrative de la République du Congo	lxvi
Annexe 2 : Organigramme du PDSS II	lxvii
Annexe 3 : Extrait de 5/14 indicateurs de la qualité d'une FOSA et indicateurs composites	lxviii
Annexe 4 : Extrait des comités de pilotage/de coordination suivi de FBP local	lxix
Table des matières	lxx

Introduction

Les systèmes de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne particulièrement du Congo-Brazzaville présentent plusieurs limites et manquements. En effet, plusieurs auteurs ayant étudié la question s'accordent à dire que l'une des causes parmi tant d'autres serait « l'absence d'une bonne gouvernance ». Cette situation se traduit pour la plupart des cas par le manque d'efficacité, d'efficience, d'impact des politiques et programmes publics de santé et surtout, par la corruption. Cette dernière prend de plus en plus le pas sur le dévouement du personnel de santé. Nous rappelons en passant que le Congo est classé parmi les pays les plus corrompus au monde, occupant le rang de 161 sur 180 (Pollakusky & Hornsby, 2018). Or, il se trouve que sans la bonne gouvernance, pas d'efficacité des services de santé (Peerenboom *et al.* 2014).

À l'instar de la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, le système de santé au Congo a fortement été influencé par les orientations internationales. La Conférence internationale d'Alma-Ata (Almaty, Kazakhstan, 1978) est le premier traité en application. Cette conférence s'est positionnée pour un accès universel aux soins de santé primaire (OMS, 2000). L'initiative de Bamako (Mali, 1987) à son tour, reprend certains aspects de cette conférence d'Alma-Ata, en optant pour un mécanisme de décentralisation du financement de la santé (Seppey *et al.* 2017). C'est donc, au cours de ces assises, que le recouvrement des coûts (paiement direct des soins par le patient/usager) au niveau des formations sanitaires a été institué. Ladite initiative s'est vite transformée en obstacle à l'accès aux soins des populations surtout pour celles les plus démunies de la plupart des pays du sud.

Afin de contourner cet obstacle, beaucoup de ces pays se sont penchés vers la suppression sélective¹ de ce mode de financement. Plusieurs expériences ont montré que cette suppression entraîne automatiquement une augmentation conséquente de l'utilisation des services de santé (Ridde *et al.* 2011). De nos jours, ce mode de financement tend de plus en plus, à être substitué par des programmes d'exemption du paiement de quelques pathologies (dites initiatives de gratuités). Cependant, malgré la multiplication desdits programmes d'exemption, certains problèmes surgissent, notamment ceux liés à leur coordination et à l'efficacité.

La déclaration de Paris (2005) comme le Plan d'action d'Accra (2008)² ont été signés en vue de mieux adapter l'aide internationale dans le secteur de la santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport en 2010 sur la santé dans le monde souligne que

¹ Prestations : le VIH/sida, les complications des grossesses (césarienne), la tuberculose, le paludisme, ...

²La norme pour les receveurs d'aide est désormais d'élaborer leurs propres stratégies nationales de développement avec leurs parlements et électeurs (appropriation); pour les donateurs elle est de soutenir ces stratégies (alignement) et de travailler à accorder leurs efforts dans les pays (harmonisation); pour les politiques de développement elle est d'être orientées vers l'atteinte de buts précis et l'amélioration du suivi de ces objectifs (résultats); et pour les donateurs comme les receveurs d'être conjointement responsables de la réalisation de ces objectifs (redevabilité mutuelle).

l'augmentation des ressources disponibles et la multiplicité des initiatives d'aide financière en soutien à la santé sont sans précédent (OMS, 2010). Ainsi bien que ces initiatives pour la santé se soient multipliées tant au niveau national qu'international, le système de santé du Congo ne répond toujours pas aux attentes et aux besoins sanitaires de sa population. Celle-ci n'a pas dans sa grande majorité accès « *aux soins de santé de qualité* ». La revue de ce secteur réalisé en 2016 par le ministère de la santé a permis d'identifier plusieurs enjeux et défis tels que : le déficit dans la gouvernance du secteur santé ; le faible financement du secteur de la santé et des mécanismes de protection sociale ; la faiblesse dans la gestion des ressources humaines en santé ; la faible disponibilité des médicaments, réactifs, produits sanguins et technologies ; la faible capacité du pays pour la riposte aux urgences et aux épidémies ; la faible couverture en structures ou formations sanitaires offrant les soins et services de santé de qualité ; et la faible implication des communautés bénéficiaires dans la réponse aux problèmes de santé.

Dans l'optique de la recherche de solutions à apporter à ce secteur, apparaît vers la fin des années 90 l'approche dénommée financement basé sur la performance (Soeters *et al.* 2018). Selon ses promoteurs, cette approche consiste à remplacer les budgets traditionnels des systèmes de santé par un financement attribué directement aux formations sanitaires et au personnel de santé atteignant des cibles de production et de qualité préalablement déterminées (Seppey *et al.* 2017). Elle prévoit dans son application, l'introduction d'outils de gestion susceptibles d'améliorer la performance des établissements de santé (Fritsche *et al.* 2014). De même, le FBP consiste à mettre en place un système d'incitations financières ciblant les différents bénéficiaires sur la base de l'atteinte des objectifs prédéfinis.

Instauré dans divers pays africains³ (Paul & Ridde, 2018), le FBP connaît une forte expansion depuis plus d'une décennie. D'un côté, quelques auteurs soutiennent unanimement que le FBP a la capacité d'augmenter le niveau d'accès aux soins de santé tout en améliorant la performance du personnel de santé ainsi que la qualité des services offerts à la fois. De l'autre côté, d'autres estiment que malgré la forte expansion que connaît ce mode de financement, celle-ci s'effectue sans la moindre preuve de son efficacité (Belaid *et al.* 2017). La présente étude ne s'inscrit pas sur un débat du pour ou du contre le FBP.

Au Congo, entre janvier 2012 et juin 2014, la première phase du projet intitulé programme de développement des services de santé (PDSS), a expérimenté le FBP dans trois départements administratifs : le Pool, le Niari et les Plateaux. Selon une étude, cette phase dite pilote a été couronnée par des résultats concluants avec une évolution nette des prestations (BM *et al.* 2016). C'est donc, fort de ce succès que la deuxième phase du projet PDSS a fait l'extension du FBP dans quatre autres départements administratifs (Bouenza, Plateaux, Cuvette, Pointe-

³ Nigeria, Zimbabwe, Zambie, Congo (RD), Cameroun, Burundi, Rwanda, Burkina Faso, Côte-d'Ivoire, Benin, ...

Noire et Brazzaville) soit un total, de sept départements administratifs sur les douze que compte le pays.

Les partisans de cette approche estiment que le FBP est l'une des approches de financement de santé qui contribuent le mieux à lutter contre la mauvaise gouvernance dans les services publics de santé (la lutte contre le gaspillage des maigres ressources et la limitation des conflits d'intérêts entre les parties prenantes). Malgré son passage, il reste tout de même qu'au Congo, la mise en œuvre du FBP n'est pas encore correctement perçue comme un levier adéquat pouvant favoriser une bonne gouvernance de son système des soins de santé.

L'objectif de notre étude est d' « **analyser l'apport du FBP à l'amélioration de la bonne gouvernance des formations sanitaires en République du Congo** ».

De façon spécifique, il s'agit de :

- Identifier les éléments du FBP en lien avec la gouvernance ;
- Analyser l'apport de ces éléments sur la gouvernance.

La question principale qui en découle pour atteindre cet objectif, est la suivante : « **le financement basé sur la performance a-t-il contribué à améliorer la gouvernance des formations sanitaires au Congo ?** ».

Cette question se décline en deux questions subsidiaires : en premier lieu, *l'application du FBP dans le système national sanitaire intègre-t-elle les principes qui le régissent ?*

En second lieu, *la mise en œuvre du FBP au Congo a-t-elle été porteuse d'innovations dans les formations sanitaires (FOSA) ?*

Une hypothèse principale : l'application du modèle FBP offre une meilleure adéquation entre l'offre et la demande dans les différentes communautés, ceci à travers des incitations des professionnels et des organisations à l'augmentation de la quantité et de la qualité de certains services ciblés. L'application du FBP s'accompagne aussi d'une séparation claire des fonctions (prestation, régulation, achat, détention des fonds, voix communautaire), permettant ainsi de diminuer les conflits d'intérêts et l'accumulation de fonctions pour un acteur.

Deux hypothèses secondaires : la première, quelques principes qui régissent le FBP sont des outils susceptibles d'améliorer la gouvernance des FOSA. La seconde, le FBP au cœur dans le système de santé aide à atteindre certains objectifs en matière de santé.

Pour ce faire, notre méthode choisie est l'analyse des données secondaires de 214 formations sanitaires. Cette analyse des données secondaires est complétée par quelques entrevues réalisées avec les membres de l'équipe projet, des agences de contractualisation et de vérification, ainsi qu'aux cadres du ministère de la santé et de la population. Il est fait aussi, une recension de quelques études empiriques autour du FBP, parmi lesquelles Remme *et al.*, pour la République centrafricaine en 2012 ; Peerenboom *et al.*, pour le Burundi en 2014 ; toujours Peerenboom *et al.*, pour la République Démocratique du Congo en 2015, sont les

rare auteurs ayant abordé l'expérience du FBP sous l'angle de la gouvernance ; *Fritsche et al.* en 2014, pour un recueil de plusieurs expériences FBP. D'autres auteurs, traitent des effets et des impacts (Zombré *et al.* 2017 ; Paul & Dramé 2017 ; Walque *et al.* 2017 ; Paul & Ridde 2018), de la controverse (Mayaka Manitu *et al.* 2015/3) et des débats autour du « pour » ou du « contre » le FBP (Mayaka Manitu *et al.* 2015/1). Les quelques auteurs cités soutiennent que l'application du FBP dans un système de santé, favorise la bonne gouvernance. Nous voulons en effet, tester ces conclusions en contextualisant ces études sur l'expérience du Congo.

Outre l'introduction et la conclusion, cette étude est structurée en quatre chapitres : le premier chapitre portera sur l'aperçu du contexte sanitaire congolais et l'introduction du financement basé sur la performance (FBP) ; le deuxième chapitre s'articule autour des concepts de gouvernance et de financement basé sur la performance (FBP) ; le troisième, quant à lui, présentera la méthodologie utilisée et les résultats ; enfin, le quatrième chapitre présente sur l'analyse de ces résultats, la discussion et les recommandations.

1. Contexte du système de santé congolais

Ce chapitre présente brièvement l'organisation ainsi que le financement du système de santé de la République du Congo. Il permet d'appréhender les différents niveaux de la structuration administrative de la pyramide sanitaire au Congo. Mais aussi, de mettre en évidence dans quel contexte le financement basé sur la performance a été mis en œuvre ?

1.1 Organisation du système de santé congolais

Cette section traite des aspects organisationnels du système de santé en République du Congo. Elle fait un aperçu du contexte général du Congo.

1.1.1 Brève présentation du contexte général congolais

La République du Congo s'étend sur une superficie de 342.000 km² et est située à cheval sur l'équateur. Elle partage ses frontières au nord avec le Cameroun et la République centrafricaine, à l'Est avec la République Démocratique du Congo, au sud avec l'enclave angolaise du Cabinda, à l'ouest avec la République du Gabon et l'océan Atlantique.

Le recensement général de la population de 2007 situe la population du Congo à 3.647.490 habitants. Cette population est estimée en 2018 à 5.211.754 habitants, 67% parmi cette population vit en milieu urbain. Les jeunes de moins 30 ans représentent la plus grande partie de cette population d'après l'enquête démographique et de la santé au Congo (EDSC II 2011-2012). Selon l'enquête par grappe à indicateurs multiples du Congo (MICS 5 2014), le taux de natalité est de 41.7 pour mille en 2007 avec un indice synthétique de fécondité de 4.4 en 2015. Selon le rapport national de développement humain de 2015, l'indice de développement humain au Congo était de 0.592 en 2014, ce qui le place à la 136^e position mondiale et l'espérance de vie à la naissance est de 62.3 ans.

❖ *Organisation administrative*

La loi n°3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation territoriale structure le territoire national en départements (12), communes (6), arrondissements (19), districts (86), communautés urbaines et rurales, quartiers et villages. Chaque département dispose d'un conseil départemental et chaque commune, d'un conseil municipal. Ces différents conseils sont des organes de gestion et de développement des ressources de ces collectivités locales.

❖ *Situation économique*

Richement doté de forêts, le Congo dispose aussi de vastes terres arables non cultivées, qui représentent environ un tiers de sa superficie totale. À cela, il faudra ajouter d'abondantes ressources minières et d'importants gisements d'hydrocarbures dont des réserves prouvées de pétrole et de gaz sont estimées (BM, 2019) respectivement à 1,6 milliard de barils et 90 milliards de mètres cubes.

Entre 2002 et 2012, le Congo a bénéficié d'une embellie économique due aux recettes pétrolières. Malgré ces progrès économiques, le pays n'est pas parvenu à exploiter pleinement l'atout que constituent ses ressources naturelles pour obtenir des performances robustes. Les taux de chômage et d'inactivité des populations sont restés élevés, frappant particulièrement les jeunes (MICS 5 2014). Globalement, la forte dépendance à l'égard des hydrocarbures a bloqué le développement d'autres secteurs d'activité, comme l'agriculture et la sylviculture. La crise économique s'est accentuée en 2017, avec une contraction du PIB de 4.6% (contre -2.8% l'année précédente). Depuis 2014, suite à la chute des cours du pétrole, la croissance économique est en baisse pour la 4^e année consécutive. La dette publique est estimée à 116% par rapport au PIB soit plus du double du seuil 70% PIB tolérable de la sous-région la communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC). Des discussions avec le FMI pour un éventuel plan ou programme d'accompagnement, sont en cours (au moment où nous rédigeons ce mémoire).

1.1.2 Structuration administrative du système de santé

Le système de santé est administré par le ministère de la santé et de la population, lequel est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique, conformément au décret n°2018-268 du 2 juillet 2018 portant organisation du ministère de la santé et de la population. Chaque niveau comprend une structure d'administration et de gestion.

❖ Niveau central

Le niveau central a un rôle stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. Il comprend le cabinet du ministre en charge de la santé, l'inspection générale de la santé (IGS), les directions générales (03), les directions centrales et autres structures rattachées au ministère ou sous tutelle telles que les établissements publics de santé.

❖ Niveau intermédiaire

Ce niveau est représenté par la direction départementale de la santé, la direction départementale de la population et de l'inspection départementale de la santé. Leur autorité s'étend sur l'ensemble des districts sanitaires que compte le département. Le niveau intermédiaire joue le rôle d'appui technique dans la transmission des informations, l'adaptation spécifique des normes nationales, le contrôle de leur application, le renforcement de capacités et la supervision des équipes de gestion des districts sanitaires (niveau périphérique).

❖ Niveau périphérique

Ce niveau est représenté par le district sanitaire qui est subdivisé en aires de santé. Le district sanitaire est composé de formations sanitaires publiques et privées qui devraient, selon les

normes nationales, graviter autour d'un hôpital de district. L'équipe de gestion du district sanitaire est l'organe administratif du niveau périphérique. Elle est chargée de la planification, la mise en œuvre des activités et la gestion des ressources.

1.1.3 Organisation opérationnelle des formations sanitaires

Le secteur de la santé du Congo comprend deux composantes essentielles : le secteur public constitué des structures de gestion, de soins et d'appui sous tutelles soit du ministère en charge de la santé, soit d'autres départements ministériels et le secteur privé composé des structures privées à but lucratif et celles à but non lucratif.

En parlant du secteur privé de la santé, une étude menée par la Banque mondiale en 2012, a montré que le secteur public prend en charge 44 % de la demande en soins de santé et le secteur privé 56%. Il est composé des prestataires des soins privés à but lucratif (31%) ; des pharmacies (10%) ; des tradithérapeutes ou tradipraticiens (9%) ; des prestataires à but non lucratif (4%) ; et d'autres (2%).

Le système de dispensation de soins est constitué des trois types de structures opérationnelles, appelées encore formations sanitaires. La formation sanitaire relève chacune selon son niveau dans la hiérarchie sanitaire, qu'elle appartienne au secteur public ou au secteur privé. Il s'agit en effet, des formations sanitaires ambulatoires, d'hospitalisation et de spécialités, ceci, d'après le décret n°96-525 du 31 décembre 1996, portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires en République du Congo.

Au sens de cette étude, deux premières catégories ont été retenues, à savoir : les formations ambulatoires (soins primaires) et d'hospitalisation (premier niveau de référence).

❖ Formations sanitaires ambulatoires

Ce sont les postes de santé, les centres de santé intégrés à paquet minimum d'activités standards (CSI/PMAS) et à paquet minimum d'activités élargies (CSI/PMAE), les centres de santé scolaire et les centres médicosociaux des entreprises tant publiques que privées. Les activités essentielles sont : les vaccinations systématiques ; le suivi de la femme enceinte ; la planification familiale ; l'information ; l'éducation communications aux mères ; les soins curatifs ambulatoires ; le suivi des malades chroniques ; le suivi et la stimulation de la croissance physique, intellectuelle et psychomotrice de l'enfant, les jeux éducatifs, d'éveil et de socialisation ; la nutrition ; les soins infirmiers (nursing) ; la prévention des maladies, et enfin l'information, l'éducation et la communication aux parents.

❖ Formations sanitaires d'hospitalisation

Elles sont des établissements dotés de lits d'hospitalisation et classés de la base au sommet en fonction de leur plateau technique et de leur capacité de prise en charge des patients. Ce sont des hôpitaux de base ou de district (HB/HD) ; d'hôpitaux généraux (HG) et du centre hospitalier universitaire de Brazzaville (CHU-B).

Outre des hôpitaux généraux (HG) et du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville (CHU-B) respectivement pour la deuxième et la troisième référence. Selon les données de la carte sanitaire (MSP, 2015), le Congo dispose de 612 formations sanitaires publiques réparties de la manière suivante : 280 dispensaires ou postes de santé, 214 Centres de santé intégrés à Paquet minimum d'activités standards (CSI à PMAS), 96 Centres de santé intégrés à Paquet minimum d'activités élargies (CSI à PMAE) et (22) hôpitaux de base ou de premières références pour les patients des formations sanitaires ambulatoires.

❖ *Établissements d'appui au diagnostic et au traitement*

Les établissements d'appui au diagnostic et au traitement sont composés du Laboratoire national de santé publique (LNSP), le plus grand centre servant aux analyses biologiques et aux examens de laboratoire ; du Centre national de transfusion sanguine (CNTS), qui assure la collecte, la préparation, la qualification et la distribution des produits sanguins ; de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et produits de santé (CAMEPS) ; du Centre de la drépanocytose Maman Antoinette SASSOU NGUESSO, du Centre du traitement de l'insuffisance rénale ; ainsi que des Centres de traitement ambulatoire (CTA) pour le VIH/SIDA.

1.1.4 *Brève analyse de la situation des formations sanitaires*

Cette analyse cible que la situation qui prévaut dans les formations sanitaires ambulatoires et celles d'hospitalisation.

❖ *Analyse de la situation dans les formations sanitaires ambulatoires*

Selon l'Enquête congolaise auprès des ménages pour le suivi et l'évaluation de la pauvreté (Congo 2011) en 2011, le taux d'utilisation des soins et services offerts par les CSI est relativement faible, limité à 24%. Le milieu urbain est plus favorisé par rapport au milieu rural. Ce faible taux d'utilisation est limité par leurs accessibilités géographique et financière et les ruptures fréquentes des intrants. Ces limites sont principalement observées dans les groupes de populations défavorisées (familles démunies). D'une façon générale, dans les CSI, exceptée la vaccination, les autres activités connaissent de faibles couvertures.

❖ *Analyse de la situation dans les formations sanitaires d'hospitalisation*

D'après le Plan biennal de développement sanitaire (PBDS) 2015-2016, la situation des formations sanitaires d'hospitalisation a fait ressortir diverses faiblesses qui se résument comme suit :

▪ *Absence de projet d'établissements*

Les hôpitaux sont généralement « pilotés à vue », faute d'une gestion efficace avec une perspective claire établie dans le temps et convenue par les différents acteurs de l'établissement. Il en résulte beaucoup d'incohérences entre l'organisation des équipes médicales et des soins, l'acquisition des équipements et l'offre de soins ;

- *Organisation et fonctionnement inefficaces des services des urgences*

Du fait de leur interface avec les usagers, les dysfonctionnements des services « d'accueil, des urgences et orientations » apparaissent régulièrement de façon flagrante. Il a été observé, l'absence de directives et de procédures écrites, la non-disponibilité de médicaments et produits médicaux d'urgence, l'insuffisance de matériel technique, la non-désignation formelle de référents pour les cas référés par les formations sanitaires périphériques et l'inadéquation des espaces de travail lié à l'exiguïté des locaux et en état de vétusté ou structuration inappropriées ;

- *Faibles capacités d'organisation et de gestion de l'offre des soins et des risques qui y sont associés*

Elles se traduisent principalement par l'insuffisance ou l'absence de procédures et protocoles formalisés, standardisés, l'absence de cartographies des risques (soins, bloc opératoire) et de documents uniques pour chaque établissement (document recensant les risques et les moyens de maîtrise), la mauvaise gestion des déchets, les pénuries des médicaments et produits médicaux dans les services et unités cliniques, l'absence de systèmes d'information hospitaliers cohérents, l'absence d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue et le faible niveau de fonctionnement des organes de gestion (comité de gestion, comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail, et des commissions médico-techniques).

- *Absence d'intégration et de coordination des hôpitaux de district dans leurs districts sanitaires*

De façon générale, les hôpitaux de district ne bénéficient pas d'appui technique des hôpitaux généraux. De même, ces hôpitaux de district n'apportent pas non plus systématiquement un appui technique aux structures de santé de 1^{er} échelon (formations sanitaires ambulatoires). Le fonctionnement des hôpitaux de district est marqué par les contraintes suivantes : insuffisance et obsolescence d'équipements médico-techniques ; vétusté des infrastructures ; insuffisance qualitative et quantitative du personnel et faible participation des médecins des hôpitaux de districts aux activités du district sanitaire.

- *Faibles capacités d'administration et de gestion des hôpitaux de district :*

Sur (22) hôpitaux de districts existants au Congo, seuls 14, disposent d'une commission médico-technique et (7) ont un comité de trésorerie. Malheureusement, il n'y a pas la moindre trace d'un comité de gestion (COGES). Selon le Plan national de développement sanitaire (MSP, 2007), dans les (5) hôpitaux généraux, pas un seul ne dispose d'un comité de direction. Par contre, le centre hospitalier et universitaire de Brazzaville (CHU-B) a un comité de direction.

Nous avons noté cependant des avancées notoires en mois de juillet 2015, avec la promulgation d’une série des lois portant création des hôpitaux généraux. Dans ce même élan, l’instauration par le gouvernement des comités de direction dans les établissements de santé.

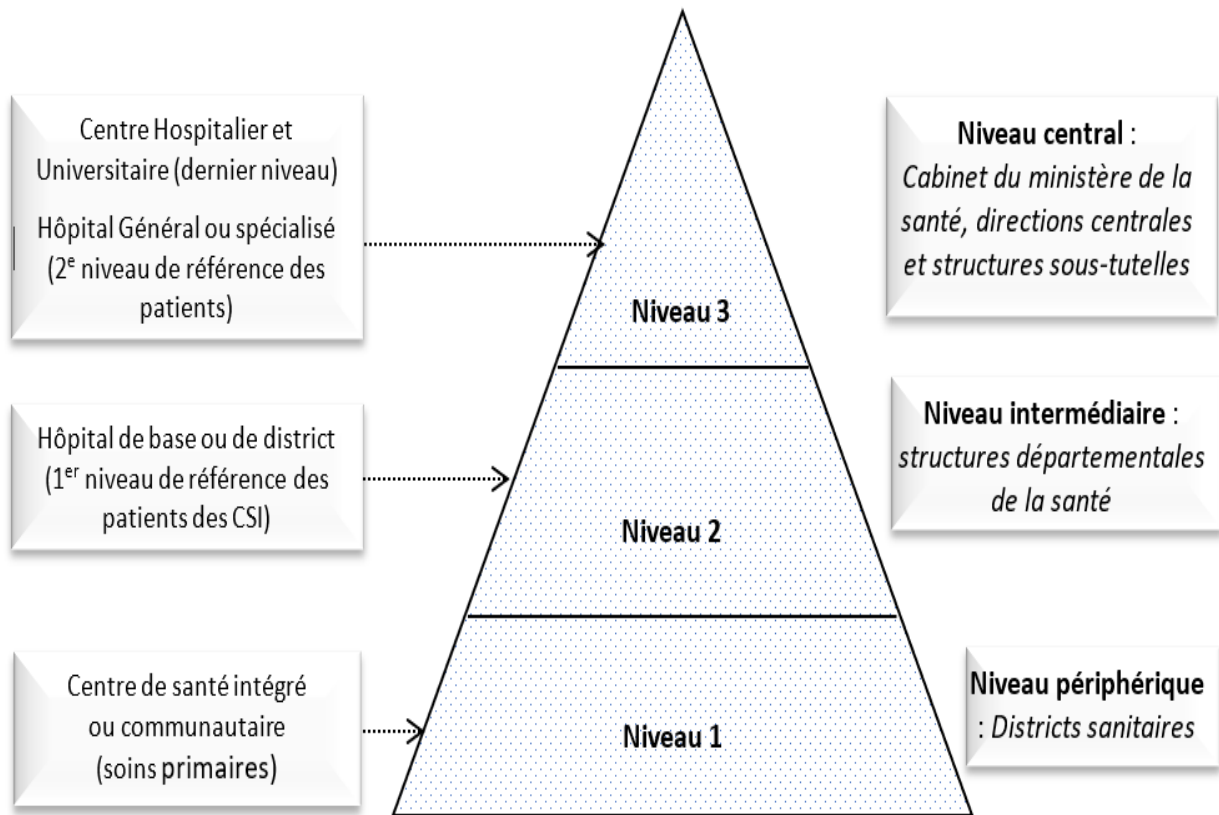


Figure 1 : Pyramide sanitaire du Congo

Source : adaptation des textes en vigueur

Cette figure montre les trois (3) niveaux de la structuration administrative et les trois catégories des structures des soins, qui interagissent entre eux et d’un niveau à un autre dans le système national de santé. Il sied de signaler que les établissements d’appui sont à placer au sommet de la pyramide sanitaire congolais.

1.2 Financement de la santé au Congo.

Cette section est consacrée au système de financement des soins. Elle présente les raisons de mise en œuvre du financement basé sur la performance et le cadre opératoire de l’étude.

1.2.1 Définition du financement de la santé

Selon l’Organisation mondiale de la santé, le financement de la santé est la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé (OMS, 2018). Les questions relatives au financement de la santé, sont : comment et auprès de quelles sources mobiliser suffisamment de fonds en faveur de la santé ? Comment surmonter les

obstacles financiers qui excluent de nombreux pauvres de l'accès aux services de santé ?
Comment proposer un éventail de service de santé équitable et efficace ?

1.2.2 Sources de financement de la santé

Selon les comptes nationaux de la santé (MSP, 2018), le financement de la santé en République du Congo relève de six sources, notamment : (i) du Gouvernement et des structures déconcentrées et décentralisées de l'État (Préfectures, Départements et collectivités territoriales) qui consacrent annuellement une partie conséquente de leurs budgets au financement des dépenses de santé ; (ii) des Partenaires bi et multilatéraux qui apportent un soutien financier substantiel au financement de la santé ; (iii) des ménages ou des citoyens, à travers la consommation des services et soins de santé ; (iv) des Entreprises, à travers la prise en charge des dépenses de santé de leurs salariés ; (v) des Assurances qui prennent en charge les dépenses de santé de leurs assurés ; et enfin (vi) des Organisations non gouvernementales et fondations nationales et internationales. Les sources principales de financement de la santé sont l'État, les ménages et les partenaires techniques et financiers.

1.2.3 Évolution du financement de 2012 à 2015

Les mêmes comptes nationaux de la santé (MSP, 2018) renseignent que la dépense totale en santé a été relativement constante. Rapportée au PIB, elle a évolué de 3% en 2012 à 4% en 2015. La dépense totale par habitant est estimée à 39.736 F.CFA soit 72 \$ US et les dépenses courantes du Gouvernement par habitant sont de 16.380 F.CFA soit 30 \$ US. En 2015, le taux d'exécution du budget de santé est de 32% des dépenses globales. Ce faible taux est ainsi tributaire de la complexité de la chaîne de dépense publique.

En outre, le Congo en partenariat avec la Banque mondiale met en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans sept départements des douze que compte le pays. Avec comme perspectives, mettre sur pied un régime d'assurance maladie universelle au Congo. Sur ce, un panier de soins a été défini et est composé de soins de santé préventifs, curatifs pour la mère et l'enfant, la planification familiale et le traitement des maladies tropicales négligées. Le coût de cette assurance maladie est estimé à 16.037 F.CFA soit 27.40 \$ US par habitant et par an avec les taux actuels de couverture à 28.346 F.CFA soit 48.43 \$ US avec une couverture de 100%.

La part du financement du Gouvernement est en moyenne d'environ 60% de la dépense de santé. Les ménages contribuent à hauteur de 33% de ladite dépense. Les entreprises, les ONG nationales et le reste des partenaires au développement (partenaires techniques et financiers) n'apportent qu'à peine 5 à 7%.

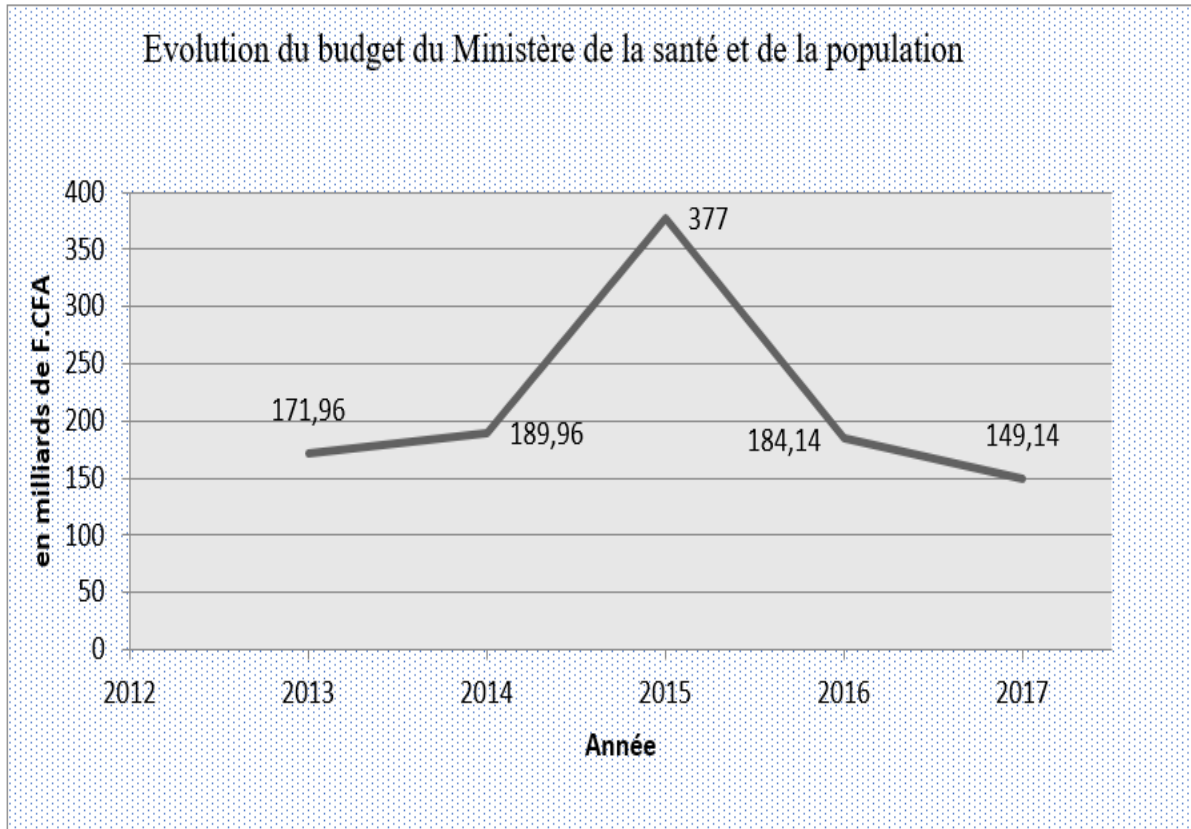


Figure 2 : Évolution du budget de l’État pour la période allant de 2013 à 2017

Source : adaptation des lois de finances 2013 à 2017)

En 2015, le budget de l’État alloué à la santé était en hausse, près de 14% du budget national de l’État (proche de l’engagement d’Abuja⁴ de 15%). Cette hausse était dopée par la part du budget d’investissement dédiée aux constructions de (12) hôpitaux de référence dans chaque département -travaux en cours d’exécution. Il sied de noter que l’année 2015 fut l’année où il a été décidé d’introduire le FBP, le budget de l’État en santé a connu un pic important. Cette année a été aussi proclamée l’année de la santé par le Gouvernement. A contrario, au lieu de conserver le même niveau, la part de financement alloué à la santé ne cesse de décroître. Les difficultés financières persistantes de l’État sont probablement les raisons pour lesquelles le niveau du budget baisse.

1.2.4 Contexte de mise en œuvre du financement basé sur la performance

Le frein à l’accès aux services de santé et aux soins pour les populations les plus vulnérables a toujours été celui des finances. Face à cette situation, le Gouvernement du Congo a décidé d’instaurer par lois, à partir des années 2004, 2005 et 2006 des politiques d’abolition de recouvrement de coût sur un certain nombre de pathologies.

⁴ Le Sommet des Chefs d’État et de Gouvernement de l’OUA sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, tenu à Abuja, Nigeria du 24 au 27 avril 2001 a solennellement adopté une résolution connue sous le nom de « Déclaration d’Abuja » un engagement de porter à 15% la part des dépenses de santé sur le budget de chaque État.

Ces politiques qui sont en effet les subventions attribuées par l'État au profit des initiatives de gratuité telle que : la gratuité du dépistage, du bilan et des examens biologiques ainsi que la dispensation des antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH/Sida, la gratuité du traitement du paludisme chez la mère et l'enfant de 0 à 15ans, la gratuité de la césarienne, la gratuité du suivi et du traitement de la tuberculose.

Avec l'introduction de ces initiatives de la gratuité, les formations sanitaires se sont vite vues confrontées à de nombreuses difficultés, notamment l'utilisation excessive des services ; le poids du travail pour le personnel et sa démotivation ; et le manque des intrants (médicaments et équipements). Cet échec était dû en partie par le fait que la mise en œuvre de ces initiatives de la gratuité n'a pas été précédée par des études de faisabilité soutenues. En outre, au niveau des FOSA selon les rapports d'inspection des écarts énormes entre les prestations réelles effectuées et celles déclarées, ce qui tacitement impliquerait à fausser les données SNIS, la surfacturation. Par illustration, la gratuité des soins (exemple la césarienne) était basée sur un système de remboursement des prestations à l'acte.

À la fin de chaque mois, les formations sanitaires devaient produire les factures de toutes leurs prestations et les acheminer à la direction des études et de la planification du ministère de la santé et de la population. Ceci constituait une charge administrative importante. De plus, aucun système de vérification n'était en place et le remboursement se réalisait avec des retards répétitifs dus à une insuffisance des fonds alloués à cet effet. Ces retards ont fortement compromis la mise en œuvre efficace de ces mesures pourtant salutaires. Donc, au lieu de répondre positivement aux besoins de santé de la population, ces multiples programmes de gratuité ont amené certains problèmes ayant trait à leur coordination et efficacité comme nous l'avons évoqué en introduction.

C'est ainsi que, pour apporter quelques corrections à l'inefficacité desdites initiatives de gratuité, le Gouvernement et la Banque mondiale avaient décidé de mettre sur pied un programme de renforcement du système de santé congolais dénommé le Programme de développement des services de santé, phase 2 en sigle PDSS II. Ce projet devrait avoir comme approche de mise en œuvre le financement basé sur la performance. Cette approche de FBP mise en œuvre à travers le projet PDSS II, est le fruit d'un cofinancement Banque mondiale et gouvernement congolais, après plusieurs négociations. Certains économistes de la santé estiment que le FBP produit des résultats positifs parmi lesquels l'amélioration de la bonne gouvernance (objet de cette étude).

2. Concepts du financement basé sur la performance et de gouvernance

Ce chapitre présente les deux concepts clés de notre étude. Il est subdivisé en deux sections dont la première traite du concept du FBP et la seconde, du concept de gouvernance. Il présente aussi, le cadre opératoire de l'étude.

2.1 Concept du financement basé sur la performance

Cette section, est consacrée à la définition et à l'identification des principes clés du financement basé sur la performance, mais aussi, et surtout son ancrage dans le système de santé du Congo.

2.1.1 Bref historique du financement basé sur la performance

Dans cet encadré ci-dessous, *Fritsche et al. (2014)*, dans leur ouvrage intitulé boîte à outils du financement basé sur la performance, font l'historicité de cette approche de financement.

L'apparition du financement basé sur la performance dans les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur remonte à la toute première expérience d'introduction des forces du marché dans la prestation de soins de santé primaire. Celle-ci, qui s'est déroulée à la fin des années 1980 – début des années 1990 – entendait introduire le cofinancement des soins de santé primaire dans la province ouest de la Zambie, dans un contexte où les services de santé étaient encore à la fois financés et effectués par le secteur public. L'approche s'est ensuite développée plus avant en 1999, lorsque le Cambodge a procédé à la contractualisation externe de certains services de santé et confié à des organisations non gouvernementales (ONG) la prestation de services de santé ou de soutiens à la gestion des services de santé par le gouvernement. Des ONG ont également été contractualisées pour la prestation de services de santé en Haïti.

Au Cambodge comme en Haïti, il s'agissait essentiellement de contrats basés sur les résultats ou encore de contrats à coûts déterminés, mais assortis d'une prime au rendement, une formule maintenant connue comme la « contractualisation basée sur la performance » (CBP). En Afghanistan par ailleurs, le FBP fait depuis 2003 partie intégrante de la stratégie nationale de prestation de services de santé.

Le modèle actuel de FBP a fait son apparition au Rwanda dès 2002, alors que des intervenants mettaient à profit leur expérience préalable au Cambodge. À partir de 2006, ce mouvement s'est amplifié et des approches similaires se sont développées en République Démocratique du Congo et au Burundi. Une petite intervention pilote a été initiée au Cameroun en 2008, puis sur l'île de Florès en Indonésie en 2009. La même année, la République centrafricaine mettait en œuvre une initiative pilote dans une seule préfecture, intervention qui a ensuite été mise à l'échelle dans six autres préfectures (depuis janvier 2010). Le Rwanda (en 2006), le Burundi (en 2010), et la Sierra Leone (en 2011) ont tous mis à l'échelle leur FBP dans tout le pays.

En 2013, des programmes et projets additionnels FBP sont planifiés et mis en œuvre dans une vaste gamme de pays, notamment en Afghanistan, au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, au Tchad, à Djibouti, au Gabon, en Gambie, au Kenya, en République Kirghize, en République démocratique populaire du Laos, au Lesotho, au Libéria, au Mozambique, au Nigéria, au Sénégal, au Sud Soudan, au Tadjikistan, en Tanzanie, au Vietnam, en Zambie, à Zanzibar (Tanzanie), et au Zimbabwe.

Il est certain que ces pays ne seront pas les seuls dans cette voie. Aujourd'hui, il faut ajouter la République du Congo (2015) et la Côte d'Ivoire (2017). Cependant, qu'est-ce que le

financement basé sur la performance ? quels sont ses principes ? enfin, comment il est intégré dans le contexte congolais ? Dans la suite, nous tenterons de répondre à ces questions.

2.1.2 Définition du financement basé sur la performance

Plusieurs définitions sont appliquées à l'approche financement basé sur la performance. Pour la plupart des auteurs, le FBP est une stratégie de financement et de renforcement des systèmes de santé connaissant un fort développement ces dernières années dans les pays en développement et en Afrique subsaharienne en particulier. Il a pour fondement de lier le financement des services de santé à des résultats prédéterminés. Le paiement assumé par un tiers-payeur indépendant de l'utilisateur, n'est effectué qu'après vérification de l'atteinte effective des résultats en quantité et en qualité. Pratiquement, il procède par la rémunération d'une série d'actes et d'indicateurs à des barèmes établis par l'organisme tiers payeur.

La définition de Soeters *et col.* (2018) semble être la mieux adaptée et formelle à notre étude :

« Le financement basé sur la performance (FBP) est une approche du système de santé axée sur les résultats, définis comme la quantité et la qualité des services produits et qui sont (financièrement) accessibles. Cela implique que les structures sont considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et/ou de leur personnel. Il est également caractérisé par des contrats de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance, les financeurs et le renforcement de la voix de la population. Le financement basé sur la performance applique les forces du marché, mais vise aussi à corriger les échecs du marché. Le FBP dans le même temps vise la maîtrise des coûts et un mélange durable des recettes provenant du recouvrement des coûts et des contributions gouvernementales et internationales. Le FBP cherche sans cesse à tester ces théories par des recherches empiriques et des évaluations d'impacts rigoureuses qui conduisent aux meilleures pratiques ».

À partir de cette définition sur le FBP, nous allons définir dans la suite les quelques éléments clés qui le caractérisent.

❖ Définition de principes clés du financement basé sur la performance

Le FBP est caractérisé par des principes clés qui sont : la séparation des fonctions ; la contractualisation ou l'achat stratégique ; la décentralisation du financement ; l'autonomie de gestion des formations sanitaires ; la voix du public ou de la communauté et l'équité (Fritsche *et al.* 2014).

▪ Séparation des fonctions

La séparation des fonctions concerne les fonctions suivantes : la régulation, les prestations, la vérification et le payeur ou l'acheteur. La performance ainsi évaluée d'une formation sanitaire est liée à une allocation financière. Il est important d'avoir un vérificateur indépendant, qui

dispose d'un pouvoir assurant le « *contrepoids* ». Les différents rôles et fonctions de chacune des parties prenantes sont associés à la conviction profonde que les parties prenantes du FBP dépendent les unes des autres des résultats ciblés. Cette conscience de l'interdépendance, associée à l'équilibre qui permet d'éviter les chevauchements de fonctions. Elle est encouragée afin de diminuer de conflits d'intérêts. Le but recherché dans cette séparation est d'éviter ou de réduire les situations de conflit d'intérêts ou de collusion.

- *Contrat de performance*

Ce contrat décrit de façon claire les engagements et les droits des parties prenantes ainsi que les modalités de sa mise en œuvre. Il est destiné à clarifier la performance attendue et d'établir les règlements relatifs à l'approche FBP. Il est essentiel que toutes les parties prenantes comprennent le contrat de manière satisfaisante et que les informations soient partagées de façon symétrique à savoir : la clarté dans les rôles et la performance attendus, la transparence des procédures de contrôle et une communication permanente des résultats à toutes les parties prenantes. Ceci afin de contribuer à la réduction des risques et des coûts de transaction engagés dans le FBP.

- *Autonomie de gestion de formations sanitaires*

Les formations sanitaires contractées ont une autonomie décisionnelle dans la gestion des ressources dans le respect des règles et normes générales fixées par le régulateur. Cette autonomie stimule l'esprit d'entrepreneuriat et de créativité du personnel de santé. C'est ainsi que même pour la motivation des ressources humaines, le gestionnaire de la formation sanitaire signe un contrat de performance individuel avec ses agents. Ce contrat sert à calculer le score de la performance individuelle en vue d'attribuer la prime.

- *Voix de la communauté*

La voix communautaire peut être sollicitée de différentes façons : soit par les enquêtes de satisfaction des usagers communautaires ; soit par la participation communautaire aux comités de l'établissement de santé ; soit par l'implication de la société civile dans le comité de pilotage de district et enfin, soit par la participation d'acteurs non étatiques dans la coordination au niveau national et le renforcement des capacités. Il s'agit en fait d'obtenir une appréciation communautaire sur les services fournis afin de permettre aux communautés d'influencer la prestation des services publics de santé.

- ❖ *Fonctions des parties prenantes clés d'un FBP*

Selon ses concepteurs, le FBP peut facilement s'intégrer dans un système national de santé. Ils ajoutent que sa réussite se trouve donc renforcée s'il est intégré dans le contexte du système sanitaire où il est mis en œuvre. De telle manière qu'un programme FBP bien conçu a de fortes chances d'avoir un impact positif sur l'ensemble du système de santé.

- *Fonction de régulation*

La régulation est assurée par le ministère responsable de la santé à tous ses échelons. Il organise le financement, coordonne, détermine le type de service à inclure, calcule les coûts des services et définit les normes et standards des *check-lists* de la qualité.

- *Fonction de prestation*

Dans un FBP, les prestataires sont les structures ou établissements de santé (et non les travailleurs individuels de la santé). Dans cette étude, ces structures de santé sont appelées formations sanitaires. Les formations sanitaires en leur qualité de prestataires concluent avec l'acheteur un protocole d'entente désigné en contrat de performance. Elles peuvent être du secteur public, quasi public (confessionnelles) ou du secteur privé à but lucratif.

À ce niveau, il faut signaler qu'il peut exister trois types de contrats suivants : le contrat d'achat entre l'acheteur et le prestataire ; le sous-contrat entre le tenant du contrat initial et un second établissement de santé ; et le contrat de motivation entre le gestionnaire de l'établissement de santé et un travailleur de santé.

- *Fonction de paiement ou d'achat*

Le rôle d'acheteur est joué aux noms du ministère chargé de la santé et des autres détenteurs des fonds, par une agence d'achat. L'acheteur peut être privé ou quasi public. Dans l'approche d'acheteur privé, une agence privée par exemple une organisation non gouvernementale joue le rôle d'acheteur. Lorsque l'acheteur est quasi public soit par l'intermédiaire du Trésor public, cette fonction est enchâssée dans la structure gouvernementale.

- *Fonction de vérification*

La vérification permet de s'assurer de l'exactitude des informations présentées dans le rapport trimestriel du prestataire. Pour le FBP, cette vérification se fait de quatre manières : la vérification de la quantité, la vérification de la qualité, la vérification communautaire par les enquêtes de satisfaction et la contre-vérification.

2.1.3 Montage institutionnel du financement basé sur la performance au Congo

Ce paragraphe est consacré à la présentation de ce qui a été le projet FBP et la manière dont il a été structuré à travers le pays.

- ❖ *Aperçu de mise en œuvre du FBP par le projet PDSS II*

Comme cela a été signifié à l'introduction du mémoire, le FBP a été implémenté au Congo par le deuxième programme de développement des services de santé (PDSS II), sous forme de projet de santé. Ce projet était le résultat d'un accord de financement entre l'État congolais et la Banque mondiale. L'enveloppe initiale était de 120 millions de \$ US repartis de la manière suivante : 100 millions de \$ US de contrepartie du gouvernement congolais et de 20 millions de \$ US de la Banque mondiale (dont 10 millions, issus du prêt de l'association internationale

de développement-IDA et les 10 autres millions issus d'un don du Fonds fiduciaire pour l'innovation des résultats en santé- HRITF).

❖ *Structuration administrative du PDSS II*

Pour garantir la réussite de la stratégie FBP par le projet PDSS II, plusieurs organes allaient être mis en place. Il s'agit du comité de pilotage, du régulateur à tous les niveaux d'échelon du ministère de la santé (chapitre 2), du prestataire (formation sanitaire), de la cellule technique FBP du PDSS II, du comité départemental de coordination et de suivi des activités, des agences (cf. fig. : 3).

Le comité national de pilotage est chargé de donner des orientations sur le FBP et de tirer des enseignements à appliquer à la politique de la santé. Il aura pour responsabilité d'approuver les plans de travail annuels du projet. Le comité départemental est chargé de la même mission que le comité de pilotage au niveau départemental.

La régulation est assurée par le ministère de la santé et de la population. En sa qualité du département ministériel en charge des questions de santé en République du Congo, il coordonne le projet PDSS II au travers de sa cellule technique (CT-FBP). Ceci étant, celle-ci est placée sous l'autorité du cabinet et bénéficie du concours technique des directions compétentes du MSP. À ce titre, le ministre de la santé et la population est responsable de l'atteinte de ses objectifs d'amélioration de l'offre, de la qualité ainsi que l'utilisation des services de santé par les populations. De même, il est responsable de la supervision prompte et efficiente, et de la mise en œuvre des activités.

La coordination quotidienne est assurée par un coordonnateur-projet (fonctionnaire). Il est à ce titre, chargé d'assurer, de façon prompte et efficiente, la mise en œuvre, la gestion et la communication des activités et des résultats du projet, y compris : les aspects fiduciaires de la mise en œuvre du projet (gestion financière et passation de marchés) du projet ; la préparation et la consolidation des rapports d'avancement périodiques, le suivi et l'évaluation des activités du projet ; la liaison avec les autres acteurs sur les aspects relatifs à la mise en œuvre du projet ; l'appui administratif aux agences d'exécution (les agences de contractualisation et de vérification et l'agence de contre-vérification externe).

L'agence de contractualisation et de vérification (ACV) est un organe non étatique (société civile-ONG). Elle accompagne et incite les prestataires à améliorer la planification des activités, la gestion des ressources, le suivi des prestations et l'utilisation des données de la structure de santé. Elle participe au renforcement de la voix de la population à travers les enquêtes communautaires de vérification et de satisfaction. Pour s'assurer de la transparence du processus de paiement, l'ACV s'occupe également de la saisie des données quantitatives et qualitatives dans l'application DIHS 2. En plus d'être une agence de gestion des contrats et de vérification.

L'agence de contre vérification externe (ACVE) fait une contre-vérification des prestations qui ont conduit au paiement de la performance. Elle vérifie à son tour le score qualité et la quantité obtenus par les formations sanitaires pour les comparer ensuite des données des autres vérificateurs, dont l'ACV. Elle effectue aussi une « contre-vérification dite légère » d'un échantillon modeste des résultats sur l'enquête communautaire afin de s'assurer que les enquêtes de satisfaction effectuées ont été bien faites. Selon le manuel FBP en vigueur au Congo, l'évaluation et la contre-vérification visent à minimiser les abus et à réduire au maximum les faux résultats et les tricheries éventuelles.

Cette mesure dissuasive est sécurisante pour les bailleurs de fonds, qui doivent s'assurer de payer des produits qui sont quantitativement et qualitativement effectivement offerts et dont la population bénéficiaire en est satisfaite.

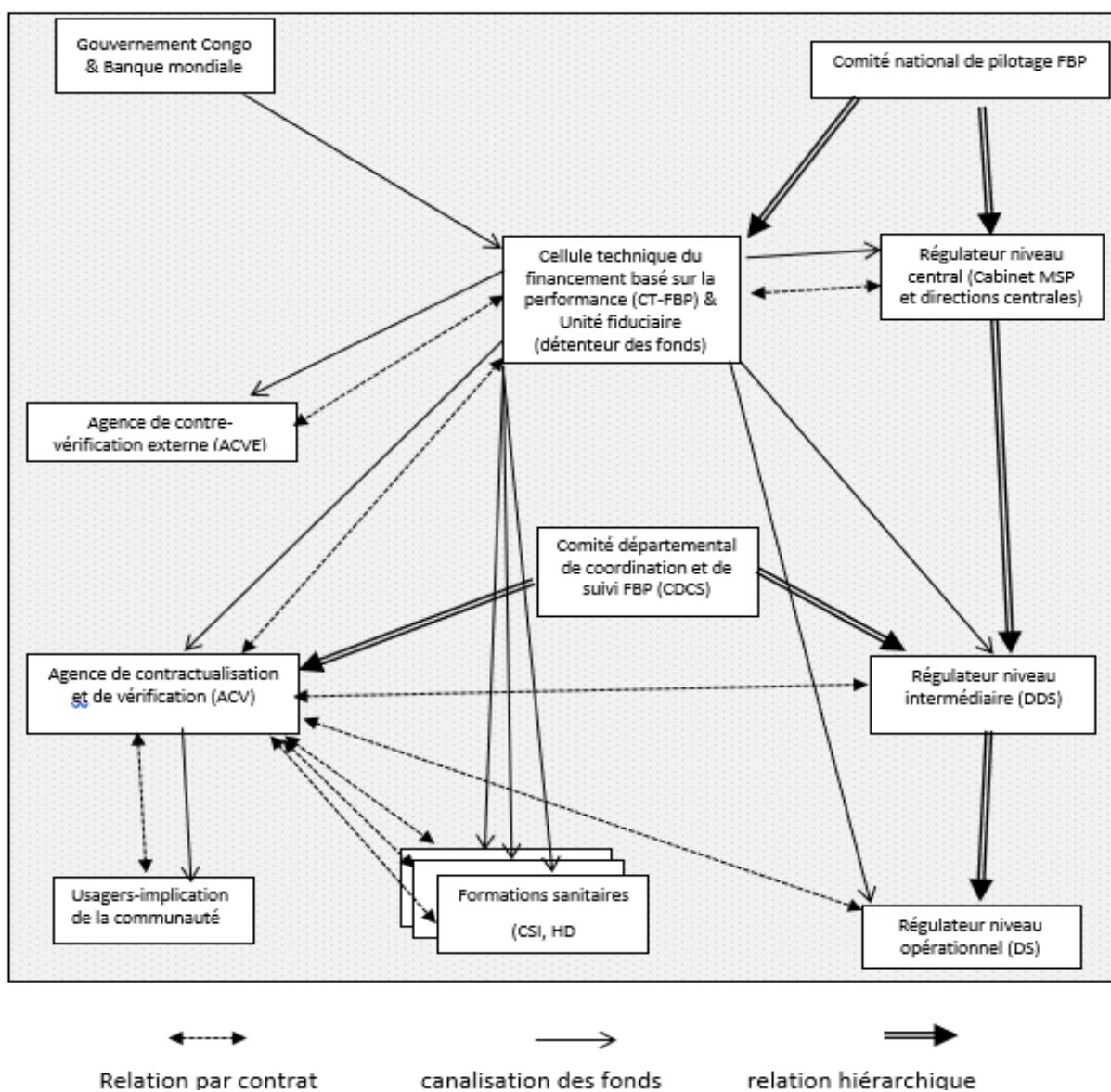


Figure 3 : Arrangements administratifs mis en œuvre dans le modèle FBP au Congo

Source : adaptation des documents projet PDSS II

2.1.4 Brève comparaison du FBP avec les initiatives internationales

Le financement basé sur la performance partage avec le concept des soins de santé primaire (SSP) d'Alma Ata des années 1970 et l'initiative de Bamako des années 1990, les mêmes objectifs sociaux visant à fournir des services de qualité tant pour les pauvres que pour les riches. Toutefois, les stratégies sont différentes, comme le montre le tableau n°1 ci-après.

Tableau 1 : Différence entre le FBP et les anciennes approches de santé

Initiatives	Conférence Alma Ata (1978)	Initiative de Bamako (1987)	FBP de 1998 vers la CSU et les ODD
Buts poursuivis	Santé pour tous	Amélioration de l'accès aux soins de qualité	Améliorer l'accès aux soins de qualité avec autant d'équité que possible
Critères privilégiés	D'abord l'équité et peu d'importance accordée à la qualité et à l'efficacité	L'efficacité et la maîtrise des coûts sont devenues plus importantes	D'abord la qualité, deuxièmement l'efficacité et troisièmement l'accès aux soins, si les ressources le permettent
Théories ?	Focus sur intérêt public et les théories de la déontologie médicale	Les théories concernant la théorie du comportement des agents sont peu claires	La théorie des choix vise à faire progresser les intérêts publics, mais également les intérêts personnels
Rôle du gouvernement	Le Gouvernement fournit des services à travers un système de planification central et hiérarchisé	Le Gouvernement fournit des services à travers un système de planification central et hiérarchisé	Le Gouvernement joue le rôle de régulateur. La séparation des fonctions vise à améliorer la gouvernance. Contractualisation et prestation sont faites par des organisations indépendantes.
Compétition	La compétition n'est pas considérée comme importante	Un certain degré de compétition pour les patients est introduit à travers des paiements directs	La compétition auprès des acteurs pour les contrats et pour l'argent public est cruciale dans le FBP
Rôle du secteur privé	Le secteur privé n'est pas considéré comme important ou peut même être perçu comme une nuisance pour la santé	Le rôle du secteur privé dans l'IB n'est pas clair	Le secteur privé est aussi important que le secteur public - on applique le principe de non-discrimination pour capter les avantages comparatifs.
Équilibre urbain rural	Les SSP sont un système qui, depuis sa conception, était orienté vers le milieu rural et peu adapté à la réalité urbaine de 2017	L'IB est également un système rural et peu adapté à la réalité urbaine de 2017	Le FBP établit également des contrats avec les structures privées et publiques dans les villes et introduit l'accréditation des structures
Définition des indicateurs	Le régulateur ne définit que vaguement les indicateurs des outputs, de la qualité et de l'équité	Le régulateur définit les paquets, mais les indicateurs ne sont pas encore SMART	Le régulateur définit des indicateurs SMART d'évaluation des outputs (25-35) et de la qualité (150) ainsi que des indicateurs d'équité
Niveau d'allocation des ressources	Il se concentre en théorie au niveau primaire, mais, en pratique, peu de financement public atteint les FOSA	Il se concentre en théorie au niveau primaire, mais, en pratique, peu de financement public atteint les FOSA	Une forte proportion de financement public concerne les FOSA primaires et les hôpitaux de première référence

*Source : extrait *sina health*, neuvième édition 2018*

À la lecture de ce tableau ci-dessus, le financement basé sur la performance est une nouvelle approche, qui s'arrimerait avec la donne du moment. Cette donne qui est en l'occurrence les objectifs du développement durable et la couverture sanitaire universelle, contrairement aux deux autres qui semblent être inadaptées.

2.2 Concept de gouvernance

Cette section est consacrée dans un premier temps à la définition de la gouvernance en général et de la gouvernance sanitaire en particulier. Elle identifie par la suite, ses indicateurs de mesure.

2.2.1 *Historicité de ce concept*

Le terme « *gouvernance* » provient du verbe grec « *kubernân* » qui signifie « *piloter un navire ou un char* ». Utilisé par Platon, ce terme était employé en français comme synonyme de « *gouvernement* » jusqu'à la fin du XVIII^e siècle (Bakkour, 2013). Dans les premières décennies d'après-guerre⁵, la doctrine keynésienne dominante a contribué à la théorisation d'une bonne gouvernance qui repose dans la qualité d'exécution des fonctions régaliennes de l'État dans sa capacité à dynamiser l'économie, à la stabiliser, à redistribuer les ressources sous une forme permettant d'atténuer les inégalités de revenus.

À la fin des années soixante-dix avec la révolution libérale, la pratique de la (bonne) gouvernance implique de revenir aux mécanismes du marché pour améliorer la fluidité et l'efficacité (Diarra & Plane, 2012). Mais, vers les années quatre-vingt-dix et d'une certaine manière la période actuelle maintenant, l'État reprend de l'épaisseur et semble redevenir, un acteur clé du développement. Poursuivant son évolution, le concept de gouvernance, en anglais « *governance* » a été remis à l'honneur dans les années quatre-vingt-dix par des économistes et politologues anglo-saxons et par certaines institutions internationales (ONU, Banque mondiale et FMI, notamment), de nouveau pour désigner « *l'art ou la manière de gouverner* », mais avec deux préoccupations supplémentaires ; d'une part, bien marquer la distinction avec le gouvernement en tant qu'institution ; d'autre part, sous un vocable peu usité et donc peu connoté, promouvoir un nouveau mode de gestion des affaires publiques fondé sur la participation de la société civile à tous les niveaux (Lacroix & St-Arnaud, 2012).

La théorie sur la gouvernance est liée avec la théorie des stakeholders ou parties prenantes (Damak Ayadi, 2003). Cette théorie de la gouvernance renvoie à un nouveau modèle d'exercice du pouvoir en société. Ce modèle fait de la gouvernance, une fonction mobilisatrice ayant pour but de rallier le plus grand nombre d'acteurs possibles. Mais aussi, et surtout, un modèle du pouvoir en réseau. Comme le soutien aussi bien, l'auteur *Paquet* en 2011, la gouvernance, c'est la coordination efficace quand pouvoir, ressources et information sont

⁵ La deuxième guerre mondiale qui a pris fin en 1945.

vastement distribués. Pour ce même auteur, la gouvernance, sont ces circuits et ces réseaux qui relient : actionnaires, sociétaires, citoyens, travailleurs, fournisseurs, clients, groupes d'intérêts, médias, élus, fonctionnaires et autorités réglementaires des divers niveaux de gouvernement, et qui amènent les divers acteurs à coordonner leurs activités de manière à assurer une performance dynamique adéquate à l'organisation privée, publique ou associative dans laquelle ils œuvrent. De son point de vue, la gouvernance vise la participation publique et la vision décentralisée du pouvoir. Toujours pour lui, souvent l'État garde le monopole sur tout et même sur la gouvernance.

Depuis, deux nouveaux usages de la notion de gouvernance ont émergé dans le monde anglo-saxon où l'on a distingué la gouvernance publique de la gouvernance d'entreprise. Dans la sphère privée, ce concept de gouvernance est apparu en premier lieu, comme un standard de comportement des dirigeants ou des membres du conseil d'administration leur permettant de se prémunir contre une mise en cause judiciaire de leurs responsabilités par les actionnaires (Eboko *et al.* 2015). Plus précisément, aux États-Unis avec les scandales financiers de plusieurs grandes firmes, que le concept de gouvernance dans l'entreprise a commencé. Les institutions internationales telles que la Banque mondiale et le Fonds monétaire international se sont intéressées au sujet dans le cadre de leurs programmes d'aide au développement (gouvernance publique). Dès lors, le concept de gouvernance n'a cessé d'influencer plusieurs domaines, dont celui de la santé, domaine qui est l'objet de la présente étude.

2.2.2 Définitions de la gouvernance

La gouvernance est un concept holistique qui s'applique à plusieurs niveaux, dans différentes situations et pour plusieurs objectifs, dans un environnement soit marqué par des conflits d'intérêts, par des situations d'incertitudes et/ou d'asymétrie d'information. Il n'existe pas une définition stricte et définitive du concept de gouvernance (Bakkour, 2013). Il paraît évident qu'il y a autant de domaines que de type de gouvernance de l'entreprise (secteur privé) ; au secteur public (la territorialité, l'urbanisation ...) ; en passant par l'environnement, la gouvernance mondiale ou encore l'e-gouvernance, ce qui n'est pas de nature à faciliter l'établissement d'une définition unique. Toutefois, dans le cadre de cette étude, nous avons recensé quelques définitions proposées par les institutions internationales dans leurs sites Web respectifs et quelques auteurs.

C'est ainsi, pour le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) la gouvernance comprend : « *les mécanismes et procédures dont disposent les citoyens et groupes pour articuler leurs intérêts, régler leurs différends par la médiation, exercer leurs droits et obligations reconnus par la loi* » (June *et al.* 2008). Il s'agit des règles, institutions et pratiques qui fixent les particuliers, organisation et entreprises à agir. De cette définition des Nations unies, quelques auteurs renvoient la notion de gouvernance dans le sens de favoriser

l'insertion des acteurs privés dans les réseaux du pouvoir. Ils partagent l'avis selon lequel, « minimiser le rôle de l'État » pour faire valoir le rôle de la société civile et pour encourager le développement du secteur privé. Concernant l'insertion de secteur privé, un accent est mis sur la participation des groupes citoyens et de la société civile dans les processus de décision (Létourneau, 2009).

Selon Kaufmann & Kraay (2007), deux économistes de la Banque mondiale (BM), la gouvernance ce sont : « *les traditions et les institutions par lesquelles l'autorité est exercée pour le bien commun, incluant le processus par lequel les autorités sont choisies, surveillées et remplacées ; la capacité du gouvernement à diriger efficacement ses ressources et à implanter les bonnes politiques ; le respect des citoyens et l'État pour les institutions qui gouvernent les interactions économiques et sociales entre eux* ». Ici, les auteurs plaident pour un rôle proactif de l'État qui se serait trop retiré dans la foulée lors de la troisième voie britannique (marquée par les années Thatcher).

Quant à l'Organisation de coopération et développement économique (OCDE), reprenant la définition de la Banque mondiale, la gouvernance est l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans le cadre de la gestion des affaires d'un pays à tous les niveaux (Lacroix & St-Arnaud, 2012). Pour elle, la gouvernance est une notion objective qui comprend les mécanismes, les processus, les relations et les institutions complexes au moyen desquels les citoyens et les groupes articulent leurs intérêts, exerce leurs droits et assume leurs obligations et auxquels ils s'adressent afin de régler leurs différends. Ici, plusieurs auteurs soulignent, l'intérêt d'appliquer dans le secteur public une gestion similaire à ce qui est fait dans le secteur privé (entreprises), ceci du fait de la critique de la bureaucratie (pouvoir des fonctionnaires et inefficacité des politiques et programmes publics). Ces auteurs assimilent la gouvernance à l'approche managériale prônée par le *New Public Management* (nouveau management public). Pour ces auteurs, vu sous cet angle, la gouvernance prône une meilleure organisation, de meilleurs contrôles et de meilleurs résultats. L'idéologie managériale de la gouvernance va de pair avec la théorie du néo-libéralisme (d'attacher un fort intérêt pour le marché). Certains auteurs dénoncent l'immixtion du privé, et plaident tout au contraire pour un retour en grâce de l'État qui doit prendre avec un grand sérieux ses responsabilités. D'autres auteurs estiment que pour qu'il y ait gouvernance, il faut une coexistence des partenariats entre le public et le privé. En quelque sorte, qu'il faut une évolution du principe de subsidiarité de l'État, laquelle ne doit plus se limiter qu'avec les services publics, mais s'étendre aussi avec le secteur privé (Dortier, 2013).

Pour la Commission européenne (CE), la gouvernance est l'ensemble : « *des règles, des processus et des comportements qui influent sur l'exercice du pouvoir dans son espace (au niveau européen), particulièrement du point de vue de l'ouverture, de la participation, de la responsabilité, de l'efficacité et de la cohérence* ». En dépit de son caractère large et ouvert, la

gouvernance est un élément clé des politiques et des réformes en faveur de la réduction de la pauvreté, de la démocratisation et de la sécurité mondiale (Bertrand, 2014).

Selon le Fonds monétaire international (FMI), la gouvernance est une notion vaste qui couvre tous les aspects de la conduite des affaires publiques, y compris les politiques économiques et le cadre réglementaire (FMI, 2018). Ces définitions ont toutes, une finalité d'application ou d'évaluation dans le cadre de projet concret étant mis en œuvre ou devant être mis en œuvre au sein des différentes sociétés d'appartenances. Plusieurs organisations telles que l'OCDE s'ajoutent la notion de « *bonne gouvernance* » qui renvoie à une prescription normative (Lacroix & St-Arnaud, 2012).

Dans le domaine de la santé, l'OMS assimile ce concept de gouvernance à celui de la direction. D'après l'organisation, le mot correspondant en anglais « *stewardship* » est difficile à traduire. C'est ainsi que même en allemand, le terme anglais est conservé comme tel. En conséquence, bien que la gouvernance et la fonction de direction ne soient pas deux notions identiques, dans le domaine de la santé, ces deux termes sont souvent considérés comme des synonymes (OMS, 2008). La gouvernance concerne les institutions, actions et moyens adoptés par la société pour promouvoir et protéger la santé de la population. La qualité de la santé requiert l'existence de normes, d'information, d'incitations et de responsabilisation pour optimiser la performance du système sanitaire (Remme *et al.* 2012). Ce qui nous renvoie à la définition de (Bakkour, 2013), qui dans son essai propose un aperçu d'une définition au concept de gouvernance, qui nous paraît approprié dans le cadre de la présente étude. Pour l'auteure : « *la gouvernance d'un système désigne les mécanismes au moyen desquels les mandataires et les mandants articulent leurs intérêts et aplanissent leurs différences afin de réaliser leurs objectifs* ».

C'est ainsi et étant donné que notre étude tourne autour des formations sanitaires qui sont entre autres, les hôpitaux et les centres de santé, nous voulons définir ce qu'est l'hôpital ? Poursuivant la réflexion sur le système Karemere *et al.* (2013) identifient l'hôpital comme : « *un système adaptatif et complexe avec pouvoir diffus et un travail en son sein sur la connaissance de plusieurs acteurs ayant des objectifs et des intérêts multiples et parfois divergents, nécessitant d'être coordonnés, au travers d'un leadership, qui valorise les compétences diverses et facilite un management stratégique capable de gérer le changement* ». Pour ces auteurs, l'hôpital est un système susceptible d'apprendre à partir de ses propres expériences et de s'adapter à son environnement, une évolution des arrangements institutionnels visant la satisfaction des besoins et des attentes de la communauté. Toujours selon les mêmes auteurs, le type de gouvernance à appliquer dans un hôpital doit être une gouvernance adaptative qui recherche un équilibre dynamique entre l'adaptation à l'environnement, l'atteinte des buts, le maintien des valeurs et la production des soins par l'hôpital. C'est cet équilibre dynamique qui va déterminer le maintien ou le développement des hôpitaux et donc leur performance, qui est en réalité un construit

multidimensionnel. Pour cette étude, il est question de la gouvernance du système de santé, principalement de la gouvernance des formations sanitaires (hôpitaux de premières et deuxièmes lignes de soins).

Une fois tentés de définir la gouvernance ainsi, nous ne sommes toujours pas au bout de nos difficultés (peines). Au final, la gouvernance est donc un construit auquel nous faisons appel en de multiples lieux dans le but de régler en société des problèmes en l'occurrence ceux liés à la santé des populations (l'objet de cette étude). En dépit des toutes ces théories sur la gouvernance, son évaluation permet d'avoir des informations sur les actions des pays que ces institutions internationales financent (Favre *et al.* 2007). C'est dans cette optique que s'aligne le paragraphe qui suit.

2.2.3 Indicateurs de mesures de la gouvernance

Les institutions internationales telles que la Banque mondiale, l'OCDE et le PNUD proposent quelques indicateurs pour mesurer la gouvernance d'un pays. Ces indicateurs vont être repris pour la plupart par un certain nombre d'auteurs pour évaluer la gouvernance de système de santé.

Pour la Banque mondiale (Kraay *et al.* 2010), six éléments permettent de mesurer la gouvernance d'un pays : *l'expression et la responsabilité* qui inclut la liberté de la presse. Il mesure la liberté des citoyens dans le choix de leur gouvernement, et la liberté de s'exprimer et de se relier, ainsi que le degré de la transparence ; *la stabilité politique et la violence* mesure la possibilité d'un gouvernement d'être endommagé par la violence. Il embrasse des critères différents tels que les protestations violentes, les conflits armés, les troubles sociaux, et les tensions internationales ; *l'efficacité du gouvernement* englobe la qualité des processus d'élaboration des politiques et de leur application. Aussi, il évalue la qualité des services publics offerts aux citoyens et la liberté de l'administration à faire des interventions politiques ; *la qualité de la réglementation* évalue l'ampleur de la relation entre le développement du secteur privé et les politiques gouvernementales. C'est la capacité du gouvernement à formuler et rendre effectifs des politiques saines et des règlements qui permettent et encouragent le développement du secteur privé ; *la primauté du droit* appelée aussi État de droit, mesure le degré de la confiance donné aux tribunaux et aux autorités de surveillance et de protection, aussi bien que le degré de mise en application des règlements. La primauté du droit signifie que toutes les personnes sont soumises au droit et elle organise les relations entre les citoyens, l'État et les institutions gouvernementales ; et *la lutte contre la corruption* mesure l'ampleur à laquelle les fonctionnaires publics sont impliqués dans des actions de corruption, de concussion, de fraude ou de malhonnêteté (exemple, les pots-de-vin). Il mesure aussi le degré d'intervention et d'influence du secteur privé sur l'administration publique.

Dans l'ouvrage sur la gouvernance pour un développement durable, les Nations unies (PNUD, 1997) déterminent neuf indicateurs nécessaires pour mesurer la gouvernance, il s'agit de : la participation des citoyens, la primauté du droit, la transparence, la satisfaction des citoyens, la concordance des intérêts, l'égalité surtout pour les opportunités, l'efficacité, l'existence d'un système de punition, de comptabilité et de vision stratégique pour favoriser la croissance de la société. Ces indicateurs viennent compléter ceux proposés par la Banque mondiale, plus haut.

Dans le cadre de cette étude, les éléments de mesure de la bonne gouvernance des Nations unies suivants, repris par l'OCDE seront utilisés : *l'obligation de rendre compte*, les administrations publiques sont capables et désireuses de montrer en quoi leur action et leurs décisions sont conformes à des objectifs précis et convenus ; la *transparence*, l'action, les décisions et la prise de décision des administrations publiques sont, dans une société civile et parfois d'institutions et d'autorités extérieures ; *l'efficience et l'efficacité*, les administrations publiques s'attachent à une production de qualité, notamment dans les services rendus aux citoyens, et veillent à ce que leurs prestations répondent à l'intention des responsables de l'action publique ; la *réceptivité*, les autorités publiques ont les moyens et la flexibilité voulus pour répondre rapidement à l'évolution de la société, tiennent compte des attentes de la société civile lorsqu'elles définissent l'intérêt général et elles sont prêtes à faire l'examen critique du rôle de l'État ; la *prospectivité*, les autorités publiques sont en mesure d'anticiper les problèmes qui se poseront à partir des données disponibles et des tendances observées, ainsi que d'élaborer des politiques qui tiennent compte de l'évolution des coûts et des changements prévisibles (démographiques, économiques, environnementaux, par exemple) ; et la *primauté du droit*, les autorités publiques font appliquer les lois, la réglementation et les codes en toute égalité et en toute transparence.

2.2.4 Combinaison des éléments mesures de la gouvernance et ceux du FBP

Nous avons identifié deux variables, qui sont issues des éléments théoriques largement développés au chapitre premier de cette étude. Il s'agit de la gouvernance des formations sanitaires dite variable dépendante et du financement basé sur la performance, la variable indépendante (cf. figure n°4). La figure n° 4 est une synthèse les éléments de mesures de la gouvernance et les éléments du financement basé sur la performance.

Selon Contandriopoulos (2008) la formation sanitaire ou l'hôpital est un système complexe qu'il qualifie de « *construit multidimensionnel* ». Un construit multidimensionnel par le fait de croyances, de connaissances, de responsabilités, d'intérêts et de projets de ceux qui le forment. Ainsi, trouver un cadre de mesure de la gouvernance dans les formations sanitaires, reste et demeure une tâche ardue. Toutefois, en se référant aux théories développées jusqu'ici autour du FBP et surtout en se basant sur le principe de séparation de fonctions entre parties prenantes, nous avons détecté une combinaison éléments de mesure de la gouvernance dans ce principe du FBP. Cette combinaison est illustrée par la figure n°5 qui est

une adaptation des éléments de mesures de la gouvernance de l’OCDE, testés avec succès lors des études en République centrafricaine (Remme et al. 2012), au Burundi (Peerenboom *et al.* 2014) et en République Démocratique du Congo (Peerenboom *et al.* 2015).

En introduction de ce mémoire, il a été signalé que nous voulons en effet, tester les conclusions de ces auteurs cités ci-dessus. Il est question ici de contextualiser ces études sur l’expérience du Congo. Aussi et en guise de rappel, cette étude ne s’inscrit pas sur le débat du contre et du pour le FBP, effleuré à l’introduction de ce mémoire. Notre objectif est d’analyser l’apport de cette approche de financement récemment mise en œuvre au Congo.

Selon Fritsche et al (2014), dans le domaine de la santé, la bonne gouvernance allie certains principes complémentaires liant l’État, les prestataires et les citoyens/les usagers tels que la participation, l’équité et l’inclusion, la disponibilité de données exploitables et l’éthique. D’après les concepteurs du FBP, cette approche s’inscrit logiquement dans ce cadre illustré dans la figure n° 5.

Pour cette étude, l’acheteur est représenté par la CT-FBP du deuxième programme de développement des services de santé (PDSS II) au centre de la figure ; l’État ou le régulateur est représenté par le ministère de la santé ; le prestataire est représenté par les formations sanitaires ; et l’usager est représenté par la population qui bénéficie de service desdites formations sanitaires.

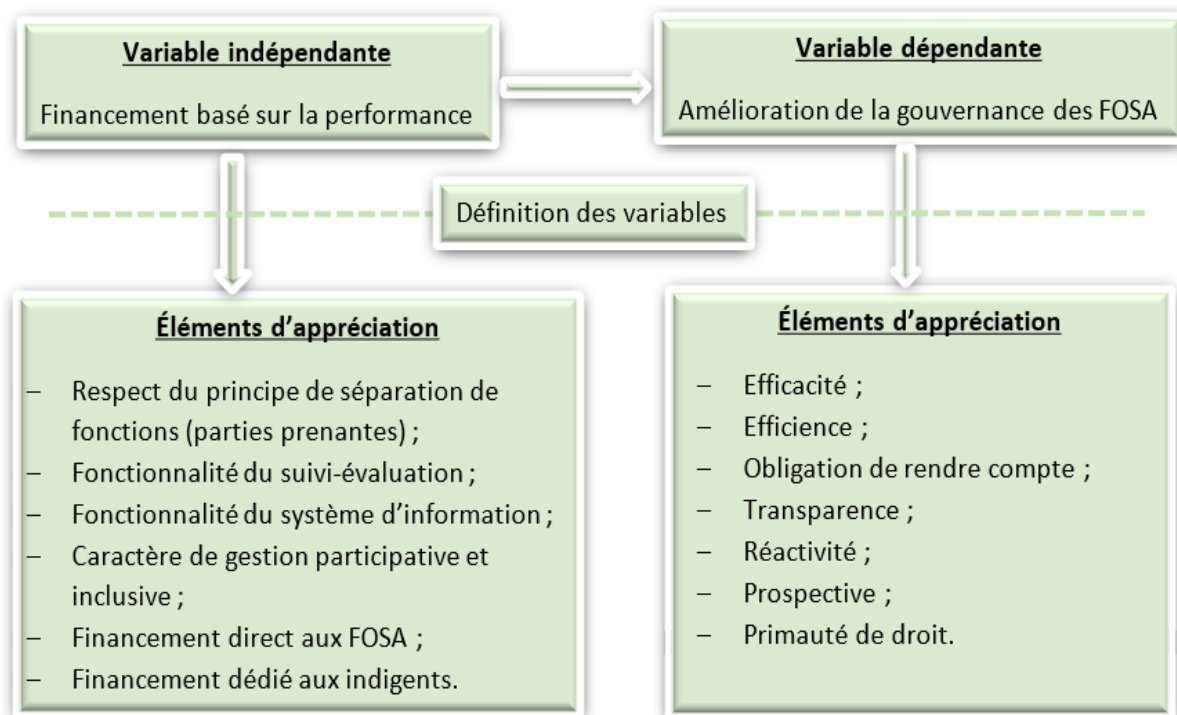


Figure 4 : Synthèse des éléments théoriques

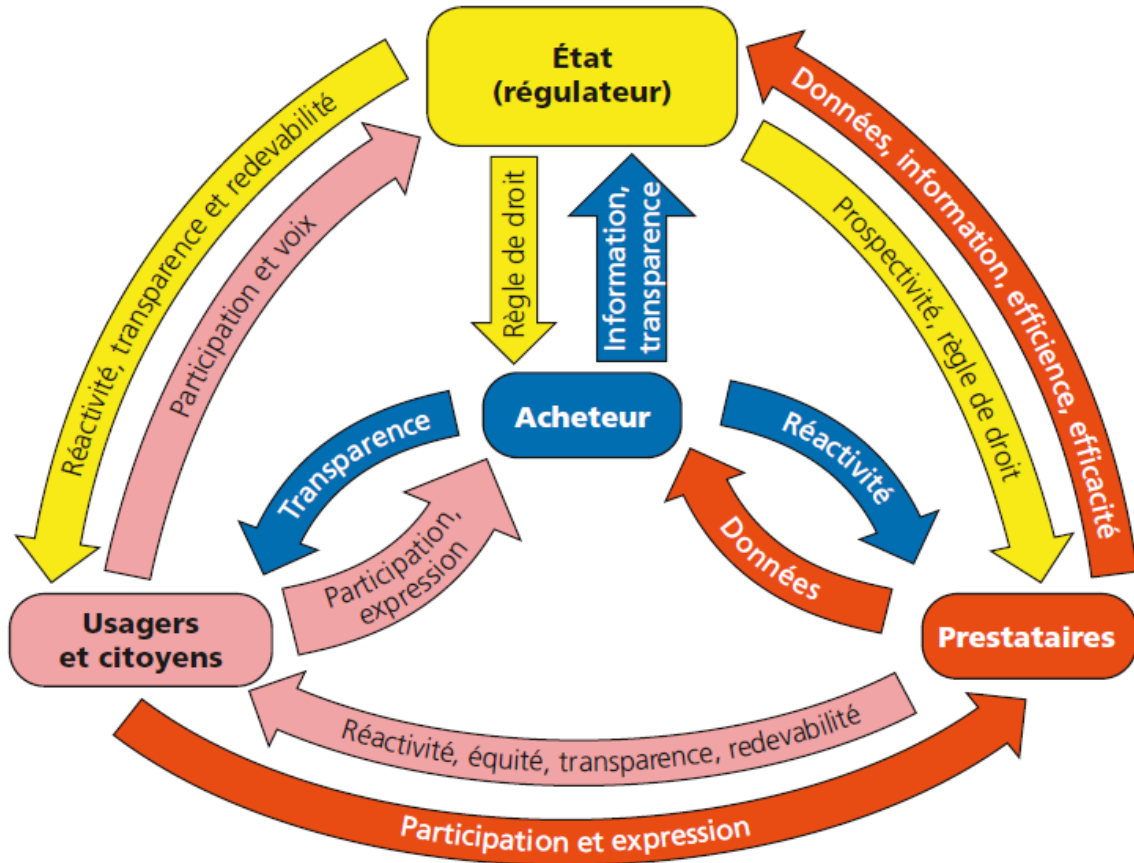


Figure 5 : Relations entre parties prenantes dans le FBP

source : adaptation Fritsche, et al. (2014)

Pour opérationnaliser cette étude, nous allons apprécier l'application ou l'observation des six (06) éléments de l'OCDE adaptés à la gouvernance dans les formations sanitaires. Il s'agit, notamment, de : – **l'efficacité**, le constat et l'appréciation de l'efficacité d'un programme public s'effectuent en fonction d'une comparaison entre valeurs cibles (objectifs) définies dans le plan administratif et les effets réellement induits auprès des groupes concernés par le programme -effets en rapport avec les objectifs du programme et la résolution réelle du problème (Bussmann et al. 1998). Dans le cadre de ce travail, l'efficacité va être mesurée par (i) l'évolution de l'utilisation des services clés et (ii) des scores de la qualité, car la qualité fait référence au niveau d'atteinte des objectifs sanitaires, tels que l'accès aux soins, l'équité et la qualité des soins mais surtout, observer la variation du taux de mortalité néonatale et infanto-maternelle surtout ; – **l'efficience**, elle se mesure en rapport avec les objectifs ou avec les effets. La question qu'on se pose est que si l'on pouvait atteindre les mêmes effets avec moins de ressources, ou l'on pouvait assurer un meilleur degré de réalisation des objectifs avec les mêmes ressources. C'est ainsi que deux méthodes peuvent permettre une analyse de l'efficience : i) les analyses coût-bénéfice : elles quantifient et monétarisent les coûts (matériels et immatériels) et les effets (= bénéfices) ; par la suite, les comparer les uns aux autres. À dire vrai, la monétarisation de l'utilité pose souvent des problèmes épineux aux

chercheuses et aux chercheurs ; ii) l'analyse *coût-effectivité* compare différentes mesures applicables pour atteindre un effet déterminé (Knoepfel *et al.* 2006). Sur ce dernier aspect, l'efficacité d'un programme public ne devient pertinente que si le degré d'efficacité a déjà été constaté empiriquement. Aussi, comme notre étude s'apparente à une analyse évaluative, le critère appliqué à l'efficacité ne saurait donc être confondu avec le concept de « *rationalité managériale* », qui lui se réfère généralement au rapport entre les outputs et les ressources investies (= efficacité en rapport avec les outputs). Dans le cadre de cette étude, nous allons mesurer l'efficacité que si premièrement, le programme FBP du PDSS II a été efficace et que si deuxièmement, les ressources matérielles et immatérielles nécessaires à sa mise en œuvre sont investies de manière optimale ; – **l'obligation de rendre compte ou la redevabilité ou la reddition des comptes** de son action, concerne tous les acteurs clés qui constituent le triangle de responsable (régulateur, prestataire, acheteur, vérificateur). Ce critère est mesuré par la mise en place de différentes modalités et mécanismes de rendre compte (nombre de rapports transmis, réunions tenues ...) ; – la **transparence** de l'action et du processus décisionnel est sous-entendue par des échanges ouverts et réguliers d'informations entre les parties prenantes. Ici, il y a lieu aussi de constater l'efficacité de la participation communautaire (la voix de la communauté lors des activités d'enquête de satisfaction de la population, la collaboration lors de l'élaboration des plans d'action et dans le processus décisionnel au niveau du district sanitaire voire au niveau national) ; – la **réactivité**, celle-ci tient compte de la capacité des acteurs à répondre aux attentes et besoins sanitaires de la population ; – la **prospectivité** qui signifie la capacité de prévoir pour le futur. Dans ce domaine complexe qui est celui de la santé, la prospectivité se matérialise par des plans opérationnels et pluriannuels, lesquels s'appuient sur une base des données financières et sanitaires fiable ; – Enfin, la **primauté du droit**, elle se constate par la force de la loi et son application sans impartialité. Car il ne peut exister de la bonne gouvernance sans un cadre juridique juste et appliqué en toute impartialité.

En résumé, ce chapitre a passé en revue quelques définitions de la gouvernance et la description du modèle FBP au Congo. Il est proposé au terme de ce chapitre, un cadre opératoire sur lequel se base la suite de notre analyse. Ce chapitre qui s'achève annonce le prochain, qui est dédié à la méthodologie et à la présentation des résultats.

3. Méthodologie utilisée et présentation des résultats de l'étude

Après une brève présentation du contexte sanitaire du Congolais au premier chapitre et un aperçu définitionnel des deux variables de cette étude au deuxième chapitre, ce troisième chapitre qui est la suite des deux précédents, présente le cadre méthodologique et quelques résultats de la mise en œuvre du FBP dans le système de santé.

3.1 Cadre méthodologique

Cette section présente la démarche entreprise dans le cadre de cette étude pour obtenir les résultats. Elle présente le terrain de l'enquête, le schéma ou la nature de l'étude. Mais aussi, elle décrit l'échantillonnage, la collecte des données et les méthodes d'analyse des données.

3.1.1 Terrain de l'enquête

L'enquête a été réalisée au Ministère de la Santé et de la Population du Congo, plus précisément à sa Cellule technique FBP qui joue le rôle de l'Unité de coordination du deuxième Programme de développement des services de santé (PDSS II). Cette cellule met en œuvre le FBP dans sept de douze départements que compte le Congo (Bouenza, Brazzaville, Cuvette, Niari, Plateau, Pointe-Noire, Pool), représentant ainsi 86% de la population totale.

Lancé le 17 février 2015, le PDSS II à travers le FBP, avait pour objectif d'augmenter le taux d'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans les zones ciblées et améliorer leur qualité. Les bénéficiaires directs ont été les femmes en âge de procréer et les enfants. Les bénéficiaires indirects restent toutes les populations des zones ciblées.

3.1.2 Stratégie de recherche

Il s'agit d'une étude de cas de l'approche FBP mise en œuvre par le projet PDSS II. Durant notre formation à l'université Senghor, nous avons commencé par recenser des écrits afin de définir les concepts et d'élaborer un cadre théorique. Aussi, dans le même cadre de formation à l'université Senghor, nous avons bénéficié d'un stage des 10 semaines en République du Congo. Ce stage s'est déroulé à la cellule technique CT - FBP du projet PDSSII (ministère de la santé et de la population).

Une fois à la CT-FBP du projet PDSS II (lors du stage), nous avons exploité après autorisation de son coordonnateur, la base de données FBP dudit projet. Il sied de signaler que cette base de données est accessible en ligne, consultable gratuitement, pour les données génériques et sur autorisation expresse du coordinateur de la CT-FBP pour les données plus spécifiques.

Les données de différentes natures y sont disponibles. Ces données ont été recueillies lors des évaluations faites par les équipes mixtes composées des représentants des ACV et du régulateur (ministère de la santé et de la population) ; celles des conclusions des enquêtes de

satisfactions réalisées par les associations locales (ASLO) avec la collaboration des ACV auprès de populations bénéficiaires des retombées du FBP.

Ce qu'il faut relever ici, toutes ces données ont été validées par les instances habilitées telles que le comité départemental de coordination et de suivi des activités du FBP. Elles ont été confrontées à la contre-vérification de l'ACVE et des audits internes et externes.

Quant à nous, il ne s'agissait pas seulement de faire une visualisation de ces données se trouvant sur le portail Web, mais aussi, et surtout de les compléter par des différents commentaires et recommandations émis par les enquêteurs et évaluateurs contenus données des fiches d'enquêtes et d'évaluations primaires afin de mieux cerner à apprécier la gouvernance des formations sanitaires.

En résumé, il s'agit ici, d'une étude évaluative basée essentiellement sur des données secondaires de 214 FOSA. L'analyse de ces données a été complétée par quelques entretiens avec les représentants des acteurs du FBP, cités ci-dessus.

3.1.3 Échantillonnage

Plusieurs auteurs (Kluwin & Morris, 2006; Sales *et al.* 2006) affirment que l'analyse de données secondaires permet de recourir à des échantillons de grande taille, qui seraient pratiquement impossible à constituer par un évaluateur seul ou même une équipe d'évaluateurs, dans une période de temps relativement courte comme tel a été le cas chez nous (10 semaines de stage). L'avantage de l'analyse secondaire est qu'elle offre la possibilité de réaliser des analyses longitudinales et de croiser des données. Ces opérations seraient très difficilement réalisables dans le cadre d'une collecte de données primaires.

Comme nous l'avons mentionné dans la stratégie de recherche ci-dessus, notre analyse se base essentiellement sur les données secondaires. Ces données secondaires sont en quantité suffisante de la période allant du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2018, car durant cette période le PDSS II a conclu des contrats avec : 214 formations sanitaires publiques, confessionnelles et privées, CS et HB : soient ; 21 districts sanitaires ; 7 directions départementales de la santé ; 3 directions centrales ; 4 agences de vérification et de contractualisation, une Agence de contre-vérification et 88 Associations locales (ASLO).

Nul n'est point besoin de faire un échantillon pour cette étude comporte. En effet la totalité des formations sanitaires dans sept des douze départements que compte le Congo (Bouenza, Brazzaville, Cuvette, Niari, Plateau, Pointe-Noire, Pool) soit 214 formations sanitaires sous FBP. Car, nous avons opté pour analyse évaluative basée essentiellement sur des données secondaires (ADS). Nous notons avec satisfaction avoir accédé à peu ou presque pas de frais à des données. Ce qui a permis de faire des opérations d'évaluation plus rapidement puisque les données y étaient disponibles à la CT-FBP du PDSS II. De même, l'économie de temps a été

réalisée. Cette méthode d'analyse a permis de recourir à des échantillons de grande taille. Une étude couvrant la totalité des données de formations.

3.1.4 *Collecte des données*

La collecte de données a été principalement documentaire. Les rapports et les données publiées disponibles sur le portail Web : www.fbp-msp.org ont été exploitées. Ce portail Web héberge les données du système national d'information sanitaire (SNIS), issues de la mise en œuvre du FBP par le PDSS II. La Bibliothèque de l'université Senghor et parfois, l'utilisation de l'internet ont été mises aussi à profit.

Avant notre admission à l'université Senghor, nous avons été responsable de l'administration et des finances de l'inspection générale de la santé. Nous sommes (personnel administratif de santé et) actifs. Cet aspect non négligeable, a été un atout majeur pour obtenir des rendez-vous d'entretiens. A cet effet, nous avons contacté quelques personnes et responsables réceptifs pour la réalisation des entretiens. Les critères de leur participation aux entretiens étaient non contraignants, libre à la personne contactée de nous recevoir ou non. Il s'agit d'un choix non probabiliste et donc, raisonné. Ces personnes contactées ont été catégorisées en trois groupes : l'équipe projet (acheteur), les ACV (vérificateur), les MSP (régulateur) et les agents des centres de santé (prestataire).

Pour la régulation, nous avons approché cinq (05) responsables représentants cinq directions centrales y compris l'inspection, notre administration d'origine. Quant aux représentants des prestataires c'est-à-dire les FOSA, toujours de manière libre, nous avons contacté un chef du personnel d'un hôpital de district, un médecin chef de chirurgie d'un autre hôpital de district, une sage-femme d'un centre de santé intégré, toutes ces FOSA sont de Brazzaville.

Au niveau de l'équipe projet ou de la CT-FBP et étant donné que c'était notre lieu de stage, naturellement, nous avons profité de notre présence pour réaliser grâce à la collaboration de l'ensemble de l'équipe projet (responsables, experts FPB à demeure) pour leurs perceptions de la mise en œuvre du FBP en général et de son influence sur la gouvernance des formations sanitaires en particulier. Nous avons eu des entretiens avec l'ensemble des experts du FBP (consultants internationaux et nationaux à la CT-FBP), les responsables de cette cellule. Pour les ACV, deux (02) responsables (Brazzaville et Niari) sur quatre ACV, ont accepté de partager leurs expériences avec nous. Ces deux responsables des ACV Brazzaville et Niari, étaient de passage à la CT-FBP dans la période de notre stage. Tous ces riches entretiens, nous ont permis de recueillir un maximum d'informations utiles sur la mise en œuvre du FBP. Ils nous ont permis aussi, de confronter ou de croiser ces informations avec les données secondaires mis à disposition. Cet ensemble de techniques d'investigation, a permis la réalisation de notre analyse.

3.1.5 Méthodes d'analyse des données

Notre stratégie d'analyse s'est déclinée en trois étapes. Dans un premier temps, nous nous sommes familiarisés avec les données à exploiter. Dans un second temps, nous avons réorganisé les données afin d'en trier celles jugées non pertinentes pour la suite de notre étude. Enfin, nous avons transféré les données du portail Web à l'application dénommée *District Health Information System* (DHIS 2).

Par la suite, nous avons utilisé l'application DHIS 2 pour le traitement des données secondaires (groupage des données de même nature par rapport au même type des FOSA) et le logiciel Excel pour les graphiques.

Quant aux données des entretiens ont été traitées à l'aide d'une analyse descriptive et du contenu afin d'établir un rapprochement des deux variables définies à savoir la variable indépendante (le FBP dans les FOSA) et la variable dépendante (l'amélioration de la gouvernance FOSA). En plus, elles ont permis d'effectuer le croisement des avis des uns et des autres afin de mieux affiner l'analyse. Dans le cadre de cette étude, des verbatim ont été utilisés.

3.1.6 Apport du stage

Le stage à la Cellule technique FBP du programme de développement des services de santé a été très bénéfique. Dans le sens où ce stage a permis d'acquérir de nouvelles informations sur le financement de la santé notamment le FBP. Cette approche qui est d'ailleurs en plein essor comme nouveau paradigme de financement de la santé en Afrique. Cette approche de FBP mise en œuvre à travers le projet PDSS II, est le fruit d'un cofinancement Banque mondiale et gouvernement congolais, après plusieurs négociations.

Notre présence à la CT-FBP, nous a permis de comprendre la méthode de demande de décaissement de fonds. À cet effet, les pratiques de gestion au niveau de la CT-FBP sont celles acceptées par la Banque mondiale. Ceci étant, professionnellement, nous avons été bénéficiaire d'une expérience de gestion de projet utilisant le modèle de gestion des institutions internationales. Ce passage à la CT-FBP (unité de coordination du PDSS II) a donné l'occasion de comprendre quelles ont été les étapes de la mise en œuvre du FBP au Congo, le fonctionnement de la vérification (prestations en quantité et en qualité) et de la contractualisation (les ACV et l'ACVE).

Pendant plus de dix semaines passées à la CT-FBP et à Brazzaville (ville capitale de la République du Congo), les données (quantitatives et qualitatives) relativement nécessaires à la rédaction de notre mémoire ont été collectées. De même, comme nous l'avons évoqué plus haut, étant présents à Brazzaville, nous avons eu le privilège de réaliser des entrevues très riches avec les responsables et experts de la Cellule technique du financement basé sur la performance, les cadres du ministère de la santé et de la population (la régulation) et les

responsables des ACV Brazzaville et Niari, et avec quelques agents évoluant au niveau du prestataire (Brazzaville).

3.1.7 *Limites de la méthodologie*

Il serait souhaitable de faire une triangulation des données de la CT-FBP avec celles de toutes les autres parties prenantes, surtout celles issues des entrevues avec les responsables des FOSA et les élus locaux, et voire celles issues d'une observation sur le terrain. Faute des ressources surtout financières, nous n'avons pas fait ce dont nous espérions.

En plus, à notre arrivé à la CT-FBP, le projet PDSS II a été notifié de sa clôture, qualifiée d'anticipée ou de prématurée. Prématurée parce que sa durée de vie courait jusqu'en 2019. La principale cause parmi tant d'autres de cette clôture, serait d'ordre économique-financier les difficultés financières que traversent le pays. D'après un expert FBP interrogé, la situation était prévisible au regard des retards observés dans la mise en œuvre du projet.

«... depuis le deuxième trimestre 2017 l'agenda du projet connaît des retards dans son exécution avec les conséquences d'un éventuel retour en arrière pour les formations sanitaires sous contrat FBP c'est-à-dire la non-pérennité des acquis ».

C'est pour cette raison que, nous avons recouru aux données secondaires comme indiqué plus haut. Cependant, cette méthode d'ADS malgré ces avantages, elle comporte aussi ses limites. Parmi ces limites, le risque pour le chercheur de tomber dans la facilité, d'un manque de créativité afin de nuancer avec d'autres formes analyses (Kluwin & Morris, 2006). Aussi, la contrainte la plus importante, est celle de la « *qualité* » et à la « *pertinence* » de ces données secondaires ; ceci parce que, l'objectif poursuivi par la présente étude est souvent différent de celui poursuivi lors de la collecte des données primaires. Notre défi a été d'extraire les fiches d'évaluation, car ces dernières étaient entassées par lots dans les locaux d'archivage afin de repérer quelques informations capitales.

À cela s'ajoute une autre contrainte, celle concernant la gestion des données manquantes. Ce qui a justifié le recours à quelques entretiens, qui s'est révélé par la suite, moins représentatifs (manque des avis des directeurs de FOSA et des élus locaux).

Nonobstant ces limites, l'ADS et les quelques entrevues réalisées ont permis dans la mesure du possible d'apprécier si oui les formations sanitaires au Congo ont enregistré une amélioration de la gouvernance. Sur ce, nous abordons dans la suite, la section résultats.

3.2 Présentation des résultats

Cette section présente quelques indicateurs du FBP, leurs analyses par indicateurs de mesure de la gouvernance. Dans le cadre du PDSS II, les indicateurs FBP sont des prestations fournies au niveau des formations et achetées par la CT-FBP. Ces indicateurs de performance en FBP sont des deux ordres : les indicateurs de la qualité et les indicateurs des quantités.

3.2.1 Évolution des indicateurs de la qualité

Quinze (15) indicateurs de la qualité dans les FOSA ont été retenus par le ministère de la santé pendant la phase de préparation du projet.

Ils sont : l'organisation générale ; le plan de management ; la finance ; le comité des indigents ; l'hygiène et stérilisation ; les consultations externes ; le planning familial ; le laboratoire ; les services d'hospitalisation ; les médicaments et autres consommables ; les médicaments traceurs ; le service gynéco-obstétrique ; le programme élargi de la vaccination (PEV) ; la consultation prénatale (CPN) ; la chirurgie ; et enfin le Sida/la tuberculose (VIH/TB).

Il sied de signaler que les données ci-dessous utilisées sont issues de la base de données FBP du projet PDSS II.

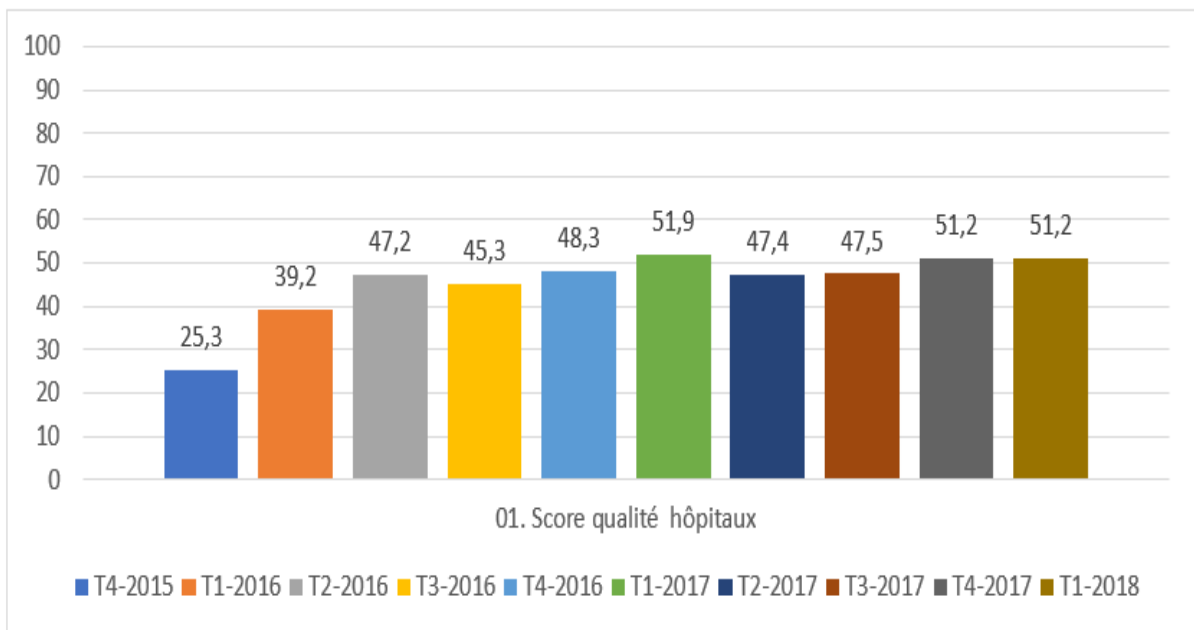


Figure 6 : Évolution de la qualité dans les hôpitaux de base du T4-2015 au T1-2018

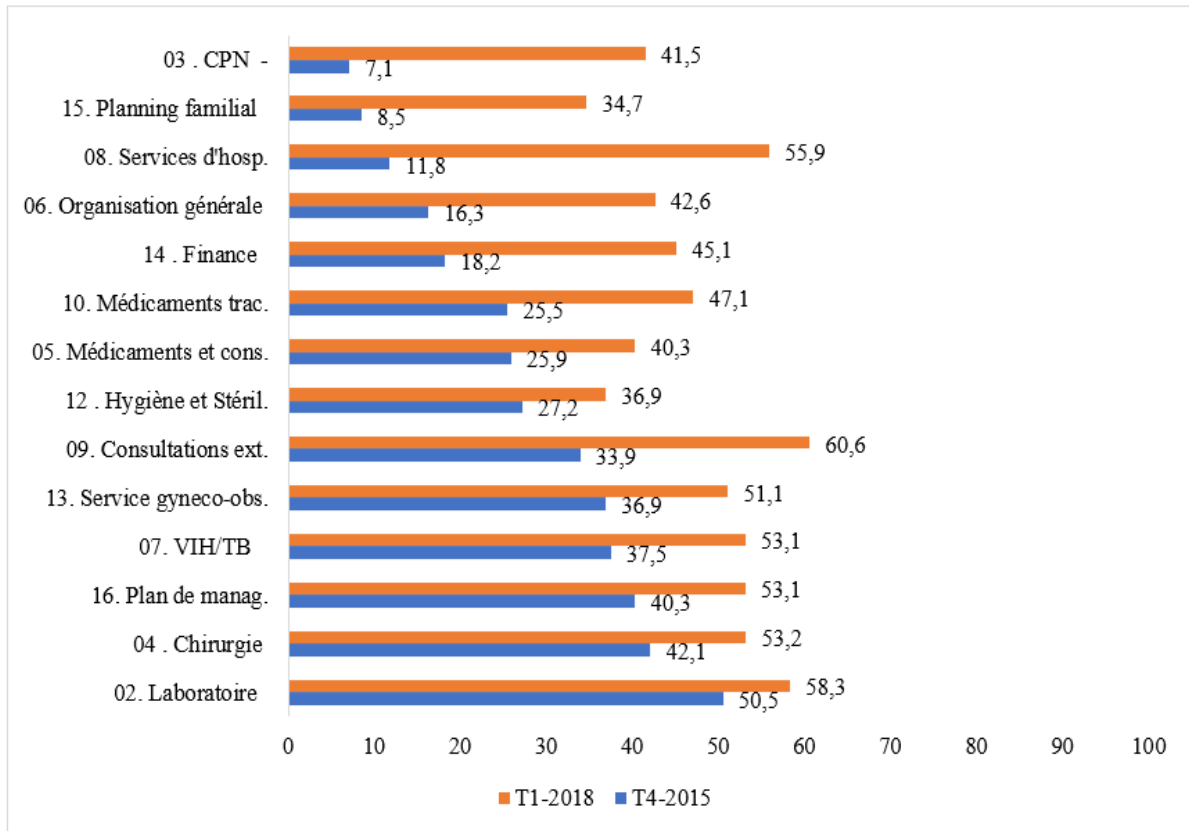


Figure 7 : Comparaison de la qualité des hôpitaux de base par indicateur

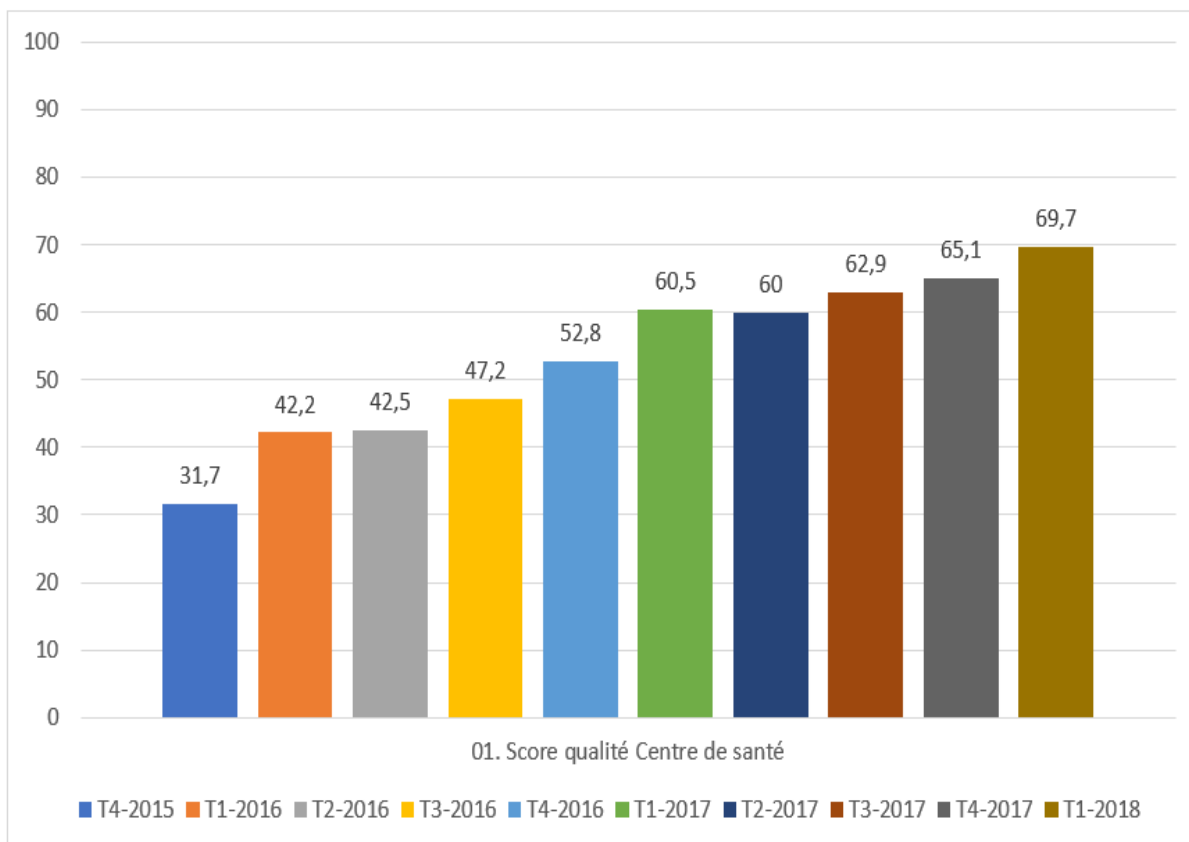


Figure 8 : Évolution de la qualité des centres ambulatoires du T4-2015 au T1-2018

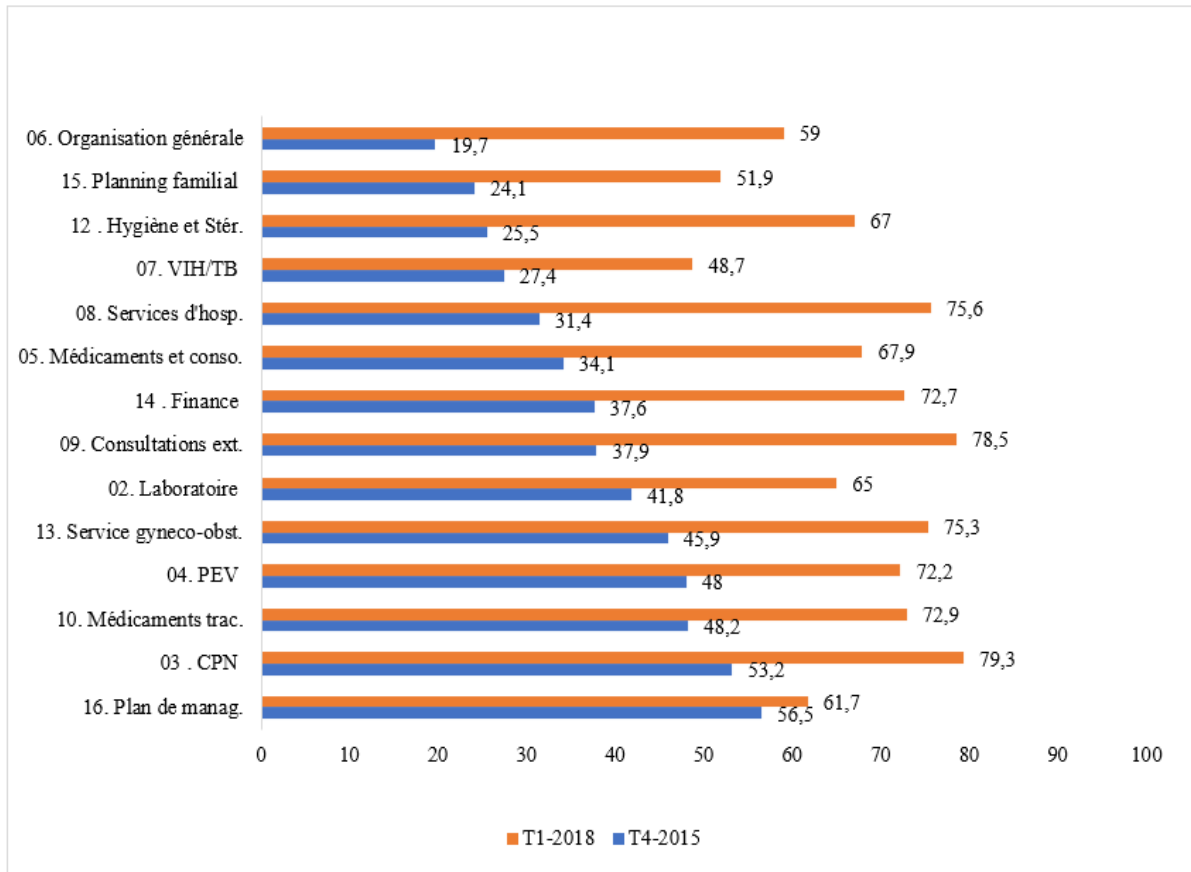


Figure 9 : Comparaison du Score qualité des centres ambulatoires par indicateurs

❖ *Commentaire sur la qualité (indicateurs) des FOSA*

Les figures n° 6, 7, 8 et 9 présentent l'évolution de la qualité partant du dernier trimestre (T4) 2015 au premier trimestre (T1) 2018. De façon générale, les résultats observés sont encourageants pour l'ensemble des FOSA soumises sous l'approche FBP. Dans la plupart des FOSA, les hôpitaux de district (fig.5 et 6) comme tout aussi, dans les centres de santé (fig.7 et 8), le score moyen de la qualité a été atteint.

Par comparaison des périodes du début et pendant l'exécution du FBP, les FOSA ont enregistré des bonds spectaculaires : les indicateurs (fig. 8) comme l'organisation générale en T4-2015 de 19,7% est passée à 59%, la finance de 37,6% à 72,7% et la CPN de 53,2% à 79,3% dans les CSI. Les mêmes indicateurs (fig. 6) au niveau des hôpitaux ont aussi évolué, l'organisation générale passant de 16,3% à 42,6%, la finance de 18,2% à 45,1%.et la CPN de 7,1% à 41,5%.

3.2.2 *Évolution des indicateurs quantitatifs*

Pour la présente étude, l'attention s'est focalisée sur l'évolution de dix indicateurs sur 28 items recensés comme les indicateurs quantités.

Il s'agit entre autres de la consultation des enfants de 6 à 23 mois, la consultation prénatale (CPN) à 3 visites par femme enceinte, de la prévention de la mère à l'enfant contre le VIH/sida (PTME), le planning familial (PF) et les accouchements assistés par un praticien, la consultation

postnatale (CPoN), la référence et la contre-référence, les consultations externes, le conseil et le dépistage du VIH/Sida, le dépistage et le traitement des cas de tuberculeux (TBC-BK).

Comme pour les données des indicateurs de la qualité, de même ici, les données utilisées sont issues de la base de données FBP du projet PDSS II.

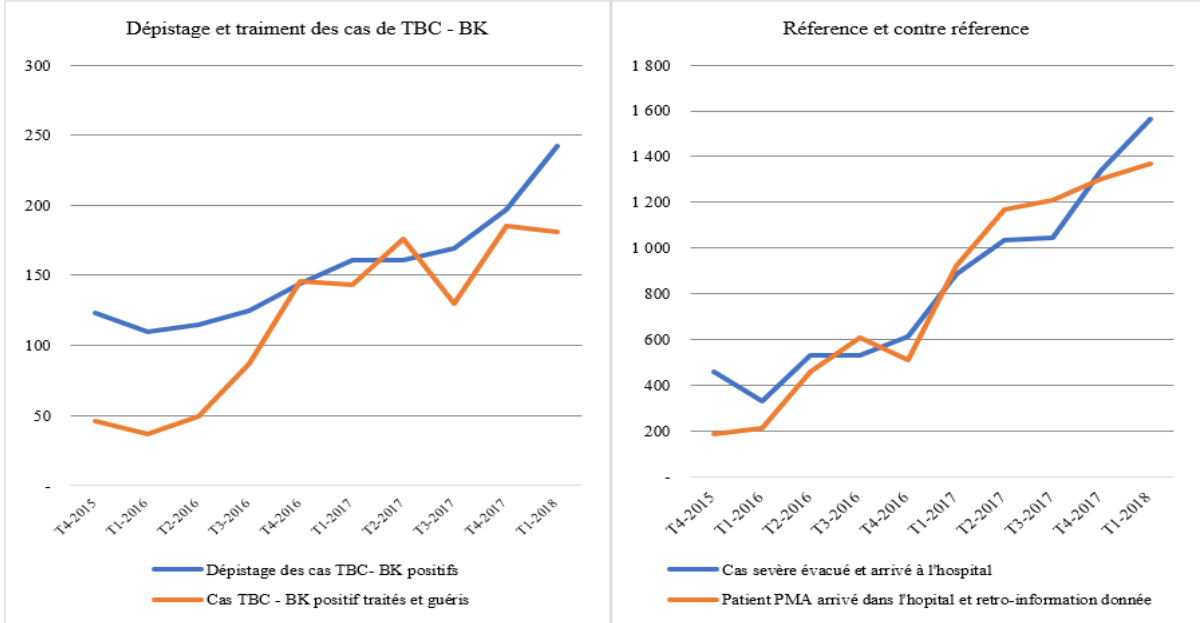


Figure 10 : Évolution des indicateurs TBC - référence et contre référence

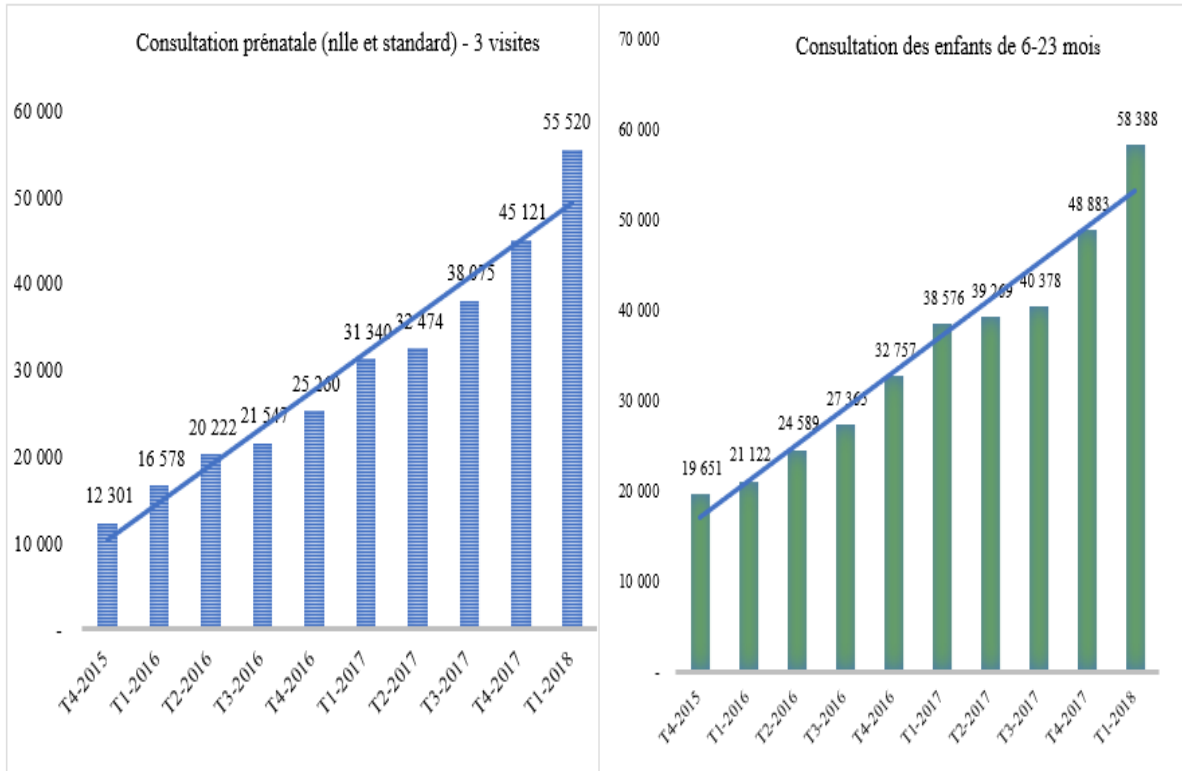


Figure 11 : Évolution des indicateurs sur la consultation prénatale-consultation des enfants

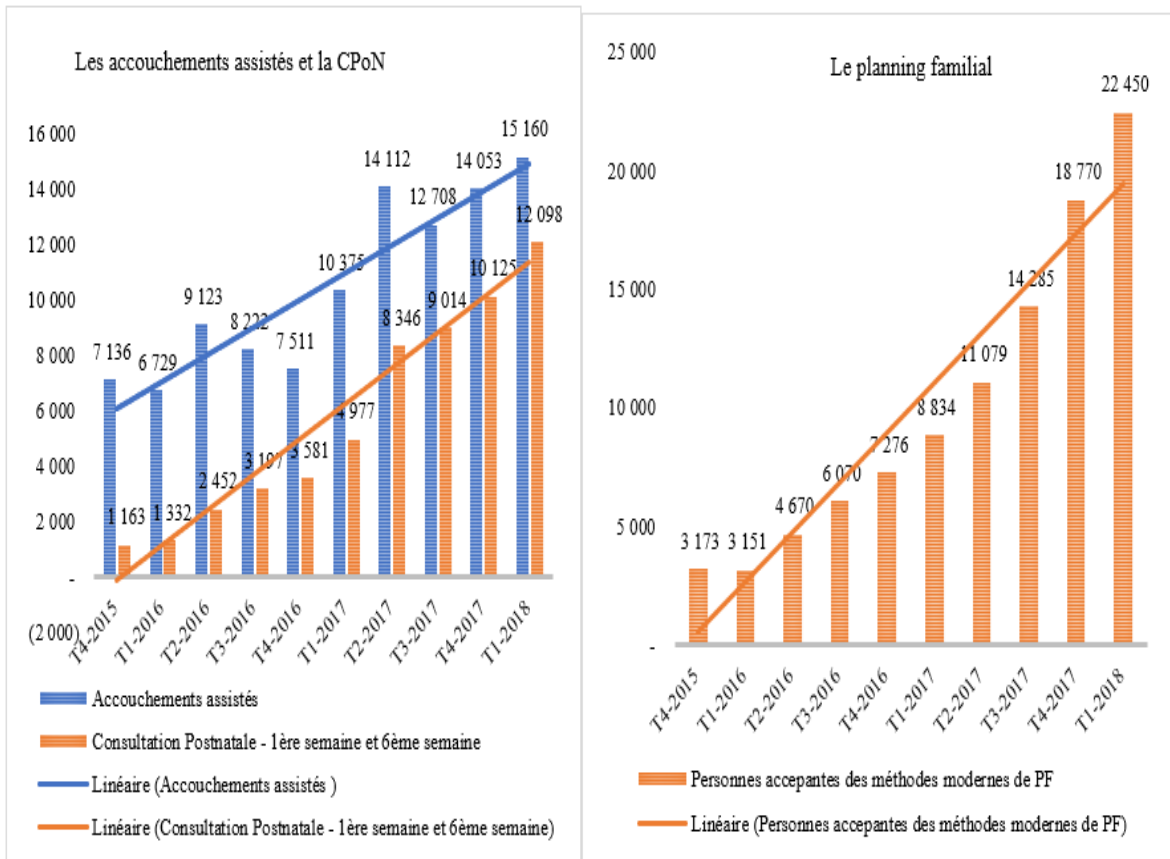


Figure 12 : Évolution des indicateurs accouchements-planning familial

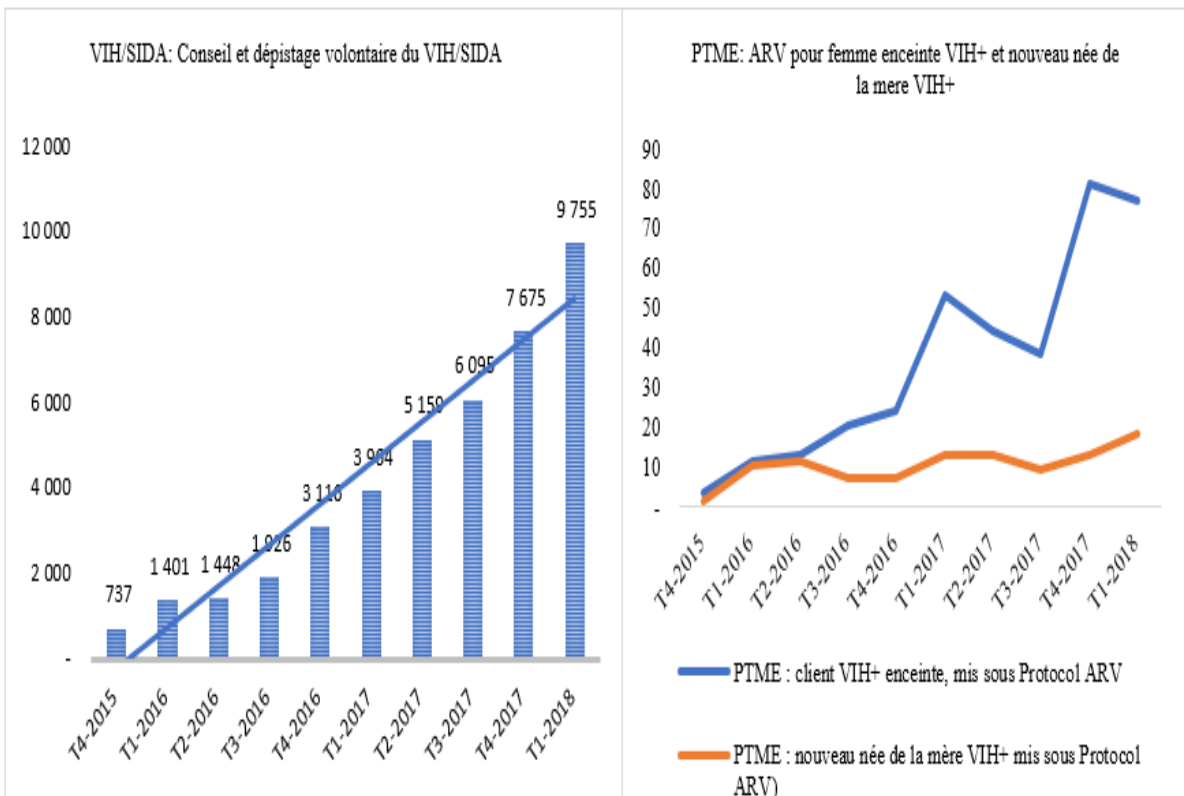


Figure 13 : Évolution des indicateurs sur le conseil et dépistage VIH-PTME/ARV femme enceinte

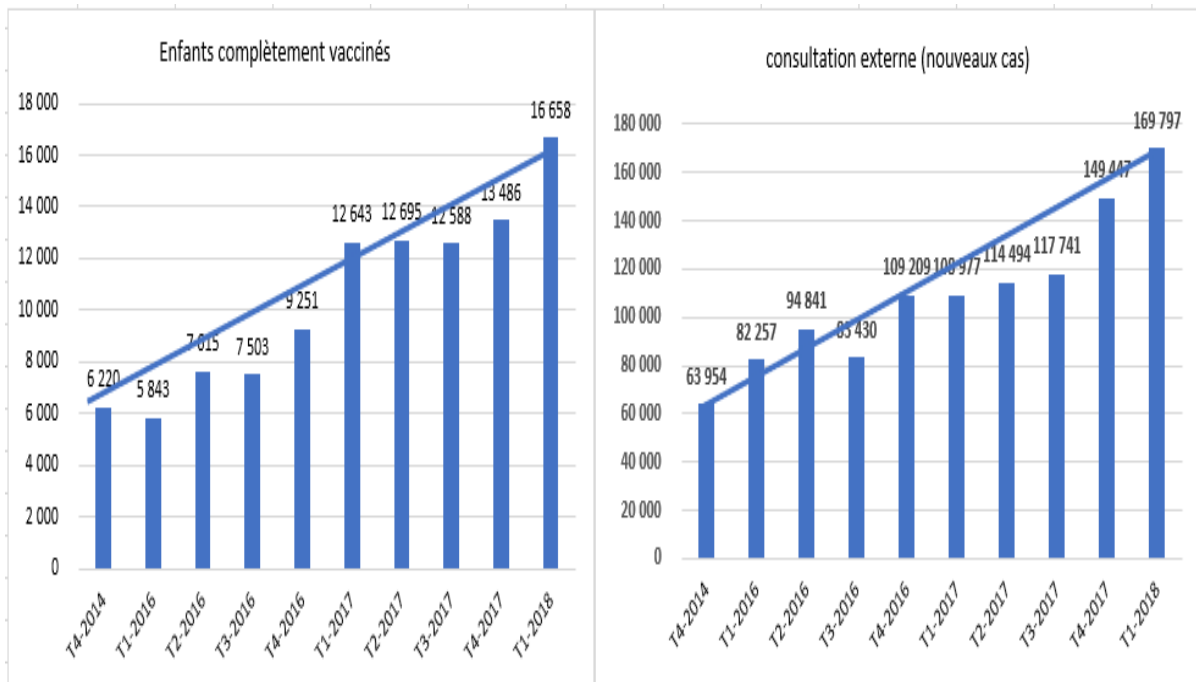


Figure 14 : Vaccination des enfants - consultation externe

❖ *Commentaire sur les quantités (indicateurs) des FOSA*

De façon générale, l'analyse des données des figures ci-dessus, nous a permis de noter une nette augmentation du volume pour l'ensemble des prestations offertes par les formations sanitaires. Des prestations illustrées dans cette recherche ne sont qu'un échantillon choisi de façon raisonnée pour permettre d'observer l'objectif premier du FBP qui est l'amélioration de la santé de la femme, la mère et l'enfant. C'est ainsi qu'en procédant par la comparaison des périodes T4-2015 et T1-2018, nous constatons que des indicateurs de quantité tels que le dépistage et le traitement des cas de tuberculeux (TBC-BK) passent de 37 à 181 traités et guéris, respectivement sur 123 en 2015 et 242 en 2018 dépistés ; la référence et la contre-référence passent de 458 à 1 566 de cas sévères évacués et arrivés à l'hôpital pour 187 à 1367 arrivés dans l'hôpital avec rétro information (fig.10); la CPN passe de 12 301 à 55 520 et la consultation des enfants de 19 651 à 58 388 (fig.11) ; les accouchements assistés de 7 136 à 15 160, la CPoN de 1 163 à 12 098, le PF de 3 173 à 22 450 et les consultations externes de 63 954 à 169 797 (fig.12) ; et la PTME de 11 à 77 des femmes enceintes sous ARV et les nouveaux nés sous protocole de 10 à 18, le dépistage volontaire et sous traitement des ARV de 737 à 9 755 (fig.13) ; le nombre d'enfants compléments vaccinés est passé de 6 220 en 2014 à 16 658 en 2018, de même, les nouveaux cas en consultation externe sont passés de 63 954 en 2014 à 169 797 en 2018 (fig.14).

3.2.3 *Présentation de quelques conclusions de l'enquête de satisfaction*

Les résultats ici présentés sont ceux issus de l'enquête couvrant la période de juillet à septembre de l'année 2017. Cette enquête a concerné quelques questions sur deux indicateurs : les accouchements assistés et les consultations prénatales (CPN). Pour cette

étude, nous nous sommes limités à observer l'indicateur sur les accouchements assistés. Ainsi, sur l'ensemble des usagers qui ont visité et bénéficié des soins de santé des FOSA de Brazzaville, de Pointe-Noire et du Niari, seuls 4% n'ont pas été retrouvés par les enquêteurs (fig. 15a). Dans l'ensemble de l'échantillon de ceux qui ont été retrouvés, seuls 5% de bénéficiaires ont répondu dont elles n'étaient pas tout à fait satisfaites de services rendus (fig.15b). À la question concernant le paiement des frais additionnels autre que le tarif affiché, seuls 2 % reconnaissent avoir versé un surplus. Il faut noter que lors du déroulement de l'enquête, des opinions et suggestions de la communauté sont demandées. Elles se résument ainsi qui suit : 80,5% pour le renforcement de stock des médicaments ; 76,9% pour la dotation d'une ambulance; 64% pour l'amélioration des conditions d'hygiène des locaux, de douches, de toilettes... ; 63% pour l'affectation du personnel qualifié ; 60% pour le renforcement de matériel médico-technique ; 60% pour le renforcement des capacités du personnel ; 60% pour l'aménagement d'un point d'eau ; 58% pour l'amélioration de l'accueil ; 57 % pour l'abaissement des tarifs ; 54 % pour l'amélioration de l'éclairage du centre (lampes, torches, panneaux solaires, groupes électrogènes) .

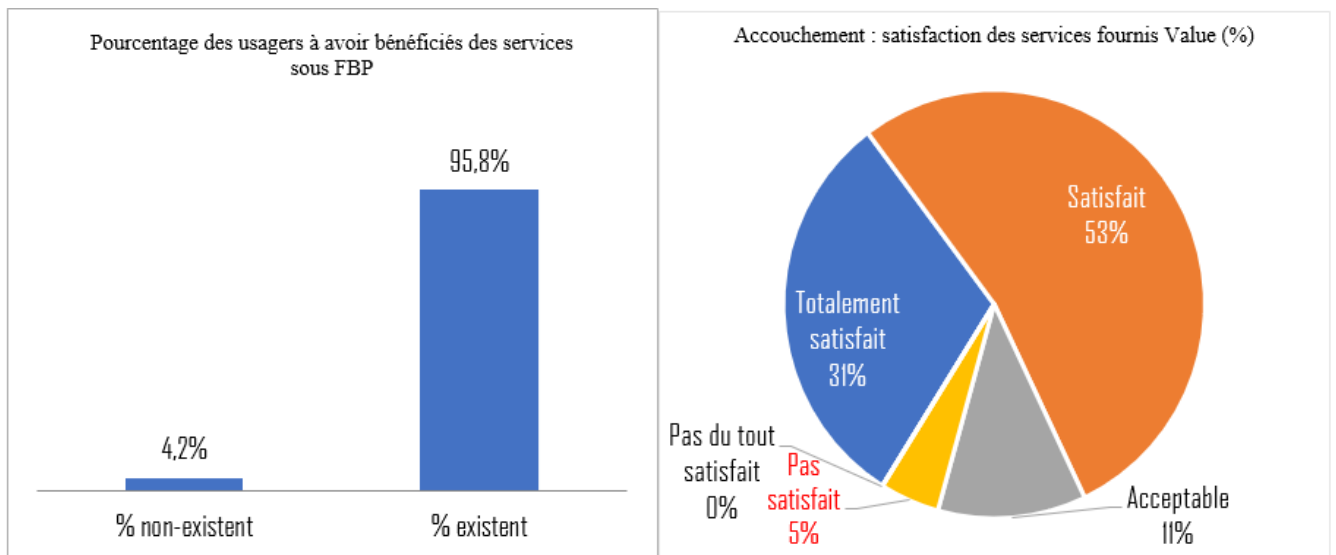


Figure 15 : Résultat d'enquête de satisfaction des usagers/citoyens.

Dans une enquête de satisfaction, il est recherché deux objectifs. Le premier objectif est pour l'acheteur afin qu'il s'assure si la quantité achetée existe. Le second objectif est pour le prestataire, les avis de l'utilisateur, lui permet d'ajuster le tir (améliorer sa manière de faire ou la qualité) dans son fonctionnement.

3.2.4 Prise en charge des indigents –exemption des frais

Par souci de corriger les écarts observés d'accessibilité de cette catégorie des personnes lors de la mise en œuvre des politiques de gratuités instituées par le pouvoir public et depuis l'introduction du FBP, qu'il a été introduit ces mécanismes de ciblage d'indigents en 2017.

Ainsi, le tableau n°2 ci-après, montre de chiffres plus ou moins encourageants à l'accès aux soins et aux services de santé par les plus pauvres (peuples autochtones).

Tableau 2 : Évolution des statistiques de la prise en charge des indigents

Prise en charge des indigents (PMA et PCA)	Paquet	T2/2017	T3/2017	T4/2017	T1/2018
Nouvelles consultations curatives indigent	PMA	3 030	5 537	9 293	12 390
Consultation externe d'un médecin ou assistant médical	PCA	-	2	56	116
Journée d'observation - indigent (hospitalisation)	PMA	1 680	2 678	4 278	5 725
Journée d'admission (hospitalisation)- indigent	PCA	-	10	202	255
Petite Chirurgie – indigent	PMA	228	581	808	1 109
Intervention chirurgicale majeure	PCA	-	-	2	7
Enfant 24-59 mois vus en Consultation Nourrissons Sains	PMA	147	230	392	240
Consultation Périnatale (nouvelle inscrite et standard)	PMA	148	347	707	957
Accouchement assisté eutocique	PCA	-	2	-	7
Accouchement assisté dans FOSA	PMA	69	219	276	301
Consultation postnatale	PMA	31	53	87	18
PF: Anciennes et nouvelles acceptantes (oral + injection)	PMA	29	107	139	69
PF : ligature bilatérale des trompes ou vasectomie	PCA	-	-	-	2
Total trimestriel		5 362	9 766	16 240	21 196
Cumul		5 362	15 128	31 368	52 564

Source : base de données FBP/PDSS II

Introduite au deuxième trimestre 2017, l'exemption des frais pour les plus démunies, les chiffres ont grimpé de façon exponentielle (Cf. tableau n°2).

Nous retenons de cette partie que la vérification des données quantitatives par des organes non étatiques (ACV) : c'est la dimension du partenariat public-privé. Quant aux données qualitatives, la vérification était effectuée par une équipe mixte composée d'acteurs pluridisciplinaires (ACV, expert FBP, cadres MSP) : c'est la dimension transparence. Les enquêtes de satisfaction par les communautés, elles-mêmes : c'est la dimension d'inclusion. Les compléments par les subsides pour les uns et l'exemption des frais pour les autres (indigents), c'est la dimension d'équité.

Après cet aperçu des indicateurs FBP, qui introduit le prochain chapitre. Ce dernier sera dédié à l'analyse, à la discussion et aux recommandations suite à la mise en œuvre du FBP au Congo.

4. Analyse des résultats, discussion et recommandations

Dans son rapport de transformation de la santé en Afrique, l'OMS renseigne qu'un système de santé fonctionnel conduit à la mise en œuvre de tous les programmes relatifs à la maladie et à la qualité de vie, qui aboutiront à la réalisation « anticipée » des objectifs de développement durable (ODD). Elle ajoute qu'un système de santé solide contribue à des résultats de santé durables, à la réduction de la pauvreté et à l'égalité en termes de droits humains (OMS, 2016). Ceci dit, qu'en est-il réellement de la mise en œuvre de l'approche FBP dans le système de santé du Congo ? Afin de répondre à cette interrogation, le présent chapitre aborde dans sa première section, l'analyse basée sur les résultats présentés dans le chapitre 3, les commentaires trouvés sur les fiches d'évaluateurs ACV, ACVE et missions des équipes mixtes dans les différents rapports d'évaluations, d'audits internes, de contre-vérification et les réponses des entrevues ; et dans sa deuxième section, la discussion et les recommandations.

4.1 Analyse des résultats

L'analyse des résultats qui suit est faite par rapport aux six éléments de mesure de la bonne gouvernance : l'efficacité ; l'efficience ; l'obligation de rendre compte ; la transparence ; la prospective et la primauté du droit.

4.1.1 Efficacité

L'objectif du FBP étant d'apporter des solutions d'accessibilité des populations aux services de soins primaire et secondaire. Concernant ce niveau des soins, depuis son instauration dans les FOSA, les résultats en termes des prestations ont beaucoup évolué. L'ensemble des données illustrées dans la section 2 du chapitre 3 montre une nette augmentation d'une année à une autre. Certes, nous n'avons pas eu accès aux données avant l'introduction pour faire une comparaison. Aussi, les rapports d'activités des années 2016 et 2017 ne sont pas explicités sur les détails, mais ne renseignent que l'atteinte ou non des objectifs globaux du projet. De même, le rapport de clôture du projet n'est pas encore disponible, nous nous sommes focalisés sur les conclusions du rapport 2017, qui renseigne que : « *l'utilisation des services est passée de 15% à 24%, dépassant ainsi, la moyenne dans toutes les zones couvertes par le FBP* ». Le même rapport d'activités du PDSS II, exercice 2017, indique de façon générale que des résultats observés ont été encourageants pour l'ensemble des indicateurs du projet et « *les cibles ont été atteintes pour certains de ces indicateurs et pour d'autres, le point d'achèvement de la cible est au-delà de 60%* ».

Cependant, l'efficacité du FBP ne peut s'apprécier seulement qu'aux seuls indicateurs quantitatif et qualitatif déclarés et vérifiés dans les FOSA, mais à cela, il faudrait associer la fonctionnalité des supervisions/évaluations et la réalité des autres principes pour exemple, la séparation des fonctions. Considérant ce deuxième aspect, le même rapport 2017 renseigne

qu'avec le FBP, les districts sanitaires avaient maintenant de possibilités de se mouvoir pour les supervisions (dotation en moyens roulants). Ceci était rendu possible grâce à la dotation en moyens roulants avec le FBP. Ce rapport relève de l'effectivité des missions conjointes avec l'ACV et les équipes des districts sanitaires pour les formations aux professionnels de santé des FOSA. Il note aussi l'implication du district sanitaire dans la définition des indicateurs conformément aux PMA et aux PCA, la négociation du prix de l'acte ; la vérification des données par l'ACV et leur validation par le CDCS avant le paiement total de la facture ; le respect de la promptitude et la complétude dans la transmission des rapports SNIS ont été des innovations apportées par le FBP. Malgré tout cela, nous n'avons pas des éléments susceptibles pouvant nous aider à conclure aisément sur cet aspect d'efficacité du FBP.

4.1.2 *Efficiences*

Comme pour l'efficacité, déterminer l'efficience du FBP dans le contexte congolais semble être un peu osé. Dès le démarrage de tout projet de ce genre, les coûts en investissements sont élevés, tels que confirmé par les chiffres du PDSS II. Dans les deux années d'exercice, le PDSS II a utilisé des ressources financières d'un montant 20 milliards de francs CFA soit 40 millions de dollars. Ces ressources ont été utilisées en dépenses de manière suivante⁶ : 46% destinés aux paiements des subsides des FOSA, 25% pour le fonctionnement de la CT-FBP, les ACV, l'ACVE et le paiement des honoraires de consultants, 16% pour l'acquisition des vaccins, des médicaments et moyens roulants, et le 12% restant a été utilisés pour les visites à domicile (VAD), la formation des prestataires et le ciblage des indigents.

Le constat qui se dégage de ces taux confirme l'hypothèse selon laquelle la phase d'investissement d'un projet est lourde. Mais, nous sommes cependant conscients que cette répartition en pourcentage des dépenses présentées ci-haut subirait après les deux premières années de vrais changements allant dans le sens de la diminution. Par exemple : les frais liés à la formation et à la sensibilisation des acteurs devraient être revus à la baisse, car au fur et à mesure de sa mise en œuvre ces derniers allaient s'approprier du FBP ; comme aussi les frais liés au contrôle qui devraient connaître une baisse avec la réduction des fréquences d'activités de contrôles.

Dans un premier temps, nous n'avons pas pu déterminer son efficacité malgré l'évolution des interventions dans les FOSA. Dans un second temps, outre quelques résultats des audits, aucune étude disponible même à mi-parcours à prouver que les ressources matérielles et immatérielles nécessaires à sa mise en œuvre, ont été investies de manière optimale. De plus, le comité de pilotage n'a pas fonctionné pour s'assurer si la mise en œuvre du FBP s'inscrivait bel et bien avec le plan de développement biennal de la santé (la stratégie nationale de la

⁶ Données comptables de la CT-FBP du PDSS II en date 25 juin 2018.

santé). Au regard des données qui ont été mises à disposition, il semble difficile pour nous d'apprécier l'efficacité.

4.1.3 *Obligation de rendre compte*

L'obligation de rendre compte pour le FBP est une nécessité. Elle est d'autant plus nécessaire que le paiement de la performance des FOSA dépend indéniablement de la disponibilité des données sur les interventions du FBP. La disponibilité des données est une condition nécessaire. Mais pour être suffisantes, ces données doivent être transmises aux ayants droit pour pallier au retard dans la tenue de réunion de prise de mesures correctrices dans un meilleur délai.

Pour les différents acteurs, l'obligation de rendre compte était consignée parmi des engagements du contrat de performance (protocole d'entente des parties). Dans ce contrat, il est clairement stipulé que chacun des cosignataires, a le devoir de rendre compte de son action. Dans le respect des clauses dudit contrat, plusieurs interventions ont été menées, parmi lesquelles : l'évaluation par l'ACV des activités des FOSA en toute autonomie (respect du principe de séparation des fonctions); le paiement de la totalité de la facture par la CT-FBP, avec validation au préalable de résultats, par le Comité de départemental de suivi (CDCS) ; la contractualisation de la direction départementale de la santé (DDS) et le district sanitaire (DS) pour renforcer leur mission après des FOSA. Avant le FBP ces dernières subissaient presque de l'arnaque le fameux « financement ascendant⁷ » ; des réunions de travail et de rapportage périodique de toutes les parties ont été instaurées ; des autorités locales ont été impliquées (comité de pilotage départemental) ; enfin, quelques organes comme : le comité de pilotage pour la CT-FBP, bien que non fonctionnel, la CT-FBP pour l'ACV et l'ACVE, le CDCS pour la DDS et le DS, le COGES pour les hôpitaux de district et le COSA pour le CSI ont été mis en place. Eu égard à ce qui précède, ce critère de redevabilité (obligation de rendre compte) a été un succès.

4.1.4 *Transparence*

Comme pour l'obligation de rendre compte, la transparence a été améliorée à travers une meilleure disponibilité des données de performance, des données d'allocation et d'utilisation des ressources financières et des dépenses publiques. La disponibilité et l'accessibilité des informations sur les interventions des FOSA sous contrat FBP ont été une condition clé. Elles permettaient ainsi de faire de nouvelles projections pour les FOSA (plan de management).

Pour illustrer cela, prenant l'indicateur de la gestion financière : toutes les FOSA sous contrat FBP ont ouvert un compte bancaire avec exigence de double ou triples signataires pour la

⁷ Avec les maigres moyens reçus de la communauté (paiement direct), les FOSA devaient verser une certaine somme d'argent pour soutenir « le fonctionnement du district sanitaire et de la direction départementale de la santé », tandis que ces derniers avaient aussi, leurs propres lignes budgétaires.

mobilisation des fonds. En ce qui concerne les trois signataires, ils étaient composés d'un représentant de la communauté (COSA) et de l'ordonnateur du centre pour le CSI ; d'un représentant de la communauté (COGES), d'un représentant du ministère des finances (agent du Trésor public) et de l'ordonnateur de la structure pour un hôpital de district. Au niveau des FOSA, les plans d'activités étaient élaborés sans se rassurer de leur financement. L'introduction du FBP dans les FOSA, a fait en sorte que les plans d'activités soient remplacés par les plans de management. Toujours grâce au FBP, il a été introduit l'outil indice, permettant ainsi une planification financière transparente. Cet outil indice facilite le contrôle de recettes et des dépenses d'une période donnée (un mois ou un trimestre - livres comptables, bilan consolidé).

Dans le registre système national d'information sanitaire (SNIS), la réglementation sanitaire congolaise prévoit des délais de transmission des données SNIS par échelon administratif. Force est de constater que ces dispositions réglementaires demeurent peu appliquées occasionnant ainsi des « faibles promptitudes et complétudes » des données SNIS, comme le souligne *le rapport de l'IGS (2016)*. Grâce au FBP, une dotation en matériel de collecte des données, les tablettes numériques avec des applications suivantes : *ODK-Collect*, *OpenRBF*, *DataCollect* et un hébergeur Web, le DHIS 2 ont révolutionné cet aspect. Dorénavant, une harmonisation entre les données vérifiées et les statistiques déclarées était donc observée.

Les évaluations de la qualité se faisaient en équipe mixte composée des experts FBP et les experts du Ministère en charge de la santé (le régulateur). Les enquêtes sur la satisfaction des usagers se faisaient par les associations locales (ASLO) avec le coaching de l'ACV. Le comité départemental de suivi du FBP validait les résultats avant leur prise en charge par le paiement des subsides aux FOSA et du bonus qualité (cas échéant).

Durant les deux années, les missions d'audits tant internes qu'externes ont été effectuées avec des rapports disponibles ; les rapports mensuels, trimestriels et annuels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire étaient bien tenus. Les résultats des évaluations externes étaient diffusés. Suite à ces quelques indices, nous pouvons tirer la conclusion selon laquelle, il y avait existence d'une gestion transparente due au FBP.

4.1.5 Réactivité

Le comité national de pilotage a été installé avec un grand retard. Nous avons eu accès aux résultats d'une seule enquête de satisfaction des usagers ou clients courant l'année 2017. Or ces résultats des enquêtes communautaires sont d'abord destinés aux FOSA pour améliorer leur pratique tenant compte de la satisfaction des usagers. Ensuite, ils permettent de détecter d'éventuel cas de fraude (existence ou non des patients déclarés dans la communauté. Fort malheureusement les FOSA n'ont pas exploité ces résultats pour raison de l'arrêt du projet PDSS II.

Ainsi, dans le cadre de notre étude, nous nous limiterons à apprécier cette réactivité par rapport aux apports, aux activités des réunions élargies qui étaient tenues chaque fin de mois au cabinet du ministère de la santé et de la population. Lesquelles réunions avaient été initiées par la conférence sectorielle sur la fixation des tarifs harmonisés ; l'affectation des fonds d'investissement aux FOSA après constatation de manque d'équipements essentiels comme pour exemples le microscope, la table d'accouchement, un kit de petite chirurgie et de délabrement avancé des infrastructures ; l'acquisition des antigènes (vaccins) et le médicament essentiel ; l'obligation pour les FOSA de rester ouvertes 24H/24 et 7j/7 et dans une certaine mesure, la possibilité accordée aux FOSA de recruter le personnel manquant ; de faire en sorte que le COSA et le COGES soient fonctionnels.

Ces actions concrètes prouveraient à suffisantes que cette approche a fait ses preuves. Il faut rappeler que la période de sa mise en œuvre au Congo coïncide avec la conjoncture économique. Le pays traverse une période économique difficile voir sans précédent comme le témoigne la négociation en cours avec le FMI.

4.1.6 Prospective

Les concepteurs du FBP désapprouvent la nécessité de mettre en œuvre un programme FBP pour le court terme comme ce fut le cas au Congo sur deux ans et demi. Pour eux cette approche génère d'importants bouleversements dans le quotidien des FOSA.

À titre illustratif, une consultation curative ou externe, qui coûtait auparavant 2000 F.CFA, coûte à peine 500 F.CFA avec le FBP, ainsi le gap de 1500 F.CFA est versé comme subside (subvention compensatrice). Dans le cadre de cette étude, la prospective se considère à deux niveaux : le premier étant la capacité de prévoir le futur à l'intérieur d'un service, et le deuxième niveau, la question de la pérennité de l'approche FBP en soi (Peerenboom *et al.* 2015). Pour soutenir cela, dans un premier niveau, le plan de management élaboré et validé pour la FOSA en ait un exemple, car il prévoit le futur du service. Ce plan décrit de telle manière que les activités à financer sont claires et pouvant prévoir la qualité et la quantité de prestations.

Quant à l'autre, qui est de promouvoir la pérennité, plusieurs activités ont été menées : la composition d'un comité de pilotage qui regroupe en son sein la représentativité de plusieurs secteurs connexes à la santé (ministère des finances, ministère du plan, ministère de l'intérieur, ministère de la santé, ...) pouvant faciliter le maximum d'adhésion lors des plaidoyers ; la formation des acteurs à tous les niveaux et l'implication de toutes les parties prenantes dans les activités du PDSS II. Ainsi, comme nous le démontre notre illustration, pour les FOSA, la question de la pérennité est très importante. Car le FBP est un outil de financement qui améliore le taux d'accessibilité aux soins par un financement direct aux FOSA. Contrairement au mode de financement traditionnel (budget des moyens), qui est caractérisé

par un système de pyramide renversée, c'est-à-dire, l'argent destiné à la base de la première pyramide reste détenu au sommet (Cf. fig. 2: pyramide sanitaire du Congo).

4.1.7 Primauté du droit

Pour sa mise en œuvre dans les FOSA, le FBP s'était basé sur la réglementation et la législation en vigueur en République du Congo. Le législateur congolais à travers plusieurs textes (constitution, politique nationale de la santé, plan national de développement sanitaire, autre) a garanti l'accès à la santé à toutes les couches de la population. Comme il ne peut exister de bonne gouvernance sans un cadre juridique juste et appliqué en toute impartialité. Pour l'exclusion, aucune couche (ni bantou ni autochtone) n'a été exclue.

Cependant, lorsque nous prenons le seul exemple des subsides à payer qui représentaient une entrée d'argent direct non négligeable. Si le nombre des prestations à acheter est élevé, la cagnotte des subsides augmente avec. Sans un meilleur encadrement, cela peut inciter à la fraude et aux malversations de tout genre. C'est ainsi que pour le PDSS II, à travers les évaluations mensuelles de la quantité dans les FOSA par l'ACV ; à travers l'implication de la communauté (COSA et COGES) dans la cogestion des FOSA ; à travers les enquêtes de satisfactions (ASLO) ; à travers les missions de contre-vérifications (l'ACVE) ; à travers la composition d'équipe mixte (experts FBP et les agents de santé) pour les évaluations de la qualité et à travers la comparaison des données déclarées puis vérifiées lors de CDCS, se sont donc arrangées à lutter tant soit peu contre les fraudes et les malversations.

Malgré la présence des inspecteurs – qui devraient agir dans le sens de faire appliquer les sanctions administratives – dans les équipes mixtes d'évaluation (qualité), aucun cas de sanction n'a été signalé dans les rapports de la CT-FBP. Alors que les audits et la contre-évaluation avaient soulevé des écarts soutenant la thèse d'une gestion peu orthodoxe. Un aspect important et non négligeable, l'efficacité des tribunaux que nous n'avons pas inclus dans cette étude.

4.1.8 Le résumé de l'analyse

Le tableau n°3 fait une synthèse de la relation entre les mécanismes de promotion de la gouvernance utilisés dans le cadre de la mise en œuvre du FBP dans le système sanitaire congolais.

La notation de ce tableau a fait l'objet d'une discussion avec quelques acteurs FBP, entre autres les membres de la CT-FBP. En effet avant la validation du tableau un croisement des données a été réalisé avec les exemplaires remplis par les différents acteurs du FBP (le régulateur, l'acheteur, le prestataire, l'ACV).

Toutefois, ces résultats sont approximatifs et non ceux issus d'un consensus entre les acteurs de la mise en œuvre du FBP.

Tableau 3 : Synthèse de la relation entre les éléments de la gouvernance et le FBP

Éléments de la bonne gouvernance	Mécanismes de promotion de la gouvernance	Contribution réelle à la bonne gouvernance
L'efficacité et l'efficacité	Financement des indicateurs qui correspondent aux PMA/PCA	±
	Introduction d'une grille qualité	+
	Subvention des soins aux plus pauvres (indigents et peuples autochtones)	+
	Fonds d'investissement destinés aux FOSA	+
	Supervision régulière des FOSA par une équipe mixte (DS et ACV)	+
L'obligation de rendre compte	Séparation des fonctions	±
	Comité national de pilotage du FBP, fonctionnel	-
	Réunion mensuelle de coordination avec la CT-FBP, l'ACV, les directeurs centraux et les représentants des partenaires techniques et financiers (PTF)	++
	Réunion trimestrielle de restitution et validation des résultats du CDCS	++
	COSA pour les CSI et COGES pour les hôpitaux de district, fonctionnels	+
La transparence	Séparation des fonctions	±
	Introduction et utilisation de l'outil d'indice pour la planification financière et le calcul des primes	±
	Ouverture des comptes bancaires et appui à la gestion financière	+
	Organe départemental de pilotage du PDSS II	+
	Reportage trimestriel de la CT-FBP/PDSS II aux autorités sanitaires	+
	Audits internes et externes, r�guli�rs	++
	Vérification des quantités par les ACV, régulières et efficaces	++
	Contrev�rification par l'ACVE, régulières et efficaces	++
La réactivité	Pilotage avec l'implication de la société civile	+
	Utilisation des résultats de l'enquête de satisfaction des usagers	±
	Suivi de la mise en application des recommandations	+
	Implication des COSA et COGES dans la gestion des FOSA	±
La prospective	Plans de management des FOSA	±
	Formations des acteurs à plusieurs niveaux	±
	Renforcement du SNIS, outils modernes et informatisés	+
	Influence du FBP sur la PNDS	±
La primauté du droit	Système de vérification des prestataires	±
	Validation conjointe des données (ACV, ECDS, FOSA)	+
	Existence d'un organe d'arbitrage CDCS	+
	Utilisation des résultats de la contre-vérification (ACVE)	±
	Mesures en cas de fraude ou malversation	±
	Manuel de procédures dans les FOSA	-

Source : inspiré de Cordaid, 2015

Légende : les symboles dans le tableau ci-dessus signifient que le projet n'a jamais expérimenté (-), qu'il y a un effet non significatif (±), qu'il a eu d'effet positif (+) ou qu'il a occasionné un réel changement (++).

En résumé, il faut retenir que suite à notre analyse la mise en œuvre du FBP dans les FOSA a permis l'appréciation des éléments suivants : la transparence, l'obligation de rendre compte, la prospective et la réactivité avec les dimensions observées telles que la participation, l'inclusion et la disponibilité de l'information. Quant aux deux autres éléments, les données à

disposition ne nous ont pas permis de conclure aisément sur l'efficacité et l'efficience, et la primauté du droit.

4.2 Discussion sur les résultats du FBP, recommandations et limites de l'étude

Sous d'autres pays, le FBP est aussi appelé financement basé sur les résultats (FBR). Ce mode de financement utilise en quelque sorte les mêmes principes que ceux qui régissent la gestion axée sur les résultats (GAR). D'après ces concepteurs, le FBP est une nouvelle approche recherchant l'amélioration de résultat/du rendement de service de santé. Comme toute autre nouvelle approche, sa mise en œuvre au Congo Brazzaville n'a pas connu que des succès, elle a connu aussi ses limites. Ainsi, sans avoir la prétention d'être exhaustive, la présente section énumère quelques points forts et faibles des pratiques FBP en lien avec la gouvernance des formations sanitaires.

4.2.1 Points forts

Plusieurs sentiers ont été entrepris dans le cadre du FBP par le PDSS II. Parmi lesquels quelques enseignements positifs méritent de retenir notre attention :

- *Décentralisation du financement* : a contribué à l'amélioration de l'offre et la demande des services. Avant le FBP, la partie la plus importante du financement n'était destinée qu'à financer le sommet de la pyramide sanitaire et presque une petite partie de ce financement atteignait le niveau périphérique. L'affectation directe des financements aux FOSA a eu pour effet chez le gestionnaire, le sentiment de « *respect* » et « *responsabilité* » par la hiérarchie. Lorsque le secteur public de la santé se trouve dans un état déplorable, la crise économique est perçue le plus souvent comme responsable d'une telle situation. Pourtant, le problème récurrent est véritablement organisationnel comme le souligne ainsi un auteur (Kadouamaï, 2013).
- *Arrimage aux technologies de l'information et de communication* : nous sommes à l'ère du numérique, les gestionnaires d'administrations publiques doivent s'arrimer à la donne. C'est dans cette optique qu'à travers le FBP, les mesures nécessaires ont été prises pour faciliter la collecte et la diffusion des données dans les délais. Avant le FBP, des sérieuses failles ont été décelées en termes de complétude et de promptitude des données sanitaires avec pour conséquence, la non disponibilité des informations sanitaires (exhaustivité). L'introduction du *district health information system* (DHIS 2), les tablettes numériques avec des applications suivantes : ODK-Collect, OpenRBF, DataCollect et un portail Web, a inspiré le régulateur à moderniser son système national des informations sanitaires (SNIS).
- *Équité* : Afin de permettre à toutes les couches sociales de bénéficier des services de santé, le projet a entrepris le ciblage des indigents et des peuples autochtones. Ce système dynamique et efficace de ciblage des indigents a été mis en place pour redresser le déséquilibre de la gratuité pour les plus démunies et un tarif allégé pour le reste. Dans le

chapitre 2, nous avons évoqué le problème de coordination et d'efficacité des programmes verticaux de service public (initiatives de gratuité) ayant montré leurs limites avec à la clé beaucoup de complaisance, d'inefficacité et de mauvaise coordination. Ce qui avait conduit à l'introduction de l'approche FBP. Comme, il est de même souligné par une étude réalisée au Burkina Faso, souvent cette catégorie de personne ne bénéficie pas réellement de ces politiques de gratuité (Mallé Samb *et al.* 2013).

- *Partenariat public-privé (collaboration)* : il est certain qu'en République du Congo, le sous-secteur privé de la santé occupe une part importante dans l'offre de services et de soins. Souvent, ce sous-secteur est laissé en rade par le gouvernement, avec pour incidence, la non-transmission de leurs données dans le système national des informations sanitaires (SNIS). C'est ainsi que pour favoriser une couverture sanitaire plus large, ce sous-secteur à travers la contractualisation a été mis à contribution. Dorénavant, l'équipe-cadre du district sanitaire (sous-secteur public), pouvait exécuter des missions de supervisions mensuelles dans les FOSA privées. Les acteurs du sous-secteur privé de la santé ont été associés aux réunions sur l'effectivité du FBP dans leurs aires de santé. Dans l'élan, de trouver un équilibre et de faire éviter dans une certaine mesure, le conflit d'intérêts entre parties prenantes (respect de la séparation des fonctions), le FBP, avec l'introduction des agences de contractualisation et de vérification qui sont des organes non étatiques, a joué un rôle essentiel dans l'achat des services de santé ; l'encadrement des FOSA et également à l'amélioration de la bonne gouvernance. Ce qui augure une première dans la gestion des projets de santé au Congo.

- *Participation et inclusion* : Bien que prévu par le législateur, l'implication dans la gestion des FOSA par les organes de la communauté – le comité de santé (COSA), le comité de gestion (COGES), les associations locales (ASLO), la voix de la communauté dans son aspect des enquêtes de satisfaction des bénéficiaires finaux des politiques publiques – le constat avant le FBP est que, la plupart de ces organes étaient soit mis en place, mais non fonctionnels, soit non mis en place. L'introduction du FBP dans le système national de la santé a pu réactiver et faire fonctionner ces organes. De même, le projet a impliqué les représentants des élus locaux pour présider les réunions du Comité départemental de coordination et de suivi (CDCS) du FBP. Enfin, l'implication des relais communautaires (RECO) pour les visites à domicile et les associations locales pour les enquêtes de satisfaction des usagers ont contribué largement au renforcement de la voix de la communauté.

« Bien entendu, qu'il faudrait approfondir la réflexion autour de la problématique de la participation communautaire spécifiquement du volontariat des RECO afin de limiter les coûts »

Comme le suggère un expert interrogé.

- *Redevabilité et la transparence* : nous avons largement commenté plus haut l'obligation de rendre compte et la transparence du FBP. Ceci, à travers l'application judicieuse des outils

d'évaluation de la performance, l'information et la sensibilisation des autorités à tous les niveaux dans le suivi et la coordination de l'offre des soins.

- *Achat stratégique*, l'achat stratégique qui est l'une des trois fonctions du financement de la santé pour la couverture santé universelle (collecte - mise en commun (pooling) et achat). Selon l'OMS, C'est le fait de lier le paiement à l'information sur la performance et le besoin de santé de la population. Il est aussi, un engagement actif, basé sur l'évidence pour définir la combinaison des services et de volume, sélectionner le mix des prestataires, décider sur les méthodes de l'achat. Pour le FBP, il a été un outil efficace pour booster l'offre des services négligés. Grâce au FBP, le PDSS II avait commencé à aligner son financement et ses incitations avec les soins de santé promis.

4.2.2 Points faibles/limites

Certes quelques résultats encourageants ont été enregistrés, cela n'empêche qu'il y ait des points faibles de l'approche FBP du Congo.

« Dès lors, en l'absence de bases théoriques solides pour justifier cette approche dans un secteur complexe que celui de la santé, ainsi que de preuves empiriques crédibles et généralisables, nous n'hésitons pas à penser que le FBR est avant tout promu pour des raisons idéologiques, néolibérales, déguisées sous un discours technocratique ».

a soutenu Paul & Ridde (2018), lors d'un colloque⁸ en 2018 et, c'est par cette citation que nous introduisons cette partie des points faibles et/ou limites du FBP.

- *Faible niveau du pilotage* : dès le début de l'année 2015, tout est en place pour lancer le FBP sauf le comité de pilotage. Or, il se trouve que ce comité est l'instance suprême de pilotage, chargée de plaider, d'orienter et de valider les grandes décisions (plan d'activités, budget ...) du PDSS II. Il a fallu attendre 27 octobre 2017 pour songer à le mettre en place, mais là aussi avec une composition qui n'obéit pas la norme⁹. Ce flottement pourrait laisser libre cours aux diverses interprétations et spéculations sur la qualité, voir même la pertinence des activités du PDSS II. Objectivement, aucun projet de ce rang ne peut évoluer sans organe de décision. Car ce manquement consacre de même, la faiblesse de l'État de ne point faire passer ses axes stratégiques avant tout. Dans souvent de cas, les axes soutenus par le bailleur extérieur, priment sur ceux du gouvernement. Avec pour conséquence : la fonction d'achat (l'unité fiduciaire), est assurée par cette la Cellule technique, qui n'est autre que le bras technique du régulateur. C'est une adaptation pour le cas Congo. Sur ce dernier point, cette

⁸ Autour de la thématique « Santé publique », sujet du colloque de l'Agence universitaire de la Francophonie (AUF) qui se tient les 6 et 7 novembre, à Bruxelles avec plus de cent cinquante acteurs francophones : établissements universitaires, représentants gouvernementaux, représentants des agences nationales, experts des politiques de santé publique dans le monde francophone

⁹ Rapport d'audit interne 2018.

situation n'est pas conforme au modèle FBP qui d'après ces concepteurs, consacre une bonne place au principe de séparation de fonctions entre parties prenantes.

- *Extension précipitée* : Dans le fait, l'approche a suscité un vent d'espoir pour plus d'un. Mais cet espoir a été de très courte durée du fait que le projet n'a pas survécu au-delà de deux années. Les conséquences ne se sont pas fait attendre : plus des subventions pour des indigents et des peuples autochtones, plus des baisses de tarifs pour les autres catégories des usagers, et enfin, plus d'achats de la performance des FOSA et les effets qui vont avec. Nous pensons qu'une telle initiative ne doit être introduite que si le minimum du financement pour les services connexes est garanti. Au Congo, les faiblesses de son système de santé ont largement contribué à freiner la mise en œuvre du FBP. Il a été constaté une absence de financement du Gouvernement (pour assurer le bon fonctionnement des programmes de la gratuité du traitement du paludisme des enfants de zéro à 15 ans et les femmes enceintes ; de la gratuité de dépistage, bilan biologique et achat des antirétroviraux du VIH Sida ; la gratuité de la Césarienne ; de la gratuité du traitement contre la tuberculose et d'assurer l'achat des vaccins), en est un exemple épatant. Pour éviter l'arrêt de ses activités dans les FOSA, le projet FBP a été dans l'obligation d'acquérir en lieu et place du PEV et de la Centrale d'achat, respectivement des vaccins et médicaments essentiels, même si pour le cas de médicaments, l'achat a été prévu par le projet. Sur ce même élan, le projet a acquis des matériels de transport (véhicule 4x4, ambulance et motos) pour une dotation d'appui au régulateur (département, district) et à la fois aux FOSA.
- *Absence de coercition* : L'application des sanctions (suspension ou résiliation du contrat si récidiviste, perte de poste ou d'emploi en cas de faute lourde) qui devrait inciter les uns et les autres, à respecter les engagements pris, a été rarement observée. Il a été observé dans la plupart du temps, une forme de léthargie dans la prise de sanctions. Outre dans le secteur privé où après le retrait d'un contrat au premier prestataire, un nouveau contrat a été attribué au profit d'un nouveau prestataire ; dans le secteur public, aucune sanction même de type administratif n'a été prise (primauté de droit). Interrogé à ce sujet, un inspecteur (régulateur) déclare ce qui suit :

« ... pendant que les ACV bénéficiaient d'un appui conséquent, l'inspection générale de la santé qui est l'organe de contrôle du régulateur manquait presque de tout. Or l'ACV n'a pas un mandat de coercition en dehors de menace à brandir pour une éventuelle suspension ou de résiliation du contrat ».

Malgré l'introduction des outils de gestion (compte bancaire, bilan consolidé de recettes et de dépenses et l'outil indice), les FOSA ont eu du mal à privilégier une gestion saine et transparente des ressources (score sur *l'organisation générale* et sur *la gestion financière* peinent à atteindre 50%). Est-ce par manque des compétences ? Où est-ce par mauvaise foi (manque de volonté manifeste) ? Selon le rapport 2017 de la mission de la contre-vérification externe, ces lacunes trouvent leurs réponses par :

«... la faiblesse du leadership dans le sens de faire respecter les normes, les procédures et bonnes pratiques en matière de gestion des fonds publics dans les formations sanitaires ; la formule pour le calcul du bonus de performance à distribuer au personnel n'est pas bien comprise par les gestionnaires de ces formations sanitaires ».

La conséquence, c'est l'existence d'une double comptabilité (non-respect du principe de l'unité de caisse-bien que prôné par l'outil indice du FBP) au sein d'une même FOSA, on note plus ou moins du sérieux dans la gestion du compte FBP et un véritable désordre dans la gestion du compte public. Par ricochet, un double emploi pour un même agent est observé lors de calcul des primes de performance individuelle. Pour le compte FBP, une fixation forfaitaire de la prime de la performance individuelle est appliquée (= effet de démotivation). Pour le compte public, une duplication est observée dans l'octroi des primes des quotes-parts des recettes perçues des paiements directs. Entre autres raisons évoquées, la FOSA n'est autonome que sur papier ; le gestionnaire de la FOSA est limité dans la prise de certaines décisions (gestion des ressources humaines et financières de l'État). Dans la plupart du temps, ce dernier subirait des influences de la hiérarchie (régulateur), là encore, il y a frein au respect du principe de séparation des fonctions (régulateur et prestataire).

Le paiement à la performance mène toujours leurs travers. Quelques auteurs démontrent qu'au lieu qu'il crée la performance au contraire, le paiement à la performance crée de la contreperformance (Atkinson *et al.* 2014 ; De Visscher & Montuelle 2014 ; Daugnaix *et al.* 2014 ; Rouillard & Caron 2016). Dans le cadre du FBP mis en œuvre par le PDSS II, avec le paiement des indicateurs à la performance, il a été signalé par différentes évaluations que les FOSA consacraient plus d'efforts aux services les plus offrants qu'aux services les moins offrants. Cette situation crée ainsi, la démotivation pour ceux qui produisent les moins indicateurs à vendre.

4.2.3 Recommandations, validé des données et limites de l'étude

Dans le cadre de cette étude, nous avons constaté l'existence de deux lois d'une importance capitale. Il s'agit de la loi n°20-2012 du 3 septembre 2012 portant loi organique relative au régime financier de l'État et de la loi n°37-2014 du 27 juin 2014 instituant le régime d'assurance maladie universelle. La première loi répond à une exigence essentielle qui est de passer de la logique budgétaire dite « de moyens » actuellement en place au Congo à une logique dite « de résultats » ou « budgétisation par programme ». Elle s'inscrit dans l'optique de plus d'efficacité de la dépense et de l'action publique. Elle garantit une responsabilisation des acteurs et une transparence dans l'utilisation des deniers publics. La deuxième loi définit quant à elle, le contour d'un pari pour une couverture maladie universelle. Elle répond à garantir aussi bien la demande que l'offre des soins et de service de santé de qualité à tout citoyen congolais. La première est partiellement appliquée et la deuxième loi demeure jusqu'à ce jour, non appliquée. Néanmoins, elles augurent une vraie opportunité à exploiter pour le

gouvernement. L'expérience du FBP sur la contractualisation entre « l'acheteur », le « vérificateur » et le « prestataire » peut constituer une piste à explorer pour les décideurs. De même, malgré l'arsenal juridique que dispose le Congo en matière de décentralisation, le FBP a rencontré de réelles difficultés quant au respect du principe de séparation des fonctions. Il y a lieu peut-être de revisiter les choses à ce niveau afin de tirer les leçons de la mise en œuvre du FBP au Congo.

Malgré quelques avancées enregistrées grâce au bref passage du FBP et en attendant dans une certaine mesure, une évaluation formelle d'impact ou de durabilité des résultats FBP, le constat sur le terrain actuel est loin de garantir la pérennité des acquis FBP. Ce qui renvoie à la question de la soutenabilité d'une telle approche. Les FOSA du Congo sont et demeurent le siège de plusieurs problèmes notamment la dégradation des infrastructures et équipements ; l'appauvrissement du plateau technique ; le manque de transparence dans la gestion des ressources et la démotivation du personnel, la mauvaise qualité des soins, le faible accès aux médicaments, le manque des ressources humaines (qualité et quantité). Ces maux nécessitent une volonté politique des décideurs à tous les niveaux à trouver un modèle adapté aux réalités congolaises.

Dans la perspective d'une nouvelle implantation de ce type d'approche, nous recommandons aux décideurs après une phase pilote de diligenter une évaluation dépassant la simple mesure des outputs. Cette analyse doit être indépendante pour établir les hypothèses d'interventions futures avant la mise à échelle de l'approche. Ceci pour mieux comprendre les mécanismes de causalité autour de la nouvelle approche (Gautier, 2016).

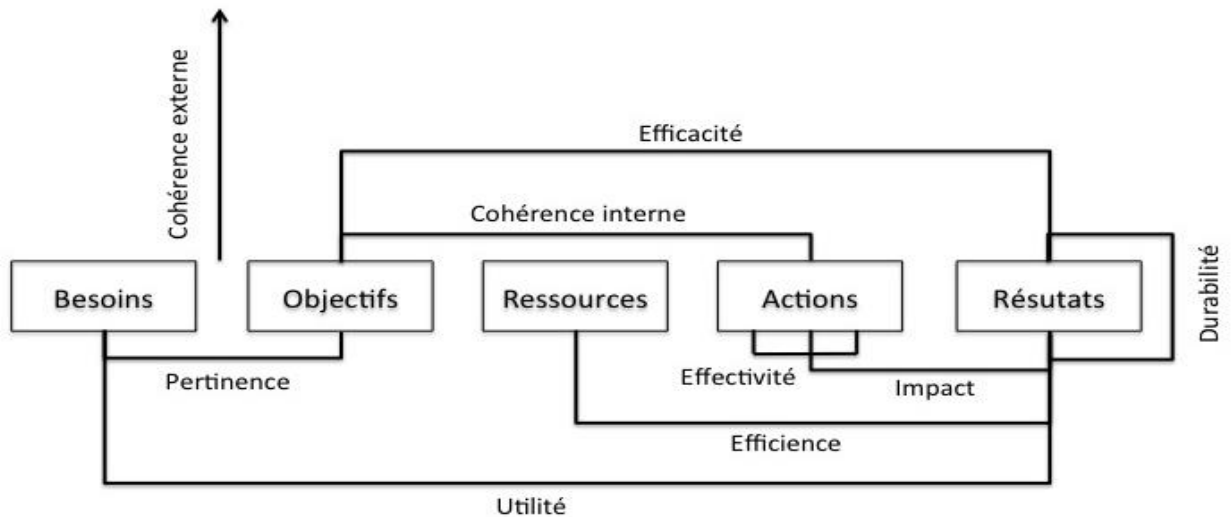


Figure 16 : Types d'évaluation des politiques publiques

Source¹⁰ : cour des comptes de France

¹⁰ Tiré du support de cours sur la conception et l'évaluation des politiques et programmes publics dispensé par le Professeur Jean-François SAVARD, PhD, ENAP (Québec), lors de sa mission à l'université Senghor à Alexandrie (Egypte).

Nous recommandons principalement au Gouvernement qu'il soit mis en place une structure, qui aura pour principale mission l'évaluation des politiques publiques et programmes associés. Il sera un organe devra contenir dans sa composition des départements couvrant dans la mesure du possible la plupart des aspects de l'évaluation, qui sont : analyses de la pertinence, de l'utilité, de l'efficacité, de l'impact, de l'efficacités, de la cohérence, de la durabilité, représentés dans la figure n°16, ci-dessous. Cette dernière recommandation tient du fait que cette activité est souvent réalisée par les agences externes. Mais aussi et surtout, elle est financièrement coûteuse. Quant au FBP, c'était un point fort avec l'expérience des ACV et de l'ACVE.

Outre les autres types d'analyses, cette structure devra surtout, mettre un accent particulier sur les analyses de processus (comment le programme est-il mis en œuvre ?), d'efficacité (à quels coûts atteints -ont les objectifs du programme ?) et des effets (le programme a-t-il eu un effet dans la communauté ?).

Nous estimons que c'est l'une des clés pour réussir la mise en œuvre des politiques et programmes publics qui pour la plupart, connaissent des résultats en quelque sorte peu satisfaisants.

Nous recommandons au ministère en charge de la santé, de pérenniser quelques acquis de la mise en œuvre du FBP avec :

- la poursuite de la stratégie de mise en place d'une démarche qualité des soins de santé dans les FOSA, cela pour que ces dernières soient compétitives ;
- la redynamisation des organes de la communauté (COSA et COGES) en renforçant leur rôle et en leur accordant une place de choix lors des enquêtes de satisfaction au sein de la communauté ;
- la promotion de la culture de la contractualisation comme outil devant permettre l'atteinte des objectifs assignés aux responsables des FOSA ;
- le renforcement de la gouvernance axée sur la redevabilité à tous les niveaux (toujours rendre compte à qui le droit)
- la poursuite de l'informatisation (DHIS 2) du système national d'informations sanitaires (SNIS) afin que les données des FOSA soient transmises en quantité et en qualité dans le délai requis par la réglementation en vigueur.

Nous recommandons également, que la gestion des hôpitaux, à défaut de confier la direction aux managers, soit orienter vers les partenariats public-privés (contrat de service) sur la fonction managériale. Ceci, pour corriger les défaillances en gestion, qui ont été soulevées lors des évaluations FBP.

Enfin, nous recommandons aux autorités locales la pérennisation d'un acquis du FBP, la tenue mensuelle de réunions du *comité départemental de coordination et de suivi des activités* des formations sanitaires. La coordination nationale (plusieurs départements ministériels) des

programmes transversaux, pose problème. Avec le FBP, ce comité local a plutôt bien fonctionné.

4.2.4 Validité et fidélité des données, et limite de cette étude

La comparaison faite entre les données transmises au district (rapport SNIS) à celles collectées par l'ACV est le premier niveau validité de données quantitatives (production des FOSA). La validation avant paiement faite lors de la réunion CDCS, est le deuxième niveau de validité de ces données. En ce qui concerne, les données liées à la qualité de cette production, ont été validées lors des réunions élargies organisées au siège du ministère en charge de la santé regroupant plusieurs acteurs (partenaires techniques, organisation de la société civile, l'équipe projet, le cabinet du ministre de la santé, ...). Aussi, pour les deux types de données, un échantillon de ces données, a été testé les missions de la contre vérification externe (ACVE).

Concernant ce mémoire, les données utilisées ont fait l'objet d'une discussion des résultats à la fin de notre stage à la CT-FBP du PDSS II (réunion de travail avec l'équipe projet).

La principale limite de ce mémoire, c'est l'absence des opinions des directeurs (responsables) des FOSA et des élus locaux ayant participé aux différentes réunions CDCS sur le FBP.

Conclusion

Au terme de notre étude que nous avons observé l'évolution des indicateurs de FBP durant la période de son introduction à sa clôture. Nous avons d'abord apprécié leur évolution, mais aussi voire de quelle manière, le FBP s'était intégré dans le système national de santé du Congo. Ensuite, nous avons procédé à la comparaison des pratiques du FBP aux éléments de mesure de gouvernance : l'efficacité, l'efficience, la redevabilité ou l'obligation de rendre compte, la transparence, la réactivité, la prospective et la primauté de droit.

À l'issue de notre analyse, nous avons noté en effet que le FBP a introduit quelques pratiques de nature à renforcer la responsabilisation, l'implication des parties prenantes, la participation de la communauté dans la gestion des formations sanitaires. Ceci surtout, grâce à la contractualisation. À cela, s'ajoute la fréquence soutenue des évaluations de la quantité et de la qualité des interventions ; aux enquêtes communautaires dites enquêtes de satisfaction des usagers ; aux audits internes et externes. Il faut souligner aussi que c'est grâce à la tenue des réunions mensuelles de suivi et de coordination au niveau local (CDCS) ; aux réunions de coordination présidées par le directeur de cabinet du ministre de la santé et de la population avec la présence d'un ensemble d'acteurs au niveau stratégique (MSP) ; à l'introduction de l'outil-indice (souhait d'une gestion transparente des finances) ; à la prise en charge des indigents (plus pauvres) pour une meilleure équité, à l'obligation faite aux FOSA d'impliquer dans leur gestion les organes de la communauté tels que le COSA, le COGES, les ASLO. Mais aussi et surtout, ce renforcement est du grâce à l'introduction des organes non étatiques de contractualisation et vérification (ACV) ; à l'introduction des technologies de l'information et de communication, numériques et connectées pour la collecte de données (*ODK-Collect*, *Open-RBF*, *Data-Collect*) et la disponibilité de l'information sanitaire (portail Web).

Toutes ces innovations dues au FBP, nous ont permis dans un premier temps de constater l'amélioration de la redevabilité (l'obligation de rendre compte), de la transparence, de la prospective, de la réactivité, et dans une certaine mesure l'amélioration des résultats dans l'optique d'atteinte des objectifs annuels. Dans un second temps, nous avons relevé l'absence de sanctions administratives malgré quelques faits de déviance de bonnes pratiques de gestion et ceci, malgré l'instauration des équipes mixtes dans les missions (la présence des inspecteurs sanitaires). A cet effet, nous avons noté le risque de complaisance et de manque de fermeté lors de mission de vérification des interventions en équipe mixte. De même, nous avons noté que le principe de séparation des fonctions, principe clé de l'approche FBP, n'a pas été facile à faire appliquer. Au regard de ces derniers éléments, nous nous sommes réservés d'apprécier si oui, la mise en œuvre du FBP a été efficace, efficiente et qu'elle a observé le principe du respect du droit. Car d'autant plus que l'atteinte effective des objectifs du projet n'a pas été prouvée (arrêt du projet à mi-parcours).

A ce jour, aucune méthode n'a réussi de résoudre le problème d'inaccessibilité des populations aux services de santé, même pas le FBP. Et, comme aucun système ou approche

n'est parfait (Shaw & Griffin, 1995). Aussi, il faudrait du temps pour établir la confiance entre les acteurs. Le temps qui d'ailleurs a manqué au FBP, à peine deux années et demie de mise en œuvre.

Nonobstant cela, suite à cette analyse, nous pouvons être rassurer que le FBP reste un levier adéquat pour promouvoir l'équité et donc, augmenter la quantité des interventions dans les FOSA. Notre hypothèse d'étude a donc été vérifiée. Car, il se trouve que des performances ont été réalisées dans les zones couvertes par le FBP au Congo.

En conclusion, nous pouvons affirmer que l'introduction de quelques outils du FBP dans les formations sanitaires au Congo « a effectivement contribué à améliorer la gouvernance des celles-ci ».

Il convient de souligner que cette étude n'est pas exhaustive, elle reste à cet effet, ouverte à d'autres recherches. Bon nombre des limites sont cependant à relever, telle que répondre avec exactitude aux questions suivantes : la mise en œuvre du FBP au Congo, a-t-elle été efficace ou non ? Aussi, est-ce qu'elle a été efficiente ou non ? le respect de la primauté du droit. Plusieurs aspects rentrent en ligne de compte ayant trait par exemple au système judiciaire pour la primauté de droit. Pour ce qui concerne, l'efficacité et l'efficience, faire intervenir d'autres indicateurs comme le taux de mortalité néonatal et infanto-maternelle.

Enfin, malgré quelques avancées enregistrées dans les formations sanitaires, suite au passage du FBP, la question de la soutenabilité de ce type de financement demeure surtout que les pays de l'Afrique subsaharienne et le Congo en particulier, sont classés comme étant de pays à faible potentiel économique : est ce type de financement peut se pérenniser dans notre contexte ? Ce questionnement se justifie pour la simple raison qu'en dehors de l'expérience plus ou moins réussie du Rwanda, le FBP n'a plus réussi à s'intégrer dans la durée dans aucun pays du sud.

Références bibliographiques

- **Ouvrages**

- Bussmann W., Klöti U., Knoepfel P. *Politiques publiques : Evaluation*. Ed. Economica. 49, rue Héricart, 75015 Paris. 1998. 438 pages.
- Dortier J. F. *Le dictionnaire des sciences sociales*. Sciences Humaines Éditions. 38, rue Rantheaume BP 256, 89004 Auxerre Cedex. 2013.
- Fritsche G. B., Soeters R. et Meessen B. *Boîte à outils : financement basé sur la performance*. Pearson France, Montreuil. 2014. 347 pages.
- June R., Chowdhury A., Heller N., Werve J. *Un guide de l'utilisateur pour mesurer la corruption*. PNUD, Centre Oslo pour la gouvernance. Oslo, Norvège. 2008.
- Knoepfel P., Larrue C., Varone F. *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Verlag Rüegger. Vol. 2. Zürich. 2006. 348 pages
- Paquet G. *La problématique gouvernance in Encyclopédie de la stratégie, ECONOMICA*. Paris. 2011.
- Shaw R. P., Griffin C. C. *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance*. Directions in development. Washington, D.C: World Bank. 1995.

- **Articles**

- Atkinson M.M., Fulton M., Kim B. -*Why do governments use pay for performance? Contrasting theories and interview evidence*-. Canadian Public Administration 2014.57(3).
- Bakkour D. -*Un essai de définition du concept de gouvernance*-. Université Montpellier 1, UMR5474 LAMETA, 34000 Montpellier, France. Av. Raymond Dugrand, CS 79606, Richter, 34960 Montpellier Cedex 2, France.2013.
- Belaid L., Bodson O., Samb O., Ridde V., Turcotte-Tremblay A. M. -*Nouvelles contributions de l'approche qualitative dans l'évaluation des interventions en santé mondiale*-. Recherches appliquées interventionnelles en santé et équité, 2017.21 pages.
- Bertrand E. *Le discours de la gouvernance participative européenne et l'idéologie néolibérale : une analyse sémantique à la lumière des travaux de Marcel Gauchet sur le néolibéralisme*. HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société. 2014. HAL Id: halshs-01140205. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01140205>.
- Castonguay J., Montmarquette C. Scott I. -*Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE*-. Rapport de projet 2008RP-02. Montréal : Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations CIRANO.2008.
- Contandriopoulos A. P. -*La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance*-. Santé Publique 20 (2) : 191. 2008. <https://doi.org/10.3917/spub.082.0191>.
- Damak Ayadi S. -*La théorie des parties prenantes : théorie empirique ou théorie normative ?*- 24ème congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, 2003, France. Association Francophone de Comptabilité, 2003. pp. 1-20. <halshs-00154139v2>.
- Daugnaix A., Goransson M., Verstraeten M. - *L'évaluation des fonctionnaires belges évolue-t-elle vers une orientation performance ?*- in Joris G., Fallon C. Formes et réformes des administrations, 2014.
- De Visscher C., Montuelle C. *Contrats de performance et relations institutionnelles des hauts fonctionnaires avec leur environnement : premiers résultats d'une enquête sur les tops managers de l'administration fédérale en Belgique*. in Joris G., Fallon C. Formes et réformes des administrations. Québec : Presses de l'Université Laval, 2014. pp.107-34.
- Diarra G., Plane P. -*La Banque mondiale et la genèse de la notion de bonne gouvernance*-. Mondes en développement n°158 (2) : 51. 2012.<https://doi.org/10.3917/med.158.0051>.

- Eboko F., Hane F., Demange É., Faye S. L. -*Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial*-. Mondes en développement. 2015. n° 170 (2) : 59. <https://doi.org/10.3917/med.170.0059>.
- Favre J., Meisel, Ould A. -*Conception de la gouvernance Regards croisés de la Banque mondiale, de la Commission européenne et du PNUD : Vers une harmonisation des conceptions de la gouvernance ?*- 2007. http://www.cepii.fr/francgraph/bdd/institut_form/documents.asp.
- Gautier L. -*Que sait-on en 2016 du financement basé sur les résultats en Afrique ?*- Université de Montréal (Canada). 2016. https://www.researchgate.net/profile/Lara_Gautier/publication.
- Kadoumaï S. -*Impact de l'implémentation du système d'information comptable sur la pratique de gouvernance dans les centres hospitaliers publics africains*-. Recherches en Sciences de Gestion n° 97 (4) : 2013. pp.89-105.
- Karemere, H., Kahindo J. B., Ribesse N., Macq J. -*Gouvernance des hôpitaux de référence en République démocratique du Congo : synthèse critique interprétative de la littérature*-. Médecine et Santé Tropicales, no 4/2013. pp. 397-402. <https://doi.org/10.1684/mst.2013.0249>.
- Kaufmann D., Kraay A. 2007. -*Governance Indicators : Where Are We, Where Should We Be Going? -in »*. In Fabre, J., Meisel & Aoudia O. (2007) *Conception de la gouvernance, regards croisés de La Banque mondiale, la Commission européenne et du PNUD : vers Une harmonisation des conceptions de la gouvernance*. <http://www.institut-gouvernance.org/docs/irg.pdf>.
- Kluwin T.N., Morris C.S. -*Lost in a giant database : The potentials and pitfalls of secondary analysis for deaf education- in -L'analyse de données secondaires dans le cadre d'évaluation de programme : regard théorique et expérientiel-*-. La Revue canadienne d'évaluation de programme 31.2. Eric Dionne, Université d'Ottawa, K1N 6N5253–261. <https://doi : 10.3138/cjpe.142.000> (2016).
- Kraay A., Kaufmann D. et Mastruzzi M. -*The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues. Policy Research Working Papers*-. The World Bank. 2010. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-5430>.
- Lacroix I., St-Arnaud P. O. -*La gouvernance : tenter une définition*-. Université de Sherbrooke Vol. IV, n° 3. 2012.
- Létourneau A. -*Les théories de la gouvernance. Pluralité de discours et enjeux éthiques* -. Vertigo, no Hors-série 6. Novembre 2009. <https://doi.org/10.4000/vertigo.8891>.
- Mallé Samb O., Ridde V., Queuille L. -*Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?*- Revue Tiers Monde 215 (3): 73. 2013. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0073>.
- Mayaka Manitu S., Meessen B., Muvudi Lushimba M. et Macq J. -*Le débat autour du financement basé sur la performance en Afrique subsaharienne : analyse de la nature des tensions*-. Santé Publique 27 (1) : 117. 2015. <https://doi.org/10.3917/spub.151.0117>.
- Mayaka Manitu S., Muvudi Lushimba M., Macq J., Meessen B. -*Arbitrage d'une controverse de politique de santé : application d'une démarche délibérative au Financement basé sur la Performance en Afrique subsaharienne*-. Santé Publique 27 : 425. 2015. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0425>.
- Paul E. et Dramé L. -*Le FBR doit être mieux intégré avec les différentes stratégies, réformes et activités du secteur de la santé au Bénin*-. 2017. Chaire recherches appliquées interventionnelles en santé mondiale et équité.
- Paul E., Ridde V. -*Débat sur le financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé en Afrique est une fausse bonne idée*-. Lors de la Colloque annuel 2018. Bruxelles (Belgique). <http://theconversation.com/debat-le-financement-base-sur-les-resultats-dans-le-secteur-de-la-sante-en-afrique-est-une-fausse-bonne-idee-105066>. Consulté le 15.01.19.
- Peerenboom P. B., Basenya O., Bossuyt M., Ndayishimiye J., Ntakarutimana L., Van de Weerd J. -*La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi*-. Santé Publique 26 (2) : 2014. 229. <https://doi.org/10.3917/spub.138.0229>.
- Peerenboom P. B., Van De Weerd J., Mushagalusa P., Zabiti M., Vroeg P. -*Revue des mécanismes de l'approche FBR dans le secteur santé au Sud-Kivu en RDC : Bonne gouvernance et l'approche FBR*-. 2015. Cordaid the Netherlands Lutherse Burgwal 10 2512 CB The Hague. www.cordaid.org.

- Remme M., Peerenboom P. B., Douzima P. M., Marcel D., Inoussa M. I., Van de Weerd J. - *Le Financement basé sur la Performance et la Bonne Gouvernance : Leçons apprises en République Centrafricaine*-. 2012. <http://www.hha-online.org/hso/financing/pillar/documentation>.
- Ridde V., Meessen B., Kouanda S. - *L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ?*- Santé Publique Vol. 23. Janvier 2011. pp. 61-67. <https://doi.org/10.3917/spub.111.0061>.
- Rouillard C., Caron I. - *Les nouvelles formes de domination dans la bureaucratie*-. in Giauque D., Emery Y. L'auteur et la bureaucratie au XXI^e siècle. Presses de l'Université Laval, 2016. pp.275-302. Québec.
- Sales E., Lichtenwalter S., Fevola A. 2006. -*Secondary analysis in social work research education : Past, present and future promise in L'analyse de données secondaires dans le cadre d'évaluation de programme : regard théorique et expérientiel*-La Revue canadienne d'évaluation de programme 31.2, Eric Dionne, Université d'Ottawa, K1N 6N5253–261 doi : 10.3138/cjpe.142.000 (2016).
- Sepey M., Ridde V., Touré L., Abdourahmane C. -*Pérennité d'un projet-pilote de financement basé sur les résultats : étude de cas dans la région de Koulikoro au Mali*-. Globalization and Health, 2017. pp.1-15. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>.
- Soeters R., collaborateurs. -*Financement basé sur la performance en Action : Théories et instruments* - Guide de cours avec 17 modules. www.sina-health.com/neuvième édition, La Haye, 2018.
- Walque, D., Cross M., Calonge J., Raymond S. -*Haïti-Etude d'impact du Financement basé sur les résultats 2016, enquête ménage-Etude de base*-. 2017. <http://microdata.worldbank.org>.
- Zombré D., Allegri M., Ridde V. -*L'introduction puis le retrait du FBR n'ont pas eu d'effet sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans la région de Koulikoro au Mali* -. Note de politique, n°4. 2017

- **Rapports techniques et documents institutionnels**

- Banque mondiale, Ministère de la santé, médecin d'Afrique. -*Rapport d'enquête de base - évaluation d'impact FPB*-, septembre 2016.
- Banque mondiale. *Étude sur le secteur privé de la santé en République du Congo. World Bank Studies. The World Bank*. 2012. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-9497-7>.
- FMI. *Le FMI et la bonne gouvernance : une fiche technique*. 2016. <https://www.imf.org/external/np/exr/facts/fre/govf.htm>. Consulté le 30.01.2019.
- Ministère de la santé et de la population. - *Rapport final des travaux de la revue du secteur de la santé à Ewo (Congo)*-, décembre 2016.
- OCDE. - *Participatory development and good governance cooperation guidelines series* », (1995),34 pp.
- OCDE. -*Direction de la gouvernance publique. - Principaux éléments de la Bonne Gouvernance*. 2018. <http://theconversation.com/debat-le-financement-base-sur-les-resultats-dans-le-secteur-de-la-sante-en-afrique-est-une-fausse-bonne-idee-105066>. Consulté le 30.08.2018.
- OMS. - *Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS, Comité régional de l'Europe Cinquante-huitième session Tbilissi (Géorgie)*, 15-18 septembre 2008
- OMS. - *Rapport sur la santé dans le monde : Le Financement des Systèmes de Santé*-. Organisation Mondiale de la Santé, Genève (2010) [disponible en ligne].
- OMS. - *Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales*-. Plateforme de pays pour l'information et la recevabilité (2011).
- OMS. - *Le programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020 : une vision pour la couverture sanitaire universelle* -, Bureau régional d'Afrique (2014).
- OMS. Organisation mondiale de la santé : *le programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020 - une vision pour la couverture sanitaire universelle*. Bureau régional d'Afrique.
- OMS. - *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement 2005 & Programme d'action d'Accra 2008*.
- OMS. Organisation mondiale de la santé : http://www.who.int/topics/health_economics/fr/. Consulté le 26.06.18. 2018.

- PNUD-CG-RNDH- Congo,- *Rapport national sur le développement humain 2015-2016*.
- PNUD. - *Discussion Paper - Governance for Sustainable Development*. One United Nations Plaza • New York, NY 10017 USA: Koninklijke Brill NV. 1997. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9927-2014006.
- Pollakusky J., Hornsby M. *Transparency International : l'indice de perception de la corruption 2017 met en avant l'ampleur du fardeau que représente la corruption dans plus des deux-tiers des pays du monde* ». Consulté le 02.06.18 sur le site Web de l'institution : <https://www.transparency.org/news/feature/corruption/perceptions/index/2017>.
- Puri S., Milverton D. *Communiqué de Presse #2005/454/WBI. La Banque mondiale publie les nouveaux indicateurs de gouvernance pour 209 pays*. 2015. <http://www.worldbank.org/wbi/governance/fra/>. Consulté le 27.10.2018.
- Unicef /Ministère du plan, l'enquête par grappes à indicateurs multiples du Congo (MICS 5 Congo 2014-2015).
- World Bank (1994) «Managing development: the governance dimension», World Bank: Washington DC. [Disponible en ligne].
- World Bank. *République du Congo - Vue d'ensemble* ». 2018. <http://www.banquemonde.org/fr/country/congo/overview#1>. Consulté le 11 janv. 2019.

Liste des illustrations

Figure 1	: Pyramide sanitaire du Congo	10
Figure 2	: Évolution du budget de l'État pour la période allant de 2013 à 2017	12
Figure 3	: Arrangements administratifs mis en œuvre dans le modèle FBP au Congo	19
Figure 4	: Synthèse des éléments théoriques	27
Figure 5	: Relations entre parties prenantes dans le FBP	28
Figure 6	: Évolution de la qualité dans les hôpitaux de base du T4-2015 au T1-2018	35
Figure 7	: Comparaison de la qualité des hôpitaux de base par indicateur	36
Figure 8	: Évolution de la qualité des centres ambulatoires du T4-2015 au T1-2018.....	36
Figure 9	: Comparaison du Score qualité des centres ambulatoires par indicateurs	37
Figure 10	: Évolution des indicateurs TBC - référence et contre référence	38
Figure 11	: Évolution des indicateurs sur la consultation prénatale-consultation des enfants	38
Figure 12	: Évolution des indicateurs accouchements-planning familial	39
Figure 13	: Évolution des indicateurs sur le conseil et dépistage VIH-PTME/ARV femme enceinte	39
Figure 14	: Vaccination des enfants - consultation externe.....	40
Figure 15	: Résultat d'enquête de satisfaction des usagers/citoyens.....	41
Figure 16	: Types d'évaluation des politiques publiques	55

Liste des tableaux

Tableau 1	: Différence entre le FBP et les anciennes approches de santé	20
Tableau 2	: Évolution des statistiques de la prise en charge des indigents	42
Tableau 3	: Synthèse de la relation entre les éléments de la gouvernance et le FBP.....	49

Glossaire

Autonomie de gestion : principe dans le Financement basé sur la performance qui renforce le pouvoir décisionnel de la structure contractante sur la manière de planifier et de gérer ses ressources (humaines, matérielles et financières). Toutefois, l'autonomie de gestion n'exclut pas le contrôle de la formation sanitaire ni le respect des normes établies par le régulateur.

Contractualisation : 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 résultat qui est négocié, puis signé entre les parties prenantes.

Achat : acte qui consiste à fixer les types de prestations à payer (prestations cliniques ou administratives), leur coût ainsi que les modalités et les mécanismes de paiement.

Subside : allocations financières qui sont remises aux structures contractées après une vérification de leur production (quantité et qualité). Ils sont remis à la structure sanitaire et sont utilisés selon son plan de management validé.

Performance : amélioration mesurée des résultats issus de la production quantitative et qualitative d'une prestation donnée (clinique et administrative)

Outil d'indice : instrument qui permet 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.)

Marché : rencontre entre l'offre et la demande. Il est caractérisé par certains principes entre autres l'élasticité, le prix, le pouvoir qui influence d'une part l'offre des services et d'autre part, la demande.

Contre-vérification : acte qui consiste à confirmer ou à infirmer les résultats fournis par une vérification faite antérieurement. Elle est faite par une agence externe qui n'a pas de lien avec l'agence qui a vérifié.

Visite à domicile : visite d'un ménage effectué par une équipe d'agents de santé communautaires ou une organisation communautaire, en utilisant un protocole qui comprend les éléments suivants : Gestion des déchets ménagers ; Lavage des mains ; Planification familiale ; Consultation prénatale ; Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ; Vaccination ; Hygiène des toilettes ; Usage des moustiquaires ; Accès à l'eau potable.

Checklist quantité - PMA (29) : Nouvelles consultations curatives ; Nouvelles consultations curatives indigent (exemption des frais) ; Une journée d'observation (hospitalisation) ; Une journée d'observation par un indigent (hospitalisation) ; Petite Chirurgie ; Petite Chirurgie – indigent ; Enfants complètement vaccinés de moins d'1 an ; Surveillance de la croissance : enfants de 6-35 mois vus en consultation préscolaire (CPS) ; Surveillance de la croissance : enfants de 6-35 mois vus en consultation préscolaire (CPS) – indigent ; Surveillance de la croissance : enfants de 36-59 mois suivis en consultation préscolaire (CPS) ; Surveillance de la croissance : enfants de 36-59 mois suivis en consultation préscolaire (CPS) – indigent ; Surveillance de la croissance : enfants de 0-59 mois traités pour malnutrition sévère modérée ; Consultation prénatale recentrée (nouvelle visite et ancienne) ; Consultation prénatale recentrée (nouvelle visite et ancienne) – indigent ; PTME : Femme enceinte testée ; Soins prénatals : 2^e à 5^e vaccination antitétanique (anatoxines tétaniques) ; Soins prénatals : 2^e dose de traitement prophylactique antipaludéen ; Consultation postnatale ; Consultation postnatale – indigent ; Accouchement en milieu assisté ; Accouchement en milieu assisté – indigent ; Planification familiale : nouvelles utilisatrices et anciennes d'une méthode de planification familiale (3 cycles de pilules + injection) ; Planification familiale : nouvelles utilisatrices et anciennes d'une méthode de planification familiale (3 cycles de pilules + injection) - indigent ; Patient référé et hospitalisé pour pathologie grave ; Visite à domicile ; Patient VIH+ sous traitement au cotrimoxazole ; Conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA ; Dépistage de la TBC (TPM+) et TBC : patients traités et guéris.

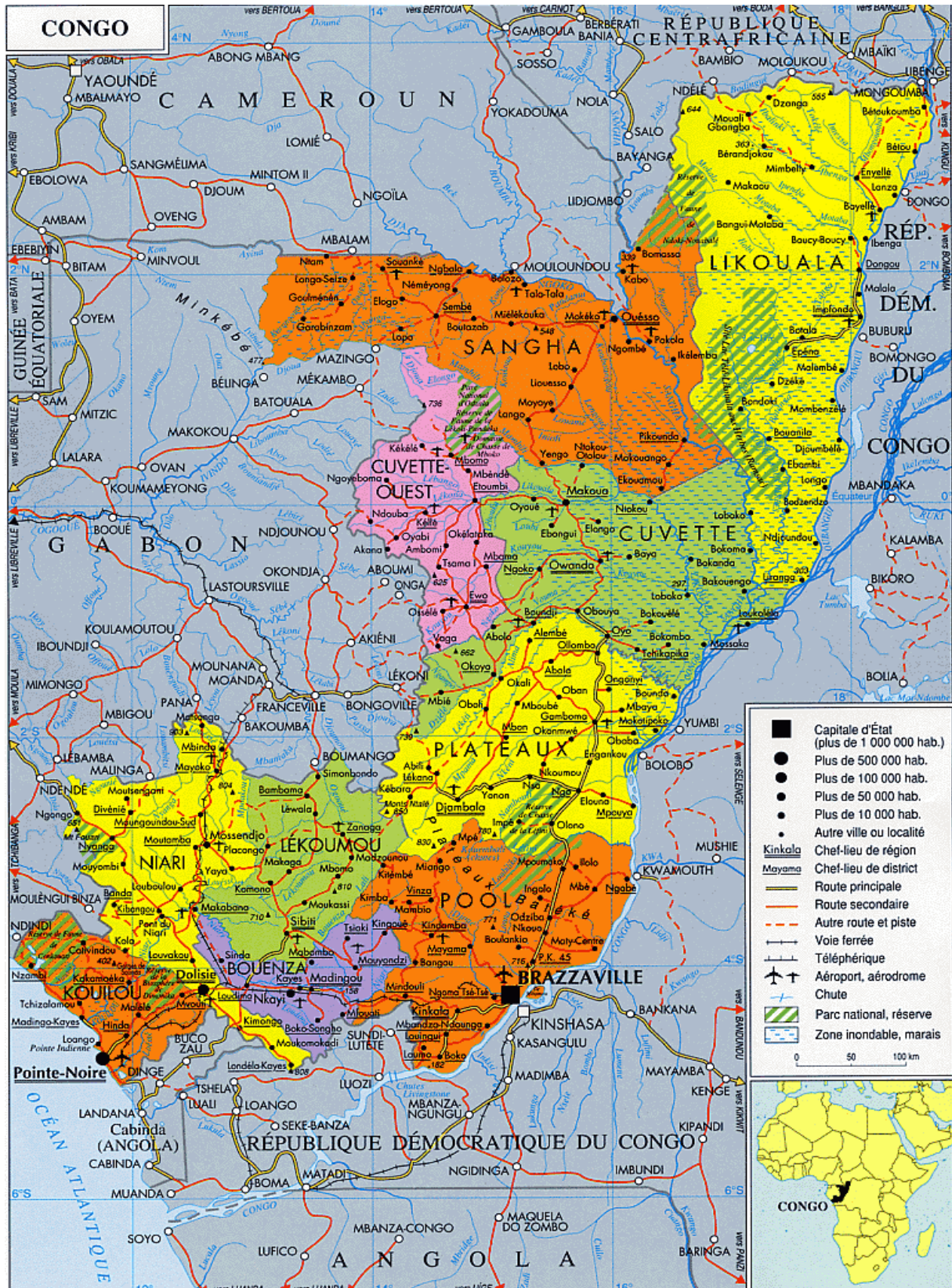
Checklist quantité - PCA (22) : consultation externe d'un médecin ou assistant médical (nouveaux cas) ; Consultation externe d'un médecin ou assistant médical pour un indigent (exemption des frais) ; Jours d'admission (d'hospitalisation) ; Une journée d'admission (hospitalisation)- indigent (exemption des frais) ; Patient référé hospitalisé pour pathologie grave ; Intervention chirurgicale majeure ; Intervention chirurgicale majeure – indigent ; Accouchement en milieu hospitalier (eutocique) ; Accouchement en milieu hospitalier (eutocique) – indigent ; Césarienne (accouchements dystociques) ; Accouchement en milieu médicalisé avec complication ; Patient sous traitement antirétroviral suivis pendant six (6) mois ; Conseil et dépistage volontaire du VIH ; Femme enceinte VIH positif sous prophylaxie ; Nouveau-né d'une femme porteuse du VIH ; Planification familiale : nouvelles utilisatrices et anciennes d'une méthode de planification familiale (3 cycles de pilules + injection) ; Planification familiale : nouvelles utilisatrices et anciennes d'une méthode de planification familiale (3 cycles de pilules + injection)- indigent ; Planification familiale : nouvelle utilisatrice d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant ; Planification familiale : nouvelle utilisatrice d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant – indigent ; Planification familiale : ligature bilatérale des trompes ou vasectomie ; Planification familiale : ligature bilatérale des trompes ou vasectomie – indigent ; Dépistage de la TBC (TPM+) ; TBC : patients traités et guéris

Checklist qualité – PMA (15) : organisation générale ; plan de management ; Finance ; comité des indigents ; Hygiène et stérilisation ; consultations externes ; planning familial ; laboratoire ; services d'hospitalisation ; médicaments et consommables ; médicaments traceurs ; service gyneco-obstetrique ; PEV, ; VIH/Sida, CPoN et CPN.

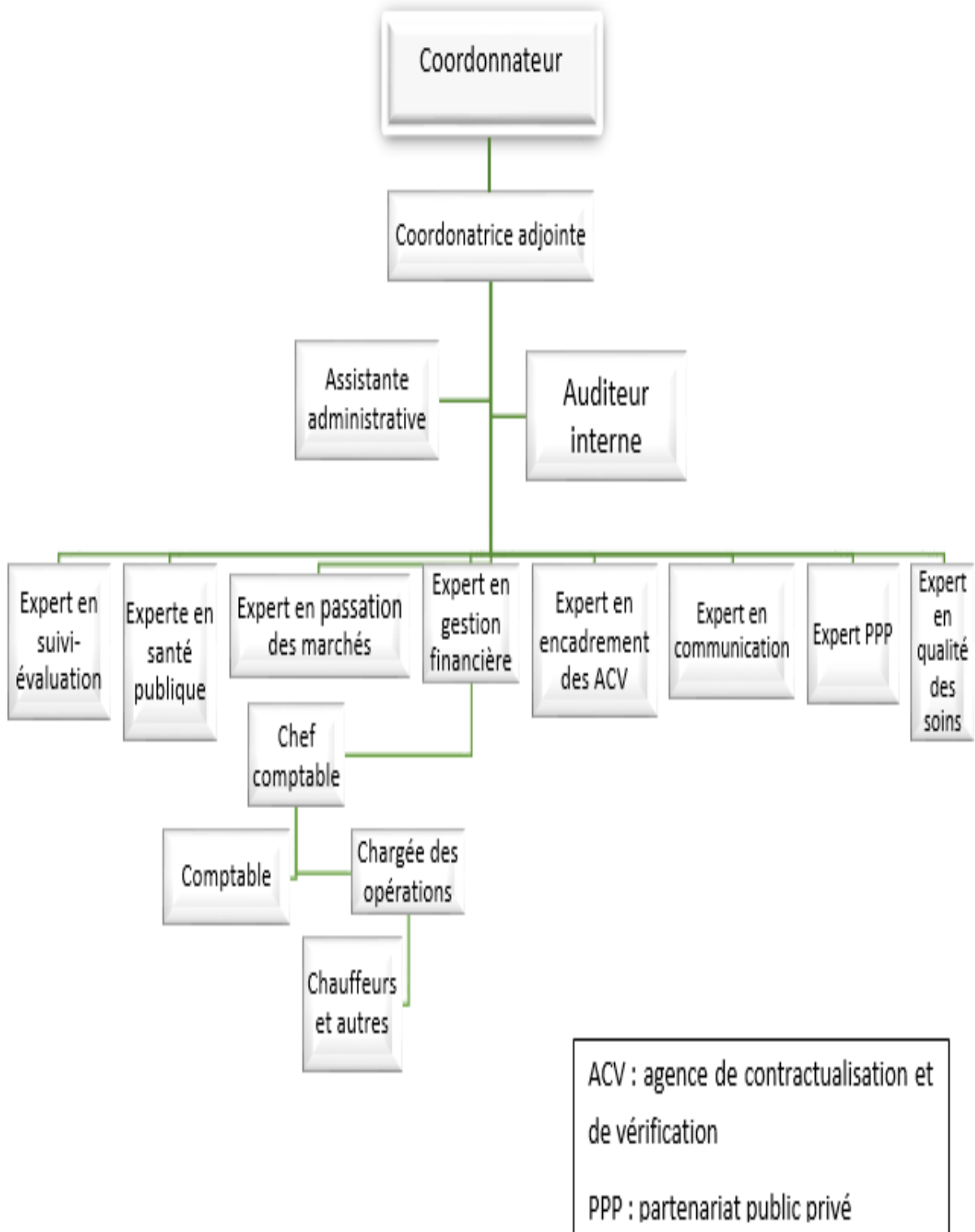
Checklist qualité - PCA (15) : organisation générale ; Plan de management ; Finance ; Comité des Indigents ; Hygiène ; Consultations externe ; Planning familial ; Laboratoire ; Services d'hospitalisation.

Annexes

Annexe 1 : Carte administrative de la République du Congo



Annexe 2 : Organigramme du PDSS II



Annexe 3 : Extrait de 5/14 indicateurs de la qualité d'une FOSA et indicateurs composites

1. Organisation générale
<ul style="list-style-type: none"> - Existence de la carte sanitaire de l'aire géographique de santé - Rapports SNIS - plan de management - comptes rendus de réunions, grilles d'évaluation qualité antérieures, rapports financiers, outils indice, relevé mensuel, grilles d'évaluation individuelle, au moins des 4 derniers trimestres, bien rangés (Avec classeurs ou chemises, dans des étagères et accessibles au responsable du moment en 5mn) - Horaire de service du personnel 24hrs/7jrs disponible dans toutes les unités et bien affiché, à jour et visible pour le personnel et les patients - Des réunions techniques avec le personnel, menées mensuellement et des Rapports/CR disponibles (3 rapports pour le trimestre) - Fiches standards de référence disponibles - Disponibilité de radio ou téléphone mobile pour la communication entre les formations sanitaires dans le rayon de l'hôpital de base - Rapports SNIS sont remplis, mis à jour et transmis au DS selon le calendrier (avec accusé de réception) - Rapport d'analyse des données de SNIS pour le trimestre évalué concernant les problèmes prioritaires - Réunion du Comité de Santé de la FOSA est tenue une fois par trimestre. Le rapport/ CR disponible. - Respect des normes de composition de l'équipe qui réalise la visite à domicile
2. Plan de Management
<ul style="list-style-type: none"> - Plans de management trimestriels pour la période actuelle et la période évaluée, faits et accessibles en 5 minutes - Les deux plans de management (période actuelle et période évaluée) sont élaborés avec des intervenants clés - Taux de réalisation des objectifs d'évaluation du plan de management de la période évaluée. Si taux supérieur ou égal à 80% = 5 points. Si taux inférieur à 80%=0 point.
3. Finance
<ul style="list-style-type: none"> - Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus (livres de caisses, livres de banque, relevés bancaires pour la période évaluée ; tenue des justificatifs, états financiers des dépenses) - Document disponible (Outil Indice) pour montrer que le calcul trimestriel de revenu, les coûts, les investissements, les subventions de performance et de fonctionnement sont effectuées - Le bonus de performance ne dépasse pas 50% du revenu total PBF de la FOSA - Existence d'un système de paiement mensuel des primes de rendement et connu par le personnel de la FOSA
4. Hygiène, élimination des déchets et stérilisation
<ul style="list-style-type: none"> - Clôture de la formation sanitaire disponible et bien entretenue - Clôture existe, peut être fermée la nuit et sans passerelle - Disponibilité d'une poubelle dans la cour - Présence de latrines / toilettes suffisantes et bien entretenues - Présence de douches bien entretenues - Fosse d'élimination des déchets (ou des bacs en zone urbaine) - Cour propre - Stérilisation selon les normes en utilisant un stérilisateur à pression - Les conditions d'hygiène assurées pendant les pansements et injections - Élimination des déchets biomédicaux selon les normes nationales
5. Consultation externe
<ul style="list-style-type: none"> - Zone d'attente : Bonnes conditions d'attente - Les tarifs contractuels sont affichés sur un tableau d'au moins un mètre carré et appliqués - Existence d'un système d'attente avec des cartes numérotées - Salle de la Consultation Externe en bon état - Salle de consultation (où les situations d'urgence sont reçues) avec de la lumière 24heures/7jours - Les consultations sont menées par le personnel qualifié - Numérotation correcte des registres - La disponibilité du service sept jours sur sept - Protocole du paludisme affiché au mur et accessible par le personnel - Paludisme simple correctement traité

- Schéma d'IRA de l'OMS affiché sur le mur et accessible pour le personnel
- 5 - Consultation externe** (suite et fin)
- Application protocole IRA
- Protocole OMS pour la diarrhée affichée sur le mur et accessible pour le personnel
- Protocole de diarrhée appliqué
- Proportion de consultations traitées avec des antibiotiques < 30%
- Directives de traitement et ordinogrammes disponibles dans la salle de consultation (ordinogrammes de PEC des affections courantes)
- Connaissance des signes de danger et des critères de référence de la tuberculose
- Stéthoscope et tensiomètre disponibles et fonctionnels
- Thermomètre disponible et fonctionnel
- Otoscope disponible et fonctionnel
- Lit d'examen pour les consultations externes
- Balance disponible et fonctionnelle
- Gestion intégrée des maladies de l'enfance est appliquée (PCIME) ...

Annexe 4 : Extrait des comités de pilotage/de coordination suivi de FBP local

Comité de pilotage national	Comité de suivi et de coordination local
<p>Par note de service n°071.17 du 27.10.17 du ministre du plan en sa qualité de gouverneur de la Banque mondiale au Congo.</p> <p><u>Composition</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Président : directeur de cabinet du ministre de plan ; • 1^{er} vice-président : directeur cabinet du ministre de la santé ; • 2^e vice-président : directeur de cabinet du ministre des affaires sociales ; • Rapporteur : directeur général du partenariat au développement (Min. Plan) ; • Secrétaire : coordonnateur du PDSS II ; • Autres membres : <ul style="list-style-type: none"> – représentant de la primature ; – représentant min. du plan ; – représentant min. des finances ; – représentant min. de l'économie ; – représentant min. des affaires sociales ; – représentant min. de la santé ; – représentant min. de l'emploi ; – directeurs des hôpitaux ; – toute personne ressource (cas échéant). 	<p>Conformément au Manuel des procédures FB du PDSS II</p> <p><u>Composition</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Président : président du conseil départemental • Vice-président : secrétaire général du département • Rapporteur : directeur départemental de la santé • Secrétaire : coordonnateur de l'ACV • Observateur : Directeur général de la santé ou Inspecteur général de la santé • Autres membres : <ul style="list-style-type: none"> – Quelques autres élus locaux ; – Responsables des FOSA ; – Toute personne ressource.

Table des matières

Dédicace	i
Épigraphe.....	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Abstract	v
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	vi
Sommaire	viii
<i>Introduction.....</i>	<i>1</i>
<i>1. Contexte du système de santé congolais</i>	<i>5</i>
<i>1.1 Organisation du système de santé congolais.....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.1 Brève présentation du contexte général congolais.....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.2 Structuration administrative du système de santé</i>	<i>6</i>
<i>1.1.3 Organisation opérationnelle des formations sanitaires.....</i>	<i>7</i>
<i>1.1.4 Brève analyse de la situation des formations sanitaires.....</i>	<i>8</i>
<i>1.2 Financement de la santé au Congo.</i>	<i>10</i>
<i>1.2.1 Définition du financement de la santé</i>	<i>10</i>
<i>1.2.2 Sources de financement de la santé.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.3 Évolution du financement de 2012 à 2015.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.4 Contexte de mise en œuvre du financement basé sur la performance.....</i>	<i>12</i>
<i>2. Concepts du financement basé sur la performance et de gouvernance</i>	<i>14</i>
<i>2.1 Concept du financement basé sur la performance</i>	<i>14</i>
<i>2.1.1 Bref historique du financement basé sur la performance.....</i>	<i>14</i>
<i>2.1.2 Définition du financement basé sur la performance.....</i>	<i>15</i>
<i>2.1.3 Montage institutionnel du financement basé sur la performance au Congo</i>	<i>17</i>
<i>2.1.4 Brève comparaison du FBP avec les initiatives internationales</i>	<i>20</i>
<i>2.2 Concept de gouvernance.....</i>	<i>21</i>
<i>2.2.1 Historicité de ce concept</i>	<i>21</i>
<i>2.2.2 Définitions de la gouvernance.....</i>	<i>22</i>
<i>2.2.3 Indicateurs de mesures de la gouvernance</i>	<i>25</i>
<i>2.2.4 Combinaison des éléments mesures de la gouvernance et ceux du FBP.....</i>	<i>26</i>
<i>3. Méthodologie utilisée et présentation des résultats de l'étude.....</i>	<i>30</i>
<i>3.1 Cadre méthodologique.....</i>	<i>30</i>

3.1.1	<i>Terrain de l'enquête</i>	30
3.1.2	<i>Stratégie de recherche</i>	30
3.1.3	<i>Échantillonnage</i>	31
3.1.4	<i>Collecte des données</i>	32
3.1.5	<i>Méthodes d'analyse des données</i>	33
3.1.6	<i>Apport du stage</i>	33
3.1.7	<i>Limites de la méthodologie</i>	34
3.2	<i>Présentation des résultats</i>	34
3.2.1	<i>Évolution des indicateurs de la qualité</i>	35
3.2.2	<i>Évolution des indicateurs quantitatifs</i>	37
3.2.3	<i>Présentation de quelques conclusions de l'enquête de satisfaction</i>	40
3.2.4	<i>Prise en charge des indigents –exemption des frais</i>	41
4.	<i>Analyse des résultats, discussion et recommandations</i>	43
4.1	<i>Analyse des résultats</i>	43
4.1.1	<i>Efficacité</i>	43
4.1.2	<i>Efficiences</i>	44
4.1.3	<i>Obligation de rendre compte</i>	45
4.1.4	<i>Transparence</i>	45
4.1.5	<i>Réactivité</i>	46
4.1.6	<i>Prospective</i>	47
4.1.7	<i>Primauté du droit</i>	48
4.1.8	<i>Le résumé de l'analyse</i>	48
4.2	<i>Discussion sur les résultats du FBP, recommandations et limites de l'étude</i>	50
4.2.1	<i>Points forts</i>	50
4.2.2	<i>Points faibles/limites</i>	52
4.2.3	<i>Recommandations, validé des données et limites de l'étude</i>	54
4.2.4	<i>Validité et fidélité des données, et limite de cette étude</i>	57
	<i>Conclusion</i>	58
	<i>Références bibliographiques</i>	lx
	<i>Liste des illustrations</i>	lxiv
	<i>Liste des tableaux</i>	lxiv
	<i>Glossaire</i>	lxiv
	<i>Annexes</i>	lxvi
	<i>Annexe 1 : Carte administrative de la République du Congo</i>	lxvi

Annexe 2 : Organigramme du PDSS II	lxvii
Annexe 3 : Extrait de 5/14 indicateurs de la qualité d'une FOSA et indicateurs composites	lxviii
Annexe 4 : Extrait des comités de pilotage/de coordination suivi de FBP local	lxix
Table des matières	lxx

