

# Impact du Financement Basé sur la Performance sur le renforcement des services de santé au Sud- Kivu : cas du projet VSBG

Présenté par

**Léa FAIDA CHISHIBANJI**

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

Département **Management**

Spécialité **Management de projets internationaux**

Directrice de mémoire : **Stéphanie Delpeyroux**  
Professeure agrégée

**Le 21 septembre 2021**

Devant le jury composé de :

Professeur <b>Bonaventure Mve Ondo</b>	Président
Professeur associé à l'Université Senghor à Alexandrie	
Docteur <b>Alioune DRAME</b>	Examineur
Directeur de département management Université Senghor à Alexandrie	
Professeure <b>Stéphanie DELPEYROUX</b>	Examineur
Directrice adjointe du campus Virtuel TIC de l'université de Limoges	

# Remerciements

Ma gratitude à toi Dieu, Maître du temps et des circonstances, pour cette aventure réussie.

Ce travail est le fruit de collaboration des personnes dévouées au bien-être du prochain. Je tiens à leur adresser ma profonde reconnaissance. Sans elles, ce parcours n'aboutirait.

Ainsi, je remercie :

- ✓ La Professeure Stéphanie Delpeyroux, ma directrice, qui a dirigé cette étude. Ce travail doit beaucoup à ses conseils et surtout à l'énergie positive qui a toujours caractérisé nos échanges malgré la distance.
- ✓ L'Agence d'Achat de Performance (AAP), mon institution de stage, qui m'a accueilli et m'a formée professionnellement. Toute l'équipe de direction exécutive m'a accompagnée de près, malgré leur charge de travail, et particulièrement mon tuteur de stage, Monsieur Aristote MUDEKEREZA BUZIGE, Directeur exécutif, pour sa technicité. Monsieur Serges MUNANE, Chef de projet multisectoriel ; Monsieur Claude MBUZE, Directeur Administratif et financier avec son comptable, Monsieur UNEN Alain pour le sens d'apprentissage reconnu à notre stage. Monsieur Jackson BYAMUNGU, avec qui j'ai partagé le bureau pendant 6 mois, il a simplement été un Papa pour moi. Le chargé de base de données, l'ingénieur SHUKURU MUHABWA Fabrice, m'a assisté dans la collecte et traitement de mes données. Merci pour tout !
- ✓ Le Corps administratif et professoral de l'université Senghor, monsieur le Recteur, le Professeur Thiery VERDEL ; monsieur le directeur de département Management, le Docteur Alioune DRAME ; le chef de service administratif, madame Suzanne YOUSSEF, sans oublier tout le personnel et enseignants associés à cette université qui m'ont fourni un cadre rigoureux de formation animé d'un climat humain de motivation.
- ✓ Mon parrain SALIOU DIOUF qui m'a trop encouragé et assisté lorsque le parcours de rédaction me paraissait flou.
- ✓ L'Université Officielle de Bukavu m'a initiée et soutenue à affronter le monde de la science.
- ✓ Mon mari BABONAGE BALEZI Désiré qui a supporté la lourdeur du sacrifice et a réduit au silence le mythe limitatif du développement de la femme. Merci d'être toujours là pour moi. Nos enfants NDUSHABANDI BABONAGE Jean-Michel, BINJA BABONAGE Madeleine, et MULUZI BABONAGE Pierre-Joseph qui ont surmonté l'absence d'une mère ! Merci de votre motivation. BULONZA et BALEBIRE qui ont bien monté la simulation de ma personne, merci d'avoir joué le jeu. Mes familles, BALEZI et CHISHIBANJI, dont les prières et affections m'ont permis de persévérer. Mes amis et connaissances qui ont souffert de mon absence, et dont vos encouragements ont alimenté mon espoir.

- ✓ La communauté senghorienne qui m'a fait surmonter mes émotions et a maintenu mon moral même quand tout semblait bloquer (Covid-19 en action). La communauté congolaise à Alexandrie qui m'a tout donné. Merci de l'affection inconditionnelle.

Que toute personne qui a concouru, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail ; trouve ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

## Dédicace

*À mes parents*

*À l'homme exceptionnel de ma vie*

*À nos tendres enfants*

*À mes sœurs et frères*

## Résumé

La littérature enregistre une controverse d'avis d'experts sur les résultats du Financement Basé sur Performance, comme réforme du financement dans le secteur de la santé. En RDC, la mise à l'échelle du FBP a été déclarée mais n'est pas encore systématisée dans le secteur de la santé car étant encore mise en œuvre sous forme de projet. De l'expérience de notre stage, un grand projet de lutte contre les violences sexuelles et basées sur la performance financé sous approche FBP, ayant pris fin il y a une année et huit mois, soit en 2019 ; a attiré notre attention.

C'est ainsi que ce mémoire a pour but d'évaluer l'impact du FBP sur la performance des services de santé sous le cas type du projet VSBG S-K. La démarche consiste à évaluer l'évolution de performance d'indicateurs durant la période d'avant, pendant et après-projet. Ce travail a aussi analysé l'influence du FBP sur les coûts directs de soins de santé et a proposé les stratégies d'amélioration et de pérennisation des résultats de projet sous FBP.

Les données secondaires utilisées étaient issues du logiciel DHSI2 (District Health Information Software 2) et celles qualitatives ont été collectées de rapports du projet VSBG et de l'entretien semi-directif avec certains acteurs de l'équipe-projet. La méthodologie de cette recherche s'est appuyée sur l'approche quantitative basée sur l'écart-type et la moyenne, et l'approche qualitative. Au service de ces méthodes, notons les techniques documentaire et d'entretien semi-directif. Le traitement des données s'est réalisé par les logiciels DHSI2 et Excel et leur présentation sous forme de tableaux et graphiques.

Les résultats de ce travail démontrent que le FBP a un impact positif sur la performance de sept indicateurs d'accès aux soins ciblés de 2015 à 2020. Toutefois, certaines zones de santé ont enregistré une régression en 2020 par rapport à 2015 en ce qui concerne la consultation externe (nvx cas) et la CPN1. Les coûts directs de soins ont été bas dans les zones de santé sous FBP par rapport à celles hors FBP au Sud-Kivu.

Enfin, pour que ces résultats soient améliorés et pérennisés, nous avons proposé la systématisation du FBP comme mode de financement sur toute l'étendue du territoire national, le renforcement du système de suivi-évaluation de projet et la relève du niveau du financement gouvernemental de santé en RDC. De la deuxième stratégie découle la proposition de deux outils : le circuit de collecte de données et la matrice de suivi-évaluation de projet sous FBP.

**Mots-clefs :** Financement basé sur la performance, projet VSBG, Suivi-évaluation, performance des services de santé.

# Abstract

This dissertation is the culmination of our Master's degree in development, specializing in international project management at Senghor University in Alexandria.

The literature records a controversy of expert opinion on the results of PBF as a financing reform in the health sector.

In the DRC, the scaling up of PBF has been declared but is not yet systematized in the health sector as it is still being implemented in project form.

From the experience of our internship, a large GBV project financed under the PBF approach that ended one year and eight months ago, in 2019, caught our attention.

This thesis aims to assess the impact of PBF on health services performance with the typical case of the GBV S-K project. The approach consisted of evaluating the evolution of performance indicators during the pre-, during- and post-project period. This work also analyzed the influence of PBF on direct health care costs and proposed strategies for improving and sustaining project results under PBF.

The secondary data used were derived from the DHSI2 software and the qualitative data were collected from the GBV project reports and from semi-structured interviews with certain actors of the project team. The methodology of this research was based on the quantitative approach based on standard deviation and mean, and the qualitative approach. These methods were supported by documentary techniques and semi-structured interviews. Data processing was carried out using DHSI2 and Excel software and their presentation in the form of tables and graphs.

The results of this work show that the PBF has a positive impact on the performance of seven indicators of access to care targeted from 2015 to 2020. However, some areas showed regression in 2020 compared to 2015 for outpatient (new cases) and CPN1. Direct costs of care were low in health zones under PBF compared to those without PBF in South Kivu.

Finally, in order to improve and sustain these results, we proposed the systematization of PBF as a financing method throughout the country, the strengthening of the project monitoring and evaluation system, and the raising of the level of governmental health financing in DRC. The second strategy results in the proposal of two tools: the data collection circuit and the project monitoring-evaluation matrix under PBF.

**Key-words:** Performance-based financing, SGBV project, monitoring and evaluation, health services performance.

## Liste d'acronymes et abréviations utilisés

AAP : Agence d'Achat des Performances

ACV : Agence de Contractualisation et Vérification

ACVE : Agence de Contre-Vérification Externe

ASLO : Associations Locales

BDOM : Bureau Diocésain des Œuvres Médicales

BM : Banque Mondiale

CAGF : Cellule d'Appui à la Gestion

CEFF : Cellule d'Exécution des Financements en faveur des Etats Fragiles

CIRGL : Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs

Cordaid : Coordination d'aide au développement

CS : Centre de Santé

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

CT FBR : Cellule Technique du Financement Basé sur les Résultats

CTAS : Cellule Technique d'Achat Stratégique

DHIS2 : District Health Information Software 2

DPS : Division Provinciale de la Santé

ECP : Equipe Cadre Provinciale

ECZ : Equipe Cadre de Zones de Santé

EUP : Entité d'Utilité Publique

FASS : Fonds d'Achats des Services de Santé

FBP : Financement Basé sur la Performance

FM : Fonds Mondial

FMI : Fonds Monétaire International

FOSA : Formations Sanitaires

GAVI : Alliance du Vaccin

GT Fin : Groupe de Travail de Financement

HGR : Hôpital Général de Référence

MSP : Ministère de la Santé Publique

NCA : Norwegian Church Aid

OCDE : Organisation de Coopération et Développement Economiques

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PARSS : Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé

PCA : Paquet Complémentaire d'Activités

PDSS : Plan de Développement du Système Sanitaire

PDSS : Projet de Développement du Système de Santé

PM : Plan de Management

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNSD : Plan National Stratégique de Développement

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RCA : République Centrafricaine

RDC : République Démocratique du Congo

UE : Union Européenne

UNFPA : Fonds de Nations Unies pour la Population

Unicef: United Nations for Children Found

USAID: United States Aid for Development

VSBG-GL : Projet d'Urgence relatif à la Violence Sexuelle et la Santé de la femme dans la région de Grands Lacs.

# Tables des matières

Impact du Financement Basé sur la Performance sur le renforcement des services de santé au Sud-Kivu : cas du projet VSBG .....	i
Remerciements .....	i
Dédicace .....	iii
Résumé .....	iv
Abstract .....	v
Liste d'acronymes et abréviations utilisés .....	vi
Tables des matières.....	1-- 1 -
INTRODUCTION .....	1-- 3 -
1 CADRE INSTITUTIONNEL DU FBP ET REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	1-- 7 -
<b>1.1 CADRE CONCEPTUEL DU FBP</b> .....	1-- 7 -
<b>1.2 REVUE THEORIQUE</b> .....	1-- 8 -
<b>1.2.1 Financement basé sur la performance</b> .....	1-- 8 -
<b>1.3 REVUE EMPIRIQUE</b> .....	1-- 16 -
2 PRESENTATION DU PROJET VSBG ET CADRE METHODOLOGIQUE .....	2-- 18 -
<b>2.1 PRESENTATION DU PROJET VSBG</b> .....	2-- 18 -
<b>2.1.2. Contexte et objectifs généraux du projet</b> .....	1
<b>2.1.3. Bénéficiaires du projet</b> .....	2
<b>2.2. CADRE METHODOLOGIQUE</b> .....	2
<b>2.2.1. Explication des variables</b> .....	2
<b>2.2.2. Présentation d'indicateurs ciblés</b> .....	3
<b>2.2.3. Source et Collecte de données</b> .....	4
<b>2.2.4. Techniques et outils de traitement des données</b> .....	4
<b>2.2.5. Validité, fiabilité et limites des données</b> .....	5
<b>2.2.6. Difficultés rencontrées</b> .....	5
3. PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS .....	6
<b>3.1. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS</b> .....	6
<b>3.1.1. Variation de la performance d'indicateurs de 2015 à 2020</b> .....	6
<b>3.1.2. Evolution de la performance d'indicateurs dans le temps</b> .....	7
<b>3.1.3. Performance d'indicateurs par zone en 2020</b> .....	9
<b>3.1.4. Variation de chaque indicateur par zone dans le temps</b> .....	10

<b>3.1.5. Variation des couts directs de soins .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2. DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3. RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3.1. Au Ministère de la santé publique.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3.2. Aux bailleurs de fonds externes.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3.3. A l'AAP.....</b>	<b>23</b>
CONCLUSION .....	28
BIBLIOGRAPHIE.....	30
LISTE DE FIGURES .....	33
LISTE DE GRAPHIQUES.....	33
LISTE DE TABLEAUX .....	33
GLOSSIAIRE .....	33
ANNEXES.....	37
<b>Annexe 1 : Tous les indicateurs quantité PCA et PMA financés par le projet VSBG-SK ...</b>	<b>37</b>
<b>Annexe n°2 : COUTS DIRECTS DE SOINS HORS PROJET VSBG .....</b>	<b>39</b>

# INTRODUCTION

L'ère est à la nouvelle gestion publique. Plus d'accès aux services de santé de qualité pour plus de financement ! Ce travail est le fruit d'une expérience professionnelle de stage au sein de l'Agence d'Achat de Performance dans le cadre de notre formation de master en développement. Pendant six mois, suite à cette belle opportunité de travail, avec une équipe motivée et expérimentée, nous avons mis en pratique les théories apprises pendant la formation. Pendant cette période, nous avons identifié le besoin d'évaluation d'impact du FBP via le projet VSBG au Sud-Kivu. Ce qui a fait l'objet de ce mémoire. Toutes les informations disponibles concernant ce sujet nous ont été fournies par la structure de stage en collaboration avec la DPS.

La santé est l'un des secteurs prioritaires de développement d'un pays. Plusieurs gouvernements se sont engagés, dans leurs politiques, à assurer une bonne santé à tous et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (ODD30, Objectif 3).

En Afrique Subsaharienne, le développement du secteur de santé reste préoccupant malgré les efforts déjà déployés. En plus d'insuffisance de financement, le dysfonctionnement et la faible performance des systèmes de santé justifient le retard de ce secteur. Il a été constaté que les ménages utilisent de moins en moins les services publics de santé. Les causes de ce faible niveau seraient liées au coût, à la qualité des soins perçue par les bénéficiaires ainsi que la disponibilité des soins et l'accessibilité géographique (P. KOURILSKY, 2012).

En effet, en Afrique, l'indice moyen consolidé de performance du système de santé s'élève à 0,49, soit 49 % de performance. Pour l'ensemble de pays, les notes de performance vont de 0,26 à 0,70 (OMS, 2018).

Ainsi, les pays à revenus faibles et intermédiaires sont confrontés aux besoins immenses de financement de santé en vue de la couverture sanitaire universelle qui permet d'accéder aux soins de qualité avec moins des difficultés financières (P. Élisabeth, et al., 2016). Par conséquent, les efforts sont davantage à fournir afin de relever le défi lié à l'accès aux services de santé de qualité.

A l'instar de la plupart de pays en développement, la RDC a amorcé la démarche vers la couverture sanitaire universelle (RDC, mars 2016) dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé de qualité à moindre coût. Néanmoins, pour la population de la RDC, le niveau de couverture en soins de santé de qualité est encore faible vu le déficit en compétences de haut niveau du personnel de santé, en infrastructures, en équipements, ainsi qu'en médicaments et intrants essentiels (RDC, PNDS, 2019-2023). Il se constate aussi une « faible utilisation des services disponibles : elle est liée à la faible disponibilité de l'offre et à la faible accessibilité financière, géographique et culturelle de la population aux soins et services de santé » ( PNDS-2019-2022, 2018).

Le défi de performance des services de santé en RDC nécessite une solution fondée sur le renforcement du système. Néanmoins, le besoin en financement du secteur de santé a toujours fait partie des problématiques de l'Etat.

La RDC n'affecte que 10% du budget national au secteur de santé. Ce niveau faible du financement public national est complété par les ménages (40% de dépenses de santé) et l'aide extérieure. Comme dans plusieurs pays africains, les paiements directs des soins pèsent sur les citoyens que sur les recettes publiques ou des fonds d'assurance-maladie (Navarro et Lievens, 2012). En plus, l'absence d'uniformisation des procédures de gestion et d'une canalisation coordonnée de l'aide extérieure, assortie de l'inefficience entre ressources investies et résultats obtenus, démontre un niveau faible de performance globale du système de santé (PNDS 2016-2020, mars 2016). Pourtant, la plupart de chercheurs sont d'accord sur l'importance de l'amélioration continue de la performance des services de santé (HASSANI. K. & EL MOUSSALI N, 2020).

La performance est une injonction permanente du système de santé et un terme multidimensionnel. En effet, l'OMS et l'OCDE ont tenté de proposer un certain nombre d'indicateurs pour évaluer la performance. Selon l'OMS les critères d'efficacité et d'efficience sont retenus. Pour l'OCDE, il s'agit des dépenses en santé, la réactivité du système de santé, la qualité des soins, l'équité et enfin l'efficience du système de santé.

Le Dr Assane NDAO (2019) considère que la performance d'un centre hospitalier est appréhendé selon quatre dimensions suivantes : la qualité des soins, la productivité, les ressources humaines et la finance. Bref, dans le système de santé, la performance des services de santé s'apprécie en indicateur quantité et qualité. Dans le cadre de cette étude, l'analyse s'est basée sur les indicateurs d'accès aux soins sous approche quantitative.

Concernant le financement, vers les années 90, en réaction aux échecs de financement sous approche input basé sur les intrants, le financement basé sur la performance avec fondement sur la culture de résultats a été proposé par les experts (Élisabeth Paul et al., 2016). En plus d'incitations financières, ce mode de financement est fondé sur des outils spécifiques de gestion.

Plusieurs pays africains ont mis en œuvre l'approche de Financement Basé sur la Performance (Rwanda, Zimbabwe, Bénin, Burundi, Sénégal, Sierra Leone, Cameroun, RDC, Guinée, en Côte d'Ivoire et au Mali...). Les résultats encourageants des pays (Rwanda, Burundi), qui ont adopté le PBF comme stratégie nationale de financement de santé ont motivé plusieurs bailleurs internationaux à adopter l'approche. Il s'agit entre autres de la BM, FMI, l'UE, USAID, PNUD et tant d'autres institutions financières continentales et internationales (J. BYAMUNGU, 2018).

La communauté des praticiens du financement axé sur les performances estime que l'approche de financement basé sur la performance représente une opportunité au système

de santé, bien que d'autres chercheurs soulignent que les éléments de preuve de son impact sont peu démontrés (Navarro et Lievens, 2012).

Des études ont démontré que le financement basé sur la performance avait de l'influence positive sur la bonne gouvernance (P. Bob Peerenboom et al. 2014 ; R. C.J. MOUKOKO MBOUNGOU, 2019), les coûts de soins et l'accessibilité géographique (E. Sekaganda et al. 2010).

D'autres auteurs ont prouvé l'impact positif du FBP sur la couverture et la qualité des services de santé de base passant par les incitations des prestataires ( Banque Mondiale, 2016 ; P. Benjamin BAMOGO, 2012). Cela paraîtrait logique du fait qu'un certain niveau de performance récompensé engendrerait par la suite un résultat plus amélioré (Basinga et al., 2011 ; De Walque et al. 2015 ; S. Diallo et al., 2016).

Cependant, ce n'est pas toujours évident car d'autres chercheurs ont démontré l'inefficacité de l'approche de financement basée sur la performance (Lamidhi Salami et al., 2015 ; GIRAULT, 2019, Huillery et Seban 2015).

C'est pourquoi l'approche FBP ne fait pas l'unanimité dans le secteur de santé. Il y a toujours une controverse concernant son impact (A. Grimaldi, 2018). Toutefois, le secteur de santé fait face à plusieurs défis.

En effet, la partie Est de la RDC ayant subi les atrocités de guerre et conflits armés, les violences sexuelles et basées sur le genre y sont régulièrement enregistrées. Telle est la lutte du prix nobel le Docteur Denis MUKWEGE. A cet effet, dans le cadre du projet de Développement du Système de Santé, un grand Projet d'urgence relatif à la violence sexuelle et basée sur le genre et la santé des femmes dans la région des grands lacs sous sa composante 2 : Renforcement des services de santé de base à fort impact, a été exécuté par l'AAP au Sud-Kivu pour une durée de 3 ans. Ce projet a été financé par la Banque Mondiale sous l'approche de financement basé sur la performance dans sept zones de santé (Fizi, Kaniola, Kimbi Lulenge, Lemera, Lulingu, Minova, et Shabunda) au Sud-Kivu, de 2016-2019.

Ainsi, dans ce contexte bien précis, cette étude cherche à évaluer l'impact du FBP sur la performance des services de santé lors de la mise en œuvre du projet VSBG.

Sur le plan institutionnel, le degré de séparation de l'instance qui réalise l'évaluation et celle qui en exploite les résultats est déterminant de l'objectivité de l'évaluation. L'évaluation de projet comme étape du cycle de vie du projet, est fondée sur cinq critères classiques : pertinence, cohérence, efficacité, efficience et durabilité ( M. BASLÉ et al., 2018).

A ces critères s'ajoute l'évaluation d'impact qui fait objet de cette étude. Il ne serait pas une obligation imposée de l'extérieur mais une culture de mise en œuvre de projet. A nos jours, il n'est plus seulement question de rendre compte des réalisations sur base des fonds reçus mais surtout du changement lié à ceux-ci au sein des groupes cibles ( UNDP, 2009). De ce fait, « les résultats de l'évaluation d'impact sont censés aider à formuler la politique nationale

de FBP en RDC et alimenter le savoir-faire accumulé plus généralement en matière de FBP » (Manuel opérationnel du FBP – RDC, 2018).

De ce qui précède découlent les interrogations ci-dessous :

1. Quel est l'impact du Financement Basé sur le Performance sur le renforcement des services de santé au Sud-Kivu ?
2. Quelle est l'influence du Financement Basé sur le Performance sur les coûts directs de santé ?
3. Quelles sont les stratégies d'amélioration et de pérennisation des résultats du Financement Basé sur le Performance dans la mise en œuvre de projet ?

En termes de réponses provisoires aux questions de cette étude, sont retenus les postulats ci-après :

1. L'impact du FBP sur les indicateurs d'accès aux soins de santé au Sud-Kivu serait positif.
2. Le FBP réduirait les coûts directs de soins de santé au Sud-Kivu.
3. La concrétisation du FBP au niveau national et la mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation seraient des stratégies pour améliorer et pérenniser les résultats de projet sous l'approche FBP.

L'objectif général de ce travail est d'évaluer l'impact du FBP sur les indicateurs d'accès aux soins de santé au Sud-Kivu lors de la mise en œuvre du projet VSBG.

Spécifiquement, sont retenus les objectifs ci-après :

- Analyser l'évolution des taux d'utilisation de certains indicateurs d'accès aux soins de santé.
- Apprécier l'influence du FBP sur les coûts directs de soins.
- Proposer les stratégies d'amélioration et de pérennisation des résultats de projet sous l'approche FBP.

Sur le plan méthodologique, les données traitées sont secondaires, tirées de la plate-forme du Système National d'Information Sanitaire (DHIS2). Les techniques documentaire, d'observation, et d'entretien semi-directif avec l'équipe de direction de l'AAP ont été utilisées pour collecter les données de l'étude. Les techniques d'entretien semi-directif et documentaire ont permis de collecter les données qualitatives afin de mieux comprendre les résultats de données secondaires. Entre temps, le traitement et analyse des données ont été réalisés via les logiciels DHIS2 et Excel.

Les résultats de l'étude serviront à la planification stratégique pour des projets futurs de l'AAP et à la matérialisation de décision de hisser l'approche de financement basé sur la

performance à l'échelle national en RDC, et dans l'objectif de conquérir d'autres secteurs comme l'éducation, sécurité et justice, agriculture, nutrition et assises communautaires....

Outre l'introduction et la conclusion, ce travail compte trois chapitres. Le premier chapitre présente la revue de la littérature, le deuxième porte sur la méthodologie et la présentation de l'institution de stage et du projet VSBG et enfin, le troisième présente et discute les résultats de l'étude. Pour mieux appréhender ce sujet de recherche, il est pertinent d'en revoir la littérature existante.

## **1 CADRE INSTITUTIONNEL DU FBP en RDC ET REVUE DE LA LITTÉRATURE**

### **1.1 CADRE INSTITUTIONNEL DU FBP**

La pyramide sanitaire du système de santé en RDC est constituée de 3 niveaux :

1. Le niveau central s'occupe des normes,
2. Le niveau provincial s'occupe de l'appui technique et logistique aux zones de santé et,
3. Le niveau opérationnel s'occupe de l'offre des soins.

Les structures de prestation des soins au niveau de la zone de santé sont les centres de santé (premier échelon) et les hôpitaux Généraux de Référence (deuxième échelon) mais aussi des structures facultatives (poste de santé, centre de santé de référence). Dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, le niveau provincial a deux structures : L'Inspection Provinciale de la Santé (IPS) qui dépend du niveau central et la Division Provinciale de la Santé (DPS) qui dépend du Ministre provincial en charge de la santé. La séparation des fonctions entre les acteurs reste un principe clé du fonctionnement des institutions dans le FBP. Le niveau opérationnel est le niveau le plus important de la pyramide sanitaire.

Le régulateur est situé à 3 niveaux de la pyramide sanitaire :

Au niveau central ou niveau national ou niveau normatif ou niveau stratégique, la régulation est assurée par le Ministère de la santé publique constitué du Secrétariat Général à la santé dirigée par le Secrétaire Général et appuyé par des directions centrales et des programmes spécialisés, de l'Inspection Générale et de son cabinet.

Niveau provincial ou niveau technique ou niveau intermédiaire : la régulation au niveau provincial est constituée par deux structures, l'une décentralisée, La Division Provinciale de la Santé (DPS) qui dépend du Ministre provincial ayant la santé dans ses attributions et une structure déconcentrée, l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS) qui dépend du Ministre national de la santé.

Dans le cadre de ce projet, la régulation en province reposera sur les DPS. Cette relation est formalisée par des contrats de performance entre le Ministère Provincial ayant la Santé dans ses attributions et les DPS. Ces dernières sont impliquées dans l'évaluation trimestrielle/semestrielle de la qualité des soins et de services au niveau des hôpitaux généraux de référence (HGR) ainsi que des performances des ECZS.

Niveau opérationnel Le niveau opérationnel est constitué des zones de santé. La zone de santé est l'unité de mise en œuvre de la politique nationale, elle est administrée par un conseil d'administration (CA) mis sous la présidence du chef de division provincial. La zone de santé est pilotée par une équipe cadre de la zone de santé (ECZS) coordonnée par le Médecin chef de zone. Une zone est une entité géographique bien délimitée disposant d'une population d'au moins 100 000 habitants, elle compte un Hôpital général de Référence (HGR) qui offre un paquet complémentaire d'activités (PCA) et plusieurs centres de santé (CS) qui offrent un paquet minimum d'activité (PMA). La régulation au niveau opérationnel est assurée par l'équipe cadre de la ZS. Le niveau opérationnel est le niveau le plus important de la pyramide sanitaire.

Le prestataire représente la structure qui a signé un contrat de performance avec l'Agence de contractualisation et de vérification (ACV qui peut être soit un Établissement d'Utilité Publique ou une Agence d'Achat des Performances) dans le but de fournir des services de santé ou de soins de qualité. Ces prestataires sont des centres de santé et hôpitaux généraux de référence des ZS, à la fois publics et privés. Les entités du niveau national signent le contrat avec le Secrétaire General excepte l'IGS qui signe avec le Ministère de la Santé et les entités du niveau provincial (DPS, CDR, Hop Provincial, Laboratoire Provincial) signent avec le Ministre provincial en charge de la sante hormis l'IPS qui signe avec le Gouverneur de la province.

L'Acheteur est l'ACV (EUP/AAP), qui doit collaborer avec les DPS pour déterminer en province, les prestations à acheter en fonction des priorités nationales de santé fixées par le MSP. L'ACV (EUP/AAP) se charge de faire de l'achat stratégique en fonction du budget et des priorités qui sont dictées par le MSP.

La revue de la littérature permet de préciser le contexte théorique et empirique appuyant cette recherche. C'est suite à l'analyse documentaire que les théories et les résultats d'autres chercheurs sont présentés ici (Manuel opérationnel du FBP – RDC, 2018).

## **1.2 REVUE THEORIQUE**

Sur le plan théorique, en plus des définitions des termes clés de l'étude, les théories de financement basé sur la performance, le suivi-évaluation de projet et la performance des services de santé constituent le soubassement de cette étude.

### ***1.2.1 Financement basé sur la performance***

Le financement basé sur la performance constitue une approche innovatrice de financement de santé basée sur les résultats d'indicateurs quantité et qualité des services de santé et la prise en compte de l'équité. Ce type de financement vise aussi à corriger les imperfections du marché en stimulant les services de santé à la performance par l'achat stratégique d'indicateurs. Ainsi, la mise en œuvre du FBP vise à expérimenter les théories sous une démarche empirique appuyée sur l'évaluation rigoureuse en vue des meilleurs résultats.

« Le financement basé sur la performance (FBP) est une approche du système de santé axée sur les résultats, définis comme la quantité et la qualité des services produits et qui sont (financièrement) accessibles. Dans ce cas, l'autonomie organisationnelle est reconnue aux structures dans le sens où elles réalisent un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et/ou de leur personnel. Le financement basé sur la performance exploite les forces du marché, mais en à corriger les imperfections. Le FBP dans le même temps vise la maîtrise des coûts et un mélange durable des recettes provenant du recouvrement des coûts et des contributions gouvernementales et internationales. Le FBP cherche sans cesse à tester ces théories par des recherches empiriques et des évaluations d'impacts rigoureuses qui conduisent aux meilleures pratiques » (Soeters et al. 2018 cité par R. C. J. MOUKOKO MBOUNGOU, 2019)

En effet, traditionnellement le financement était basé sur les intrants (financement à l'input) qui consiste à approvisionner les structures en matériels et médicaments, alors que le FBP finance les résultats d'une production (financement à l'output) (S. Diallo et al, 2016). Pour ce dernier, les subsides sont payés aux structures de santé en fonction de leur niveau de performance atteint en référence aux indicateurs ciblés. Ce financement fait intervenir la signature des contrats dont le contenu dépend du lobbying entre les parties prenantes et des prévisions de la planification du projet concerné.

Les subsides qui en découlent sont utilisés conformément à l'outil indice qui décrit l'affectation prévisionnelle des ressources de la structure. En plus de l'aspect financier, le FBP est préalablement basé sur des principes de gestion.

#### **1.2.1.1. Achat stratégique d'une certaine quantité de services de santé.**

Le fait d'associer un paiement à l'offre d'une quantité de services pour des indicateurs spécifiques évite d'aller dans tous les sens. Cette façon de planifier permet d'établir des objectifs précis. Les quatre points essentiels suivants sont à considérer lors de l'achat de services de santé.

- Acheter des services à bon rapport coût-efficacité. L'achat de services moins rentables présente un intérêt. Parmi les indicateurs considérés rentables, on peut considérer : l'immunisation des enfants, la supplémentation en vitamine A et l'accouchement assisté par un professionnel de la santé qualifiée. Ces indicateurs sont largement considérés comme très efficaces et peu coûteux par rapport au nombre de vies à sauver. Entre temps, une certaine controverse persiste lorsqu'il faut identifier des services les plus efficaces, mais toutefois les opinions des praticiens qui procèdent à la mise en œuvre d'un FBP convergent.

- Sélectionner rigoureusement les services car en revanche, les prestataires de santé les considéreront en priorité. Les gouvernements et autres acheteurs priorisent souvent certains services par rapport aux autres. Cette gradation est importante à toute bonne stratégie du secteur de santé : Si priorité accordée à tous les services sans distinction, aucun n'a vraiment attention particulière ! Cependant, la sélection d'un service en particulier n'ignore en rien la valeur respective des autres. Plutôt, cette distinction indique que dans un contexte précis, plus d'efforts et de ressources soient consentis à la prestation de certains services. Par exemple, en cas d'épidémie de COVID-19, la grande partie d'efforts y sera consenti vue l'urgence.
- Procéder à des achats stratégiques : orienter la dépense pour un achat quantitatif si l'offre constitue un problème dans l'objectif de la stimuler. Alors, le FBP peut contribuer à l'accroissement d'un service dont la couverture est faible. Lorsque cette dernière est élevée, la qualité serait à considérer que la quantité. Ainsi, si le taux d'accouchements assistés par un professionnel de la santé atteint durablement un taux de 94 %, leur achat sera tout à fait inefficace.
- Reconnaître que les services préventifs sont déjà déficients : l'insuffisance de leur offre mérite une certaine stimulation. Beaucoup de pays rendent habituellement gratuites, les prestations liées à la promotion de la santé et à la prévention. Ceci sous-entend que ces services sont financés à travers les économies d'échelles issus d'autres services. Les services de prévention accusent à la fois une sous-utilisation par les usagers et d'une offre insuffisante. Ce type de services ont démontré l'efficacité des subventions des FBP et l'augmentation de l'attention accordée par les travailleurs de santé à leur prestation. La mise en œuvre d'une telle d'approche pourra relever les services encore sous-estimées mais hautement efficaces. (G. Bèla Fritsche, 2014).

#### **I.2.1.2. Principes de base de FBP**

Le PBF est conçu comme un système incitatif permettant de motiver les prestataires à travers l'achat des réalisations des résultats convenus d'avance. Il est fondé sur les principes ci-après :

- 1) Autonomie de gestion et de planification reconnue aux formations sanitaires ;
- 2) séparation des fonctions de réglementation, de financement et de prestation des services ;

3) implication de la communauté à la gestion des services et

4) utilisation d'outils normalisés, entre autres des plans de management, des contrats, la vérification et le suivi du consensus au niveau décentralisé par les gestionnaires du district, les représentants de la communauté et les établissements de santé.

En fait, l'idée derrière le FBP est d'améliorer l'efficacité des performances du secteur de santé ainsi que la qualité des services sous une motivation.

### I.2.1.3. Gestion du cycle de financement du PBF

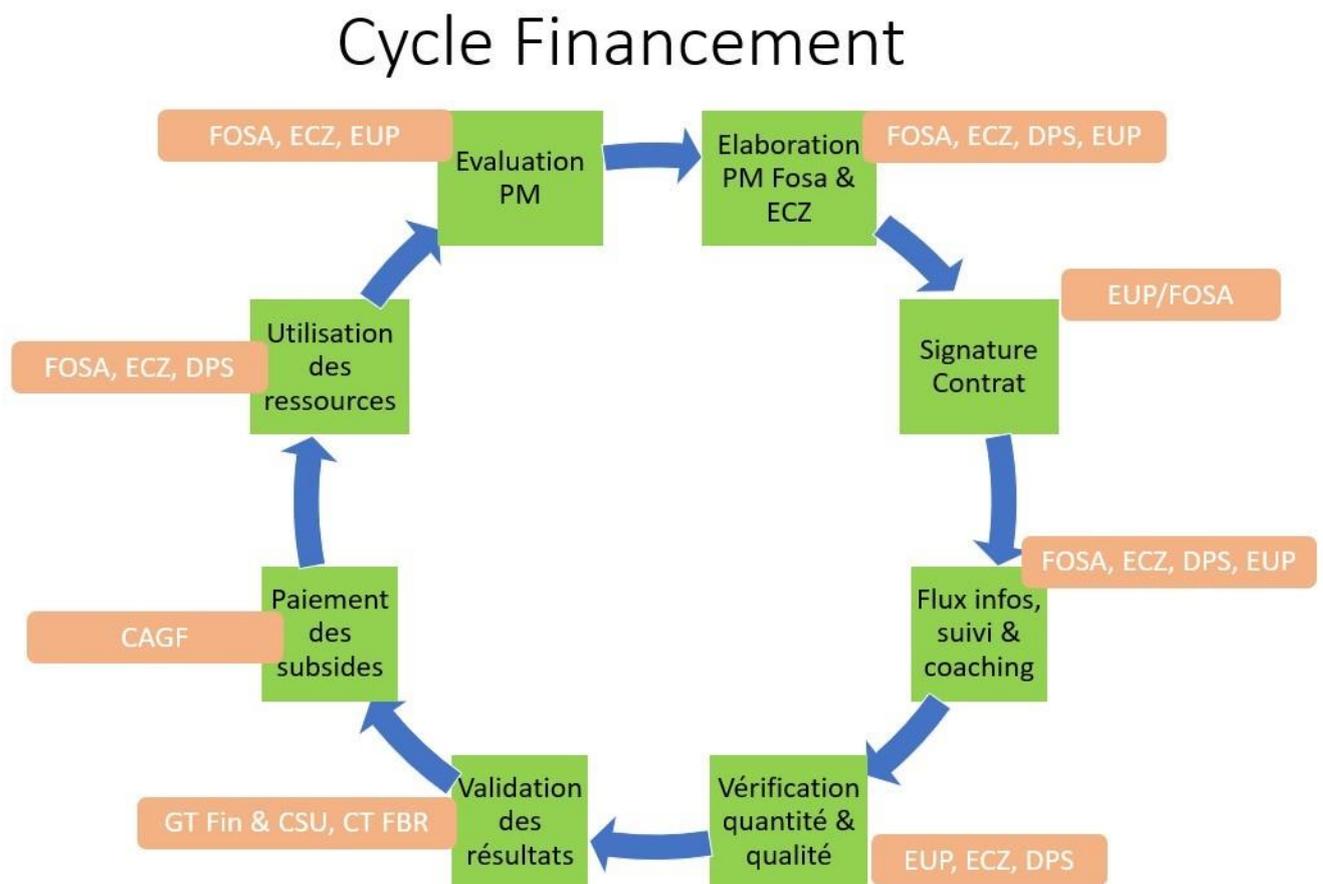


Figure 1 Cycle de financement du PBF

Source : Manuel Procédure FBP révisé 2018

En plus des principes du FBP, un cycle bien établi doit être respecté dans le cadre de gestion de ce type de financement. Après la cartographie des formations sanitaires à financer par le projet et leur formation sur la logique de fonctionnement du PBF, les formations sanitaires et équipes cadres des zones de santé élaborent leurs plans de management et les soumettent à la DPS et à l'EUP pour validation. Ensuite, dès que le PM validé, le contrat est signé entre l'EUP et la FOSA. Toutes les parties prenantes étant impliquées au flux d'informations, coaching et suivi sur terrain, les FOSA réalisent les activités sous la logique FBP et déclarent les résultats qui seront par la suite vérifiées par les vérificateurs ensuite être validés par le GT fin et CSU.

Le paiement des subsides est assuré par la cellule d'Appui et de Gestion financière. Dès que les fonds sont payés, ils sont utilisés sur base de l'outil indice pour mettre en œuvre les nouveaux plans de management. La décision de renouvellement ou non d'un contrat, est prise en fonction des résultats de l'évaluation de l'ancien plan de management en fonction du niveau de réalisation d'objectifs définis.

#### **I.2.1.4. Fonctions du FBP**

1. Universellement, le Financement Basé sur la Performance (FBP) met en relation plusieurs fonctions complémentaires dont la régulation, la prestation, l'achat, la vérification et le paiement. Pour éviter le conflit d'intérêt et faciliter un jeu de rôle cohérent, le FBP se fonde sur le principe de la séparation des fonctions.
2. La régulation est une fonction exercée par le Ministère de la santé publique. Aux différents niveaux de la pyramide sanitaire nationales (Niveau central, niveau intermédiaire et niveau opérationnel), elle veille à l'application des normes et des directives sanitaires.
3. La prestation est une fonction formalisée sur base d'un contrat de performance, qui s'adresse non seulement à l'offre des services (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) au sein de la population, FOSA mais aussi à celle des services d'administration (rapportage, formation, supervision, etc.).
4. La vérification est une fonction qui s'assure de l'existence réelle des résultats déclarés et de leur qualité. Elle se fait à deux niveaux : au niveau de la structure sanitaire, une vérification de la quantité et de la qualité technique ; au niveau de la communauté, l'authentification des prestations déclarées et de la qualité perçue par les usagers, ce qui exprime leur niveau de satisfaction.
5. L'Achat, avec cette fonction une structure détermine la nature et les modalités des types de prestations à payer chez un prestataire (structures de prestation des soins et administratifs). C'est aussi un acte qui consiste le coût ainsi que les modalités et les mécanismes de paiement des indicateurs ciblés. L'Établissement d'Utilité Publique ou une agence d'achat est organe chargé de l'achat stratégique.
6. La contractualisation est un moyen susceptible d'organiser et de structurer les relations entre les différentes parties prenantes au système. A cet effet, l'objectif d'amélioration de la performance des systèmes de santé ne pourrait plus admettre l'isolement entre

leurs acteurs ou les partenaires du secteur. D'où cette approche politique mais aussi stratégique destinée à formaliser leurs relations et à redéfinir leurs engagements réciproques (S. MAYAKA MANITU, 2015).

7. Le Paiement sert à canaliser les fonds aux bénéficiaires. Dans le cadre du FBP, cette fonction doit être assurée par une structure distincte de celle qui assure l'achat. Il ne se réalise qu'après vérification des performances déclarées, sur le compte bancaire des bénéficiaires afin d'assurer la transparence.
8. Le Renforcement de la voix de bénéficiaires : la considération des avis et suggestions des bénéficiaires des services de santé renforce leur pouvoir et influence le comportement des prestataires à améliorer continuellement la qualité de leur offre (Manuel opérationnel du FBP – RDC version 2018).

Sur le plan opérationnel, le PBF vise une réorganisation du système afin de contribuer à l'amélioration de la performance des prestataires de santé et, finalement, la qualité de l'offre de services de santé. Il ne se limite pas au paiement des subsides mais constitue une réforme du système de santé dans la manière de gouverner.

#### **1.2.1.5. Les meilleures pratiques du fonctionnement du PBF**

En FBP, il se distingue onze (11) meilleures pratiques à savoir :

1. « La séparation des fonctions de régulation, de prestation, de contractualisation et de vérification, de paiement des fonds et de renforcement de la voix de la communauté ;
2. La stimulation de la concurrence entre les structures et d'autres intervenants pour l'obtention des contrats : incitation à la compétitivité et à l'amélioration continue.
3. La promotion du partenariat public-privé, avec égalité de traitement entre les prestataires publics, religieux et privés : aucune discrimination n'est faite entre prestataires, tous sont soumis aux mêmes exigences.
4. Le régulateur ne s'occupe pas directement de la gestion des services, mais définit les indicateurs output, de qualité et d'équité. Le régulateur n'intervient que lorsqu'il faut recadrer les FOSA. En vue de couvrir les paiements additionnels, Il fait le « costing » du budget public en termes de bonus de qualité;

5. Les prestataires (de santé, d'éducation, etc.) sont autonomes pour recruter et licencier, décider de manière autonome comment utiliser leurs propres fonds et comment répondre aux paquets de santé définis par le Gouvernement et par la demande des patients ; bref ils jouissent d'autonomie dans leur gestion.
6. Les prestataires doivent équilibrer leur budget, tout en fournissant, équitablement, des services de santé de qualité, avec un personnel qualifié et motivé, afin de ne pas s'exposer au risque de non-renouvellement du contrat et à la faillite ;
7. Existence d'une ACV pour négocier des contrats et faire le coaching des gestionnaires des structures, à travers l'utilisation du plan de management et de l'Outil indices. Le versement des subsides est effectué par une organisation différente.
8. Des ASLO sont recrutées pour veiller aux intérêts du patient, au travers des enquêtes de satisfaction, et pour vérifier si les activités subventionnées ont réellement existé. Ici, le marketing social est élément très capital pour les structures ;
9. Versement des paiements ou des subventions en espèces pour achat des résultats, et non pas des moyens en nature ou en « inputs ». Les prestataires sont libres d'acheter leurs intrants auprès de distributeurs indépendants accrédités et qui fonctionnent en concurrence afin d'associer le triangle qualité-coût-délai.
10. Recherche des effets économiques multiplicateurs pour créer des emplois, la croissance économique et les recettes fiscales en injectant directement des liquidités dans l'économie locale ;
11. Élargissement du financement basé sur la performance à d'autres secteurs que la santé comme l'agriculture, l'éducation, les activités communautaires et actions de la société civile, ..... (G. Bèla Fritsche, 2014).

#### **I.2.1.6.FBP et Couverture Sanitaire Universelle**

Tout d'abord, le FBP est proposé comme étant soit la meilleure stratégie de réforme pour atteindre la couverture sanitaire universelle, l'accès universel à l'éducation, etc.

Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les coûts directs supportés par les patients représentent entre 30% et 80% des dépenses totales de santé. Par ailleurs, cette situation n'est pas souhaitable car elle est source des barrières financières et conduit à la non-utilisation des services. L'OMS propose que, pour atteindre la couverture sanitaire universelle,

le coût soit d'environ 86 USD par personne et par an. Cependant, le calcul de l'OMS semble être basé sur un financement inefficace des « inputs », alors que le temps est au changement. De plus, les calculs de l'OMS ne semblent pas tenir compte du fait qu'un usage plus efficace est possible. Les réformes PBF réduisent fortement le besoin de financement public jusqu'à environ 10-15 USD par habitant et par an. Cette somme financerait les services PMA et PCA avec plusieurs composants gratuits. Cependant, jusqu'à présent, aucun pays à revenu faible ou intermédiaire n'a généré plus de 4 à 5 USD de ressources publiques par habitant et par an pour les réformes du FBP. Le financement de ce montant minimum constitue toujours un défi. Le Cameroun a proposé 4 à 5 USD pour son budget 2020-2022, au Rwanda et au Burundi, le financement du PBF s'élève à environ 2 USD par habitant et par an, mais ces pays bénéficient également d'un soutien extérieur important. D'autres pays tels que le Nigéria, le Lesotho et le Zimbabwe, la RDC et la RCA dépendent principalement de ressources externes pour leurs systèmes FBP.

#### **I.2.1.7. Historique et mise en œuvre du financement basé sur la performance en RDC**

Vers les années 1999, le Cambodge a décidé de contractualiser certains services de santé à l'extérieur en les sous-traitant aux organisations non gouvernementales (ONG). Le Financement Basé sur la Performance s'est développé en ces temps, lorsque la même situation a été vécue en Haïti (G. Bèla Fritsche, 2014).

L'approche de FBP est apparue au Rwanda en 2002, pendant que l'expérience préalable du Cambodge était capitalisée. Vers 2006, cette approche a pris sens en République Démocratique du Congo et au Burundi. Entre 2006 et 2015, l'Afrique a connu une extension du Financement Basé sur la Performance dans plusieurs pays.

Les premières expériences du Financement Basé sur la performance ont été réalisées dans la province du Sud Kivu sous le financement de l'ONG Cordaid. Par la suite, d'autres provinces comme le Nord Kivu, le Katanga, le Bas Congo, les deux Kasaï, etc. ont été expérimenté. Ainsi, multiples projets sous le FBP ont été mis en œuvre principalement sous deux modèles : modèle Cordaid et modèle Union Européenne.

Depuis plus de 20 ans, par l'intermédiaire du BDOM, Cordaid soutient le secteur de la santé dans la province du Sud Kivu. Jadis placée sous l'égide du BDOM, AAP est devenue de plus en plus indépendante et gère des programmes complexes de FBP dans plusieurs zones de santé en RDC.

En plus du Sud Kivu, la RDC compte d'autres expériences FBP financées par la Banque Mondiale avec le projet PARSS, par l'Union Européenne sous le projet FASS qui ont donné lieu au lancement des EUP FASS comme agence d'achat des performances. D'autres partenaires techniques et financiers ont comme la Banque Mondiale en collaboration avec USAID, l'Unicef et le Fonds Mondial, GAVI et l'UNFPA ont soutenu l'approche.

A l'horizon 2019, avec le programme nutrition de l'enfant financé par la Banque Mondiale, 131 zones de sante vont intégrer l'approche FBP dans les Provinces du Kasai, Kasai Central, Nord Kivu, Sud Kivu et Haut Katanga (Manuel opérationnel du FBP – RDC, 2018).

À ce jour, l'histoire du Financement basé sur la performance en RDC a été fondamentalement marquée par : « (i) la prise du leadership par le Ministère de la Santé Publique dans le développement de l'approche, (ii) la signature d'un mémorandum d'entente qui a conduit à (iii) la mise en place de la CT-FBR) au sein du MSP ; (iv) le développement d'un portail web pour renforcer la communication et la transparence dans le FBP ainsi que (v) le passage à échelle dans 156 zones » (Manuel opérationnel du FBP – RDC, 2018).

### **1.3 REVUE EMPIRIQUE**

Plusieurs recherches menées en RCA, R. Congo, au Burundi, au Sénégal ont étudié les effets du financement basé sur la performance et ont relevé qu'ils étaient positifs sur l'utilisation des soins, la qualité des soins et la bonne gouvernance (Mushagalusa et al., 2012 ; R. C. J. MOUKOKO MBOUNGOU, 2019, P. Bob Peerenboom et al. 2014). Sur le plan méthodologique, il s'agit d'étude rétrospective durant la période du projet basée sur la méthode quantitative et qualitative. Il s'agit sur le plan quantitatif, des données secondaires tirées de la base de données de projets et sur le plan qualitatif, celles issues d'enquêtes (I. NGOUBA NAGUEZAMBA, 2013). Quelques indicateurs de performance des services de santé en termes d'accès aux soins et qualité des soins comme les consultations externes, les accouchements assistés, les césariennes, les consultations prénatales, la qualité technique des services, la satisfaction des clients ont fait l'objet de ces recherches. Les résultats de ces analyses ont confirmé une évolution positive de tous ces indicateurs pendant la durée du projet. Ainsi, il est ressort une difficulté d'attribuer avec certitude cette évolution à l'approche FBP du fait de la non prise en compte d'aspect économique, sécuritaire et l'intervention d'autres partenaires (P. MOTEMA DEMBA, 2019). Ainsi, il est possible qu'en disposant des données d'avant, pendant et après projet, l'étendue de cette incertitude serait réduite. Ce dernier aspect a donc été intégré à la présente étude et lui confère une certaine démarcation.

Par ailleurs, certains auteurs estiment que le fait de se concentrer sur les résultats pourraient occasionner une négligence d'investissement, ce qui conduirait à une grande production des soins de mauvaise qualité. Aussi, ils constatent le retour à la case de départ dès l'arrêt du financement basé sur la performance. De ce fait, ils concluent que le PBF n'est qu'une assistance (S. MAYAKA MANITU, 2015).

Néanmoins, il a été prouvé que certaines structures de santé en RDC, au Sud-Kivu (cas des zones de : Katana, Idjwi et Miti Murhesa) ont pérennisé les acquis du financement basé sur la performance. Cette étude a démontré que 70% de FOSA continuent à appliquer les bonnes pratiques du FBP et 98% de FOSA maintiennent l'équilibre entre leurs recettes et leurs dépenses (J. BYAMUNGU MUGALHYA, 2018).

Il ressort un consensus sur le FBP comme réforme de financement de santé mais il y a toujours des contradictions en ce qui concerne les résultats de sa mise en œuvre.

D'autres résultats démontrent qu'il n'y a pas d'effet direct entre le financement et la performance du fait de l'interaction avec le contexte organisationnel (E. Tchouaket Nguemeleu, 2011). En plus, il est démontré que les résultats du financement basé sur la performance sont décevants car les efforts sont axés sur les indicateurs de procédures que sur les résultats cliniques intermédiaires ou terminaux. Les sommes allouées en termes des subsides sont autant plus grandes que les résultats sont minimes. Ainsi, il existe d'effets pervers, la dégradation des indicateurs non financés, ou l'abandon des établissements prenant en charge les personnes les plus pauvres ou ayant les pathologies les plus graves mais accusant un niveau de performance très faible. Finalement, la mortalité n'a pas été impacté par cette approche de financement, par conséquent, ce financement est jugé non performant (A. Grimaldi, 2018).

Vu la controverse sur les résultats du FBP, il est opportun d'évaluer l'impact du FBP lors de la mise en œuvre du projet VSBG au Sud-Kivu.

Enfin, reconnaissant la non exhaustivité de cette revue empirique, nous estimons avoir fouillé les travaux accessibles en lien avec notre thématique de recherche. Ainsi, de tous les travaux présentés ci-haut aucun n'a évalué l'impact du FBP lors de la mise en œuvre du projet VSBG au Sud-Kivu et n'ont considéré que la période pendant projet. Sur le plan méthodologique, pour cette recherche, il est question de considérer la période avant, pendant et après projet et en plus d'indicateurs financés par le projet, évaluer deux non financés afin d'apprécier l'effet d'implication du projet.

## **2 PRESENTATION DU PROJET VSBG ET CADRE METHODOLOGIQUE**

### **2.1 PRESENTATION DU PROJET VSBG**

Le projet VSBG a été réalisé par l'Organisation Non Gouvernementale, l'Agence d'Achat des performances qu'il sied de présenter ici :

#### **2.1.1. PRESENTATION DE L'AGENCE D'ACHAT DE PERFORMANCES**

##### **2.1.1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE**

Le bureau de coordination de AAP Sud-Kivu est situé sur 40 D, Avenue boulevard du lac, Labotte, quartier Ndendere, commune d'Ibanda dans la ville de Bukavu.

##### **2.1.1.2. HISTORIQUE**

L'Agence d'Achat des Performances "AAP" est une organisation non gouvernementale congolaise d'Utilité Publique qui pilote le programme de Financement Basé sur la Performance dans la Province du Sud-Kivu. Créée le 1er juin 2006, AAP est enregistrée sous le N° MS/255 /DSSP/30/037 du Ministère de la Santé, n°319/PL/2010 du 29 décembre 2010 du Ministère du Plan et jouit d'une personnalité juridique conformément à l'arrêté ministériel N° 058/CAB/MIN/J&DH/2012.

Ses principaux secteurs d'intervention sont notamment la santé, l'éducation, l'administration territoriale, l'infrastructure, la police et la justice.

Active depuis le mois de juin 2006 avec l'appui des partenaires potentiels dont le BDOM, Cordaid Hollande et IPS Sud-Kivu qui avaient commencé à appuyer les zones de Santé de KATANA et IJWI dans le district sanitaire Nord à travers ce système de financement. En 2008, le programme a été lancé dans les zones de Santé de SHABUNDA et LULINGU dans le district Sanitaire Ouest, en intégrant trois volets à savoir l'éducation, la santé et le Développement Rural. En Février avec l'appui de l'Union Européenne et Cordaid, la zone d'intervention a été élargie jusqu'à MITI MURHESA dans le projet de Développement et renforcement des activités de santé de la reproduction maternelle. En 2013, le projet d'appui aux activités de santé sexuelle et reproduction pour les générations futures a été introduit à Walungu. Pour ce qui concerne les zones de Santé de LULINGU et SHABUNDA, le ministère des Affaires Etrangères du pays Bas et Cordaid assurent le financement de projet de développement dans ces contrées d'intervention de l'AAP.

##### **2.1.1.3. MISSION, VISION, MANDAT, OBJECTIFS et ACTIVITES**

###### **❖ MISSION**

L'AAP cherche à promouvoir le contrat social entre l'Etat et la communauté en assurant l'accès de chaque citoyen aux services sociaux de base de qualité par la promotion de l'approche de financement Basé sur la Performance (FBP ou PBF)

#### ❖ VISION

L'AAP veut contribuer à une Société dans laquelle chaque citoyen a accès aux services sociaux de base de qualité à travers les structures capable d'en offrir et la bonne gouvernance.

#### ❖ MANDAT

L'Agence d'Achat des Performances du Sud-Kivu en sigle « AAP » est une Association sans but lucratif de type ONG créé sous l'initiative de BDOM de l'Archidiocèse de Bukavu et de Cordaid Hollande afin de contribuer à l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base dans la province du Sud-Kivu. L'Agence d'Achat des Performances contribue à l'amélioration des performances quantitatives et qualitatives des prestations des services sociaux de base. Son but est de rendre les services sociaux de base de bonne qualité, accessibles à la population à travers la stratégie de Financement Basé sur la Performance. Elle est donc à finalité sociale et œuvre dans les secteurs de la Santé, de l'Education, de Sécurité et Justice ainsi que des infrastructures.

Depuis 2006, cette structure a déjà mis en œuvre 32 projets dont le financement varie entre 80 0000 et 11 886 368 dollars américains en provenance de plusieurs bailleurs de fonds (Cordaid, Louvain développement-BDOM/BK, Ministère Hollandais des Affaires étrangères, Union Européenne, PNUD Pooled Fund, Unicef, Ambassade des Pays-Bas, Gouvernement Congolais, GAVI et FM, Banque Mondiale, NCA/NORAD ....).

#### ❖ OBJECTIFS

Les Principaux Objectifs poursuivis par AAP Sud-Kivu consistent à :

- Assurer les services sociaux de base d'une bonne qualité, géographiquement, financièrement ainsi que culturellement accessible à la population, à travers des formations sanitaires, des écoles et églises, de l'état, des secteurs privés et d'autre intervenant comme des ONG locales et des regroupements communautaires ;
- Responsabiliser et améliorer la capacité institutionnelle des différents partenaires (Régulateurs et prestataires des services), particulièrement en ce qui concerne la planification, la gestion des ressources, le suivi et monitoring de la qualité technique des services, l'utilisation des données et leur orientation vers les clients ;
- Renforcer la voix de la population à travers les enquêtes ménages de vérification et de satisfaction

- Développer une Agence de Financement d'utilité publique au niveau régional capable de produire les services sociaux de base de bonne qualité par une approche de financement basé sur la performance.

❖ **ACTIVITES :**

- Mobiliser les fonds pour atteindre les objectifs (Santé, Education, Routes, Administration Territorial....
- Canaliser les fonds vers les bénéficiaires grâce à l'outil de Financement Basé sur les Performances
- Vérifier les résultats
- Plaidoyer pour la mise en échelle du PBF, la recherche des fonds et préparer des propositions pour obtenir le Financement
- Renforcer le montage institutionnel et le développement du système PBF
- Faire la recherche action pour tirer des leçons et améliorer les instruments
- Donner un appui technique dans la mise en œuvre du PBF

2.1.1.4. **HORAIRE DE TRAVAIL**

Le programme de travail de AAP va du lundi au vendredi et ceci de 8h00 à 17h00 chaque lundi au jeudi et le vendredi de 8h00 à 14h00.

Une pause d'une heure intervient chaque jour de 12h00 à 13h00 pour permettre aux agents de se relaxer.

2.1.1.5. **RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATION FONCTIONNELLE**

L'équipe du personnel de l'AAP est répartie en fonction des rôles, mais aussi des domaines d'intervention. Pour chaque domaine d'intervention on a des experts du domaine et occupent ainsi les postes correspondant au profil et à la formation académique.

Chaque agent a son job description et connaît ainsi ses responsabilités et ses lignes de conduite. Chaque agent connaît de qui il dépend et à qui il rapporte comme l'indique l'organigramme ci-dessous.

2.1.1.6. **ORGANIGRAMME**

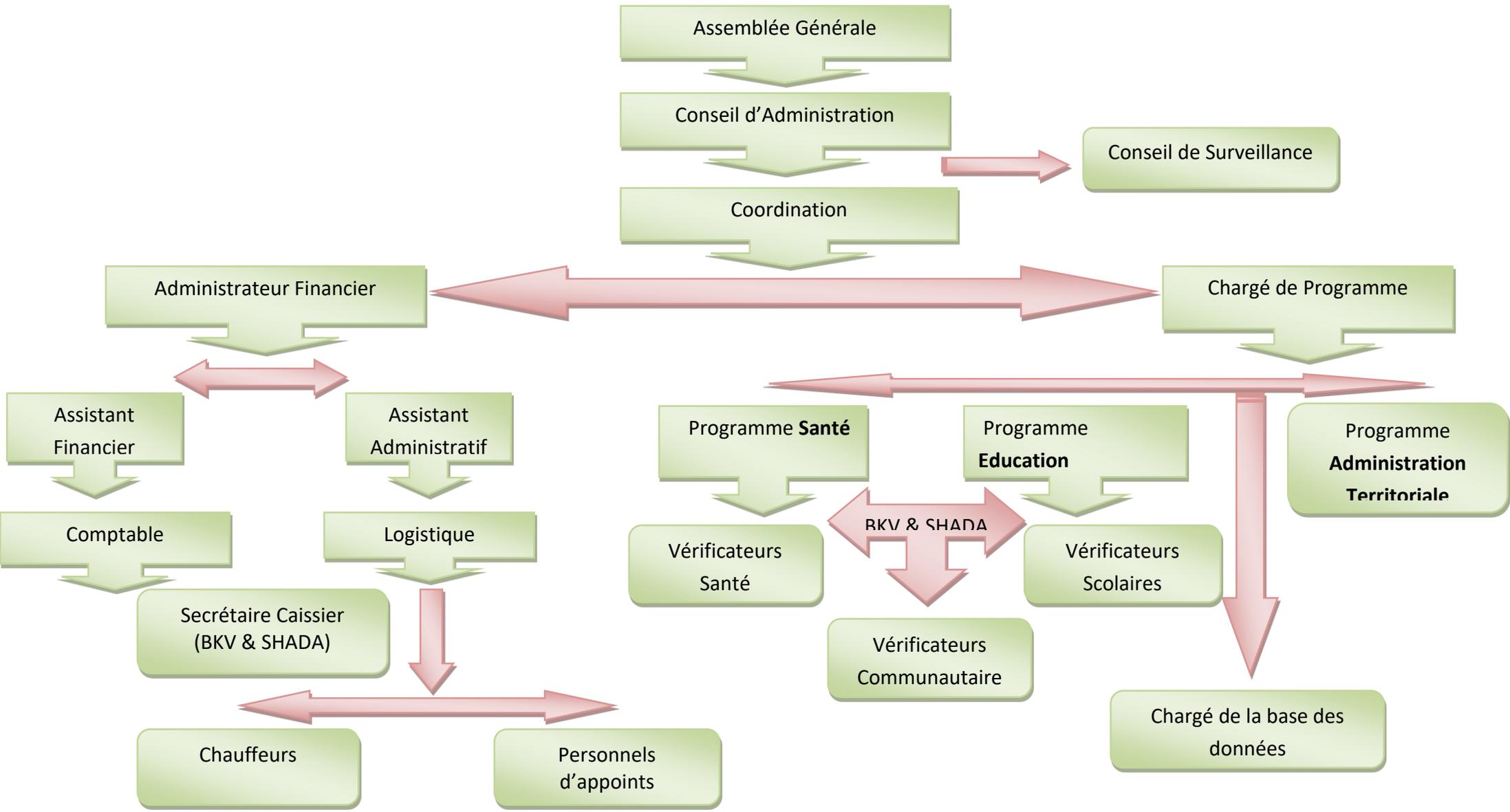
L'organigramme donne un aperçu de la structure de AAP. Il montre les différents niveaux hiérarchiques et les liaisons fonctionnelles. L'organigramme doit être revu et remis à jour pour tenir compte des changements intervenus au niveau de l'environnement économique, juridique, de l'orientation à donner à l'organisation.

Sur le plan organisationnel, l'AAP est structurée en trois organes de gestion à savoir :

- ❖ L'organe suprême : l'Assemblée Générale
- ❖ L'organe Stratégique et de contrôle : le Conseil d'Administration

❖ L'organe de Mise en œuvre : La Direction Exécutive

Source : Rapport annuel d'activités AAP, 2019 et **UNEN COTYE Charles**, rapport de stage, 2018.



### **2.1.2. Contexte et objectifs généraux du projet**

La RDC et la Banque Mondiale se sont mises d'accord pour la mise en œuvre du Projet d'urgence relatif à la Violence Sexuelle et Basée sur le Genre et la Santé des Femmes dans la région des Grands Lacs. Il s'agit d'un projet régional impliquant trois pays des Grands Lacs dont la RDC, le Rwanda et le Burundi ainsi que la Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs. Pour la RDC, les zones d'intervention ont été les provinces du Nord et du Sud Kivu. Le Projet avait pour objectifs : (i) d'étendre la fourniture des services afin d'atténuer l'impact à court et moyen terme de la violence sexuelle et basée sur le genre ; et (ii) d'accroître l'utilisation d'un ensemble d'interventions en matière de santé ciblant les femmes pauvres et vulnérables. Le projet était constitué de trois composantes :

- Composante 1 : Soutien holistique aux survivantes de la violence sexuelle et basée sur le genre et prévention de la violence (VSBG) ;
- **Composante 2 : Renforcement des services de santé de base à fort impact ; et**
- Composante 3 : Partage de connaissances, recherche et renforcement de capacités aux niveaux régional et national (AAP, 2019)

L'amélioration de l'utilisation et de la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les zones de santé ciblées passe par le mécanisme de financement basé sur les performances. Dans le cadre de la mise en œuvre, l'EUP/AAP était chargé de la contractualisation, l'achat et la vérification. La fonction de paiement était dévolue à l'UP-PDSS, détentrice des fonds. La canalisation de la voix des bénéficiaires était assurée par les ASLO qui contractaient avec l'AAP/EUP pour organiser les enquêtes de satisfaction et vérification au sein des ménages en vue de collecter leurs avis et suggestions. Dans le cadre de sa mission au travers de ce projet, l'Agence d'Achat des Performances assure le suivi de l'achat stratégique des services de santé, de la contractualisation avec les prestataires et les associations locales, du suivi et coaching des prestataires, de la gestion correcte des contrats avec les CS, HGR et ECZS, du suivi de l'utilisation du portail Web et réalise les vérifications des prestations déclarées par les formations sanitaires. Pour la mise en œuvre de la deuxième composante, l'approche FBP, conforme avec les plans stratégiques du Ministère nationale de la santé, a été retenue comme instrument de financement des structures de santé dans les 2 provinces en raison de 13 zones de santé dont 7 au Sud Kivu et 6 au Nord Kivu. Commencé à partir de Juillet 2016, le projet d'une durée de trois ans, devrait se clôturer en Juin 2019, mais une prolongation de trois mois a été accordée par le PDSS jusque septembre 2019 pour les Fosa et, jusque décembre 2019 pour l'AAP en vue d'accompagner les activités de clôture du projet bien que durant cette période le paquet des activités subventionné a été réduit compte tenu du budget restant sur le projet (AAP, Rapport final projet VSBG, Juillet 2016- Décembre 2019). Ce projet exécuté en RDC a coûté **11 886 368 \$**, sous forme de don. Il a bénéficié à la population des zones ci-après :

### 2.1.3. Bénéficiaires du projet

Parmi les bénéficiaires du Projet figuraient essentiellement les femmes vulnérables, composées des survivants de VSBG, et les femmes en âge de procréer, y compris les femmes enceintes et celles qui allaitent. Les hommes et les enfants ont bénéficié également de certaines activités du projet, en tant que survivants de VSBG, comme membres de famille des survivants, et acteurs de changement. Le soutien fourni à partir de la CIRGL a touché d'autres parties prenantes régionales, y compris les décideurs, la société civile, et les prestataires de services en matière de VSBG dans les États membres (Rapport Fin projet VSBG AAP/PDSS 2019).

**Tableau 1 Synthèse des formations sanitaires couvertes par le projet Source : Rapport Fin projet VSBG AAP/PDSS 2019.**

ZS	Nbre AS	Pop couverte	Nbre des structures sanitaires couvertes			
1. ZS Minova	19 AS	284 468	18 CS	1 HGR	3 CH	1 BCZ
2. ZS Kaniola	16 AS	192 017	15 CS	1 HGR	2 CH	1 BCZ
3. ZS Lemera	25 AS	189 072	24 CS	1 HGR	2 CH	1 BCZ
4. ZS Fizi	31 AS	349 295	28 CS	1 HGR	1 CH	1 BCZ
5. ZS Kimbi Lulenge	24 AS	207 155	21 CS	1 HGR	1 CH	1 BCZ
6. ZS Shabunda	20 AS	191 646	20 CS	1 HGR	2 CH	1 BCZ
7. ZS Lulingu	21 AS	146 953	17 CS	1 HGR	1 CH	1 BCZ
<b>TOTAL 7 ZS</b>	<b>155 AS</b>	<b>1560606</b>	<b>143</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>7</b>

Ce tableau fait ressortir la couverture effective du PBF à la fin du projet VSBG. Concernant les structures sanitaires, sur l'ensemble des 155 CS disponibles dans ces 7 ZS, 143 ont été couverts par le projet soit 92% de couverture effective. Les Hôpitaux généraux et les BCZ ont été couverts à 100%. Concernant les CH, seuls 12 ont été pris en compte. (Rapport Fin projet VSBG AAP/PDSS 2019).

## 2.2. CADRE METHODOLOGIQUE

Il s'agit d'une étude évaluative rétrospective basée sur la comparaison des résultats d'indicateurs d'accès aux soins avant, pendant et après le projet VSBG. La méthode quantitative d'évaluation d'impact basé sur les questions de cause à effets a été utilisé dans cette recherche. La méthode qualitative assortie de l'entretien semi-directif est venue en amélioration des données quantitatives.

### 2.2.1. Explication des variables

Le financement basé sur la performance constitue la variable explicative (indépendante). La performance des services de santé constitue la variable expliquée (dépendante) et est appréciée sous quelques indicateurs d'accès aux soins financés par le projet VSBG. Pour souci de souplesse de lecture

et gain du temps, sept indicateurs sur 20 financés par le projet en PMA (voir les annexes) au Sud-Kivu ont été sélectionnés. Ce choix a été réalisé en fonction de la pertinence des services basée sur leur bon rapport coût-efficacité et leur aspect général à impacter la communauté, mais aussi avec une particularité orientée vers les femmes et enfants ( G. Bèla Fritsche et al., 2014).

### **2.2.2. Présentation d'indicateurs ciblés**

Etant donné que la taille de la population évolue dans le temps, il est été jugé bon de travailler plutôt avec les taux afin de se rassurer de l'évolution effective de chaque indicateur.

1. **Consultation externe (nouveaux cas)** (S. MAYAKA MANITU, 2015 ; R. C. J. MOUKOKO MBOUNGOU, 2019; E. Sekaganda et al., 2010 ; W. BAPOLISI ANSIMA, 2016) : il s'agit d'un patient qui se présente à la consultation avec un épisode pour lequel il n'a pas encore reçu des soins au niveau du centre de santé.

***Taux de consultation externe (nouveaux cas) = (Total Consultation externe (nouveaux cas) / Population totale) \*100***

2. **Accouchement assisté par un personnel de santé qualifié** (S. MAYAKA MANITU, 2015 ; groupe de la Banque Mondiale, 2015, E. Sekaganda et al., 2010) : il s'agit d'un accouchement effectué à la maternité en présence d'un personnel qualifié et formé avec un partogramme renseigné.

***Taux de couverture en accouchement assisté= (Total accouchements / Population totale\*0.04) \*100***

3. **Nouvelles acceptantes PF** (R. C.J. MOUKOKO MBOUNGOU, 2019, E. Sekaganda et al., 2010) : femmes en âge de procréer qui utilise un service de planification familiale et accepte pour la première fois une méthode contraceptive moderne.

***Taux des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes= (Total nouvelles acceptantes/ femmes en âge de procréer cad 21% de la Pop. Tot.) \*100***

4. **CPN 1** (R. C.J. MOUKOKO MBOUNGOU, 2019, groupe de la Banque Mondiale, 2015, E. Sekaganda et al., 2010) : il s'agit d'une femme enceinte qui se présente pour la première fois aux consultations prénatales au 1<sup>er</sup> trimestre avant la 12<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée jusqu'au plus tard à la 16<sup>e</sup> semaine.

***Taux de couverture en CPN1= (Total CPN1/Population totale\*0.04) \*100***

5. **CPN 4** (R. C.J. MOUKOKO MBOUNGOU, 2019 ; Banque Mondiale, 2016 ; E. Sekaganda et al., 2010 ; W. BAPOLISI ANSIMA, 2016) : Il s'agit des femmes enceintes qui vont au moins 4 fois à une Consultation Prénatale (CPN) durant leur grossesse, en respectant les échéances prévues.

***Taux de couverture en CPN4= (Total CPN1/Population totale\*0.04) \*100***

6. **VAT 2+ femme enceinte** (E. Sekaganda et al., 2010) : Femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique et qui ont respecté le calendrier vaccinal durant la grossesse.

**Taux de couverture en VAT 2+ chez la femme enceinte= (Tot. Vaccination femme enceinte VAT 2/ Population totale\*0.04) \*100**

7. **Enfant complètement vaccinés** (R. C.J. MOUKOKO MBOUNGOU, 2019 ; Banque Mondiale, 2016 ; E. Sekaganda et al., 2010 ; Navarro et Lievens, s. d.) : Il s'agit des enfants ayant complété leur calendrier vaccinal avant 12 mois de naissance.

**Taux de couverture Enfants complètement vaccinés= (Tot. Enfant complètement vaccinés/ Population totale\*0.349) \*100**

### **2.2.3. Source et Collecte de données**

Cette étude porte principalement sur les données secondaires. Lors du stage de 6 mois dans le cadre de notre formation de master, les données ont été tirées de la base de données PVSBG de l'AAP concernant certains résultats du projet. Les données d'avant, pendant et après projet ont été tirées du Système National d'Information Sanitaire (DHIS2) dont celles de 2015-2016 tirées d'archives et 2017-2020 tirées du portail principal. Le logiciel DHIS2 est une plateforme servant actuellement à la gestion de l'information sanitaire par le Ministère de la Santé. Quelques données qualitatives ont été tirées du rapport final et trimestriel du projet VSBG Produits par l'AAP.

### **2.2.4. Techniques et outils de traitement des données**

L'évaluation d'impact du FBP sur la performance des services de santé dont il est question dans ce travail est une évaluation rétrospective du projet VSBG ayant pris fin l'année 2019. La démarche a consisté à sélectionner sept indicateurs clés d'accès aux soins financés par le projet. Les techniques d'observation, d'entretien semi-directif réalisés avec l'équipe de direction exécutive de l'AAP ayant fait partie de l'équipe projet, appuyées par la documentation ont permis de comprendre le système de suivi-évaluation de projet chez l'AAP et d'autres données qualitatives permettant de mieux comprendre les résultats des données secondaires sous analyse.

L'évaluation d'impact n'est pas toujours aisée car le contexte est changeant dans le temps et les résultats sont donc plus discutables (Gertler et al. 2011). Toutefois, la crédibilité d'une évaluation d'impact constitue le soubassement du développement par projet basé sur la fiabilité des données. Les outils de traitement des données ont été les logiciels DHIS2 et Excel.

### **2.2.5. Validité, fiabilité et limites des données**

La Validité de cette recherche s'appuie sur la qualité et la crédibilité des sources de données. Les participants à notre entretien semi-directif sont les membres de l'équipe de direction de l'EUP AAP, tous sont du domaine de la santé et ont participé aux activités du projet VSBG au Sud-Kivu. Ils maîtrisent les zones d'intervention et ont une expérience avérée du système sanitaire congolais et de l'approche FPB.

Les données secondaires exploitées sont issues du rapport SNIS tiré de la plateforme du logiciel DHS12 de 2015 à 2020. Il est à reconnaître que les données de cette plateforme sont validées au niveau national et incarne une fiabilité au même rang.

Comme première limite, le taux de l'indicateur « Vaccination femmes enceintes VAT 2+ » n'a pas été généré directement par la plateforme pour 2015 et 2016, ce qui nous a obligé de le calculer en utilisant la formule suivante :

*Taux de couverture en VAT 2+ chez la femme enceinte= (Total Vaccination femmes enceintes VAT 2+ / (population totale\*0.04) \*100).*

La deuxième limite concerne les coûts directs de soins pour lesquels les données disponibles ne concernent que la période de 2017 à 2020.

### **2.2.6. Difficultés rencontrées**

Le temps de se fixer sur un sujet a été long. La combinaison du stage à la rédaction du mémoire pendant une période de 6 mois n'a pas été aisée. Ce défi a été relevé par un accompagnement attentif du tuteur de stage en appui sans faille de toute l'équipe de direction.

### 3. PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, sont présentés les résultats de quelques indicateurs financés par le projet et la variation des coûts directs des soins lors de la mise en œuvre du projet VSBG.

#### 3.1. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Cette section présente l'évolution des indicateurs de performance quantité financés par le projet VSBG dans les zones d'intervention. Cette évolution est appréhendée suivant trois périodes dont la période d'avant-projet (2015), la période pendant le projet (2016-2019), 3 ans soit de T3 2016 à T4 2019 et la période après projet (2020).

##### 3.1.1. Variation de la performance d'indicateurs de 2015 à 2020

Quelques indicateurs clés financés par le projet sous approche de financement basé sur la performance ont été choisis en vue d'apprécier leur évolution avant, pendant et après le projet. Ces indicateurs sont ainsi présentés de la situation de départ à la situation actuelle :

**Tableau 2 Variation d'indicateurs de 2015 à 2020** Source : DHSI2

INDICATEURS	2015	2020	Ecart
Taux d'utilisation Consultation Externe (nvx cas)	65%	80%	15%
Taux des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes	8%	15%	6%
Taux de couverture en accouchement assisté par un personnel qualifié	49%	113%	64%
Taux de couverture en CPN1	101%	115%	15%
Taux de couverture en CPN4	41%	71%	30%
Taux de couverture en VAT 2+ chez la femme enceinte	31%	94%	63%
Taux de couverture Enfants complètement vaccinés	75%	88%	13%

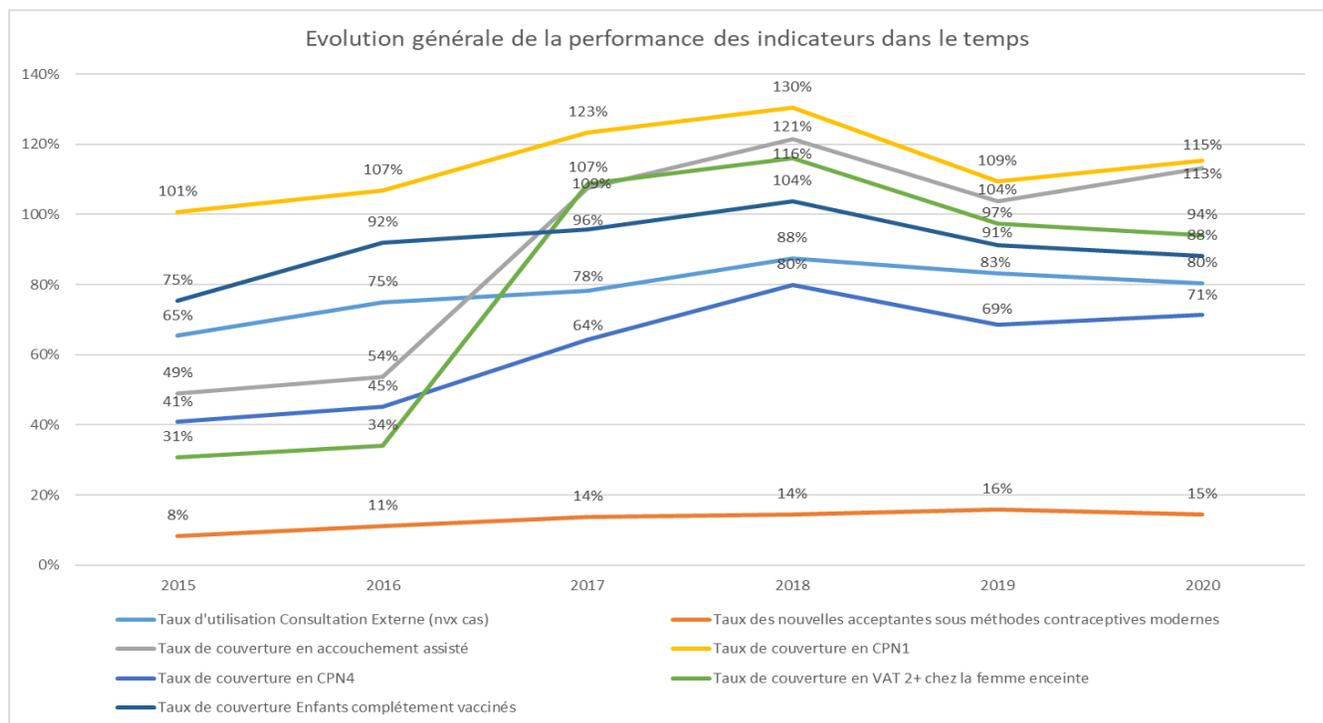
Globalement, ces résultats démontrent le succès de l'approche FBP lors de la mise en œuvre du projet VSBG. En comparant l'avant-projet à l'après-projet, on constate que tous les indicateurs étudiés ont amélioré leur performance car les écarts sont positifs, soit entre 6% à 64%. De ce fait, l'étendue d'écart d'amélioration de performance entre indicateurs est grande, ceci serait lié à la spécificité de chacun d'eux mais plus d'efforts sont à déployer lors des prochaines interventions. Signalons que deux indicateurs dont l'accouchement assisté par un personnel qualifié et la couverture en VAT2+ chez la

femme enceinte ont significativement amélioré leur performance respectivement de 64 et 63 %. L'indicateur « couverture en CPN4 » a enregistré une amélioration moyenne de sa performance soit 30%, mais son niveau de performance est à relever. Par ailleurs, quatre autres indicateurs dont les nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes, la couverture d'enfants complètement vaccinés, la couverture en CPN1 et la consultation externe ont faiblement amélioré leur performance avec des scores faibles respectifs de 6, 13, 15 et 15%. Référant au seuil de performance, les efforts sont à déployer, davantage pour relever le niveau de ces derniers indicateurs associés à la couverture en CPN4. Vu sa plus faible performance, notons qu'une attention particulière doit être focalisée sur l'indicateur « nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes » avec une sensibilisation intense et la disponibilité permanente des intrants nécessaires. Toutefois, signalons la particularité de l'indicateur de couverture en CPN1 qui présente la performance la plus élevée de 115% en 2020 avec un écart de variation faible de 15 %. Nous estimons que cette faible variation s'expliquerait par le fait que les prévisions avaient déjà été dépassées (plus de 100%) pour cet indicateur. Ainsi, nous pouvons constater l'évolution de ces indicateurs par année sous le graphique suivant :

### 3.1.2. Evolution de la performance d'indicateurs dans le temps

Durant la période de 2015 jusqu'en 2020, les indicateurs d'accès aux soins ont évolué de la manière ci-après :

**Graphique n°1 Evolution de la performance d'indicateurs dans le temps**



Les résultats de ce graphique démontrent une amélioration de tous les indicateurs pendant la période du projet jusqu'en 2018. Toutefois, nous remarquons une particularité de baisse générale en 2019. Etant année fin projet, il y eu ajustement à la baisse du barème des subsides, ce qui a conduit à la hausse des coûts directs de soins et par conséquent une chute de performance. Suite à la mise en œuvre du plan de sortie, la période de 2019 à 2020 présente certaines améliorations sous les tendances suivantes :

Une régression pour quatre indicateurs dont l'utilisation Consultation Externe (nvx cas), les nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes, la couverture en VAT 2+ chez la femme enceinte et la couverture Enfants complètement vaccinés respectivement de 3, 1, et 3 %. Cela montre que les efforts sont à déployer le plus tôt afin de pérenniser les résultats acquis.

Une progression pour trois indicateurs dont la couverture en accouchement assisté, la couverture en CPN1 et la couverture en CPN4 respectivement de 9, 6 et 3 %.

Toutefois, en référence aux objectifs de la province pour chaque indicateur (PAO Consolidé Sud-Kivu, 2020), il ressort un dépassement presque pour tous les indicateurs sauf pour l'indicateur « nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes » qui reste en dessous de l'objectif de 19%. La situation des autres indicateurs se présente de la manière suivante en 2020 :

- Taux d'utilisation Consultation Externe (nvx cas) : **Objectif 60%**, performance est de 80%, soit 20 % de dépassement.
- Taux de couverture en accouchement assisté : **Objectif 90%**, performance de 113%, soit un dépassement de 23 %
- Taux de couverture en CPN1 : **Objectif non retrouvé**, la réalisation est de 115%. Nous mentionnons un dépassement de 15 % par rapport à 100%.
- Taux de couverture en CPN4 : **Objectif 60%** et la performance 71%, soit un dépassement de 11 %.
- Taux de couverture en VAT 2+ chez la femme enceinte : **Objectif 90%** et performance 94% soit un dépassement faible de 4 %.
- Taux de couverture Enfants complètement vaccinés : **Objectif 80%** et performance 88%, soit un dépassement faible de 8%.

De ce fait, globalement, reconnaissons la contribution du FBP sur la réalisation des objectifs de la province du Sud-Kivu pour les indicateurs sous étude dans les zones d'intervention. Notons toutefois, qu'il y aurait des disparités selon les zones durant la période d'étude. Ce que nous vérifions dans les lignes qui suivent.

### 3.1.3. Performance d'indicateurs par zone en 2020

L'année 2021 étant encours, les données annuelles disponibles concernent l'an 2020. Ainsi, la performance de cette dernière année est considérée comme actuelle.

**Tableau 3 Situation d'indicateurs en 2020, Source : DHS12**

INDICATEURS	Fizi	Kaniola	Kimbi Lulenge	Lemera	Lulingu	Minova	Shabunda	Moyenne	Ecart-type
Taux d'utilisation Consultation Externe (nvx cas)	123%	69%	47%	70%	97%	77%	80%	80%	24%
Taux des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes	26%	16%	15%	11%	12%	11%	11%	15%	5%
Taux de couverture en accouchement assisté	127%	135%	80%	112%	114%	118%	107%	113%	17%
Taux de couverture en CPN1	137%	119%	104%	110%	115%	119%	103%	115%	12%
Taux de couverture en CPN4	82%	97%	49%	72%	72%	73%	54%	71%	16%
Taux de couverture en VAT 2+ chez la femme enceinte	130%	87%	92%	69%	85%	78%	117%	94%	22%
Taux de couverture Enfants complètement vaccinés	100%	99%	81%	94%	65%	96%	82%	88%	13%

La couleur verte représente la performance dont l'écart par rapport à la moyenne est positif ou négative mais inférieure à l'écart-type et le rouge représente celle dont l'écart négatif par rapport à la moyenne est supérieur à l'écart-type.

En référence à l'écart-type de la performance de toutes les zones par rapport à la moyenne, nous jugeons faible toute performance de la zone de santé dont l'écart par rapport à sa moyenne est négatif et dépasse l'écart-type pour l'indicateur considéré. Ainsi, nous constatons qu'actuellement :

- Les zones de Fizi, Kaniola et Minova présentent moyennement une bonne performance pour tous les indicateurs
- La zone de Kimbi Lulenge accuse des faibles performances par rapport à la moyenne des zones concernant les nouveaux cas de consultation, la couverture en accouchement assisté et la couverture en CPN4, soient des gaps respectifs de 33%, 33% et 22%

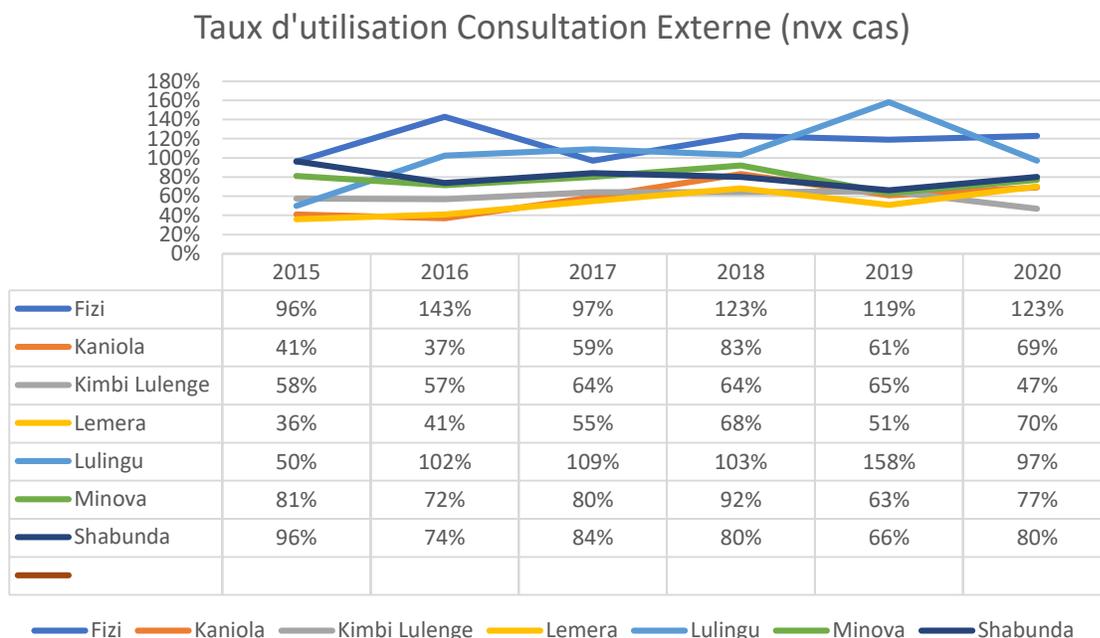
- La zone de Lemera présente de faible performance par rapport à moyenne pour la VAT 2+ chez la femme enceinte soit un gap de 25%
- La zone de Lulingu présente une faible performance par rapport à la moyenne pour la couverture d'enfants complètement vaccinés, soit un gap de 23%
- La zone de Shabunda accuse des faibles performances par rapport à la moyenne pour la couverture en CPN4 et CPN1, soient des gaps respectifs de 12% et 17% respectivement.

Bref, sur sept indicateurs, toutes les zones présentent des bonnes performances par rapport à la moyenne pour au moins quatre indicateurs, ce qui traduit une bonne amélioration par rapport à l'avant-projet.

### 3.1.4. Variation de chaque indicateur par zone dans le temps

#### 1. Consultation Externe (nvx cas)

Graphique n°2 Evolution de la consultation externe par zone



Concernant l'indicateur de consultation externe, nous constatons qu'actuellement par rapport à l'avant-projet, les zones présentent la situation suivante :

#### ✓ De 2015 à 2020

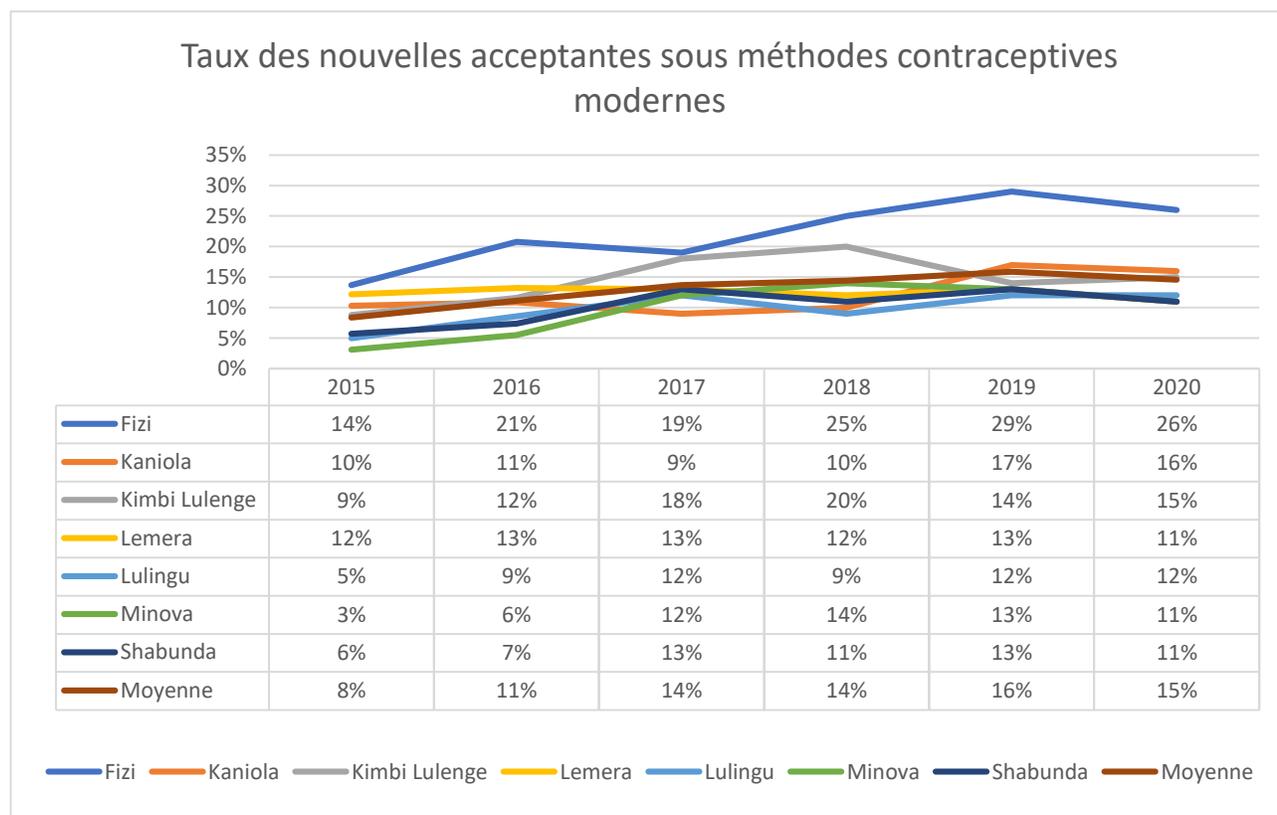
- Fizi, Kaniola, Lemera et Lulingu ont amélioré leur performance en moyenne de 34 %.

Pour Kaniola et Lulingu, signalons que malgré l'amélioration de leur performance de 31 % en moyenne, elles n'ont pas atteint la performance moyenne des zones qui est de 80%, soit un écart respectif de 11 % et 10 %.

- La zone de Fizi présente la meilleure performance car elle a atteint plus de 100% des prévisions.
  - Kimbi Lulenge, Minova et Shabunda ont baissé leur performance respectivement de 11, 4 et 16 % soit une moyenne de 10 %. Notons toutefois que le niveau de performance de Minova et Shabunda reste acceptable alors que celui de Kimbi Lulenge est très faible soit 47%.
- ✓ De 2019 à 2020, la tendance de toutes les zones est en augmentation sauf pour la zone de Lulingu et Kimbi Lulenge dont les performances sont en baisse de 18 % et 61%.

## 2. Taux des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes

Graphique n°3 Evolution des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes



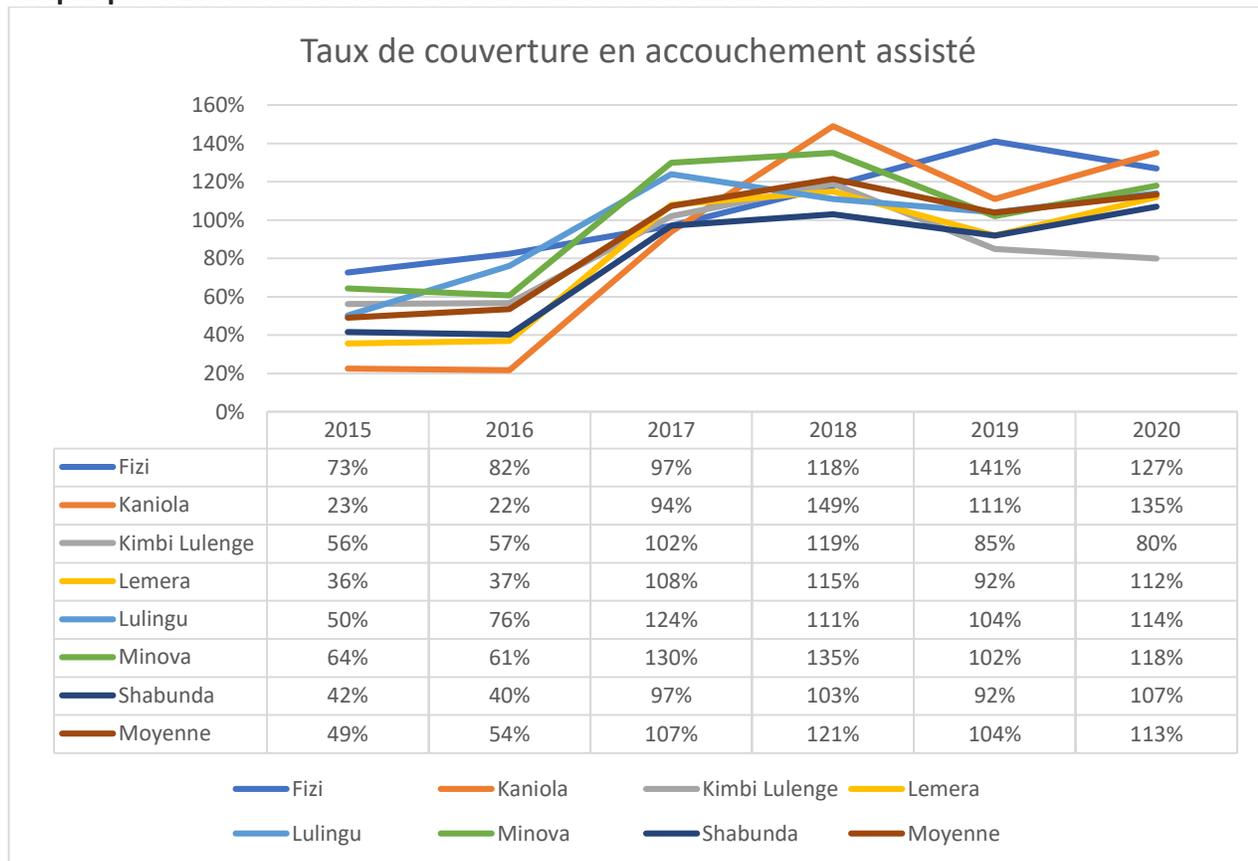
De ce graphique, nous constatons que le niveau de performance de l'indicateur « nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes » est globalement faible. Toutefois, il est à signaler que toutes

les zones ont faiblement amélioré leur performance soit une moyenne de 7 % sauf celle de Lemera qui en a réduit de 1% en référence à 2015. Aussi, malgré cette faible amélioration, Lulingu, Minova et Shabunda n’ont pas atteint la moyenne de 15%, elles ont enregistré un gap respectif de 3, et 4 % soit une moyenne de 4 %. Notons que la zone de Fizi présente la performance la plus élevée pour cet indicateur.

Actuellement, la tendance est en baisse pour toutes les zones de 1 % en moyenne de 2019 à 2020.

### 3. Accouchements assistés par un personnel qualifié

Graphique 4 Evolution de la couverture en accouchement assisté



En référence au taux de couverture en accouchement assisté :

➤ **2015 à 2020**

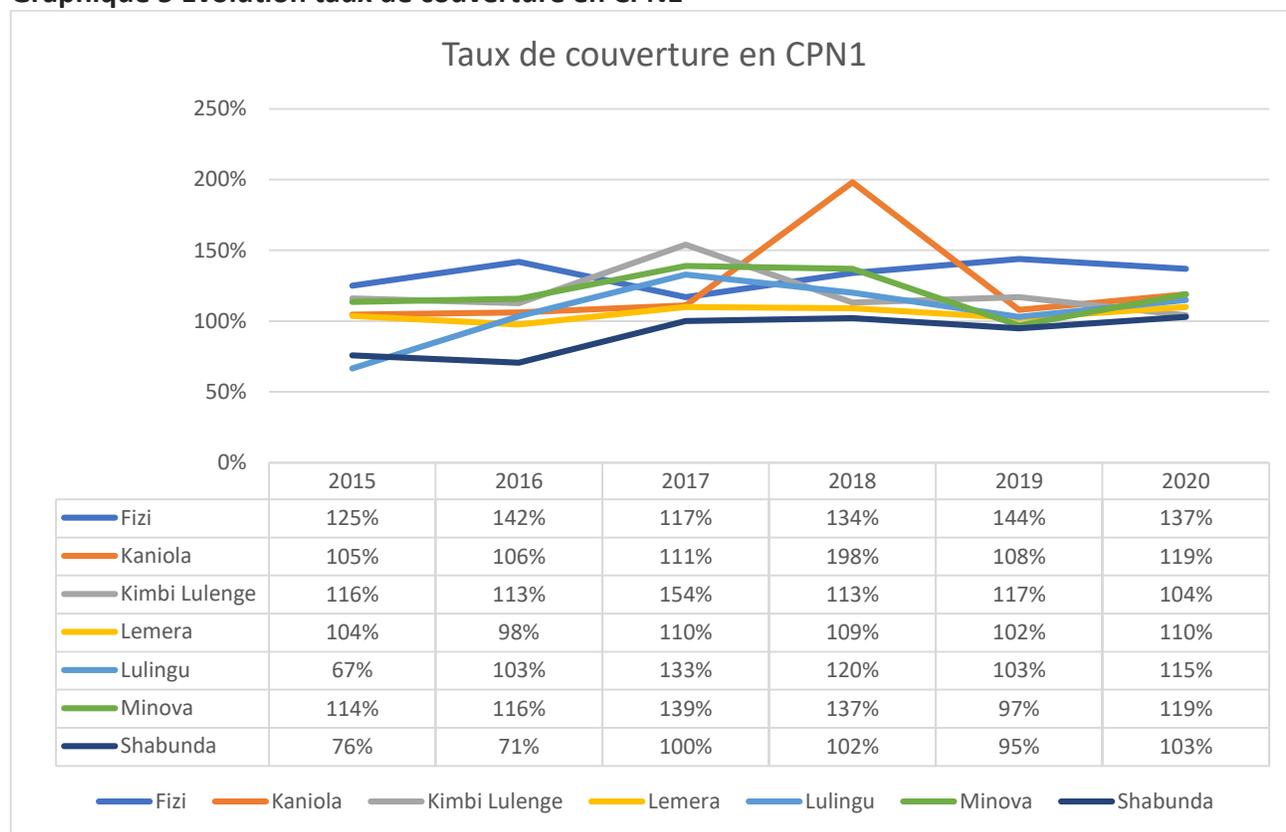
- Toutes les zones ont globalement amélioré leur performance en moyenne de 64 % et ont dépassé les prévisions, soit plus de 100% sauf Kimbi-Lulenge dont la performance est à 80%, soit moins de 33 %de la moyenne globale. Toutefois, ce niveau reste acceptable.
- Reconnaissons aussi que la zone de Kaniola est la plus performante pour cet indicateur.

➤ **2019 à 2020**

Pendant cette période, signalons la tendance en amélioration pour toutes les zones sauf pour les zones de Fizi et Kimbi-Lulenge qui réduisent leur performance respectivement de 14 et 5 %. Malgré cela, Fizi maintient un niveau de plus de 100%.

**4. Couverture en CPN1**

**Graphique 5 Evolution taux de couverture en CPN1**



Concernant l'indicateur CPN1, nous constatons que :

➤ **De 2015 à 2020**

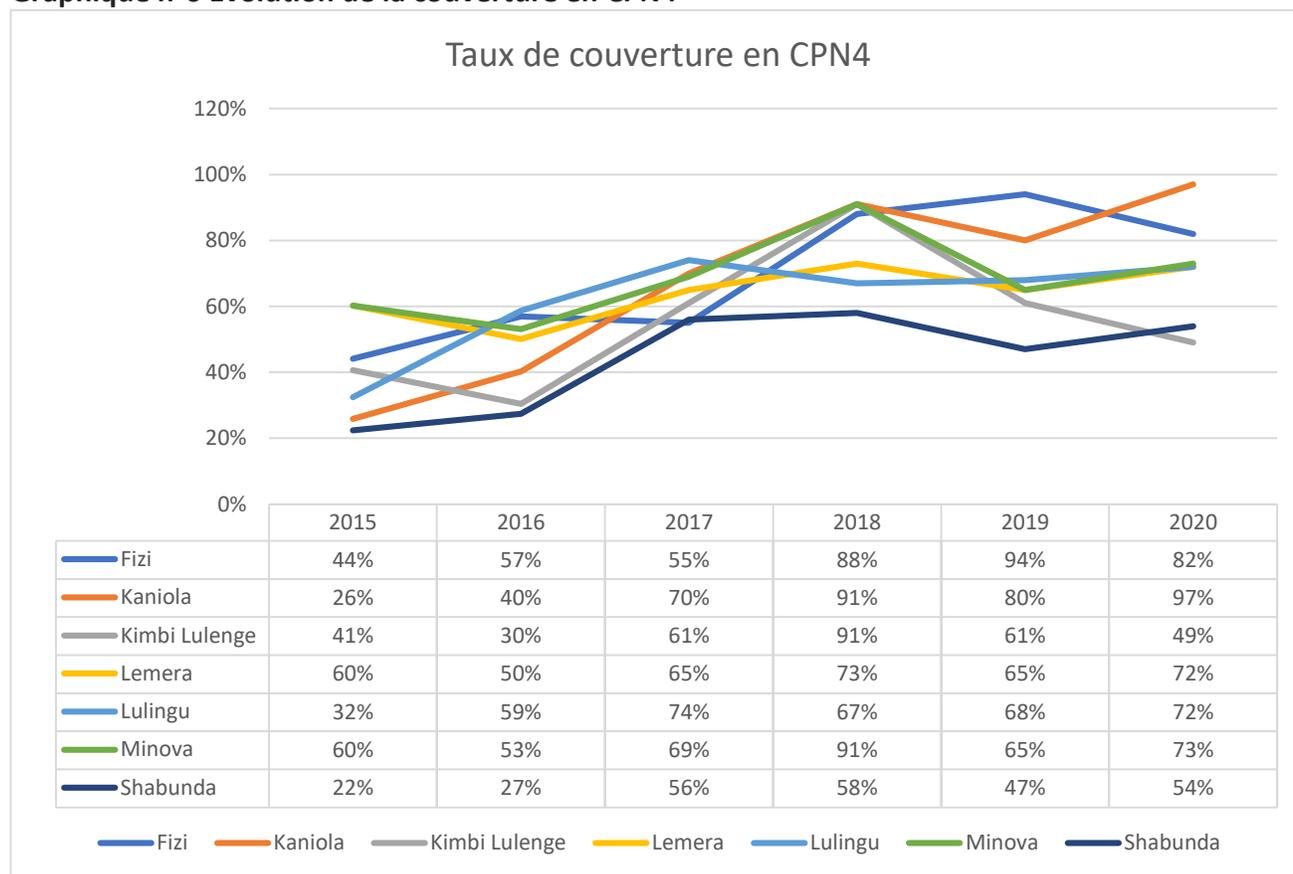
- Presque toutes les zones ont globalement amélioré leur performance et ont atteint plus de 100% de prévisions.
- Toutefois, signalons que Kimbi Lulenge a réduit sa performance de 12 % par rapport à 2015.
- Notons aussi que la zone de Fizi présente la meilleure performance de toutes.

➤ **De 2019 à 2020**

Presque pour toutes les zones, la performance est en amélioration sauf pour Fizi et Kimbi Lulenge qui l'ont baissé de 7 et 11 % respectivement soit 9 % en moyenne.

## 5. CPN4

Graphique n°6 Evolution de la couverture en CPN4



Le graphique 6 démontre que :

### ➤ De 2015 à 2020

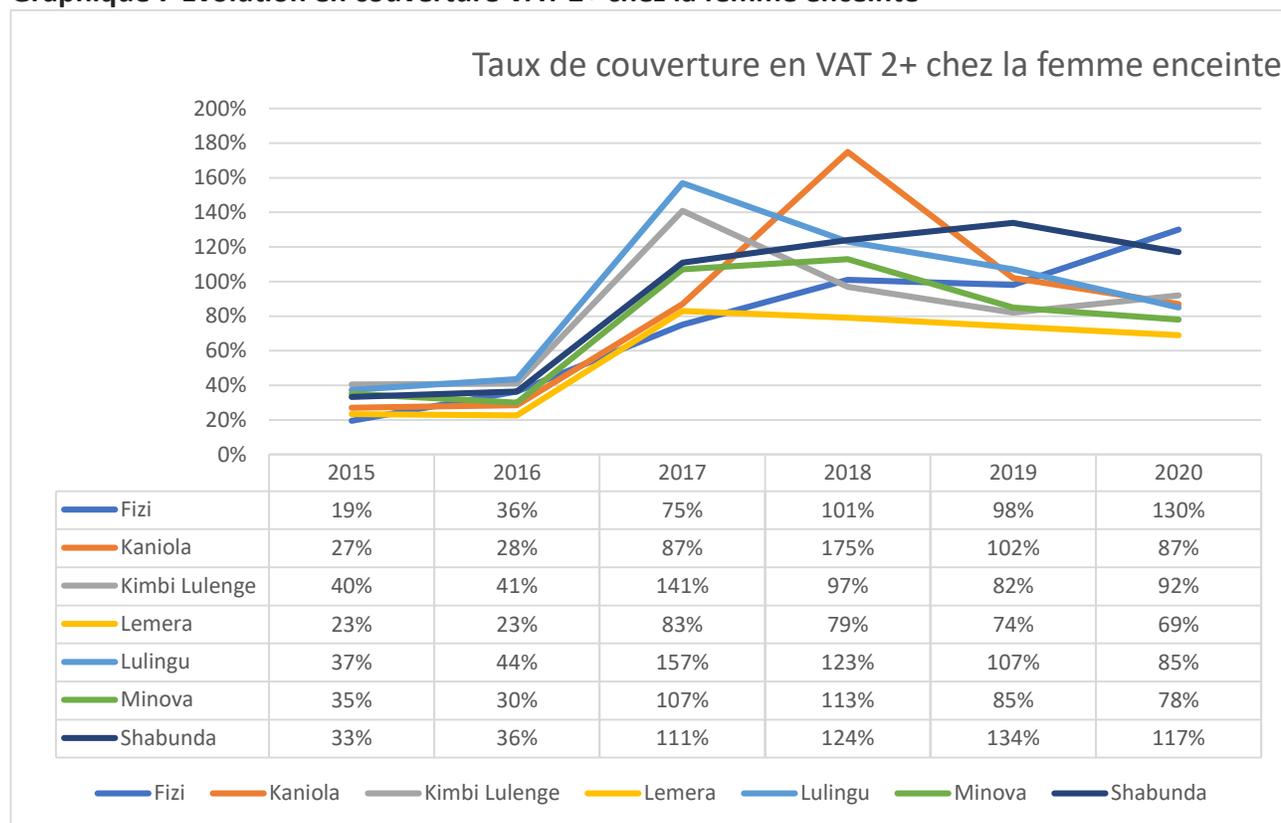
- Toutes les zones ont amélioré leur performance par rapport à la CPN4 soit de 30 % en moyenne. Malgré cette amélioration, les zones de Kimbi Lulenge et Shabunda accusent un écart de 22 et 17 % respectivement soit une moyenne de 20 % par rapport à la performance moyenne des zones de 71%.
- Notons que la zone de Kaniola est la plus performante pour cet indicateur.

### ➤ De 2019 à 2020

La tendance actuelle est en amélioration de 7 % presque pour toutes les zones sauf pour Fizi et Kimbi Lulenge qui sont en baisse respectivement de 12%. Aussi, toutes les zones présentent un niveau acceptable de performance sauf celles de Kimbi Lulenge et Shabunda dont le niveau est faible soit de 49% et 54%.

## 6. VAT 2+ chez la femme enceinte

Graphique 7 Evolution en couverture VAT 2+ chez la femme enceinte



De ce graphique, il ressort qu'en :

### ➤ 2015-2020

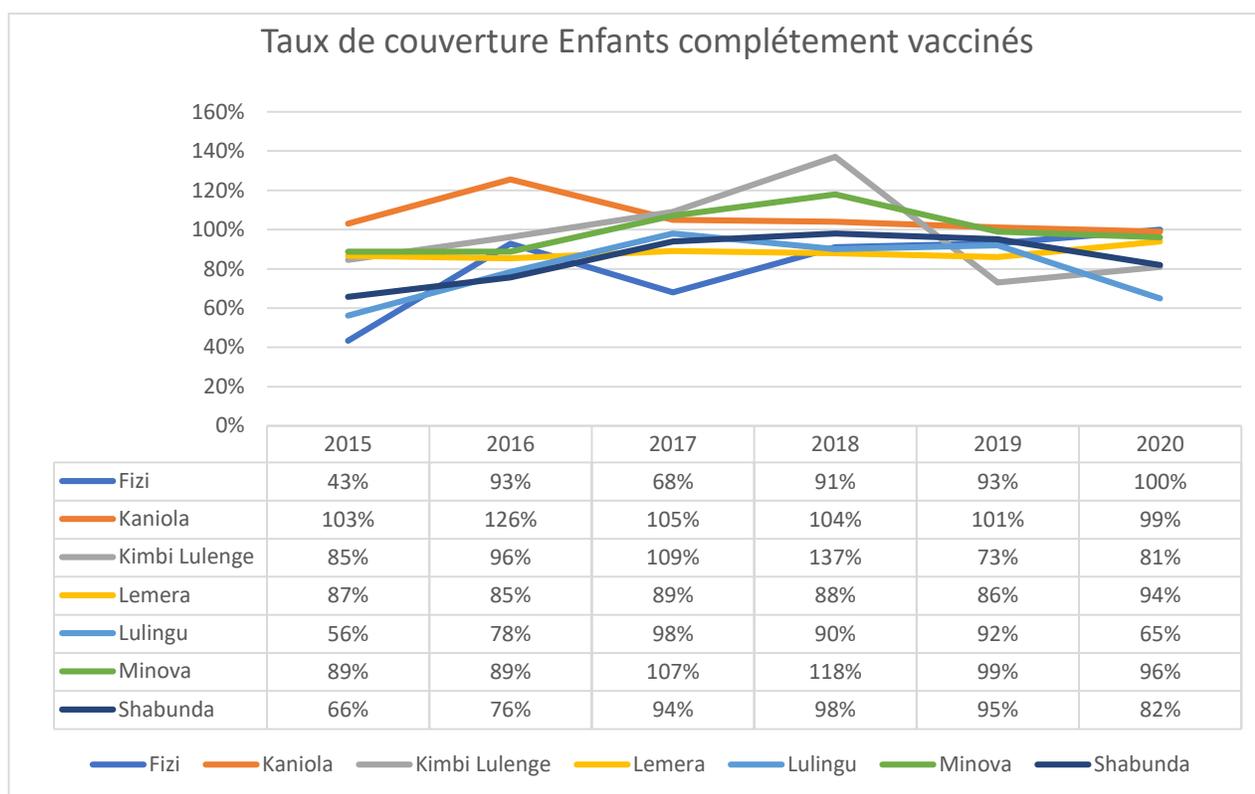
- Toutes les zones ont amélioré leur performance de 63 % en moyenne. Toutefois, Lemera et Minova enregistrent un gap de 11 et 2 % respectivement pour atteindre la moyenne des zones de 80%.
- Mentionnons que la zone de Fizi est la plus performante de toutes pour cet indicateur

### ➤ 2019-2020

La tendance actuelle est en diminution presque pour toutes les zones en moyenne de 13 % sauf pour les zones de Fizi et Kimbi Lulenge qui en améliore respectivement de 32 et 10 % soit une moyenne de 21 %. Cependant, le niveau général de performance est acceptable pour toutes les villes.

## 7. Enfants complètement vaccinés

## Graphique 8 : Evolution de la couverture Enfants complètement vaccinés



En référence à ce graphique n°8, nous constatons de :

### ➤ 2015-2020

- Une amélioration de la performance de 19 % presque pour toutes les zones sauf Kaniola et Kimbi Lulenge qui en ont baissé de 4 et 3 % respectivement, soit une moyenne de 4 %. Aussi, malgré cette amélioration, notons que Lulingu et Shabunda n'ont pas atteint la moyenne globale de 88% soit un gap respectif de 23 et 6 %, en moyenne 15%.
- Mentionnons aussi que la Zone de Fizi est la plus performante pour cet indicateur.

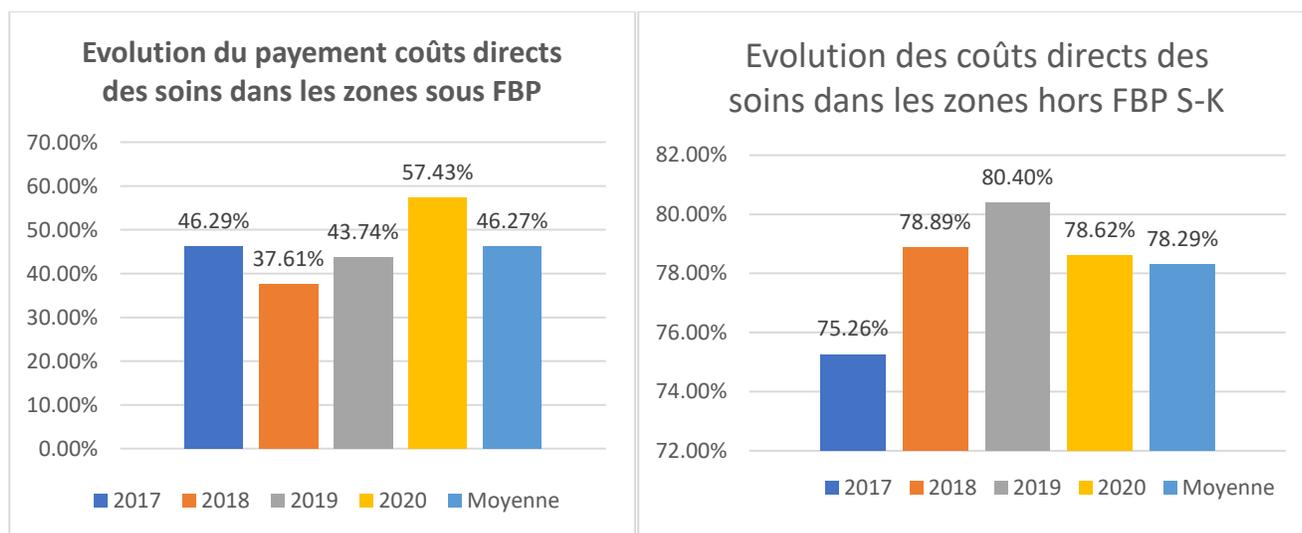
### ➤ 2019-2020

- Actuellement, notons que la tendance globale est en baisse de 11 % mais le niveau reste acceptable pour toutes les zones sauf Lulingu avec une baisse alarmante de 27%, d'où sa moyenne performance de 65%.
- Toutefois, Fizi, Kimbi Lulenge, et Lemera maintiennent une certaine amélioration de 8 %.

### 3.1.5. Variation des coûts directs de soins

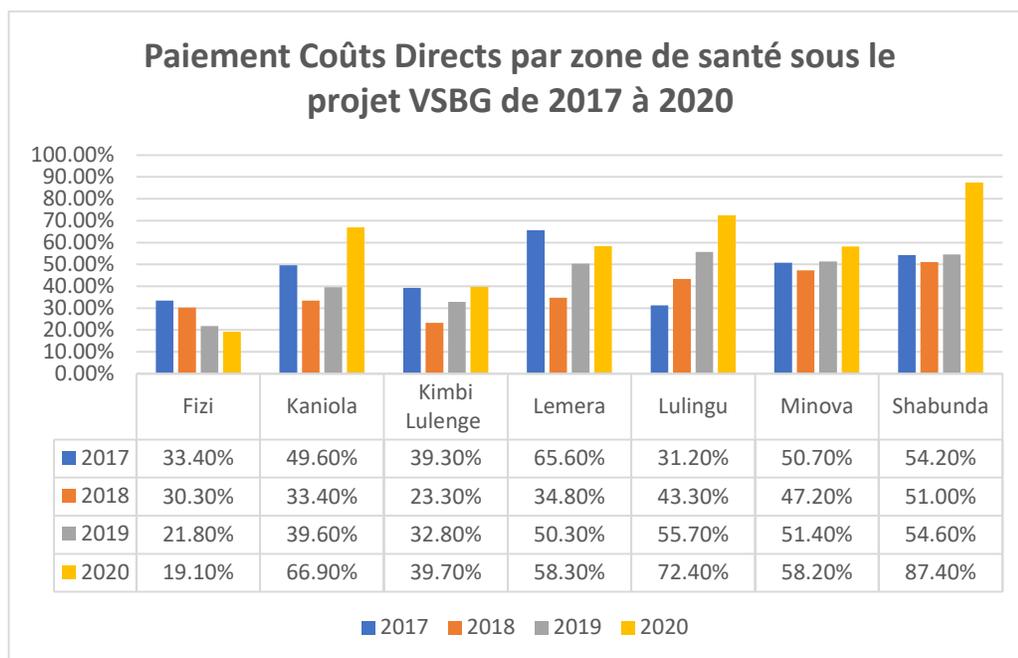
Les coûts directs de soins constituent l'un d'éléments expliquant l'accessibilité financière de la population aux soins de santé. Plus ces coûts sont élevés par rapport au pouvoir d'achat, la population a tendance à demander de moins en moins les services de santé en recourant à l'automédication. Dans la démarche vers la couverture santé universelle, l'objectif est de minimiser au maximum les coûts liés aux soins de santé. Globalement, la situation des coûts directs dans les zones de santé se présente comme suit par année :

**Graphique n°9 Evolution moyenne des coûts directs de santé par an**



Nous constatons que de 2017 à 2020, dans les zones sous FBP, le patient supportait 47% des coûts de santé en moyenne et pendant la période du projet VSBG la moyenne était à 42,5%, ce qui est acceptable par rapport à l'objectif de 40% prévu par le PNDS de la RDC. En 2019, il y a eu hausse du fait qu'il s'agit de la période fin projet à partir de laquelle un plan de sortie a été établi afin de maintenir tant soit peu un bon fonctionnement dans un futur proche malgré l'arrêt du financement. En 2020, ces coûts ont été revu à la hausse jusqu'à 57%, ce qui justifierait la régression de la performance de certains indicateurs de 2019 à 2020. Par ailleurs dans les zones de santé hors FBP, nous constatons un niveau très élevé des coûts de soins de 78% en moyenne. Nous estimons que cette situation serait liée au mode de gestion des formations sanitaires d'assistance financière.

**Graphique n° 10 : Paiement coûts directs par zone de santé 2017-2020**



**Source des données : Tableau de bord des données financières rapportées dans le DHIS2 (AAP)**

De ce graphique n°9 ressort que les zones de santé de Fizi et Lulingu présentent des particularités par rapport à d'autres. De 2017 à 2020, toutes les zones ont dépassé 40% de coûts directs de soins sauf la zone de Fizi et Kimbi Lulingu qui reste en dessous de la barre. Il se note une certaine particularité pour la zone de Fizi qui enregistre une baisse continue des coûts de soins et celle de Lulingu enregistre une hausse continue. Entre temps, de 2017 à 2018, période de la mise en œuvre du projet, nous constatons un niveau acceptable des coûts directs de soins, soit moins 40% pour la majorité des zones. En 2019, il y a eu augmentation légère des coûts directs et une accélération en 2020. Ceci prouve que lorsque le financement extérieur d'un projet prend fin, pendant le temps de transition, les patients supportent la majeure partie des coûts de soins de santé jusqu'à 80% comme c'est le cas à Shabunda.

### **3.2. DISCUSSION DES RESULTATS**

Les améliorations générales de performance et de coûts directs des soins pendant le projet VSBG se sont toutefois accompagnées de la régression de performance dans le temps pour certaines zones. Cette dernière serait due à certains faits. L'année de début du projet a été caractérisé par plusieurs problèmes dont la faible intégration de service de qualité dans la majorité des Fosa, l'absence des outils de rapportage, le retard de paiement des subsides ainsi que les tarifs des coûts de santé estimés chers avant leur réduction pendant le projet. En 2019, il s'est enregistré une certaine perturbation dans la mise en

œuvre de certaines stratégies vu le retard de paiement des subsides en cette année, le tarif de soins était revu à la hausse avant le prolongement du projet de T3 à T4 2019.

Au premier semestre de l'année 2019, la ZS de Lemera a été confrontée à l'insécurité dans certaines aires de santé, ce qui a expliqué certaines régressions de sa performance. Concernant les consultations curatives, la régression s'explique par la baisse des cas de paludisme observés dans les ZS Minova, Shabunda et Lulingu. Par rapport aux Enfants complètement vaccinés, la non disponibilité des intrants dans les ZS justifieraient les régressions (Rapport final, projet VSBG 2019).

En outre, notons que la zone de Fizi a présenté des performances plus élevées de toutes les zones en consultations externes, nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes, CPN1, VAT 2+ chez les femmes enceintes, et enfants complètement vaccinés.

Aussi, la zone de Kaniola a présenté les meilleures performances de toutes les zones en accouchements assistés par un personnel qualifié et CPN4. En plus de ces meilleurs scores, la zone de Minova s'ajoute à la liste avec une performance supérieure à la moyenne des zones pour tous les indicateurs. En effet, il serait agréable d'organiser des séances d'échange d'expériences entre les zones de santé vu les disparités de leur performance avec comme zones pilotes celles de Fizi, Kaniola et Minova en reconnaissance de leurs meilleurs résultats.

Vu la rareté d'études sur l'impact du FBP considérant la période d'avant, pendant et après la mise en œuvre, la discussion de ces résultats ne réfère qu'aux résultats empiriques liés à la période de la mise en œuvre du FBP.

Contrairement à certains résultats d'études antérieures menées dans le cadre du FBP (**S. DIOUF, 2017**), qui ont présenté des faibles performances des indicateurs d'accouchements assistés par un personnel qualifié, les enfants complètement vaccinés et la couverture en CPN, les résultats de cette étude associés à d'autres études antérieures (P. MOTEMA DEMBA, 2019, Banque Mondiale, 2016 ; Jolivot, 2012, ) sont satisfaisants. En plus, la couverture en VAT 2+ chez la femme enceinte et la consultation externe (R. C. J. MOUKOKO MBOUNGOU 2019) présentent des bonnes performances. Par ailleurs, Seul l'indicateur des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives présente une performance très faible (**S. DIOUF, 2017**) et n'a pas pu atteindre l'objectif de la province comme les autres indicateurs.

Ces résultats démontrent que le FBP n'est pas qu'assistance financière (E. Tchouaket Nguemeleu, 2011) car intègre tout un processus organisationnel (Fritsche, 2014) qui justifie les scores positifs d'écart de performance pour tous les indicateurs entre 2015 et 2020. Le plan de sortie et la pérennisation des bonnes pratiques du FBP (J. BYAMUNGU MUGALHYA, 2018) justifieraient ce niveau acceptable de performance pour tous les indicateurs après-projet. Selon le plan de sortie prévoyait que les subsides payés enfin de projet devraient couvrir trois mois avant d'exploiter les réserves que les FOSA constituaient tout au long du projet ; cela en conformité avec leur plan de management et le plan de trésorerie. La relève gouvernementale en financement et l'institutionnalisation de la stratégie de FBP

comme mode de gestion du secteur de santé permettraient de pérenniser les bons résultats enregistrés sous le projet VSBG. Nous estimons que le système de suivi-évaluation de projet permettrait la disponibilité en temps réel des résultats d'analyse des données de l'avancement du projet VSBG afin d'une prise des décisions stratégiques conséquentes en prévention de certaines régressions de performance durant le projet.

De résultats obtenus, mentionnons les points positifs et négatifs enregistrés dans nos résultats ci-après :

➤ **Points positifs :**

- De 2015 à 2020, tous les indicateurs ont amélioré leur performance car leurs écarts sont positifs
- Hormis l'indicateur « nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes », tous les autres indicateurs ont dépassé l'objectif provincial de performance correspondant.
- En 2020, Fizi, Kaniola et Minova présentent des performances supérieures à la moyenne de toutes les zones pour tous les indicateurs malgré certaines régressions dans le temps.
- Une baisse considérable des coûts de soins des zones de santé sous FBP soit environ 31% de moins par rapport aux autres zones.

➤ **Points faibles :**

- Tous les indicateurs ont régressé leurs performances en 2019, année fin projet.
- De 2019 à 2020, quatre indicateurs ont encore régressé leur performance dont la consultation externe, la CPN4, la VAT 2+ chez la femme enceinte, et la couverture enfants complètement vaccinés. A la même période, les zones de Fizi et Kimbi Lulenge présentent des régressions pour la majorité d'indicateurs.
- En 2020, les zones ci-après présentent des performances qui méritent d'efforts d'amélioration urgente :
  1. La zone de santé de Kimbi Lulingu présente une faible performance en consultations externes et CPN4 soit de 47% et 49% respectivement.
  2. La zone de santé de Shabunda présente un niveau faible de performance en CPAN4 de 57%

3. La zone de Lemera présente une faible performance de 69% par rapport aux autres zones pour l'indicateur VAT2 + chez la femme enceinte.
  4. La Zone de Lulingu accuse un niveau faible de performance pour l'indicateur d'enfants complètement vaccinés de 65%
- Par rapport à 2015, actuellement les zones de Kimbi Lulingu, Minova et Shabunda ont baissé leurs performances en consultations externes de 11, 4, et 16 % respectivement soit 10% en moyenne. Encore Kimbi Lulenge en a réduit de 12 % en CPN1.
  - L'indicateur « nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes » est en régression dans toutes les zones et présente la performance la plus faible et en dessous de l'objectif provincial soit un gap de 4 %.

Par ailleurs, le FPB comme réforme de financement du système de santé est une solution proposée pour relayer aux failles du financement basé sur les inputs. Effectivement, cette approche de financement présente certains avantages pouvant conduire aux meilleurs résultats, on peut mentionner :

- 1) L'autonomie de gestion : le financement est directement versé dans le compte des Fosa sous forme des subsides en fonction de leur performance. Ceci a permis de lutter contre le système entonnoir de financement où celui-ci devrait passer par intermédiaire. En plus, les intrants achetés ne tenaient pas compte des besoins réels des structures et parfois ils coûtaient trop chers. Ainsi, le sens de responsabilité des Fosa a été relevé.
- 2) Le Renforcement de la planification et la redevabilité de gestion des Fosa : avec le plan de management élaboré par les Fosa, les besoins sont priorisés et la culture d'épargne est instaurée.
- 3) La traçabilité de gestion et lutte contre la fraude : sur base de l'outils indice où sont planifiées les ratios des dépenses en exécution du plan de management avec un suivi lors des réunions et d'un système bancaire. Aussi, la fraude est minimisée par le système de vérification et contre vérification mis en place qui consiste à se rassurer de l'effectivité de la prestation et de la véracité des données déclarées, un système de sanction est bien prévu en cas de fraude.

- 4) La redevabilité de gestion par l'implication des bénéficiaires à l'évaluation des services rendus par les Fosa via leur retour en enquêtes communautaires sur l'appréciation des coûts de soins et le niveau de satisfaction.
- 5) L'amélioration du système d'information sanitaire avec la mobilisation régulière des données et le ravitaillement de la plateforme DHIS2
- 6) Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins (Groupe de la Banque Mondiale, 2015) :

Malgré tous ces avantages non exhaustifs, l'approche FBP présente aussi certains points à améliorer :

1. Les Fosa se concentrent plus sur les indicateurs financés, ce qui pourrait occasionner un relâchement d'autres aspects pourtant importants.
2. L'absence de planification du plan de sortie lors de l'élaboration du projet et ça ne vient intervenir qu'à la fin du projet, ce qui occasionne certaines perturbations.
3. En RDC, l'approche est mise en œuvre sous forme de projet et non d'une stratégie, ce qui limiterait l'ampleur de son impact et niveau de précision d'étude de l'impact.
4. Il y a confusion entre la gestion du FBP et la gestion du projet lorsque le FBP n'est pas utilisé comme stratégie nationale.

A l'issu des résultats de cette étude, nous suggérons respectivement ce qui suit :

### **3.3. RECOMMANDATIONS**

A partir des résultats de cette recherche, les recommandations suivantes permettraient d'améliorer et pérenniser les résultats déjà satisfaisants de l'approche PBF dans le cadre d'une démarche de perfectionnement. Ainsi, nous recommandons ce qui suit :

#### **3.3.1. Au Ministère de la santé publique**

- Rendre effective la décision de hisser le FBP au niveau national afin de canaliser sous la même idéologie les interventions de financement selon les priorités de développement.
- Toujours évaluer la qualité des services de santé en impliquant l'institut national des statistiques et renseigner sa rubrique sur le DHSI2.

- Evaluer régulièrement le niveau de satisfaction de la communauté quant aux services de santé reçus.
- Canaliser l'aide extérieure dans le domaine de santé en fonction des priorités du secteur.
- Mettre en place un processus de suivi-évaluation de mise en œuvre du FBP au niveau national afin d'en apprécier régulièrement la performance et l'impact.
- Appliquer les sanctions administratives prévues dans le manuel FBP en cas d'écarts entre déclarations et vérifications des données des FOSA référant à un cas de fraude.

### **3.3.2. Aux bailleurs de fonds externes**

- Valider la ligne budgétaire du suivi-évaluation dans chaque projet à financer
- Harmoniser les interventions de financement afin de ne pas éparpiller les efforts

### **3.3.3. A l'AAP**

- Créer une unité organisationnelle chargée de recherche-action et de la communication afin d'identifier les besoins alignés aux priorités de développement de la RDC, valoriser les expériences du passé et communiquer régulièrement sur les activités de l'AAP.
- Considérer parmi les critères de qualité : l'alignement aux standards internationaux de soins, l'accès régulier à l'énergie en eau et en électricité, le renforcement des capacités du personnel et l'usage des nouvelles technologies.
- Recruter un consultant chargé de suivi-évaluation pour chaque projet
- Mettre en place un système de suivi-évaluation de projet

En référence à cette dernière recommandation, nous procédons à l'analyse du besoin de l'AAP en suivi-évaluation pour ensuite proposer une matrice de suivi-évaluation de projet sous FBP ci-après :

#### **1) ANALYSE DU BESOIN EN SUIVI-EVALUATION AU SEIN DE L'AAP**

Pendant l'expérience du stage, nous avons constaté une insuffisance dans la gestion de projet au sein de AAP en ce qui concerne le suivi-évaluation. A l'absence d'une ligne budgétaire dédiée au suivi-évaluation de projet au sein de l'AAP, en plus du suivi, l'équipe de mise en œuvre se retrouve obligée de

faire l'évaluation d'atteinte des cibles du projet. Dans ce cas l'attention est focalisée sur le processus de mise en œuvre du FBP qu'à l'évaluation de projet.

Il est pertinent de souligner que le suivi-évaluation à ce niveau n'est pas à confondre avec ni la vérification, ni l'audit mais constitue l'une d'étapes du cycle de vie d'un projet. L'envie de commencer un projet est souvent source d'omission tout en reconnaissant aussi que la mise en œuvre n'est pas toujours en conformité avec la planification d'où il est très important d'intégrer le suivi-évaluation dans la gestion courante du programme ou de projet. De ce fait, en vue d'une bonne validité de l'évaluation, il est recommandé que l'équipe d'évaluation soit distincte et indépendante de celle de mise en œuvre. Départ les résultats de cette étude, il est très important que l'AAP mette en place un dispositif de suivi-évaluation de projet afin d'améliorer l'impact de ses projets dans les zones d'intervention et capitaliser les expériences passées.

De ce fait, nous proposons deux outils à la mise en œuvre du système de suivi-évaluation chez AAP : un circuit de collecte des données et la matrice de suivi-évaluation d'un projet.

## 2) PROPOSITION D'OUTILS DE SUIVI-EVLUATION DE PROJET SOUS FBP

Dans le cadre d'amélioration du système de suivi-évaluation au sein de l'AAP, les outils opérationnels ci-après peuvent servir :

### a) Circuit de collectes des données

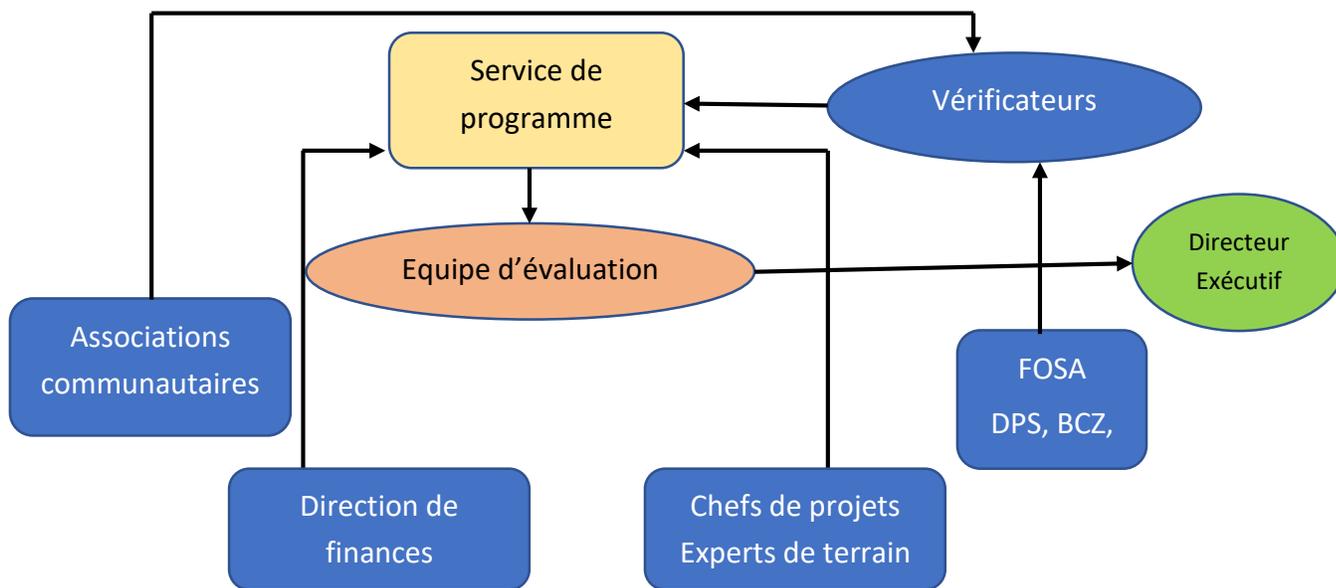


Figure 2 : Circuit de collecte des données

Source : Notre proposition

Tous les acteurs au projet participent au suivi du projet en collectant les informations nécessaires à l'évaluation du projet. Le service de programme joue le rôle centralisateur mais toutes les informations

sont traitées et analysées par l'équipe d'évaluation qui rend compte au Directeur exécutif. Les résultats de l'analyse critique permettront de procéder aux ajustements et corrections en cas de besoin, et de proposer les stratégies d'amélioration. Enfin, le rapport de l'évaluation du projet produira des données sur l'expérience passée en vue d'une capitalisation dans le futur et une planification stratégique efficace.

b) Matrice de suivi-évaluation de projet

Tableau 4 Matrice de suivi-évaluation de projet proposée à l'AAP

Source : Notre proposition

Niveau du cadre logique	Type d'informations	Périodicité	Source des données	Responsables	Résultats attendus	Critères d'évaluation
Objectif global	Changement occasionné par le projet sous FBP dans la zone d'intervention	Ponctuelle	SNIS (DHI2)	MSP/AAP	Evaluation Ex-ante et Ex-post d'indicateurs de performance financés par le projet	<b>Durabilité</b> : Dans quelle mesure le plan de sortie a permis le maintien du cap des acquis du projet Impact : Qu'est-ce qui a changé actuellement par rapport au passé.
Objectifs spécifiques	Avantages des bénéficiaires venant de l'intervention du projet	Trimestrielle et à la fin du projet	Rapport d'enquêtes	AAP et ASLO	Satisfaction et appréciation des coûts de service, Avis et suggestion des bénéficiaires.	<b>Pertinence</b> : s'assurer que les objectifs du projet et les résultats atteints répondent aux besoins des bénéficiaires du projet.
Résultats	Informations de routine sur les indicateurs quantité et qualité en provenance des FOSA et exécution du PM	Trimestrielle	Rapport de vérification Technique et vérification communautaires et des registres de services, PM des structures	FOSA et AAP	Niveau de réalisation par rapport à la cible de chaque indicateur quantité et qualité, niveau des écarts et analyse critique assortie des recommandations. Niveau d'exécution du PM des FOSA Disponibilité des éléments d'orientations pour adapter les objectifs et la mise en œuvre des projets	<b>Efficacité</b> : Atteinte d'objectifs du projet <b>Efficience</b> : gestion rationnelle des ressources.

Activités	Activités réalisées et non réalisées par rapport aux prévisions de calendrier et des coûts	Hebdomadaire et mensuelle	Plan d'actions et rapport d'activités.	Service de programme/AAP	Performance de gestion de projet	<b>Economique :</b> Equilibrer le triangle qualité-coût-délai afin d'éviter le gaspillage.
Coûts	Réalisations budgétaires par rapport à la planification	Hebdomadaire et mensuel	Etat d'avancement d'exécution du budget et le budget prévisionnel	Direction des finances/AAP	Gestion optimale des ressources, capacité de mobilisation continue des ressources	

Sur base de cette matrice, un plan de suivi-évaluation de projet sera régulièrement élaboré selon le besoin et contexte avec la participation de toutes les parties prenantes au projet sous le guide de l'équipe de suivi-évaluation. Il s'agira d'une évaluation participative des besoins qui permettra le renforcement des capacités des parties prenantes aux notions de suivi-évaluation et leur implication à l'analyse critique des résultats en vue de proposer des solutions optimales.

Enfin, la mise en œuvre de ces outils nécessite un renforcement des capacités des parties au projet en vue d'une compréhension commune du suivi-évaluation de projet.

# CONCLUSION

Le FBP constitue une réforme de financement du secteur de santé en réponse aux échecs du financement en intrants. Toutefois, cette approche n'a pas bénéficié de l'unanimité de tous les acteurs et experts impliqués dans la gestion des projets de santé. C'est ainsi que le suivi-évaluation est un recours pertinent d'analyse des résultats permettant de prendre une décision optimale. Dans cette perspective, nous avons proposé deux outils d'amélioration du système de suivi-évaluation de projet à l'AAP, notre institution de stage et l'EUP chargée de la mise en œuvre du FBP au Sud-Kivu. Il s'agit du circuit de collecte des données où l'équipe d'évaluation est considérée comme facilitateur car l'évaluation doit être participative ; et de la matrice de suivi-évaluation assortie d'éléments du cadre logique du projet.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet VSBG au Sud-Kivu, l'approche FBP a été utilisée. Le projet ayant pris fin en 2019, il a été opportun, dans le cadre de cette étude, d'évaluer l'impact de cette approche à travers ce projet. C'est dans ce sens que nous avons procédé : d'abord par évaluer les résultats de performance des sept indicateurs d'accès aux soins sélectionnés, dans sept zones de santé financés sous l'approche FBP ; ensuite, nous avons analysé l'influence de cette approche sur les coûts directs de soins de santé et enfin, nous avons proposé des stratégies d'amélioration et de pérennisations des résultats acquis.

Dans cette perspective, les données secondaires sur la performance d'indicateurs d'accès aux soins issues du logiciel DHSI2 et celles portant sur les coûts directs de soins tirées de la base de données AAP, dans le Tableau de bord des données financières rapportées dans le DHIS2. Sous la démarche d'analyse avant, pendant et après projet, les techniques d'observation, de documentation, d'entretien semi-directif ont conduit à enrichir les données quantitatives et l'analyse du suivi-évaluation de projets au sein de l'AAP.

Les résultats de cette étude ont révélé une amélioration de la performance de tous les indicateurs d'accès aux soins ciblés de 2015 à 2020 car leurs écarts sont positifs : l'accouchement assisté par un personnel qualifié : 64% ; la couverture en VAT2+ chez la femme enceinte : 63 % ; la couverture en CPN4 » : 30% ; la couverture en CPN1 : 15% ; la consultation externe : 15% ; la couverture d'enfants complètement vaccinés 13% ; les nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes 6%.

Toutefois, signalons une régression généralisée en 2019 qui a été relevé par le prolongement du projet et le plan de sortie. Aussi, les zones de santé de Kimbi Lulenge, Lulingu, Minova et Shabunda ont baissé leur performance en consultations externes, en 2020 par rapport à 2015, pour une moyenne de 10%. Notons que Kimbi Lulenge présente la performance la plus faible pour cet indicateur (47%) et a encore réduit 12 % en CPN1.

En 2020, le niveau général de performance est bon pour la majorité d'indicateurs car il dépasse l'objectif provincial spécifique. Seul, « les nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes » présentent une très faible performance de 15% et n'a pas atteint l'objectif provincial.

De 2017 à 2020, les coûts directs de soins ont atteint en moyenne 42.5% dans les zones de santé sous FBP et 78% dans les zones hors FBP soit un écart de 35.5%.

De ce qui précède, nous estimons que ces résultats seront améliorés et pérennisés par la systématisation du FBP comme mode de financement sur toute l'étendue nationale et par conséquent une gestion axée sur le résultat s'en suit ; le renforcement du système de suivi-évaluation de projet et la relève gouvernementale du financement de la santé.

En somme, notre première hypothèse a été confirmée avec une petite nuance, la deuxième a été confirmée et la troisième a été enrichie.

Enfin, il importe d'ouvrir quelques pistes de recherche future sur base des limites que présentent le présent travail.

### **Limite de la recherche et perspectives d'études prochaines**

Il sied de rappeler ici que le Projet VSBG concernait tous les pays des grands lacs et était axé sur trois composantes. La deuxième composante a été réalisée par l'Agence d'Achat de Performance au Sud-Kivu. Ainsi, seule la province du Sud-Kivu a fait l'objet de cette étude. Dans le cadre du projet VSBG au Sud-Kivu comme prévu par l'approche de financement basé sur la performance, les indicateurs quantité et qualité ont été ciblés et subventionnés. Cependant, dans le cadre de ce travail, ne sont évalués que les indicateurs quantité du fait de l'indisponibilité des données sur les indicateurs qualité avant et après le projet. De ce fait, n'ont fait objet de cette étude que quelques indicateurs quantité, vue la contrainte du temps de recherche associé au stage pour une durée de 6 mois. En vue de la triangulation des données, il serait mieux d'enquêter sur les perceptions du FBP par les acteurs du système de santé, en particulier les chefs de zones de santé, les IT de centres de santé, et par les bénéficiaires.

Ainsi, toutes ces limites constituent une brèche aux autres travaux pour une étude plus complète. Il serait aussi utile pour des chercheurs futurs, d'évaluer le niveau de performance de la mise en œuvre du FBP par les EUP en RDC.

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES

Bèla Fritsche G. et al., *boite à outils : financement basé sur la performance*, 2014, 347p.

Gertler, Paul J., et al., *L'évaluation d'impact en pratique*, 2011, 256p. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8752-8>.

Navarro, L., et Tomas L., *financement de la santé*, CABRI, 2012, 62p.

Sekaganda E. et al., *Santé et performance au Rwanda, Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche PBF*, 2010, 108p

## ARTICLES

De Walque, D. B., et al., *looking into the performance-based financing black box: evidence from an impact evaluation in the health sector in Cameroon (No. 8162)*. The World Bank, 2017, 82p

Basinga, P., et al. *effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation*. The Lancet, 377(9775),2011, 1421-1428p.

DIALLO S. et al., *Une forte prise de décision politique est nécessaire pour un Financement Basé sur les Résultats (FBR) efficace et durable au Burkina Faso*, Version 23 Mai 2016, 4p

Élisabeth P. et al., *la couverture santé universelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : analyses économiques*, *De Boeck Supérieur* | « Reflets et perspectives de la vie économique », 2016/1 Tome LV | pages 57 à 71

GIRAULT A. et al., *Entre dynamique d'amélioration de la qualité des soins et conformisme administratif : comportements des établissements de santé français face au paiement à la performance (P4P)*, *HEALTHCARE POLICY* Vol.14 No.3, 2019, 78-92p.

Grandjean Ph., *chapitre 1 la performance, contenus et formes*, in Béatrice Fermon et al., *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod | « Guides Santé Social », 2015 | pages 9 à 30.

Grimaldi A. , *Faut-il financer la qualité des soins et adopter le « pay for performance » (P4P) des anglo-saxons ?*, Université Paris 6, 2018

HASSANI. K. & EL MOUSSALI N. (2020), *les modèles d'évaluation des performances d'un système de santé : application au cas Marocain* », *Revue Internationale des Sciences de Gestion*

Jabot, F. et al. « *L'évaluation, une voie pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique ?* » *Sante Publique* S1 (HS), 2014, 21-34p.

MUSHAGALUSA P. et al., *Le Financement basé sur la Performance dans le Secteur de l'Éducation : Expérience pilote de Shabunda Sud Kivu en RDC, 2012, 17p* disponible sur <http://www.hha-online.org/hso/financing/pillar/documentation>.

NDAO A. *analyse des dimensions et critères de performance d'une structure de santé : le cas de l'hôpital pikine*, Revue Africaine de Gestion (RAG) – Volume 2, Numéro 1, Janvier 2019, 22p.

Salami L. et al, *capacité de réponse du système de santé aux attentes des populations dans les zones exposées au financement basé sur les résultats au Bénin en 2015, 2017/3 Vol. 29 | pages 393 à 404*, disponible sur <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-3-page-393.htm> consulté le 27 mai 2021

### **THESES ET MEMOIRES**

BAMOGO P.B., *contribution du financement basé sur les résultats pour l'amélioration des performances des services de santé. Cas du district sanitaire de Léo dans la province de la sissily au Burkina Faso, 2012, 32p.*

BAPOLISI ANSIMA W., *déterminants de l'utilisation des structures des soins et appréciation par rapport aux services offerts dans les centres de santé : étude comparative entre la zone rurale de Walungu et celle de Katana au Sud-Kivu, 2016, 36p* Consulté le 9 mai 2021.

BYAMUNGU MUGALHYA J., *capitalisation des acquis du financement basé sur la performance dans le secteur de santé au Sud-Kivu (cas des zones de : Katana, Idjwi et Miti Murhesa)*, Ecole Régionale de santé Publique, Mémoire de master, UCB, 2016-2018, 102 pages.

DIOUF S., *étude sur les impacts du Financement Basé sur les Résultats dans la région de Kaffrine au Sénégal*, santé internationale, Université Senghor à Alexandrie, 2017, 38p.

MAYAKA MANITU S., *le financement basé sur la performance dans un système de santé complexe : cas de la République Démocratique du Congo*, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de la Santé Publique, UCL, septembre 2015.

MOTEMA DEMBA P., *évaluation de l'effet du Financement Basé sur la Performance sur l'amélioration de la qualité de soins et services de santé : Cas de la zone de santé de Nioki en République démocratique du Congo, 15 mois d'observation entre 2017 et 2018*, Santé Publique Internationale, Université Senghor à Alexandrie, mémoire de master 2019, 81p.

MOUKOKO MBOUNGOU R. C. J., *contribution du financement basé sur la performance à la gouvernance des formations sanitaires en République du Congo*, mémoire de master, Gouvernance et Management Public, Université Senghor, 2019, 58p

Tchouaket Nguemeleu É., *influence du financement sur la performance des systèmes de soins*, Université de Montréal, santé publique, option organisation des soins, 2021, 270p.

### **RAPPORTS, PLANS ET PROGRAMMES**

« PNDS-2019-2022\_GOUVERNANCE.pdf ». 2018 Consulté le 4 mai 2021. [https://santenews.info/wp-content/uploads/2020/04/PNDS-2019-2022\\_GOUVERNANCE.pdf](https://santenews.info/wp-content/uploads/2020/04/PNDS-2019-2022_GOUVERNANCE.pdf).

« UNDP handbook on DME for Development French.pdf ». 2009, 232p Consulté le 8 juin 2021.

AAP, *Manuel de Procédures Administratives et Financières de AAP*, 2017, 75p

AAP, *rapport final projet VSBG juillet 2016-décembre 2019*, version décembre 2019

AAP, *rapport trimestriel*, projet VSBG, T1 2019, S-K

AAP/PDSS, *rapport annuel d'activités*, 2019, 63p.

Banque Mondiale, *évaluation d'impact du financement base sur la performance en République du Congo*, rapport de l'enquête de base, Septembre 2016

BASLÉ M. et al, *Dispositifs d'évaluation des politiques publiques et des programmes : connaissances de base, choix des méthodes, sociogramme des acteurs et études de cas*, Université de Rennes 1 Centre de Recherche en Économie et Management (UMR CNRS 6211), 2018, 68p.

CRED et ADE, *Evaluation ex post de l'impact du projet en faveur de la petite et Moyenne hydraulique (PMH) au Maroc*, rapport final, 2013, 102p

*Etat de la santé dans la région africaine de l'OMS, Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*, 2018.

Groupe de la Banque Mondiale, *obtenir des résultats pour la santé des femmes et des enfant*, rapport intermédiaire, septembre 2015

Manuel opérationnel du FBP – RDC (version Décembre 2018)

OMS, 2018 sur <https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/documents/Etat%20de%20la%20sante%20Region%20africaine%20de%20l%20OMS.pdf> consulté le 24 août 2021 à 11h.

Plan d'action opérationnel consolidé de la province du Sud-Kivu, 2020

## LISTE DE FIGURES

Figure n°1 Cycle de financement du PBF.....	10
Figure n°2 : Circuit de collecte des données.....	43

## LISTE DE GRAPHIQUES

Graphique n°1 Evolution de la performance d'indicateurs dans le temps.....	25
Graphique n°2 Evolution de la <b>consultation</b> externe par zone.....	28
Graphique n°3 Evolution des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes.....	29
Graphique n°4 Evolution de la couverture en accouchement assisté.....	30
Graphique n°5 Evolution taux de couverture en CPN1.....	31
Graphique n°6 Evolution de la couverture en CPN4.....	32
Graphique n°7 Evolution en couverture VAT 2+ chez la femme enceinte.....	33
Graphique n°8 Evolution de la couverture Enfants complètement vaccinés.....	34
Graphique n°9 Evolution moyenne des coûts directs de santé par an.....	35
Graphique n°10 Paiement coûts directs par zone de santé 2017-2020.....	36

## LISTE DE TABLEAUX

Tableau n°1 Synthèse des formations sanitaires couvertes par le projet.....	23
Tableau n°2 Variation d'indicateurs de 2015 à 2020.....	24
Tableau n°3 Situation d'indicateurs en 2020.....	27
Tableau n°4 Matrice de suivi-évaluation de projet proposée à l'AAP.....	41

## GLOSSIAIRE

### QUELQUES CONCEPTS CLES DU FBP (Fritsche, 2014)

1. **Autonomie de gestion** : ce principe renforce le pouvoir décisionnel de la structure contractante concernant la planification et la gestion des ressources (humaines, matérielles et financières). Toutefois, le contrôle par le régulateur doit toujours être assuré afin de vérifier le respect des normes établies.

2. **Contractualisation** : est un processus qui engage deux parties prenantes autour d'un certain nombre de résultats préalablement définis. Elle fixe les engagements mutuels entre les parties. Ce processus est matérialisé par la signature d'un contrat de performance qui est négocié, puis signé entre les parties prenantes.

3. **Subsides** : sont des allocations financières qui sont remises aux structures contractées après une vérification de leurs productions (quantité et qualité). Ils sont remis à la structure sanitaire et sont utilisés en association avec les autres ressources au travers le plan de management validé.

4. **Performance** : est une amélioration mesurée des résultats issus de la production quantitative et qualitative d'une prestation donnée (clinique et administrative). Il s'agit d'un terme valise où chaque acteur dépose sa conception d'où sa complexité.

Plusieurs auteurs (Gérard Donnadiou, Jacques Desbiens, Peter Drucker...) présentent la performance en ces termes : « La performance globale d'une organisation, c'est de faire bien, les bonnes choses ». Alors, trois enjeux distincts sont à combiner pour être performant. « La performance, c'est la production d'un volume précis, supposée conforme, dans des contraintes de temps et de ressources ». (Philippe Grandjean, 2015). Il s'agit d'atteindre des objectifs, pas n'importe lesquels, pas n'importe comment.

### **Mesure de la performance**

L'expression de la performance passe par le choix de critères, ensuite ces critères sont mesurés à partir d'indicateurs ciblés. On distingue le critère (l'évolution), l'indicateur (le score) et le résultat de la mesure (60 % par exemple) (Philippe Grandjean, 2015). Mesurer la performance n'est pas aisé car il n'y a pas de consensus sur ce qu'il faut évaluer pour la démontrer. Ainsi, pour évaluer la performance des soins de santé engendrée par le financement basé sur la performance, il sied de faire référence à la quantité et à la qualité des soins, qui sont des variables sur lesquelles est fondé l'objectif général de l'approche.

### **Evaluation de la performance**

Un référentiel de critères constitue la base du jugement d'un évaluateur de la performance : le temps, l'espace, les moyens mis en œuvre et les objectifs de celui qui porte le jugement. La performance peut enfin résulter d'une évaluation. Performance est ici « succès » (Philippe Grandjean, 2015).

Bref, la performance est une notion complexe et souvent relative. Dans le cadre de cette étude, il sera question d'appréhender la performance sous forme quantitative en référence au PBF qui prend de fois

la dénomination du financement basé sur les résultats ou Achat stratégique. Par ailleurs, la population les coûts directs de soins ne pèsent pas lourdement sur eux par rapport à leur pouvoir d'achat (K. HASSANI & N. EL MOUSSALI, 2020).

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

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

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

8. **Le contrat** : est une convention ou accord de volonté ayant pour but d'engendrer une obligation d'une ou de plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres. Il est aussi défini comme étant un engagement volontaire, formel ou informel entre plusieurs parties reconnues par le droit. Dans le FBP, un contrat de performance est généralement signé entre l'Agence d'Achat et la structure qui offre les services.

9. **La séparation des fonctions** : est un mécanisme par lequel le rôle de chaque acteur dans le système est défini indépendamment de celui de l'autre en dégagant clairement les limites de chaque partie. Cela implique que chaque structure qui commet une erreur ou une faute n'a ni la possibilité d'en dissimuler ni la possibilité d'en retarder la découverte. La séparation des fonctions n'exclue pas la collaboration entre acteurs.

10. **Le plan de management** : est un document élaboré trimestriellement ou semestriellement (durant la phase de croisière) par la structure sanitaire dans lequel elle identifie et analyse les problèmes prioritaires, propose des stratégies réalistes ainsi que les ressources pour atteindre les objectifs. Il fait l'objet d'une validation par l'organe hiérarchiquement supérieur. La qualité des soins : est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande

satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (Définition de l'OMS).

11. **La motivation** : un comportement qui pousse une personne à agir pour atteindre un objectif ou un résultat. Elle peut être intrinsèque et ou extrinsèque.

## 12. **Suivi-évaluation d'un projet**

Le suivi et l'évaluation constitue un dispositif de décision pour un projet. Faisant partie du cycle de vie d'un projet, le S&E, il doit être planifié lors de la conception de projet pour assurer des résultats axés sur la performance et constituer une base de données complète fondées sur des indicateurs prédéterminés.

### **LE SUIVI**

Le suivi est un processus continu de collecte et d'analyse de données qui permet de : (i) voir dans quelles mesures la réalisation d'activités est conforme à la planification initiale ; (ii) détecter les écarts entre les réalisations et les prévisions ; (iii) analyser les raisons justifiant ces écarts ; et (iv) opérer les ajustements nécessaires (RDC, PNSD 2019-2023).

Le suivi est une démarche continue de surveillance de la mise en œuvre d'un programme ou d'un projet et qui permet de capitaliser les données collectées par des mesures correctrices afin d'améliorer l'exécution du programme, sa gestion et les décisions quotidiennes à son sujet (Gertler et al. 2011).

### **EVALUATION**

« L'évaluation est une appréciation périodique et objective de projets, programmes ou politiques prévus, en cours de réalisation ou achevés. Les évaluations permettent de répondre à des questions précises liées à la conception, la mise en œuvre ou les résultats des programmes. Contrairement au suivi, qui est continu, les évaluations sont périodiques et effectuées à un moment donné, généralement par des spécialistes extérieurs au programme. La conception, la méthodologie et le coût des évaluations varient fortement en fonction du type de question à laquelle elles répondent »(Gertler et al. 2011).

« Il s'agit d'une appréciation rigoureuse et indépendante des activités réalisées ou en cours visant à déterminer leur niveau de réalisation des objectifs fixés et de contribution à la prise de décision. C'est un examen systématique et objectif d'un projet prévu, en cours ou achevé ayant pour but d'apporter un jugement d'ensemble et destiné à améliorer les actions, la planification, et les décisions futures » (RDC, PNSD 2019-2023).

### **EVALUATION D'IMPACT**

Selon l'OCDE, l'impact représente les effets à long terme, positifs ou négatifs, primaires ou secondaires, résultant d'une action de développement ou d'un projet, directement ou non, intentionnellement ou non (CRED, rapport final 2013).

### **13. Coûts directs des soins de sante**

Sont les coûts supportés par le patient sur les soins qu'il a bénéficié de la structure sanitaire.

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Tous les indicateurs quantité PCA et PMA financés par le projet VSBG-SK**

**ACHATS STRATEGIQUES PVSBG 2016-2019**

Total Nouveaux cas référés vus par Médecin
Total Contre référence/retro informations données
Total Cas d'hospitalisation au-delà de 72 heures
Total Chirurgie majeure (Population x 0,5%)
Total Petite chirurgie (Population x 1%)
Total Transfusion de sang - Volontaire
Total Accouchement eutocique référé
Total Césarienne (50% des accouchement dystociques)
Total Accouchement dystocique (Césarienne exclut)
Total VIH/SIDA Dépistage volontaire
Total PTME - Femme informée du résultat du test
Total VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ Mise sous protocole ARV prophylaxie
Total VIH/SIDA prise en charge du nouveau-né d'une Femme VIH+
Total VIH/SIDA nombre de nouveaux cas sous ARV
Total VIH/SIDA nombre des client ARV suivi pendant 6 mois
Total Dépistage des cas TBC - BK positifs
Total Nombre des cas TBC - BK+ traités et guéris
Total PF: nouvelle acceptante & renouvellement (orale & injection)
Total PF; acceptante nouvelles & renouvellement (DIU & Implant)
Total PF: Ligatures et vasectomies
Total Bonus de qualité
<b>TOTAL PCA EXERCICE 2016-2019</b>
Total Consultation externe (nvx cas)
Total Cas référé à l'hôpital (avec contre référence)
Total Enfant complètement vacciné
Total VAT 2+: Femme complètement protégée
Total Consultation prénatale (nouvelle inscrite au 4è mois)
Total Consultation prénatale standard (CPN4)
Total Grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec retro infor
Total Soins post nataux à 6 semaines
Total PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (Oral & inject)
Total PF: Acceptante nouvelles et renouvellement (DIU & Implant)
Total Surveillance de la croissance enfant 6 - 59 mois
Total Visite à domicile (évacuation de déchets, latrines ou toilet)
Total Dépistage volontaire du VIH/SIDA
Total PTM - Femmes informée du resultat du test
Total Femme enceinte VIH + Mise s/protocole ARV Prophylaxie
Total Prise en charge du nouveau-né d'une Femme VIH+
Total dépistage des cas TBC - BK positifs
Total Nombre des cas TBC - BK positifs traités et guéris
Total Bonus qualité
Total Accouchement assistés
<b>TOTAL PMA EXERCICE 2016-2019</b>

**Annexe n°2 : COUTS DIRECTS DE SOINS HORS PROJET VSBG**

**EVOLUTION DES COUTS DIRECTS DES SOINS DANS LES ZONES DE SANTE AU SUD-KIVU**

<b>Zone de Santé</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	2019	2020
Bagira	67.90%	71.70%	76.20%	79.00%
Bunyakiri	74.90%	87.80%	86.10%	82.90%
Haut Plateau	70.80%	82.70%	90.70%	82.50%
Ibanda	79.60%	60.50%	77.00%	78.80%
Idjwi	71.50%	86.80%	83.90%	76.00%
Itombwe	89.20%	91.30%	88.50%	60.10%
Kabare	79.80%	76.90%	91.10%	85.80%
Kadutu	89.40%	90.30%	89.40%	60.30%
Kalehe	84.80%	83.70%	91.60%	86.90%
Kalole	81.10%	94.30%	88.20%	96.80%
Kalonge	77.00%	85.10%	90.80%	86.70%
Kamituga	92.80%	98.50%	95.60%	91.30%
Katana	76.90%	88.90%	80.00%	81.60%
Kaziba	55.80%	65.10%	67.50%	71.20%
Kitutu	94.00%	94.20%	89.80%	93.10%
Minembwe	92.50%	98.30%	90.40%	84.40%
Miti Murhesa	77.30%	79.00%	88.30%	83.30%
Mubumbano	83.30%	78.30%	84.30%	83.10%
Mulungu	61.70%	60.30%	33.20%	74.80%
Mwana	42.20%	52.40%	64.80%	70.80%
Mwenga	87.20%	92.80%	94.90%	91.40%
Nundu	43.80%	48.70%	45.60%	46.30%
Nyangezi	57.70%	60.30%	67.10%	69.30%
Nyantende	76.20%	77.30%	77.30%	78.60%
Ruzizi	78.70%	77.40%	85.90%	82.10%
Uvira	82.00%	78.00%	77.90%	70.90%
Walungu	63.90%	69.50%	74.60%	74.70%
Fizi	33.40%	30.30%	21.80%	19.10%
Kaniola	49.60%	33.40%	39.60%	66.90%
Kimbi Lulenge	39.30%	23.30%	32.80%	39.70%
Lemera	65.60%	34.80%	50.30%	58.30%
Lulingu	31.20%	43.30%	55.70%	72.40%
Minova	50.70%	47.20%	51.40%	58.20%
Shabunda	54.20%	51.00%	54.60%	87.40%