

La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi

Good governance in the Burundi health sector financial reform

Peter Bob Peerenboom¹, Olivier Basenya², Michel Bossuyt³, Juvénal Ndayishimiye³, Léonard Ntakarutimana⁴, Jennie van de Weerd⁵

➔ Résumé

Introduction : au Burundi, la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes a été introduite en 2006. Elle a été couplée à l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) à partir de 2010. Le présent article a pour but d'identifier les éléments dans cette réforme du financement du système de santé qui ont contribué à la bonne gouvernance.

Méthodes : six critères de bonne gouvernance ont été utilisés comme cadre d'analyse. Les rapports officiels et les publications internationales ont servi comme sources d'information.

Résultats : la séparation des fonctions, la transparence dans la gestion et une description minutieuse des procédures administratives ont bien contribué à la bonne gouvernance. Le suivi scrupuleux a permis de prendre plusieurs mesures correctrices.

Discussion : des questions demeurent par rapport à l'intégration des programmes verticaux et la pérennité du système vu les coûts considérables dont le financement n'est pas encore entièrement assuré par l'État et ses partenaires.

Mots-clés : Coûts des soins de santé ; Prestations des soins de santé ; Prise de décision institutionnelle ; Réforme des soins de santé ; Soins gratuits démunis ; Burundi.

➔ Summary

Introduction: Burundi introduced free healthcare for children under five and pregnant women in 2006. In 2010, this was linked to the Performance-Based Financing (PBF) approach. This article is designed to identify factors in these health financing reforms that have contributed to good governance in the health sector.

Methods: Six criteria of good governance were used as an analytical framework. Results were derived from official reports and the international literature.

Results: The main contributions of these reforms to good governance in Burundi were the separation of functions, transparency in management and a meticulous description of administrative procedures. Scrupulous monitoring resulted in several corrective measures.

Discussion: Several unresolved questions remain, concerning the integration of vertical programmes and the sustainability of the system given the considerable costs, since funding is not yet fully ensured by the State and its partners.

Keywords: Health care costs; Delivery of health care; Decision making, organizational; Health care reform; Uncompensated care; Burundi.

¹ Tangram zorgadviseurs – Nonnenmate 24 – 7006 CP – Doetinchem – Pays-Bas.

² MSPLS – Bujumbura – Burundi.

³ Cordaid Burundi – Bujumbura – Burundi.

⁴ INSP – Bujumbura – Burundi.

⁵ Cordaid La Haye – Den Haag – Pays-Bas.

Introduction

En 2003, à la fin d'une décennie de crise socio-politique au Burundi, le système de santé ne répondait plus aux besoins sanitaires de la population. En réponse à ce constat, le gouvernement a introduit une réforme importante de financement du système de santé qui semble être un succès [1]. Cette réforme repose sur deux piliers. Il s'agit d'abord de la gratuité des soins pour des groupes cibles (enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes) à partir de mai 2006 dans tout le pays. Ensuite l'introduction du Financement Basé sur la Performance (FBP) au cours de la même année ; premièrement par des projets pilotes et ensuite par une extension sur le territoire national en 2010. Le FBP est une stratégie basée sur les résultats (output, performance) et matérialisée par une relation contractuelle. Il est différent du financement classique de type input dans lequel les formations sanitaires reçoivent les intrants sans obligation de résultats [2].

Les deux approches se distinguent par leur mécanisme d'action ; (i) la gratuité des soins cherche à améliorer l'accessibilité aux soins des groupes ciblés ; (ii) le FBP cherche à inciter les prestataires à augmenter l'efficacité et l'efficacité dans l'organisation des soins ainsi que la qualité des prestations [3, 4]. Les deux approches sont complémentaires et ont toutes les deux besoin d'un système rigoureux de suivi et d'évaluation. Le FBP repose également sur les principes de la séparation des fonctions, de l'autonomie de gestion et de la participation communautaire [5-7]. Tous ces mécanismes et principes s'inscrivent dans une certaine mesure dans le cadre conceptuel de la bonne gouvernance [8].

La question de la bonne gouvernance dans le secteur de la santé est particulièrement intéressante, étant donné que le Burundi est classé parmi les pays les plus corrompus au monde, occupant le 165^e rang sur 176 [9]. L'État de droit et de bonne gouvernance constitue le premier axe du cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté – deuxième génération [10]. La bonne gouvernance est un élément important pour promouvoir l'efficacité des services de santé [11, 12].

La présente évaluation a pour but de déceler les éléments dans la réforme du financement du système de santé qui ont contribué à la bonne gouvernance dans la mise en œuvre du FBP/gratuité des soins. Plus précisément, il s'agit de déterminer les forces et les faiblesses, les opportunités et les menaces de cette réforme, ainsi que les leçons à en tirer pour renforcer davantage le système.

Contexte

Le Burundi est un pays d'une superficie de 27 834 km² avec une population totale d'environ 8,8 millions habitants. Le PIB par habitant est de \$199 par an [13]. Les indicateurs de santé maternelle et infantile sont « dans le rouge ». En effet, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 500 pour 100 000 naissances vivantes tandis que le taux de mortalité des moins de 5 ans est à 96 pour 1 000 naissances vivantes [13]. Une enquête menée par Médecins Sans Frontières en 2003 a montré que 17,4 % de la population burundaise n'avait pas accès aux soins de santé, principalement pour des raisons financières [14]. Face à cette situation, le Gouvernement a décidé d'instaurer, à partir du 1^{er} mai 2006, la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les accouchements et les césariennes. En mars 2010, ce paquet de soins gratuits a été étendu aux pathologies liées à la grossesse.

Au début, la gratuité des soins était basée sur un système de remboursement des prestations à l'acte. À la fin de chaque mois, les formations sanitaires (FOSA) devaient produire les factures de toutes leurs prestations et les acheminer au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS). Ceci constituait une charge administrative importante pouvant aller à près de 2 500 pages de fiches à remplir par formation sanitaire et par mois. De plus, aucun système de vérification n'était en place et le remboursement se réalisait avec un retard important [15].

C'est en 2006 également que les premières expériences pilotes de FBP ont été mises en œuvre dans trois provinces. La même année, la politique nationale de contractualisation a été adoptée pour servir de cadre de référence aux différents arrangements contractuels [16]. À partir de 2008, il y a eu une extension du FBP dans neuf autres provinces sur les 17 que compte le pays. Au vu des résultats positifs, le MSPLS a décidé de généraliser l'approche à l'échelle nationale à partir du 1^{er} avril 2010. En 2012, le FBP concernait au total 797 formations sanitaires (FOSA) dont environ 80 % publiques ; le reste étant des structures confessionnelles et privées.

La structuration du programme FBP a été bien décrite [2]. Elle suit en grande ligne la hiérarchie du MSPLS. Au niveau national, il s'agit du Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) ; de la Cellule Technique Nationale permanente du FBP (CT-FBP) et de la Cellule Technique Nationale Élargie. Au niveau provincial, le Comité Provincial en charge de la Vérification et de la Validation (CPVV) comprend un représentant de

l'administration territoriale, des représentants du Bureau Provincial de la Santé (BPS) et des Bureaux des Districts Sanitaires (BDS), des représentants des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et des représentants de la société civile. Le BPS assume la fonction de régulation au niveau décentralisé. Il assure également le secrétariat du CPVV.

Le modèle de contractualisation choisi est classique [4]. Au niveau de chaque District Sanitaire, les Centres de Santé (CdS) et l'Hôpital de District (HD) signent des contrats avec le CPVV. Le CPVV contracte un Paquet Minimum d'Activités (PMA : 22 indicateurs) au niveau des CdS et un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA : 24 indicateurs) au niveau de l'HD [2]. Un deuxième rôle du CPVV consiste à vérifier la quantité des prestations déclarées par les FOSA. Le montant à payer est proportionnel à la quantité des prestations fournies et est majoré par une prime de qualité et un bonus d'équité selon le cas.

La sous-unité vérification du CPVV examine mensuellement les registres des FOSA pour établir leurs prestations quantitatives sur chaque indicateur contracté. Le CPVV contracte avec des associations locales dont la tâche est de valider semestriellement, par des enquêtes communautaires, les données des registres sur base d'un échantillon aléatoire stratifié tiré dans la liste des noms des patients enregistrés. En complément, une organisation externe est contractée par le MSPLS pour exécuter trimestriellement une contre-vérification sur base d'un échantillon de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBP.

Le score de qualité est composé d'un score de qualité technique (pondération 60 %) et de qualité perçue (40 %). L'évaluation de la qualité technique des CdS s'effectue trimestriellement par l'équipe cadre du BPS, en collaboration avec l'équipe cadre du DS concerné. Celle des hôpitaux se fait par les pairs des autres provinces. L'évaluation communautaire conduit à un « score de qualité perçue » qui est déterminé sur base des résultats du dépouillement des enquêtes communautaires par rapport aux sujets tels que la durée d'attente, la disponibilité des médicaments et la satisfaction du patient par rapport aux soins reçus. L'évaluation de la qualité des prestations donne droit à un bonus de qualité si le score global est supérieur ou égal à 70 %. Depuis 2011, un malus est également appliqué à toute FOSA ayant obtenu un score de qualité global inférieur à 50 %.

Le « bonus d'équité » est une prime additionnelle variant de 0 à 40 % des subsides de base, accordée aux FOSA qui doivent faire face à d'importants problèmes qui pèsent sur leur performance (enclavement, pauvreté) et qu'elles ne peuvent pas résoudre elles-mêmes. À l'échelle nationale,

il est également prévu d'introduire un mécanisme d'équité intra provincial mais il n'est pas encore opérationnel.

Pour remédier aux difficultés liées à la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins, le MSPLS et les PTF ont retenu l'idée de fusionner les deux stratégies. Avec la mise à l'échelle nationale du FBP en 2010, les soins gratuits sont remboursés à travers le mécanisme de contrôle et de paiement du FBP. Le financement des prestations et le paiement des FOSA sont assurés par le Ministère des Finances et plusieurs PTF. Dans chaque province, une ONG a été mandatée par contrat pour donner un appui technique auprès des acteurs-clés et plus particulièrement aux CPVV et BPS qui sont responsables du suivi de la mise en œuvre des deux approches.

Méthodologie

Cadre analytique de l'évaluation

Pour opérationnaliser le concept de la bonne gouvernance, nous avons utilisé le modèle développé en République centrafricaine [8]. Ce modèle a été une modification du modèle de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Européen [17]. Il rassemble six principes : (i) l'efficacité et l'efficace, (ii) l'obligation de rendre compte, (iii) la transparence, (iv) la réactivité, (v) la prospective et (vi) la primauté du droit. Dans le domaine de la santé, la bonne gouvernance allie certains principes complémentaires liant l'État, les prestataires et les citoyens, tels que la participation, l'équité et l'inclusion, la disponibilité de données exploitables et l'éthique [18, 19]. Le FBP s'inscrit logiquement dans ce cadre illustré dans la figure 1, avec le CPVV placé au centre du triangle, comme quatrième acteur indépendant [20, 4]. Toutefois, l'approche FBP doit être orientée par l'État dans son rôle de régulateur du système de santé. Le CPVV assume la fonction d'achat et il est responsable pour la contractualisation, la vérification et la validation des prestations de soins ; il doit rendre compte de son travail auprès du MSPLS et des patients.

Nous analysons dans quelle mesure l'approche mixte gratuité des soins / FBP a contribué à respecter les principes de la bonne gouvernance pour chacun des six principaux éléments énoncés par l'OCDE [17].

L'efficace concerne l'utilisation optimale des intrants pour la production de prestations. Dans le cadre de cette étude, nous nous limitons à l'efficace de l'approche combinée en considérant les coûts de transaction.

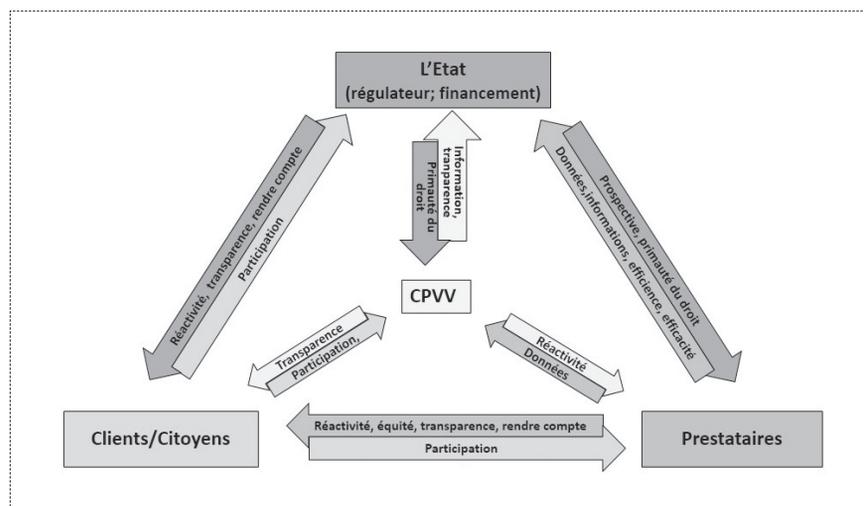


Figure 1 : Bonne gouvernance dans la santé

L'efficacité fait référence au niveau d'atteinte des objectifs sanitaires du système, tels que l'accès aux soins, l'équité et la qualité des soins [21]. Dans cet article, nous mesurons l'efficacité par l'évolution (i) de l'utilisation des six services clés ; (ii) des scores de qualité. Par rapport à l'équité, nous analysons les sources de financement des CdS et HD et les mécanismes d'équité instaurés dans le programme FBP.

L'obligation de rendre compte de son action concerne tous les acteurs du triangle responsables de la réalisation des objectifs sanitaires. Elle est mesurée par la mise en place de différentes modalités et mécanismes de rendre compte.

La transparence de l'action et du processus décisionnel sous-entend un échange ouvert et régulier d'informations entre les parties prenantes. Elle est exprimée par les mécanismes de participation communautaire dans l'élaboration des plans d'action et dans le processus décisionnel au niveau national.

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

La prospective signifie la capacité de prévoir pour le futur. Dans le domaine de la santé, celle-ci se matérialise par des plans opérationnels et pluriannuels pour la réalisation des objectifs sanitaires à court, moyen et long terme, s'appuyant sur une base des données financières et sanitaires fiables.

La primauté du droit : il ne peut exister de bonne gouvernance sans cadre juridique juste et appliqué en toute impartialité.

Collecte de données et résultats

L'analyse s'appuie principalement sur la littérature internationale et des rapports dont une partie n'est pas publiée officiellement. Le MSPLS publie chaque année un rapport

annuel de mise en œuvre du FBP [22, 23], qui par ailleurs a fait l'objet de revues externes en 2010 et 2012 [24, 25]. La base de données FBP informatisée (<http://www.fbpsanteburundi.bi/>) a servi de source pour la plupart de statistiques quantitatives. Les sources écrites sont complétées par les expériences personnelles des auteurs qui ont tous été impliqués à la mise en œuvre du programme FBP au Burundi. Nous avons utilisé la méthode Delphi [26] pour laquelle l'auteur principal a joué le rôle de facilitateur. Elle se compose d'une série d'interrogations répétées avec l'objectif de chercher consensus parmi les auteurs sur la contribution des différents éléments de la réforme à la promotion de la bonne gouvernance.

Résultats

Les résultats décrits suivent les six éléments de la bonne gouvernance.

L'efficience

En 2011, le montant utilisé pour l'approche combinée gratuité des soins/FBP y compris les coûts opérationnels s'est élevé à 3,02 \$/an par habitant¹. La base de données a permis d'analyser en détail l'utilisation du budget, dont 58 % pour la gratuité, 42 % pour la non-gratuité, et les dépenses par type de service (figure 2) [22]. Quatre-vingt-

¹ En 2011, taux de change : 1 \$ US = 1 250 Fbu.

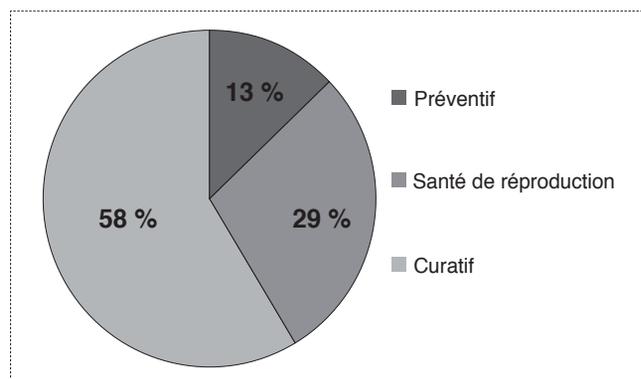


Figure 2 : Dépenses par type de service PMA/PCA.
Source : MSPLS, rapport annuel FBP année 2011

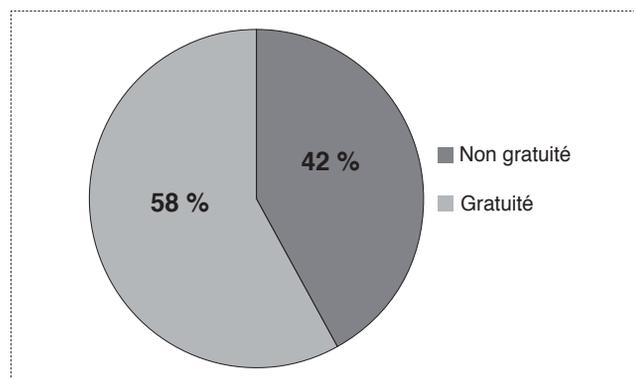


Figure 3 : Dépenses sur les indicateurs gratuité et non-gratuité année 2011.
Source : MSPLS, rapport annuel FBP année 2011

Tableau I : Évolution de quelques indicateurs en % du groupe cible
(MSPLS 2006 ; Burundi 2008 ; Burundi 2012 EDS ; MSPLS banque de données FBP)

Indicateur	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Utilisation des CdS pour les moins de 5 ans (NC/hab)	ND	ND	ND	204	205	216
Utilisation des CdS pour les 5 ans et plus (NC/hab)	ND	ND	ND	88	82	86
Utilisation totale des FOSA NC/hab. tous âges confondus	65	63	69	129	125	132
Utilisation CPN (1 ^{re} consultation)	92			86	93	89
Pourcentage des accouchements assistés dans les FOSA	34	52	54	57	67	67
Pourcentage des femmes qui utilisent les méthodes contraceptives modernes	8			37	42	43
Pourcentage des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	45	91	83	90	97	100
Pourcentage des femmes HIV+ bénéficiaires de PTME		9	14	24	25	27

cinq virgule huit pour cent (85,8 %) de cet argent a été injecté directement au niveau des FOSA tandis que les coûts opérationnels ont été évalués à 14,2 % [24]. De ce pourcentage, 3 % étaient destinés aux organes de régulation, 4 % au fonctionnement des CPVV, 1 % à la contre-vérification et 6 % aux autres coûts (accompagnement, location des bureaux, renforcement des capacités). Une des raisons pouvant expliquer ce pourcentage de coûts de transaction relativement bas est l'association du FBP à la gratuité des soins ; cette dernière prend plus de 50 % des dépenses tandis qu'elle utilise le même système administratif avec peu de coûts additionnels. Il est à noter que 52 % des fonds du FBP en 2011 ont été payés par le Gouvernement [25]. La vérification quantitative des résultats déclarés par des enquêtes communautaires contribue bien à la bonne gouvernance.

L'efficacité

L'utilisation des services de santé est en constante amélioration depuis 2005 : de 0,65 nouveau contact par habitant et par an en 2005 à un niveau de 1,32 NC/Hab/an en 2012 ; la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passée de 34 % en 2005 à 67 % en 2012 ; et celle des enfants complètement vaccinés de 45 % en 2005 à 100 % en 2012.

Il existe également une évolution positive des indicateurs d'impact tels que le taux de mortalité infantile qui a sensiblement diminué, passant d'un taux de 151 pour 1 000 naissances vivantes durant la période 1996-2000 à 59 pour 1 000 naissances vivantes durant la période 2006-2010 ; et le taux de mortalité d'enfants de moins de 5 ans qui est passé de 204 pour 1 000 à 96 pour 1 000 durant la même période [13].

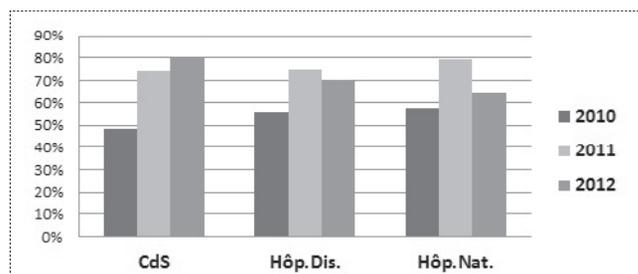


Figure 4 : Évolution de la qualité des prestations entre 2010 et 2012 selon le paquet de service.

Source : MSPLS, banque de données FBP

Cependant, il existe également des faiblesses. L'introduction abrupte en 2006 de la politique de gratuité a occasionné une forte augmentation de la fréquentation jusqu'à un taux de plus de 6 NC/an pour les enfants de < 5 ans. Ce taux élevé a mis plusieurs FOSA en difficulté ; quelquefois la qualité des soins en a souffert [27]. On peut se poser la question de savoir si le taux actuel de 4,15 NC/an est convenable. Il n'existe pas de normes pour la fréquentation pour cette tranche d'âges en Afrique.

Le taux global de la Consultation Prénatale (CPN) est très appréciable à 92,5 % (2012). Les détails montrent cependant qu'il n'y a que 33 % de femmes enceintes qui atteignent la CPN 4 ou plus, et qu'il n'y a que 21 % des femmes qui font leur première consultation avant le 4^e mois de grossesse [23].

Le programme FBP a introduit une évaluation périodique de la qualité des services. Les seuls chiffres disponibles au niveau national datent de 2010-2012. Le score global de la qualité s'améliore progressivement dans les CdS (figure 4). Pour les hôpitaux, les résultats sont mitigés. En 2011 le score moyen était élevé. Ensuite, le MSPLS a changé la grille de qualité et la composition de l'équipe des pairs qui établissait les scores, en créant des équipes interprovinciales. Avec l'introduction du contrôle du dossier du malade, dont beaucoup d'hôpitaux ne disposaient pas, le score moyen a diminué [23].

L'obligation de rendre compte

Le principe de la séparation des fonctions est un élément de promotion de la culture de rendre compte. En général, il s'agit de la séparation des fonctions de la prestation des soins, de la régulation, de l'utilisation des soins et de l'achat des prestations de soins (tiers payant). Le FBP au Burundi a tenu compte de ce principe dans une certaine mesure. Le

MSPLS joue au même moment le rôle de régulateur (niveau national, BPS, BDS) et de prestataire (FOSA publiques). Ensuite ce même ministère nomme les membres du CPVV, organe chargé de l'achat. C'est-à-dire que la séparation des fonctions n'est que relative, ce qui peut engendrer des conflits d'intérêts [28, 29]. Raison pour laquelle le programme a introduit un système de contre-vérification externe par un organisme indépendant.

Les FOSA confessionnelles étaient très réticentes de s'intégrer dans le programme de la gratuité des soins. La peur de perdre leur autonomie, la lourdeur administrative et le retard du remboursement des frais (délai de plus de 4 mois) étaient des facteurs négatifs [observations personnelles JN]. La fusion avec le FBP a inversé la situation. Les procédures administratives ont été simplifiées et le paiement est régulier, en moyenne dans les 45 jours après la période concernée [2, 23]. Les FOSA confessionnelles participent actuellement à 100 % dans le système. Leur implication permet aux BPS et BDS de mieux superviser et encadrer le secteur en totalité.

L'introduction du programme FBP a incité une culture de planification et de compte-rendu périodique à chaque niveau. Plusieurs mécanismes ont été introduits ou renforcés : des réunions de travail périodiques, des supervisions conjointes, une vérification systématique des statistiques sanitaires, des mécanismes de contrôle de la qualité des services, une restitution des résultats de vérification, une implication du Comité de Santé (CoSa) dans l'élaboration des plans d'action par les FOSA et des ateliers trimestriels de restitution des résultats dans chaque province. Cependant, le fonctionnement de ces CoSa laisse à désirer suite à une asymétrie d'information ; et souvent les membres sont trop peu formés pour bien assumer leur rôle dans le programme FBP [30].

La transparence

Avec le FBP, un effort a été fait pour stimuler la transparence par la promotion de la participation active des différents acteurs. Au niveau des FOSA, la gestion des fonds se réalise par un compte bancaire dont le président du CoSa est cosignataire. L'utilisation des fonds doit se réaliser selon une planification à laquelle le CoSa participe ainsi qu'à son évaluation. L'utilisation de l'outil d'indice est fortement promue. Il s'agit d'un outil de planification financière qui améliore la transparence dans la gestion des FOSA. Il permet de calculer objectivement la hauteur des primes dues au personnel [4]. Les vérificateurs du CPVV sont tenus de s'assurer que chaque FOSA a élaboré le rapport SNIS du

mois vérifié. La complétude des données SNIS a augmenté ces trois dernières années, passant de 83 % en 2009 à 98 % en 2012 au niveau des CdS et de 75 % en 2009 à 82 % en 2012 au niveau des HD [23].

Le MSPLS a mis sur pied une base de données, accessible à travers l'internet (<http://www.fbpsanteburundi.bi/bddfbp>). Cette base de données offre une plateforme d'échanges d'informations. Un rapport du programme est publié annuellement et un bulletin trimestriel est publié depuis avril 2012 (<http://www.fbpsanteburundi.bi/>). Une évaluation externe est organisée tous les deux ans, avec une forte implication des PTF, pendant laquelle les problèmes rencontrés sont ouvertement discutés.

La réactivité

Est-ce que le FBP répond bien aux attentes de la population et s'adapte-t-il aux besoins ? Plusieurs mécanismes ont été instaurés pouvant contribuer à répondre positivement à cette question :

- la vérification communautaire avec le score de qualité perçue, se conjugue avec le principe de la réactivité. Les résultats des enquêtes communautaires sont communiqués aux FOSA dans des réunions semestrielles. C'est donc un outil visant à inciter les prestataires à y répondre ;
- l'instauration d'un bonus d'équité attribué aux Provinces faisant face à d'importantes contraintes qui pèsent sur leurs performances ;
- les évaluations externes sont réalisées tous les deux ans, les recommandations formulées sont discutées et le programme est adapté si nécessaire. Par exemple, au cours de l'année 2011, il a été constaté que certains indicateurs liés à la prise en charge du VIH/Sida étaient doublement financés [25].
- il existe plusieurs mécanismes de suivi-évaluation internes avec adaptation continue du programme aux réalités du terrain ; comme par exemple la révision du manuel de procédures FBP, la révision des indicateurs de qualité, la révision des tarifs unitaires des indicateurs quantitatifs et la composition du CPVV ;
- l'instauration d'une collaboration étroite entre le MSPLS et les PTF au niveau national et la création d'un partenariat public-privé au niveau des provinces avec l'implication des ONG internationales et des PTF. Cette collaboration permet au MSPLS d'adapter le programme selon les besoins ressentis sur le terrain, tout en gardant le souci de l'harmonisation nationale.

Dans le temps, l'introduction de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans a été un signe de réactivité du gouvernement par rapport à un besoin réel de la population. Cependant, l'introduction de cette approche d'une façon subite a créé une surcharge administrative des FOSA et une augmentation rapide du nombre de patients qui risquait de diminuer la qualité des soins [15, 27]. Heureusement, ces problèmes ont été relevés et le MSPLS a réagi en proposant la fusion de ce programme avec l'approche FBP. Ceci a permis d'améliorer sensiblement le processus administratif et le contrôle du programme de gratuité [15].

La prospective

La base de données permet au MSPLS de faire une programmation rationnelle avec une estimation des coûts. L'engagement de l'État a permis de financer plus de 40 % des besoins de cette réforme. Mais le budget estimatif pluriannuel montre un gap de financement (30 % pour la période 2014-2016) qui augmente d'une année à l'autre [29]. Une des difficultés est que les partenaires techniques et financiers ne s'engagent souvent que pour une période relativement restreinte (un ou deux ans).

Au niveau provincial, le CPVV n'est pas encore en mesure d'établir un plan d'action provincial avec des priorités provinciales. Pour le moment, toute la gestion du programme est centralisée, y compris le budget.

Toutes les formations sanitaires contractées élaborent systématiquement des plans d'actions semestriels et annuels avant la signature ou le renouvellement des contrats. Ces plans d'actions incluent le plan d'amélioration de la qualité des services et les stratégies d'amélioration de l'accessibilité aux soins. Les prestataires peuvent, avec une certaine autonomie, identifier les problèmes prioritaires qui se posent dans leurs structures ou qui sont rencontrés par les populations bénéficiaires, les stratégies pour les résoudre, les ressources nécessaires et la contribution de chaque acteur de leur zone de responsabilité.

La primauté du droit

Le système de FBP représente un revenu important pour les FOSA, ce qui peut évidemment être une incitation à la fraude et au détournement de fonds. La primauté du droit est une condition *sine qua non*. Nous jugeons le maintien

de ce principe par la vérification des statistiques déclarées et par la proportion des cas de fraudes ayant été vérifiées et ayant donné suite à des conséquences juridiques, administratives et/ou financières. Plusieurs mesures préventives et correctrices ont été prises pour éviter les cas de fraudes :

- le système de vérification systématique des données. Des pénalités ont été introduites pour les FOSA au moment où une discordance de plus de 5 % est observée entre les données déclarées par la FOSA et les données vérifiées [2] ;
- avec l'introduction de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, le taux de fréquentation est monté en flèche. L'une des hypothèses est que les enfants de 5 ans et plus se seraient fait passer pour des enfants de moins de 5 ans afin de bénéficier de la gratuité des soins. Pour y remédier plusieurs actions ont été entreprises : (1) un contrôle strict de l'éligibilité des bénéficiaires au niveau des FOSA ; (2) la multiplication et la diffusion des textes réglementaires ; (3) les soins dans les HD ne sont remboursés par la Carte d'Assistance Médicale (CAM) qu'au moment où il y a une référence officielle du CdS ;
- lors de la révision du manuel FBP en septembre 2011, il a été décidé que l'évaluation de la qualité des hôpitaux, qui était auparavant faite par les pairs d'une même province, serait réalisée par les pairs d'autres provinces afin d'éviter les conflits d'intérêts. Par ailleurs, ces équipes sont désormais présidées par un facilitateur indépendant ;
- le manuel des procédures FBP prévoit des mesures correctrices telles que le non-paiement d'un indicateur, une lettre de mise en garde et la résiliation du contrat [2]. Il y a eu des constats de fraudes et de détournement de fonds dans un certain nombre de FOSA. Au moment où le CPVV fait des constats, il a la responsabilité de prendre des mesures. Il est encourageant de constater que certains CPVV assument réellement cette responsabilité, mais ce n'est pas encore partout le cas [25] ;
- les CPVV ont également décelé des cas de fraudes au niveau des associations locales [32]. Raison de plus de bien veiller à la séparation des fonctions des différents acteurs ;
- la contre vérification est assurée une fois par trimestre par une entité externe indépendante contractée par le MSPLS. Elle comporte quatre volets principaux : (1) la contre vérification des quantités, (2) la contre vérification des scores de qualité, (3) l'appréciation du respect des procédures et (4) la satisfaction des bénéficiaires de soins au niveau des FOSA.

Discussion

L'implication des auteurs à la mise en œuvre du programme FBP/gratuité au Burundi peut être une source considérable de biais. Ceci compte plus particulièrement pour l'interprétation des données qualitatives. Bien que les auteurs aient essayé d'être ouverts et critiques, la méthodologie utilisée ne peut pas pallier complètement cette forme de biais. Là où c'est possible, les sources de vérification objective ont été référées.

Forces et faiblesses

Le programme FBP/gratuité a été bien structuré avec une description des rôles et tâches de tous les acteurs dans un manuel de procédures adopté au niveau national [2]. La fusion de deux approches à partir de 2010 a permis de simplifier les procédures administratives de la gratuité de soins. La vérification a permis d'augmenter la qualité des soins et de réduire considérablement le risque de fraude, qui est actuellement à moins d'un pour cent de toutes les prestations déclarées [33]. L'introduction du score de satisfaction du client et la participation du Comité de Santé à la gestion du Centre de Santé ont contribué à la réactivité du programme.

La séparation des fonctions est une mesure importante pour trouver un équilibre des pouvoirs (checks and balances) et de promouvoir la bonne gouvernance [20]. Au Burundi, le Ministère joue au même moment la fonction de régulateur du système et par endroit la fonction de prestataire de soins. La fonction d'achat est déléguée au Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV). Les conflits d'intérêts que cela pourrait engendrer sont clairs et réels [28, 29]. Le rôle à jouer par le Bureau de District de Santé (BDS) est bien décrit dans le manuel des procédures FBP [2]. La promotion de la mise en autonomie de gestion des hôpitaux et des Centres de Santé demande la redéfinition du mandat du BDS. Ce dernier doit valider le plan d'action d'une FOSA, mais il n'existe pas d'outil de référence formel pour le faire. En réalité, cela peut occasionner des conflits d'intérêts étant donné que le médecin chef du District de Santé travaille quelquefois dans l'Hôpital de District [29]. Progressivement, au fur et à mesure que le nombre de médecins augmente, les médecins chefs de district ne sont plus directeurs des hôpitaux de district [Remarque OB]. Le processus de décentralisation administrative pourrait contribuer à la séparation des fonctions afin que les FOSA

publiques ne dépendent administrativement plus du MSPLS, mais plutôt des provinces et/ou des communes ; le MSPLS et ses structures déconcentrées que sont les Bureaux Provinciaux et de Districts garderaient leur fonction de régulateur.

Sous mandat du MSPLS, le CPVV assume la fonction d'achat des prestations. Il exécute trois tâches : la contractualisation, la vérification et la validation des données. Son fonctionnement est appuyé par le Bureau Provincial de Santé et des ONG internationales contractées à cet effet. En réalité, la vérification est exécutée par des équipes mixtes dont certains sont des fonctionnaires nommés par le MSPLS, d'autres sont des agents payés par les ONG. Vu les triples casquettes du MSPLS, on peut s'imaginer une situation future dans laquelle on sépare mieux le rôle crucial de la vérification et que les CPVV la sous-traitent avec des ONG locales au lieu de le faire soi-même. Ces dernières deviennent en quelque sorte des bureaux d'audit sanitaire. Un modèle qui n'a pas encore été testé ailleurs en Afrique. L'autre alternative serait d'institutionnaliser les CPVV avec un statut juridique propre, un modèle qui est en train d'être introduit au Cameroun [34].

Les coûts de transaction de 14,2 % du programme FBP/gratuité sont bien inférieurs à ceux du Rwanda, où le FBP est également mis à l'échelle nationale et dont 25 % des dépenses du FBP servent à maintenir le système [35]. Le pourcentage au Burundi pourrait encore diminuer par l'intégration d'autres programmes (assurance maladie, programmes verticaux) ; le budget d'achat augmentera sans toutefois devoir augmenter les dépenses de fonctionnement d'une façon proportionnelle. Ensuite, le temps joue également un rôle, car les acteurs sont de plus en plus habitués et l'appui technique de l'extérieur peut diminuer progressivement.

Le programme FBP/gratuité au Burundi est une réforme majeure du système sanitaire avec des accents particuliers mis sur l'accessibilité aux soins pour des groupes vulnérables et sur la qualité des soins [2]. L'incitation individuelle à la performance en fait partie, mais la hauteur de la prime est bien limitée. En réalité, le salaire de base est majoré d'une prime de performance d'environ 30 à 35 % pour les infirmiers et 15 % pour les médecins [23]. Bien qu'il n'y ait pas eu de recherche scientifique pouvant l'attester, nous avons l'impression que le succès de l'approche FBP est beaucoup plus le fait d'une augmentation de la motivation intrinsèque du personnel de santé que par la motivation extrinsèque par la prime à la fin du mois. La confiance donnée aux acteurs de terrain valorise leurs compétences. La mobilisation des fonds et la mise en autonomie de gestion permettent aux FOSA d'améliorer les

conditions de travail, dont l'augmentation du score de qualité et la disponibilité des médicaments en sont les signes [36].

La méthodologie de promotion de la qualité des soins dans l'approche FBP a bien ses limites. On n'utilise que des instruments simples, ce qui est un avantage pour pouvoir démarrer et étendre le programme rapidement. Mais à mi-terme, il faut introduire d'autres mécanismes pour promouvoir la qualité des soins. D'ailleurs, les questionnaires pour mesurer la satisfaction du client sont peu discriminatoires. La grande majorité des FOSA recueille toujours un score de plus de 95 % sur la question si le client a été satisfait [observations personnelles].

Menaces et opportunités

Les statistiques sanitaires s'améliorent progressivement. Toutefois, il serait inopportun d'attribuer cette amélioration uniquement au changement de la politique de financement du système de santé. Il y a eu d'autres changements tels que la création des Districts de Santé à partir de 2010 et l'augmentation des salaires du personnel de santé en 2009. Dans beaucoup de pays subsahariens la mortalité diminue [37]. Le Burundi est un pays post-conflit où on constate des changements importants dans la société entière, avec une reprise des activités économiques, le retour des réfugiés, etc. Au Burundi il n'existe pas d'étude comparative pré- et post, ce qui veut dire qu'on ne peut pas attribuer l'augmentation de l'efficacité du système uniquement au changement du financement.

Le MSPLS et les PTF ont convenu de mieux coordonner leurs interventions dans le cadre d'une approche sectorielle. Cependant, un certain nombre de difficultés subsistent : la formalisation des engagements des partenaires (Compact) a pris du retard, certains partenaires continuent à intervenir de manière indépendante et l'intégration des programmes reste un enjeu [38].

Le MSPLS vient de formuler sa politique nationale par rapport à la santé communautaire [39]. L'ONG Cordaid avec son partenaire burundais IADH (Initiative d'Appui au Développement Humain durable), est en train de mener un projet pilote de FBP communautaire dans la province de Makamba [40]. Dès le 4^e trimestre 2013, le FBP communautaire a été étendue aux provinces de Gitega et de Mwaro. Ces expériences peuvent enrichir la réflexion sur le rôle des agents de santé communautaire, leur organisation, leur relation avec le Comité de Santé comme organe élu et la faisabilité d'un programme FBP communautaire [41].

À partir de mai 2012, le gouvernement a réintroduit la Carte d'Assistance Médicale (CAM) avec de nouvelles modalités de fonctionnement ; la carte cible les catégories de personnes qui ne bénéficiaient pas jusqu'ici d'autres formes d'assistance médicale. Il s'agit notamment de personnes vivant en milieu rural et de celles exerçant dans le secteur informel, non ciblées par la gratuité des soins. Pour les indigents, l'adhérence et le ticket modérateur sont payés par l'État [42]. Cependant, cette mesure n'a pas été suffisamment précédée de concertation des techniciens avant sa mise en œuvre. Le financement de la CAM n'est pas encore assuré à 100 %. Les procédures administratives y relatives sont intégrées au système FBP/gratuité existant. Ce qui donne l'opportunité d'améliorer l'efficacité du programme FBP/gratuité et de renforcer la position de l'acheteur et du client par rapport aux prestataires. À moyen-terme, elle donne l'opportunité de créer un système mixte de financement du secteur avec une combinaison d'un financement du niveau central et la contribution des clients. Une étude est en cours avec comme objectif les modalités d'intégration des différents mécanismes de financement avec en toile de fond la couverture universelle. Voilà un défi majeur, dont peu de pays en Afrique ont déjà trouvé une solution pérenne [43]. Au Burundi la réflexion a été entamée.

Un autre défi existe au niveau provincial. Il existe un comité provincial de développement socio-économique qui est un cadre de concertation des partenaires intervenants dans la province à l'image du Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) au niveau national. Un processus de décentralisation est prévu dans le cadre de la bonne gouvernance [10]. Le rôle de ce comité par rapport à l'approche FBP et la position du CPVV n'est pas encore défini.

Conclusion

L'introduction de la gratuité des soins s'est heurtée à plusieurs problèmes. Sa fusion avec l'approche FBP a permis d'introduire des bonnes pratiques de nature à renforcer la bonne gouvernance, le leadership et l'implication de la communauté dans la gestion des structures sanitaires. Le principe de séparation des fonctions préconisée par le FBP (prestation, régulation, utilisation et achat) contribue à prévenir les conflits d'intérêts entre les parties prenantes et à renforcer le respect des responsabilités des différents acteurs. La réforme du système de financement

est allée de pair avec une forte implication du MSPLS et le renforcement de la collaboration avec ses PTF. Le FBP s'est montré un instrument important de transformation et de programmation rationnelle du système. Le suivi scrupuleux a permis de prendre des mesures correctrices en cas de besoin. Cette réforme a donné l'occasion d'impliquer les acteurs non-étatiques et de renforcer le partenariat public-privé. Ce partenariat ne peut être fructueux qu'au moment où les parties prenantes respectent leurs engagements réciproques. Ceci est d'autant plus important pour le paiement sans faille car les FOSA confessionnelles et privées prennent beaucoup de risques en s'engageant dans l'approche de gratuité des soins. L'État doit s'assurer au préalable que sa politique soit réaliste et qu'il peut s'acquitter de ses engagements contractuels.

Conflits d'intérêts

Depuis son démarrage en 2006, les auteurs ont tous été impliqués comme experts dans le programme FBP ; Basenya, responsable au MSPLS, Bossuyt, Ndayishimiye et vd Weerd comme employés de l'ONG Cordaid, responsable pour la mise en œuvre du FBP dans 10 provinces, Ntakarutimana comme responsable de l'École impliqué à la formation des acteurs et Peerenboom comme consultant indépendant, contracté par Cordaid. L'article rassemble les résultats d'une recherche de la littérature aux opinions personnelles des auteurs.

Remerciements

Nous remercions sincèrement les responsables de Cordaid, le MSPLS au Burundi, et tous les autres acteurs clés dans la mise en œuvre du programme FBP au Burundi. Nous tenons tout particulièrement à remercier M^{me} Michelle Remme, économiste, pour son feedback constructif qui nous a stimulés à améliorer le texte et M^{me} Beatrice Looijenga pour les corrections linguistiques.

Références

1. Success Stories of Health Financing Reforms for Universal Coverage, Burundi. Genève : World Health Organization ; 2011. [Document accessible en ligne]
2. Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi. Version révisée. Bujumbura : Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida ; 2011. [Document accessible en ligne]
3. Musgrove P. Financial and other rewards for good performance or results: a guided tour of concepts and terms and a short glossary. Results-based financing for health. Washington DC: The World Bank; 2011. [Document accessible en ligne]

4. Soeters R, Peerenboom PB. Theories underlying PBF and good governance. *In*: Soeters R. PBF in Action: Theory and Instruments, PBF Course Guide. La Haye (Pays-Bas): Sina Health and Cordaid; 2013. [Document accessible en ligne]
5. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ.* 2011;89(2):153-6. [Document accessible en ligne]
6. Soeters R, Vroeg P. Why there is so much enthusiasm for performance-based financing, particularly in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2011;89(9):700. [Document accessible en ligne]
7. Van de Looij F. Building Blocks of Performance Based Financing in Health Systems. La Haye (Pays-Bas) : Cordaid ; 2011. [Document accessible en ligne]
8. Remme M, Peerenboom PB, Douzima PM, Batubenga DM, Malam II, van de Weerd J. Le Financement basé sur la Performance et la Bonne Gouvernance : Leçons apprises en République Centrafricaine. Washington DC : Harmonization for Health in Africa ; 2012. PBF CoP Working Papers numéro 8. [Document accessible en ligne]
9. Transparency International. The 2012 corruption perceptions index measures of perceived levels of public sector corruption in 176 countries and territories around the world 2012 [Internet]. Berlin ; 2014 [Cited 2014 Feb 21] 1 p. Available from: < <http://www.transparency.org/cpi2012> >.
10. Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté CSLP II. Bujumbura : République du Burundi ; 2012. [Document accessible en ligne]
11. Hussmann K. Addressing corruption in the health sector. Securing equitable access to health care for everyone. Bergen (Norvège): UKAID, Anti-Corruption Resource Centre ; 2011. [Document accessible en ligne]
12. Lewis M, Pettersson G. Governance in health care delivery: raising performance. Washington DC: The World Bank; 2009. Policy Research Working Paper no. 5074. [Document accessible en ligne]
13. Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi, Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida, ICF International. Enquête démographique et de santé Burundi 2010. Bujumbura : ISTEEBU, MSPLS, ICF International ; 2012. [Document accessible en ligne]
14. Médecins sans frontières. Accès aux soins de santé au Burundi. Résultats de trois enquêtes épidémiologiques Mars 2004. Bruxelles : MSF ; 2009. [Document accessible en ligne]
15. Basenya O, Nimpagaritse M, Busogoro F, *et al.* Le financement basé sur la performance comme stratégie pour améliorer la mise en œuvre de la gratuité des soins : premières leçons de l'expérience du Burundi. Washington DC: Harmonization for health in Africa; 2011. PBF CoP Working Paper n° 5. [Document accessible en ligne]
16. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida. Politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé au Burundi. Bujumbura : MSPLS ; 2006.
17. Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Principaux éléments de la bonne gouvernance [Internet]. Paris ; s.d. [cited : 2014 Feb 23] 1 p. Available from: http://www.oecd.org/document/48/0,2340,fr_2649_33735_1814576_1_1_1_1,00.html
18. Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options. Bethesda MD: USAID, Health Systems 20/20 ; 2008. [Document accessible en ligne]
19. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. Comité régional de l'Europe, cinquante-huitième session Tbilissi (Géorgie), 15-18 septembre 2008. Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague : Bureau régional de l'Europe ; 2008. [Document accessible en ligne]
20. The World Bank. WDR 2004: Making Services work for the Poor People. Washington DC: The World Bank, Oxford University Press; 2003. [Document accessible en ligne]
21. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2000. [Document accessible en ligne]
22. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida. Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi, année 2011. Bujumbura : MSPLS ; 2012.
23. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida. Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi, année 2012. Bujumbura : MSPLS ; 2013.
24. Musango L, de Caluwé P, Soeters R, De Borman N, Van Heteren G. Rapport de mission d'évaluation sur le PBF au Burundi. Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale, Union européenne, Cordaid. Bujumbura : Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida ; 2010.
25. Musango L, de Caluwé P, Ndizeye C, Renaud A, Van Heteren G. Rapport de la deuxième mission d'évaluation conjointe sur le FBP au Burundi – octobre-novembre 2012. Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale, Union européenne, Cordaid. Bujumbura : Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida ; 2012. [Document accessible en ligne]
26. Wikipédia. Méthode Delphi [Internet]. s.l. ; s.d. [Cited: 2014 Feb 23] 1 p. Available form : http://fr.wikipedia.org/wiki/Méthode_Delphi
27. Nimpagaritse M, Bertone MP. The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy Plan.* 2011;26(suppl. 2):ii63-71.
28. Bertone MP, Meessen B. Splitting functions in a local health system: early lessons from Bubanza and Ngozi projects in Burundi. La Haye (Pays-Bas): Cordaid; 2010.
29. Nsengiyumva G, Musango L. Le système de santé de district et le financement basé sur la performance au Burundi : synergies et contradictions possibles. Washington DC: Harmonization for health in Africa; 2011. PBF CoP Working Paper n° 4. [Document accessible en ligne]
30. Falisse JB, Meessen B, Ndayishimiye J, Bossuyt M. Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi. *Trop Med Int Health* 2012;17(5):674-82. Manassé N, Schoffelen E, Théophile N, Peerenboom PB. Influence d'un programme de Financement Basé sur la Performance (FBP) sur la stabilité du personnel de santé. Cas de Burundi et de la Province du Sud-Kivu (RDC). La Haye (Pays-Bas): Cordaid; 2013. [Document accessible en ligne]
31. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida. Costing FBP de 2013 à 2017 au Burundi, année 2012. Bujumbura : MSPLS; 2012.
32. Cellule technique nationale élargie du Financement Basé sur la Performance. Relevé des cas de fraude ou de tentative de fraude lors des vérifications des prestations dans le cadre du FBP pour l'année 2011. Bujumbura : MSPLS; 2011.
33. MSPLS Synthèse globale de la contre vérification du FBP au Burundi (2011-12). HDP, août 2012.

34. Convention constitutive du Groupement d'intérêt public (GIP) dénommé Fonds Régional pour la promotion de la santé du Littoral, Yaoundé 11 juin 2012.
35. Uwimpuhwe S. Cost Analysis of the Performance-Based Financing Scheme in Rwanda. School of Public Health, Kigali, National University of Rwanda, dissertation for MPH, 2011.
36. Robert S, Gashubije L, Kimanuka C, Heteren vG, Bossuyt M. Résultats de l'Enquête Ménage et de l'Enquête Qualité de Base. Pour le programme Achat de Performance Santé Plus, Cordaid et HealthNet-TPO dans les provinces de Bururi, Cankuzo, Gitega, Karuzi, Rutana, Ruyigi, 2009-2011. Cordaid, Bujumbura, Octobre 2010.
37. Demombynes G, Trommlerová SK. What Has Driven the Decline of Infant Mortality in Kenya? Policy Research Working Paper 6057, WB African Region, Kenya, 2012.
38. OECD. International Engagement in Fragile States, Can't we do better?, Series conflict and fragility, 2011.
39. MSPLS. Orientations stratégiques sur la santé communautaire au Burundi, année 2012. Bujumbura, 2012.
40. COPED-Cordaid. Renforcement des Comités de Santé (CoSa) du Burundi pour la mise en place d'une interface efficiente entre la population et les Formations Sanitaires (FoSa). Document du projet UE, Bujumbura, 2010.
41. Cordaid & IADH. Contribution des groupements d'agents de santé communautaire au PMA des FOSA, dans le cadre d'un financement basé sur la performance, Province de Makamba au Burundi. Bujumbura, 2012.
42. 2^e Vice-Présidence Arrêté N° 01/VP2/2012 du 25/01/2013 portant réorganisation du système d'assistance médicale au Burundi.
43. OMS Rapport sur la santé dans le monde: Le Financement des Systèmes de Santé. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2011.