

PBF CoP Working Paper Series

WP 1

March 2011

Le financement basé sur la performance, une opportunité pour redynamiser la participation communautaire ?

L'expérience du Burundi.

Jean-Benoît Falisse¹, Bruno Meessen², Michel Bossuyt³ et Juvénal Ndayishimiye⁴

¹MA, MSc. Auteur correspondant. Chercheur Cordaid. jbfalisse@gmail.com

²PhD, MA. Economiste de la santé à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

³MD, MPH. Chef de mission de Cordaid au Burundi.

⁴MD, MPH. Coordinateur et Représentant de Cordaid Burundi à la Cellule Technique Nationale du FBP.

La 'PBF CoP Working Paper Series' publie les travaux scientifiques des membres de la communauté de pratique 'Financement basé sur la Performance'. Elle vise la dissemination rapide des résultats empiriques ou des idées théoriques, en particulier ceux qui sont pertinents pour les membres de la CoP. La série accepte les papiers en français et en anglais. Les papiers sont revus par les pairs de façon non-anonyme. L'édition de cette série est soutenue par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, en Belgique ('Initiative des Talents Emergents'). Pour soumission ou toute autre requête, merci de contacter: cop.pbf@gmail.com

The PBF CoP Working Paper Series presents scientific work done by members of the African Performance-Based Financing Community of Practice. It aims for rapid dissemination of their empirical findings or theoretical ideas, especially those relevant for members of the CoP. The series welcomes papers in French or in English. Papers are open peer reviewed. Editing of the series is supported by the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium ("Emerging Voices venture"). For submission or any other request, please contact: cop.pbf@gmail.com

Editorial committee: Bruno Meessen, Paulin Basinga, Nicolas de Borman, Gyuri Fritsche and Laurent Musango.

Support: Kristof Decoster and Rita Verlinden.

The PBF CoP is one of the communities of practice supported by the multi-agency initiative 'Harmonization for Health in Africa' (www.hha-online.org).

This paper can be downloaded at:

<http://www.hha-online.org/hso/financing/pillar/documentation>

The views expressed by the authors of this document do not necessarily reflect the views of their institutions, the PBF CoP or HHA.



Résumé : au Burundi, le système de financement basé sur la performance (FBP) a amené différentes organisations dont Cordaid à se ré-intéresser à la participation communautaire sous ses différentes formes, à savoir principalement les comités de santé (CoSa) et les différents agents de santé communautaire. Nous montrons comment le FBP constitue une porte d'entrée pour redynamiser le domaine délaissé qu'est la participation communautaire et comment les CoSa peuvent constituer un garant important d'une bonne gestion des ressources dégagées par le FBP. Nous explorons aussi les opportunités et les dangers que représente la contractualisation directe des acteurs communautaires. Des pistes sont proposées pour une combinaison équilibrée et efficace des mécanismes de FBP et de participation communautaire dans le système de santé, les deux systèmes pouvant se renforcer mutuellement. Enfin, il est souligné que des problèmes fondamentaux de clarification des rôles et des tâches des différents acteurs communautaires de la santé demeurent et doivent être résolus pour un fonctionnement harmonieux tant du FBP que des systèmes de participation communautaire.

La participation communautaire dans la santé est une notion déjà ancienne en santé publique, elle se décline sous deux formes principales, souvent perçues comme étant en tension l'une avec l'autre (Morgan, 2001). D'un côté, la participation communautaire est appréhendée comme étant avant tout une manière d'impliquer la population dans la gestion de ses structures de santé en faisant en sorte qu'elle soit représentée au niveau des formations sanitaires (et du centre de santé de première ligne en particulier). C'est dans ce cadre qu'ont été mis en place des comités de santé (CoSa), comités de gestion (CoGe) ou encore Association de Santé Communautaire (ASACO). D'un autre côté, la participation communautaire peut être abordée comme un instrument destiné à faciliter la mise en place et la diffusion de programmes de santé au sein de la population. C'est l'exemple de différents « agents de santé » formés au sein de la population pour effectuer des tâches de sensibilisation, de prévention, ou pour poser des actes de soins élémentaires. Les deux formes de participation ont suscité un enthousiasme important au moment de leur mise en place, avant souvent d'être délaissées et de ne plus produire que des résultats jugés mitigés voire décevants. A partir des expériences de Cordaid¹ au Burundi, cet article s'interroge sur les modifications de rôle et de comportement des acteurs de la participation communautaire - incluant le CoSa et les agents de santé communautaires- générées par l'introduction d'un mécanisme de financement basé sur la performance (FBP). Ce dernier renforce-t-il ou déforce-t-il les acteurs communautaires ? Quelles sont les perspectives introduites par le nouveau système pour les acteurs communautaires de la santé ?

¹ ONG active dans différents domaines mais dont l'action au Burundi s'est surtout concentrée sur le domaine de la santé au Burundi. <www.cordaid.nl>.

Le présent article doit également beaucoup à Guy Clarisse et à Yamba Kafando qui ont relu l'article et qui l'ont commenté avec beaucoup de justesse, nous permettant d'utiles remaniements.

En nous appuyant sur une étude de terrain et sur l'expérience de Cordaid dans le domaine, nous nous intéressons à titre premier aux CoSa, puisque ceux-ci sont théoriquement investis d'un rôle-clé de représentants de la population dans la gestion de la santé. Nous procédons en faisant l'état des lieux de la situation des CoSa quand aucun mécanisme de renforcement -de type FBP ou autre- n'est en place, avant de nous attarder aux CoSa dans le système de FBP. Dans un deuxième temps, nous nous intéressons aux autres acteurs communautaires de la santé dans le PBF et à leur contractualisation : les agents de santé communautaire (ASC), mais également, un modèle propre à la stratégie FBP, les associations locales de vérification (AsLo).

1. Les CoSa au Burundi : aspects historique et aspects réglementaires.

A l'image des systèmes de soins de santé de nombreux pays à faibles ou moyens revenus, le Burundi a mis en place des CoSa au niveau de ses Centres de Santé (CdS) publics et confessionnels (« agréés »). Ces initiatives ont eu lieu au tournant des années 2000 et ont été menées par diverses ONG internationales et par le Ministère de la Santé Publique (MSP) (MSP Burundi & OMS, 2007)². Pratiquement, le CoSa est supposé améliorer le fonctionnement du CdS en le liant davantage à ses usagers potentiels (la communauté) par un mécanisme simple : des représentants de la population vont prendre une part active à la gestion du CdS et aux actions concernant leur santé.

En 2007, alors que le Burundi se stabilise peu à peu, le MSP harmonise le fonctionnement et la structure des différents CoSa créés dans le pays. L'organe démocratiquement élu qu'est le CoSa se voit assigné les missions suivantes, d'après les documents réglementaires en vigueur (MSP Burundi (2007), *Normes sanitaires pour la mise en place du PNDS 2006-2010*) :

- (a) la co-gestion technique du CdS (récupération des abandons, planification et évaluations, etc.) ;
- (b) la co-gestion administrative du CdS, c'est-à-dire la gestion des ressources (mobilisation et gestion de ressources, transparence financière, etc.) ;
- (c) la gestion interne du CoSa (réunions, feedback à la communauté, assemblées générales). ;
- (d) la promotion du CdS et de ses activités auprès de la population;
- (e) la prestation d'activités ponctuelles spécifiques (enquêtes, lutte contre épidémies, définition des indigents, etc.).

² Elles s'inscrivent dans la lignée des grandes déclarations internationales sur la santé (Constitution de l'OMS, 1948 ; Déclaration d'Alma-Ata, 1978), et de façon très nette dans la suite de l'Initiative de Bamako (1987) qui a établi la participation communautaire, qui « assure à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires et restaure la confiance des usagers dans les services de santé publics » (OMS, 1988), comme un incontournable de la gestion du système sanitaire en Afrique sub-saharienne.

Néanmoins, comme dans la plupart des pays, cette reprise en main par le MSP n'a pas vraiment clarifié une ambiguïté importante : le CoSa est-il, au même titre que le reste du personnel médical, un *prestataire* (instrument) de soins de santé ou bien est-il un *gestionnaire* de la structure destinée à effectuer ces prestations, ou bien encore est-il investi de ces deux rôles à la fois ? Si c'est cette dernière hypothèse qui est retenue, comme semble le laisser supposer le cadre réglementaire, quels arrangements sont prévus pour concilier un rôle qui impose de se comporter en suivant au moins en partie les instructions de la hiérarchie sanitaire (celui de prestataire de soin) et un rôle qui appelle à gérer une structure de prestation de soins en accordance avec les préférences de la population (celui de gestionnaire communautaire) ?

2. Les CoSa sur le terrain : méthodologie de l'enquête.

La présente étude apporte un nouvel éclairage en se basant sur les résultats d'une évaluation des mécanismes de participation communautaire réalisée pour le compte de Cordaid entre octobre 2009 et février 2010 dans 103 CdS du Burundi. L'étude utilise les outils développés dans la cadre d'autres recherches sur la participation communautaire (Rifkin & al., 1988 ; Bjäras & al., 1991). Elle s'inscrit dans la veine d'analyses s'appuyant sur de larges échantillons (notamment Jacobs & Price, 2003) plutôt que sur des études détaillées. Elle est pionnière dans le sens où, à notre connaissance, c'est la première fois que le lien entre FBP et participation communautaire est abordé de façon scientifique.

Les données collectées couvrent 6 provinces situées à différents endroits du territoire burundais (nord-ouest, sud, nord, centre et est). Au moment de l'enquête, 3 provinces étaient engagées dans un système de FBP mis en place par Cordaid (Bubanza, Makamba et Rutana), une par le système FBP de l'Institut Tropical Suisse (Ngozi) et deux n'étaient pas sous couverture FBP. Les CdS ont été choisis au hasard et sont représentatifs au niveau « district ». Pour chaque CdS, des interviews ont été réalisées auprès des membres du CoSa, du personnel du CdS et des membres des associations locales chargées de la vérification dans le cadre du FBP³. De cette façon, des données qualitatives et quantitative ont été collectées et vérifiées par croisement⁴. Les réserves habituelles sont d'application en ce qui concerne les interviews de collecte des données, menées avec des interprètes auprès d'un public parfois faiblement scolarisé. Il faut également garder à l'esprit que l'étude ne couvre pas tout le pays et que les situations peuvent changer radicalement d'un CdS à l'autre. Notre analyse des données, mêlée à leur discussion, concerne d'abord la

³ Lorsque le FBP était en place. Se référer à la partie 3 du présent article pour une description et une discussion sur les AsLo.

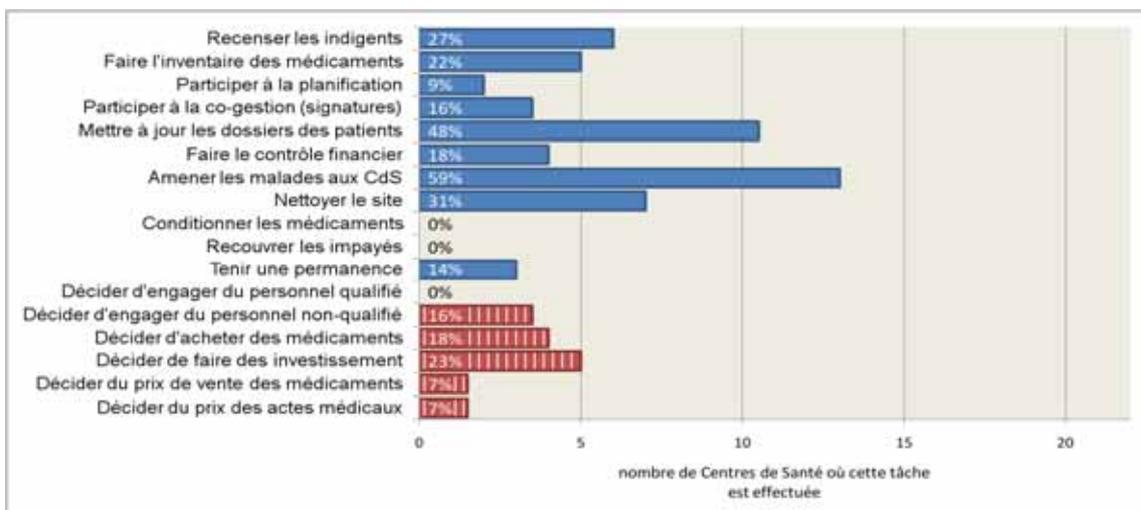
⁴ Pour plus de détails, se référer au document : Falisse J-B. (2010) 'Participation communautaire et financement basé sur la performance. CoSa et Associations Locales dans les provinces de Bubanza, Makamba, Muramvya, Mwaro, Ngozi et Rutana, Burundi', Rapport de mission d'étude, CORDAID Burundi.

situation des CoSa en dehors du système FBP (partie 3) et puis leur situation une fois le système de FBP introduit (partie 4).

3. Les CoSa en dehors du FBP : un système confus et peu fonctionnel.

Dans la pratique, nous observons que le fonctionnement général des CoSa au Burundi est loin d'être optimal. Il semble y avoir eu, après une période d'enthousiasme pour l'Initiative de Bamako et pour la participation communautaire, un relatif abandon des comités de santé de la part des autorités et de leurs partenaires techniques et financiers. Cette observation est corroborée par le bilan global qui peut être fait de la participation communautaire au niveau de la santé ailleurs dans le monde (Tizio & Flori, 1997 ; Nitiéma, Ridde & Girard, 2003). Le CoSa burundais est notamment miné par la faible motivation de ses membres, le flou autour de son rôle, le manque d'outils et de moyens à sa disposition et les mauvaises relations entre le personnel du CdS et le CoSa (Falisse, 2010). Une fois écartée l'idée reçue, à tort, que les membres des CoSa ne disposent pas d'un niveau d'éducation suffisant⁵, l'explication la plus plausible à ces maux se trouve dans le sous-encadrement et le sous-financement chronique des CoSa (pas d'information sur le mandat du CoSa, pas de matériel, pas de budget de fonctionnement, etc.). Notre étude dans deux provinces burundaises -Muramvya (13 CoSa étudiés) et Mwaro (9 CoSa étudiés)- qui étaient « hors » FBP au moment de l'enquête et qui n'étaient pas appuyés par des ONG locales ou internationales, montre à quel point les CoSa sont dysfonctionnels dans cette partie du pays (*fig. 1*). Dans la pratique, les CoSa sont soit exploités par le personnel médical du CdS comme des auxiliaires de santé à temps partiel, soit à l'arrêt. Leur fonction d'organe habilité à prendre des décisions est complètement oubliée, une observation consistante avec d'autres études sur l'évolution des CoSa dans d'autres pays (David & Zakus, 1998).

⁵ Seuls 4% des membres des CoSa interviewés n'ont pas terminé l'école primaire et disent ne pas vraiment savoir lire et écrire alors que le taux de la population analphabète au Burundi est de 34%. (Banque Mondiale, 2008).



Note : les indicateurs hachurés reprennent les activités de gestion, ceux qui sont plein couverts les prestations

Fig. 1. Activités de prestation et de gestion des CoSa des provinces de Muramvya et Mwaro (hors FBP)

En comparant le cadre réglementaire des CoSa et leurs réalisations sur le terrain, une différence entre la théorie (ce que les CoSa devraient être) et la réalité (ce que les CoSa sont) apparaît de façon nette. Le tableau ci-dessous (tab. 1.) synthétise cette absence d'adéquation pour les CoSa des provinces de Muramvya et de Mwaro :

| Rôle et composition attendus des CoSa (cadre réglementaire) | Rôle et composition des CoSa sur le terrain (réalité/pratique des CoSa) |
|--|---|
| Un comité élu démocratiquement au sein de l'aire d'attraction du CdS -le CoSa- | Organe la plupart du temps élu, dans des conditions souvent assez peu transparentes, et comportant souvent des membres non-élus. Respect plus ou moins effectif des règles relatives aux conditions d'élections (niveau minimal d'éducation, représentation féminine). |
| Assure la co-gestion technique du CdS. | Confinés à des tâches précises (hygiène du CdS). |
| Assure la co-gestion administrative du CdS (mobilisation et gestion de ressources, transparence financière, etc.), | Ne gère pas le centre de santé. Dans le meilleur des cas, le CoSa est parfois consulté par le personnel de santé. |
| Assure la gestion interne du CoSa. | Gestion interne assurée par le titulaire du CdS. |
| Assure la promotion du CdS et de ses activités. | CoSa largement méconnu de la population. |
| Réalise des activités ponctuelles spécifiques (enquêtes, lutte contre épidémies, définition des indigents, etc.) | Activités ponctuelles rares et principalement cantonnées à l'hygiène du CdS. |
| Création ou existence de sous-commissions en son sein, dont le CoGe (Comité de Gestion) | Sous-commissions non-existantes ou créées de façon extérieure au CoSa. |

Tab.1. Théorie et réalité des CoSa des provinces de Muramvya et Mwaro (hors FBP)

4. Les CoSa dans le FBP : l'expérience des ONG.

Le système peu fonctionnel de CoSa décrit ci-dessus a récemment été confronté au nouveau système de FBP mis en place dans une partie des provinces burundaises par les ONG néerlandaises Cordaid et HealthNet/TPO ainsi que par l'Institut Tropical Suisse (ITS), toujours avec l'agrément du MSP. Nous observons que la dynamique des CoSa s'en trouve modifiée, les poussant plus en avant dans un rôle de gestionnaire/planificateur.

4.1. Les CoSa dans le FBP et l'autonomie de gestion.

Tout d'abord, la mise en place des systèmes de FBP au Burundi a amené plusieurs organisations, dont Cordaid et l'ITS, à se ré-intéresser aux CoSa. A partir du moment où les CdS allaient recevoir des sommes d'argent parfois conséquentes, il devenait important de mettre en place une série de mécanismes de contrôle, de transparence et de redevabilité (*accountability*) des CdS vis-à-vis du reste de la société. Un contrôle « par le haut » était facile à imaginer par le biais de l'Agence d'Achat de Performance (AAP) et de la hiérarchie sanitaire (le district et la province). Cependant, dans la perspective de l'Initiative de Bamako, il restait à assurer un lien et un contrôle de la population sur cette nouvelle « manne » d'argent. L'enjeu était important puisque le FBP allait introduire beaucoup de nouvelles ressources dans le système. Ainsi, en février 2010, nous avons estimé la part moyenne des ressources issues du FBP à un peu plus de 42% du revenu total des CdS⁶. Le reste des ressources sont principalement issues du MSP qui paye pour le recouvrement des soins de santé gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Seule une faible partie provient de la participation financière des usagers. Le CoSa, malgré ses bases juridiques restreintes⁷, est donc naturellement apparu comme l'organe pouvant jouer le rôle de « garde-fou communautaire » du budget puisque: (a) il a, suivant les textes du MSP, un rôle de gestion du CdS (voir partie 1), (b) il possède en théorie une légitimité démocratique locale (ses membres sont élus au sein de et par la communauté) et (c) il connaît normalement bien les défis sanitaires locaux puisque ses membres sont issus de la communauté.

En mettant en place des expériences pilotes de FBP, Cordaid (présent dans 6 provinces) et les autres ONG ont en fait réorganisé le système (Soeters & al., 2006) et affirmé les compétences du CoSa, principalement en ce qui concerne la gestion et la planification des dépenses du CdS (*tab. 2*). L'argent reçu par le CdS dans le cadre du FBP est dépensé en suivant le cadre d'un plan de *business*/de développement des CdS qui est rédigé par le personnel du CdS avec la participation du CoSa. Selon les cas et la taille du CdS, soit tous les membres du CoSa, soit quelques membres (dont le président et le vice-président), participent à la rédaction du plan qui est ensuite validé

⁶ Au sein d'un échantillon représentatif de 77 CdS répartis sur 4 provinces appuyées par Cordaid et l'ITS.

⁷ Si les CoSa sont reconnus et voulus par le MSP, l'ordonnance régissant leur fonctionnement n'a toujours pas été prise à la date de l'écriture de cet article.

par le reste du CoSa. Il est à remarquer que là où un financement de type FBP était introduit alors que les CoSa n'existaient pas, c'est à dire souvent dans les CdS confessionnels agréés, des CoSa ont été créés avec l'appui du système sanitaire (équipe-cadre de district).

A partir du moment où le CoSa a été (ré)impliqué dans la fonction de planification par le nouveau système FBP, cette fonction a été expliquée et des réorganisations des CoSa (élections et remplacements des membres) ont parfois eu lieu sous l'impulsion de l'AAP et de la structure sanitaire. Dans le même temps, le district sanitaire, qui est le superviseur direct du CoSa, a reçu une information sur le rôle du CoSa dans le FBP.

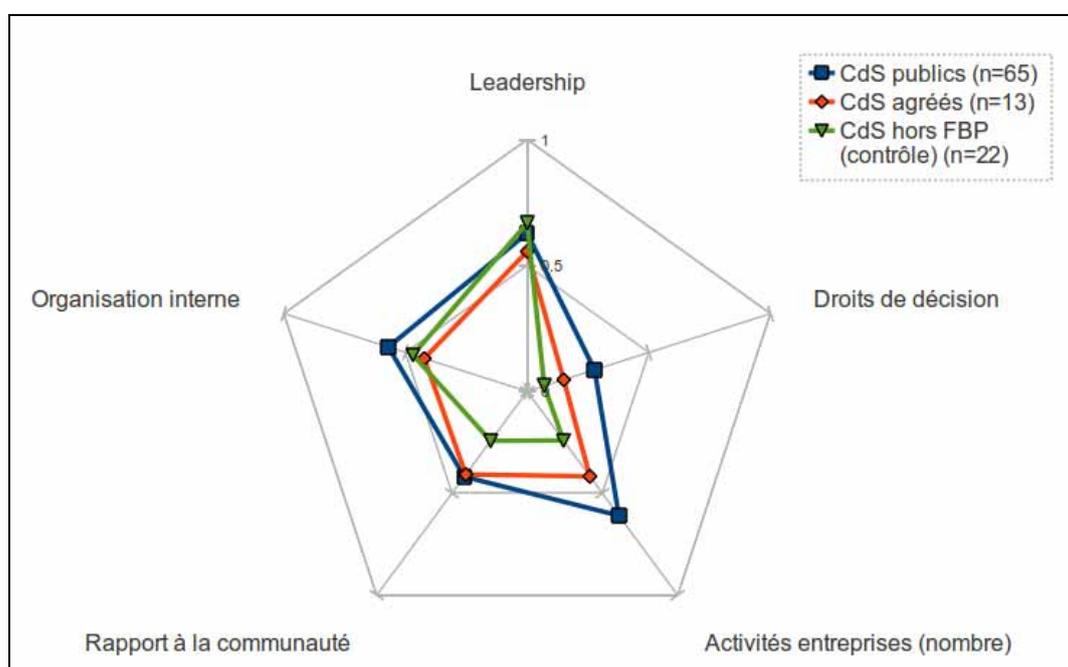
| Indicateurs / domaine d'intervention sur le CoSa | Changements induits |
|--|---|
| Organisation interne | Mise en place des CoSa qui n'existaient pas, c'est à dire dans les CdS confessionnels agréés ; les CoSa ont été créés avec l'appui du système sanitaire (équipe-cadre de district). Réorganisation d'une partie des CoSa (élections et remplacement) |
| Activité | Participation à la rédaction du plan d'activité (aussi appelé plan de <i>business</i> ou de développement) qui est ensuite validé collectivement par le personnel du CdS et le CoSa. |
| Pouvoir de décision | L'argent reçu par le CdS dans le cadre du FBP est dépensé en suivant le cadre d'un plan de <i>business</i> /de développement des CdS qui est rédigé par le personnel du CdS avec la participation du CoSa. |
| Relation à la communauté et à la hiérarchie | Information transmise au superviseur direct du CoSa, le district sanitaire, sur le rôle du CoSa dans le FBP. |

Tab.2. Changements directs introduits par le système FBP, par domaine d'intervention

L'action de Cordaid autant que de l'ITS n'a cependant pas directement visé les CoSa ; les CoSa ont simplement été informés du fonctionnement du système et du nouveau rôle -principalement la rédaction des plans de développement- qu'ils auraient à jouer dans ce nouveau système. Il n'y a donc pas eu de travail entrepris afin de résoudre la question de la nature du CoSa (prestataire et/ou gestionnaire). De fait, notre étude a révélé que 52 % des CoSa interviewés dans les zones appuyées par le FBP trouvaient toujours leur rôle « peu clair », c'est à dire qu'ils ne savaient pas précisément ce qu'ils devaient faire.

En utilisant le « vieil » outil CoSa, le FBP a cependant induit (a) une clarification des tâches des CoSa sur le volet directement lié au FBP (différents aspects de gestion) qui les poussent dans la direction d'une fonction principale de co-gestion, (b) un appui aux structures sanitaires qui les entourent et (c) un intéressement au travail des membres du CoSa puisque, suivant différentes modalités qui sont détaillées ci-dessous (4.2), les membres de CoSa reçoivent de l'argent.

Dans le même temps, on observe sans surprise que les indicateurs d'organisation, de leadership, de relation à la communauté, d'activité et de pouvoir de décision⁸ sont meilleurs dans le cas des CoSa des CdS bénéficiant du FBP que dans le cas de ceux qui ne disposent d'aucun appui (*fig. 2.*). Sans nier les difficultés qui persistent, il semble donc bien que le FBP ait eu un impact positif sur les CoSa. Il faut cependant rester prudent puisque, comme cela a été souligné, les CoSa étaient précédemment totalement délaissés et nous ne savons pas, étant donné la situation, ce qu'un appui plus conventionnel -par exemple un financement de l'input ou des formations et des séances de sensibilisation- aurait eu comme impact sur les CoSa. Il nous est également difficile, sur base de ces données collectées, de savoir si la population se sent représentée par le CoSa.



(lecture : plus on s'éloigne du centre, meilleure est la valeur de l'indicateur).

Fig. 2. Qualité des CoSa, par type de CdS et par indicateur⁹

⁸ Ces indicateurs ont été constitués en collectant différentes informations et en les compilant (Falisse, 2010). Le cadre officiel, mal connu, peu utilisé, non traduit au niveau légal et nécessitant une mise à jour n'a pas été utilisé car il ne représente pas l'étalon de mesure adopté par les CoSa. Les indicateurs ont été composés suivant les travaux de Susan B. Rifkin (Rifkin & al., 1988). Le leadership tient compte des compétences déclarées du président et du mécanisme de prise de décision au sein du CoSa (démocratique ou non), l'organisation renvoie à la structure organisationnelle du comité (commissions, réunions, présence, etc.) et les droits de décision « qu'est ce que le CoSa peut décider au sein de la FoSa ? ». Pour la composition précise des indicateurs, se référer à Falisse (2010).

⁹ Le bon niveau de leadership des CoSa hors FBP s'explique par la qualité des présidents de CoSa à Muramvya et à Mwaro qui sont éduqués et connaissent bien la théorie sur les CoSa. Ils ne parviennent cependant pas à s'imposer au sein des formations sanitaires. L'organisation interne des CdS agréés est de moindre qualité que celle des CoSa hors FBP. En effet, ces CoSa sont souvent des créations récentes et manquent d'expérience, ils sont également souvent sous la tutelle, y compris pour l'organisation des réunions, de la congrégation propriétaire du CdS.

4.2. Motiver les CoSa grâce au FBP : contractualisation directe ou indirecte ?

A l'occasion de la mise en place du FBP, la question de la rémunération des membres des CoSa n'a pas manqué de se poser. Il était en effet intenable d'accorder une forme de prime à tout le personnel du CdS mais pas aux membres du CoSa, qui sont censés également participer aux performances de la structure sanitaire. La question qui restait était de savoir comment motiver les membres CoSa. La « rémunération » doit-elle se faire en fonction ou non de la performance ? Et si c'est le cas, en fonction de quelle performance ? Trois cas de figure sont possibles :

Selon le premier cas de figure, le CoSa est « rétribué » en dehors de toute référence aux performances du CdS ou du CoSa dans le système FBP. Il s'agit en fait simplement de donner un « jeton de présence » aux membres du CoSa, jeton qui est prévu par le cadre réglementaire du MSP et est pour l'instant fixé à 5000 FBU/mois (4\$). Il s'agit d'une indemnisation censée couvrir les frais de déplacement et le manque à gagner des membres du CoSa qui donnent du temps de leur activité professionnelle pour travailler pour la FoSa. Ce système de « jeton de présence » ne fonctionne nulle part.

Sous le second système, le CoSa est « rétribué » en fonction de la performance de son CdS. C'est le système mis en place par CORDAID. Le montant est, suivant les recommandations émises par l'agence d'achat de performance et par l'outil d'indice, un pourcentage de la prime totale - souvent 5% à 10%- réparti entre membres du CoSa. Certains CoSa optent pour une répartition en parts égales alors que d'autres font varier les parts suivant des calculs internes censés refléter la part de travail de chacun. Pour notre échantillon représentatif, un membre du CoSa touche d'habitude avec ce système entre 4 et 9\$/mois. Il n'est néanmoins pas évident, lorsque l'on parle aux membres des CoSa et au personnel des CdS, s'il s'agit, pour eux, ici d'une indemnisation ou d'une véritable rétribution pour les services prestés par le CoSa.

Le troisième système accorde une prime au CoSa suite à un contrat directement passé avec le CdS ou suite à un sous-contrat entre le CdS et le CoSa par rapport à une série d'indicateurs, soit exactement la réplique de ce qui se fait dans la contractualisation des formations sanitaires. Il s'agit d'une véritable prime et il n'y a plus de raison de parler ici d'indemnisation. Cette démarche implique la définition de secteurs d'activités du CoSa « contractualisables ». L'expérience a été tentée, dans la province de Ngozi et dans celle de Bubanza, et il ne paraît pas opportun de la renouveler pour au moins deux raisons :

1. Premièrement, une série de tâches supposées effectuées par le CoSa et notamment le précieux travail de sensibilisation et « d'interface » entre la population et les équipes des CdS sont difficiles à reprendre sous forme d'indicateurs. Il s'agit par exemple de la facilitation de la relation entre soignant et soigné (Jaffré & de Sardan, 2003) qui est une des missions prioritaires des CoSa et qui s'inscrit en plein dans l'esprit de l'Initiative de

Bamako. La contractualisation initiée pour l'instant demeure largement insuffisante en terme d'indicateurs sélectionnés¹⁰ -seules quelques activités du CoSa sont reprises- et présente le risque bien réel de détourner le CoSa de son rôle principal de médiateur et de gestionnaire socio-médical vers celui plus lucratif des activités facilement synthétisables sous forme d'indicateur (activités ponctuelles, activités financières).

2. Deuxièmement, l'octroi de primes au CoSa repose la question du bénévolat. Si une indemnisation est bien prévue par le MSP, il n'a par contre jamais été question de rémunérer les membres du CoSa qui sont par ailleurs des élus au sein de la population. Le risque est d'entraîner le CoSa -souvent perçu comme un organe de contrôle communautaire- vers une professionnalisation (dans le sens d'une activité rémunérée) en en faisant un poste lucratif. Le danger est qu'il devienne alors un simple *prestataire* (un instrument) destiné à atteindre des objectifs précis, effaçant complètement la dimension de co-gestion, de *conseil d'administration*, du CdS, soulignée plus haut. L'idée d'un CoSa, voix et expression de la population, qui participe aux décisions affectant la santé de la communauté (Initiative de Bamako) passerait alors complètement à la trappe.

Ne souhaitant pas faire du CoSa un simple prestataire de services liés aux soins de santé, Cordaid n'a pas poursuivi la contractualisation directe des CoSa. Ceux-ci restent néanmoins intéressés aux bonnes performances du CdS via une prime correspondant à un pourcentage de la prime globale attribuée au CdS. Dans la logique, ce dernier procédé revient en fait à donner aux membres du CoSa des « droits de revenu » sur les gains financiers du CdS, un peu à l'image d'une entreprise qui rémunérerait les membres de son conseil d'administration en fonction de son profit (cf. la pratique des « *stock options* »). La question qui se pose alors inévitablement est celle de savoir si ce type d'incitation amène le CoSa à jouer correctement son rôle de représentant de la population au sein du CdS. Elle oblige de clarifier complètement le rôle du CoSa (Meessen, 2009), notamment en tenant compte des réflexions récentes sur le concept de gouvernance : ne serait-il pas préférable d'amener les CoSa à se concentrer sur cette fonction de « conseil d'administration » et leur donner comme mission de se soucier en priorité du fonctionnement et développement du CdS?¹¹ Ce choix pourrait aller à l'encontre de la pratique actuelle de voir en eux aussi (et parfois surtout) des prestataires de services liés aux soins de santé (de type sensibilisation, nettoyage du CdS, permanences, etc. cf. fig. 1).

¹⁰ A Bubanza, les indicateurs retenus sont: l'actualisation trimestrielle de la liste des indigents, l'inventaire mensuel des médicaments et consommables, la mise à jour des dossiers familiaux au CdS, la participation à la planification (plan de business) et le contrôle du budget et élaboration des commandes, via la co-signature.

A Ngozi, les indicateurs retenus sont : la réunion du CoSa avec présence de tous les membres et transmission du PV, la réunion du CoSa avec les ASC et le TPS dans les mêmes circonstances et le recouvrement des coûts.

¹¹ Cette orientation ne signifierait pas nécessairement que les représentants de la population soient les seuls à siéger dans le « conseil d'administration » du centre de santé ; un espace est probablement à laisser également à d'autres parties prenantes, par exemple les représentants du personnel.

5. Les autres acteurs communautaires dans le FBP et la contractualisation des prestataires de services communautaires.

A coté du CoSa se trouvent d'autres acteurs communautaires qui sont eux aussi affectés par l'introduction du FBP. Il s'agit principalement (a) des Agents de Santé Communautaire (ASC), d'habitude chargés d'activités de promotion de la santé et issus de programmes thématiques verticaux du gouvernement ou des ONG (sur la tuberculose, le VIH/SIDA, l'hygiène, etc.) et (b) des tradipraticiens intégrés au système de santé moderne, principalement les accoucheuses-traditionnelles qui coopèrent avec le CdS¹².

La séparation des fonctions (qui fait quoi ?) entre ces différents agents n'est pas claire. Leur rôle n'est pour l'instant pas défini précisément par les autorités. L'introduction du FBP pourrait donc facilement avoir une influence sur les activités et les rôles de chacun.

Ainsi, les accoucheuses traditionnelles de la province de Ngozi ont été invitées à se regrouper en association. Ces associations sont à leur tour contractualisées par le programme de FBP de l'ITS pour une tâche extrêmement précise : amener et accompagner les femmes sur le point d'accoucher au CdS. Contrairement aux CoSa, il n'y a ici aucun obstacle à une contractualisation directe puisque les accoucheuses-traditionnelles, de même que le reste des ASC, revendiquent et assument parfaitement leur rôle « d'instruments »/« d'exécutants » au service de la santé et n'estiment avoir envers la population qu'un rôle de service à délivrer.

Dans la province de Makamba, un projet de dépistage et de récupération des abandons des malades du VIH/SIDA a été mené par Cordaid avec une approche de type FBP. L'idée a été de contractualiser toute une série d'acteurs dont des agents de santé communautaire, des animateurs de santé, des accoucheuses traditionnelles, des personnes vivant avec le VIH/SIDA, etc. Il a été insisté pour que les contrats soient passés directement entre des formations sanitaires et des groupements de personnes (et non des individus seuls). Les différents acteurs ont donc été amenés à se structurer en associations. Pour évaluer et rétribuer le travail que ces associations accomplissent dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, l'AAP de Makamba a développé une série d'indicateurs subventionnés spécifiques (*Annexe*). Ceux-ci s'articulent avec les objectifs poursuivis par les CdS.

La mise en place du FBP va donc en fait sélectionner et affirmer le rôle de prestataires (tâches clairement définies par contrat) de ces différents ASC au sein du système de soins de santé.

Dans le même temps, la contractualisation des agents de santé communautaire, ou au moins leur intéressement aux performances du CdS auquel ils sont rattachés, apparaît inévitable tant les

¹² Il existe également des tradipraticiens qui ne sont pas intégrés au système de soins de santé officiel (Centre de Santé), certains sont reconnus par la loi et fonctionnent avec l'autorisation du MSP et d'autres travaillent de façon clandestine. Ils ne sont pas liés aux CdS et nous ne les étudions pas dans cet article.

interviews réalisées avec les agents de santé révèlent qu'ils ne supporteront pas de ne pas bénéficier des dividendes d'un effort auquel ils participent. Cela s'accompagnera nécessairement, comme pour le cas des accoucheuses-traditionnelles et des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, d'une identification des parties et des statuts, d'une clarification officielle des tâches, dont notamment les relations ASC-CoSa, et d'une structuration des acteurs. L'approche de Cordaid et de la plupart des ONG a en effet été de privilégier une contractualisation d'associations de personnes plutôt que d'individus, pour des raisons de facilité et de pérennité (l'association s'engage à fournir le service, les membres peuvent se remplacer entre eux). Ce changement nécessitera également d'identifier les agents de santé communautaire actifs, parce qu'il existe actuellement une pléthore d'agents issus de programmes parfois très anciens et qui ne sont pas nécessairement tous actifs.

Comme pour le cas des CoSa, l'arrivée du FBP ne solutionne cependant pas tout ; une question de fond non-résolue est la relation entre les ASC et les CdS. Produits des programmes verticaux, les ASC sont parfois peu intégrés au système sanitaire local et il sera crucial que les autorités sanitaires définissent clairement quelles sont les responsabilités des ASC par rapport au CoSa et au CdS afin d'éviter une sous-efficacité du système par manque de coordination.

Enfin, il est important de mentionner qu'à côté des CoSa et des différents ASC, le système de FBP a introduit un nouvel acteur au niveau de la communauté : les Associations Locales (AsLo) contractualisées afin de vérifier auprès de quelques usagers du CdS la véracité des informations transmises par les CdS à propos de leurs performances dans le FBP. C'est en fait un mécanisme anti-tricherie » qui fonctionne de la façon suivante : les AsLo, sélectionnées par l'AAP en fonction de leur qualité (bonne organisation et bonne gestion interne), vont parcourir les collines pour vérifier l'exactitude d'une série de fiches de patients. Pour s'assurer que l'association fait son travail correctement, elle reçoit uniquement les informations de base et doit inclure dans sa collecte de données toutes les informations manquantes. Une fois ces informations récoltées, elles sont comparées avec celles fournies par le CdS.

Les AsLo n'ont aucun lien avec la FoSa ou avec le CoSa et sont des prestataires engagés dans une tâche unique : vérifier des informations auprès de la communauté. C'est une forme d'audit externe. A l'occasion d'une question ouverte, les AsLo collectent également l'opinion des utilisateurs sur leur expérience au CdS. Ces données sont également transmises à l'AAP. Le fait que ces données soient, dans l'état actuel des pratiques, faiblement exploitées et surtout que les données ne concernent que quelques patients tirés au hasard (de façon non-représentative) rendrait abusif l'usage du terme « voix de la population » que nous avons utilisé pour parler des CoSa. Il s'agit en fait davantage d'acteurs communautaires instrumentalisés, contractualisés par le système de FBP, que d'acteurs de la santé communautaires chargés de représenter la population ou d'effectuer des tâches en lien direct avec les pratiques de santé publique.

6. Conclusion : un renforcement mutuel du FBP et des acteurs communautaires.

En conclusion, le FBP au Burundi a modifié et va probablement continuer à modifier les pratiques de participations communautaires dans la santé.

Le FBP apparaît ainsi dépendant des CoSa pour son bon fonctionnement et, dans le même temps, renforce ces mêmes CoSa. Le FBP amène ainsi à se ré-intéresser aux CoSa longtemps délaissés mais cela doit se faire avec précaution. Des dynamiques originales, dont des systèmes de prise en charge des plus vulnérables, se sont parfois développées spontanément en l'absence de toute intervention des autorités sanitaires ou d'un autre acteur, et il ne faudrait pas les casser. Plus largement, l'intégration des CoSa au FBP nécessite de ne pas « instrumentaliser » un organe qui est avant tout destiné à être l'expression de la voix de toute la population.

De leur côté, les ASC et les accoucheuses traditionnelles semblent s'intégrer aisément au nouveau cadre du FBP. Ce dernier leur demande de se réorganiser et il permet de les structurer autour de prestations bien définies par des contrats ce qui nous amène également à repenser la relation que les ASC ont avec les CdS. Il sera nécessaire de mener une réflexion plus large sur le rôle et les responsabilités de ces ASC « renforcés » par le FBP, afin que l'effort commun du CdS et des ASC permette la meilleure couverture médicale possible.

Le FBP amène également à une réflexion sur les arrangements institutionnels recommandables (*tab. 3*). Suivant des principes de bonne gouvernance, le CoSa serait avant tout et prioritairement l'organe de représentation de la population et de gestion ou de co-gestion du CdS. Par contre, les tâches de prestation de services liés aux soins de santé (sensibilisation sur différentes pathologies, etc.) seraient confiées prioritairement aux agents de santé.

Dans un cadre de séparation des fonctions, les ASC devraient eux se charger de toute une série de prestations effectuées en dehors du centre de santé qui ne sont pas effectués par le personnel du CdS et qui sont pour l'instant parfois effectués par l'administrateur du CdS, le CoSa.

Enfin, le rôle des associations locales chargées de la vérification (AsLo) dans le FBP, très bien défini par les contrats en vigueur, n'apparaît pas problématique. Il devrait rester tel quel, en intégrant une collecte d'information qui soit assez large pour permettre de connaître l'opinion des usagers sur le CdS et sur les pratiques de gestion du CoSa.

Ces choix quant aux rôles à donner à chacun ont aussi une incidence sur les contractualisations possibles. Si la contractualisation des ASC et des AsLo ne semble pas poser de problème majeur, une contractualisation directe du CoSa (distincte de la contractualisation possible du CdS par une agence d'achat) apparaît comme une option incompatible avec un mandat de défense du point de

vue de la population. De même, une politique de rémunération de CoSa basée sur la performance globale du CoSa n'est concevable que si elle ne détourne pas les Cosa de leur rôle d'interface entre la population et le CdS.

| | représentation de la population | instrumentalisation (au service du système sanitaire) ¹³ | arrangement institutionnel |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Comité de Santé (CoSa) | forte, raison d'être | faible, prestations de services secondaires et limitées à des activités définies, dont : - contrôle financier, - transmission d'informations entre le CdS et la population. - facilitation de l'accès au CdS à tous (aide aux indigents). | - texte réglementaire du MSP, statuts propres, règlement d'ordre intérieur. - droits décisionnels sur le CdS. - compensation pour leur rôle dans la gouvernance et leurs éventuelles prestations. |
| Agents de Santé Communautaire (ASC) | non | oui, prestation de tâches définies dans le cadre de cahiers des charges et/ou de contrats et portant principalement sur : - activités de sensibilisation. - participation à des activités de prévention. - participation à des activités de soins élémentaires. - collecte d'informations (patients perdus de vue, etc.). | - contractualisation individuelle ou collective par le CdS. - paiement à la prestation possible. |
| Association Locale (AsLo) | indirecte (contrôle/vérification) | oui, vérification de la réalité des prestations et recueil de la satisfaction des usagers (fonction systémique) | - contractualisation collective par l'agence d'achat. - mise en concurrence des associations |

Tab. 3. Synthèse et proposition d'intégration des CoSa dans le système de FBP

Pour conclure, le FBP apparaît comme une excellente porte d'entrée pour réformer, réorganiser et rationaliser un secteur de la santé communautaire qui est trop souvent confus. Cette réorganisation n'est cependant pas automatique et il appartient donc aux décideurs du secteur de la santé publique de prendre leurs responsabilités et d'agir.

¹³ En droit et en économie, les deux premières colonnes (« représentation de la population » et « instrument au service du CdS ») correspondent toutes les deux à des fonctions d'« agents », c'est-à-dire d'acteurs agissant au nom d'un « principal ». La différence est que le principal n'est pas le même dans chacun des deux cas. Le CoSa est ainsi un agent élu par le « principal » communauté alors les ASC sont des agents engagés par le « principal » système sanitaire (AAP, MSP, etc.).

Bibliographie :

- David J & Zakus L. (1998) 'Resource dependency and community participation in primary health care', *Social Science & Medicine*, 46 (4-5), pp. 475-494.
- Björas, G., Haglund, B.J.A & Rifkin S.B. (1991) 'A new approach to community participation assessment', *Health Promotion International*, 6 (3), pp. 199-206.
- Falisse J-B. (2010) 'Participation communautaire et financement basé sur la performance. CoSa et Associations Locales dans les provinces de Bubanza, Makamba, Muramvya, Mwaro, Ngozi et Rutana, Burundi', Rapport de mission d'étude, CORDAID Burundi.
- Fassin D. & Fassin É. (1989). 'La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal', *Tiers-Monde*, 30 (120), pp. 881-891.
- Jacobs B. & Price N. (2003) 'Community participation in externally funded health projects: lessons from Cambodia', *Health Policy and Planning*, 18(4), pp. 399-410.
- Jaffré Y & Olivier de Sardan J.-P. (2003) *Une médecine inhospitalière ; Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala.
- Kahsay M. & Oakley P. (1999) *Community Involvement in Health Development: A Review of the Concept and Practice*, Genève, OMS.
- Morgan L. (2001), 'Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge', *Health Policy and Planning*, 16(3), pp. 221-230.
- Meessen B. (2009) *An Institutional Economic of Public Health Care Organisations in Low-Income Countries*, Université catholique de Louvain.
- Ministère de la Santé du Burundi (2007), *Normes sanitaires pour la mise en place du PNDS 2006-2010*, p. 37.
- Ministère de la Santé Publique du Burundi & OMS (2007), *Guide pour le fonctionnement et l'organisation des comités de santé*.
- Nitiema P., Ridde V. & Girard J. (2003) 'L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso', *Revue internationale de science politique*, 24, pp. 237-256.
- Organisation Mondiale de la Santé (1978) 'Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires', 6-12 septembre 1978, Alma-Ata (URSS).
- Organisation Mondiale de la Santé (1988) 'Guidelines for implementing the Bamako Initiative', Comité Régional pour l'Afrique, 38^e session, AFR/RC38/18 Rev 1, Brazzaville.
- Rifkin S.B., Muller F. & Bichmann W. (1988) 'Primary health care: on measuring participation', *Social Science and Medicine*, 26 (9), pp. 931-940.

Rutebemberwa E., Ekirapa-Kiracho E., Okui O., Walker D., Mutebi A. & Pariyo G. (2009), 'Lack of effective communication between communities and hospitals in Uganda: a qualitative exploration of missing links', *BMC Health Services Research*, 9 (146).

Soeters R, Habineza C & Peerneboom P.-B. (2006) 'Performance-based financing and changing the district health system : experience from Rwanda', *Bulletin of the World Health Organization*, 029991 (06), pp. 884-889.

Tizio S, Flori Y. (1998) 'L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun', *Tiers-Monde*, 38 (152), pp. 837-858.

Annexe.

Tableau : Grille d'évaluation des groupements de Makamba

| Performance | Indicateur | Source de vérification |
|--|---|---|
| Sensibilisation des femmes enceintes pour la Consultation Pré-Natale (CPN) | nombre de CPN | Rapport du groupement, enquête de satisfaction, sondage communautaire |
| Récupération des dépistés volontaires non revenus pour le <i>counselling</i> post-test | Nombre de dépistés référés par le groupement pour le <i>counselling</i> post-test | Rapport du groupement; données enregistrées par la FoSa |
| PVVIH conseillées pour l'utilisation des services PF | Nombre de PVVIH référées par le Groupement et reçues en PF | |
| Conseil aux femmes enceintes pour le dépistage volontaire VIH/SIDA | Nombre de femmes enceintes référées par le groupement et admises pour dépistage volontaire | |
| Récupération des femmes enceintes dépistées volontaires non-revenues pour le <i>counselling</i> post-test | Nombre de femmes enceintes dépistées référées par le groupement pour <i>counselling</i> post-test | |
| Récupération des femmes enceintes dépistées pour être sous protocole PTME | Nombre de femmes dépistées référées par le groupement pour PTME | |
| Accompagnement des femmes sous protocole PTME pour accoucher en milieu assisté | Nombre de femmes enceintes sous protocole PTME accompagnées pour accouchement en milieu assisté | |
| Appui à la FOSA dans la récupération des couples mère-enfant perdus de vue dans le suivi du protocole PTME | Nombre de couples mère-enfant sous protocole PTME récupérés par le groupement pour suivi du protocole | |
| Récupération à 18 mois des enfants sous protocole PTME pour dépistage | Nombre d'enfants de 18 mois référés par le groupement pour dépistage | |
| Appui à la FOSA dans la récupération des patients sous ARV perdus de vue | Nombre de personnes sous ARV perdues de vue et récupérées par le groupement | |

Source du tableau: programme FBP communautaire de Cordaid en province de Makamba.