

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

BULLETIN TRIMESTRIEL DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE (FBP)

L'EXPERIENCE PILOTE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE (FBP) COMMUNAUTAIRE EN PROVINCE SANITAIRE DE MAKAMBA

1. CONTEXTE

Le Financement Basé sur la Performance est l'une des importantes réformes adoptées par le Gouvernement du Burundi à l'issue des états généraux de la santé organisés en 2004 par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. La composante clinique de cette stratégie a été mise en œuvre depuis les années 2006 d'abord par des expériences pilotes dans certaines provinces puis généralisée à tout le pays depuis avril 2010. Le niveau communautaire qui est un maillon très important pour la promotion de la santé, la prévention de certaines maladies et la prestation d'un certain paquet des services n'a pas été pris en compte au début de la mise en œuvre de la stratégie.

Conscient de l'importance de ce niveau le plus périphérique, le MSPLS en collaboration avec l'ONG CORDAID est entrain de mettre en œuvre une expérience pilote de Financement Basé sur la Performance au niveau communautaire. Cette

expérience se déroule en Province sanitaire de Makamba depuis 2011

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif global :

Contribuer à l'amélioration la santé de la population de la province de Makamba en renforçant le travail des ASC à travers un financement basé sur la performance en santé communautaire.

2.2. Objectifs spécifiques :

1. Amener les ASC à remplir leurs fonctions de référence communautaire, de sensibilisation pour le changement de comportement et de prestation en leur apportant un financement motivant.

2. Renforcer les compétences techniques et organisationnelles des ASC en leur apportant les formations adéquates et un encadrement de proximité

3. ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE

3.1 Le MSPLS

Le Ministère de la Santé Publique et lutte contre le Sida assure la définition des politiques et des normes en santé communautaire. Ceci a été traduit par la validation et la diffusion, en mai 2012, du manuel des procédures en santé communautaire et du document des orientations stratégiques en santé communautaire. Ces

documents de référence nationale en santé communautaire prônent entre autres, la norme d'un Agent de santé Communautaire (ASC) par sous colline et du regroupement de tous les ASC en groupements d'Agents de Santé Communautaire. Dans le cadre de ce projet pilote, le MSPLS, à travers la CT-FBP et le DPSHA, assure le suivi-évaluation en vue d'une adaptation

progressive du montage FBP communautaire aux fins d'une extension potentielle.

3.2 Cordaid

Cordaid finance, sur ses fonds propres la mise en œuvre de ce projet pilote, depuis la formulation, la mise en œuvre jusqu'à l'évaluation externe. De plus, Cordaid assure une assistance technique à l'ONG locale Initiative d'Appui au développement Humain Durable « IADH » chargée de la mise en œuvre sur terrain.

3.3 IADH

IADH est l'Agence d'exécution du projet sur terrain.

Elle organise toutes les activités et en assure le rapportage envers Cordaid. Au niveau du terrain, IADH accorde une grande importance au coaching de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBP communautaire à savoir le CPVV, BPS, BDS, CDS et GASC. Elle assure tout le processus FBP depuis l'encadrement dans l'élaboration des PAT par les GASC, la négociation et signature des contrats, la vérification quantité et communautaire, l'animation des ateliers trimestriels de restitutions ainsi que l'encadrement des GASC dans l'utilisation rationnelle des subsides à travers des microprojets.

4. PRINCIPAUX INDICATEURS CONTRACTUALISES

Au moment de la formulation du projet, un certain nombre d'indicateurs étaient arrêtés pour être subventionnés au niveau de la communauté. Le tableau ci-après présente ces indicateurs et le montant unitaire des subsides pour chacun :

Participation à des réunions	Participer à une réunion mensuelle	2 000 FBU
Rapportage	Présentation du rapport trimestriel	2 000 FBU

Type d'indicateur	Nom de l'indicateur	Subside unitaire
Référence communautaire	VIH : client CDV référé et arrivé au CDS	500 FBU
	Paludisme : cas de fièvre référé et arrivé au CDS	100 FBU
	Malnutrition : cas de malnutrition dépisté, référé et arrivé	500 FBU
	SR : Femme enceinte référée pour accouchement et arrivée au CDS	1 500 FBU
	SR : Client PF référé et arrivé au CDS	700 FBU
	SR : Femme enceinte référée pour CPN et arrivée au CDS	200 FBU
	SR : Mère référée pour CPoN et arrivée au CDS	200 FBU
Recherche d'abandons	VIH : cas ARV perdu de vu récupéré	13 000 FBU
	VIH : cas PTME perdu de vu récupéré	13 000 FBU
	PEV : cas d'abandon du PEV récupéré	800 FBU
Activités de lutte contre la tuberculose	Suspect confirmé par le CDT	1 000 FBU
	Si malade est TPM+	3 000 FBU
	Examen de contrôle (C2, C5, C6, C8), par crachat	500 FBU
	Approvisionnement en médicaments antituberculeux (par mois)	1 000 FBU
	Tuberculeux déclaré guéri	5 000 FBU
	Malade accompagné au CDT pour effets secondaires des antituberculeux	2 000 FBU

Ainsi, trois paquets de services étaient prévus et devaient être contractualisés progressivement. Les références communautaires (référence de patients au CS) ont été contractualisées dès l'année 2011. Au cours de la mise en œuvre de l'expérience, la liste des indicateurs à subventionner a été réadaptée en fonction des réalités de terrain. Ainsi, les indicateurs en rapport avec la prestation des soins n'ont pas été subventionnés vu que le paquet des soins pouvant être administrés à domicile par les ASC n'était pas encore déterminé par le DPSHA.

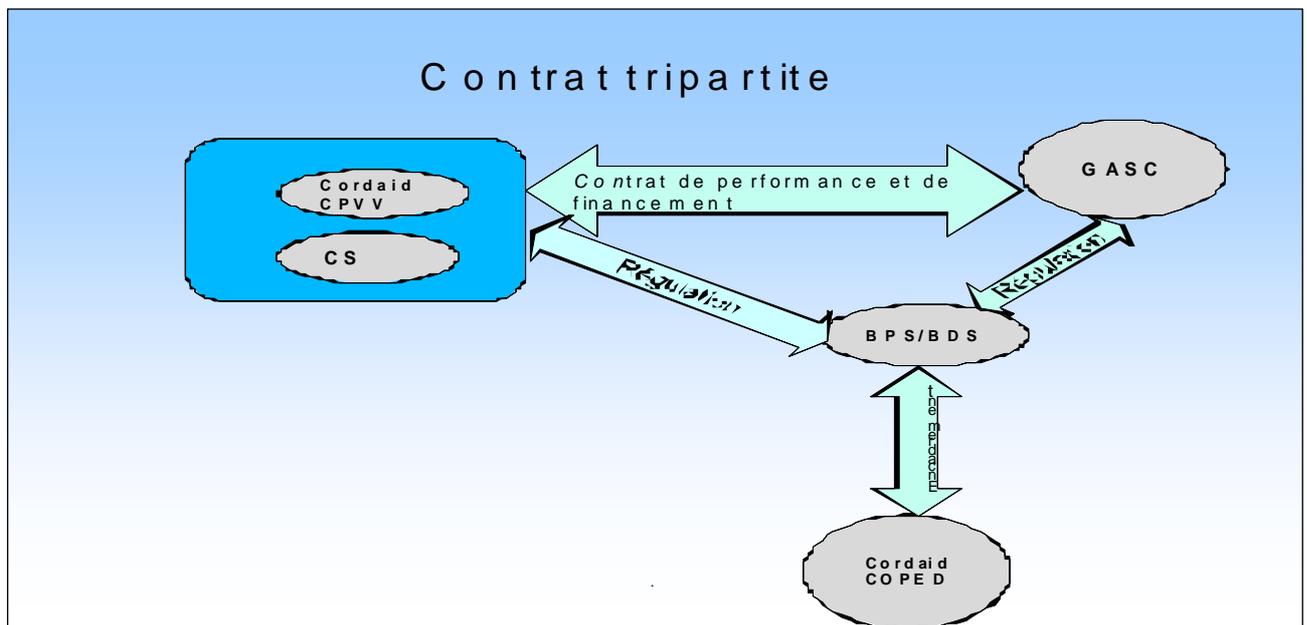
De même les indicateurs en rapport avec la participation à des réunions et le rapport trimestriel n'ont pas été subventionnés.

Par contre, d'autres indicateurs se sont avérés aptes à contribuer au renforcement des interventions communautaires et à améliorer l'utilisation des services de santé. Il s'agit par exemple de visites à domicile et des séances de sensibilisation qui ont été ajoutés à la liste des indicateurs subventionnés initialement arrêtée. Ces indicateurs ont été contractualisés à partir du deuxième trimestre de l'année 2012.

5. LE CIRCUIT DE FINANCEMENT

- Arrangements contractuels : Contrat tripartite

Le GASC envoie son rapport mensuel au CDS qui le transmet à son tour au CPVV. Ce dernier, appuyé par l'équipe de vérification de l'IADH, vérifie le rapport et ordonne le paiement de la facture.



- **Circuit de vérification et de validation**

Les mécanismes de vérification sont conçus et mis en œuvre de façon suivante :

- ✓ La pré vérification est effectuée par les CDS et se fait sur les rapports envoyés par les GASC en les confrontant aux données des différents registres du CDS ;
- ✓ Une vérification quantitative trimestrielle jusqu'en décembre 2011 puis mensuelle depuis janvier 2012. Elle est réalisée par l'équipe de vérification de l'IADH lors des descentes mensuelles ;
- ✓ Une vérification qualitative réalisée à un rythme trimestriel depuis le deuxième trimestre 2012 ;
- ✓ Une vérification communautaire (contre vérification) avec comme objectif de confirmer l'existence des utilisateurs et des prestations des ASC déclarées par les GASC ainsi que l'appréciation de la population. Elle est effectuée par les Associations Locales.

- **Circuit de paiement**

- ✓ La vérification des prestations des GASC dure environ 15jrs
- ✓ Validation des données au cours de la réunion de validation du CPVV ;
- ✓ Analyse/traitement des factures par CORDAID bureau de Bujumbura ;
- ✓ Transactions bancaires : virement des fonds à la COOPEC Makamba par CORDAID qui envoie ensuite l'ordre de virement aux bureaux de IADH à Makamba. Ce dernier est chargé d'assurer le suivi du transfert des primes aux comptes des différents GASC de toute la province

Tout ce circuit dure au maximum 40 jours pour le paiement effectif des GASC.

6. PRINCIPAUX RESULTATS

Une évaluation de la mise en œuvre de cette expérience pilote vient d'être conduite par des consultants indépendants au début de l'année 2013.

- ✓ Les évaluations qualité pour le deuxième et le troisième trimestre 2012 montrent une évolution nettement positive des scores de qualité.

Dans leur rapport, l'analyse a porté sur les résultats quantitatifs et qualitatifs mais aussi organisationnels et associatifs et les principaux résultats sont :

- ✓ Au point de vue quantitatif, les résultats sont assez satisfaisants. En effet, il a été observé une augmentation du volume des prestations (en rapport avec les indicateurs contractualisés) au niveau des Centres de Santé (CDS) qui est attribué à l'action des GASC par les prestataires interrogés. Cependant, cela n'est pas scientifiquement prouvé au vu des effets d'aubaine potentiels. De plus, le volume des prestations pour certains indicateurs (Consultations prénatales et Planification Familiale) au niveau des CDS de la province sanitaire de Makamba comparé au reste du pays ne montre pas de différence significative.
- ✓ Du point de vue qualitatif, le regroupement des ASC au sein des GASC et leur formation a sans aucun doute renforcé le niveau d'appropriation de l'intervention et la qualité des prestations offertes à la population

7. CONCLUSIONS

Une expérience pilote de FBP communautaire fait son chemin en province Sanitaire de Makamba. Avec un montage quelque peu superposable avec le modèle clinique mis en place au niveau national, plusieurs acteurs sont aujourd'hui impliqués à sa mise en œuvre.

Il est important de mentionner l'innovation dans l'organisation et le fonctionnement des Agents de Santé Communautaire regroupés au sein des GASC, qui entretiennent une relation contractuelle avec les Centres de Santé.

Comme tout projet pilote, des adaptations du montage et des modalités de mise en œuvre ont été opérées pendant les deux ans du projet.

Même si les résultats sont assez satisfaisants, ils ne permettent pas encore un passage à échelle immédiat. Des recommandations

- ✓ La structuration des ASC en GASC est un résultat très positif obtenu par le projet pilote. En effet, ces GASC permettent une meilleure organisation et une synergie des actions au niveau communautaire.
- ✓ Les fonds gagnés par les GASC ont été investis en grande partie dans le développement des activités génératrices de revenus (AGR) en vue d'une pérennisation des financements de ces GASC.

De manière globale, pour 6 indicateurs où la comparaison avec le FBP clinique est possible, la performance enregistrée mensuellement a été maintenue ou augmentée. Il s'agit de la sensibilisation et la références des clients pour le dépistage volontaire VIH, la CPN, la CPON, la PF, l'accouchement assisté et la récupération des abandons du PEV.

pertinentes visant à améliorer l'environnement de mise en œuvre ont été formulées par une mission d'évaluation externe dont les principales sont : la mise en place d'un manuel des procédures FBP communautaire, la révision des indicateurs pour les rendre plus spécifiques à l'action de l'ASC, l'usage d'un billet de référence communautaire, la détermination du paquet de prestation communautaire, la mobilisation d'autres fonds pour assurer des formations/recyclages suffisantes...

Une fois ces recommandations prises en compte, l'expérience de Makamba conduite par CORDAID, servira sans aucun doute d'un point de départ pour la mise en place du FBP communautaire à l'horizon 2015.