

FINANCEMENT ET QUALITÉ DES SERVICES ET SOINS DE SANTÉ

Abstract Book de l'atelier de capitalisation et échange d'expériences
sur le financement du système de santé organisé à Kinshasa du 23 au
25 octobre 2012

Février 2013

Produit avec l'appui du GRAP-PA et du CEMUBAC dans le cadre d'un projet Synergie conjoint
mené par le CEMUBAC, Action Damien, Médecine pour le Tiers Monde/Etoile du Sud sur un
financement d'ACODEV



Ont participé à cet ouvrage :

Comité organisateur

Gaëlle FONTEYNE, du centre scientifique et médical de l'université libre de Bruxelles pour ses activités de coopération (CEMUBAC) et membre de la plate-forme belge pour la santé internationale (Be-cause health), Bruxelles,

Jean-Marie NGBENGA, coordonnateur CEMUBAC, Kinshasa,

Alain IYETI, expert à la Direction d'Etudes et de Planification (DEP) du Ministère de la Santé Publique (MSP) de la République Démocratique du Congo (RDC), Kinshasa,

José KAPAKALA, représentant de l'organisation Benelux Afro Centre (BAC) en RDC, Kinshasa,

Emery BEWA, de Medische Missie Samenwerking (MEMISA) en RDC, Kinshasa,

Dirk VAN DER ROOST, secrétaire permanent de Be-cause health, Bruxelles,

Ndudi PHASI, président de l'organisation BAC et membre de Because-health, Bruxelles,

Karel GYSELINCK, président de Be-cause health, Bruxelles,

Fabienne LADRIERE, conseiller technique de l'agence belge de développement (CTB) à la DEP, Kinshasa,

Véronique ZINNEN, de l'université catholique de Louvain (UCL) et du groupe de recherche en appui à la politique sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide (Paris-Accra) dans le domaine de la santé (GRAP-PA Santé), Bruxelles.

Rédacteurs

Véronique Zinnen, de l'UCL et du GRAP-PA Santé, Bruxelles,

Robin Miteo, expert en économie de la santé, DEP-MSP RDC, Kinshasa,

Jean-Pierre Lokonga, administrateur des programmes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en RDC, Kinshasa,

Martinus Desmet, de la Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) de Belgique, Bruxelles,

Georges Minga, expert à la Direction de la préparation et suivi budgétaire, Ministère du Budget RDC, Kinshasa

Virginie Le Roy, de l'Agence Française de Développement (AFD), Kinshasa

Cornelia E. Davis, chef du Bureau Santé, United States Agency for International Development (USAID) en RDC, Kinshasa,

Michel Mingiele, expert au Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, MSP RDC, Kinshasa,

Anatole Mangala, expert au Ministère de l'Emploi, Travail et Prévoyance Sociale RDC, Kinshasa,

Chance Mpalirwa, administrateur gestionnaire au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) de Bukavu, Bukavu,

Fernand Katembwe, coordonnateur de Médecins du Monde (MDM) RDC, Kananga,

Jean-Marie Ngbenga, coordonnateur du CEMUBAC RDC, Kinshasa,

Michel Nsombi, administrateur gestionnaire de l'hôpital général de référence (HGR) de Kisantu, Kisantu,

Christian Etoza, encadreur provincial polyvalent au Sud-Ubangi, Gemena,

Fabienne Ladriere, conseiller technique, CTB-DEP, Kinshasa,
Innocent Mbala, gestionnaire de la mutuelle de santé de Kisantu, Kisantu,
Martin Kibungi, coordinateur de l'Etoile du Sud (EDS) RDC, Kinshasa,
Valère Arakayo, coordonnateur médical d'Action Damien (AD) RDC, Kinshasa,
Julien Cheruga, encadreur technique de MEMISA-Equateur RDC, Gemena,
Esto Bahizire, représentant du Programme Solidarité Santé Sud Kivu, Bukavu,
Emmanuel Lampaert, de Médecins Sans Frontière (MSF) Belgique en RDC, Kinshasa,
Jacques Kokolomami, coordinateur du Fonds de Développement des Services de Santé (FDSS) du 9^{ème} Fonds Européen de Développement (9^{ème} FED), Kinshasa,
Didier Ramanama, conseiller technique (10^{ème} FED) pour le programme d'appui à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PAPNDS) au Nord Kivu, Goma,
Edouard Guevart, conseiller technique de la CTB pour le projet d'Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP) du Kwilu, Kikwit,
Jean-Serge Ngaima, Projet Afrinest, Gemena,
Alain Iyeti, expert à la DEP - MSP RDC, Kinshasa,
Jean-Robert Kikanda, de l'HGR de Kikwit 2 et du BDOM de Kikwit, Kikwit,
Dirk Van der Roost, Be-cause health, Bruxelles,
Wim Van der Veken, conseiller technique de la CTB pour le Plan National de Lutte contre la Trypanosomiasse Humaine Africaine (PNLTHA) en RDC, Kinshasa,
Yves Kluyskens, de MEMISA Belgique, Bruxelles,
Léonard Matamba, directeur du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM) de RDC, Kinshasa.

Sommaire

AVANT PROPOS	9
LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION.....	13
1. Contexte et problématique	13
2. Thème et objectifs de l'atelier.....	14
3. Organisation et approche méthodologique	15
PANEL 1 : LE FINANCEMENT DE LA SANTE : CONCEPTS ET TYPOLOGIE	17
1.1. Synthèse des présentations	17
1.1.1. Le financement des politiques de santé en Afrique Sub-saharienne : acteurs, modalités et mécanismes	17
1.1.2. Principaux modes de financement de la santé	19
1.1.3. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle	20
1.1.4. Efficience et Equité : une contribution au cadre d'analyse d'impact des modalités de financement	22
1.2. Discussions	24
1.3. Recommandations.....	24
PANEL 2 : LE FINANCEMENT DE LA SANTE EN RDC.....	27
2.1. Synthèse des présentations	27
2.1.1. Leçons apprises de l'atelier de capitalisation sur la reforme du financement du système de santé en RDC	28
2.1.2. Processus de budgétisation et mobilisation des fonds de l'Etat.....	30
2.1.3. Appui des partenaires au renforcement du système de santé	31
2.1.4. Dépenses de santé de 2008-2011 en RDC,.....	32
2.1.5. Le progrès de la RDC sur le chemin de la couverture universelle	34
2.1.6. Contribution des mutuelles de santé dans la régulation du système de santé : expérience des mutuelles de Kinshasa	35
2.2. Discussions	36

2.3. Recommandations.....	36
PANEL 3 : LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET LES COMMUNAUTÉS : ACCESSIBILITÉ, QUALITÉ ET ÉQUITÉ.....	39
3.1. Synthèse des présentations	39
3.1.1. Cessation d'une expérience de fonds d'achat de services de santé et ses conséquences sur les systèmes locaux de santé : cas de la RD Congo	39
3.1.2. Amélioration de la qualité à travers un renforcement de la gestion d'une ZS, expérience ZS Nyantende	41
3.1.3. Amélioration de la qualité des services de santé après analyse du coût de fonctionnement des hôpitaux : expérience de Mwetshi	43
3.1.4. Améliorer la qualité des soins rendus aux patients dans un hôpital de Kinshasa : par où commencer ?	44
3.2. Discussion de la plénière	45
3.3. Recommandations de la plénière.....	46
3.4. Sessions parallèles.....	47
3.4.A. Les modes particuliers de paiement des services et soins	47
A.3.4.1 L'impact de la facturation à l'épisode maladie sur l'utilisation des services de santé. Cas de la ZS de Katako Kombe en RDC.....	47
A.3.4.2. L'application de la tarification forfaitaire subsidiée a l'HGR de Kisantu avec l'appui d'ASSNIP/Bas Congo. Qu'en est-il de la durabilité ?	50
A.3.4.3.Mise en œuvre de la tarification forfaitaire dans la ZS de Budjala : Outil efficace d'amélioration de l'accès et du financement des soins de santé ?.....	51
A.3.4.5. L'impact de la tarification forfaitaire subsidiée sur la viabilité de la mutuelle de santé de Kisantu : de 2009 à 2011	52
A.3.4.6. Discussions	53
3.4. B. Le financement des problèmes spécifiques de santé	53
B.3.4.1. Les défis de la participation communautaire dans l'accessibilité aux soins de qualité : expérience comparée de 3 ONG en RDC.....	53
B.3.4.2. La prise en charge médicale des plus vulnérables (indigents) : Expérience du Fonds d'Équité dans la ZS de Bokonzi (Sud Ubangi) 2004-2009	55
B.3.4. Niveau socio-économique & recours aux soins : comparaison entre ménages mutualistes et non-mutualistes au Sud Kivu.....	56

B.3.5. Accès aux soins de santé primaires et secondaires : résultats et leçons apprises de l'expérience de MSF à Lubutu	57
B.3.6. Discussion de la session parallèle B	58
Recommandations du groupe B	59
PANEL 4 : LE FINANCEMENT DE LA SANTE AU NIVEAU PROVINCIAL	61
4.1. Synthèse des présentations	61
4.1.1. L'appui à la réforme du niveau intermédiaire : expérience du PARSS	61
4.1.2. Financement de l'action sanitaire au niveau provincial : AGEFIN et renforcement du métier gestion des ressources au sein des DPS	62
4.1.3. Le Financement des FOSA et des ECZ dans le cadre du PA PNDS : rôle des plans de management dans l'amélioration de l'exécution des dépenses et amélioration de la qualité des soins	62
4.1.4. Mise en place de l'équipe d'encadrement du niveau intermédiaire pour le Kwilu	65
4.1.5. Restructuration organique et développement d'une compétence transversale au sein de l'équipe d'encadrement : Cas du District Sanitaire du Sud Ubangi, Province de l'Equateur, RD Congo	67
4.1.6. Mobilisation des ressources et financement des activités de coordination : expérience de la Division Provinciale de la Santé de la Province Orientale	69
4.2. Discussions	70
4.3. Recommandations	72
PANEL 5 : LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET LES RESSOURCES HUMAINES	73
5.1. Synthèse des présentations	73
5.1.1. Plan national de développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS)	73
5.1.2. Motivation des ressources humaines et qualité des services : expérience de la DEP	75
5.1.3. Problématique de l'harmonisation des compléments de rémunération : dialogue entre le GIBS et le MSP	78
5.1.4. La motivation des ressources humaines spécialisées : expérience des bénéficiaires de Return to Care	79
5.1.5. La charte des acteurs de la coopération belge au développement sur le recrutement et l'appui au développement des ressources humaines pour la santé des pays partenaires	80
5.2. Discussions	82

5.3. Recommandations.....	82
PANEL 6 : LES FINANCEMENTS PARTICULIERS ET CIBLÉS	85
6.1. Synthèse des présentations	85
6.1.1. Le financement de la lutte contre la trypanosomiose humaine africaine en RDC.....	85
6.1.2. Les maladies chroniques non transmissibles	86
6.1.3. L'accès financier à l'insuline pour les personnes diabétiques et les initiatives du secteur privé.....	89
6.1.4. Appui à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé : Expérience d'Action Damien au Nord-Kivu.....	89
6.1.5. La pérennisation du Capital Médicament dans les Zones de Santé : expérience du PNAM91	
6.2. Recommandations.....	92
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES.....	95
ANNEXES	97
1. Liste des participants.....	97
2. Agenda de l'atelier	101

AVANT PROPOS

L'existence d'un système de santé performant est l'une des conditions indispensables, non seulement pour atteindre les objectifs du millénaire, mais surtout pour diminuer la souffrance humaine des plus vulnérables. C'est dans cette vision que le Ministère de la santé de la République Démocratique du Congo et ses partenaires ont adopté, en février 2006, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, SRSS en sigle, pour entre autres objectifs améliorer l'accès des populations à des soins de santé de qualité.

Les résultats issus de l'enquête des Comptes Nationaux de la santé réalisés en 2008 et 2009 concernant l'offre des services de santé renseignent que la part de la communauté dans les dépenses globales en santé représente 42%, celle des partenaires internationaux de santé 36%, celle du Gouvernement 12% et celle des entreprises 10%. Ces résultats montrent que la charge du financement de la santé est essentiellement portée par la communauté qui au départ est pauvre dans sa grande majorité. Le Ministère de la Santé Publique est conscient que le mode de paiement appliqué dans nos services de santé qui consiste en un paiement direct pose énormément de problèmes à la population et contribue à accentuer son état de pauvreté.

Pour répondre à cette préoccupation, le Ministère de la Santé Publique a initié la réforme du financement de la santé afin de parvenir à une diminution des dépenses irrationnelles, à une meilleure coordination des appuis en promouvant la synergie des interventions dans le but de parvenir progressivement à la couverture universelle en santé. La réforme hospitalière et le projet de loi sur la Couverture Universelle (organisation de l'assurance maladie obligatoire) s'inscrivent dans ce processus.

Les expériences et bonnes pratiques, lorsqu'elles sont échangées, offrent la matière pour alimenter un dialogue pour une meilleure compréhension et l'appropriation des approches. Le Ministère de la Santé Publique à travers sa Direction d'Etudes et Planification a développé un esprit de réflexivité en organisant et participant à plusieurs ateliers de capitalisation qui permettent le partage et la valorisation des expériences avec leurs résultats et partant, l'adaptation des politiques, normes et directives qui régissent le secteur.

Cet atelier nous a paru très utile en ce qu'il a permis de bien cerner le processus de mise en place de la couverture universelle et les enjeux y relatifs à travers des mécanismes de partage de risques et de coûts, dont les mutuelles de santé, et de formuler des recommandations dans le sens de pousser les acteurs vers la complémentarité des approches en vue de garantir l'équité et la justice sociale dans le système d'offre des soins.

La Direction d'Etudes et Planification dispose, à travers ces riches expériences, d'une mine d'informations qui permettra d'avancer vers l'accès universel aux soins de santé. Notre plus grand souhait est que cette collaboration se poursuive afin d'améliorer le financement du système de santé en vue d'une meilleure accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité.

Dr Hypolite KALAMBAY,

Directeur de la Direction d'Etudes et Planification

LISTE DES ABREVIATIONS

AD	Action Damien
AFD	Agence Française de Développement
AGEFIN	Agence de Gestion Financière
AM	Arrêté Ministériel
ASSNIP	Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique
BAC	Benelux Afro Centre
BCZ(S)	Bureau Central de la Zone de Santé
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BM	Banque Mondiale
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CDTC	Centre de Dépistage et de Traitement Contrôle
CCT	Comité de Coordination Technique du CNP-SS
CDR	Centrale de Distribution Régionale (de médicaments essentiels)
CEMUBAC	Centre scientifique et médical de l'université libre de Bruxelles pour ses activités de coopération
CHIP	Country Health Intelligence Platform
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Système de Santé
CORDAID	Catholic Organisation for Relief and Development AID
CPLT	Cellule Provinciale pour la Lèpre et la Tuberculose
CPN	Consultation Prénatale
CPP-SS	Comité Provincial de Pilotage du Système de Santé
CS	Centre de Santé ou Convention Spécifique
CTB	Agence belge de développement
CUS	Couverture Universelle pour la Santé
DAF	Direction Administrative et Financière
DEP	Direction d'Etudes et de Planification du Ministère de la Santé
DFID	Department For International Development (coopération britannique)
DGD	Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DM	Direction Pharmacie, médicaments et plantes médicinales
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCR	Document de stratégie et croissance pour la réduction de la pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
ECP	Equipe Cadre Provinciale
EDS	Etoile du Sud
EPP	Encadreur Provincial Polyvalent
ESP	Ecole de Santé Publique
FED	Fonds Européen pour le Développement
FDSS	Fonds de Développement des Services de Santé
FOSA	Formation sanitaire
FP	Fonction Publique
GAVI-RSS	Global Alliance for Vaccines and Immunization – Renforcement du Système de Santé
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GRAP-PA	Groupe de recherche en appui à la politique sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide (Déclaration de Paris et Accra)", dans le domaine de la santé
HGR	Hôpital Général de Référence
IHP+	The International Health Partnership and related initiatives / Partenariat International pour la Santé et Initiatives connexes

IHTP	Integrated Healthcare Technology Package
IMD	Inspection Médicale de District
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
MCNT	Maladie Chronique Non Transmissible
MDM	Médecins du Monde
MEG	Médicaments essentiels génériques
MEMISA	Medische Missie Samenwerking ou Coopération Médicale Missionnaire
MID	Médecin Inspecteur de district
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSF	Médecins Sans Frontière
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PA	Plan d'Action
PAP	Plan d'Action Prioritaires (DSCR)
PAPNDS	Programme d'appui à la mise en œuvre du PNDS (10 ^{ème} FED)
PARSS	Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé (BM)
PBF	Performance-Based Financing
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire (2000-2009)
PDSZ	Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé
PGAI	Plateforme de Gestion de l'Aide et Investissements
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités (CS)
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNDHRHS	Plan national de développement des Ressources Humaines en Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015)
PNLD	Programme National de Lutte contre le Diabète
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNPMS	Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PS9FED	Programme Santé 9 ^{ème} Fonds Européen de Développement
PTF	Partenaire Technique et Financier
RA	Revue Annuelle
RDC	République démocratique du Congo
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines en Santé
RSS	Renforcement du Système de Santé ou Recherche sur les Systèmes de Santé
SG	Secrétaire Général
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SWAp	Sector-Wide Approaches
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development (USAID)
USD	United States Dollars
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé

INTRODUCTION

1. Contexte et problématique

Le Ministère de la santé publique (MSP) de la République démocratique du Congo (RDC), à travers sa Direction d'Etudes et Planification (DEP) et avec l'appui de son partenaire institutionnel, l'agence belge de développement (CTB), a organisé, en collaboration avec Be-cause health, plateforme belge pour la santé internationale, un atelier d'échange et de capitalisation sur le thème « **Financement et qualité des services et soins de santé : renforçons ensemble la santé en RDC** » du 23 au 25 octobre 2012 à Kinshasa. Cet atelier fait suite à celui organisé du 23 au 25 février 2011 sur la capitalisation des expériences menées autour de la réforme du financement du secteur de la santé en RDC.

En effet, le Ministère de la santé de la RDC et ses partenaires ont adopté, en février 2006, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) pour pallier aux multiples faiblesses du système de santé congolais. Cette stratégie est mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) avec le concours et le financement de tous les partenaires au développement afin de répondre aux préoccupations liées à l'amélioration de la qualité des services et soins de santé offerts aux populations. La SRSS a fait du financement l'une des priorités pour une offre de soins de santé de qualité à l'ensemble de la population, cela en vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le diagnostic de la situation du financement de la santé, posé lors de l'élaboration du PNDS et de la révision de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé en 2010, a permis d'en dégager les problèmes prioritaires ; problèmes qui interpellent tous les acteurs intervenant dans le secteur en RDC. Il s'agit, entre autres, de la modicité du budget de l'Etat consacré à la santé - qui reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'Etats pris à Abuja (consacrer 15% du budget national pour la santé), la fragmentation de l'aide au développement consacrée à la santé, mettant ainsi en péril le caractère global, continu et intégré des soins de santé, le manque d'encadrement dans l'utilisation des ressources financières provenant de la communauté alors qu'elles constituent dans la plupart des cas les seules sources permettant aux formations sanitaires d'assurer leur fonctionnement. Enfin, le paiement direct des soins par la population est contraire aux principes de couverture universelle prônés par l'OMS ; ce mode de paiement entraîne l'exclusion de près de 75% des usagers des services de santé à cause de la pauvreté.

Plusieurs approches du financement de la santé se développent en RDC. Il s'agit notamment du financement des services et soins de santé à travers la tarification forfaitaire, les mutuelles de santé, les Fonds d'Achat de services, le financement basé sur les performances, et de multiples initiatives de couverture universelle. Ces approches sont couplées à une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins dans les structures de santé. Si ces expériences apportent certains éléments de réponse aux préoccupations du secteur sur le financement de la santé, elles suscitent également de nouvelles interrogations.

En effet, les différentes modalités de financement ne permettent pas toujours d'améliorer l'accessibilité des populations aux soins et services de santé de qualité. Dans certains cas, elles affaiblissent davantage le système de santé suite à la quête disproportionnée de

résultats rapides imposés par certains bailleurs : plutôt que de se concentrer sur la mise en œuvre des actions relatives au développement de leurs zones de santé, les Equipes Cadres des Zones consacrent une importante partie de leur temps à répondre aux exigences des programmes et projets qui gèrent ces financements.

Pour mettre fin aux dysfonctionnements décrits, le MSP de la RDC a initié la réforme du financement du secteur de la santé afin de parvenir à une meilleure coordination des appuis et promouvoir la synergie des interventions avec comme soucis l'accessibilité financière de tous les congolais à un paquet de services et de soins essentiels de qualité. Dans ce processus, il est important pour le MSP de mener un dialogue avec les autres parties prenantes et de réfléchir ensemble à ce qui a changé dans le financement du système de santé depuis l'adoption de la SRSS. Il s'agit de mettre en exergue les lueurs d'espoir, les signes annonciateurs d'un changement, les bonnes (ou mauvaises) pratiques, et de réfléchir sur certains aspects prioritaires de cette réforme du financement du secteur, entre autres sur des principes non encore partagés. La complexité de la situation sanitaire de la RDC et les défis du renforcement du système de santé imposent aux acteurs d'apprendre des réalités du terrain afin de mieux aborder les questions qui s'y posent.

Le présent atelier s'est donc inscrit dans une dynamique de « capitalisation » consistant à présenter plusieurs expériences en rapport avec la réforme du financement du secteur de la santé tout en suscitant des discussions permettant d'enrichir les connaissances collectives des différentes parties prenantes, de relever d'éventuels principes nouveaux qui ne devraient pas échapper à cette réforme, et de dégager de manière consensuelle les succès et les limites de ces expériences ainsi que les modalités d'extension dans le secteur.

2. Thème et objectifs de l'atelier

Le thème principal retenu pour cet atelier est « **Financement et qualité des services et soins de santé : renforçons ensemble la santé en RDC** ».

Le thème principal s'est décliné en six sous-thèmes :

- Les concepts et la typologie du financement de la santé ;
- Le financement de la santé en RDC ;
- Le financement et les communautés : accessibilité, qualité et équité ;
- Le financement de la santé au niveau provincial ;
- Le financement de la santé et les Ressources Humaines ;
- Les financements particuliers et ciblés.

L'objectif général était d'amener les acteurs du secteur de la santé à une compréhension partagée des enjeux et réalités du financement de la santé et de l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre du renforcement des systèmes de santé afin d'optimiser les interventions. L'objectif spécifique était que le cadre conceptuel du financement du secteur de la santé soit enrichi et permette à la RDC d'évoluer vers la couverture universelle en santé.

Au regard des priorités du MSP, quatre principaux résultats étaient attendus :

1. Les approches de financement et d'amélioration de la qualité des services et soins de santé sont partagées et analysées dans leurs processus et résultats ;

2. Les pistes d'amélioration de la coordination et du financement des programmes de santé issues des expériences et bonnes pratiques sont proposées ;
3. La dynamique de concertation et de capitalisation des expériences et bonnes pratiques dans le secteur de la santé par rapport au financement des services et des soins de santé est lancée avec l'appui des acteurs belges ;
4. L'engagement des participants est obtenu pour mettre en œuvre les recommandations de l'atelier et de travailler davantage en synergie avec d'autres acteurs dans les programmes de coopération actuels et futurs.

3. Organisation et approche méthodologique

L'atelier a été co-organisé par la Direction d'Etudes et Planification (DEP) du Ministre de la Santé Publique de la RDC, appuyée par la CTB, et Be-cause health, plateforme belge pour la santé internationale. Le comité d'organisation était composé de membres de la DEP, de la cellule de coopération de l'Ambassade de Belgique en RDC et de Be-cause health, représenté par Benelux Afro Center, le GRAP-PA santé, le CEMUBAC et MEMISA-Belgique.

Les travaux préparatoires ont porté sur les aspects logistiques et l'inventaire des expériences de terrain et bonnes pratiques en rapport avec les questions de fonds inventoriées. Une attention particulière a porté sur la présence des acteurs qu'on entend le moins souvent puis sur leur accompagnement afin de les aider à structurer et à partager leurs expériences.

L'atelier proprement dit s'est tenu au centre Caritas à Kinshasa du 23 au 25 octobre 2012. Les participants étaient les cadres du MSP de la RDC, les acteurs de la coopération belge (l'Ambassade de Belgique, la CTB, les ONG et autres acteurs appuyés par la coopération belge), les Ecoles de Santé Publique locales (Kinshasa et Lubumbashi) et les autres acteurs de la coopération et des ONG du secteur de la santé. La liste des participants est reprise en annexe. Les travaux ont combiné deux approches méthodologiques, notamment les présentations, suivies de discussions en plénière et deux sessions en panels thématiques.

La cérémonie d'ouverture a été présidée par le Directeur de cabinet du Ministre congolais de la Santé Publique, en présence du Secrétaire Général à la Santé, le Représentant du Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS), le Président de Be-cause health et l'Ambassadeur de Belgique en RDC.

Le Secrétaire Général a rappelé l'intérêt de ces assises qui se tenaient juste après la réunion du Comité National de Pilotage – Secteur Santé, celui-ci ayant mis en évidence les contraintes de financement pour la mise en œuvre du PNDS.

La Coordinatrice du Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS) a fait mention des préoccupations des bailleurs à propos du sous-financement de l'Etat dans le secteur, la déficience dans la gestion des ressources humaines, le retard dans la mise en œuvre des réformes institutionnelles, les difficultés d'approvisionnement en médicaments essentiels, intrants spécifiques et vaccins ainsi que du manque de coordination qui rend difficile la maîtrise des ressources.

Le Président de Be-cause health a situé cet atelier dans un cadre de renforcement institutionnel basé sur l'apprentissage au bénéfice de la population. Il a rappelé l'importance du cycle d'apprentissage dans la construction du système de santé et son lien avec la

capitalisation. Il a enfin insisté sur le rôle clé des cadres du Ministère, les professionnels de santé à tous les niveaux du système, les Partenaires Techniques et Financiers, ainsi que les Acteurs Non-Gouvernementaux (ANG) pour faire évoluer ce cycle d'apprentissage.

L'Ambassadeur de Belgique en RDC a rappelé le sens du partenariat et l'opportunité offerte par cet atelier pour apporter des réponses concrètes aux défis et problèmes du secteur en vue de faire avancer la mise en œuvre de PNDS par un programme d'action crédible et réaliste. Il a insisté sur la vision de la pérennité et de la durabilité des politiques de santé publique et ses exigences dans la responsabilisation des usagers. Il a réaffirmé la volonté de la Belgique à continuer à accompagner la RDC dans son développement social.

Le Représentant du MSP a rappelé à toutes les parties prenantes que la SRSS et le PNDS s'imposent à tous pour l'alignement des interventions dans la logique de la gestion axée sur les résultats et la redevabilité prônées par le Gouvernement.

PANEL 1 : LE FINANCEMENT DE LA SANTE : CONCEPTS ET TYPOLOGIE

1.1. Synthèse des présentations

Quatre présentations ont constitué l'essentiel de ce panel. Elles portaient principalement sur : 1) un éclairage sur les différents aspects du financement du secteur de la santé des pays en développement, en les situant dans le contexte du nouveau paradigme pour l'efficacité de l'aide ; 2) la présentation des grands axes des politiques de financement de ces pays pour atteindre la « Couverture Universelle en Santé » ; 3) un rappel et une discussion autour des concepts d'équité et d'efficacité, engagement pris par les Etats dans l'atteinte de la couverture universelle.

Ces présentations ont permis de fixer l'architecture générale dans laquelle les présentations des panels suivants se sont inscrites, en illustrant les cas/thèmes par l'expérience de terrain.

1.1.1. Le financement des politiques de santé en Afrique Sub-saharienne : acteurs, modalités et mécanismes

(Véronique Zinnen, GRAP-PA Santé, UCL Belgique)

La présentation est divisée en trois parties : le contexte, les sources de financement et les modalités de financement.

Le contexte

Les systèmes de santé des pays en développement sont encore largement dépendants de l'aide internationale pour leur financement. L'architecture de l'aide dans le secteur de la santé s'est extrêmement complexifiée et un nouveau paradigme, qui vise une meilleure efficacité de l'aide, a vu le jour à travers le respect des principes de la Déclaration de Paris (appropriation, alignement, harmonisation, orientation vers les résultats, responsabilité mutuelle) et la mise en place de nouveaux instruments comme l'approche sectorielle, les fonds communs et l'appui budgétaire.

Ces changements ont des implications au niveau des politiques avec la nécessité, pour les autorités locales, de développer une politique et un programme sectoriel suffisamment consensuels pour être soutenus par les partenaires du développement, tout en assurant leur leadership pour « cadrer » les acteurs autour de cette politique et de ce programme. Cela implique aussi de renforcer le système de santé dans son ensemble (les 6 piliers décrits par l'OMS en 2007) ce qui est en opposition avec le fait que, à l'heure actuelle, beaucoup de financements sont encore ciblés sur des thématiques ou des régions particulières.

Qui finance la santé ?

Les états financent la santé mais la proportion du budget national alloué à la santé est très variable et reste généralement inférieure aux 15% qui avaient été décidés et ratifiés par de nombreux pays en 2001 lors de la déclaration d'Abuja. De même, le seuil des dépenses totales par habitant et par an pour les pays avec un PNB inférieur à 1000 USD reste très inférieur au seuil qui avait été fixé à 34 USD en 2001 alors même que ce seuil a déjà été revu à la hausse par deux fois : 44 USD en 2009 et qui devrait même atteindre 60 USD en 2015.

L'aide extérieure pour la santé était en forte croissance durant la première décennie des années 2000 (de 5,6 milliards USD en 1990 à 21,8 milliards USD en 2007), même si cette aide

reste insuffisante par rapport aux besoins du secteur (les pays à faible revenu dépensent en moyenne 25 USD par habitant et par an pour la santé, dont 10 USD viennent du paiement direct par les communautés, et seulement 6 USD de l'aide extérieure). L'augmentation des ressources n'est pas toujours corrélée avec l'« efficacité ». Par contre, l'aide extérieure pour la santé est parfois plus corrélée avec le fardeau de certaines maladies et/ou le nombre d'habitants et beaucoup moins avec le produit intérieur brut par habitant. Des déséquilibres dans l'affectation de l'aide ont été constatés avec des disparités en fonction des pays. D'une part, l'aide est parfois dirigée vers des pays qui supportent les OMD plutôt que les pays qui appuient les soins de base. Il a été noté que sur 14,5 milliards de USD d'aide au développement santé en 2007, 5,1 milliards étaient destinés à la lutte contre le SIDA comparé à 0,7 pour la tuberculose, 0,8 pour le paludisme et 0,9 pour l'appui au système de santé. D'autre part, l'entièreté de l'aide ne constitue pas nécessairement un plus. En effet des études ont montré que pour chaque dollar qui vient de l'aide internationale pour la santé, les dépenses gouvernementales en santé avaient été réduites d'un montant allant de 0,43 USD à 1,14 USD et que pour chaque dollar d'aide théorique au secteur de la santé, seulement 0,37 USD y était réellement ajouté.

Les communautés continuent d'assumer la plus grande part du financement de la santé depuis les initiatives de Bamako et les politiques de recouvrement des coûts. On note que plus un pays est pauvre et plus sa population finance les dépenses de santé. Les cas extrêmes concernaient 33 pays en 2007 avec plus de 50% des dépenses totales en santé qui étaient financées par le paiement direct des ménages. Parallèlement, dans la plupart des PED, les ménages ont vu leurs revenus diminuer et donc leur capacité à couvrir les frais de santé aussi. C'est ainsi que dans certains pays, et dans l'agenda de certains colloques, le retour à la gratuité des soins se retrouve à l'ordre du jour. Il existe en effet une corrélation entre les dépenses directes des ménages et l'appauvrissement de ceux-ci. Ce n'est que lorsque le recours aux paiements directs des ménages est limité à 15-20% des dépenses totales de santé que l'incidence des dépenses catastrophiques et l'appauvrissement atteignent des niveaux négligeables.

Les principales modalités de l'aide

Globalement, et suite aux initiatives pour améliorer l'efficacité de l'aide (Approche Sectorielle, Déclaration de Paris, Agenda d'Accra, Partenariat International pour la Santé et Initiatives connexes), les principales modalités de financement de la politique sectorielle en santé sont : i) les projets de développement, ii) les fonds communs (Basket funds) et iii) l'appui budgétaire sectoriel ou global. Il est important de signaler qu'une approche sectorielle est à différencier de ses modalités de financement (en effet, on constate parfois de la confusion sur les concepts avec l'approche sectorielle qui est assimilée à l'approche budgétaire).

Au niveau opérationnel, il existe également une grande variété de flux pour assurer le financement des services de santé en provenance soit du niveau national (selon budget/région/district pour salaires, médicaments, appuis divers, etc.), soit de l'aide extérieure (bi, multi, privée, ONG) pour l'appui direct aux régions/districts/structures sanitaires ou pour des appuis directs ciblés et/ou des appuis qui réduisent la quote-part des usagers, soit de la communauté via le recouvrement des coûts avec différents mécanismes visant l'universalité, la solidarité et l'équité. Les tendances actuelles qui se détachent sont que : les financements basés sur les performances ainsi que la gratuité partielle ciblée rencontrent des problèmes majeurs de pérennité ; la santé est devenue un facteur

d'appauvrissement des populations ; dès lors, il faut se diriger vers le chemin de la couverture universelle et mettre en place progressivement des systèmes de taxation ciblée pour assurer la santé des indigents et des systèmes de prépaiements et d'assurance santé obligatoire.

Principales références

1. WHO. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO 2007.
2. Keeley B. From Aid to Development The Global Fight against Poverty. OECD 2012.
3. Dickinson C. Is aid effectiveness giving us better health results? HLSP 2011.
4. Publications et travaux du GRAP-PA Santé. <http://www.grap-pa.be/>
5. Cavagnero E, Lane C, Evansa D, Carrina G. Development assistance for health: should policy-makers worry about its macroeconomic impact? Bulletin of the World Health Organization 2008;86:864–870.
6. WHO. The World Health Report Health Systems Financing The path to universal coverage. WHO 2010.
7. World Bank WDI database 2008.
8. Stuckler D, Basu S, McKee M. How government spending cuts put lives at risk. Nature 2010, 465:289.
9. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kemon K, Michaud CM, Jamison DT, Murray CJ. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007 Lancet. 2009 Jun 20; 373(9681):2113-24.
10. Ooms G, Stuckler D, Basu S, McKee M. Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push'. Globalization and Health 2010, 6:17.
11. High Level Taskforce IIFHS, 2009
12. Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray CJL. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. Lancet 2010, 375(9723):1375-1387.
13. Institute for Health Metrics and Evaluation. IHME Datasets IHME DAH 1990-2009 database (<http://fr.slideshare.net/IHME/financing-of-global-health-ihme-0609>)
14. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. Bulletin World Health Organization. 2009 Dec;87(12):930-9.

1.1.2. Principaux modes de financement de la santé

(Robin Miteo, Expert en économie de la Santé, DEP-MSP RDC)

Cette présentation identifie, sous un angle différent, les différentes sources de financement des services de santé ainsi que les différentes formes que peuvent prendre les financements des soins de santé. Il faut en effet connaître les dépenses totales de santé, l'origine et l'importance de tous les apports/sources pour pouvoir élaborer des stratégies de financement viables, efficaces et équitables en affectant les ressources d'une façon rationnelle.

La mobilisation des ressources

Les sources primaires identifiées dans cette présentation sont le budget de l'Etat, les ménages, les partenaires de développement et les entreprises. Sept modalités de collecte des ressources sont présentées et expliquées. 1) **Les impôts** : source qui est qualifiée de pérenne et équitable mais qui est tributaire des performances économiques du pays et des

performances de services de recouvrement de l'impôt. 2) **L'assurance maladie sociale ou privée** qui repose sur les cotisations des particuliers et des employeurs. Le financement communautaire via les 3) **mutuelles et les cotisations de solidarité**. 4) **Le paiement direct** par les usagers qui compromet davantage l'égalité d'accès et dissuade les plus déshérités à recourir aux services sanitaires. 5) **Les comptes d'épargne maladie** pour épargner en vue de couvrir les dépenses de santé mais n'est viable que dans une économie où la propension à épargner est élevée. 6) **Les ressources extérieures** qui comprennent les subventions et prêts des organisations internationales ou des états, l'aide des coopérations multilatérales, bilatérales, des ONG, etc. 7) **Les taxes spéciales pour la santé** comme celles appliquées sur l'alcool ou le tabac dans certains pays.

D'une autre façon on peut aussi classer le financement en trois grandes catégories. En un, **le secteur public** avec le financement par l'Etat, les collectivités décentralisées et l'assurance sociale obligatoire. Ensuite **le secteur privé** avec les assurances privées, le financement communautaire et les mutuelles, la tarification, les ménages, les entreprises, etc. Enfin la troisième catégorie représentée par **l'aide extérieure** avec les coopérations, les ONG, les fondations, etc.

La mise en commun des ressources

Cette section s'intéresse à qui mutualise ou gère l'argent car les ressources ne sont pas liées à un cotisant particulier. Ici aussi, on retrouve l'Etat avec le Ministère de la Santé et d'autres ministères concernés, les ménages, les assurances, les mutuelles et les entreprises.

Destination des ressources ou l'achat des services

Il faut ensuite allouer les ressources collectées et mises en commun aux prestataires de soins que sont les hôpitaux, les centres de santé, les cliniques, les programmes, les services, le personnel, etc., via des passations de marché entre acheteurs et prestataires, et des transactions entre clients et prestataires. Cela se réfère aussi aux modes d'achat des services qui peut influencer sur l'accès, la qualité, l'utilisation, la productivité et l'efficacité du système.

Les critères de performance du mode de financement

Ces critères concernent l'équité pour l'accès et pour les contributions, l'efficacité tant technique qu'allocationnelle, la réactivité, le contrôle des coûts et la durabilité. Par exemple, le paiement direct, de par sa nature, ne permet qu'un faible contrôle des coûts possibles.

Conclusions

Le financement est étudié dans l'optique d'atteindre des résultats en matière de santé avec équité, efficacité, qualité, pérennité, accessibilité, etc. Le fait est qu'il n'existe pas une solution miracle puisque chaque mode de financement a ses forces et faiblesses. Néanmoins, la tendance est la mixité des sources de financement avec la vision d'une meilleure utilisation des ressources disponibles et mobilisées à l'intérieur du secteur.

1.1.3. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle

(Jean-Pierre Lokonga, administrateur des programmes de l'OMS RDC)

Cette présentation est divisée en quatre sections, en partant des attentes d'un système de santé et en rappelant quelques repères historiques pour se diriger vers la couverture universelle tout en précisant quelles sont les principales barrières à cette couverture.

Les attentes d'un système de santé

Aujourd'hui, les systèmes de santé classiques sont sous l'influence d'un certain nombre de tendances caractéristiques, à savoir : une importance disproportionnée accordée aux soins tertiaires spécialisés que l'on qualifie souvent « d'**hospitalo-centrisme** » ; la **fragmentation**, qui résulte de la multiplication des programmes et des projets ; et la **marchandisation** envahissante des soins de santé, consécutive à la dérégulation des systèmes de santé. Les prestataires se rendent bien compte que ces systèmes de santé n'apportent plus une réponse satisfaisante aux besoins et à la demande, et qu'ils sont mus par des intérêts et des objectifs sans rapport avec les attentes de la population. Les réformes en faveur des soins de santé primaires doivent être menées et poursuivies pour obtenir de meilleurs soins et une meilleure protection sanitaire. Ces réformes des soins de santé primaires ont pour but de faire en sorte que les ressources de la société soient utilisées avec plus d'équité pour mettre en place des services sanitaires axés sur les besoins et les attentes de la population, en définissant également des politiques publiques qui garantissent l'accès universel aux soins centrés sur la personne et la santé des communautés.

Quelques repères historiques

L'aspiration à atteindre la Couverture Universelle a été incluse à plusieurs reprises, dans la Constitution de l'OMS de 1948, dans la déclaration d'Alma-Ata de 1978 et dans le rapport sur la santé dans le monde de 2008 sur les soins de santé primaires (OMS). De même, la Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 2005 invitait les pays à développer leur système de financement de la santé afin de s'assurer que tout le monde puisse avoir accès aux services de santé nécessaires sans risque financier lié aux paiements pour les soins.

La réforme des soins de santé primaires a concerné la couverture universelle pour plus d'équité, les soins de santé de base pour des soins qui tiennent compte des gens, une action multisectorielle pour des communautés mieux protégées et la meilleure gouvernance dans le secteur de la santé pour redonner confiance.

La couverture universelle

C'est garantir un accès pour tout le monde, c'est-à-dire pas d'exclus (équité), à des soins nécessaires et de bonne qualité pour la promotion, la prévention, le traitement et la rééducation (résultats) sans que cela n'entraîne des difficultés financières pour les patients (protection contre le risque financier). Les trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle en fonction des fonds disponibles sont d'étendre la couverture à davantage de personnes, d'offrir plus de services et de couvrir une plus grande partie des coûts directs.

La situation actuelle avec quelques chiffres

Globalement, environ 150 millions de personnes par an font face à des difficultés financières sévères et environ 100 millions sont poussées en dessous du seuil de pauvreté à cause des paiements directs qu'elles doivent effectuer pour les services de santé reçus. Par rapport aux engagements des états en matière de dépenses en santé, seulement 3 pays d'Afrique Sub-saharienne (Botswana, Rwanda et Zambie) dépensent plus de 44 USD par an et ont une proportion du budget national alloué à la santé supérieure à 15%. Aucun autre pays ne dépasse les 44 USD de dépenses en santé par habitant et par an.

Les principales barrières à la couverture universelle

Tous les pays, riches et pauvres, font face à au moins un des trois problèmes fondamentaux de financement de la santé qui empêchent les pays de se rapprocher d'une couverture universelle.

La première barrière est la disponibilité des ressources, soit des fonds insuffisants pour la santé. La deuxième barrière est la dépendance encore trop importante aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins : ces paiements (e.g. honoraires et divers frais) découragent les populations les plus vulnérables de recourir aux soins et causent des problèmes financiers, pouvant aller jusqu'à l'appauvrissement. Enfin, la troisième barrière est l'utilisation inefficace (avec beaucoup de gaspillage) et inéquitable des ressources.

Principales références

1. WHO. Rapport sur la santé dans le monde – Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais. WHO 2008.
2. WHO. Rapport sur la santé dans le monde – Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle. WHO 2010.
3. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans TG. "Protecting households from catastrophic health expenditures", *Health Affairs*, 26(4):972-983, 2007.

1.1.4. Efficience et Équité : une contribution au cadre d'analyse d'impact des modalités de financement

(Martinus Desmet, DGD Belgique)

L'équité et l'efficience sont des paramètres importants du cadre conceptuel pour l'évaluation des différentes modalités de financement dans le secteur santé. Cette présentation étudie brièvement ces deux concepts pour que tous les participants aient la même compréhension de ces deux termes.

Introduction

Dans la littérature économique, pour l'évaluation de l'impact de différentes modalités de financement et de production de services, on utilise notamment comme paramètres standards l'efficience et l'équité.

D'une part, il est important de se faire comprendre en dehors de ceux qui s'occupent du secteur de la santé. En effet, souvent les termes de qualité de soins et qualité de services ne sont compris que par les initiés du secteur santé. En utilisant un langage et des paramètres plus généralement acceptés et utilisés, cela pourrait sans doute aider le plaidoyer en faveur du secteur dans le débat public en RDC, pour des financements supplémentaires.

D'autre part, le cadre conceptuel des modalités de financement de la santé doit permettre à la RDC d'évoluer vers la couverture universelle en santé et il apparaît qu'une analyse d'impact des différentes modalités de financement sur l'efficience et l'équité contribuerait à enrichir ce cadre surtout dans son volet évaluation. Et comme il est reconnu que l'atteinte d'une couverture universelle en santé prendra du temps, il importe d'apprécier chaque modalité et dans quelle mesure elle contribue à ce processus.

L'équité

L'équité concerne l'amélioration de l'accès et l'augmentation de l'utilisation.

Pour ce concept, une double question se pose. Tout d'abord, *est-ce que le mode de financement permet plus d'utilisation des services et plus d'utilisation dite équitable?* Ensuite, *est-ce que le mode de financement permet une répartition équitable de la charge de paiement ?*

Du côté de l'utilisation de services et le paramètre de l'équité, et au terme des expériences relatées, existe-t-il des modalités de financement qui mettent les populations plus sur le chemin d'une couverture universelle que d'autres et pourquoi ?

Et du côté de la charge des paiements, quelles sont les modalités qui répartissent mieux que d'autres les charges de financement, c'est-à-dire qui tiennent plus compte de la capacité de payer par la population ? Y a-t-il dans cette optique des gradations dans les modes de financement car la mise en œuvre des trois dimensions de la couverture universelle va prendre du temps ?

Lors de l'évaluation des performances des projets, les résultats quantitatifs bruts sont souvent privilégiés comme par exemple, le nombre de nouveaux cas sur une période donnée dans différentes structures et différentes zones. Bien que ce type de résultat soit intéressant, il ne permet pas d'évaluer les effets d'une modalité de financement sur l'amélioration de l'équité. Pour ce faire, il faut ajouter, dans le cadre conceptuel, les interactions et les facteurs associés à ces résultats comme les paramètres socio-économiques, les groupes vulnérables (femmes, enfants, membres de famille générateurs de revenu, personnes handicapées, etc.), l'état de pauvreté des différents individus, familles, villages, etc. d'une population donnée (et ne pas considérer uniquement les indigents).

L'efficience

La définition de l'efficience touche deux aspects : les objectifs ou les résultats obtenus et les ressources nécessaires pour y arriver. En termes simples, l'efficience nous aide à réfléchir à comment obtenir un résultat – que ce soit côté qualité ou quantité - avec le moins de ressources possibles. Exprimé d'une autre façon : c'est qu'il n'est pas permis qu'on sacrifie des ressources pour le secteur santé qui ne sont justifiables.

Le processus de recherche d'efficience comporte souvent des éléments de rationalisation et de réforme. Plus généralement, on considère la filière des prestations de services et on développe une approche systémique pour décider où un service doit être installé, avec quel plateau technique, et pour quelle qualité de soins. Dans la littérature, par exemple, on démontre que l'intégration des services produit en elle-même des gains d'efficience dans le système de santé, surtout au premier et deuxième échelon.

Par ailleurs, l'efficience est souvent oubliée ou pas suffisamment considérée dans toutes ses dimensions dans l'équation de l'évaluation de l'impact des différentes modalités de financement sur la performance du système de santé. Ces dimensions touchent à la fois aux ressources humaines et aux autres inputs dans la production des soins. Et la rationalisation des effectifs n'est certainement pas le seul élément pour améliorer durablement les prestations des services et la performance systémique. De même, la problématique des intrants ne se limite pas à assurer une chaîne d'approvisionnement, mais englobe également la rationalisation de l'utilisation de ces intrants par le développement et l'utilisation effective de protocoles rationnels de prise en charge des catégories de maladies partant des plaintes des patients. Et l'évaluation de l'application de ces protocoles à son tour nécessite un travail d'équipe et une confiance mutuelle et collégiale.

1.2. Discussions

La discussion a porté sur les principales questions suivantes :

Malgré la nette augmentation du financement et l'élaboration de stratégies sectorielles cohérentes, il existe toujours une discordance au regard du mode de financement des bailleurs internationaux ; et certains ne s'alignent toujours pas : plus de 50% des financements extérieurs sont destinés à la lutte contre seulement trois maladies et il ne reste plus beaucoup d'espace pour un financement holistique. Quelle interprétation pouvons-nous avoir ? Quelles actions menées pour résoudre ce problème ?

Pour expliquer cette persistante contradiction, il a été question de la qualité des approches sectorielles et du manque de leadership national qui n'impose pas le respect des principes d'harmonisation et d'alignement. Le manque de gouvernance a été également évoqué pour expliquer le manque d'enthousiasme de certains partenaires à l'alignement. Il a été dit également que la création des fonds globaux est souvent liée à la volonté de résoudre des problèmes « mondiaux ».

Dans les sources de financement, quel est le rôle des ONGs ? Sont-elles plus ciblées sur le renforcement des systèmes de santé ?

Les ONG dépendent de leurs bailleurs principaux dans la limite de leurs visions et objectifs propres. Néanmoins, les ONG sont devenues les exécutants (et non les financeurs) de projets financés par ailleurs par les initiatives globales comme le Fonds Mondial pour le VIH/SIDA.

Dans la typologie et les actions de financement, n'a-t-on pas oublié la santé des populations ?

Le résultat final de tous les programmes et financements est bien évidemment l'amélioration de la santé des populations mais pour y arriver, il est essentiel d'améliorer le système de santé dans son ensemble.

Que fait l'OMS concrètement pour aider les pays à tendre vers la couverture universelle ?

En premier lieu, éviter le gaspillage des ressources au niveau des structures (pléthore, HGR ne produisant pas des résultats), et en second lieu, privilégier les mécanismes de solidarité où les riches paient pour les pauvres et les non malades pour les malades.

Devant la pauvreté réelle et importante, comment augmenter l'équité et quelles stratégies mettre en œuvre pour que la charge sur les usagers soit moindre ?

D'une part, éviter le gaspillage comme les constructions de nouveaux hôpitaux sans réhabiliter ce qui existe. D'autre part, mettre en place des systèmes de solidarité, des mutuelles qui soient volontaires, à vocation universelle.

1.3. Recommandations

- Le pays doit renforcer son leadership et faire un bon plaidoyer pour amener les partenaires du développement à s'impliquer et s'aligner dans le financement du système de santé national.
- Au niveau international, il est essentiel d'avoir des lignes directrices claires pour réduire la fragmentation existante dans l'aide internationale.
- Définir davantage les différentes composantes et dimensions de la qualité des services et des soins dans le cadre conceptuel des modalités de financement de la santé.

- En référence au principe d'équité, il faut prendre en compte l'accès et l'utilisation des services dans la présentation et l'analyse des résultats et les mettre en relation avec des critères socio-économiques et les groupes vulnérables.
- Développer et articuler des mécanismes efficaces et équitables de subvention des soins pour améliorer l'accessibilité, comme des mécanismes de protection sociale adaptés au contexte et aux situations sociales.
- Développer une stratégie de complémentarité des financements (financements croisés : forfait/mutuelle, forfait/subvention, etc.) pour l'accès et la qualité en vue de la couverture universelle.

PANEL 2 : LE FINANCEMENT DE LA SANTE EN RDC

2.1. Synthèse des présentations

Ce panel a connu sept présentations, une présentation de rappel des recommandations de l'atelier de capitalisation d'avril 2011, une présentation d'information sur l'application web du Ministère de la Santé des bases des données de financement et cinq présentations cadrant directement avec le thème et qui sont résumées dans les lignes qui suivent.

Le financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur 4 sources comprenant : des ressources financières domestiques (budget de l'Etat provenant du Gouvernement Central et Provincial/ou des Entités Territoriales Décentralisées), du financement communautaire (paiement direct des ménages et la participation communautaire), du financement privé (lucratif ou non lucratif), des ressources financières issues de l'aide internationale.

Le pays a connu un déclin général du financement public, après la décennie 80, suite aux crises multiformes qui ont induit une compression drastique des finances publiques. Le financement extérieur et les recettes du recouvrement des coûts ont permis le maintien d'une offre minimale des services de santé, mais de faible qualité.

Les problèmes que pose le financement du secteur de la santé en RDC sont de quatre ordres :

1. Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'Etat à Abuja (15%) et son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur ;
2. L'aide internationale consacrée à la santé reste fragmentée. Cette fragmentation de l'aide a conduit à celle des prestations mettant ainsi à rude épreuve le caractère global, continu et intégré des soins de santé primaires dans les Zones de Santé (ZS) ;
3. Les ressources financières qui proviennent de la communauté par la tarification, bien que constituant dans la plupart des cas les seules ressources qui font fonctionner les formations sanitaires, ne sont pas régulées ;
4. Le paiement direct au lieu où les soins de santé sont offerts est contraire aux principes de couverture universelle chère aux soins de santé primaires, excluant près des trois quarts des usagers des services des soins formels du fait de la pauvreté.

La réforme du financement de la santé vise les résultats suivants : (i) une augmentation annuelle de la part du budget de l'Etat consacrée à la santé pour atteindre 10% du budget national d'ici 2015, ainsi que l'augmentation de son taux d'exécution et l'amélioration de la pertinence de son affectation , (ii) la réduction progressive de la fragmentation de l'aide internationale consacrée à la santé conformément à l'agenda de Kinshasa, (iii) l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité, (iv) la maîtrise du volume de financement privé (lucratif, non lucratif et les entreprises) et l'amélioration de la pertinence de son affectation, (v) le costing et la planification des ressources pour le fonctionnement des services du secteur de la santé à tous les niveaux.

2.1.1. Leçons apprises de l'atelier de capitalisation sur la réforme du financement du système de santé en RDC

(Fabienne LADRIERE, Assistante Technique de la CTB près de le DEP-Santé, RDC)

Plusieurs leçons étaient dégagées de l'atelier de capitalisation sur la réforme du financement de la santé organisé en Avril 2012.

Les dépenses en santé de la RDC sont, en 2009, de 15 USD par habitant par an et 42 % de ces dépenses sont faites par les ménages confrontés à la maladie en paiement direct. Ce sont les patients hospitalisés qui dépensent le plus. C'est dire que la dépense en santé des ménages n'est portée finalement que par une infime frange de la population.

Les dépenses effectuées par le Gouvernement comprennent aussi les dépenses pour les soins des agents de l'état tout statut confondu (dont les évacuations sanitaires pour les plus chanceux). Elles concernent aussi les dépenses liées aux catastrophes et aux épidémies soudaines, des fonds qui ne renforcent pas le système de santé.

L'étude des coûts de l'offre des soins au niveau d'une ZS normée¹ a montré qu'il fallait en moyenne 18 USD par habitant et par an pour être capable d'offrir un PMA dans 10 CS, la prise en charge du SIDA dans 2 CS et le PCA dans l'HGR, hormis l'investissement. En mettant en parallèle ces études (comptes nationaux de la santé et Costing), il s'était dégagé un gap important entre les besoins et le niveau effectif de financement du système et une injustice sociale criante liée au fait que c'est sur les malades hospitalisés que retombent la plus grosse charge.

Des expériences nous ont montré que les financements extérieurs peuvent pallier au phénomène de pompe aspirante. Mais ce phénomène recommence dès que ces financements cessent. Il y a peu de moyens de pérenniser les effets des financements extérieurs sur le phénomène de la pompe aspirante, si ce n'est une véritable action politique de **plaidoyer auprès du Gouvernement** pour mobiliser plus de financement publics en faveur du secteur (déclaration d'Abudja) et pour adresser ces financements à la rémunération d'un personnel compétent, dévoué et rationalisé (réforme de l'administration publique).

Toutes les expériences qui ont été présentées ont toutes montré qu'avec des ressources financières supplémentaires, qu'elles soient introduites sous forme de FASS, de FBP, de subsides à la tarification forfaitaire, de subsides à l'achat de médicaments, de subsides aux

¹ La ZS normée est vue comme une zone complètement dotée d'infrastructures durables et des équipements requis. Le coût ne contient que l'amortissement de ces infrastructures et équipements. C'est ce qui fait la différence avec les 60 USD par habitant et par an recommandé par l'OMS qui inclut les dépenses en investissement

cotisations des affiliés à une mutuelle de santé, les indicateurs d'utilisation des services de santé s'améliorent mais que ceux-ci régressent dès l'arrêt de la subvention.

Les indicateurs d'utilisation ne mesurent par l'impact des différents modes de financement. Ceci nous conduit à dire qu'il faut plus s'intéresser aux changements durables que pourraient induire tous les appuis partenaires

Plusieurs expériences ont montré qu'un centre de santé dont la gestion a été renforcée, qui offre un paquet d'activités d'un niveau de qualité acceptable et qui a renoué le dialogue avec sa communauté de responsabilité, parvient à générer des recettes qui assurent son fonctionnement. Cela semble indiquer qu'il est dès lors préférable **d'injecter les financements extérieurs** sur les services administratifs de la ZS, le fonctionnement de l'HGR, les investissements et les gros frais d'entretien.

Dans un contexte de sous-financement, les expériences de **financement d'actions ciblées** conduisent facilement à une « dé globalisation » de l'offre de soins du fait qu'ils attirent les ressources de l'offre globale de soins vers ces actions ciblées. Les risques sont énormes de financer plusieurs fois la même chose au lieu de mettre ensemble ces appuis ciblés en vue d'un réel **renforcement du système de santé dans sa globalité**. Contrairement aux actions ciblées, toutes les actions qui conduisent à une meilleure gestion et une meilleure gouvernance, à un niveau quelconque du système de santé, sont toujours des acquis **durable** pour le système pour autant que les ressources humaines impliquées dans ce changement aient adhéré volontairement à ce changement en lui reconnaissant des **valeurs**.

Des expériences nous ont appris que la qualité des soins peut aussi être améliorée en attachant de l'importance à une **gestion rationnelle** et à une **comptabilité transparente**. Un mode de tarification doit tenir compte à la fois de la volonté de vouloir améliorer l'accessibilité financière de la population aux services de santé, de l'équité qui doit exister entre les malades dans l'accessibilité financière aux services de santé, des coûts réels de fonctionnement et des ressources financières.

Aucun des mécanismes de financement ne doit occulter un de **quatre acteurs clés**, le tiers-payeur, le régulateur, le prestataire et la communauté. Les expériences de mutuelles de santé ont montré leur capacité à améliorer l'accessibilité, améliorer la gestion financière par la canalisation des ressources et à améliorer la rationalisation des services. Le passage à l'échelle des expériences des mutuelles de santé est un des moyens d'atteindre la couverture universelle. Mais il faut pour cela que les mutuelles obtiennent la confiance de tous. Cela nécessite qu'elles soient gérées de manière professionnelle et qu'elles aient recouru à des études sérieuses de coûts et des capacités contributives avant de démarrer.

2.1.2. Processus de budgétisation et mobilisation des fonds de l'Etat

(Georges Minga, Direction de la préparation et suivi budgétaire, Ministère du Budget, RDC)

Le budget constitue l'outil pivot des finances publiques et est « l'expression chiffrée du programme d'actions du gouvernement » présenté en équilibre. Le processus budgétaire se décompose en la programmation, l'adoption/promulgation et l'exécution.

Le budget public comprend les recettes (recettes fiscales, dividendes, transferts et dons) et les dépenses (fonctionnement, investissement et service de la dette).

Les 3 principes budgétaires des finances publiques ont été rappelés :

1. Principe d'Annualité budgétaire : le budget est voté annuellement pour l'exercice budgétaire correspondant à l'année civile. Les engagements doivent se faire avant le 31 octobre et l'ordonnancement/paiement doit intervenir avant le 31 décembre.

2. Principe d'Unité budgétaire : le budget se présente sous forme d'un seul document retraçant l'exhaustivité des recettes et dépenses de l'Etat suivant la nomenclature commune aux dépenses de fonctionnement et investissement.

3. Principe d'Universalité : l'ensemble des recettes couvre l'ensemble des dépenses et se décompose en 2 règles, la règle de non-compensation qui interdit la compensation des dépenses et des recettes et la règle de non-affectation qui interdit l'affectation d'une recette à une dépense déterminée.

Le processus budgétaire est réglementé par plusieurs documents, notamment la Constitution, le Règlement Général de la Comptabilité Publique, la loi Financière qui définit les règles d'élaboration, de présentation et d'exécution du budget ainsi que les compétences et les modalités de gestion du budget et le Manuel de procédure du circuit de la dépense publique. Annuellement, une circulaire contenant les instructions relatives à l'élaboration du budget de l'Etat pour l'exercice (Ministère du Budget) est produite. Les enveloppes globales allouées au ministère de la santé sont définies par les autorités financières (fonctionnement – investissement).

Le budget est approuvé par l'Assemblée Nationale (session d'octobre), discuté en octobre - novembre avec adoption avant la fin décembre, et promulgué par le Président de la République (en principe avant le 31 décembre de l'année précédant l'exercice budgétaire). L'exécution budgétaire commence après promulgation de la loi et de la circulaire contenant les instructions relatives à l'exécution budgétaire.

Il existe plusieurs intervenants dans la chaîne d'exécution pour une opération « bien et matériel » au niveau de l'« administration centrale ». Les opérations sont réparties en 4 phases :

- La phase d'engagement qui aboutit à l'émission d'un bon de commande à transmettre au fournisseur pour exécution ;
- La phase de liquidation : la reconnaissance de la réalité de la dette/dépense (service fait) et arrêt du montant de la dépense « facture » par le gestionnaire ;
- La phase d'ordonnancement : acte administratif donnant, conformément au résultat de la liquidation, l'ordre de payer la « dette » de l'Etat, responsabilité du Ministre des Finances ;
- La phase de paiement par la Banque Centrale du Congo. Il existe un processus exceptionnel qui concerne les salaires et certaines dépenses urgentes (cas d'épidémie,

catastrophes, guerre). Cette procédure est la source de dépassement et de virement/transfert des crédits sur certaines lignes.

Le suivi de l'exécution du budget est assuré par la Direction de la Préparation et du Suivi Budgétaire (DPSB) du Ministère du Budget et par le Ministère des Finances pour la reddition des comptes, à travers le rapport de contrôle de la Cours des Comptes destiné au Parlement et publié sur le site web du Ministère du Budget.

Le processus budgétaire des ressources extérieures suit un autre schéma car le calendrier budgétaire des partenaires ne correspond pas avec le calendrier du processus budgétaire interne. Il existe un arrêté interministériel organisant le circuit d'information des prévisions et exécutions des dépenses financées par les partenaires techniques et financiers. La Plateforme de Gestion de l'Aide et Investissements (PGAI) constitue l'institution de centralisation des données des partenaires.

2.1.3. Appui des partenaires au renforcement du système de santé

(Virginie le Roy, AFD, RDC et Cornelia Davis, USAID, RDC)

La présentation du Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS) a rappelé l'historique de ce groupe, les quelques avancées en lien avec le renforcement du système de santé et les défis. Le GIBS est né du Groupe thématique Santé (GTS) qui a fonctionné de 2002 à 2005 comme cadre d'échange d'informations sur les projets et programmes des agences de coopération bi et multilatérale, des agences du Système des Nations Unies et les Assistants Techniques des projets et programmes du secteur de la santé.

Depuis 2006, ce GTS est devenu GIBS et fonctionne comme un forum plus structuré œuvrant pour chercher des approches communes en appui à la SRSS. Les objectifs du GIBS sont : (i) appuyer les efforts du MSP dans la coordination et l'alignement des partenaires, (ii) améliorer l'harmonisation des interventions de ses membres et (iii) renforcer le leadership du Gouvernement dans la mise en œuvre de sa politique de santé. Sa présidence tournante a été assurée successivement par la France (2001-2002), l'Allemagne: (2003-2005), la Belgique (2006-2007), le Canada (2008-2009), l'Union Européenne (2010-2011) et les USA (de 2012 à ce jour).

Quelques avancées importantes

- 2006 : Participation à la revue annuelle avec déclaration commune du GIBS pour marquer son adhésion à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) et élaboration du cadre d'assistance pays (CAP) pour la RDC, cadre compatible avec les priorités de l'état et le Document de Stratégie et Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (DSCR) sur lequel repose le Programme d'Actions Prioritaires (PAP) ;
- 2009 : Participation active au Forum National de Haut Niveau sur l'efficacité de l'aide à Kinshasa en juin et engagements pour la responsabilité mutuelle dans les financements et alignement aux procédures nationales ;
- 2010 : Plaidoyer pour la fonctionnalité du cadre de dialogue unique (Comité Nationale de Pilotage - CNP, Comité de Coordination Technique - CCT et ses commissions), participation à l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et à l'actualisation de la SRSS et participation à l'élaboration du manuel de procédures ;

- 2011 : Contribution à la Réforme du financement de la Santé avec la création de la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG), adhésion au Partenariat International pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) ;
- 2012 : Participation à l'élaboration des Plans Actions Opérationnel (PAO), élaboration de la note sectorielle du secteur et adoption du document commun pour les compléments de rémunération aux agents du MSP et le financement des ateliers.

Le GIBS loue les avancées du MSP : la fonctionnalité du CNP et de ses organes, l'augmentation du budget de la santé (3,4% en 2011 à 6,8% en 2012), le paiement des fonds de contrepartie aux initiatives mondiales (GAVI, FM, PEPFAR) et aux vaccins, la contribution des Gouvernements provinciaux au transport des vaccins, à la chaîne de froid et autres, et la signature de l'arrêté ministériel du nouveau cadre organique du MSP.

Défis

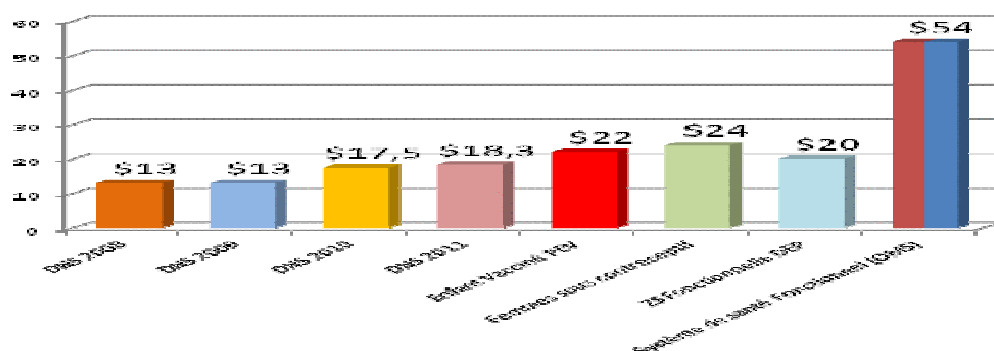
Plusieurs défis sont à relever, au regard : de l'Indice de Développement Humain (PNUD 2011) qui place la RDC au 187^{ème} rang, du niveau de performance de la RDC pour les OMD 4, 5 et 6, de la résurgence d'épidémies évitables (rougeole, poliomyélite et choléra) et du taux élevé de malnutrition (en 2011, la RDC est classée dernière dans le Global Hunger Index). Ces indicateurs exigent l'augmentation du financement public du système de santé, l'amélioration de la gestion des ressources humaines (formation, affectation, rémunération, retraite) et l'application des réformes institutionnelles qui découlent des engagements politiques. Le GIBS a lancé l'idée de plaider pour le maintien d'appuis extérieurs conséquents au secteur santé (Coopération belge, britannique, espagnole, Banque Mondiale).

2.1.4. Dépenses de santé de 2008-2011 en RDC,

(Kalonji Michel Mingiele, Chef de division, Programme National des Comptes Nationaux pour la Santé, MSP, RDC)

Le Programme National des Comptes Nationaux de la Santé a abordé la question de l'équité, l'efficience et l'efficacité des soins à travers l'évolution des dépenses de santé en RDC de 2008 à 2011. La présentation a tenté de répondre à la question suivante : « Combien dépensons-nous en santé et est-ce que cela se mesure de façon comparable ? ». Les résultats sont présentés à travers les tableaux et graphiques ci-dessous :

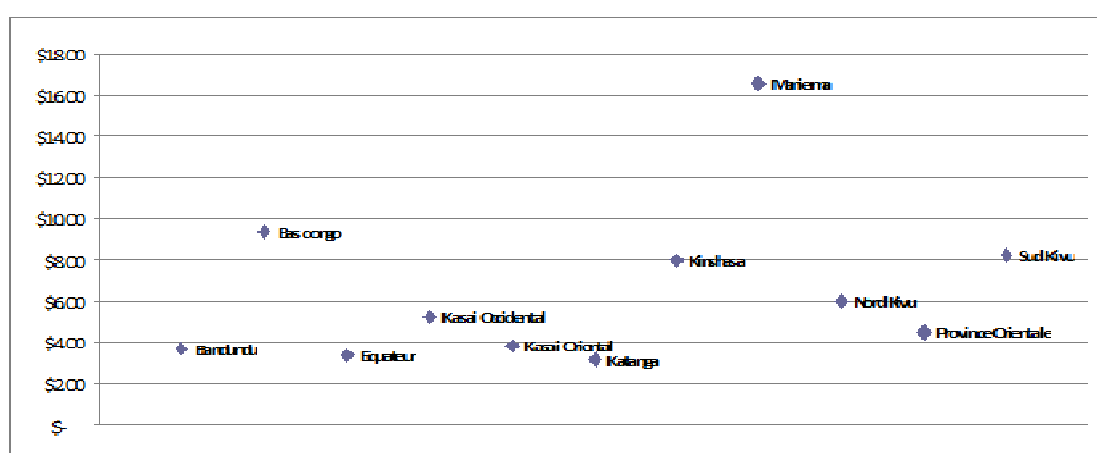
Evolution de la dépense de santé en RDC de 2008 à 2011 en pourcentage



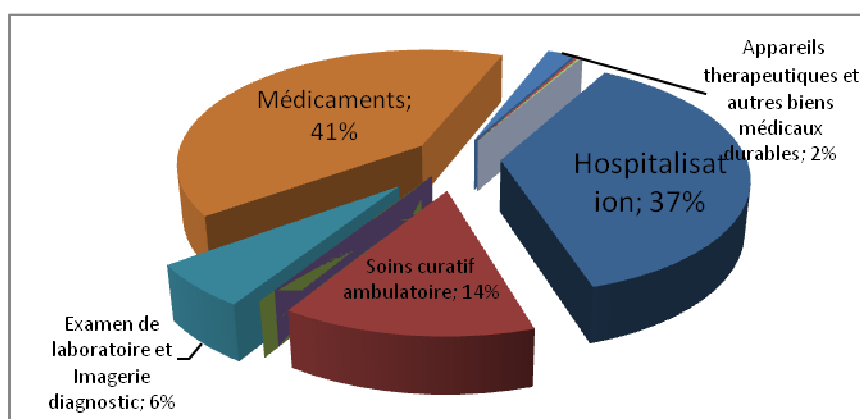
Dépense de santé par habitant et par an de 2008 à 2011 en USD (dépense totale et par type de financement)

	2008	2009	2010	2011
Dépense totale	13	14	17,5	18,3
Gouvernement Central	2	2	2,8	4,2
Gouvernement Provincial	0,02	0,01	0	0
Entreprises	1	2	2,3	2
Ménages	6	5	7,5	7,9
Coopérations bi et multilatérales	3	3	4,4	3,8
ONGS et Fondations internationales	1	2	0,5	0,1

Dépense de santé des ménages par habitant par province 2008



Dépenses des ménages par fonction en 2008



Conclusion

Le financement public reste encore faible. La population continue à supporter la plus grande charge des soins de santé, d'où la nécessité d'un plaidoyer pour que le Gouvernement continue à accroître sa contribution pour la santé, à allouer plus de ressources au fonctionnement des services, à la fourniture d'intrants et à l'amélioration des conditions sociales du personnel et à promouvoir le système de partage de risque maladie.

2.1.5. Le progrès de la RDC sur le chemin de la couverture universelle

(Timothée Lunganga, Expert à la Direction d'Etudes et Planification, MSP, RDC)

Contexte

La présentation a rappelé le contexte de recherche de mécanismes appropriés pour garantir l'accès de toute la population aux services et soins de santé : Alma-Ata en 1978, l'initiative de Bamako en 1987, l'approche de développement de l'assurance maladie en 2000, l'approche « mutuelle de santé » en 2001 et les engagements des Etats membres de l'OMS en 2005 pour la mise en place d'une politique de couverture universelle en soins de santé (CUS). L'impulsion a été donnée par le rapport mondial sur la santé dans le monde 2010 consacré au financement de la CUS et qui donne les principes de base.

Historique de cette loi

L'initiative remonte à 2010 avec la mise en place d'une commission présidentielle qui a permis l'élaboration d'un projet de loi sur la CUS déposé au Parlement en avril 2011. Avec le changement du Parlement, il y a eu nécessité de resoumettre ce projet ce qui a donné au MSP l'opportunité de relire et d'enrichir le projet.

Méthodologie utilisée pour la relecture du projet de loi

Il y a tout d'abord eu une réunion inaugurale interministérielle et la mise en place d'un groupe de travail multisectoriel pour choisir de manière consensuelle les options fondamentales. Ensuite, il y a eu un appui de l'expertise juridique et un atelier de relecture avec un expert international. Puis ce fut la présentation du projet de loi enrichi aux Directeurs centraux du MSP suivi de l'appropriation par les Secrétaires Généraux de l'administration publique pour finalement présenter le projet de loi au Ministre de la Santé.

Contenu

Ce projet instaure un régime d'assurance maladie obligatoire géré par une institution autonome publique, l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) où toutes les catégories socioprofessionnelles sont affiliées à travers divers organismes assureurs. Le projet de loi prévoit les sources du financement de l'accessibilité aux soins : les cotisations des affiliés, une contre partie des employeurs (l'Etat et entreprises privées) et un cofinancement par un Fond National d'Assurance Maladie (FONAM) alimenté par les taxes supplémentaires incorporées aux produits nuisibles à la santé (boissons alcoolisées, boissons sucrées, tabac).

La protection de la population passe par la mise en place de structures chargées de collecter des cotisations à titre de prépaiement : les antennes provinciales de l'Agence Nationale d'Assurance Maladie et les mutuelles de santé articulées aux Zones de Santé. Il est prévu la définition d'un paquet de prestations de base couvert par l'assurance obligatoire, des conventions entre ANAM – FOSA et la mise en place de mécanismes de contrôle.

Prochaines étapes

L'étude des variables du schéma de financement de la CUS est en cours dans six provinces. Elle permettra, en faisant varier les niveaux de chacune de ces variables, de définir à quelles conditions cette loi est soutenable par le Gouvernement congolais. Les résultats disponibles, permettront le dépôt du projet de loi à la commission des lois au plus tard fin décembre 2012.

2.1.6. Contribution des mutuelles de santé dans la régulation du système de santé : expérience des mutuelles de Kinshasa

(Anatole Mangala, Ministère de l'Emploi Travail et Prévoyance Sociale, RDC)

Contexte

Le Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS) a adopté une stratégie de promotion et de développement des mutuelles de santé en partenariat avec d'autres acteurs promoteurs des mutuelles de santé. Cette stratégie s'inscrit dans la vision de la couverture universelle par l'institutionnalisation et la professionnalisation des mutuelles de santé et la délégation de la gestion au Centre de Gestion du Risque et Accompagnement Technique des mutuelles de santé, le CGAT.

Le CGAT est une association sans but lucratif qui a été créée en mai 2010 à Kinshasa sous l'initiative du PNPMS avec ses partenaires. Il a pour mission de renforcer techniquement les mutuelles de santé afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans la société et le système de santé congolais.

Cette présentation a pour but de relever quelques points d'attention pour améliorer la qualité de la régulation du système de santé et présenter les résultats de l'expérience de Kinshasa dans le cadre de la professionnalisation des mutuelles.

Méthodologie

L'expérience de Kinshasa a commencé par une étude de faisabilité qui a permis de rassembler un certain nombre d'informations qualitatives et quantitatives pour évaluer la possibilité de développer les mutuelles de santé dans les zones de santé de Kinshasa et de Lingwala et de faire le choix des formations sanitaires par la population.

Résultat

Une estimation du montant de la cotisation à 52\$ par personne par an et à 311\$ par ménage de 6 personnes, un taux de sinistralité à 80% et l'augmentation de l'utilisation des services ont été présentés comme premiers résultats.

Leçons apprises

La professionnalisation de l'action mutualiste exige la collaboration avec le réseau des prestataires capables de s'engager sur les prix et la qualité des prestations acceptables et de procéder à la rationalisation des formations sanitaires.

Il y a nécessité de déléguer les fonctions les plus techniques que les mutuelles ne pourront pas assurer de façon efficiente aux structures d'accompagnement de proximité, les CGAT.

Conclusion

L'évolution vers la couverture universelle en RDC doit être progressive. Une gouvernance efficace est la clé de l'amélioration de l'efficacité et de l'équité. Deux aspects importants doivent être considérés : la rationalisation (des soins, des ressources humaines) et la tarification forfaitaire, d'où la nécessité d'une régulation efficace et le maintien d'un environnement propice pour que le prestataire reste moralement bon et qu'il respecte les normes établies.

2.2. Discussions

En rapport avec le processus de mobilisation des fonds prévus dans le budget de l'état consacré à la santé, une question a été posée pour savoir si le Ministère de la Santé était réellement maître du budget alloué à son secteur ?

Les intervenants ont affirmé que le Ministère de la Santé est effectivement maître de son budget sauf dans des situations d'urgences où les procédures ne sont alors pas respectées. La recommandation portant sur une meilleure affectation a suscité le débat sur sa pertinence étant donné que ces fonds sont généralement pré-affectés. L'esprit de cette recommandation était que tout projet à soumettre au financement extérieur puisse cadrer avec les différents axes du PNDS.

Le GIBS peut-il s'intégrer dans le CNP et ses différentes commissions : si oui, quelles sont les conditions exigées pour que cela soit fait ? Sinon, pourquoi ?

Il s'avère que le GIBS est disposé à s'intégrer davantage dans les différentes commissions (parce qu'il travaille déjà en groupes de travail sur les mêmes thématiques que les commissions). Quand à sa dissolution pour déverser ses membres au sein du CNP, cette question reste à étudier étant donné que le fonctionnement du CNP n'est pas encore optimal. Mais il paraît d'emblée important pour les différents bailleurs de toujours se concerter pour harmoniser un certain nombre de choses avant de rencontrer l'État.

Concernant le projet de loi sur la couverture universelle, la préoccupation enregistrée a porté sur l'existence de passerelles entre l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS), la Société Nationale d'Assurance (SONAS) et la vague de mutuelles de santé qui déferle à travers tout le pays.

Les intervenants ont insisté sur le fait que l'INSS ne couvre que les risques liés aux maladies professionnelles ou aux accidents du travail, tandis que la SONAS n'offre qu'une assurance volontaire complémentaire par rapport à la couverture universelle des soins de santé. Donc, sur le plan conceptuel, la SONAS et l'INSS sont complémentaires au processus de couverture universelle en services et soins de santé que prône le gouvernement qui a l'ambition de la matérialiser.

2.3. Recommandations

Sur la mobilisation des ressources financières en faveur du secteur de la santé

- Poursuivre le plaidoyer pour l'augmentation de la part du Budget de l'état consacrée à la santé, l'amélioration de son exécution, la transparence dans sa gestion et le respect de ses engagements pour le financement des plans.
- Faire le plaidoyer en faveur du retour des bailleurs qui se proposent d'abandonner ou réduire leur appui au secteur de la santé.
- Publier les données de financement des partenaires et de l'Etat et les rendre disponibles à tous les niveaux.

Au GIBS, en rapport avec la coordination des bailleurs

- Orienter systématiquement tous les appuis des partenaires au secteur sur la mise en œuvre de la stratégie sectorielle (SRSS), son plan de mise en œuvre (PNDS) et sa déclinaison en PAO (Alignement à la SRSS).
- Définir des stratégies de financement cohérentes avec la vision sur le renforcement du système de santé au lieu de viser des indicateurs spécifiques.

- Convaincre les bailleurs soutenant les programmes verticaux d’avoir des représentants permanents dans le GIBS pour leur alignement.
- Mettre en place des passerelles entre les groupes de travail du GIBS et les commissions du CNP.

PANEL 3 : LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET LES COMMUNAUTÉS : ACCESSIBILITÉ, QUALITÉ ET ÉQUITÉ

3.1. Synthèse des présentations

Ce thème a été particulièrement développé durant l'atelier à travers pas moins de douze présentations qui exploraient les aspects multiples de la place et du rôle des communautés dans les soins de santé : participation communautaire, mutuelle de santé, forfait, fonds d'achat de services, etc.

Les multiples expériences présentées dans ce panel ont permis de faire le point sur les différentes initiatives mises en place pour, d'une part, améliorer et faciliter l'accès des populations aux soins de santé, et d'autre part, pour impliquer les communautés dans les services de santé qu'elles utilisent effectivement.

Une première partie de la thématique a été abordée en plénière, avec la présentation d'une expérience présentant les conséquences de la mise en place d'un fonds d'achat de services. Celle-ci a été suivie par trois présentations développant le lien entre l'amélioration de la qualité des soins de santé et le fonctionnement rationalisé des structures de santé.

La suite des travaux a été planifiée en deux groupes : un premier a fait le point sur la mise en œuvre de la tarification forfaitaire, à travers la présentation de quatre initiatives ; le second s'est penché sur les défis de la participation communautaire, les modalités d'accès aux soins pour les indigents, les aspects comparatifs entre ménages affiliés ou pas à une mutuelle de santé, et enfin, sur une expérience pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires et secondaires.

3.1.1. Cessation d'une expérience de fonds d'achat de services de santé et ses conséquences sur les systèmes locaux de santé : cas de la RD Congo

(Serge Mayaka, Ecole de Santé Publique, Kinshasa et Michel Muvudi, Assistant Technique projet d'appui au Plan National de Développement Sanitaire, Mbuji-Mayi)

Introduction

Dans le cadre de deux financements successifs de l'Union Européenne, le Programme Santé du 9^{ème} Fond Européen de Développement (PS9FED) et le projet d'appui au PNDS (PA-PNDS) financé par le 10^{ème} FED et pour contribuer à améliorer les problèmes chroniques de financement du système de santé en RDC, deux outils de financement ont été mis en place, dont le fond d'achat des services de santé (FASS), qui a pour objet de financer les formations sanitaires (FOSA) en fonction de l'atteinte de certains résultats et le fond de développement des services de santé (FDSS).

Dans le cadre du second financement (10^{ème} FED - PA PNDS), l'appui financier a été réduit et le nombre de zones de santé appuyées est passé de 109 à 21 dans les quatre provinces du projet. Suite à cette forte diminution, une étude a été menée afin d'évaluer l'évolution des indicateurs sanitaires des FOSA et l'élan pour l'atteinte de la performance. A l'issue de cette étude, des observations ont pu être formulées pour favoriser la pérennité des actions de développement.

Matériel et méthode

Au Kasaï Oriental, province où a été menée l'étude dont il est question, seules cinq zones de santé sur 22 ont vu leur appui poursuivi dans le cadre du PA-PNDS. Trois FOSA continuant à bénéficier du FASS et trois FOSA n'en bénéficiant plus ont été sélectionnées aléatoirement. Pour chaque FOSA, quatre indicateurs ont été ciblés et suivis à travers le système national d'information sanitaire (SNIS) : (i) le taux d'utilisation des services curatifs, (ii) le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé, (iii) la couverture vaccinale en DTC3, (iv) le taux d'utilisation de la clinique prénatale (CPN). Pour ces quatre indicateurs, les données récoltées s'étendent de 2005 (avant le démarrage du FASS) au 1^{er} semestre de 2012 (après la fin du FASS). Les données ont été traitées avec Epi-info, le Test de Chi² de Pearson a été utilisé pour comparer les résultats avec un seuil de p valeur inférieure à 0,05 pour une différence significative.

Résultats

Les zones ayant poursuivi avec le FASS demeurent performantes dans leur taux d'utilisation des services tandis que celles ayant subi une cessation de FASS ont connu une diminution. De plus, tous les indicateurs des ZS ayant poursuivis avec le FASS sont significativement plus performants ($p < 0,001$) par rapport aux autres ZS qui ont continué sans le FASS. Il existe aussi une différence très significative des indicateurs de santé maternelle et infantile entre les ZS ayant poursuivi avec le FASS et les autres. Même pour les prestations telles que la CPN, dont les intrants ont continué à être fournis comme auparavant, il a été constaté une baisse des performances dû probablement à l'absence de l'incitation à la performance des prestataires. La diminution du nombre de nouveaux cas curatifs dans les ZS sans le FASS peut-être liée à l'augmentation des tarifs des prestations ; en effet, la suppression des subventions, obligent les prestataires à augmenter leurs tarifs pour espérer couvrir leurs charges récurrentes de fonctionnement.

En analysant le potentiel de développement, on constate que les ZS en renforcement ont connu, depuis la mise en œuvre du financement basé sur les performances en 2007, une meilleure évolution de leurs indicateurs que les autres ZS. Les résultats obtenus dans la province du Kasaï oriental attestent que l'apport financier du FASS a contribué à l'amélioration des performances de ZS appuyées.

Néanmoins les performances obtenues par ce mode de financement se heurtent à la problématique de la durabilité des résultats obtenus, à l'implication et à l'appropriation des gouvernements.

Pour plus d'information : références bibliographiques sur le sujet

1. Ireland M, Paul E, Dujardin B (2011), Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? Bulletin of the World Health Organization 2011; 89:695–698.
2. Logie DE, Rowson M, Ndagije F (2008), Innovations in Rwanda's health system: looking to the future, Lancet, Vol 372: 256–61
3. Meessen B, Kashala JP and Musango L (2007), Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda, Bulletin of the World Health Organization ; Vol. 85:108-115

4. Meessen B, Musango L, Kashala JP and Lemlin J (2006), Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda, *Tropical Medicine and International Health* ; volume 11 N° 8, pp 1303–1317
5. Ministère de la santé publique de la RDC (2010), Plan national de développement sanitaire 2011-2015, Kinshasa, 2010
6. Ministère de la santé publique de la RDC (2010), Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS), Kinshasa, 2010
7. Morgan L, Some Days Are Better Than Others: Lessons Learned from Uganda's First results-Based Financing Pilot, World bank (www.rbfhealth.org)
8. Muvudi M, Coppieters Y, Mayaka S, Okenge L, Umuhire G, Quenum F, Nday M (2011), Analyse de l'application de la Déclaration de Paris dans le secteur de la santé en République démocratique du Congo, *Med Trop* 2011 ; 71 : 215-217
9. OMS (2006), Financement de la santé : une stratégie pour la région africaine, publication du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville
10. OMS (2008), Conférence internationale sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : document de discussion, Ouagadougou
11. OMS (2009), Les soins de santé primaire maintenant plus que jamais, rapport annuel 2008, Genève
12. OMS (2010), Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, rapport de la santé dans le monde, Genève
13. Oxman AD, Fretheim A (2008), An overview of research on the effects of results-based financing. Report Nr 16-2008, Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
14. Rusa L, Ndirabeya JdD, Janssen W, Van Bastelaere S, Porignon D and Vandenbulcke W (2009), Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centres : 3-year experience. *Tropical Medicine and International Health* volume 14 no 7 pp 830–837
15. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P and Kimanuka C (2011), Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care In The Democratic Republic Of Congo *Health Affairs*, 30, no.8 : 1518-1527
16. Soeters R and Griffiths F (2003), Can government health workers be motivated? Experimenting with contract management : the case of Cambodia, in *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Editions Karthala, Paris
17. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB (2006), Performance-based financing and changing the district health system : experience from Rwanda, *Bulletin of the World Health Organization* ; 84 : 884-889
18. Union Européenne(2006), Programme santé du 9ème Fonds européen pour la santé : Convention de financement entre l'Union européenne et le République Démocratique du Congo, Kinshasa

3.1.2. Amélioration de la qualité à travers un renforcement de la gestion d'une ZS, expérience ZS Nyantende

(Chance Mpalirwa, BDOM, Bukavu)

Introduction

Depuis 2006, le BDOM assure la gestion d'une douzaine de zones de santé dans le Sud Kivu, dont la zone de santé de Nyantende, dans le cadre d'une convention avec l'Etat congolais.

Au démarrage, la ZS de Nyantende était confrontée aux difficultés communes à de nombreuses ZS : gestion des ressources, moyens de fonctionnement, etc.

Objectif

L'objectif du BDOM est alors double : (i) rationaliser la gestion de la zone de santé et des formations sanitaires, et (ii) améliorer l'accès de la population aux soins de santé de qualité, tout en visant l'augmentation des performances du système de santé.

Méthode

Une série de processus sont mis en place pour améliorer la fonctionnalité et l'accessibilité des formations sanitaires (tarif forfaitaire, protocoles de prise en charge, procédure de recrutement du personnel, mise en place d'une mutuelle de santé, etc.). Ces processus sont élaborés et adoptés conjointement avec les acteurs, à l'occasion de différents ateliers consacrés aux ressources humaines, à la gestion, ou encore au renforcement des compétences. Des outils de suivi et d'évaluation sont également mis en place (suivi-accompagnement, rétro-information, enquête ménage, etc.) pour monitorer l'évolution des résultats.

Résultats quantitatifs et qualitatifs

Les résultats se sont traduits par une amélioration, entre 2006 et 2011, de certains indicateurs cibles comme le taux d'utilisation des services curatifs, le taux d'accouchements assistés, le taux de recouvrement des coûts, le taux d'infections postopératoires, le taux de décès maternels ou encore le taux de décès intra-hospitaliers. Ces différents résultats ont pu être validés par les acteurs de la zone de santé à l'occasion de différentes rencontres et présentations : lors de réunions, des revues annuelles du BDOM et de la Direction Provinciale de la Santé ou encore suite à des ateliers de restitution.

Discussions

L'intervention du BDOM, y compris durant les périodes de conflits, a été significative ; elle a permis de maintenir et même d'améliorer les indicateurs sanitaires, et plus largement, l'accès de la population aux soins de santé. Cette expérience met en évidence la nécessité de fournir un appui durable et transversal, dans le cadre d'un partenariat de confiance, en collaboration avec les différents intervenants, sur base d'un véritable leadership, en y incluant l'apport de la population via la mise en place de mutuelles de santé.

Principales références

1. BDOM Bukavu, Rapport annuel, 2011
2. BDOM Bukavu, Rapport revue annuelle, 2012
3. BCZ Nyantende, Rapport annuel, 2011

3.1.3. Amélioration de la qualité des services de santé après analyse du coût de fonctionnement des hôpitaux : expérience de Mwetshi

(Fernand Katembwe, coordonnateur de Médecins du Monde - MdM, Belgique)

Introduction

Présent depuis 2004, MdM démarre avec un projet d'urgence dans la zone de santé de Mwetshi (Kasaï Occidental), bientôt suivi, en 2006 par un projet de développement. A partir de 2011, l'appui à la zone de santé Mwetshi (ainsi que 2 autres zones de santé) est orienté vers la revitalisation de la zone de santé.

Objectif

L'objectif de MdM est double : améliorer l'accès des populations aux soins et services de santé, et travailler à l'amélioration de la qualité des soins offerts. Pour optimiser l'atteinte de ces deux objectifs, MdM veut réajuster le mode de financement des zones de santé. Cela passe par une analyse du coût de fonctionnement des hôpitaux de Mwetshi.

Analyse de la situation

D'une part, la situation de départ est commune à bien des zones de santé du pays : chevauchement du Paquet Minimum d'Activités (PMA)/Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), absence de protocoles thérapeutiques à l'HGR, insuffisance d'un personnel qualifié, faible capacité d'accueil de l'HGR, etc. D'autre part, les attendus du projet sont nombreux : améliorer la prise en charge des patients et l'organisation des services, renforcer l'hygiène et le plateau technique, séparer les activités du PMA et du PCA, et rendre le PCA complet à l'HGR.

Objectifs de l'étude

Il s'agit d'évaluer et d'analyser le lien entre apport financier, offre et demande de soins et coût de fonctionnement, et d'étudier des alternatives pour améliorer l'offre et la demande de soins (les conditions pour baisser les coûts de la Santé Maternelle et Infantile - SMI, planifier des activités additionnelles, mobiliser des ressources supplémentaires).

Les résultats

L'étude, réalisée à l'aide de l'outil "Integrated Healthcare Technology Package (IHTP)" de l'OMS, montre les résultats suivants : l'HGR de Mwetshi présente un coût annuel global de 81.168\$, pour un coût/hab./an de 1,28\$. Quand à l'HGR de Mashala, il présente un coût annuel global de 62.551\$ pour un coût/hab./an de 1,48\$. L'analyse des résultats du costing montre que les deux hôpitaux fonctionnent à minima (un HGR qui fonctionnerait de manière normée consommerait 13 UDS/hab./an), avec une insuffisance de ressources de toutes natures. Ces hôpitaux souffrent en plus d'une faible utilisation (fréquentation inférieure à 20%). Les tarifs d'hospitalisation resteraient, malgré les apports de MdM, encore trop chers pour une grande partie de la population. Comme cela a déjà été plusieurs fois mis en avant, ce sont le personnel, les médicaments et autres consommables qui constituent les éléments déterminants du coût de fonctionnement des hôpitaux. Malgré son appui, l'apport financier

de MdM reste insuffisant pour avoir un effet tant sur l'amélioration de l'accessibilité que sur la qualité des soins.

Leçons

L'étude de costing d'une zone de santé en situation réelle, comparée au costing d'une zone de santé normée, peut contribuer à mobiliser les partenaires et les bailleurs, entre autres autour de la question de la hauteur du financement par habitant par an nécessaire. Un financement minimum est nécessaire pour assurer le fonctionnement optimal d'un hôpital tout en maintenant la qualité des soins. Mais cela ne suffit pas : il est également important d'encadrer les ressources humaines, de mettre en place des protocoles thérapeutiques, de subventionner le PCA, de promouvoir des formes de coaching et de favoriser la synergie entre partenaires.

Conclusion

Le fonctionnement d'un HGR qui doit offrir des soins de qualité en répondant aux normes ne peut être optimal sans les ressources requises. En se basant uniquement sur les ressources financières provenant de la capacité de la population à payer les soins et de la subvention apportée par le partenaire, les HGR ne peuvent pas fonctionner de manière optimale. L'étude de costing de Mwetshi a démontré que le fonctionnement optimal d'un HGR dans le cadre de la stratégie de renforcement du système de santé demande des actions à court et à moyen termes qui agissent de manière équilibrée sur les différents déterminants du coût de fonctionnement d'un HGR et sur leur financement.

3.1.4. Améliorer la qualité des soins rendus aux patients dans un hôpital de Kinshasa : par où commencer ?

(Jean-Marie Ngbenga, Coordonnateur du CEMUBAC, Kinshasa)

Introduction

Dans le cadre d'un projet d'accompagnement de la mise en œuvre de la SRSS dans la Zone de Santé de Kintambo, le CEMUBAC a développé une approche basée sur trois principes : constituer un leadership intégré au sommet de la zone de santé (l'Equipe Cadre de la ZS - ECZS), renforcer le réseau des centres de santé et développer l'HGR. Dans le cadre de ce dernier axe, l'HGR a fait l'objet d'un état des lieux : il est considéré par sa population cible comme trop cher et peu performant, et de ce fait, il ne remplit pas son rôle de structure de référence.

Hypothèse

Considérer un microsystème (le pavillon de référence), le développer, l'améliorer et étendre l'expérience progressivement au reste du système (l'hôpital).

Processus

L'enjeu était de savoir par où commencer et comment s'y prendre pour mettre en place la stratégie adoptée. L'option a été prise de commencer par une expérience-pilote au niveau d'un pavillon dit de référence - à améliorer pour offrir des soins de référence aux malades référés par les centres de santé - et de produire un effet « tâche d'huile ». C'est ainsi qu'en partenariat avec le comité directeur et l'ECZS, le pavillon de référence a été transformé en « mini-hôpital ».

Résultats

La réorganisation du pavillon de référence a permis d'attirer plus de patients (augmentation du taux de fréquentation, augmentation du taux d'occupation des lits) ; cela a eu un impact sur l'ensemble de l'HGR en servant de modèle pour les responsables et en augmentant ses recettes générales. Le processus a également permis de remettre l'HGR au centre du système de soins entraînant un renforcement des relations avec les structures périphériques (augmentation du taux de référence dans une zone de santé urbaine), et de générer une nouvelle dynamique au sein de l'HGR et de son personnel. Cela a ainsi contribué au renforcement du système de santé de la zone.

Difficultés

Différents obstacles se sont présentés, dans le choix de la stratégie de financement de l'intervention, au niveau de l'introduction/acceptation de la culture de bonne gestion des ressources de l'HGR, par rapport à la mobilité importante des interlocuteurs ou encore dans le processus d'appropriation des différentes approches générées à travers la mise en œuvre du projet.

Perspectives

Pour poursuivre le processus, il est prévu de continuer selon la même approche progressive, tout en poursuivant l'appui technique de proximité de l'ECZS et du comité directeur de l'HGR. Pour cela, il est indispensable d'appréhender l'HGR dans son ensemble, comme un système. Tout cela afin de restaurer la qualité des soins et de permettre à l'HGR de jouer pleinement son rôle.

3.2. Discussion de la plénière

Cette première partie du Panel 3, qui s'est déroulée en plénière, a été suivie d'une séance de questions-réponses dont voici les principaux éléments :

Une recommandation a été faite au CEMUBAC pour que l'ONG formule une demande officielle auprès du Ministère de la Santé afin d'obtenir la cession de la gestion de l'HGR de Kintambo.

La commission d'audit de l'HGR de Kintambo a en effet recommandé la cession de la gestion de l'HGR au CEMUBAC. Le CEMUBAC n'a pas encore réagi. L'appui actuel du CEMUBAC à l'HGR se fait avec des fonds venant de la coopération belge, selon une programmation établie pour 3 ans. Il n'est pas possible de changer les orientations à l'heure actuelle, il faut attendre le prochain programme et débiter des négociations avec le Ministère.

Concernant l'expérience menée sur l'amélioration de la qualité des soins par le CEMUBAC à l'HGR de Kintambo : quelle a été l'approche choisie pour rationaliser les ressources humaines du service de référence ? Et quel est le climat social dans le pavillon de référence rationalisé ?

Pour le volet hygiène, le personnel affecté l'a été en collaboration avec le comité directeur de l'HGR. Pour le personnel affecté au pavillon de référence, un critérium d'évaluation du personnel a été proposé avec l'ECZS. Le personnel a été évalué chaque mois, et au bout d'un trimestre, le personnel qui avait obtenu le meilleur score d'évaluation a été coopté pour rejoindre le pavillon de référence. Au bout d'un temps, le personnel coopté et satisfaisant au critérium a été définitivement fixé au sein du pavillon de référence. Cela a permis d'éviter les remous sociaux.

Quelle est la part du pavillon de référence de l'HGR de Kirotshe, appuyé par le CEMUBAC, dans les résultats présentés qui concernent l'ensemble de l'HGR ?

Au démarrage du projet, il n'existait pas de données statistiques. Le taux de référence est le résultat le plus probant dû au pavillon de référence. Il y a également un effet indirect dû au pavillon de référence : en venant au pavillon, le patient est amené à fréquenter d'autres services, ce qui augmente la recette de l'hôpital. C'est ainsi que le pavillon de référence est le premier contributeur au budget de l'hôpital.

Dans l'évaluation des indicateurs spécifiques du FASS, comment les indicateurs non spécifiques ont-ils évolués ?

L'étude s'est focalisée sur les quatre indicateurs subventionnés. Il serait intéressant aussi d'évaluer les indicateurs non subventionnés. Cela devrait faire l'objet d'une autre étude.

Quelles sont les perspectives de partenariat entre l'Etat et le secteur confessionnel ?

Comment s'est passé la tarification forfaitaire dans l'expérience du BDOM ? Comment s'est posé la question des indigents ? Sur quel budget fonctionne l'HGR ?

La tarification forfaitaire n'a pas posé de difficultés. Des ordonnances supplémentaires sont prévues pour consulter un spécialiste. Par rapport aux indigents, une caisse de solidarité a été créée et, en collaboration avec les politiques et la communauté, un effort a été fait pour influencer les indigents afin qu'ils adhèrent à la mutuelle. L'HGR dispose de son propre budget, il possède des recettes pour couvrir ses besoins mais la dépendance est minimale.

Quelle sera l'apport de la réforme hospitalière ? Comment sécuriser les expériences d'accompagnement des hôpitaux lorsque la réforme sera approuvée ?

La cession de la gestion des hôpitaux peut-être une solution pour préserver les acquis. Il faut envisager la cession à des partenaires crédibles et ancrés en RDC.

La baisse des tarifs dans les FOSA imposée par le 9^{ème} FED représente-t-elle un risque dans une perspective de pérennité ?

C'est le montage qui a été choisi pour améliorer l'accessibilité financière. En subventionnant certains actes (tiers-payant), cela permet de diminuer les tarifs pour le patient. La pérennité du système est de la responsabilité de l'Etat qui a accepté le projet-pilote et qui doit assurer la relève de l'intervention.

3.3. Recommandations de la plénière

- Poursuivre le processus de la réforme hospitalière et disponibiliser le plan stratégique approuvé par le MSP. En 2013, avec l'appui de l'AFD, des actions seront menées pour agir sur le fonctionnement des hôpitaux selon la logique de performances.
- Pour le partenariat dans le cadre de l'appui aux hôpitaux, il y a plusieurs alternatives à envisager :
 - Signer des conventions d'appui pour des hôpitaux (mais nécessite des moyens suffisants) ;
 - Prévoir la cession en gestion, sur base d'une évaluation du fonctionnement de l'hôpital ;
 - Du point de vue des structures privées : le Sud Kivu est très avancé dans les partenariats de ce type, mais ce n'est pas encore formalisé dans les autres provinces ;

- Pour les acquis des projets d'appui aux hôpitaux, il est important que des conventions soient signées et qui stipulent la destination du matériel à la fin de l'appui ;
- La réforme prévoit un Plan d'Etablissement Hospitalier (PEH) pour chaque hôpital, les partenaires sont donc invités à intervenir sur base de ce PEH.

3.4. Sessions parallèles

3.4.A. Les modes particuliers de paiement des services et soins

A.3.4.1 L'impact de la facturation à l'épisode maladie sur l'utilisation des services de santé. Cas de la ZS de Katako Kombe en RDC

(Modeste Shako Ngongo, Memisa-Belgique, RDC)

Contexte

La zone de santé de Katako Kombe bénéficie de divers appuis techniques et financiers depuis une dizaine d'années. Pourtant le taux d'utilisation des services de santé reste faible : 0,27 contact par habitant (2010). Début 2010, un système de forfait est instauré, accompagné d'une sous-notification des cas. Une évaluation du paiement par forfait est nécessaire.

Objectif général

L'étude doit évaluer l'effet de la facturation à l'épisode maladie (forfait) sur l'utilisation des services curatifs dans la zone de santé de Katako Kombe. L'hypothèse étant que le système de paiement par épisode-maladie/forfait tel qu'il existait au moment de l'enquête ne pouvait pas booster l'utilisation des services curatifs par les patients.

Méthodologie

Mener une enquête ménage en parallèles de deux groupes : une ZS non exposé au forfait (Djalo Djeka) et une ZS exposée au forfait (Katako Kombe), selon la méthode de l'échantillonnage en grappe. Au final, un peu moins de 400 ménages ont participé à l'enquête dans chacune des zones de santé.

Résultats

L'enquête fait le point sur (i) les caractéristiques socio-démographiques des deux populations, (ii) les revenus (revenu moyen de 121\$ par habitant/an) et les dépenses des ménages pour les soins (plus de 5\$ en moyenne pour le dernier épisode maladie), (iii) l'utilisation des services de santé par la population (7 à 8 ménages sur 10 se sont endettés pour faire face au coût du dernier épisode maladie), (iv) la facturation par épisode maladie (100% des ménages de Katako Kombe connaissent le prix du forfait, mais 8 ménages sur 10 ne sont pas satisfaits, surtout à cause de l'absence des médicaments - les ménages de Katako Kombe seraient d'accord de payer le forfait au coût actuel s'ils peuvent bénéficier du paquet complet de soins), (v) Perception de la population sur la gravité de certaines maladies et la hauteur du financement consenti (face à la maladie grave, en fonction des perceptions, les recours thérapeutiques sont nombreux, variés et pluriels, une partie des ménages est prête à payer plus pour les soins en cas de maladie grave).

Discussion

Etant donné les « avantages » théoriques du forfait (prévisibilité des prix, rationalisation des prescriptions, etc.), on pourrait s'attendre à une augmentation de la fréquentation dans les structures qui pratiquent le forfait. Or on constate qu'il n'y a pas de différence entre les montants déboursés pour les soins du dernier épisode dans les deux ZS, et que le prix du forfait actuel n'est pas un frein à l'utilisation des FOSA. Mais c'est bien, l'insuffisance des médicaments essentiels en quantité et en qualité qui justifient la faible fréquentation des services par les ménages.

Conclusion

L'étude n'a pas pu montrer l'impact positif du forfait sur l'utilisation des services. Elle a plutôt mis en avant le fait que c'est la non-satisfaction des bénéficiaires par rapport à l'offre des services qui est la cause principale de non atteinte des résultats attendus du forfait (insuffisance/mauvaise gestion des médicaments essentiels, prescription non rationnelle). Différentes recommandations ont été faites pour améliorer le recours aux soins dans le cadre du forfait. Mais selon l'équipe de chercheurs, c'est surtout à travers la combinaison de différentes stratégies (forfait + mutuelle de santé + financement basé sur les performances) que l'on pourra agir sur le financement et la qualité des soins en RDC.

Pour plus d'information : références bibliographiques sur le sujet

1. Agrinier N, Baumann C, Fournel I (2009), L'enquête descriptive simple in Velten M. Investigation en Santé publique – Méthodes quantitatives, Ecole de Santé Publique, Université Henri Poincaré de Nancy I
2. Akazili J, Garshong B, Aikins M, Gyapong J et McIntyre D (2012), La progressivité du financement des soins de santé et l'incidence des prestations pour services au Ghana, Health Policy and Planning 28;27
3. Ataguba J, Akazili J, Mtei G, Goudge J, Meheus F (2009), The catastrophic effects of out-of-pocket payment for health care across three African countries – Ghana, South Africa and Tanzania, 7th World Congress on Health Economics, 12–15 July 2009, Beijing, China
4. Ataguba J, McIntyre D (2012), Paying for and receiving benefits from health services in South Africa: is the health system equitable? , Health Policy and Planning 27 (Suppl. 1): i35–i45
5. Ataguba J (forthcoming), Estimating cost ratios and unit costs of public hospital care in South Africa revisited, African Journal of Health Economics
6. Blog sur la mutuelle et les complémentaires santé (consulté le 03 Août 2012), L'automédication peut avoir des conséquences mortelles, <http://mutuelle.wordpress.com/2008/10/22/l%E2%80%99automedication-peut-avoir-des-consequences-mortelles/>
7. Center for Global Development (2009), Performance Incentives for Global Health. Potential and Pitfalls, Washington
8. E. Phelps C (1995), Les fondements de l'économie de la santé, Publi-Union, France
9. IMT-Anvers (consulté le 25 Août 2012), MSP ASSRMKF CTB, <http://www.ptfsenegal.org/3-documents/sante/Texte%20Tarification%20forfaitaire.pdf>
10. Jancloes M (1979), Autogestion communautaire et couverture sanitaire : Projet de Pikine, Sénégal. Ann. Soc. Belge Méd. Trop.; 59 (suppl) : 81-88
11. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W (2002), A typology for provider payment systems in health care, Health Policy; 60: 255-273

12. Kegels G (1994), Paying for health care instead of buying drugs, *Ann. Soc. Belge Med. Trop.*; 74:149-160
13. Kivits J, Houbre B (2010), Analyse de données qualitatives, in Kivits J, *Investigation en Santé publique*. Ecole de Santé Publique, Université Henri Poincaré de Nancy I
14. Kochar A (1995), Explaining household vulnerability to idiosyncratic income shocks. *Health Policy and Planning*, American Economic Association Papers and Proceedings 85: 159–64
15. Loevinsohn B, Harding A (2005), Buying Results? Contracting for health service delivery in developing countries, *The Lancet*, vol. 366:676-681
16. Lokadi O & Col (2010), *Stratégie de Renforcement du Système de Santé «SRSS»*, 2nd ed. Kinshasa, Ministère de la santé publique
17. Longengo A & Col (Membres de l'équipe cadre de la ZS de Katako Kombe) (2010), *Rapport annuel 2010 de la zone de sante de Katako Kombe*, Katako Kombe: BCZS KATAKO KOMBE/Ministère de la santé publique
18. Longengo A & Col (Membres de l'équipe cadre de la ZS de Katako Kombe) (2011), *Rapport annuel 2011 de la zone de sante de Katako Kombe*, Katako Kombe: BCZS KATAKO KOMBE/Ministère de la santé publique
19. Martinez-Vazquez J (2004) (consulté le 30 Août 2012), L'impact de la politique budgétaire sur les pauvres: l'exercice analyse de l'incidence, http://www.fiscalreform.net/library/pdfs/martinez_2001.pdf
20. Médecins sans frontière (consulté le 12 Mars 2012), Un rapport de MSF révèle des taux catastrophiques de mortalité sur la RDC, <http://www.congolite.com/polsoc94.htm>
21. Membres du Secrétariat Général à la Santé Publique (2006), *Directives de mise en œuvre de la stratégie de renforcement du système de sante*, Kinshasa, Ministère de la santé publique
22. Ministère de la Sante de RDC (2005), *Le secteur sanitaire en RDC*, DEP, Kinshasa
23. Ministère de la Santé du Rwanda (2004), *Amélioration de l'accès aux services de santé au Rwanda. Le rôle de l'assurance*, Kigali
24. Mugisha F, Dong KBH, Chepng'eno G, Sauerborn R (2004), Les deux aspects du renforcement de l'utilisation des services de santé : déterminants du premier recours à un système de soins de santé et de la fidélité du patient au système choisi dans les régions rurales du Burkina Faso, *Bull World Health Organ* vol.82 no.8 Genebra
25. Mushagalusa P (consulté le 23 Avril 2012), *Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la Zone de Santé de Kadutu, province du Sud Kivu-RD Congo*, <http://www.memoireonline.com>
26. Musango L, Doetinchem O et Carrin G (2009), *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle. Expérience du Rwanda*, Genève, OMS
27. Okenge N et Ilunga M (2009), *Enquête ménage sur les revenus des populations bénéficiaires du PS9FED et leur utilisation du système de sante au Kasai Oriental*, Université Notre Dame du Kasayi, Kananga
28. OMS (2001), *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*, Genève, Suisse
29. OMS (consulté le 31 Août 2012), *Alama-Ata 1978 les soins des santé primaires*, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>
30. Raosoft (consulté le 02 Avril 2012), *Sample size calculator*, <http://www.ezsurvey.com/samplesize.html>

31. Ridde V (consulté le 31 Août 2012), Entre efficacité et équité : qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest-africaine, <http://www.cerdi.org/uploads/sfCmsContent/html/194/ridde.pdf>
32. Réunion du Comité d'Experts sur la 4ème Réunion conjointe Annuelle Conférence de l'UA des Ministres de l'économie et des Finances et Conférence de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) des Ministres africains des Finances, du Plan et du Développement économique (consulté le 26 Avril 2012), Note d'information : 10 ans après «l'engagement d'Abuja » d'allouer 15% des budgets nationaux à la santé <http://www.uneca.org/cfm/2011/documents/French/InformationNote10Years-after-theAbujaCommitmentFR.pdf>
33. Rosenzweig MR (1988), Risk, implicit contracts and the family in rural areas of low-income countries. *Health Policy and Planning, The Economic Journal* 98: 1148–70
34. Soeters R, Griffiths F (2003), Improving government health services through contract management: a case from Cambodia, *Health Policy and Planning* ; vol. 18(1): 74-83
35. Soeters R et Kimakuka C (consultants CORDAID) (2008), Résultats de l'Enquête Ménage, l'Enquête Qualité, et l'Enquête Infirmiers Titulaires, Sud Kivu, Inspection Provincial/BDOM Bukavu/CORDAID
36. Townsend RM (1994), Risk and insurance in village India. *Health Policy and Planning, Econometrica* 62: 539–91

A.3.4.2. L'application de la tarification forfaitaire subsidiée a l'HGR de Kisantu avec l'appui d'ASSNIP/Bas Congo. Qu'en est-il de la durabilité ?

(Michel Nsombi, Administrateur Gestionnaire HGR Kisantu)

Introduction

Depuis plus de 10 ans, la zone de santé de Kisantu a mis en place différents mécanismes (mutuelle, forfait) pour améliorer l'accès aux soins de santé. Malgré ces dispositions, les performances du système restaient faibles, ainsi que le taux d'utilisation.

Objectif

La zone de santé s'est fixée 3 objectifs : 1) améliorer l'accessibilité aux soins de qualité, 2) améliorer l'efficacité du système et 3) renforcer le système de référence et contre référence.

Méthodologie

Afin de travailler à ces différents objectifs, une analyse de la situation et une enquête suivie sur les coûts des soins depuis 2008 (avec une estimation du coût moyen par service) ont été réalisées. Le travail s'est déroulé en deux phases : 1) mise en place expérimentale de la tarification forfaitaire subsidiée pour les patients référés et 2) 15 mois après, adaptation du tarif forfaitaire et de la subvention sur base des coûts réels (avec un équilibre entre les dépenses et les recettes).

Evaluation et résultats

L'évaluation du processus était un élément primordial. Elle s'est faite mensuellement sur base du rapport SNIS. Sur le plan qualitatif, elle a permis une harmonisation de la tarification forfaitaire au 1^{er} et 2^{ème} échelon, la satisfaction du personnel de l'HGR et des utilisateurs. Sur le plan quantitatif, on a pu observer l'amélioration de l'utilisation des services curatifs des

centres de santé (de 0,45 à 0,62), l'augmentation du taux de référence, ainsi que du taux d'occupation des lits et l'amélioration des recettes de l'HGR.

Discussion

Suite à l'étude, plusieurs éléments favorables ressortent du travail entrepris dans la zone de santé de Kisantu : l'implication de tous les acteurs, l'autonomie du 1^{er} échelon et l'essor de la mutuelle de santé. Mais des menaces pèsent aussi sur l'initiative mise en place dont la question de la viabilité n'est pas la moindre : comment pérenniser les résultats obtenus ? Poursuivre la tarification forfaitaire et la subvention semble indispensable, en fonction du coût des soins et du pouvoir d'achat de la population, et cela même si le forfait n'est pas la réponse à tous les problèmes liés à l'accès aux soins de santé. Cela passe également par l'amélioration de la régulation du système de santé.

Conclusion

La tarification forfaitaire n'est pas une fin en soi. Elle ne permet pas un partage de risque équitable mais s'en approche et peut être une porte d'entrée pour la rationalisation du système sanitaire.

A.3.4.3.Mise en œuvre de la tarification forfaitaire dans la ZS de Budjala : Outil efficace d'amélioration de l'accès et du financement des soins de santé ?

(Christian Etoza, Encadreur Provincial Polyvalent, Sud-Ubangi, RDC)

Contexte

Budjala est une zone de santé qui présente une population très pauvre, une faible qualité des soins avec des services à prix élevé. L'accessibilité financière aux soins de santé est donc un réel enjeu pour cette zone de santé.

Méthodologie

Un forfait subsidié est mis en place, au 1^{er} et au 2^{ème} échelon, et réajusté après évaluation. Il est accompagné d'un fonds de solidarité locale et prépaiement des soins. Ces mesures sont accompagnées d'un appui à l'organisation et à la gestion de la zone de santé (supervision de l'ECZS, contrat de performance, approvisionnement en médicaments essentiels, etc.).

Hypothèse

La tarification forfaitaire dans la ZS de Budjala a-t-elle permis de concilier l'accès financier de la population aux soins et l'exigence de l'amélioration des recettes ?

Résultats

On constate une augmentation du taux d'utilisation des services curatifs et préventifs, une augmentation des malades référés et hospitalisés (mais un faible aboutissement des références), ainsi qu'une augmentation des recettes. Plusieurs facteurs endogènes et exogènes ont influencé, positivement (présence de partenaires techniques et financiers, stabilité du personnel, etc.) ou négativement (insécurité, faible promotion du prépaiement, etc.).

Analyse et discussion

L'accès aux soins a augmenté, mais le paiement direct constitue toujours une barrière à l'accès aux soins (particulièrement pour les populations démunies). Il ressort donc que l'augmentation sensible de l'utilisation des services, a coïncidé avec l'implémentation de la tarification forfaitaire dans la ZS de Budjala, de même que l'augmentation des recettes est en lien avec la gouvernance.

Recommandations

Parmi d'autres, il est recommandé de renforcer la qualité des soins, d'augmenter la couverture sanitaire, de promouvoir le prépaiement, la subvention, d'améliorer le fonctionnement des structures, de financer des études, ou encore de procéder à l'identification des indigents et de proposer des mécanismes pour leur accès aux soins.

A.3.4.5. L'impact de la tarification forfaitaire subsidiée sur la viabilité de la mutuelle de santé de Kisantu : de 2009 à 2011

(Innocent Mbala, gestionnaire de la mutuelle de Santé de Kisantu)

Introduction

La mutuelle de santé de Kisantu (MUSAKIS, née en 2006) couvre maintenant 13 aires de santé (AS) sur 15, pour une population de 163.256 habitants.

Mise en œuvre

La mise en œuvre a débuté par une enquête auprès des ménages et leur sensibilisation. C'est ainsi que le droit d'adhésion est maintenant de 1500 Frans Congolais (FC) par ménage, avec une cotisation mensuelle de 400 FC par bénéficiaire. L'HGR et les centres de santé ont été contractualisés, et on a ajusté les approches et la réadaptation des coûts.

Résultats

Suite à la mise en place de la mutuelle, l'accès aux soins de santé s'est amélioré et, dans le même temps, le recours à l'automédication et aux tradi-praticiens a diminué. Le nombre de bénéficiaires, et de bénéficiaires fidélisés, a régulièrement augmenté, au-delà des prévisions, ce qui a eu un impact direct sur les capacités de financement de la mutuelle. Cela a également joué sur la diminution du coût moyen à l'HGR, les soins étant subventionnés. Cependant, au vu d'autres données, la qualité des soins ne s'est pas améliorée avec la mise en place d'un tarif forfaitaire.

Conclusion

La mutuelle de santé est une bonne alternative pour améliorer l'accessibilité de la population aux soins, même si dans un contexte de paupérisation, la seule cotisation des membres ne permet pas à la mutuelle de survivre. Il est indispensable que l'Etat congolais s'investisse dans le processus de mise en place des mutuelles de santé, et plus généralement de mesures appropriées de protection sociale pour les populations ; son implication sera décisive.

A.3.4.6. Discussions

La discussion s'est engagée autour d'une problématique :

« Comment progresser vers la couverture en santé, un premier pas étant l'assurance obligatoire pour un paquet de soins au niveau des ZS ? » ;

Et de deux sous-questions :

- 1) Faut-il continuer à stimuler l'adhésion volontaire aux mutuelles (création de nouvelles mutuelles, mises à échelle, renforcement de la fédération des mutuelles, etc.) en tenant compte des constats fait par l'OMS ?**
- 2) Sinon, quelle pourrait être la valeur ajoutée réelle des mutuelles de santé en RDC ?**

D'après un des interlocuteurs présents, l'option est déjà prise concernant l'assurance obligatoire pour un paquet de soins qui sera assurée par des organismes assureurs dont les mutuelles de santé ; l'autre volet étant facultatif.

Généralement, l'opinion des personnes présentes est qu'il faut soutenir le développement des mutuelles de santé (à adhésion volontaire pour le moment) en RDC, et faciliter l'affiliation de la population à ces mutuelles. Ce ne sera que quand la majorité des utilisateurs potentiels des services et soins de santé seront affiliés aux mutuelles de santé qu'il deviendra possible de prendre en charge les plus démunis. Le développement des mutuelles doit cependant se faire selon une stratégie réfléchie et concertée. Ainsi, les participants ont rappelé l'importance du rôle de l'Etat dans la mise en œuvre et le financement des mutuelles de santé (subvention), financement que l'Etat pourrait mobiliser à travers certaines taxes, au bénéfice des mutuelles de santé ; ils ont également insisté sur l'accompagnement de mesures conjointes : imposition d'un tarif forfaitaire dans les structures de soins, subvention des mutuelles de santé, attention portée sur le développement d'activités génératrices de revenus, etc. Plusieurs propositions ont été faites en ce sens. Enfin, les participants n'ont pas oublié de rappeler les obstacles qui pourraient freiner la création de mutuelles de santé, comme par exemple, la question de la survie des mutuelles de santé, la problématique du taux de pénétration (comment mettre en place une assurance maladie tant que le taux de pénétration reste faible ?), ou encore le maintien du système de référence et contre-référence (ne pas subsidier les autos-référés), etc.

3.4. B. Le financement des problèmes spécifiques de santé

B.3.4.1. Les défis de la participation communautaire dans l'accessibilité aux soins de qualité : expérience comparée de 3 ONG en RDC

(Jean-Marie Ngbenga, coordonnateur du CEMUBAC RDC, Kinshasa ; Martin Kibungi, coordinateur de l'Etoile du Sud (EDS) RDC, Kinshasa ; Valère Arakayo, coordonnateur médical d'Action Damien (AD) RDC, Kinshasa)

Introduction

La participation communautaire, telle que définie par l'OMS et par le Ministère de la Santé de la RDC, représente un véritable enjeu pour des services de santé adaptés et pérennes. Elle joue également un rôle crucial dans la mise en œuvre des soins de santé primaires

(identification des problèmes de santé, accès aux soins de qualité, la gestion des ressources, etc.).

Analyse

Dans le système de santé congolais, la participation communautaire, bien que voulue comme représentative et volontaire, se limite encore trop souvent au recouvrement des coûts et répond encore trop souvent à une logique utilitariste (les acteurs de la participation communautaire étant utilisés comme des auxiliaires des professionnels de santé). La suite de la présentation se concentre sur trois expériences hétérogènes de participation communautaire : Action Damien, CEMUBAC et Etoile du Sud/Médecine pour le Tiers Monde. Une première approche de la participation communautaire met l'accent sur le rôle de relais et d'auxiliaire de certains acteurs-clés de la participation communautaire auprès des populations, en complémentarité avec le travail du personnel de santé (comme par exemple les associations d'anciens malades) ; une seconde expérience envisage la participation communautaire comme exercice de démocratie, envisagée sous l'angle de la représentation et de la participation aux organes officiels de gestion d'une zone de santé ; enfin, une troisième expérience envisage la mobilisation des communautés sous un angle politique, avec la revendication du « droit à la santé », dans une perspective d'auto-organisation, de responsabilisation et d'autonomisation.

Défis et questionnements

Face aux réalités actuelles de la participation communautaire, il est nécessaire de s'interroger sur les objectifs de la participation communautaire, la mobilisation des bénévoles - les activités de participation communautaire doivent-elles rester bénévoles ou peut-on envisager de les rémunérer sous une certaine forme (si on maintient une vision « utilitariste » du concept) ? - ou encore le rôle et la place des différents acteurs de la participation communautaire face au système de santé. Avant tout, il apparaît indispensable de dépasser les bonnes intentions, de tenir compte des réalités de terrain, et de se poser des questions sur le rôle que les acteurs de santé souhaitent donner effectivement à la communauté et échanger ces expériences entre les acteurs pour trouver la meilleure approche. Il faudrait également s'entendre sur la « bonne » définition de la participation communautaire, compte tenu de différentes formes que celle-ci prend.

Principales références

1. Action Damien RDC (2005), Rapport d'activités. Projet d'intensification d'Elimination de la lèpre, Coordination Provinciale L/TBC de la Province Orientale Ouest
2. Action Damien RDC, Rapport narratif d'activités 2007-2010, service communication
3. Action Damien RDC (2011), Rapport narratif final OS Congo 2008-2010, financement DGD-AD
4. Ministère de la Santé de la RDC (2006), Partenariat pour la santé, Module de formation en soins de santé primaires
5. Munyanga M (2004), Guide de planification, Module de cours de maîtrise en santé publique à l'ESP-Kinshasa
6. OMS (1993), Guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires, 2ème édition

B.3.4.2. La prise en charge médicale des plus vulnérables (indigents) : Expérience du Fonds d'Equité dans la ZS de Bokonzi (Sud Ubangi) 2004-2009

(Julien Cheruga, encadreur technique, MEMISA, Equateur, RDC)

Contexte

Depuis 1998, Memisa Belgique est présent dans la zone de santé de Bokonzi. D'abord dans le cadre d'un projet d'assistance aux populations démunies pendant la période de conflit 1998-2003, ensuite dans le cadre d'un programme axé sur le développement de la zone de santé. L'intervention a alors pour objectif de préparer la population à se prendre en charge : les soins ne sont pas gratuits, mais le forfait est subsidié, et un Fonds d'Equité est mis en place.

Objectif

L'objectif du fonds est avant tout de permettre l'accès aux soins et de prendre en charge les plus vulnérables ; mais il vise également à susciter les mécanismes de prise en charge communautaire des vulnérables et à faciliter leur adhésion à la mutuelle de santé. Sa mise en œuvre passe par 3 étapes : 1) définition des critères, 2) identification des vulnérables et 3) définition du paquet d'interventions.

Mise en œuvre

Des critères de vulnérabilité ont été définis et précisés à l'occasion de différents ateliers afin d'aider la communauté à identifier les plus vulnérables : « Est qualifié de plus vulnérable, toute personne avec incapacité productive individuelle et permanente et absence permanente d'assistance familiale ou sociale ». Plusieurs catégories de vulnérables ont ainsi pu être définies (veuves, orphelins, handicapés physiques et mentaux, sidéens, etc.). Ensuite, un comité de sélection du village est mis en place. L'ONG valide le recensement des indigents et les listes sont archivées. Il a également fallu déterminer le paquet d'interventions : prise en charge à l'HGR (soins médicaux, assistance sociale, etc.) et au centre/poste de santé (soins médicaux, accompagnement). En plus, il est prévu de payer leurs cotisations à la mutuelle de santé.

Résultats

Ils montrent que de 2004-2009, le nombre de vulnérables identifiés et soignés est relativement constant, avec un pic en 2007, ainsi que le taux d'utilisation au CS et PS (1,41, avec pic à 3,4 en 2007) ; le % de référence à l'HGR a fortement augmenté en 2008 et 2009 (de 6% à 21%) Par contre, le coût moyen de prise en charge de ce groupe de malades est resté plus ou moins stable (entre 2,6 \$ et 2,19 \$). Quand au coût moyen de l'assistance sociale, il a pratiquement doublé (de 15,9\$ en 2004 à 29,9\$ en 2009).

Analyse

La hauteur du financement est devenue relativement prévisible pour Memisa et son bailleur de fonds (DGD). La population participe effectivement au projet, le comité local de sélection est fonctionnel, grâce entre autre à l'existence d'une définition opérationnelle claire des plus-vulnérables. Ainsi, la prise en charge des indigents (médicale, sociale) est une réalité, ils peuvent effectivement accéder aux soins et adhérer à la mutuelle de santé. Cependant, l'appropriation du projet par la population reste encore insuffisante et la dépendance aux partenaires extérieurs est totale.

Conclusion

Il est donc visible que sans l'apport de l'Etat et l'appropriation de la communauté, la prise en charge des plus vulnérables restera compromise. Une caisse communautaire est indispensable pour réduire la dépendance vis-à-vis de l'extérieur et responsabiliser davantage la communauté.

B.3.4. Niveau socio-économique & recours aux soins : comparaison entre ménages mutualistes et non-mutualistes au Sud Kivu

(Charlotte Maisin, Esto Bahizire, Consultants pour une étude commanditée par le Programme Solidarité Santé du Sud Kivu)

Introduction

Depuis 1990, sous l'impulsion de l'Eglise Catholique, et avec l'implication du Pouvoir Public, des mutuelles de santé (MUSA) sont petit à petit mises en place au Sud Kivu. En 2012, il y a 20 MUSA, pour un total de plus de 100.000 membres. Ces MUSA fonctionnent dans 14 Zones de Santé sur les 34 que compte la province.

Objectifs

Il s'agit, à travers cette étude de : 1) étudier la relation entre le niveau socio-économique des ménages et le statut mutualiste, 2) décrire le profil des membres des MUSA, et 3) étudier la relation entre le recours aux soins et le statut mutualiste ou non des ménages.

Méthodologie

L'étude s'est déroulée dans trois zones de santé (Kadutu, Nyantende, Idjwi) avec une stratification de l'échantillon (ménages ayant adhéré individuellement, ménages ayant adhéré par l'employeur, et les indigents). L'unité d'échantillonnage choisie a été le ménage mutualiste actif (MMA), 422 MMA par ZS ont été sélectionnés et des ménages non-mutualistes (MNM), appariés sur le type d'habitat et la proximité géographique, ont également été inclus dans l'étude. Au total, 2487 ménages ont été enquêtés. Plusieurs indicateurs ont été étudiés en relation avec l'appauvrissement des ménages et la santé de l'enfant et de la mère.

Limites

L'appauvrissement des ménages n'a pu être étudié que pour la seule ZS d'Idjwi. Il faut également noter le manque de données sanitaires et socio-économiques rétrospectives, la difficulté de définir les caractéristiques du chef de ménage et l'absence d'un consensus sur les indigents.

Résultats

Sur le plan socio-économique, il ressort que les MNM dépensent plus pour les soins médicaux que les MMA sur une année. Cette différence est plus marquée en milieu urbain. Il y a une moins grande proportion de MMA « très pauvres » et « pauvres » que parmi les MNM. Les populations les plus aisées ont moins tendance à s'affilier au système mutualiste. La vente exceptionnelle de la récolte, du bétail, des meubles ou d'une partie de la parcelle pour paiement des soins est plus fréquente chez les MNM que chez les MMA.

Les MMA recourent plus rapidement aux soins en cas de fièvre de l'enfant, et ils fréquentent plus facilement les formations sanitaires (par rapport aux autres recours thérapeutiques)

que les MNM. Le pourcentage de ménages ayant vécu le décès d'un enfant de moins 5 ans au cours des 12 derniers mois est moindre chez les MMA que chez les MNM. Les femmes faisant partie d'un MMA accouchent davantage dans les formations sanitaires que les femmes des MNM, en raison du coût abordable. Les MNM éprouvent plus de difficultés à payer l'accouchement que les MMA. Seule la mutuelle de santé de la ZS de Ciriri présente des résultats contradictoires.

Recommandations

Le soutien au développement des mutuelles de santé est donc recommandé par les auteurs de l'étude pour faciliter l'accès financier ; mais pas uniquement, il faut aussi agir sur l'accès géographique et l'amélioration de la qualité des soins. Il serait utile d'approfondir le cas de Ciriri et d'étudier les effets de la juxtaposition des différents modes de financement (politique de gratuité prônée à Ciriri par un partenaire) sur le système de santé et l'accès des populations aux services de santé.

B.3.5. Accès aux soins de santé primaires et secondaires : résultats et leçons apprises de l'expérience de MSF à Lubutu

(Emmanuel Lampaert, Médecins Sans Frontière - MSF, Belgique)

Introduction

A partir de 2006, suite à une enquête relevant un taux élevé de mortalité, MSF démarre un appui à la ZS de Lubutu, située dans la Province du Maniema, avec comme objectif de réduire la mortalité et la morbidité de la population.

Objectifs

La population de la zone de santé, soit plus ou moins 100.000 personnes utilise les services curatifs et préventifs de qualité offerts par MSF, services offerts au niveau de l'HGR et de certains Centres de Santé (CS). Cela passe par un renforcement au niveau de l'HGR, pour offrir un 2^{ème} échelon et un de qualité, qui servira de modèle. Un important plaidoyer est réalisé pour obtenir un financement adéquat.

Stratégies

Afin de pouvoir gérer entièrement l'HGR, MSF signe une convention de partenariat et obtient l'HGR en cession de gestion. Ensuite, la gratuité totale des soins est instaurée dans les structures gérées par l'ONG. Rapidement, tous les services de l'HGR sont fonctionnels, et un PCA complet est offert, avec le plateau technique de qualité nécessaire. Le système de référence entre l'HGR et les CS est soutenu à travers la mise en place de transfert par ambulance des urgences des CS vers l'HGR ; enfin, la stratégie de MSF inclut également l'appui aux soins de santé primaires de 1^{er} échelon dans deux CS.

Implémentation

L'appui de MSF est global au niveau de l'HGR : un service d'urgence avec une ambulance fonctionne 24h/24h, avec un réseau de communication entre les CS et l'HGR ; une facilité de référence est organisée ; 5 services d'hospitalisation et les services médico-techniques sont mis en route. Les services généraux et d'appoint avec maintenance et gestion des intrants, finances et infrastructures sont organisés. L'HGR est doté de 144 lits d'hospitalisation montés, et de 25 lits de transit ; les ressources humaines sont stabilisées à 140 personnes.

Suivi et évaluation

Ils sont organisés à travers les activités de suivi et de monitoring, ainsi que la collecte et l'analyse d'indicateurs au niveau de l'HGR et des CS. MSF organise deux enquêtes rétrospectives sur la mortalité et l'accessibilité, en milieu urbain et rural. Une collecte des données financières et une analyse des coûts a également été réalisée, y compris dans le cas du retrait de MSF.

Résultats

Ils montrent une amélioration de la fréquentation de la 1^{ère} ligne (1,02 consultations/habitant/an) et du taux d'hospitalisation (4,9/100/an). Le taux de létalité intra-hospitalière est inférieur à 5%. Le taux de césarienne atteint 3,7/100/an. Enfin, MSF constate une réduction des hospitalisations pour des pathologies infectieuses, au bénéfice de pathologies chroniques ou traumatologiques. En termes d'accessibilité, la proportion de malades qui s'est dirigée vers la consultation a augmenté, mais principalement en milieu urbain ; l'augmentation de la proportion qui a accès aux structures sanitaires est visible en milieu urbain et rural. Les coûts des investissements et de fonctionnement sont restés importants (1.650.000 dollars américains - \$US). Les dépenses du personnel médical et technique sont élevées (36% du total). Le coût du paquet d'intervention de l'HGR est de 15,89 \$US/habitant/an. Ce modèle de coût d'intervention est réel et donc non théorique.

Leçons

Après quatre années d'intervention, les résultats et l'impact du projet sont positifs. L'HGR va vers la couverture universelle. Le recouvrement des coûts modéré à l'HGR est dû à une subvention extérieure importante ce qui fragilise la pérennisation des acquis du projet. Il est essentiel que les acteurs de la santé s'impliquent davantage dans le développement des soins de santé primaires dans le contexte d'une région en post-conflit et dans des structures où la qualité des services pour un coût optimal est démontrée.

B.3.6. Discussion de la session parallèle B

Quelques orientations avaient été données par le modérateur : **Comment rendre effective la participation communautaire ? La gratuité des soins est-elle un mécanisme réaliste et soutenable ? Le fonds d'équité est-il une bonne solution pour la prise en charge des indigents ?**

Quelques éléments des débats sont à relever :

- Les résultats concernant la participation communautaire étaient présentés surtout en terme de conséquences de cette participation sur l'utilisation de l'offre telle que définie par le prestataire et pas vraiment en terme d'auto-détermination de la population ou de contrôle social, par exemple sur la qualité des soins.
- Concernant les indigents, il a paru important que leur prise en charge ait un caractère humain et qu'elle ne les transforme pas en « assistés » ; ainsi, quelques services, en lieu et place du paiement, ne pourraient-ils pas être rendus par les indigents ? La prise en charge de l'adhésion à la mutuelle semble aussi une bonne stratégie « d'humanisation » de la prise en charge des indigents, éventuellement par le fonds d'équité. Enfin, il a été souligné que dans la mise en place d'un fonds d'équité, les difficultés résident plus dans l'identification des indigents que dans la capacité de prise en charge.

- La gratuité des soins a suscité des positions contrastées : d’une part, la gratuité perçue comme une solution uniquement pour les urgences car la mise à échelle de cette stratégie semble utopique, et d’autre part la gratuité perçue comme un idéal vers lequel il faut obligatoirement tendre car la contribution pouvant être réellement mobilisée par la population pour la santé, en cas de respect des autres besoins des communautés, ne représente qu’une proportion très négligeable du coût réel de la santé, finalement assez proche de l’idéal que sous-tend la stratégie de couverture universelle. La participation financière de la population aux coûts des soins entraîne également des distorsions dans l’accès et la qualité des soins.

Recommandations du groupe B

- Soutenir le développement des mutuelles de santé ;
- Favoriser l’accès des indigents aux soins en leur facilitant l’adhésion à la mutuelle de santé ;
- Bien que la gratuité des soins soit une application extrême de l’idéal de couverture universelle, il faut plutôt favoriser un mélange de mécanismes de financement et de solidarité, plus applicable à l’échelle d’un pays, et à caractère plus humain (tarification forfaitaire, mutuelles, soins subsidiés) ;
- Soutenir le développement de l’autonomie de la population en matière de santé, de contrôle social, en impliquant d’autres acteurs que les prestataires de santé dans le développement de la participation communautaire ; et impliquer d’autres secteurs dans le développement de mécanismes pour améliorer l’accès aux soins de santé des plus vulnérables.

PANEL 4 : LE FINANCEMENT DE LA SANTE AU NIVEAU PROVINCIAL

4.1. Synthèse des présentations

Le Ministère de la Santé de la RDC est engagé dans la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) dont un des axes concerne aussi la réforme du niveau intermédiaire. La SRSS préconise la mise en place d'une équipe managériale (ECP) pour appuyer le développement des ZS. En effet, l'analyse de la situation a montré que le niveau intermédiaire est resté le maillon faible du système de santé et ses missions mal assumées. Cette situation est due, entre autres, à la structure non adaptée à ses missions et à l'insuffisance des ressources (humaines, financières et matérielles) pour exécuter ses missions.

Le travail élaboré dans le cadre de la réforme a permis l'élaboration d'un cadre organique adapté aux missions du niveau provincial en référence aux lois et règlements du pays, la mise en place des ECP pour l'encadrement des zones de santé et la définition d'un paquet d'activités du niveau intermédiaire pour servir de base aux appuis à ce niveau, et enfin, la mise en place des CPP-SS pour servir de structure de dialogue sectoriel et de coordination des interventions.

Le Panel a connu six présentations sur l'appui à la réforme du niveau intermédiaire : la restructuration de ce niveau à travers l'implémentation du nouveau cadre organique, la mise en place de l'équipe d'encadrement et le suivi de l'impact de cet accompagnement sur terrain, la mobilisation des ressources pour les activités de coordination illustrée par la province Orientale, le financement de l'action sanitaire au niveau provincial (l'AGEFIN et le renforcement du métier « gestion des ressources » au sein des DPS), le financement des FOSA et des ECZ (le rôle des plans de management).

4.1.1. L'appui à la réforme du niveau intermédiaire : expérience du PARSS

(Jacques Wangata, coordonnateur du projet PARSS, RDC,)

Le projet d'appui à la réhabilitation du système de santé (PARSS) financé par la Banque Mondiale d'avril 2006 à juin 2011, avec un budget initial de 150 millions de \$US, avait pour but de s'assurer que la population des districts et des 83 zones de santé ciblées, environ 11 millions d'habitants repartis dans 5 provinces (Kinshasa, Bandundu, Equateur, Maniema, Katanga), ait accès à un ensemble de services de santé essentiels de qualité et utilise effectivement ces services.

L'appui au niveau intermédiaire a été mis en œuvre par le CEMUBAC dans cinq Inspections Médicales Provinciales (IMP) et 10 Districts Sanitaires (DS). Il visait à développer un cadre, une dynamique de travail et des compétences permettant d'assurer durablement les prérogatives du niveau intermédiaire en termes de coordination, planification, gestion (des ressources humaines, des finances et de l'information sanitaire), surveillance épidémiologique, formation et supervision.

La synthèse des résultats obtenus a montré que les IMP et les DS disposent d'un cadre de travail et de moyens logistiques et financiers nécessaires à l'exécution de leurs activités, d'une organisation plus efficiente (Comité Provincial de Pilotage et groupes de travail

fonctionnels), d'une politique de gestion des ressources humaines en santé mise en place, d'une coordination et d'un accompagnement des zones de santé amélioré.

La mise en œuvre de ce projet a butté contre plusieurs contraintes et problèmes, notamment : les ressources humaines en termes de profil des membres des Equipes Cadres Provinciales (ECP) et de formation de base du personnel (santé publique, gestion/administration), la non maîtrise de l'outil informatique, et des contraintes relationnelles et politiques comme la forte ingérence politique dans les décisions administratives entraînant des changements intempestifs au sein des équipes avec une instabilité des cadres.

4.1.2. Financement de l'action sanitaire au niveau provincial : AGEFIN et renforcement du métier gestion des ressources au sein des DPS

(Jacques Kokolomami, coordonateur du fonds de développement du secteur de la santé - FDSS, Kinshasa, RDC)

La présentation du FDSS a rappelé que l'Agence de Gestion Financière (AGEFIN) est un sous-contractant du MSP, recruté pour apporter une expertise en matière de gestion financière pour une durée de 5 ans. Ses missions sont : i) d'assurer la gestion des ressources destinées aux structures bénéficiaires conformément aux procédures définies dans le manuel de procédure du MSP et ii) d'assurer le transfert des compétences au métier de gestion pour l'appropriation de ces procédures. L'informatisation de la gestion ainsi que la formation en cours des formateurs sur l'utilisation d'un logiciel approprié ont été évoquées comme de meilleures alternatives pour plus d'efficacité de la gestion du flux financier au sein des Directions Provinciales de la Santé (DPS). L'AGEFIN estime qu'il faut 20.000 euros pour la mise en place d'une DPS, 250.000 euros par an pour son fonctionnement (pour une DPS normée/rationalisée) plus un complément pour le paiement de primes à hauteur de 70.000 euros par an.

4.1.3. Le Financement des FOSA et des ECZ dans le cadre du PA PNDS : rôle des plans de management dans l'amélioration de l'exécution des dépenses et amélioration de la qualité des soins

(Didier Ramanama, conseiller technique pour le PA-PNDS, Goma)

Contexte

Les problèmes de financement d'un système de santé peuvent être classés en trois grandes catégories : i) l'insuffisance du financement, ii) la mauvaise allocation des financements disponibles ou « *l'efficacité allocative* » et iii) le faible niveau d'exécution des financements disponibles ou « *efficacité technique* ». En RDC, le problème concerne surtout les dépenses publiques. Ces problèmes de financement du système de santé, couplés avec les problèmes liés à la gestion des ressources humaines, en l'occurrence la **pléthore en personnel non qualifié au niveau périphérique**, limitent l'amélioration de la qualité des soins délivrés dans les formations sanitaires ainsi que celle de la performance de pilotage et d'encadrement des équipes cadres de zone.

Au démarrage du PA-PNDS, des outils de gestion financière et des médicaments essentiels génériques (MEG) et les manuels de procédures de gestion du MSP ont été rendus disponibles au niveau de la DPS.

Le PA PNDS a fixé trois objectifs spécifiques :

- La couverture de services de santé et la qualité des prestations offertes à environ 2.900.000 habitants sont améliorées et conformes aux normes nationales ;
- L'accès des populations et en particulier les populations défavorisées aux services de santé est amélioré dans les formations sanitaires ciblées ;
- L'appui institutionnel du projet contribue aux progrès vers une véritable politique sectorielle et au renforcement de l'administration du niveau provincial.

L'analyse présentée essaie de montrer si, avec la mise en place des plans de management dans les ECZ et les formations sanitaires appuyées par le PA PNDS, il y a eu une amélioration dans l'allocation des ressources à travers le suivi de la gestion.

Planification et mise en œuvre de l'expérience rapportée

Le PA PNDS a débuté en juillet 2010 et les plans de management ont été initiés à partir d'avril 2011 ; les premières missions d'audit ont été réalisées en septembre 2011.

Le plan de management est constitué de deux grandes parties : 1) la partie analytique traitant des éléments du trimestre passé et 2) la partie prévisionnelle. Il est alimenté par des informations provenant de la grille d'évaluation de la qualité, du SNIS et des différents outils de gestion (MEG et financière). La partie analytique est composée de l'analyse des goulots d'étranglement et du suivi de l'exécution budgétaire. La partie prévisionnelle comporte une partie décrivant les actions à mener pour l'amélioration de la qualité associée à une prévision budgétaire en termes de recettes et dépenses. Chaque plan de management est élaboré et validé par le comité de gestion de la zone de santé au début du trimestre et évalué en fin de trimestre lors de la validation du prochain plan. La validation et l'évaluation des plans de management s'effectuent en trois étapes :

- L'analyse de la qualité de remplissage des plans de management (complétude) et de la cohérence des informations à l'aide d'une grille d'analyse simplifiée.
- La saisie des principales informations en matière de gestion et la production de quelques indicateurs de gestion.
- L'analyse de quelques indicateurs de gestion réalisée lors des séances de en présence des infirmiers titulaires, des présidents de comité de santé et des comptables des formations sanitaires.

Résultats pour la province du Nord Kivu

Ils portent sur l'évolution de la complétude et de la cohérence des plans de management et le suivi de quelques indicateurs de gestion. L'évolution de la complétude est présentée dans le tableau ci-après.

Complétude des informations CS PA PNDS Nord Kivu (89)

Rubriques	2011				2012		
	1er trim	2ème trim	3ème trim	4ème trim	1er trim	2ème trim	3ème trim
<i>Exécution des recettes</i>	53	83	0	0	64	89	-
<i>Exécution des dépenses</i>	52	70	47	53	64	89	-
<i>Prévision rémunération</i>	-	49	67	59	53	64	89

Complétude des informations ECZ/HGR PA PNDS Nord Kivu (6)

Rubriques	2011				2012		
	1er trim	2ème trim	3ème trim	4ème trim	1er trim	2ème trim	3ème trim
<i>Exécution des recettes</i>	2	4	4	2	0	6	-
<i>Exécution des dépenses</i>	0	5	3	2	0	6	-
<i>Prévision rémunération</i>	-	2	6	4	2	2	6

Le suivi de la gestion a porté sur quelques indicateurs de gestion, notamment la tension salariale, le respect des prévisions budgétaires, les dépenses en médicaments et les dépenses pour les ressources humaines rapportées aux dépenses totales.

La tension salariale entre les différentes catégories de personnel s'améliore au niveau des CS contrairement aux CSR et HGR suite à la pléthore en personnel non qualifié et la disparité dans les barèmes entre les catégories de personnel (médicaux, paramédicaux, cadres administratifs, non qualifiés).

Le pourcentage de CS ayant respecté leur dépense prévisionnelle a augmenté en 2011, passant de 63% au 2^{ème} trimestre à 93% au 4^{ème} ; il est retombé à 61% au 2^{ème} trimestre 2012.

La part des dépenses pour l'achat de MEG et consommables est en augmentation passant de 11%±3 à 15%±2. L'introduction d'analyses spécifiques dans le plan de management pourra rapidement améliorer l'allocation des dépenses vers les dépenses en médicaments.

Bien qu'une clé de répartition des ressources humaines (RH) existe au niveau de la province préconisant un pourcentage de 60% des dépenses, on constate dans les CS une diminution progressive de la part de ces dépenses au bénéfice d'autres rubriques comme les médicaments et les petits investissements.

Conclusion

L'introduction du plan de management a permis d'inculquer la culture de planification et de suivi budgétaire. Cela nous permet d'espérer qu'avec l'augmentation progressive des recettes réalisées par les centres de santé, l'utilisation du plan de management et son analyse et sa validation par le comité de gestion, il sera possible d'améliorer rapidement la qualité des soins qui y sont délivrés.

Les actions de sensibilisation sur l'importance de la motivation des équipes - mais non pas des individus - pourront améliorer progressivement cette situation. Et ces sensibilisations doivent viser plus les cadres médicaux que le reste du personnel.

4.1.4. Mise en place de l'équipe d'encadrement du niveau intermédiaire pour le Kwilu

(Edouard Guevart, Assistant Technique de la CTB, Kwilu-Bandundu)

Contexte général

La réforme du niveau intermédiaire du système de santé de la RDC selon la SRSS consiste à redéfinir le rôle du niveau intermédiaire, à mettre en place une petite équipe cadre provinciale (ECP) avec des membres polyvalents ayant pour rôle essentiel d'appuyer le développement des zones de Santé.

Le projet d'Appui aux systèmes de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP) a pour objectif de faire en sorte que les soins de santé sont améliorés au niveau de la qualité et de l'accessibilité. La stratégie retenue est d'appuyer l'encadrement par le niveau intermédiaire du développement des zones de santé, productrices de ces soins de santé.

D'où est-on parti ?

La province de Bandundu a connu des expériences de « supervisions conjointes » (niveau central, niveau provincial et partenaires) des zones de santé. L'équipe cadre provinciale a fait une visite de découverte et d'échanges à Goma ayant abouti à la première expérience de sélection d'encadreurs pour le Kwango avec l'appui de la coopération allemande (GIZ).

Le niveau central a organisé, sous l'égide du Secrétaire Général de la Santé, une mission conjointe à Bandundu au mois d'avril 2010 au cours de laquelle il a été décidé que « la Province expérimentera la mise en place d'équipes d'encadrement dans chacune des trois futures Provinces en commençant par le Kwilu. La feuille de route élaborée au terme de cette mission prévoyait la sélection des cadres en juin 2010 et l'installation du dispositif d'encadrement des zones de santé en septembre 2010 ».

Cette expérience rapportée avait pour but de mettre en œuvre la réforme du niveau intermédiaire dans le Kwilu. De manière spécifique, il s'agissait de mettre en place l'équipe d'Encadreurs Provinciaux Polyvalents (EPP) pour le Kwilu, de renforcer le processus d'encadrement des ECZ et de tirer des leçons de l'expérience pour compléter et renforcer l'ECP du Kwilu et la rendre reproductible dans les autres futures Divisions Provinciales de la Santé (DPS). L'expérience se focalise donc surtout sur la fonction d'appui technique aux ZS.

Méthodologie

Il s'agit d'une revue documentaire basée sur les documents ayant trait au cheminement du processus car toutes les étapes du processus, toutes les réunions et tous les résultats intermédiaires atteints ont fait l'objet d'un rapport ou d'un compte-rendu. Tous les entretiens individuels et les échanges courrier ou courriel ont été enregistrés. L'approche stratégique utilisée a consisté à mettre en place un comité Provincial de sélection de l'équipe d'encadrement polyvalent pour le Kwilu afin de commencer l'appui au développement de quelques zones de santé et tirer les leçons de l'expérience pour élargir le nombre de zones de santé encadrées, améliorer le processus de sélection pour pouvoir l'étendre aux autres Provinces.

Résultats

Le Comité Provincial de sélection a été constitué par le Comité Provincial de Pilotage du Système de Santé (CPP) pour la Province pour les trois futures DPS. Il a sélectionné 8 EPP puis 6 cadres pour les autres métiers. Parmi eux, 2 EPP n'ont pas été renouvelés après évaluation et 3 cadres sélectionnés en novembre 2011 ont démissionné avant même leur notification. L'encadrement de sept zones de santé a débuté en juin 2011 et la formation des EPP a été continue.

En lien avec la capitalisation, le processus de sélection a été traduit en instructions opérationnelles pour le niveau Provincial. Il a déjà été répliqué dans plusieurs provinces. Il a été capitalisé et présenté à plusieurs réunions internationales (Marseille, Rubavu). L'équipe a également capitalisé et présenté des travaux sur la réduction de la mortalité maternelle et sur l'épidémiologie de la fièvre typhoïde.

Le comité de sélection a analysé l'auto évaluation par les EPP et a noté des résultats positifs sur la planification (PAO), la qualité des soins, la capitalisation. Mais les résultats ont été jugés faibles en raison de l'absence de cadre de travail commun, d'une insuffisance de coordination, d'une insuffisance d'accompagnement et le besoin de renforcement des capacités en coaching des ZS.

Discussions

Cette expérience n'a pas rapporté les événements intercurrents (épidémies, ripostes, campagnes), les événements politiques (perturbations au niveau Provincial durant plus d'un an) et les interférences (SMCL juin 2010, fév. 2011, oct. 2011, juin 2012) ainsi que les étapes de la réforme au niveau central.

Les éléments favorables à prendre en compte sont entre autres : les expériences antérieures (Nord Kivu, Kwango), la constitution d'un groupe de volontaires désintéressés, le rôle joué par le CPP malgré des résistances politiques ainsi que la solidarité, l'impartialité et l'objectivité du comité de sélection. L'accompagnement du niveau central, l'engagement inconditionnel de tous les partenaires et la pression de l'Ambassade de Belgique a également contribué favorablement.

Le suivi et la mise en œuvre des décisions ou recommandations ont montré des résistances à la réforme, et le développement de logiques de protection individuelle : opacité, accaparement, neutralisation/domination, évitement, diversion et temporisation ; phénomène bien décrit par Valéry Ridde.

Les conditions de pérennisation : il faudra accompagner l'équipe (niveau central, partenaires), assurer le soutien formel et cohérent du niveau central, garantir le cadre, l'autonomie, l'organisation de l'équipe et construire des compétences.

Leçons tirées

- Une réforme ne se décrète pas, elle se fait et se construit à partir des expériences du terrain. Le terrain ne peut pas construire seul une réforme, sans l'appui cohérent de tous les organes de décision (dialogue aller-retour) ;
- Une réforme n'est jamais acquise et le projet de mise en œuvre d'une réforme ne se construit pas de manière linéaire. Le déroulement de chaque étape est imprévisible avec des surprises, incertitudes et inquiétudes ;
- Il ne faut pas méconnaître les controverses et les logiques de chaque acteur ;

- Il faut apprécier le changement sur le plan qualitatif et le processus (démarche ou progrès en direction d'une « vision »).

Recommandations

Au Ministère de la Santé Publique : édicter le minimum de textes nécessaires pour faire admettre le principe de la réforme.

Au niveau Provincial : faire des propositions au niveau central sur la base des bonnes pratiques expérimentées.

Principales références

Ridde V. Cahiers d'Études Africaines, LI (1), 201, 2011, 115-143.

4.1.5. Restructuration organique et développement d'une compétence transversale au sein de l'équipe d'encadrement : Cas du District Sanitaire du Sud Ubangi, Province de l'Equateur, RD Congo

(Jean-Serge Ngaima, Projet Afrinest, ESP, Gemena, RDC)

Contexte général

La réforme du secteur santé s'est donnée, au niveau intermédiaire, quatre missions essentielles : renforcer l'encadrement technique pour le développement des ZS, innover les mécanismes de gestion des ressources, améliorer la gestion de l'information sanitaire et instituer l'« Inspection contrôle ». Cela représente quatre métiers (langage professionnel) ou fonctions (langage administratif) qui ont été bien décrits par la recherche-action du Professeur Michel Bonami et son équipe auprès des Equipes Cadre Provinciales du Nord Kivu et du Kasaï Oriental avec l'appui du PS9FED.

Le District sanitaire du Sud Ubangi, situé dans la partie Nord Ouest de la Province de l'Equateur, comprend 15 ZS et couvre une population de 2.548.210 habitants (Population 2012). Dans le cadre du découpage administratif, le district sanitaire urbain de Zongo sera annexé à la future DPS du Sud Ubangi. En février 2011, les orientations du Secrétariat Général de la Santé, avec l'appui de la CTB et les expériences de sélection de la DPS Bandundu, ont permis de démarrer le processus de sélection des Encadreurs Provinciaux Polyvalents (EPP) et des cadres de la DPS.

Les analyses se focalisent sur la fonction d'appui technique aux ZS mais également sur le processus de restructuration du Bureau du District sanitaire appelé à devenir une Division Provinciale de la Santé (DPS).

Méthodologie

Les données rapportées ont été collectées par une revue documentaire, complétée par des entretiens. La revue documentaire s'est faite à travers l'exploitation de divers documents comme les rapports du District sanitaire, la littérature scientifique, les documents stratégiques du Ministère de la Santé Publique et les documents techniques et financiers (DTF) des partenaires.

Outre la revue documentaire, une série d'entretiens approfondis et de « focus groups » ont également été menés auprès des ECZS afin d'évaluer la perception de leurs membres sur

l'apport de l'encadrement par les EPP sur le processus de développement des Zones de Santé et le fonctionnement du District Sanitaire (DS).

Résultats

En rapport avec la restructuration du niveau intermédiaire : après deux épreuves de sélection successives, en mai 2011 et en mars 2012, le DS du Sud Ubangi s'est doté de 16 agents dont 8 EPP avec un champ de compétence transversal à l'intérieur du niveau intermédiaire. Diverses compétences ont déjà pu être produites au cours de cette première année de mise en œuvre de la réforme, parmi lesquelles la capacité de mener des recherches opérationnelles et la coordination. L'implication des EPP dans le suivi des projets financés par les partenaires a favorisé leur participation dans les réunions au niveau intermédiaire.

En rapport avec l'encadrement technique des ECZ ; il y a un impact réel du travail des EPP et des cadres du DS sur l'amélioration de la gestion du SNIS et la surveillance épidémiologique. La meilleure réactivité du DS face aux épidémies de Mbaya, Ndage, Bominenge en 2011 en sont la preuve. Les missions d'accompagnement techniques réalisées par les EPP ont donc été perçues comme un renforcement de capacités par les ECZS et ont permis l'amélioration du fonctionnement des équipes et des capacités de gestion des prestataires et d'administration des soins avec effets sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins au niveau des Hôpitaux Généraux de Référence de Budjala, Bwamanda et Tandala et des centres de santé.

Discussion

Les résultats ont mis à l'avant-plan l'implication militante des prestataires et des partenaires malgré la non-promulgation d'une loi sur la réforme par les autorités et la résistance institutionnelle et individuelle de certains prestataires au processus de réforme.

Dans leur article intitulé « Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? », Bruno MEESEN et Wim VAN DAMME (2005) montraient que la mise à disposition des ressources ne suffit pas à résoudre les dysfonctionnements des systèmes de santé. Le modèle de réforme que l'expérience met en exergue montre que pour que la réforme devienne effectivement opérationnelle dans le Sud Ubangi, le partage des connaissances issues des usagers et des prestataires vers les niveaux d'appui joue un rôle essentiel.

De même, le suivi régulier des résultats obtenus par les prestataires leur assure une meilleure réflexivité et les rend à même d'améliorer les prestations. La discussion a mis en évidence l'intérêt de faire en sorte que le rôle des EPP ne soit pas confondu avec celui de l'inspection. Au-delà de la définition claire des postes (jobs description), les ECZS ont souligné l'importance de définir un cadre éthique pour l'action des EPP. Le souhait des équipes est de voir les missions des EPP s'intégrer aux programmes des ZS.

Conclusion

Le processus de réforme dans le DS du Sud Ubangi suscite de l'espoir. En effet, les résultats que nous avons présentés montrent qu'au stade actuel, la restructuration du Niveau Intermédiaire est réelle et déjà partiellement effective. Par la création de cette compétence transversale qui résume l'ensemble des compétences pratiques des EPP, les capacités du District ont commencé à être renforcées, notamment dans le domaine de la coordination et de la planification.

Appuyé par les EPP dans sa fonction d'arbitrage, l'ECP encore en gestation parvient néanmoins déjà à gérer les incertitudes critiques (conflits de légitimité, retard dans l'attribution des ressources, réorientation du personnel non sélectionné, etc.) et notamment celles suscitées par l'absence de normes et de réglementations explicites. L'Encadrement technique des ECZS et l'amélioration de l'outil pour le développement des ZS a donc atteint bon nombre de résultats.

Principales références

1. BONAMI M. et al., Rapport de mission: Réflexion sur la redynamisation des fonctions des Divisions Provinciales de la santé par la mise en place d'un management participatif dans le contexte de la SRSS, Juin 2010, pp. 12-14.
2. BONAMI M., Rapport de mission de Capitalisation du Projet 9ème FED et Recommandations pour le PA PNDS Volet Appui à la Réorganisation du Niveau Intermédiaire, Novembre 2010, p. 4
3. HUYGENS P., Cours en Recherche Opérationnelle. Université Libre de Belgique. Juillet 2012.
4. Mbeva Jean-Bosco Kahindo et al., « Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à Kinshasa (1995-2005), RD Congo », Santé Publique, 2012/HS Vol. 24, p. 9-22.
5. Meessen, B., Van Damme, W. (2005), Systèmes de santé des pays à faible revenu: vers une révision des configurations institutionnelles?, Mondes en Développement, vol. 33, no. 131, pp. 59-73.
6. Ministère de la Santé Publique, RDC, 2ème édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS-2), Mars 2010, pp. 50-51.
7. Ministère de la Santé Publique, RDC, Cadre de Suivi et Evaluation du PNDS 2011-15, Juin 2012, pp. 5-7.
8. Ministère de la Santé Publique, RDC, Manuel des Directives d'Opérationnalisation de la SRSS, Octobre 2010, pp. 6-59.
9. Ministère de la Santé Publique, RDC, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-15), Mars 2010, p. 83.
10. Ministère de la Santé Publique, RDC, Recueil des Normes d'Organisation et de Fonctionnement de la Zone de Santé, Septembre 2009, pp. 7-10.
11. Rapport Technique de la Commission Mixte Ministère de la Fonction Publique –Ministère de la Santé Publique Chargée de la Restructuration du Cadre et des Structures Organiques de l'administration du Secrétariat Général à la Santé Publique, Août 2012.

4.1.6. Mobilisation des ressources et financement des activités de coordination : expérience de la Division de Provinciale de la Santé de la Province Orientale

(Doudou Mbengi, Equipe Cadre Provinciale, Province Orientale)

L'expérience de la Province Orientale rappelle le contexte marqué par le besoin de renforcement de la coordination pour asseoir le leadership de l'ECP et maîtriser l'évolution de la situation sanitaire. Cette coordination s'impose en Province Orientale vu le grand nombre de structures à coordonner : 83 ZS réparties dans 10 districts sanitaires, 15 coordinations de programmes spécialisés et 3 unités de gestion des projets.

La Province a pris la coordination de l'action sanitaire comme point d'entrée du renforcement du système de santé et, partant, l'amélioration du leadership au regard des

difficultés connues par les principaux projets d'appui au système de santé dans la province (PA-PNDS, GAVI-Renforcement du Système de Santé, CTB-ASSNIP2).

Méthodologie

Il s'agit d'une approche qualitative, une analyse critique réflexive portée par deux acteurs impliqués dans le processus. Les données ont été récoltées à travers une revue documentaire (termes de référence, rapports des revues et CPP, rapports d'évaluation, y compris les rapports financiers) et des échanges avec certains partenaires techniques et financiers actifs aux revues et au CPP.

Résultats

Le plaidoyer bien justifié et soutenu a permis une mobilisation des fonds nécessaires pour la tenue des revues et l'organisation des réunions du CPP en 2010 et 2011 : changement des lignes budgétaires au profit de la revue et du CPP, justification correcte et dans le délai avec des versements des fonds non utilisés, mise en place d'un système d'archivage des données financières et amélioration progressive de la transparence sur la gestion et un gain de confiance des partenaires vis-à-vis de la DPS.

Leçons

1. La vision de l'équipe provinciale est déterminante pour le travail de coordination et la mobilisation des acteurs du secteur de la santé ;
2. La transparence dans la gestion des ressources accroît la confiance vis-à-vis des partenaires et augmente les chances d'appui, même pour les activités ponctuelles ;
3. La qualité du travail est un levier qui peut influencer les partenaires.

Conclusion

La coordination constitue un axe de travail important pour asseoir le leadership dans le secteur de la santé. Les revues à différents niveaux et les réunions des organes de pilotage nécessitent d'être planifiés et financés en tant que tels. Ces financements doivent prendre en compte la préparation des travaux (groupes de travail, missions d'accompagnement), d'où la nécessité d'inscrire dans les orientations d'identification et de formulation des projets des lignes claires et distinctes pour l'appui aux organes de pilotage.

4.2. Discussions

L'information relative au financement du niveau intermédiaire, au coût de la mise en place de nouvelles provinces, de fonctionnement et de complément de salaire n'est pas encore bien déterminée. Cela mériterait d'être évalué si on veut mobiliser les ressources financières nécessaires pour ces nouvelles divisions provinciales de la santé aussi bien auprès des partenaires extérieurs qu'auprès des autorités centrales et provinciales. Par ailleurs, si les études de costing réalisées par la DEP ont estimé le coût de fonctionnement à 55.000 USD par mois, l'AGEFIN a trouvé d'autres chiffres pour le coût d'une DPS : 20.000 euros pour sa mise en place, 250.000 euros par an pour son fonctionnement plus des primes à hauteur de 70.000 euros par an.

Dans le cadre de la problématique du financement des activités de coordination et de concertation, l'expérience de la Province Orientale a montré que la mobilisation est possible lorsque des termes de références pertinents en lien avec la stratégie sectorielle (SRSS) sont élaborés et partagés avec les partenaires, que le suivi est fait et lorsque la transparence et

les pièces justificatives sont en conformité avec les exigences des partenaires. L'alignement de ces activités de coordination dans le plan d'action opérationnel permet d'inciter les partenaires à les considérer dans leurs planifications financières. Les discussions sur les expériences pilotes de mise en place de nouvelles DPS (Kwilu et Sud Ubangi) ont tourné autour des difficultés enregistrées dans la mise en place de la future DPS du Kwilu qui sont liées en partie à la complexité géographique ainsi qu'institutionnelle (fusion de trois DS). La situation actuelle, en l'absence d'un cadre organique, montre que le médecin inspecteur provincial (MIP), qui est du métier inspection-contrôle, se retrouve encore comme coordonnateur de la DPS. Dans le Kwilu, le processus en cours pour le recrutement d'un coordonnateur de la DPS, s'il aboutit, pourrait permettre le fonctionnement de la DPS du Kwilu.

Le processus en cours se heurte aux multiples résistances tant individuelles qu'institutionnelles qui nécessitent le dialogue, la concertation et l'apport des parties prenantes. L'expérience du Sud Ubangi a, certes, connu des avancées appréciables, mais les qualités relationnelles des encadreurs polyvalents provinciaux devront s'améliorer pour plus d'impact de leurs inputs lors des missions d'accompagnement. La question devra être évoquée lors des auto-évaluations et évaluations pour obtenir un changement d'attitude nécessaire au transfert de compétence vers les ECZS.

En rapport avec le renforcement de la gestion dans les DPS : l'AGEFIN est un sous-contractant du MSP recruté pour apporter une expertise en matière de gestion financière pour une durée de 5 ans et sera évalué sur ses actions conformément à son mandat et ses missions reçus du Gouvernement. Dans ses missions, il est question d'assurer l'application du manuel de procédure du MSP pour les ressources mises à sa disposition et d'assurer le transfert des compétences au métier de gestion pour l'appropriation de ces procédures. La gestion devrait être d'ici là informatisée pour plus d'efficacité ; Une formation sur l'utilisation d'un logiciel approprié devrait permettre de répercuter cette connaissance aux administrateurs gestionnaires des ZS. Toujours par rapport à la gestion, un outil de budgétisation a été mis en place dans les ZS appuyées par le PA PNDS, pour les aider à une utilisation correcte et cohérente des ressources avec des activités planifiées selon un « plan de management ». Néanmoins, pour obtenir un remplissage correct de cet outil, il a fallu pas moins de 18 mois d'efforts.

Pour le renforcement de la gestion dans les DPS, la nécessité de rendre disponible les outils de gestion existants et d'en améliorer la maîtrise plutôt que de multiplier les plans (car il y en a déjà beaucoup) a été soulignée. Les échanges ont également mis en évidence que le fonctionnement des structures du niveau intermédiaire ne peut pas être renforcé sans un minimum de financement et de compétences qui doivent être garanties par une sélection et par un accompagnement bien mené. Ainsi la mise en place des nouvelles DPS et leur fonctionnement exigent la maîtrise des coûts (processus de mise en place des nouvelles structures, renforcement des capacités, fonctionnement et complément de rémunération) qui doivent guider la mobilisation des ressources financières nécessaires. Les différentes activités de coordination en vue d'améliorer le leadership du MSP et leurs besoins financiers doivent être intégrées dans le plan d'action opérationnel et dans les plans de travail pour inciter les partenaires à les considérer dans leurs planifications financières.

Les nombreuses expériences menées sur le terrain, rattachées au financement de la santé, sont considérées comme de bonnes pratiques à promouvoir. Malheureusement elles sont insuffisamment documentées et surtout ne sont jamais diffusées pour servir à d'autres,

ailleurs. C'est le cas des expériences sur la tarification du forfait en RDC, des mutuelles et des fonds d'équité qui ne sont pas publiées.

4.3. Recommandations

- Réaliser des études de costing de la mise en place des nouvelles provinces pour mieux mener le plaidoyer auprès des partenaires et instances décisionnelles étatiques pour la mobilisation des ressources ;
- Initier des actions de plaidoyer pour la mobilisation de plus de ressources internes auprès des gouvernements central et provinciaux et du parlement national ;
- Accélérer le processus de la réforme de la DPS Kwilu ;
- Rendre disponible les outils de gestion dans l'optique du renforcement de la gestion dans les DPS et ZS ;
- Documenter, selon la rigueur scientifique, les expériences de terrain puis contacter les revues pour leur publication ;
- Faciliter et capaciter (à travers la DEP) les hommes de terrain à documenter et publier les expériences de terrain.

PANEL 5 : LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET LES RESSOURCES HUMAINES

5.1. Synthèse des présentations

Le thème des Ressources Humaines en Santé (RHS) a fait l'objet d'un panel particulier au sein de cet atelier. Cinq présentations différentes se sont succédées et ont permis d'avoir tout d'abord un aperçu du contenu du nouveau plan national de développement des RHS en RDC. Ensuite, plusieurs exposés avaient trait à la motivation du personnel et cela à différents niveaux : au sein du Ministère de la Santé avec l'expérience de la Direction d'Etudes et de Planification (DEP), au sein de la coordination des bailleurs (GIBS) pour l'harmonisation des compléments de rémunération et finalement au sein d'un projet d'ONG avec l'expérience de Return to Care. La dernière intervention a permis de présenter les travaux de Be-cause health concernant l'élaboration d'un code de conduite sur le recrutement international du personnel de santé sous forme de charte.

5.1.1. Plan national de développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS)

(Steve Kibundila, Direction des services généraux et ressources humaines, MSP, RDC)

Après une brève introduction, les principaux problèmes des RHS en RDC sont énumérés. La « Vision » et les objectifs du plan sont succinctement revus avec ensuite la présentation des principaux axes stratégiques, du financement et du suivi & évaluation.

Le Ministère de la Santé Publique sait qu'il a besoin de s'appuyer sur des RH de qualité, en nombre suffisant et équitablement réparties sur l'ensemble du territoire. Le PNDRHS est en fait le plan sous-sectoriel de mise en œuvre des grandes orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et de la politique en matière de développement des RHS. Ce plan contient des orientations claires en matière de production des professionnels de santé, de la gestion de carrière, de la rétention, de la fidélisation des RHS et de la formation continue.

Les problèmes majeurs des RHS

Cinq problèmes majeurs ou faiblesses concernant les RHS en RDC ont été identifiés et concerne la formation à tous les niveaux, la gouvernance institutionnelle et le leadership des structures en charge du développement des RHS, la planification des RHS, la gestion et les conditions de travail.

Vision et objectifs du PNDRHS

« Le secteur de la santé dispose à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des équipes de santé multidisciplinaires, compétentes, performantes, en quantité suffisante, équitablement réparties, contribuant à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise par une offre des prestations de soins de santé de qualité d'ici 2015 ».

Parmi les objectifs spécifiques, on retrouve différents renforcements en relation avec les cinq principaux problèmes identifiés : celui de la gouvernance institutionnelle et du leadership des structures en charge des RHS, celui du cadre de planification, celui de la qualité de la formation et celui de la gestion et du développement des compétences des RHS. Un autre objectif concerne la motivation du personnel et sa fidélisation.

Les axes stratégiques

Chaque objectif spécifique fait l'objet d'axes stratégiques particuliers. **Pour le renforcement de la gouvernance et du leadership**, les axes concernent la mise en place d'un système d'information sur les RHS, la décentralisation dans la gestion des RHS et le renforcement du partenariat intra et intersectoriel en matière des RHS. **Pour le volet des planifications**, trois axes sont également présentés : le développement du cadre institutionnel et normatif de planification des RHS, le renforcement des capacités des structures en charge de la planification des RHS et la promotion de la planification. Quatre axes stratégiques sont proposés pour assurer **le support à la formation** : l'assainissement du secteur de l'enseignement, l'adaptation des curricula de formation aux besoins de terrain, le renforcement des capacités institutionnelles des écoles de formation et la promotion d'un système d'accréditation des écoles de formation. Pour **la gestion et le renforcement des compétences**, il est question d'améliorer la répartition équitable des RHS, de développer un système de formation continue pour les RHS, de promouvoir la recherche et de renforcer les capacités institutionnelles et humaines des structures en charge du développement des RHS. Enfin pour **le volet sur la motivation et fidélisation**, trois axes sont présentés : l'amélioration de l'environnement de travail, l'amélioration des rémunérations et des conditions sociales et le développement des mesures incitatives pour les milieux ruraux.

Le financement du PNDRHS

Les sources de financement qui ont été identifiées sont l'Etat, les fonds extérieurs des partenaires de développement et des initiatives mondiales, les ONG et les communautés.

Parmi le budget, les prévisions font état d'un montant total de plus de 4,5 milliards d'USD : 95,5% pour le volet motivation et fidélisation ; 4,2% pour le volet gestion et renforcement des compétences ; 0,2% pour le volet formation ; 0,06% pour la planification et 0,06% pour la gouvernance.

Le suivi et l'évaluation du PNDRHS

Les mécanismes de suivi et d'évaluation sont fondés sur 2 instruments : le développement de la composante RHS dans le système national d'information sanitaire (SNIS) et la mise en place de l'Observatoire National sur les RHS et le système de santé.

Conclusion

Le PNDRHS est une première expérience qui doit permettre la canalisation des actions à moyen terme (sur 5 ans). Les défis qui demeurent sont d'obtenir une mobilisation effective de l'ensemble des partenaires tant internes qu'externes et d'arriver à une répartition équitable et équilibrée des RH de qualité, motivées et stables aux différents postes.

Principale référence

RDC, Ministère de la Santé Publique – Secrétariat Général. Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la santé 2011-2015. Octobre 2011.

5.1.2. Motivation des ressources humaines et qualité des services : expérience de la DEP

(Alain Iyeti, expert à la DEP-MSP, RDC)

Cette présentation est une capitalisation d'expériences de l'appui institutionnel à la Direction d'Etudes et Planification (DEP) dont un des aspects consiste à garantir les conditions favorables pour un travail de qualité. L'expérience de cette direction rationalisée est susceptible d'impulser la réforme dans les autres directions du MSP et le reste du secteur de la santé pour accroître son efficacité et son efficience.

Après une présentation de la DEP, la présentation est structurée sous forme de recherche-action avec une approche méthodologique, des résultats, une discussion, les leçons apprises avec les défis et une conclusion.

Contexte

La Direction d'Etudes et Planification est l'une de treize directions du Ministère de la Santé Publique. C'est en 2001, que les Directions d'Etudes et Planification sont instituées dans tous les Ministères par un arrêté ministériel. Depuis cette période, la DEP au MSP a connu trois phases d'appui institutionnel par la Coopération Belge : de 2001 à mi-2006, de mi-2006 à août 2012 et l'actuelle qui doit s'étendre jusqu'en décembre 2013. Les missions et attributions de la DEP Santé sont d'élaborer le diagnostic sectoriel et macro économique, d'appuyer l'élaboration des politiques, stratégies, normes et lois sectorielles, de développer le partenariat pour la mobilisation des ressources et la coordination des interventions, de suivre la mise en œuvre de la réforme dans le secteur de la santé, de programmer et budgétiser les projets et programmes sectoriels, de suivre et évaluer les politiques, projets et programmes macroéconomiques et sectoriels, d'élaborer et actualiser la législation et les textes réglementaires et de diffuser l'information relative au secteur de la santé.

L'approche méthodologique

La capitalisation de cette expérience a été réalisée en recourant à une revue documentaire (textes officiels, rapports d'évaluation, rapports des suivis scientifiques) enrichie par des observations et des échanges avec les cadres et agents de la DEP et des autres bénéficiaires indirects du projet d'appui à la DEP.

Les résultats

Les résultats portent sur le fonctionnement de la DEP, notamment sur la politique de développement des ressources humaines, le financement et la mise en œuvre des activités relevant de ses missions.

Concernant la politique des ressources humaines, la DEP exécute ses activités avec un personnel qualifié et motivé sélectionné par concours après appel à candidature. Le comité de sélection est composé de représentants des Ministères de la Santé Publique et de la Fonction Publique et des partenaires techniques et financiers du secteur, y compris la Coopération belge. La DEP fonctionne avec un collège de 9 experts avec des compétences transversales sur les missions de la direction. Ces experts bénéficient d'un renforcement continu des capacités sur les aspects prioritaires de leur travail et sont appuyés par un service d'appoint dont les membres sont sélectionnés selon les mêmes modalités que les experts techniques. Par ailleurs, la DEP bénéficie d'une assistance technique immergée dans

le travail de routine en plus des aspects administratifs de gestion. Parfois, il est fait appel à des consultants indépendants. Les résultats directs de cette politique vis-à-vis des RH sont le développement d'une expertise reconnue au sein du secteur, des prestations de services de qualité et le développement de mécanismes d'accompagnement des autres directions et services.

Concernant la planification des activités, budgétisation et mobilisation des ressources : quatre étapes sont essentielles, à savoir l'identification des activités prioritaires en lien avec les missions de la DEP, la définition des responsabilités dans la gestion de certains dossiers, la définition des mécanismes de coordination interne et de la circulation de l'information stratégique et la définition des activités à exécuter avec ou en appui à d'autres directions. En fait, l'appui institutionnel est axé sur les activités prioritaires de la direction.

La mise en œuvre et le suivi des activités répondent aux mêmes principes que la planification comme le partage des responsabilités, avec l'élaboration d'un calendrier des activités, l'organisation de réunions d'échanges d'information, l'évaluation régulière des activités et l'élaboration des rapports internes. Cette pratique permet à la DEP de construire son expertise et de conserver la mémoire institutionnelle au sein du secteur.

Discussions

Comme la mission des DEP est transversale et s'exerce à tous les niveaux de l'organisation du développement sectoriel, les questions essentielles sont de savoir, d'une part, que faire pour avoir une structure administrative efficace et compétente et, d'autre part, comment répondre aux attentes du secteur et garantir les performances ? La performance d'une structure dépend de son organisation, de la qualité du personnel et de l'environnement de travail. Le schéma de la fonction publique pour la mise en place d'une administration professionnelle performante indique qu'il faudrait fixer le cadre et les structures organiques, décrire les postes d'emplois retenus dans ce cadre organique, établir le bilan de compétences, élaborer et mettre en œuvre le plan de formation pour les agents conformément aux profils exigés par chaque poste d'emploi décrit. ***Cette exigence de la rationalité est au centre du processus de sélection des cadres de la DEP*** et justifie l'investissement consenti dans le renforcement des capacités de ces cadres sélectionnés.

Par ailleurs, la question du développement sectoriel à laquelle répond la vocation de la DEP l'oblige à travailler avec les autres services ; toutefois, une DEP ne doit en aucun cas se transformer en service opérationnel, chargé de gérer des opérations relevant de la routine administrative ni se substituer aux directions techniques ou aux programmes. C'est pourquoi, la rationalisation des autres directions et services spécialisés dont l'action conditionne les performances du secteur est nécessaire. Cette rationalisation des services doit veiller à l'utilisation efficiente et rationnelle des RHS (la sélection qui se fait sur base de profil en est le premier pas), l'amélioration des conditions sociales et de travail et à la mise en place des modalités de motivation du personnel (incluant la rémunération et le renforcement des capacités). **Le projet d'appui à la DEP peut être présenté comme une illustration d'une rationalisation des services administratifs pour le renforcement du système de santé.**

Les leçons apprises et défis

Les **principales leçons** montrent que l'exigence de la rationalisation et le respect des profils nécessaires des ressources humaines à la DEP a permis le maintien des performances, que l'amélioration de la qualité des services prend du temps et nécessite un investissement en

termes de renforcement des capacités et de rémunération et qu'il est nécessaire d'avoir une protection contre des affectations irrationnelles via des conventions de collaboration entre le MSP et ses partenaires.

La DEP fait néanmoins face à **deux défis majeurs** en rapport avec les ressources humaines : l'exercice de ses missions dans un environnement dérégulé et la rétention de ses experts. La charge de travail des experts s'accroît suite aux multiples sollicitations induites par la faiblesse des autres services non encore rationalisés et non appuyés. Cette situation risque d'entamer les performances de la direction par rapport à certaines activités importantes liées à ses missions : **« Comment maintenir la performance face aux multiples sollicitations » ?** La DEP doit donc accompagner les autres directions pour qu'elles puissent construire une expertise interne et ainsi pouvoir se dégager et améliorer sa propre coordination interne autour des dossiers prioritaires qui sont liés à ses missions. Le second défi se présente en termes de possibilités pour garantir la motivation des experts de la DEP et leur rétention face à la concurrence des organisations partenaires. Cette question risque de se poser avec acuité et précipiter la chute des performances de la DEP si aucun appui institutionnel n'est garanti au terme de l'appui en cours avec la CTB.

Conclusions

Il est possible d'avoir des services administratifs efficaces et compétents pour autant qu'ils soient rationalisés et correctement appuyés. L'appui dont la DEP a bénéficié a été orienté vers le renforcement des capacités des acteurs et la mise à disposition de moyens pour mener à bien les activités liées aux missions qui sont les siennes. Ce modèle d'appui est recommandable pour les autres services du MSP afin d'augmenter la masse critique des cadres qui pourront se concentrer sur les priorités liées à leurs missions et attributions spécifiques. Il est possible, grâce à ce modèle de convaincre le Gouvernement congolais d'investir dans des services administratifs rationalisés. Ce qu'il dépensera pour assurer la qualité de ces services sera récupéré grâce à la rationalisation.

Principales références

1. Ministère de la Santé Publique, RDC, Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS-2), Mars 2010.
2. Ministère de la Santé Publique, RDC, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-15), Mars 2010.
3. Ministère de la Santé Publique et Coopération Technique Belge, Dossier Technique et financier du Projet d'Appui Institutionnel à la direction d'Etudes et Planification.
4. Ministère de la Santé Publique, RDC, Recueil des Normes d'Organisation et de Fonctionnement de la Zone de Santé, Septembre 2009.
5. Arrêté Ministériel n°CAB.MIN/FP/RM/kit/039/2001 du 05/09/2001 du ministre de la fonction Publique portant uniformisation et harmonisation des Directions d'Etudes et Planification.
6. Etude pour la création et / ou le renforcement des Directions d'Etudes et Planification (DEP) et des Directions Administratives et Financières (DAF) des ministères impliqués dans le processus de décentralisation en République Démocratique du Congo, p.20.
7. Rapport de la Mission d'Evaluation de la Direction d'Etudes et de Planification 12 – 19 Juillet 2004.
8. Jean Macq, Memo de la mission du Suivi scientifique du 13 au 20 décembre 2007.

9. Jean Macq et Alain Iyeti, Rapport de mission de l'équipe de suivi scientifique en appui à la DEP, avril 2010.
10. Leo Devillé, Rapport d'Evaluation à Mi Parcours du Projet d'appui à la DEP, phase 2.
11. Rapport d'activités de la DEP pour l'exercice 2006.
12. Rapport de l'atelier d'auto-évaluation de la Direction d'Etudes et Planification, Kinshasa au centre Mbiti, mars 2007.

5.1.3. Problématique de l'harmonisation des compléments de rémunération : dialogue entre le GIBS et le MSP

(Jean-Pierre Lokonga, OMS, RDC)

Cette présentation donne un aperçu du contenu d'un document interne au GIBS qui tente de proposer un règlement commun pour la prise en charge des ressources humaines dans les projets et programmes financés par l'aide extérieure. Après avoir expliqué l'objectif d'un tel règlement, les différents domaines et rubriques concernés par ce règlement et les différents types de paiement sont passés en revue.

Introduction

Le règlement commun (document interne au GIBS), dont la dernière version date de septembre 2012, a pour objectifs i) d'éviter des doubles emplois, ii) d'éviter des effets compétitifs entre les différents bailleurs et iii) de garantir l'équité dans le traitement des RHS.

Domaines et rubriques concernés

Pour les réunions institutionnelles, qui sont organisées dans le cadre d'un projet/programme, auxquelles participent, pendant les heures normales de travail, des personnes détachées par leurs institutions, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, aucun per diem n'est consenti mais des frais de transport (si distance > un kilomètre) et de repas seront pris en charge.

Pour les ateliers et séminaires qui sont des rencontres de travail de durée variable organisées sur la base d'un programme préétabli et de termes de référence qui déterminent les résultats attendus et les modalités de travail, différents arrangements pour les frais de transport, hébergement et per diem, sont expliqués et dépendent de différents facteurs comme la ville où se déroule l'activité, être résident ou pas, être haut fonctionnaire, ministre ou simple fonctionnaire. Les barèmes sont présentés sous forme de tableaux.

Pour les missions qui sont définies comme des déplacements effectués par des fonctionnaires et agents de l'Etat, dans le cadre des programmes bénéficiant de l'appui du projet/programme à l'intérieur de la RDC, il existe aussi des arrangements particuliers en fonction de la durée de la mission (plus ou moins de 24 heures). A noter que les voyages en relation avec les formations ne sont pas pris en compte dans cette définition.

Pour les paiements directs aux fonctionnaires, il s'agit d'incitations salariales (complément du salaire officiel) pour les fonctionnaires d'Etat, les agents des formations sanitaires sans but lucratif qui sont impliqués dans l'exécution des programmes/projets, et c'est selon les prévisions budgétaires des projets/programmes (si cela a été prévu). Ce n'est pas un salaire, il n'y a pas d'obligation pour le bailleur et ce n'est pas un droit pour le fonctionnaire. Les bailleurs qui autorisent le paiement d'incitations salariales aux fonctionnaires sont appelés, à

travers le document de règlement, à harmoniser leurs politiques et pratiques selon un plafond acceptable et maximal. Ce paiement repose sur la transparence entre bailleurs, avec des échanges sur ce qui est payé, avec des paiements selon certaines normes, et avec une équité entre le niveau central, intermédiaire et périphérique. La pérennité est envisagée avec la prise en charge progressive par l'état. Pour ce paiement, le montant maximum (indicatif) = salaire + complément. Ce montant indicatif est présenté par niveau et par type de fonction. Le barème pour le paiement des consultants nationaux par jour ou par mois est également fourni selon la catégorie, les études et l'expérience.

Principale référence

GIBS, Règlement commun pour la prise en charge des ressources humaines dans les projets et programmes financés par l'aide extérieure, version de septembre 2012.

5.1.4. La motivation des ressources humaines spécialisées : expérience des bénéficiaires de Return to Care

(Jean-Robert Kikanda, HGR Kikwit 2, BDOM de Kikwit)

Cette présentation repose sur l'expérience du directeur du BDOM de Kikwit qui a bénéficié du support de l'ONG belge Return to Care (RTC). Cette ONG et le BDOM de Kikwit ainsi que leur partenariat sont présentés. Les réussites de ce partenariat sont également présentées et quelques recommandations concluent cet exposé.

Return to Care

C'est une fondation interuniversitaire belge (UCL, ULB, ULg) : « Retourner pour Soigner », dont l'objectif est d'encourager le retour des spécialistes dans leur pays après leur formation au Nord. Pour cela, RTC et leurs partenaires du Nord et du Sud accompagnent les RHS spécialisées pour leur retour afin qu'ils exercent dans de bonnes conditions. Les institutions du Sud préparent l'accueil et les différents appuis tentent d'améliorer et/ou d'assurer un minimum pour leurs conditions de travail (équipements, fonctionnement), leurs conditions de vie et pour la scolarisation de leurs enfants. RTC accompagne aussi les candidats, sélectionnés par les institutions du Sud et du Nord pendant leur formation clinique.

Le BDOM et son partenariat avec RTC

Le BDOM de Kikwit intervient dans 9 zones de santé et gère 51 formations sanitaires, dont 15 hôpitaux, 25 centres de santé et 4 instituts de technique médicale. Son objectif global est « d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé de la population à travers des structures de santé rendues plus opérationnelles ».

Le partenariat avec RTC s'est déroulé à travers un appui à un médecin local qui s'est spécialisé en Belgique en santé publique puis en chirurgie. Ensuite, il a été appuyé pour son retour en RDC (2008-2009), à Kikwit, où il est devenu le directeur du BDOM et où il exerce en tant que chirurgien. L'appui au retour a été concrétisé par l'envoi d'un conteneur de matériel en RDC, par l'aide à l'installation, par l'achat de matériel de chirurgie et par de l'appui aux diabétiques. Le partenariat s'est poursuivi en 2010-2011 via différents supports pour 65.000 euros (internet, matériel, médicaments, participation aux frais de fonctionnement du BDOM, etc.).

Les réussites

Le médecin spécialiste est en place depuis 5 ans, avec comme résultat, une redynamisation du BDOM, l'amélioration des synergies (avec les formations sanitaires, le BDOM et les structures étatiques), le rétablissement de la confiance des partenaires. Par ailleurs, un projet d'appui aux diabétiques a été enclenché. Sur un autre registre, RTC a pris en compte les besoins concrets de la base avec la responsabilisation du bénéficiaire dans la réalisation du projet (planification-suivi-évaluation).

Les recommandations

Les auteurs ont exprimé le souhait que les bailleurs de fonds encouragent les ressources humaines locales et que l'Etat améliore les conditions de travail et la rémunération pour éviter la fuite du personnel déjà formé.

5.1.5. La charte des acteurs de la coopération belge au développement sur le recrutement et l'appui au développement des ressources humaines pour la santé des pays partenaires

(Dirk Van der Roost, Be-cause health Belgique)

La présentation est axée sur l'élaboration d'un code de conduite par les acteurs de la coopération belge pour réguler « la fuite des cerveaux ». Après un bref aperçu de la crise internationale des RHS, le code de pratique de l'OMS est présenté avant celui proposé par la plate-forme Be-cause health. Ensuite, une enquête réalisée en 2007 pour connaître les différentes mesures mises en place par les acteurs belges en RDC pour la motivation du personnel est présentée. Pour conclure quelques questions sont posées à l'auditoire.

La crise internationale des ressources humaines et la fuite des cerveaux

Dans la crise internationale, il y a tout d'abord le « carrousel » des migrations du personnel de santé qui s'opère à différents niveaux (rural-urbain, publique-privé/ONG/organisations internationales, régions pauvres-régions riches, sud-nord, etc.). On retrouve également toute une série d'autres problèmes liés aux questions de planification, à la quantité et la qualité de la formation, à des questions de pénurie et/ou de pléthore (mauvaise distribution), aux ravages du VIH/SIDA sur les professionnels de la santé, etc.

Le Code de Pratique de l'OMS

Ce code sur le recrutement international du personnel de santé a été adopté lors de l'assemblée mondiale de l'OMS en 2010 et il est volontaire et non contraignant. Il reconnaît que les travailleurs ont le droit de migrer, mais aussi que les populations de tous les pays ont droit à la santé d'où la nécessité de trouver un bon équilibre entre ces deux droits. L'implication principale de ce code pour tous les pays est qu'il faut concevoir et mettre en œuvre des politiques/plans de développement des RHS qui traitent explicitement de leur rétention et de l'autosuffisance. Les implications plus spécifiques aux pays du Nord sont de limiter le recrutement actif de RHS en provenance des pays du Sud et d'appuyer les plans de développement des RHS des pays du Sud.

La charte de Be-cause health et de la coopération belge

Le Groupe de travail-RHS de Be-cause health a élaboré une Charte des acteurs de la coopération belge. Celle-ci traduit les principes du Code de Pratique par des engagements

(volontaires) concrets relatifs au recrutement international et à l'appui à la motivation et rétention dans les pays partenaires. L'adoption finale de la charte est prévue lors de l'Assemblée Générale de Be-cause health le 27 novembre 2012.

Les engagements contenus dans la charte sont, **en termes de partenariat et d'harmonisation**, d'intégrer les interventions dans les structures nationales, de renforcer les systèmes de santé, de participer à la concertation et à l'harmonisation, de rendre prévisible les appuis aux RHS, de limiter le recrutement actif de RHS en provenance des pays du Sud et d'appuyer les plans de développement des RHS des pays du Sud. **En termes de politiques et plans de développement** des RHS, il s'agit de promouvoir la bonne gouvernance et le respect de l'éthique, les plans de développement des RHS, la réduction des inégalités, la motivation et l'environnement professionnel et l'estime de soi. **En termes de formation**, il faudra appuyer la formation initiale et continue et les capacités nationales et régionales de formation. **En termes de recrutements**, il faudra respecter le Code de Pratique de l'OMS et compenser les effets négatifs sur les systèmes de santé. **Dans le Nord**, il s'agira de sensibiliser les acteurs publics et privés, de collaborer avec la diaspora et de partager les expériences en matière d'appui aux RHS.

L'enquête de 2007 sur les mesures de motivation prises par des acteurs belges en RDC

L'objectif de cette enquête était de connaître les différentes mesures mises en place par différents acteurs pour motiver son personnel et en maintenir un nombre suffisant dans les structures de santé. Dix acteurs belges ont participé à cette enquête. Celle-ci reste pertinente bien que depuis, des évolutions et changements sont intervenus (le PNDRH, les primes pour les médecins, etc.). Les résultats de cette enquête ont montré qu'il existait beaucoup de mécanismes et incitants mis en place qui étaient différents avec une situation plutôt disparate. Les salaires, primes et incitants des ONGs/CTB/acteurs de la coopération dépendent en premier lieu de leurs politiques et moyens propres/subsides et non des besoins d'une Zone de Santé, de la population et/ou d'une politique concertée. Des mécanismes de concertation sont en place ou prévus mais cela reste un exercice délicat pour tous les acteurs et la concurrence entre les acteurs est une réalité.

Présentation du Cemubac, d'Action Damien et de Memisa de juin 2012

Les rémunérations/primes suivent une tendance à la hausse si on compare à 2007 mais chaque organisation continue avec sa propre politique, et la volonté de concertation/harmonisation reste graduelle. Le personnel propre des ONGs a une rémunération compétitive avec d'autres ONGs internationales. Action Damien rapporte une grande stabilité de son personnel ; au Cemubac, la politique de bourses donne de bons résultats car 90% restent actif dans le pays. Quant à Memisa, il s'est engagé dans la sensibilisation en Europe.

Questions à l'assemblée

Appréciation et suggestions concernant la charte ?

Implications pour votre organisation dans la coopération en RDC ?

Engagements de part et d'autre ?

Volonté de l'alignement des acteurs ?

Volonté de l'harmonisation graduelle des acteurs ?

5.2. Discussions

La discussion a porté sur les principales questions suivantes :

La pléthore de certaines catégories de personnel au Ministère de la Santé Publique : cette pléthore a-t-elle été traitée dans le PNDRHS ? Comment supporter le financement du personnel inutile, inapproprié ou incompetent (dans le budget du PNDRHS uniquement 0.06% est affecté à la planification pour 95.5% à la motivation et fidélisation) ?

Le nouveau cadre organique nécessitera de passer par la description de poste.

La rationalisation est un processus qui doit commencer par l'identification de tous les personnels de santé effectivement en poste (base de données).

La pléthore concerne surtout les agents d'exécution. Mais les cadres répondant au profil sont déficitaires.

Il faut donc reconvertir les personnels pléthoriques mais couvrir les déficits en personnel hautement qualifié.

Ces questions relèvent aussi d'autres ministères, dont celui de la Fonction Publique.

Le changement d'approche basé sur la planification des RHS est-il une réalité entrée dans les faits et comportements (pressions des politiciens, nominations à différents niveaux) ? Jusqu'où la décentralisation doit-elle amener le pouvoir de décision concernant les RHS ? Jusqu'aux zones de santé ?

Au regard de la faiblesse de son financement, le PNDRHS sera effectif au terme de 5 ans. Mais il existe des pesanteurs même au niveau central pour changer les faits et les comportements. Les conventions inter-Etats peuvent contribuer à protéger les structures rationalisées (exemple de la DEP).

Comment financer les départs à la retraite ?

Il existe de fait une proportion importante de personnel éligible à la retraite mais les financements n'ont pas encore été trouvés. Des négociations sont en cours avec les partenaires extérieurs.

Modes de sélection et d'évaluation du personnel ?

Le modèle d'évaluation existe même si le système de cotation a disparu. Cette évaluation relève du Ministère de la Fonction Publique et sera remis en vigueur.

Incitations salariales et motivations

Le salaire relève de l'Etat. Le complément n'est ni un droit ni une obligation. Son plafond doit être négocié préalablement pour garantir transparence, pérennité et équité entre les niveaux, central, intermédiaire et opérationnel.

Il faut éviter les inégalités entre Médecins Chefs de Zones et le risque subséquent d'aspiration des ressources.

En matière de motivation externe, il n'y a pas que les incitations salariales, par exemple il faut aussi penser aux formations, au crédit pour le logement, à l'équipement personnel et/ou professionnel, etc.

5.3. Recommandations

- Diffuser largement le nouveau cadre organique et le manuel de procédures de gestion (avec outils de gestion garantissant la transparence).

- Intégrer l'observatoire des RHS dans l'observatoire du Système de Santé dont il est une composante.
- Procéder à la description des postes et profils, élaborer les plans de formation et les perspectives de carrière pour les postes à différents niveaux.
- Harmoniser avec les autres ministères la mise en œuvre du PNDRHS (production des RH, gestion de carrière, mise à la retraite) : Ministère de l'Enseignement Supérieur, Ministère de la Fonction Publique et Ministère des Finances.
- En collaboration avec les autres ministères déjà cités, rationaliser les RHS en réponse aux besoins du système de santé : adéquation qualitative et quantitative, dans le cadre de la décentralisation et dans le respect des normes de la Zone de Santé.
- Recourir autant que possible aux ressources humaines locales en tenant compte des principes d'équité et d'efficience.
- Privilégier l'appui institutionnel et la rationalisation des ressources des services du Ministère de la Santé Publique afin d'élargir le pool de compétences.
- En référence à la loi concernant le recrutement des RHS, adopter le principe de sélection dans le processus de rationalisation et l'appui aux services de l'administration.
- L'investissement en termes de sélection et de renforcement des capacités doit s'accompagner d'incitations salariales et d'autres éléments de motivation à différents niveaux.
- Tenir avec le Ministère de la Santé Publique un atelier en vue de valider et adopter les propositions concernant l'harmonisation des incitations salariales dans le secteur de la santé.
- Adopter en commun avec le Ministère de la Santé Publique les principes du code de pratiques de l'OMS sur le recrutement et l'appui au développement des ressources humaines pour la santé à travers une charte des acteurs de la coopération au développement.
- Proposer des modalités pour intégrer l'assistance technique.

PANEL 6 : LES FINANCEMENTS PARTICULIERS ET CIBLÉS

6.1. Synthèse des présentations

Ce dernier panel compte cinq présentations. Elles présentent différentes expériences d'interventions ciblées sur des pathologies bien spécifiques comme la trypanosomiase, le diabète, la tuberculose et la lèpre. Une présentation se penche sur la transition épidémiologique et une dernière s'intéresse à la pérennisation du financement des médicaments dans les zones de santé.

6.1.1. Le financement de la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine en RDC

(Wim Van der Veken, CTB et Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine, RDC)

Une brève introduction montre l'évolution du nombre de cas en RDC, ensuite il est question du financement du Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) et enfin des perspectives pour un avenir plus ou moins proche sont envisagées.

Evolution du nombre de cas déclaré en RDC

Un graphique a été présenté comptabilisant le nombre de cas de 1926 à 2011, il tente de montrer que le nombre de cas diminue avec la présence d'un appui ; et inversement, le nombre de cas augmente quand cet appui disparaît. Ainsi, avec un nombre de cas compris entre 25 et 30.000 à la fin des années trente, on assiste à une quasi extinction en 1960. Après l'indépendance, le nombre de cas remonte progressivement mais se stabilise entre 5 et 10.000 cas. Après la rupture de la coopération belge en 1991, le nombre de cas s'envole à nouveau avec un pic à plus de 25.000 cas (1997-1998). Depuis la reprise de l'aide, le nombre de cas diminue à nouveau, il était aux environs de 5.000 en 2011.

Le financement

Les principaux financements pour la prise en charge de la THA viennent de l'aide extérieure et des patients. Le gouvernement congolais finance environ 4% des dépenses pour la lutte contre la THA (chiffre de 2007).

L'appui de la coopération bilatérale belge contre la THA concerne les activités de dépistage, l'achat d'équipement et les primes (entre 75 et 350 Euros par agent) pour les 37 agents du PNLTHA. Le financement de la lutte contre la THA dans le cadre de la coopération bilatérale représente, depuis 2000, un budget moyen par an d'environ 2 millions et demi d'Euros. La coopération belge finance 52% des dépenses totales (contribution des patients non compris) de la lutte contre la THA en RDC (chiffre de 2007) et appuie le PNLTHA à 3 niveaux : la direction, 10 coordinations, 35 UM, 50 Centre de Dépistage et de Traitement Contrôle (CDTC), et 200 formations sanitaires (dans 100 ZS).

Les autres principaux partenaires du financement sont MSF Belgique et Suisse (pour 26% dans 3 ZS), L'OMS avec SANOFI-Aventis pour les trypanocides (environ pour 14% des dépenses) et Mémisa pour environ 3%.

Les patients contribuent au financement mais pas toujours pour de bonnes raisons, en effet il a été expliqué que cette maladie étant mal connue par le personnel médical des structures classiques, les erreurs diagnostiques et les traitements inutiles sont la norme (« *shopping* »

médical ») et entraînent des dépenses excessives voire catastrophiques pour les patients (sans amélioration pour leur santé) et constituent aussi un gaspillage de ressources. Par contre, le dépistage actif ne coûte rien au patient sauf le jour chômé pour certain. Le paradoxe de la situation, c'est la gratuité de la prise en charge dans les centres de traitement du PNLTHA alors que le patient a déjà fait face à des dépenses importantes (et inutiles) dans les formations sanitaires.

Les perspectives

Quid après la fin de la coopération bilatérale belge en santé ? Parmi Les 37 agents du PNLTHA (qui reçoivent tous une prime payée par la coopération belge), 20 ont le matricule de l'Etat mais seulement 2 reçoivent un salaire de l'Etat, par contre sur les 37, 23 reçoivent une prime de risque de l'Etat (de 6 à 26 USD seulement !) mais 14 ne reçoivent ni salaire ni prime de risque de l'Etat et ce groupe est le plus vulnérable en cas d'arrêt des appuis. La question est bien de savoir qui va payer et que vont devenir les agents et les malades en cas d'arrêt de l'appui belge en 2013 ? Les pistes pour solutionner ce problème sont de payer le salaire de tous les agents avec matricule, de régulariser les nouvelles unités qui n'ont pas encore de matricule d'Etat et de payer les agents par virement bancaire. Pour le reste aussi, si aucun « bailleur reprenneur » n'est trouvé d'ici 8 mois, il va y avoir un gap important. Une solution provisoire dans la présentation fait mention d'une possible convention d'extension jusqu'en avril 2014 avec une rallonge budgétaire pour intensifier et accélérer la lutte et le processus d'intégration en attendant que d'autres bailleurs soient trouvés et que l'Etat augmente sa contribution.

Les expériences à capitaliser

Elles sont l'intégration de la prise en charge de la THA dans le PMA et PCA des formations sanitaires des ZS endémiques ce qui nécessite des actions d'envergure avec la participation des ZS car il faut former le personnel et améliorer la couverture en dépistage passif. D'autres activités concernent la synergie PNLTHA – PNTS dans la sécurité transfusionnelle vis-à-vis de la THA et la « cartographie participative » des ZS endémiques.

6.1.2. Les maladies chroniques non transmissibles

(Yves Kluyskens, Memisa Belgique)

Cette présentation tente de faire prendre conscience du problème de « ***l'épidémie mondiale des maladies chroniques non-transmissibles*** » (MCNT) qui est un sujet d'actualité mais qui n'a pas encore vraiment reçu suffisamment d'attention alors que certaines instances tirent la sonnette d'alarme et demandent d'agir rapidement au niveau mondial. La présentation aborde quelques données démographiques et la notion de transition épidémiologique puis elle donne quelques données statistiques en expliquant pourquoi on parle d'épidémie.

Les données démographiques

L'espérance de vie est passée de 46 ans en 1950 à 70 ans en 2012. En Afrique Sub-saharienne, elle a également augmenté mais avec un tassement dans les années 90 à cause du VIH/SIDA et elle est de 52 ans. Globalement, en 2050, une personne sur cinq aura 60 ans ou plus dont 80% se trouveront dans des pays à revenu moyen et faible.

La population urbaine est aussi en augmentation croissante depuis 1950, ainsi en Afrique et en Asie, elle est passée de 15% en 1950 à 40% actuellement (30% en RDC) et on estime que cette proportion atteindra les 50% vers 2030.

Les naissances et les décès en 2008 : pour 135 millions de naissances on comptait 57 millions de décès par an et environ la moitié des décès totaux des enfants (7,6 millions) étaient africains. 36 millions, soit 63% de tous les décès, étaient attribués aux MCNT. 80% de ces 36 millions sont retrouvés dans les pays en développement (PED).

La transition épidémiologique

Quatre stades décrivent la transition épidémiologique :

Le stade 1 : où les causes principales de décès sont les maladies infectieuses, la malnutrition, la mortalité néonatale et maternelle.

Le stade 2 : où le nombre de décès par maladies cardio-vasculaires devient plus important que le nombre de décès par infection. C'est dû à l'amélioration de la nutrition et des soins de santé avec une plus longue espérance de vie et donc avec aussi l'apparition de certaines maladies chroniques, comme l'hypertension artérielle (HTA) et ses complications.

Le stade 3 : où les principales causes de décès sont dues à des maladies dites de « civilisation », soit les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les cancers. Ces maladies sont liées à une augmentation de l'apport en graisses et en calories, au tabagisme, à l'alcoolisme, à la pollution des villes et à l'augmentation de l'espérance de vie.

Le stade 4 : où on meurt des mêmes maladies mais à un âge plus avancé grâce à la prévention et aux meilleurs traitements disponibles.

La double charge pour l'Afrique et « l'épidémie » de MCNT

Le poids des maladies transmissibles (MT) : si l'Afrique représente 14% de la population mondiale, elle compte 31% de tous les cas de tuberculose, 62% des cas de VIH/SIDA et 70% des cas de paludisme

Le poids des MNT est en augmentation rapide : en Afrique, on prévoit qu'en 2020 pour 100 décès par maladies infectieuses, maternelles, périnatales et nutritionnelles, il y aura 75 décès par MCNT, et que pour 2030, les deux groupes de maladies causeraient chacun autant de décès l'un que l'autre. Quand on regarde la prévalence de l'**HTA** corrigée pour l'âge, on voit que le risque de développer l'hypertension (proche des 40%) est fort similaire dans les différentes catégories de pays qu'il soit à haut, moyen ou faible revenu. De même, la moyenne de l'**indice de masse corporelle** chez les adultes augmente progressivement dans toutes les catégories de pays depuis 1980 et une étude récente prédit que pour 2030, près de 30% des africains souffriront de surpoids dont plus de la moitié seront obèses. Par ailleurs, au niveau mondial, il y a plus de décès par obésité que par malnutrition. La prévalence du **diabète** est en hausse rapide partout avec une forte progression en Afrique du Nord et en Afrique Australe. En RDC, les chiffres sont mal connus et il existe quelques estimations de prévalence : une étude sur Kinshasa et Kikwit donne une prévalence de 16% (taux standardisé pour la population mondiale).

Pourquoi cette épidémie de MNT ?

L'âge est un déterminant majeur et on assiste à une espérance de vie en hausse avec une modification de la pyramide des âges.

L'urbanisation amène une profonde mutation des modes de vie comme l'abandon de l'alimentation traditionnelle pour un alignement progressif sur le régime occidental stimulé par une publicité dirigée et assez agressive y compris pour l'alcool et le tabac. En outre, l'exposition à la pollution, à la promiscuité voire l'insalubrité, au sédentarisme, au stress sont autant de facteurs de risque pour la transition épidémiologique.

L'action

Les MCNT représentent un problème auquel on est peu préparé car il manque des données, le personnel et les formations sanitaires n'y sont pas spécialement formés (formation, matériel, médicaments) et les patients n'ont pas encore acquis la « culture » des traitements de longue durée. La **conscientisation** des différents acteurs apparaît comme essentielle.

Y consacrer des ressources : les MCNT dans les pays en développement sont négligées et non prioritaires (contrairement aux OMD), ne recevant pratiquement pas de soutien des partenaires au développement. Par exemple, ce problème ne représente que 5% du budget de l'OMS et seulement 3% de l'aide internationale. Il a même été suggéré d'ajouter un nouvel OMD : réduire la mortalité due à des MCNT de 2% par an ce qui nécessiterait 9 milliards d'USD par an supplémentaire.

La réorganisation de la santé est nécessaire avec la formation des agents de santé, la réforme du système de santé, la sensibilisation et la participation communautaire, le « task-shifting », l'utilisation d'algorithmes contextuels comme stratégie de prise en charge, etc.

L'OMS a publié récemment un rapport important, « The Global Status Report on Non Communicable Diseases » qui contient un nombre important de données épidémiologiques et des recommandations. Les pathologies prioritaires qui y sont retenues sont : les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et certains cancers.

Principales références

1. The Lancet 2012;379:1285-87
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Urbanization Prospects, the 2009 Revision. New York, 2010
3. OMS; UNICEF 2011
4. The Lancet 2012
5. OMS 2010
6. Bulletin OMS 2010
7. The Lancet 2010; 376:1861-1868 (DOI:10.1016/S0140-6736(10)61853-3)
8. IDF Diabetes Atlas IASS
9. étude de Kasian Lasi On'Kin et coll
10. P. Allotey et al. Lancet: 2010
11. WHO. Global Status Report on Non Communicable Diseases. WHO 2010
12. Lancet : 2010; 376:1861-682011; 379:1269-70
13. OMS 2011

6.1.3. L'accès financier à l'insuline pour les personnes diabétiques et les initiatives du secteur privé

(Jean-Robert Kikanda, HGR Kikwit 2, BDOM de Kikwit)

Cette présentation partage l'expérience d'un appui au BDOM de Kikwit ciblé pour la lutte contre le diabète avec les résultats sur le terrain. L'exposé se termine par les attentes et perspectives.

L'appui et les réalisations

Différents appuis belges (Return to Care, Memisa, Wallonie-Bruxelles International) ont permis l'achat d'intrants diabète, la formation des prestataires tous réseaux confondus (20 médecins et 43 infirmiers) avec un appui technique du programme national, la création de 39 cliniques diabétiques, l'équipement en frigo de plusieurs formations sanitaires et autres matériels (glucomètres, tensiomètres, stéthoscopes, balances, thermomètres, mètre-rubans). Par ailleurs, il a été possible d'ouvrir une ligne de crédit pour les médicaments, consommables et réactifs. Différentes autres activités ont aussi été rendues possibles comme la sensibilisation et la formation des diabétiques et la supervision des activités. Pratiquement, 3.000 diabétiques ont été fidélisés dans les structures du BDOM de Kikwit. Le coût annuel pour un patient (traitement insuline et réactifs) est de 144 USD.

Les points positifs de ce projet qui sont présentés concernent l'intégration de la prise en charge du diabète dans les formations sanitaires avec des prestataires formés selon la politique nationale et l'existence du plan national de lutte contre le diabète (PNLD). Par ailleurs, le dépistage a pu être amélioré.

Des points faibles ont également été relevés comme l'absence de budget spécifique accordé au PNLD, le manque de locaux et d'équipement pour les cliniques diabétiques, les prix élevés de l'insuline et des réactifs, l'insuffisance des moyens pour la supervision, le faible taux de recyclage des lignes de crédits par certaines formations sanitaires, l'insuffisance de financement et/ou le saupoudrage des interventions et le retard de transmission des données par certaines formations sanitaires.

Les attentes et les perspectives d'avenir

Tout d'abord, il faudrait doter le PNLD d'un budget conséquent. Pour améliorer l'accès financier, il faudrait pouvoir baisser le prix de l'insuline. Il semble important de renforcer la sensibilisation et la formation des diabétiques mais aussi de recycler les prestataires de soins.

6.1.4. Appui à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé : Expérience d'Action Damien au Nord-Kivu

(Valère Arakayio, Action Damien, RDC)

Cette présentation relate un projet pilote d'Action Damien (AD) au Nord Kivu (NK), il s'agit d'un appui à la DPS en relation avec l'adoption de la SRSS et l'intégration des activités de lutte contre la lèpre et la tuberculose en son sein. Cet exposé présente les objectifs du projet, les activités, les principaux résultats, une discussion, les leçons apprises et enfin quelques recommandations sont suggérées.

Les objectifs du projet

Il s'agissait de procéder à une intégration harmonieuse des activités de lutte contre la lèpre et la tuberculose (L/TBC) menées par l'équipe de la Cellule Provinciale pour la Lèpre et la Tuberculose (CPLT) du NK avec celles à mener par les membres de l'équipe cadre provinciale (ECP) du NK. Il fallait aussi garantir que les outils de gestion (techniques, médicaments, logistiques et financiers) deviennent communs. Les autres objectifs étaient d'améliorer le suivi (quantitatif et qualitatif), l'encadrement des ECZ et des prestataires dans les activités spécifiques de lutte L/TBC.

Les activités d'Action Damien

Les activités ont débuté fin 2007 avec un briefing des membres de l'ECP sur la lutte contre la lèpre et la TBC et en concertation avec le CEMUBAC qui soutenait déjà la DPS et l'ECP du NK. En 2008, les capacités des membres de l'ECP dans la lutte contre L/TBC ont été renforcées par AD et avec le concours des programmes nationaux. AD participe également au budget de la revue provinciale du NK et à celui pour les supervisions et suivis des activités dans les zones de santé.

Les principaux résultats

Les capacités des membres de l'ECP dans le suivi des activités de lutte L/TBC ont bien été renforcées. D'autre part, dès 2009, il y a eu une intégration des membres du bureau de la CPLT à la DPS et on a assisté au développement d'une certaine polyvalence au niveau des acteurs de l'ECP. Par ailleurs, les membres de la CPLT participent aux activités de la DPS et réciproquement, des membres de l'ECD participent aux activités de la CPLT. Un autre résultat de l'intégration, c'est la planification qui est devenue unique et concertée avec la réalisation des missions conjointes de suivi des activités sur le terrain et une augmentation des supervisions. De plus, les médicaments fournis par Action Damien et le PNLT sont désormais gérés avec la CDR ASRAMES. Le logisticien assure la gestion courante des médicaments, matériels et équipements lèpre et tuberculose ainsi que leur expédition vers les ZS.

Par contre, la participation au monitoring des activités L/TBC reste timide et la tentative d'intégration du système de gestion L/TBC au SIS/Nord Kivu a été et reste un échec.

Par rapport aux indicateurs en relation avec la TBC de 2007 à 2011, il y a eu une progression du nombre de cas avec un taux de guérison proche de 85%.

Concernant le financement, le budget global est en légère croissance depuis 2008. C'est l'appui à la supervision à la base qui est le plus financé, suivi de l'appui au personnel de base, puis de l'appui à la validation des données et au carburant pour les supervisions.

Discussions

Ce projet pilote a permis de montrer que le processus d'intégration (au moins pour les activités d'encadrement des zones de santé) est possible au niveau de l'ECP qui a pu aussi développer son leadership et une certaine polyvalence. Les actions pertinentes pour initier le processus d'intégration ont pu ainsi être identifiées. Néanmoins, il a été noté que l'implication réelle des membres des ECP reste faible et qu'une certaine léthargie évolue progressivement ce qui fait que les membres de la CPLT semblent perdre confiance et patience et ont alors tendance à récupérer beaucoup d'activités déjà cédées.

Des faiblesses ont été identifiées comme l'absence d'une feuille de route pour la mise en œuvre du processus, le retard de mise en place d'un panier commun, une coordination des activités qui reste difficile dans une région où les troubles et conflits armés se poursuivent. Il a été également rapporté que les difficultés dans la mise en œuvre étaient dues à l'implication insuffisante des ECP/ECZ dans l'intégration des activités L/TBC dans leurs plans opérationnels.

Les leçons apprises

Le processus d'intégration des activités L/TBC du niveau intermédiaire est possible au niveau de l'ECP, une mise en commun des ressources permettant de faire une planification conjointe des activités du niveau intermédiaire est nécessaire. De même, un suivi et accompagnement des membres des ECP pendant un certain temps paraît indispensable.

Recommandations

Il faudrait prévoir un dispositif de suivi des performances des cadres de la DPS pour les activités de lèpre et de la tuberculose en corrigeant progressivement les déficiences observées.

Il faut continuer de travailler sur les principes d'intégration des programmes verticaux et voir si la simple coordination de plusieurs instances et la mise en commun suffisent pour permettre une réelle intégration.

6.1.5. La pérennisation du Capital Médicament dans les Zones de Santé : expérience du PNAM

(Léonard Matamba, PNAM, MSP, RDC)

Cette étude pilote présente un modèle de suivi de gestion des médicaments essentiels génériques (MEG) développé par le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels (PNAM) qui a été testé dans une ZS dans la province de l'Equateur. Après une contextualisation et la présentation de l'objectif de l'étude, le modèle est brièvement présenté avec les étapes de mises en place. Les premières tendances sont ensuite présentées avant d'exposer les conditions de réussite et les perspectives.

Contexte et objectif

Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) est basé sur un partenariat public-privé avec des achats groupés de médicaments essentiels et est responsable de la distribution régionale de médicaments essentiels. Le PNAM en définit les normes pour les flux matières (intrants) et financiers des médicaments.

Le projet CTB/CDR2 appuie les acteurs du SNAME au niveau national, intermédiaire et périphérique dans 3 provinces. Pour assurer un approvisionnement régulier et pérenne de MEG de qualité à un prix accessible à la population bénéficiaire un « modèle de suivi de gestion » a été élaboré.

Le modèle de suivi de gestion des MEG

Le PNAM a développé ce modèle avec l'assistance technique du projet CTB/CDR2 et il a été validé par le SNAME au sein d'ateliers participatifs avec les différents acteurs impliqués à Kikwit, Gemena et Kimpese. Ce modèle devait être implanté dans les ZS, puis suivi et évalué par la DPS pour les flux matières et finances en étroite collaboration avec les Centrales de Distribution Régionales (CDRs). Le modèle est conçu comme un processus avec 45 étapes

objectivement vérifiables et avec 6 indicateurs de suivi pour mesurer la pérennité du système.

Le modèle dans la ZS de Bwamanda

La présentation donne toutes les 45 étapes à franchir et décrit l'expérience pilote dans la ZS de Bwamanda, dans la province de l'Equateur. Dans cette expérience, le suivi des différentes étapes est détaillé pour 2010, 2011 et 2012 (en 2012 par exemple 29 étapes sur 45 avaient été franchies) ainsi que les 6 indicateurs principaux.

Les premières tendances

Le modèle de suivi gestion des médicaments a permis à cette ZS d'instaurer la transparence sur les médicaments réellement consommés et de suivre la valeur du capital médicament. De plus, un système de réapprovisionnement en médicaments efficace a été mis en place.

Il a été rapporté qu'avec les recettes du paiement au forfait par les usagers, les CS peuvent s'autofinancer à 100% pour les salaires, médicaments et coûts de fonctionnement. L'autofinancement atteint environ 55% pour l'HGR mais les cotisations à la mutuelle de santé (environ 90.000 affiliés) permettent de financer 100% des médicaments qui y sont consommés. Il a été démontré que le nombre d'affiliés à la mutuelle est influencé directement par la disponibilité des MEGs dans les formations sanitaires. Globalement, la mutuelle a favorisé l'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins et à l'hôpital et une augmentation du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires.

Les conditions de réussite de la pérennisation de l'approvisionnement en MEG (sans bailleur)

Différentes pistes sont évoquées en vue de pérenniser les acquis : les salaires de l'ECZS doivent être payés par la Fonction Publique, les frais de fonctionnement et les salaires du PNAM et de la DPS et du Bureau Central de la Zone doivent être pris en charge par le MSP et le personnel soignant devrait s'affilier à la mutuelle et payer son ticket modérateur (20%) comme tout le monde.

Les perspectives (jusqu'en juin 2013)

Durant les mois à venir, il faut récolter et analyser les données du Suivi de Gestion Médicaments dans 27 autres ZS, ouvrir une ligne de crédit auprès des CDRs pour l'achat des MEG pour le renforcement du capital médicament des ZS ciblées, faire suivre les étapes du processus de pérennisation par la DPS et documenter le processus et les analyses pour valider et affiner les résultats.

Conclusions

Il a été mentionné que ces données et avancées dans la pérennisation de l'approvisionnement en MEG et la sauvegarde du capital médicament sont le résultat d'une intense collaboration entre différents acteurs locaux (des ZS, mutuelle, CDR, CDI, DPS, PNAM) et partenaires belges (DGD et CTB).

6.2. Recommandations

- Prévoir des ressources pour couvrir TOUS les piliers du système de santé avec une attention particulière pour les MEG.

- Compléter les « métiers » de la DPS avec des personnes spécifiquement chargées du flux financier et flux des matières pour le volet médicaments.
- Compléter et actualiser la liste nationale des MEG en fonction des besoins et de l'efficacité basée sur l'évidence (exemples : antihypertenseurs, insuline, etc.).
- Prévoir des ressources pour couvrir des pathologies qui sont de plus en plus importantes en nombre et qui sont toujours négligées car non ciblées par les OMD, comme les MCNT (exemples : HTA, diabète) ou la trypanosomiase.
- Les prises en charge de certaines pathologies, si elles font l'objet de financements privés et ciblés, doivent s'aligner dans la logique de la SRSS avec une intégration au niveau des PPDS/PDSZS et avec la mise en commun des ressources au niveau opérationnel.
- Recycler le personnel en place pour des prises en charge correctes de certaines pathologies et intégrer les programmes spécialisés (comme l'hypertension et le diabète) dans les cursus de formation des RHS afin qu'ils puissent les intégrer dans leurs activités dans les formations sanitaires.
- Les prises en charges des MCNT et des maladies négligées (Trypanosomiasés) doivent être intégrées dans les PMA et les PCA.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les travaux de l'atelier se sont globalement bien déroulés. Les échanges étaient très riches en enseignement. Ils ont démontré que, dans la marche du secteur vers l'amélioration de l'état de santé de la population, l'innovation ne manque pas.

Les échanges ont permis de faire l'inventaire des modes de financement avec des résultats sur terrain. Il a été constaté que le fonctionnement exige un minimum de financement et la rationalisation de la gestion avec l'assistance d'outils appropriés (protocoles thérapeutiques, instructions de gestion et rapportage) pour assurer traçabilité et transparence.

Les échanges ont également montré qu'il y a des bons résultats chaque fois qu'il y a combinaison et coordination des approches : forfait, mutuelles, subventions. La complémentarité des appuis et la synergie des interventions s'imposent. Par ailleurs, il a été rappelé que l'amélioration de la qualité des soins doit intégrer la participation communautaire.

Les présentations ont montré qu'il existe des solutions efficaces aux maux qui minent le secteur. Mais ces expériences ne sont pas diffusées et sont souvent méconnues au sein du secteur. Les expériences ont permis de partager les effets des apports financiers mais pas les effets de l'approche pour comparer des ZS bénéficiant des mêmes financements mais avec deux approches différentes.

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

Les réflexions suscitées par cet atelier devront donner lieu à des actions. Les prochaines étapes pourront se focaliser sur les aspects de mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé, pour l'amélioration du fonctionnement des structures de santé, dans la réduction des barrières financières d'accès aux soins et dans la motivation des ressources humaines. Les recommandations formulées dans le sens d'améliorer le cadre légal et réglementaire doivent pousser le secteur vers la production des directives pour l'opérationnalisation et l'optimisation des actions autour de l'ambitieuse vision de la couverture universelle en santé. Il s'agira entre autres de :

- Définir des stratégies de financement cohérentes avec la vision sur le renforcement du système de santé au lieu de viser des indicateurs spécifiques ;
- Développer une stratégie de complémentarité des financements et des parties prenantes pour l'accessibilité financière et la qualité des soins en vue de la couverture universelle (modes de financements croisés : forfait et la mutuelle, forfait-subvention) ;
- Valider et adopter les propositions concernant l'harmonisation des incitations salariales dans le secteur de la santé ;
- Etudier les mécanismes appropriés pour la réduction des paiements directs et développer la solidarité en vue de l'accès de tous aux services et soins de santé de qualité dans la perspective de la couverture universelle.

ANNEXES

1. Liste des participants

Titre	Noms	Institution /Fonction	adresse mail
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE			
Mr	BAISTURA	Directeur de Cabinet	kianzale@yahoo.fr
Mr	NFOY MBUYA de Paris	Protocole du Ministre	
Dr	LOKADI Pierre	SG MSP	plokadi@yahoo.fr
Mr	NDONDA Grégoire	SG	gndonda@yahoo.fr
Pr	KWILU NAPPA Fulbert	CAG et ESP Kin	nkwilu@yahoo.fr
Phc	BIAYI Franck	CAG	biayifranck@yahoo.fr
Mr	KIBUNDILA Steve	D1	stevekibu@yahoo.fr
Mr	BONKONDI Egide	D2	egidebonkondi@yahoo.fr
Phc	MBOYO-LOKUNYA	D3	
Dr	MUKENGESHAYI	D5	mukkupa@yahoo.fr
Mr	KAYUMBA John	D5	
Mr	KOMBA	D6	kombadjeko2@yahoo.fr
Dr	KALAMBAY Hyppolite	D7	hkalambay@yahoo.fr
Mr	MALABA Théophas	D8	malabac@yahoo.fr
Dr	EPUMBA Bertin	DEP	ebertino2002@yahoo.fr
Mr	NUNGA Matadi	DEP	rafmatnunga@yahoo.fr
Dr	IYETI Alain	DEP	alainiyeti@yahoo.fr
Dr	MUKENDI Timothée	DEP	mukendilunganga@yahoo.fr
Mr	MITEO Robin	DEP	miteo2002@yahoo.fr
Dr	KAWADIO Didier-Rombault	D9	kawadio@yahoo.fr
Dr	MAVULA Baudouin	D10	mabaudouin@yahoo.fr
Dr	KINGULU Olivier	D11	drkingulu@yahoo.fr
Mr	KWETE Dieudonné	SG	shamantshiey2002@yahoo.fr
Mr	MINGIELE Kalonji Michel	PNCNS	
Phcien	MATAMBA Léonard	PNAM	matamb@yahoo.fr
Mr	KIZEGELE Amisi	PNAM	gilbert_amisi@yahoo.fr
Mr	OSBORN Joseph K	consultant DEP	osbornlegrand@hotmail.fr
PARTICIPANTS DES PROVINCES			
Dr	MBENGI Doudou	ECP Province Orientale	mbengiloyama@yahoo.fr
Mr	LIWAWA LISUNGI Emmanuel	ECP Province Orientale	emmanueliwawa@yahoo.fr
Dr	MAMBIDI Jean-Marc	MIP Province Orientale	jeanmarc.mambidi@yahoo.fr
Dr	DAWILI Ngamolinui Jacques	MCZ ai Bwamanda	jacques_dawili@yahoo.fr
Dr	MATELA Jean-Paul	EPP Sud-Ubangi	matelar3@gmail.com
Dr	ETOZA Christian	EPP Sud-Ubangi	chrisetoza@yahoo.fr
Mr	ASAMBIGASA Christian	EPP Sud-Ubangi	christian.agoli@gmail.com
Dr	MAVILA Oscar	MSP, MIP BC	oscar.mavila@yahoo.fr
Dr	BASAKE Jean-Pierre	MSP ECP Kwilu	jpbasake@yahoo.co.za
AG	NSOMBI MATINA Michel	MSP, AG HGR Kisantu	michelnso@yahoo.fr
Mr	MBALA Innocent	Directeur MUSAKIS	musakiskisantu@yahoo.fr
Dr	SHAKO Modeste	Memisa-Belgique RDC	
Mr	ASOBA MOKANDONDA Joseph	Chef métier é Sud Ubangi	asomoka@yahoo.fr
PARTICIPANTS DES AUTRES MINISTÈRES			
Dr	MANGALA Anatole	METPS	mangalaanatole@yahoo.fr
Mr	KIVUENDI MAMPUYA Armand	UNIKInN Fac Sc Econ et de Gestion	kivuendi@yahoo.fr

PARTENAIRES RESIDANTS EN RDC			
Dr	LUBAMBA Pamphile	ACTION DAMIEN	PL@cd.actiondamien.org
Dr	ARAKAYO Valère	ACTION DAMIEN	valere_arakayo@yahoo.fr
Mr	IBENDE Emmanuel	ADIM projet	lafulanza@yahoo.fr
Mme	LEROY-SAUDUBRAY Virginie	AFD	leroy-saudubray@afd.fr
Dr	KOKOLOMAMI Jacques	AGEFIN	dirfdss@gmail.com
Dr	DECLERCQ Dick	Ambabel	dick.declercq@diplobel.fed.be
Dr	MENASE Urbain	Ambabel	urbain.menase@diplobel.fed.be
Dr	NYAMOWALA Gaspard	ARCC -CD	mznyamowala@yahoo.it
Mr	KAPAKALA BARUANI José	BAC RDC	bac.rdc@bacmd.net ; kapbaruani@yahoo.fr
Dr	KIKANDA Jean-Robert	BDOM Kikwit	drkikanda@gmail.com
Mme	MPALIRWA Chance	BDOM Bukavu	chancebaha@yahoo.fr
Dr	KAMUNTU Lucien	BDOM Bkv MCZ Nyantende	luci_en@yahoo.fr
Dr	NGBENGA Jean-Marie	CEMUBAC	jmngbeng@yahoo.fr
Mme	LE MANCHAND Marianne	Chaîne de l'espoir	marianne.lemarchand@chaine-espoir.be
Mme	LELONG Anne-Lise	Chaîne de l'espoir	anneliselelong@yahoo.fr
Dr	BOKOKO Marie-Jeanne	Coopération canadienne	mjeanne.bokoko@uaprdc.org
Mr	WOTO MINGA Ferdinand	CRRDC, chef projet KLL	gestionnaire_hospitalier_hkll@yahoo.fr
Mr	MATAKA BIONGELE Max	Hô péd KII, dir adm et fin	max.biongele@gmail.com
Dr	BALELIA - WEMA J-faustin	CRRDC	jbalelia@yahoo.fr
Dr	OUEDRAOGO Cheick	CTB / ASSNIP 4	cheick.ouedraogo@btcctb.org
Dr	GUEVART Edouard	CTB / ASSNIP 5	edouard.guevart@btcctb.org
Dr	MARITANO Mario	CTB / ASSNIP Bas-Congo	mario.maritano@btcctb.org
Dr	MUSUBAO Edgard	CTB / ASSNIP Bas-Congo	edgar.musubao@btcctb.org
Mme	MARTIN Geneviève	CTB / CAG	genevieve.martin@btcctb.org
Mr	DEMILLIANO Eric	CTB ResPer adj	eric.demilliano@btcctb.org
Dr	LADRIERE Fabienne	CTB / DEP	fabienne.ladriere@btcctb.org
Dr	MICHAUX Geneviève	CTB / DLM	genevieve.michaux@btcctb.org
Mme	MELOTTE Vera	CTB / PNAM	vera.melotte@btcctb.org
Dr	VANDERVEKEN Wim	CTB / PNLTHA	wim.vanderveken@btcctb.org
Dr	CARTER Daniel	DFID	d-carter@dfid.gov.uk
Dr	RISHMA Maini	DFID	R-Maini@dfid.gov.uk
Dr	MAYAKA Serge	ESP / KIN	sergemaya@yahoo.fr
Dr	NGAIMA-KILA	ESP / KIN projet afrinest	jsngaimakila@yahoo0.fr
Pr	MUNDONGO Tshamba Henri	ESP / Lubumbashi	h.mundongo@gmail.com
Mr	KAMBALE KAHESI Erick	Etoile du Sud	erick_wanzala@yahoo.fr
Mr	KIBUNGI MAKOLA Martin	Etoile du Sud	martinkibungi@yahoo.fr
Dr	MATHE LUTHUNDU Pilipili	Etoile du Sud	matheluthundu@yahoo.fr
Dr	MUDJEME-OUEO-BEL	Etoile du Sud	beloveomudjere@yahoo.fr
Mr	ISOLO-YAV Eric	Etoile du Sud / Katanga	isoloyav@yahoo.fr
Mme	MATINGU Marie-Adèle	GIBS Secrétaire	gibs@fhi360.org
Dr	KRUGER Norbert	GIZ	Norbert.Krueger@giz.de
Dr	MUFWAYA Raymond	JICA	MufwayaRaymond.CD@jica.go.jp
Mme	JIN SUNG Song	KOICA	arbor84@gmail.com
Mme	THSIENDA Vicky	KOICA	vickytshienda@gmail.com
Mr	MINANI Barnabé	LOUVAIN COOPERATION	bminani@louvaindev.org
Mme	RODEMBOURG Noelle	MDM B	mdmbcoordogad@gmail.com

Dr	KATEMBWE Fernand	MDM B	mdmbcoordinated@gmail.com
Dr	BEWA Emery	MEMISA	emeribewa@yahoo.fr ;
Dr	CHERUGA Julien	Memisa	julien.cheruga@memisa-rdc.org
Dr	MULOWAYI Ezekiel	MERLIN /DFID	emulo@aol.com ; cr@merlin-congo.org
Dr	LAMPAERT Emmanuel	MSF B	emmanuellampaert@hotmail.co
Mme	REHBINDER Barbara	MSF B	msfocb-rdc-plaidoyer@msf.org
Mr	MASANGU Lucien	MSF B	msfocb-kinshasa-med@brussels.msf.org
Dr	KYANZA Delmond	MSH / Prosani	dkyanza@msh.org
Dr	LOKONGA Jean-Pierre	OMS	lokongaj@cd.afro.who.int
Dr	RAMANANA Didier	PA PNDS	didier.ramanana@gmail.com
Dr	OPERTI Paolo	PA PNDS	paolo.operti@gmail.com
Dr	SIMBI Ahadi	PA PNDS	s_ahadi2001@yahoo.fr
Dr	MAKUMA Baudouin	PARSS	bmakuma@yahoo.fr
Dr	WANGATA Jacques	PARSS	wangata2@yahoo.fr
Mr	NGABALA Eric	RDC Compétences	ericngabala@yahoo.fr
Mme	DIALUNDUA Judith	RDC Compétences	
Dr	TOKO Alphonse	UNICEF	atoko@unicef.org
Dr	KAZADI Thierry	UNICEF	tkazadi@unicef.org
Dr	DAVIS Cornelia	USAID	codavis@usaid.gov
Dr	ANAKEKA Fidèle	Solidarité protestante	fidelyvon@yahoo.fr
Mme	BROADBENT Doris	ONG appui HGR Kikwit	Broadbentdo@aol.com
Mr	KABUNGULU Hubert	Syndicat de solidarité agissante, ECC	hubertkabungulu@yahoo.fr
Mme	YANGIBA Anne-Marie	Réseau PRODDes	aproddes@yahoo.fr
Rv	KAZADI Jacob (frère)	Frères de la charité	kaza.sumbufc@yahoo.fr
Mr	WAHOLA-KHOJI Baron	Clinique Binza	sepwa@yahoo.fr
Dr	BAHIZIRE Esto	Projet Solidarité Santé SK	esto.bahizire@gmail.com
PARTENAIRES RESIDANTS A L'ETRANGER			
Dr	GYSELINCK Karel	CTB / Because Health	karel.gyselinck@btcctb.org
Dr	NDUDI Phasi	BAC RDC	ndudiphasi@hotmail.com
Dr	VANDER ROOST Dirck	Because-Health	dvdroost@itg.be
Dr	FONTEYNE Gaëlle	CEMUBAC	gaelle.fonteyne@cemubac.org
Dr	ZINNEN Véronique	GRAP-PA Santé & UCL	veronique.zinnen@uclouvain.be
Mme	MBILE Florence	Benelux Afro-Center	florembile@yahoo.fr
Dr	DESMET Martinus	DGD D2.3	Martinus.Desmet@diplobel.fed.be
Dr	VAN BELLE Elies	Memisa	elies.van.belle@memisa.be
Mr	BOTENGA Marc	Médecin pour le Tiers Monde	botengam@gmail.com ;
Mr	FRULAN Stefano	IMT Anvers	furlan.stefano@me.com
Mme	ROSATI Lisa	IMT Anvers	lisa.rosati@hotmail.it
Mr	MAROLLA Lorenzo	IMT Anvers	lorenzo.marolla@hotmail.it
Mme	AFOLABI Sadia	IMT Anvers	sadia.afolabi@gmail.com
Mr	KLUYSKENS Yves	Memisa	-
Mme	BUTTIENS Hilde	Médecins sans vacances	hilde@azv.be
Mme	TERRANOVA Véronique	Médecins sans vacances	veronique@azv.be
Mme	GIESKES-VERINGA Patricia	The Job Factory	pgieskes@rdcjobfactory.net

2. Agenda de l'atelier

Heures	Thèmes et sous thèmes	Orateur
Jour 1, 23 octobre 2012		
08h00-09h00	Arrivée et enregistrement des participants.	
09h00-10h00	Cérémonie d'ouverture – Mot de bienvenue par le SG – Mot du Président de Be-cause health – Mot de la Présidente du GIBS – Mot de l'Ambassadeur de Belgique – Mot d'ouverture par le Ministre de la Santé Publique, représenté par le Directeur de Cabinet	
10h00-10h30	Cocktail	
10h30-13h00	Panel 1 : Financement de la santé : concepts et typologie Modérateur : Dr Ndudi PHASI Rapporteur : Dr Doudou MBENGI	
	Présentation des TDR de l'atelier	Alain IYETI
	1.1. Le financement des politiques de santé en Afrique Sub-saharienne : acteurs, modalités et mécanismes	Véronique ZINNEN
	1.2. Les principaux modes de financement de la santé	Robin MITEO
	1.3. Le Financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle	Jean-Pierre LOKONGA
	1.4. Efficience et équité : une contribution au cadre d'analyse d'impact des modalités de financement	Martinus DESMET
13h00-14h00	Pause repas	
14h00-16h30	Panel 2 : Financement de la santé en RDC Modérateur : Dr Jean-Pierre LOKONGA Rapporteur : Dr JM MBENGA	
	2.1. Suivi des recommandations de l'atelier de capitalisation sur la réforme du financement du secteur de la santé de 2011	Fabienne LADRIERE
	2.2. Application web sur base de données des zones de santé et des partenaires	Joseph OSBORN
	2.3. Processus de budgétisation et mobilisation des fonds de l'Etat	Raphaël NUNGA
	2.4. La SRSS, les documents stratégiques du GIBS	Cornélia DAVIS
	2.5. Dépenses de santé de 2008-2011 en RDC	Michel MINGIELE
	2.6. Les progrès de la RDC sur le chemin de la couverture universelle en santé	Timothée LUNGANGA
	2.7. Contribution des mutuelles de santé dans la régulation du système de santé : expérience des mutuelles de Kinshasa	Anatole MANGALA
	2.8. Discussions et recommandations	
16h30-16h45	Synthèse de la journée	

Jour 2, 24 octobre 2012		
08h30-10h00	Panel 3 : Le financement et les communautés : accessibilité, qualité et équité Modérateur : Dr C OUEDRAOGO Rapporteur : Mme Gaëlle FONTEYNE	
	3.1. Cessation d'une expérience de fonds d'achat des services de santé et ses conséquences sur les systèmes locaux de santé	Serge MAYAKA
	3.2. Amélioration de la qualité à travers un renforcement de la gestion d'une ZS, expérience ZS Nyantende	Chance MPALIRWA
	3.3. Amélioration de la qualité des services de santé après analyse du coût de fonctionnement des hôpitaux : expérience de Mwetshi	Fernand KATEMBWE
	3.4. Améliorer la qualité des soins rendus aux patients dans un hôpital de Kinshasa : par où commencer ?	Jean-Marie NGBENGA
	3.5. Discussions et recommandations	
10h00-10h15	Pause-café	
10h15-13h00	Modérateur : Dr Karel GYSELINCK Rapporteur : Dr JP BASAKE	
	A.3.6. Impact de la facturation à l'épisode maladie sur l'utilisation des services de santé, cas de la Zone de Santé rurale de Katako Kombe en RDC	Modeste SHAKO
	A.3.7. L'application de la tarification forfaitaire subsidiée à l'HGR de Kisantu avec l'appui d'ASSNIP/Bas Congo : quid durabilité ?	Michel NSOMBI
	A.3.8. Mise en œuvre de la tarification forfaitaire dans la ZS de Budjala : outils efficaces pour l'amélioration de l'accès aux soins ?	Christian ETOZA
	A.3.9. Impact de la tarification forfaitaire subsidiée sur la viabilité de la mutuelle de santé de Kisantu	Innocent MBALA
	A.3.10. Discussions et recommandations	
10h15-13h00	Modérateur : Dr D VAN DER ROOST Rapporteur : Dr S MAYAKA	
	B.3.6. Défis de la participation communautaire dans les prestations des soins de santé primaires : les expériences d'Action Damien, CEMUBAC et M3M/EDS	Jean -Marie NGBENGA, Martin KIBUNGI, Valère ARAKAY
	B.3.7. La prise en charge des indigents : expérience du fonds d'équité de Bokonzi (Equateur)	Julien CHERUGA
	B.3.8. Niveau socio-économique & recours aux soins : comparaison entre ménages mutualistes et non-mutualistes au Sud Kivu	Esto BAHIZIRE
	B.3.9. Accès aux soins de santé primaires et secondaires : résultats et leçons apprises de l'expérience de MSF à Lubutu	Emmanuel LAMPAERT
	B.3.10. Discussions et recommandations	
13h00-14h00	Pause repas	
14h00-16h30	Panel 4 : Le financement de la santé et la réforme du niveau provincial Modérateur : Dr MB MUKENGESHAYI Rapporteur : Dr C ETOZA	
	4.1. Mise en place de l'équipe d'encadrement du niveau intermédiaire pour le Kwilu	Edouard GUEVART
	4.2. Restructuration organique et développement d'une compétence transversale au sein de l'équipe d'encadrement du Sud-Ubangi	Jean-Serge NGAIMA
	4.3. Mobilisation des ressources et financement des activités de coordination : expérience de la DPS Province Orientale	Doudou MBENGI
	4.4. Le financement des FOSA et des ECZ dans le PAPNDS : le rôle des « Plans de Management » dans l'amélioration de l'exécution des ressources financières et dans l'amélioration de la qualité	Didier RAMANAMA
	4.5. Appui à la réforme du niveau intermédiaire : expériences du PARSS	Jacques WANGATA
	4.6. Financement de l'action sanitaire au niveau provincial : AGEFIN et renforcement du métier gestion des ressources au sein des DPS	Jacques KOKOLOMAMI
	4.7. Discussions et recommandations	
16h30-16h45	Synthèse de la journée	

Jour 3, 25 octobre 2012

08h30-10h30	Panel 5 : Le financement de la santé et les Ressources Humaines	
	Modérateur : Dr A SIMBI	Rapporteur : Dr E GUEVART
	5.1. Plan national de développement des RHS	Epiphane NGUMBU
	5.2. Motivation des ressources humaines et qualité des services : expérience de la DEP	Alain IYETI
	5.3. Problématique de l'harmonisation des compléments de rémunération : dialogue entre le GIBS et le MSP	Jean-Pierre LOKONGA
	5.4. La motivation des RHS spécialisées : expérience des bénéficiaires de Return to Care	Jean-Robert KIKANDA
	5.5. Charte relative aux RHS	Dirk VAN DER ROOST
	5.6. Discussions et recommandations	
10h30-10h45	Pause café	
10h45-13h00	Panel 6 : Les financements particuliers et ciblés	
	Modérateur : Dr E BEWA	Rapporteur : Dr J CHERUGA
	6.1. Le financement de la lutte contre la trypanosomiose	Win VAN DER VEKEN
	6.2. Le financement de la prise en charge des maladies chroniques	Yves KLUYSKENS
	6.3. L'accès financier à l'insuline pour les personnes diabétiques et les initiatives du secteur privé	Jean-Robert KIKANDA
	6.4. Appui à la mise en œuvre de la SRSS en Province du Nord-Kivu : expérience d'Action Damien	Valère ARAKAYIO
	6.5. Pérennisation du capital médicament dans les ZS, expérience du PNAM	Léonard MATAMBA
	6.6. Discussions et recommandations	
13h00-14h00	Pause-repas	
14h00-15h00	Synthèse points d'attention et recommandations	
15h00-16h00	Cérémonie de clôture	