



**INSTITUTE
OF TROPICAL
MEDICINE
ANTWERP**

APPLICATION DE LA TARIFICATION FORFAITAIRE DANS LES ZONES DE SANTE DE LA PROVINCE DE LA TSHOPO APPUYEES PAR ENABEL ET IMA DE 2014 à 2022

Par :
DPS Tshopo

Avec l'appui de :

Faustin CHENGE, MD, MPH, PhD et Ghislain BISIMWA, MD, MPH, PhD et l'équipe
de CCSC

(Centre de Connaissance en Santé en RD. Congo)

&

Joris MICHIELSEN, PhD et Wim Van DAMME, MD, MPH, PhD

(Institut de Médecine Tropicale à Anvers)

Joris Michielsen
Octobre 2023

Préface

Savoir pourquoi une situation problématique arrive et comment une intervention a résolu la situation est assez important que savoir si l'intervention a réussi à résoudre la situation. Si on ne comprend pas les conditions, les facilitateurs contextuels et le processus qui produisent les effets positifs ou négatifs, on ne sait pas si l'intervention peut réussir ailleurs (Pawson, 2006). Malheureusement, la plupart des évaluations se situent à la fin d'un projet avec le seul but de montrer les résultats de l'action sans prendre de temps d'analyser de façon critique les déclencheurs et les mécanismes à l'intérieur et à l'extérieur de l'intervention, de documenter ce qui s'est réellement passé au sein de l'intervention (par exemple : les processus, les décisions prises, la dynamique et les capacités au sein de l'équipe, les obstacles et facilitateurs rencontrés ...) et de tirer des enseignements aussi bien des succès que des échecs. Une grande partie des actions, interventions et projets reste non documentée. Souvent, ceux qui travaillent « sur le terrain » ont connaissance des savoirs, mais n'ont pas le temps ou le réflexe de les noter et partager plus largement. Alors ils restent invisibles aux collègues, aux personnes qui rejoignent le projet à un stade ultérieur, ou qui travaillent dans un endroit différent. Ainsi les savoirs générés au sein des projets se perdent lorsque des expériences positives et négatives ne sont pas correctement analysées, documentées et partagées. La situation s'aggrave dans des situations de *turnover* élevé du personnel.

En 2021, Enabel et Memisa ont joint l'acte à la parole. Convaincus par la pertinence de faciliter la description, l'analyse et le partage, de manière approfondie, systématique, continue et participative, des processus et des résultats de leurs projets afin d'améliorer l'apprentissage, d'éviter la perte de savoir et de "réinventer la roue", d'accroître l'efficacité et l'efficience et de tirer et partager les enseignements des bonnes et également mauvaises pratiques, ils ont libéré des ressources financières, humaines et logistiques pour installer une pratique de capitalisation au sein de leurs organisations et activités en République Démocratique de Congo (RDC). L'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers et le Centre de Connaissances en Santé en R.D. *Congo (CCSC) étaient contractés pour former les équipes locales et ensuite leur apporter un appui et un encadrement technique et méthodologique pour conduire un exercice de capitalisation avec dans le premier temps une application concrète aux mécanismes de financement des soins de santé en RDC.*

C'est quoi une capitalisation d'expériences ? La définition généralement utilisée par les ONGs, bailleurs de fonds et organisations multilatérales est celle de De Zutter (1994) : « Capitaliser c'est passer de l'expérience à la connaissance partageable ». Dans notre projet de capitalisation nous avons suivi la définition plus spécifique qui est aussi utilisée dans le cours virtuel sur la capitalisation conçu par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et financé par la Coopération Belge au Développement et le Centre Technique de coopération Agricole et rurale ACP-UE (CTA). Nous considérons la capitalisation d'expériences comme un processus systématique, itératif et participatif, méthodologique par lequel une expérience est identifiée, analysée et documentée, et qui aboutit à la création de connaissances (par exemple

des bonnes pratiques ou des enseignements tirés) qui peuvent être partagées et utilisées pour générer des changements. Pour bien comprendre le contenu de ces monographies qui sont le résultat de l'exercice de capitalisation et qui sont produit par les équipes locales avec un encadrement intensif d'une équipe d'experts du CCSC et de l'IMT, il est essentiel de clarifier la différence entre la capitalisation d'expérience et de pratique d'une part et une évaluation ou une recherche-action d'autre part.

La capitalisation se concentre principalement sur la compréhension de ce qui s'est passé et la découverte de pourquoi les événements (décisions, obstacles, résultats positifs ou négatifs) se sont produits et les objectifs sont atteints ou non-réalisés. En revanche, l'évaluation s'intéresse principalement aux résultats, les effets et l'efficacité de l'intervention. Elle apprécie si les objectifs prédéfinis ont été atteints, fait des propositions pour améliorer l'intervention et juge s'il est valable de continuer, élargir ou reproduire l'intervention. La capitalisation peut être facilitée par une évaluation antérieure et par un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel mais, contrairement à l'évaluation, ne porte pas de jugement. La recherche-action est une méthodologie stricte qui suit un cycle interactif, itératif et progressif de résolution de problèmes. Elle part de l'identification d'un problème et ensuite propose des hypothèses que l'intervention va progressivement tenter de tester, valider, infirmer, ajuster jusqu'au moment où le problème est résolu. La capitalisation ne part pas d'un problème, ni d'une hypothèse ou d'une solution théorique, mais se concentre sur des actions, des processus passés et sur le vécu des acteurs. Néanmoins, la capitalisation peut être utilisée dans la recherche pour tirer des enseignements qui peuvent être intégrés à la recherche-action pendant qu'elle est menée.

Ainsi, cher lecteur, vous ne trouverez dans ces monographies aucune réponse à la question de savoir quelle intervention fonctionne le mieux ou contribuerait le plus à la couverture santé universelle en RDC. Vous trouverez certainement des indicateurs de résultats pour les différentes interventions, mais ceux-ci ne servent qu'à soutenir l'analyse, les raisons qui sous-tendent ces résultats. Le but principal reste d'analyser de façon critique les déclencheurs et les mécanismes à l'intérieur et à l'extérieur de l'intervention, de documenter ce qui s'est réellement passé, et de tirer des enseignements aussi bien des succès que des échecs. Deuxièmement, ces monographies sont le résultat d'un projet dans lequel la formation des équipes locales dans la méthodologie de capitalisation était essentielle. Et bien que les équipes locales et l'équipe d'encadrateurs aient consacré beaucoup de temps et d'énergie physique et intellectuelle, dans la réalisation de ces monographies, celles-ci doivent être considérées comme le résultat d'un exercice plutôt que comme un rapport rédigé par un groupe externe de consultants formés à la capitalisation.

Au nom de l'équipe d'encadrateurs et les équipes locaux de capitalisation

Dr. Joris Michielsen (Superviseur principal, IMT)

Prof. Dr. Wim Van Damme (Co-superviseur, IMT)

References

- De Zutter, P. (1994). *Des Histoires, Des Savoirs, Des Hommes : l'Expérience est un Capital*. Série Dossier pour un débat, n° 35. FHP 1994.
http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDsHommes.pdf
- Feuvrier, M.V., Balizet, O., Noury, A. (2014). *La capitalisation des expériences - Un voyage au cœur de l'apprentissage*. F3E. https://f3e.asso.fr/wp-content/uploads/guide_capitalisation.pdf
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realistic perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Table des matières

Abbreviations	6
Liste des tableaux	8
Liste des figures	9
I. Introduction	10
1.1. CADRE GÉNÉRAL DE LA POLITIQUE SANITAIRE EN RD CONGO.....	10
1.2. PROBLÉMATIQUE DU FINANCEMENT DE SOINS EN RD CONGO	12
1.3. CONTEXTE SPÉCIFIQUE DE LA PROVINCE DE LA TSHOPO	13
ii. Methodologie	15
2.1. LIEU DE MISE EN ŒUVRE ET ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA CAPITALISATION DE L'EXPÉRIENCE	15
2.2. ETAPES DE LA CAPITALISATION	15
2.2.1. <i>Formation de l'équipe de capitalisation.....</i>	<i>16</i>
2.2.2. <i>Suivi à distance de l'équipe de capitalisation.....</i>	<i>16</i>
2.3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ET COLLECTE DES DONNÉES	16
2.4. ANALYSE DES DONNÉES.....	17
2.5. ASPECTS ÉTHIQUES	18
iii. Resultats	18
3.1. INTRODUCTION ET ADOPTION DE LA TF DANS LA PROVINCE DE LA TSHOPO	18
3.1.1. <i>Diagnostic de la situation de départ</i>	<i>18</i>
3.1.2. <i>Description des principaux axes stratégiques de la tf.....</i>	<i>19</i>
3.1.3. <i>Préalables à la tf : etude des coûts de soins, sensibilisation des acteurs et élaboration des outils de gestion 20</i>	<i>20</i>
3.2. DESCRIPTION DES EXPÉRIENCES PRÉCÉDENTES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ DANS LA PROVINCE DE LA TSHOPO	21
3.3. LES DEUX GRANDES EXPERIENCES DE LA TF DANS LA PROVINCE DE LA TSHOPO DE 2014 A 2022	25
3.3.1. <i>Montage de deux expériences de tfs à tshopo de 2014 à 2022</i>	<i>25</i>
3.3.2. <i>Acteurs principaux de ces expériences.....</i>	<i>31</i>
➤ <i>expérience ima (2014-2017)</i>	<i>31</i>
➤ <i>expérience enabel (2018-2022)</i>	<i>34</i>
3.4. EVOLUTION DES QUELQUES INDICATEURS SANITAIRES DES ZONES DE SANTE DE 2014 A 2022	36
iv.Principales lecons apprises des experiences de taficiation forfaitaire a tshopo	46
4.1. LORS DE LA CONCEPTION DES PROJETS DE SUBVENTION DES SOINS DE SANTE	46
4.2. LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DES MONTAGES DE TF ET TFS	47
4.3. A LA FIN DE L'APPUI DU PARTENAIRE CONCERNANT LES MONTAGES TF ET TFS	49
v.Analyse forces-faiblesses-menances-opportunités des experiences de taficiation forfaitaire a tshopo	50
vi. Conclusion	51

Abbreviations

AT : Assistant technique

AS : Aires de santé

BDOM : Bureau Diocésain des œuvres médicales

BCZ : Bureau Central de la Zone de Santé

CB : Chef de bureau

CAMEKIS : Centrale d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels de Kisangani

CCSC : Centre de connaissance en santé en RDC

CD : Chef de division de la santé

CDR : Centrale de Distribution Régionale des médicaments

CS : Centre de santé

CNS : Compte Nationale de Santé

CCSC : Centre de Connaissance en Santé en RDC

CSU : Couverture santé universelle

CTB : Coopération Technique Belge

DEP : Direction des études et planification en RDC

DFID : Department for International Development

DHIS : Système d'information sanitaire

DPS : Division provinciale de la santé

DSCRIP : Document stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté

DTS : Dépenses totales de santé

ENABEL : Agence Belge de Développement

EUP : Etablissement d'utilité public

EPP : Encadreurs Provinciaux Polyvalents des zones de santé

FC : Francs congolais

FCDO : Foreign, Commonwealth & Development Office

FFOM : Force, faibles, menaces, opportunités

FOSA : Formation sanitaire

HGR : Hôpital général de référence
IMA : Interchurch Medical Assistance
IMT : Institut de Médecine Tropical
IRC : International Rescue Committee
IT : Infirmier Titulaire
LCM : Lignes de crédits médicaments
MCZ : Médecin chef de zone de santé
MD : Médecin directeur
MSP : Ministère de la santé publique
OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
PAO: Plan action opérationnel
PADP : Programme d'Appui aux Divisions Provinciales de Santé
PNDS : Plan national de développement sanitaire.
PNSD : Plan national stratégique de développement.
PNS : Politique Nationale de Santé
PTF : Partenaire technique et financier
PRECODESA : Président du Comité de Santé de l'aire de santé
RDC : République Démocratique du Congo
SRSS : Stratégie de renforcement du système de santé
SSP : Soins de santé primaire
TF : Tarification forfaitaire
TFS : Tarif forfaitaire subsidié
USD : Dollars américains
ZS : Zone de santé

Liste des tableaux

Tableau 1. Montage des expériences de subvention des soins à la Tshopo de 2001 à 2022	23
Tableau 2. Acteurs et leurs rôles dans la subvention IMA 2014-2017 à Tshopo	31
Tableau 3. Acteurs et leurs rôles dans la subvention ENABEL 2018-2022 à Tshopo	34

Liste des figures

Figure 1. Ligne de temps des principales expériences de subvention des soins de santé à Tshopo (2001-2022).....	22
Figure 2. Passage de la gratuité des soins à la TFS selon l'approche de la coopération anglaise à la Tshopo	25
Figure 3. Montage de la TFS à l'HGR et au CS pour la subvention IMA 2014-2017	28
Figure 4. Modèle de subventionnement des soins selon l'approche de la coopération Belge à Tshopo	29
Figure 5. Montage de la TFS à l'HGR pour la subvention ENABEL 2019-2022	31
Figure 6. Cercle de mobilisation des acteurs dans la subvention IMA à Tshopo de 2014 à 2017	33
Figure 7. Cercle de mobilisation des acteurs dans la subvention ENABEL à Tshopo de 2019 à 2022.....	35
Figure 8. Evolution du taux d'utilisation des services curatives dans les ZS IMA (2014-2022)	36
Figure 9. Evolution du taux d'utilisation des services curatives dans les ZS ENABEL (2014-2022)	37
Figure 10. Evolution du taux de référence dans les ZS IMA (2014-2022)	38
Figure 11. Evolution du taux de référence dans les ZS ENABEL (2014-2022)	38
Figure 12. Evolution du nombre des malades hospitalisés à l'HGR (ZS IMA) de 2017 à 2022	39
Figure 13. Evolution du nombre des malades hospitalisés à l'HGR (ZS ENABEL) de 2017 à 2022	39
Figure 14. Taux de mortalité intrahospitalière>48h pour les ZS IMA de 2014 à 2022.....	40
Figure 15. Taux de mortalité intrahospitalière>48h pour les ZS ENABEL de 2014 à 2022.....	41
Figure 16. Taux d'infection post-opératoire de 2014 à 2022 (ZS IMA)	41
Figure 17. Taux d'infection post-opératoire de 2014 à 2022 (ZS ENABEL)	42
Figure 18. Recettes des HGR des ZS IMA de 2017 à 2022.....	42
Figure 19. Recettes des HGR des ZS ENABEL de 2017 à 2022.....	43
Figure 20. Evolution du montant de lignes de crédits (LC) médicaments dans le ZS IMA de 2018-2022	44
Figure 21. Evolution du montant de lignes de crédits (LC) médicaments dans le ZS ENABEL de 2018-2022	44
Figure 22. Valeur du solde de la ligne de crédit médicament à la CDR pour les ZS IMA de 2018 à 2022	45
Figure 23. Valeur du solde de la ligne de crédit médicament à la CDR pour les ZS ENABEL de 2018 à 2022	45

I. INTRODUCTION

1.1. Cadre général de la politique sanitaire en RD Congo

L'évolution défavorable du contexte économique et sécuritaire de la RDC, a conduit, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, à élaborer des stratégies sectorielles qui a constitué le document stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DSCRCP) en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Avec la DSCRCP, le gouvernement visait l'amélioration durable et effective des conditions de vie de l'ensemble de la population congolaise en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté. Le DSCRCP reposait sur 5 piliers liés et interdépendants : (1) la promotion de la bonne gouvernance et la consolidation de la paix notamment par le renforcement des institutions, (2) la consolidation de la stabilité macroéconomique et de la croissance, (3) l'amélioration de l'accès aux services sociaux et la réduction de la vulnérabilité, (4) la lutte contre le VIH/Sida, et (5) la promotion de la dynamique communautaire.

Dans le secteur de la santé, le gouvernement de la RDC a développé en 2001 une Politique Nationale de Santé (PNS) fondée sur les soins de santé primaires (SSP) de la déclaration d'Alma Ata (1978), réaffirmant la zone de santé (ZS) comme unité de leur opérationnalisation. Vu les innombrables problèmes de nature systémique qui ont été constatés dans l'application de cette PNS, le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires techniques et financiers (PTFs), avaient élaboré en 2006 la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui a été révisée en 2010. Cette SRSS couvre six axes stratégiques suivants : (a) la revitalisation de la Zone de Santé et la correction des distorsions induites à ce niveau, (b) le renforcement de la gouvernance et du leadership, (c) le développement des ressources humaines pour la santé, (d) la réforme du secteur du médicament, (e) la réforme du financement de la santé, et (f) le renforcement du partenariat intra et inter sectoriel. Pour sa mise en œuvre, la SRSS a été déclinée en des plans quinquennaux successifs. Le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a couvert la période allant de 2011-2015 . Cependant, les résultats observés ont indiqués que le PNDS 2011-2015 n'avait pas été véritablement mis en œuvre à la suite du déploiement insuffisant des ressources et que, les actions planifiées demeuraient pertinentes au regard des défis persistant le secteur de la santé. Ceci va donc justifier l'élaboration du deuxième PNDS élaboré pour couvrir la période allant de 2016-2020. Vu le manque de réalisme qu'a présenté ce deuxième PNDS et profitant du processus d'actualisation du Plan National Stratégique de Développement (PNSD) qui couvrait la période de 2018-2022, le MSP a initié le recadrage du PNDS 2016-2020 pour le mettre en phase avec le PNSD et renforcer la prise en charge des problèmes prioritaires avec les ressources disponibles et celles à mobiliser. C'est ainsi que va être élaboré en Septembre 2018, le PNDS recadré pour la période de 2019 à 2022 s'inscrivant dans la stratégie

de couverture santé universelle. Trois axes stratégiques principaux ont été dégagés dans ce nouveau PNDS : (i) l'amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins, (ii) l'appui aux différents piliers du système de santé, et (3) le renforcement de la gouvernance et du système de santé.

Ce dernier PNDS a apporté une réforme administrative sanitaire même si l'organisation du système de santé restait à trois niveaux :

- **Le niveau central (national)**, jouant un rôle normatif, composé de 9 directions et des programmes et services spécialisés et de l'Inspection Générale de la santé
- **Le niveau intermédiaire (provincial)**, composé des ministres provinciaux en charge de la santé, des divisions provinciales de la santé (DPS), structures décentralisées placées sous la tutelle des ministres provinciaux ayant pour rôle l'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé), des inspections provinciales de la santé (IPS), structures déconcentrées sous la tutelle du gouverneur de province, assurant l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé), des hôpitaux provinciaux, des laboratoires provinciaux et des centrales de distribution régionale des médicaments (CDR), qui assurent les soins de santé de référence secondaires et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques.
- **Le niveau opérationnel (zone de santé)** : il comprend 516 zones de santé (ZS) avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé (CS). Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

L'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et les structures privées. Le secteur public est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux provinciaux, les hôpitaux des forces armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs tandis que le secteur privé est subdivisé en deux catégories: (a) privé à but lucratif (composé des cabinets médicaux et paramédicaux, des cliniques ou polycliniques, des centres de diagnostic en laboratoire et imagerie médicale) dont les autorisations d'ouverture sont accordées par le MSP alors que la demande d'ouverture est approuvée par le gouvernement provincial ; et (b) privé à but non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles; possédant le gros du secteur pharmaceutique) ainsi que la médecine traditionnelle (constituant une part non négligeable de l'offre de soins, réglementé par le programme national de médecine traditionnelle en place depuis 2001).

1.2. Problématique du financement de soins en RD Congo

Le financement des soins de santé en RDC se caractérise par la faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé, l'utilisation inefficace des ressources de santé aux niveaux national et provincial et la faible couverture des mécanismes des partages de risque. Les dépenses totales de santé (DTS) par habitant ont augmenté de 15 dollars en 2008 à 24,42 dollars en 2020¹ en valeur réelle, mais restent bien en dessous du coût du paquet de services essentiels établis à 86\$ fixé par le Groupe de Haut Niveau sur le financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu². La contribution des bailleurs s'est accrue de 34% en 2008 à 37% des DTS en 2020 posant un problème de pérennité.

Le Gouvernement vient en troisième position avec 16% de la DTS après la contribution des ménages (43%) et des partenaires techniques et financiers (PTF) (37%). La part allouée à la santé demeure inférieure par rapport à la Déclaration d'Abuja des Chefs d'État et de Gouvernement qui recommandait aux états signataires d'allouer au moins 15% de leurs budgets au secteur de la santé. La rémunération des employés est le premier poste des dépenses de santé du Gouvernement avec 78% de sa DTS suivi des produits pharmaceutiques (9%) et des autres dépenses (13%) selon le rapport CNS 2020. Concernant l'apport financier des partenaires externes, une enquête réalisée par le Ministère de la santé (MSP) en 2014 avait montré une disparité dans la répartition des PTF et dans l'allocation des financements au niveau des provinces³ [5]. Cette situation est l'une des raisons du faible accès aux soins de santé⁴ [3,4]. Selon le rapport des CNS (compte nationale de santé, 2020), la contribution des ménages au secteur de la santé est répartie en paiements directs (91%), prépaiement volontaire venant des individus (8%) et assurance sociale (1%).

Pour améliorer l'accès aux soins de santé, la RDC s'est dotée du plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030⁵. Dans ce plan, la tarification forfaitaire (TF) a été identifiée comme une des stratégies pour atteindre les objectifs fixés et lutter contre les inégalités dans l'utilisation de services. Ces inégalités proviendraient très certainement du paiement direct des ménages et constitueraient un obstacle financier pour accéder aux services de santé.

¹ Rapport CNS 2020

² McTynre, 2014

³

⁴

⁵

1.3. Contexte spécifique de la province de la Tshopo

La province de la Tshopo émane du dernier découpage administratif de l'ancienne province orientale telle qu'instituée par la constitution du pays. Elle s'étend sur une superficie de 197 367 Km² avec une population totale estimée à 3 930 187 habitants en 2022 et une densité de 20 habitants/Km² et elle se trouve au niveau de la cuvette centrale. Elle compte six communes et sept territoires où sont repartis 23 ZS subdivisées en 428 AS fonctionnelles, abritant 396 CS, 32 CSR dont 8 faisant office de HGR et 15 HGR.

Sur le plan sanitaire, depuis cinq dernières années la Province a connu plusieurs épidémies notamment la Covid- 19, cholera, Méningites, rougeoles, flambées des cas de Paludisme et des Monkey Pox. La notification des Monkey Pox s'est étendue dans 13 ZS dont une zone urbaine avec un taux de létalité élevé. L'inondation qui survient chaque année touche 19 ZS entraînant des dommages au niveau des maisons, champs, écoles, églises et des infrastructures sanitaires.

Les maladies non transmises ont montré une augmentation des nombres des cas ces deux dernières années et l'utilisation des services de santé au premier semestre 2022 est de 41,0%, le taux d'occupation de lit de 51% et le taux de référence à 2,5%.

En ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, les femmes enceintes, 62,7% ont bénéficié de la chimio-prévention du paludisme ; 66,5% de la distribution en MILD et 97% de la prévention contre le tétanos. Le ratio de décès maternel est estimé à 192 %000 naissances vivantes et la couverture des enfants complètement vacciné est de 57%.

Sur le plan socio-économique, les sociétés étatiques et privées sont dans la plupart de cas en faillite (sorgerie, sucrerie de Lotokila, Sotexki...) mais la population vit des activités du secteur privé lucratif, de l'élevage, agriculture, pêche et chasse. On note également des carrières minières qui utilisent la grande partie des populations jeunes.

Le pouvoir d'achat est faible et la population vit en dessous du seuil de pauvreté, c'est qui constitue un problème majeur pour l'accès aux soins de santé de qualité au niveau de la province.

Sur le plan politique en 2022, on a noté une crise institutionnelle avec des effets sur la gestion de système de santé.

En rapport avec le financement des soins de santé, qui est caractérisé par le paiement direct avec la tarification à l'acte comme le mode le plus utilisé. Cette stratégie a favorisé la commercialisation des soins de santé et pullulation des officines pharmaceutiques et ne favorise pas la communauté à accéder aux soins de santé.

A la Tshopo comme ailleurs en RDC, le financement de la santé reste fort dépendant des financements extérieurs avec un budget de l'Etat alloué à la fonction santé qui n'était que de

11.4% en 2021, en deçà de la cible minimale de 15% selon la déclaration d'ABUJA des Chefs d'Etats et des Gouvernements.

La province compte très peu de bailleurs de fonds investis dans l'appui global au système de santé avec un focus sur le financement des soins de santé. La plupart des financements disponibles sont canalisés principalement à travers les programmes de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies évitables par la vaccination.

En dehors de ce circuit, le réseau des soins bénéficie moins de financements de l'Etat et d'autre monde avec une charge lourde qui pèse sur les ménages dans l'obligation de supporter le coût des soins. Cela conduit souvent à des dépenses appauvrissantes voire catastrophiques auprès des ménages vulnérables.

Selon les CNS 2020, les ménages continuent à supporter la grande part avec 43% des dépenses courantes de santé tandis que l'Etat intervient à concurrence de 16 % contre 38% des financements extérieurs et les autres sources contribuent à hauteur de 3%.

En cas de maladie, le paiement direct des ménages est mode prédominant à 40% alors que le régime d'assurance sociale n'occupe que 1% de la dépense totale de santé.

Les subventions des établissements de soins de santé sont limitées aux salaires et primes du personnel et tient moins compte d'autres dimensions comme le fonctionnement, les médicaments et d'autres formes d'investissement. A titre illustratif, les dépenses d'investissement de la santé en % du PIB en 2020 n'était que de 0.14%.

En dépit du faible pouvoir d'achat de la population de la province de la Tshopo, le paiement direct des soins de santé reste le mode le très répandu sans qu'il y ait une structuration des mécanismes de partage des risques liés aux soins de santé dans la province.

L'accessibilité financière aux soins de santé, dimension essentielle de la couverture santé universelle (CSU) est moins développée dans la province où les plus vulnérables semblent être laissés pour compte sans aucun mécanisme de prise en charge des indigents et insolubles.

La tarification à l'acte assez répandue dans la province comme mode de paiement des soins constitue un frein majeur à l'accessibilité aux soins de santé par manque de prévisibilité des dépenses du côté des ménages. Ceci laisse place à la complexité et manque de transparence dans les systèmes de facturation des soins de santé.

En 2020, la province a adopté le plan stratégie national pour la couverture santé universelle 2020-2023 et la feuille de route pour la mise en œuvre de ce plan a été élaboré. Dans ce plan, la tarification forfaitaire est adoptée pour atteindre la stratégie en favorisant l'accès aux soins de santé de la grande partie de la population, diminuer l'aspect de la commercialisation des soins de

santé, améliorer la disponibilité des médicaments aux niveaux des structures sanitaires en garantissant les recouvrements des coûts.

Pour faire face aux problèmes ci-haut énumérés, la province a intégré la TFS depuis 2013 à 2022 dans sept zones de santé ci-dessous : Kabondo, Lubunga, Makiso, Isangi, Banalia, Bengamisa et Ubundu.

II. METHODOLOGIE

2.1. Lieu de mise en œuvre et acteurs impliqués dans la capitalisation de l'expérience

Cette capitalisation porte sur deux expériences principales mis en œuvre dans la province de la Tshopo de 2014 à 2022 :

- i) L'expérience de la TFS à l'HGR et au CS mis en place par IMA avec le financement de FCDO (ancien DFID) dans trois zones de santé (Ubundu, Bengamisa et Banalia) de 2014 à 2017,
- ii) L'expérience de TFS à l'HGR et TF au CS mis en place par ENABEL avec le financement du gouvernement Belge dans 4 zones de santé (Makiso, Lubunga, Kabondo et Isangi ajouté en 2021) de 2019 à 2022.

Le choix de ces deux expériences a été discuté entre l'équipe de capitalisation de la Tshopo (formé des cadres de la division provinciale de la santé et des assistants techniques d'ENABEL) et l'équipe d'accompagnement (composé des experts du Centre de Connaissance en Santé en RDC ou CCSC et ceux de l'Institut de Médecine Tropical d'Anvers ou IMT).

Ces deux expériences étaient les deux le plus récentes de financement de soins de santé à Tshopo et avaient des racines antérieures dans la province, dont le fondement était la tarification forfaitaire. Néanmoins, elles avaient de montages différents quant à la subsidiation du tarif forfaitaire et aux parties prenantes impliquées dans l'intervention. L'appui se faisait à trois niveaux : la division provinciale de la santé, le bureau central de la zone de santé et les formations sanitaires (1^{er} et 2nd échelons).

2.2. Etapes de la capitalisation

2.2.1. Formation de l'équipe de capitalisation

La capitalisation a débuté par la formation de l'équipe de capitalisation par les experts de l'IMT-Anvers et du CCSC. Cela s'est déroulé à Kisantu dans un atelier de 5 jours au cours duquel l'équipe de capitalisation a identifié l'expérience et a développé les différents outils de collecte des données qualitatives. L'expérience identifiée était : **Modèles de tarification forfaitaire dans la province de la Tshopo de 2014 à 2022 : Cas des certaines zones de santé appuyées par ENABEL et IMA**. A la fin de la formation, une feuille de route a été arrêtée, permettant de suivre l'évolution des différentes tâches à faire dans la capitalisation de l'expérience.

2.2.2. Suivi à distance de l'équipe de capitalisation

Après la formation en présentiel, il y a eu plusieurs séances de suivi à distance de cette équipe par les experts pour la guider dans la récolte et l'analyse des données et l'écriture du rapport de capitalisation. Les séances d'accompagnement étaient programmées à l'avance, selon la disponibilité de l'équipe de capitalisation. Au cours de ces réunions, une vérification du respect de la feuille de route était réalisée pour permettre l'avancement de la rédaction du rapport de capitalisation.

2.3. Approche méthodologique et collecte des données

La collecte de données a utilisé une approche mixte : quantitative s'adressant aux indicateurs sanitaires de routine récoltées au niveau des zones de santé ; et qualitative se focalisant sur les propos des différentes parties prenantes concernant la mise en œuvre de ces deux expériences à Tshopo. Les techniques de collectes de données suivantes ont été mises en place :

➤ Extraction des données sanitaires

Les indicateurs sanitaires disponibles sur le système d'information sanitaire (DHIS2) ont été extraites en utilisant une grille Excel préétabli.

➤ La revue documentaire

La revue documentaire a été réalisée pour collecter les données quantitatives supplémentaires essentiellement dans les rapports d'activités annuelles, les plans d'action opérationnels (PAO), les rapports de la CDR et les documents des différents projets. Les données récoltées étaient en

rapport avec les indicateurs de suivi de l'utilisation des structures des soins de santé, de la qualité de soins et de suivi de la gestion des médicaments et des recettes réalisées.

➤ **Les entretiens semi-dirigés**

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés soit en groupe (trois focus group avec les médecins chef des zones de santé des 7 ZS et les infirmiers de la ZS de Banalia et Bengamisa), soit en individuels (10 entretiens individuels semi-dirigés). Ces derniers ont concernés:

- Les personnes ayant participé à l'écriture du programme d'appui à la Division provinciale de santé à savoir : Dr Alain Iyeti Mboko (l'ancien directeur de la DEP), Dr Patrick Vabulsen, Dr Stéphane de Enabel Bruxelles,
- Le chef de division de la santé (Dr BAELONGANDI FOLO Francis)
- Les encadreurs provinciaux polyvalents (EPP) des zones de santé : Dr MBENGI LOYAMA Doudou, Dr LISONGOMI BAITA Bay
- Les anciens gestionnaires des structures des soins pendant la période concernée par les expériences : Dr LEBE LENDUNGA Marie, Dr Owekelokato Basomboli Massu, Dr LIOFO Eric et Dr BAFOA LOTOMBE Matthieu et AG MATUMBA

2.4. Analyse des données

Les données quantitatives ont été encodées et analysées par Microsoft Excel. L'analyse était descriptive montrant la tendance des niveaux d'atteinte des différents indicateurs de 2014 à 2017 (pour l'expérience IMA) et de 2019 à 2022 (pour l'expérience ENABEL).

Pour les données qualitatives, nous avons effectué une analyse thématique déductive partant d'un cadre préalablement établi permettant de décrire les expériences de TF à Tshopo. Ce cadre thématique comprenait : (1) la description du montage de la tarification forfaitaire dans la province de la Tshopo ; (2) l'impact de la TF sur l'offre, la demande et la qualité des soins; (3) les différentes difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de l'expérience ; et (4) les forces-faiblesses-menaces et opportunités de l'expérience. Les étapes de cette analyse étaient les suivantes : (a) la familiarisation des transcrits après transcription grâce à une lecture approfondie, (b) codage et analyse des transcrits à la main, (c) l'inscription des différents regroupements des codes dans le cadre thématique établi au départ. Enfin, une triangulation des informations tirées des différentes sources des données a été réalisée pour pouvoir produire le rapport final de capitalisation.

2.5. Aspects éthiques

Une autorisation de la division provinciale de la santé a été obtenue avant la récolte des données dans les zones de santé. Un consentement éclairé verbal a été demandé à chaque personne interrogée, de même que l'autorisation de procéder à l'enregistrement de l'entrevue.

III. RESULTATS

3.1. Introduction et adoption de la TF dans la province de la Tshopo

3.1.1. Diagnostic de la situation de départ

Avant la mise en place de la Tarification forfaitaire dans la province de la Tshopo, l'utilisation des services de santé était trop faible (p.ex. : Taux d'utilisation 19% dans la ZS de Lubunga en 2009). La population était plongée dans l'incertitude et la peur de ce qui les attendait à l'hôpital en cas de maladie. Les ménages ne savaient pas les charges à supporter sur l'itinéraire thérapeutique du patient, de la consultation à l'obtention des médicaments en passant par le circuit des examens paracliniques demandés pour en arriver au diagnostic. Face à une situation d'absence quasi-totale des subventions de l'Etat à l'offre des soins de santé, le prestataire s'est engagé dans la logique de commercialisation des soins par tarification à l'acte afin d'assurer la survie. En outre, la qualité des soins était devenue très défectueuse tellement que l'affluence vers les services de santé était affectée (infection post-op et taux d'occupation de lit de 34% dans la ZS de Lubunga et ratio hôpital pisé/ en dur) (données sur la qualité des soins si disponible).

Il est ressorti des déclarations des interviewés que l'idée de la mise en place de la TF était soutenue par des problèmes de financement des soins cités ci-dessous : **(a)** la complexité et le manque de transparence dans la facturation des soins rendant le tarif non rationnel ; **(b)** la double imprévisibilité des dépenses pour les patients d'un côté et des recettes pour les établissements de l'autre ; **(c)** le financement du gouvernement ne prenait pas en compte le budget d'investissement et de fonctionnement ; **(d)** la fragmentation de financement des partenaires sur les aspects spécifiques de la santé et l'absence d'un système stable de financement basé sur des performances et/ou des résultats et **(e)** le faible pouvoir d'achat de la population.

« ...L'incertitude, l'imprévisibilité pour les patients lorsqu'ils vont se faire soigner, ne pas savoir quelle facture va sortir. Qu'est-ce qu'on va facturer, qu'est-ce qu'on ne va pas facturer tout cela conduit à une perte de confiance et une diminution de l'utilisation des services. Les gens ont peur...»

SVB

« ...Avec l'absence de financement de l'Etat, c'était clair que les hôpitaux ont appris à survivre avec un mode de survie. Pas des tarifs dans les hôpitaux plutôt un coût de santé accommodé aux

possibilités économiques du public, donc des soins de santé à la tête de l'utilisateur et le patient n'avait aucune idée du coût des soins » PVD, CM,M

En dehors des problèmes de financement des soins, d'autres motivations ont été à la base de l'initiative dans la province, notamment la vision du Gouvernement de la TF comme mode de financement prioritaire de soins de santé et l'expérience réussie de l'application de la TFS sur l'amélioration de la qualité des soins et des recettes des établissements des soins à travers des programmes de Enabel dans le pays et ailleurs.

« Sur cette base, nous avons décidé de faire quelque chose pour augmenter l'accessibilité financière aux soins de santé et c'était repris dans le DTF et il y avait d'autres partenaires intervenant dans ce domaine. On a rétabli la TFS » PVD

«la TFS était déjà une leçon apprise. Enabel n'a pas commencé la TFS en 2016. Enabel (CTB à l'époque) avait des expériences surtout au Kongo central mais aussi à la Tshopo, au Sud-Ubangi et à Kwilu pendant la période du programme ASSNIP, le précédant du PADP ». PVD⁶

3.1.2. Description des principaux axes stratégiques de la TF

Dès le lancement de l'approche, la tarification forfaitaire (TF) visait certains axes stratégiques principaux pour Enabel et IMA :

- **Amélioration de l'accès aux soins de santé** : l'accessibilité améliorée aux soins de santé offerts à la population tout en cherchant à réduire les écarts dans l'accès comme dimension essentielle de la couverture santé universelle (CSU).
- **Amélioration de l'accès financier** : La TF est considérée comme un moyen efficace pour garantir l'accessibilité financière aux soins de santé pour tous y compris les vulnérables ou les ménages à faible revenu. L'expérience a montré que l'approche de financement des soins de santé par la TF permet d'accroître la prévisibilité des dépenses pour les ménages et la confiance envers les services de santé et les prestataires. En outre, elle permet également un accroissement de la prévisibilité des recettes de l'hôpital. Malheureusement, les limites dans cette approche de financement des soins de santé sont liées à la non prise en compte des indigents ou insolubles. Le paiement des subsides rend efficace les respects de la TF et motive les prestataires. Il y a notion de partage de la charge avec le malade et renforce l'enveloppe des primes pour les prestataires. La TFS intervient dans la fidélisation des prestataires de soins par un complément à la prime.

Stéphanie Stasse et Al.: Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity.

Note de politique-No-Juillet 2017 : La contribution de la tarification forfaitaire à l'amélioration de la qualité des soins

- **Amélioration continue de la qualité des soins** : C'est aussi une des dimensions clés de la CSU sur laquelle un focus est mis dans l'approche de la tarification forfaitaire. Ceci passe par des évaluations continues constituant des moments privilégiés d'apprécier et de renforcer les capacités d'utilisation des guides et protocoles thérapeutiques, la prescription rationnelle des médicaments, la motivation du personnel, les muni enquêtes de satisfaction visant à recueillir l'opinion des usagers des services.

L'encadrement de cet axe était fait par l'équipe de la vérification tripartite (*DPS-Partenaire-Communauté*) par des évaluations mensuelles suivi de la réunion de débriefing au cours de laquelle un plan de correction était élaboré. Ceci était possible pendant la mise en œuvre des programmes mais le rythme devenait trimestriel après le départ des partenaires.

Les aspects de rationalité dans la prescription des médicaments, le renouvellement de stock et le maintien du capital médicament ont contribué à la qualité des soins.

Pendant la période de paiement des subsides, une partie de ce dernier est constamment réservée au renouvellement du capital médicament afin de garantir sa disponibilité dans les services au moment des soins. L'inclusion du médicament dans le paquet épisode maladie est de nature à renforcer la confiance de la population envers les services de santé.

- **Amélioration des ressources humaines pour la santé** : c'est un axe important de l'expérience à partir duquel les prestataires ont bénéficié des formations continues, des suivis et des supervisions régulières.
- **Renforcement de système de santé local** : (1) L'élaboration et la mise œuvre du plan directeur au niveau des HGR qui a permis la dotation en ressources matérielles, la construction et la réhabilitation des infrastructures et équipements ; (2) La mise en place des procédures des gestions pour favoriser l'accroissement des recettes et réduire circuit parallèle dans la gestion de finances ; (3) L'appui aux activités managériales dont les réunions des coordinations et l'accompagnement des établissements des soins impliqués dans l'expérience en renforçant son leadership et améliorer la gouvernance.

3.1.3. Préalables à la TF : Etude des coûts de soins, sensibilisation des acteurs et élaboration des outils de gestion

Au démarrage de l'expérience TF, les coûts des prestations ont été estimés pour servir de base dans la fixation du tarif forfaitaire à appliquer. Les éléments du coût pris en compte étaient : la consultation, les examens paracliniques, les médicaments, le séjour hospitalier, etc. Partant de la facturation appliquée par l'établissement des soins englobant toutes les prestations reçues, un coût moyen a été calculé et a servi de base pour négocier un tarif forfaitaire à la portée des économies des ménages. Cette étude n'était pas réalisée au sens strict mais un coût moyen en fonction des maladies a été calculé sans faire l'étude de pouvoir d'achat de la population.

« Une étude financière des coûts pour déterminer les ressources nécessaires pour mener à bien la prestation des services, analyser ce que coûte la production en santé et articulation avec le pouvoir d'achat des populations. Ce que la population est prête à payer ; Contributions d'autres parties prenantes (Etat, assureurs à travers des mécanismes de solidarité disponibles ou existant à travers les contributions de l'employeur » SVB

Au lancement et pendant la mise en œuvre de la tarification forfaitaire subsidiée ou non, un mouvement intense de sensibilisation des communautés a été mis en place pour inciter les gens à la demande et l'utilisation des soins et services de santé. Pour renforcer la participation citoyenne, la sensibilisation était menée avec les élus locaux, la société civile, les relais communautaires et d'autres structures communautaires. Les messages de sensibilisation évoluaient avec le contexte et des enquêtes de satisfaction qui ont été réalisées à petite échelle auprès des usagers des services de santé. Différents canaux de sensibilisation étaient utilisés, entre autres les médias, les églises, les relais et autres leaders communautaires.

En matière de gestion, des outils standards nationaux ont été mis à contribution en conformité avec le manuel des procédures. Le dossier du malade complet et bien tenu constituait la base ainsi que le canevas de déclaration, le rapport de vérification et validation des prestations. La digitalisation était un meilleur outil aidant à garantir la transparence, le suivi du respect dans l'application de la clé de répartition des subsides et la gestion clinique des malades.

3.2. Description des expériences précédentes de financement des soins de santé dans la province de la Tshopo

La province de la Tshopo, dont la tarification des soins est essentiellement par acte, a eu plusieurs expériences de financement des soins de santé qui ne se sont focalisées que dans quelques zones de santé. La figure 1 montre la ligne de temps de ces principales expériences de 2001 à 2022. Trois grands modèles de subvention de soins de santé ont été répertoriés durant cette période :

- 1) **La tarification forfaitaire (TF) non subsidiée** : observée de 2014 à 2018 dans trois ZS (Makiso, Lubunga et Kabondo) après la rupture de subsides (sous forme de tiers-payant) de 2010 à 2013 (Enabel). Le projet avait laissé des lignes de crédits médicaments aux formations sanitaires et la DPS avec les équipes cadres de zone de santé devraient s'assurer de la continuité de la TF dans les zones de santé.
- 2) **La tarification forfaitaire subsidiée (TFS)** , de 2008 à 2022, observée sous multiples formes : (i) la TFS sans achat de services (essentiellement sous forme de tiers-payant sans contrôle des dossiers médicaux) avec Enabel (2008-2013) et IMA (2014-2018). Ceci était mis en place soit au niveau de l'HGR ou alors à l'HGR et aux CS ; (ii) La TFS avec achat des services (après contrôle des dossiers de patients) avec Enabel de 2019-2022 ; et la (iii) TFS ciblée aux enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes avec Oxfam (2018-2019).
- 3) **La gratuité des soins** , soit à toute la population de la zone de santé comme de 2001 à 2005 avec MSF et IRC , soit à un groupe ciblé dans la population comme les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans de 2009-2012 avec IRC.

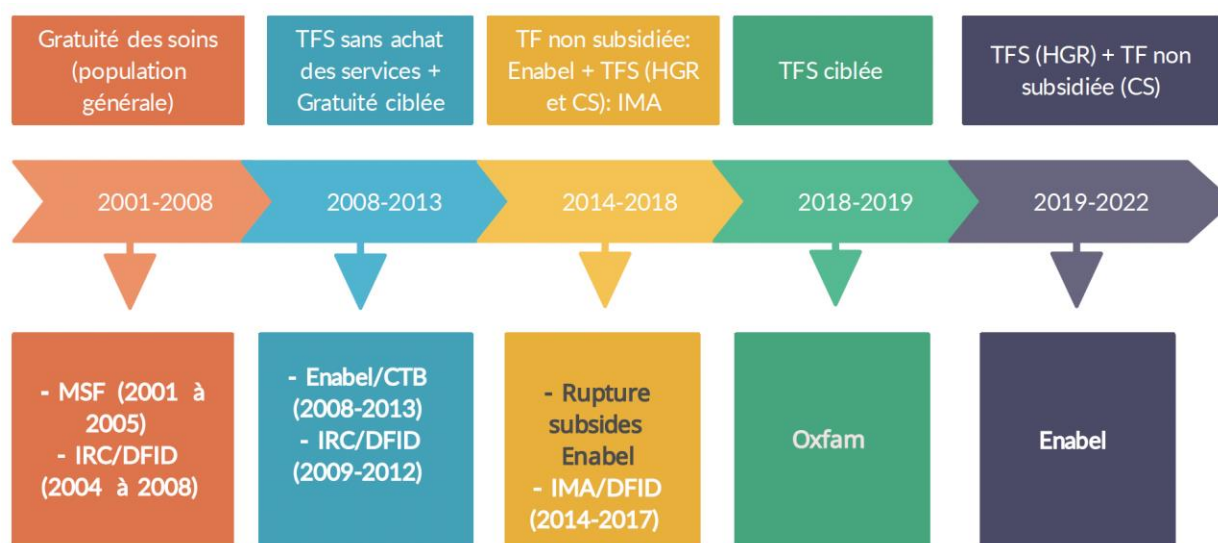


Figure 1. Ligne de temps des principales expériences de subvention des soins de santé à Tshopo (2001-2022)

Le tableau 1 résume le montage des expériences de subvention des soins de santé dans la province de la Tshopo. Seules les deux dernières (celles de Enabel et IMA) seront l'objet de la présente capitalisation.

Tableau 1. Montage des expériences de subvention des soins à la Tshopo de 2001 à 2022

N°	Organisation	Période	Zones de santé	Montage	Paquet	Commentaires
1	MSF	2001-2005	Yahuma	Gratuité de soins à toute la population	* Paiement de la totalité des prestations * Equipements * Réhabilitation des certains CS (Bondamba et Koret)	
2	IRC/DFID	2004-2008	*Lubunga *Ubundu *Banalia *Bengamisa	Gratuité de soins à toute la population	* Paiement de la totalité des prestations * Equipements * Construction de l'HGR Bengamisa * Réhabilitations	
3	Enabel/CTB*	2008-2013	*Makiso *Lubunga *Kabondo	-2008-2019: Seulement amélioration du plateau technique des HGR -2010: TFS avec inscription payante des ménages d'abord au CS Saint André (ZS Lubunga) -2011_2013: Tarification forfaitaire subsidiée dans les 3ZS	* Paiement d'un tiers-payant * Appui au fonctionnement de la ZS * Frais de supervision * Appui en médicaments * Réhabilitation/Construction * Inscription payante des ménages (1000Fc)	Les frais d'inscription des ménages étaient réparties comme suit: *40% : fons indigents *20%: caisse CODESA *40%: paiement des agents de recensement
4	IRC/DFID	2009-2012	*Ubundu *Bengamisa *Banalia	-Gratuité de soins pour les enfants de <5ans et femmes enceintes -Forfaits (5000Fc pour hospitalisations et chirurgies/ 1000Fc pour consultation externe)	* Paiement des prestations * Construction/réhabilitation	Les forfaits étaient considérer comme les frais de prérénsation de la structure de santé
5	Oxfam	2018-2019	*Tshopo *Bafuasende *Wanierukula	TFS ciblée pour les femmes enceintes et les enfants de <5ans	Paiement du ticket modérateur	
6	DPS/ZS (retrait Enabel)	2014-2018	*Makiso *Lubunga *Kabondo	Tarifcation forfaitaire non subsidiée au CS	Ligne des crédits médicaments laissée par Enabel en 2008-2013	Tarifcation à l'acte à l'HGR

7	IMA/DFID	2014-2017	*Ubundu *Bengamisa *Banalia	TFS à l'HGR et au CS	*Achat des services (Demande de soins) *Médicaments/ Fonctionnement/Réhabilitation des FOSA (Offre de soins) *Fonctionnement, supervision, primes BCZ/DPS (Gouvernance)
8	Enabel	2019-2022	*Makiso *Lubunga *Kabondo *Isangi (2021)	TFS à l'HGR et TF au CS	*Prime de performance (Demande de soins) *Médicaments/ Fonctionnement/Réhabilitation des FOSA (Offre de soins) *Fonctionnement, supervision, primes BCZ/DPS (Gouvernance)

**Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSNIP) en 2 phases : phase 1 (2007-2011) et phase 2 (2012-2015)*

3.3. Les deux grandes expériences de la TF dans la province de la Tshopo de 2014 à 2022

3.3.1. Montage de deux expériences de TFS à Tshopo de 2014 à 2022

a) Expérience IMA/DFID 2014-2017

L'expérience de la tarification forfaitaire subsidiée (TFS) dans la province de la Tshopo dans 3 zones de santé (Ubundu, Banalia et Bengamisa) de 2014 à 2018 a été mis en œuvre par Interchurch Medical Assistance (IMA) grâce au financement du Department for International Development (DFID) (désormais appelé FCDO : Foreign, Commonwealth & Development Office, depuis Septembre 2020). Le choix de ces 3 zones de santé était motivé par le fait que International Rescue Committee (IRC) avait déjà commencé une expérience de subvention de soins de santé (sous forme de gratuité telle que décrit dans le tableau 1) dans les mêmes zones de santé, avec le même bailleur de fonds.

La logique de ce bailleur de fonds était de passer progressivement de la gratuité des soins vers une tarification forfaitaire avec une part de ticket modérateur, tel que le montre la figure 2 ci-après.

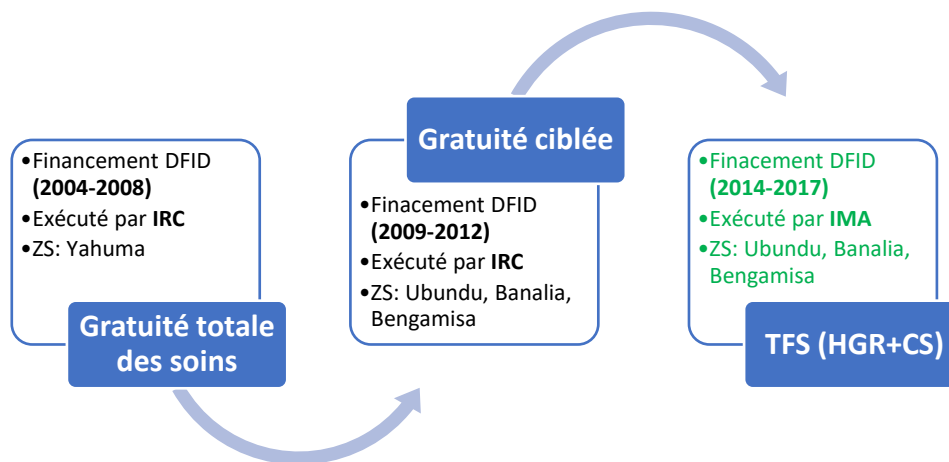


Figure 2. Passage de la gratuité des soins à la TFS selon l'approche de la coopération anglaise à la Tshopo

L'appui du programme allant de 2014 à 2017, exécuté par IMA dans les 3 ZS (Ubundu, Banalia et Bengamisa) était axé sur 3 composantes :

➤ L'offre de soins

Le montage de la tarification forfaitaire subsidiée pour IMA/DFID était basé sur une **prime de performance** octroyée aux HGR en fonction d'une évaluation (grâce à une grille d'évaluation).

Cette prime constituait la part du tiers-payant qui devrait rembourser les frais engagés par la formation sanitaire pour soigner les malades. Une cotation était établie par le programme et l'octroi de la prime dépendait du niveau de performance de la structure comme suit :

- > 70% : paiement de la totalité de la prime
- 50-69% : paiement du 70% de la prime
- <50% : pas de prime octroyée

Les centres de santé n'étaient pas concernés par cette évaluation et recevaient le 100% du montant de la prime (forfaitaire) réservée à chaque CS.

Ce système de prime sur base d'évaluation des HGR a été abandonné pour deux raisons : (a) le programme a supposé que pour garantir une bonne performance au niveau des HGR, il fallait plutôt évaluer le BCZ qui est censé superviser les activités de l'HGR, (b) la grève des prestataires des HGR qui n'étaient pas favorable à ce système de cotation. En somme les HGR ont commencé à recevoir les 100% de la prime de performance sans évaluation comme les CS.

A part la prime de performance jouant le rôle de tiers-payant des prestations au niveau des formations sanitaires, le programme a aussi appuyé :

- Les HGR : dans leur fonctionnement (prime), en réhabilitation et construction des certains blocs des HGR, à travers la dotation en médicaments transformé plus tard en en ligne de crédits médicaments au niveau du centre de distribution des médicaments (CDR)
- Les CS : en construction/réhabilitations des certains CS et la dotation en médicaments (puis ligne de crédit médicament au niveau de la (CDR)

➤ La demande de soins

Le programme IMA/DFID s'est investi dans le paiement du tiers-payant (sur base de la performance de la structure de santé) qui devrait permettre d'augmenter l'accessibilité financière de la population aux soins de santé (qui ne payait qu'un ticket modérateur forfaitaire). Le programme n'a pas appuyé les mutuelles de santé existantes dans la province de la Tshopo.

➤ La gouvernance

Pour favoriser une bonne gouvernance, le programme a appuyé deux structures :

- La division provinciale de la santé (DPS) de la Tshopo à travers une prime de fonctionnement et les frais de supervision des zones de santé. En plus de cela, le programme a doté la DPS-Tshopo d'un véhicule (Jeep) pour le bureau appui technique aux zones de santé et une moto.
- Les bureaux centraux des zones de santé (BCZ) à travers une prime octroyée sur base de l'évaluation de la performance selon les normes citées ci-haut, les frais de fonctionnement et de supervisions des formations sanitaires.

Concernant les médicaments, les recouvrement des coûts (estimée à 100%) se faisait par les formations sanitaires et l'argent était envoyé au niveau du BCZ. Ensuite, c'est le dépôt zonale des médicaments qui assurait l'achat de ces derniers à la CDR et les formations sanitaires venaient s'approvisionner au niveau des ces dépôts zonales. Ce système de gestion des médicaments avait deux avantages :

- Le BCZ avait la responsabilité de suivi de la gestion des médicaments et le formations sanitaires avaient donc l'obligation d'acheter leurs médicaments à la CDR via le dépôt zonal
- Le MCZ avait le pouvoir de sanctionner les personnels de santé gestionnaires des formations sanitaires (surtout les infirmiers titulaires des CS) en cas de non paiement des frais des médicaments. La sanction la plus citée était, pex., l'exclusion d'un infirmier titulaire (IT) à une activité pouvant apporter un surplus de prime de cet IT (ex : formation, campagnes de masse,...)

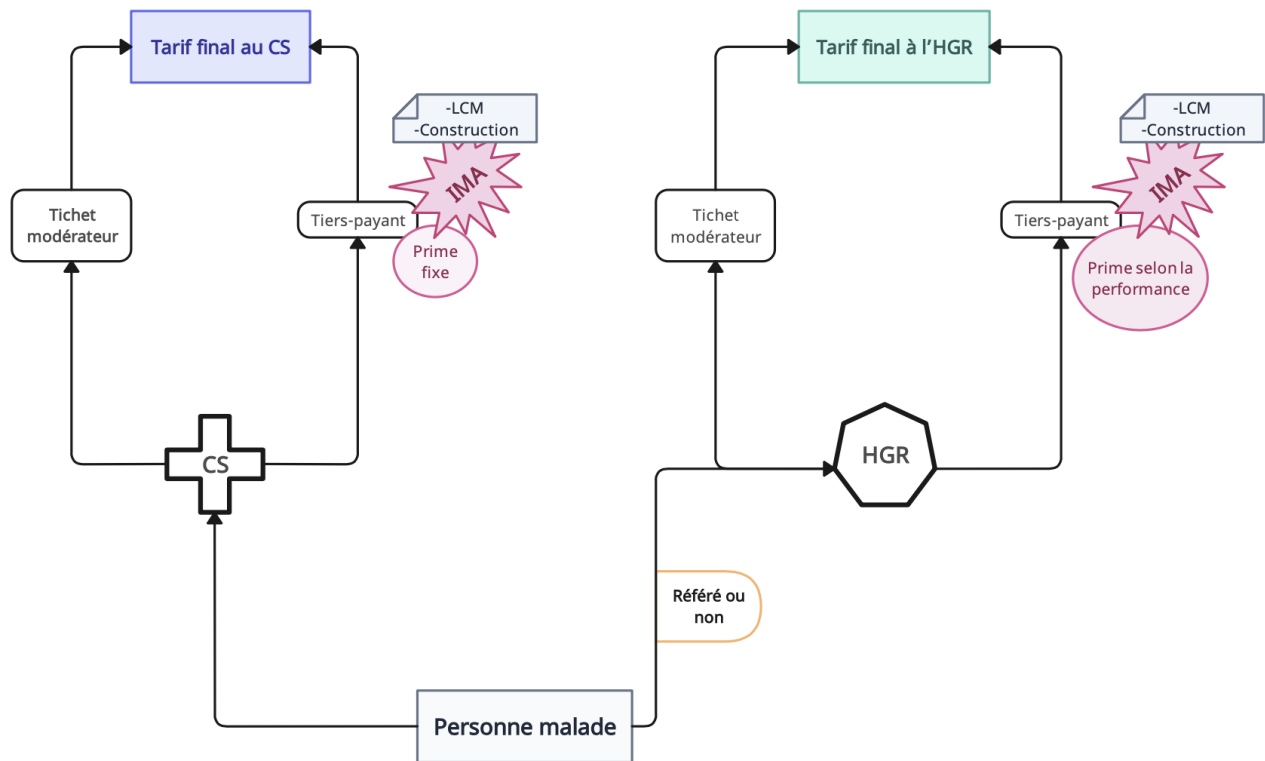


Figure 3. Montage de la TFS à l'HGR et au CS pour la subvention IMA 2014-2017 (LCM : ligne de crédits médicaments)

b) Expérience ENABEL 2019-2022

Le montage de l'expérience de subvention des soins par la coopération belge a débuté en 2008 dans la zone de santé de Lubanga sous forme d'amélioration de du plateau technique des HGR. Ensuite, de 2010 à 2013, la Coopération technique belge (CTB), qui était l'exécutant du programme, va instaurer la TFS d'abord à Lubanga (sur base de l'expérience de TFS commencé en 2010 d'abord au niveau des centre de santé avec un HGR ayant un plateau technique amélioré) puis dans deux autres zones de santé (Makiso et Kabondo). Ayant remarqué de cette approche de tarification forfaitaire était un succès à travers les différentes mission de capitalisation réalisées d'abord à Tshopo en 2013 puis au niveau du pays en 2014 (dans plusieurs provinces : Kongo central, Sud-Ubangi, Kwilu)⁷, la CTB va laisser le lead de l'approche aux divisions provinciales de la santé pour qu'ils puissent continuer, mais sans subvention de leur part. Le seul héritage visible au niveaux des formations sanitaires était les lignes des crédits médicaments (octroyés au début et renouvelés à la fin du programme 2010-2013) laissés à la CDR. L'objectif de la création de ces lignes des crédits était la constitution progressif d'un capital médicament pour

⁷ Ministère de la Santé Publique. Gouvernance du secteur santé et appui institutionnel en République Démocratique du Congo (RDC) : Capitalisation des expériences de la Coopération Belgo-Congolaise. Kinshasa. Septembre 2014

chaque structure pouvant servir de matelas financier dans le but de la pérennisation de la tarification forfaitaire comme mode de paiement de soins de santé.

Malheureusement, les formations sanitaires ne vont pas être capable de maintenir ce capital médicament en appliquant la tarification forfaitaire sans subvention pour multiples raisons :

- L'absence d'un fond alloué à la prise en charge des indigents
- L'absence des frais de fonctionnement des structures de santé
- Le faible recouvrement des coûts des soins (surtout pour les cas de décès et d'évasion)
- La production des formations sanitaires était faible et n'était pas capable de couvrir l'enveloppe salaire du personnel

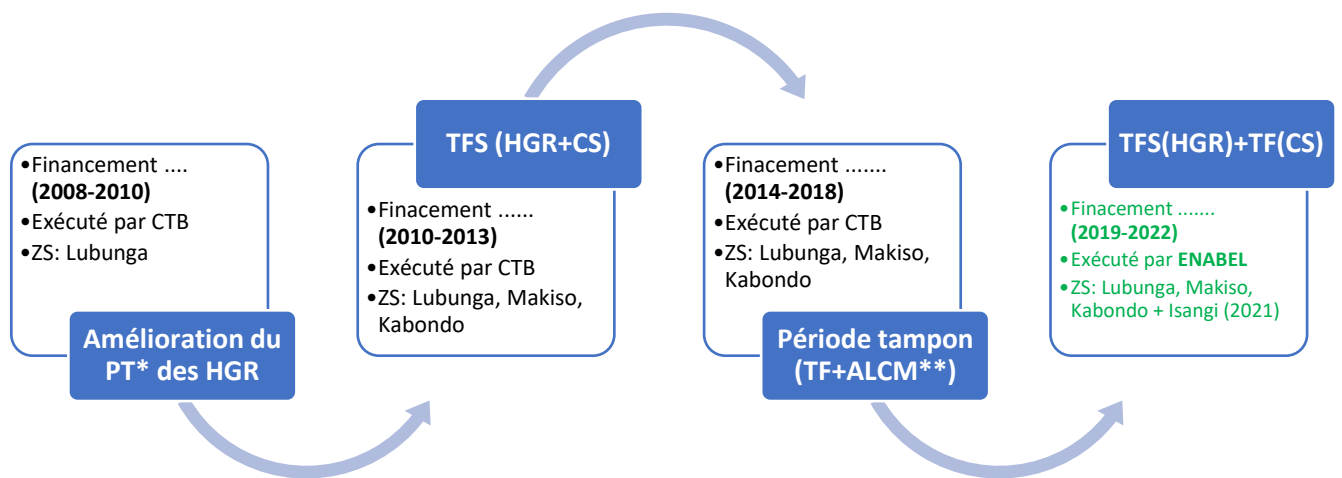


Figure 4. Modèle de subventionnement des soins selon l'approche de la coopération Belge à Tshopo
 (*PT = Plateau technique, **ALCM = Anciennes lignes de crédits médicaments)

De 2019 à 2022, la CTB renommé Agence belge de développement (ENABEL) depuis 2018, va enfin revenir dans les mêmes zones de santé (Lubunga, Makiso et Kabondo) dans lesquelles la coopération avait déjà expérimenté la TF pour instaurer une TFS au niveau des HGR et une TF sans subsides au niveau des CS. Ceci était dans le cadre du programme d'appui aux divisions provinciales de santé (PADP) qui avait débuté en 2015 mais dont la composante tarification forfaitaire a été mis en place qu'en 2019. A ces 3 ZS va s'ajouter la ZS d'Isangi en 2021 à cause du fait que dans le territoire d'Isangi (comportant 4 ZS), ENABEL mettait en œuvre plusieurs autres interventions dans le domaine de l'agriculture et éducation. C'est dans ce cadre qu'ils voulaient instauré aussi le volet appui au système de santé pour avoir une région comportant tout le paquet de subvention de la coopération Belge afin de voir les éventuels effets additifs des programmes d'un certain domaine sur ceux d'autres domaines.

Les trois axes principaux sur lesquels ce programme s'est appuyé sont :

✓ L'offre de soins

Le montage ENABEL était focalisé sur l'**achat des services de santé après vérification et validation des dossiers médicaux** au sein des structures de soins. Cela se faisait directement par ENABEL sans appui technique d'un établissement d'utilité publique. Seuls les frais engagés par les structures pour les dossiers validés étaient remboursés (paiement de la partie tiers-payant). Cela aurait améliorer la qualité des soins par ce contrôle régulier des dossiers médicaux.

A part les frais alloués au tiers-payant, le programme a aidé les HGR dans :

- La mise en place des lignes des crédits médicaments au niveau de la CDR
- La négociation avec toutes les parties prenants de la clé de répartition des recettes de l'hôpital (5% investissements, enveloppe salariale, 40% médicaments...)
- La construction (ex : maternité à Isangi) et réhabilitation (ex : bloc opératoire à Makiso)

Au niveau des centres de santé, la TF était appliquée, sans subvention mais avec un capital médicament au niveau de la CDR.

✓ L'offre de soins

L'accessibilité financière aux soins devraient être améliorée à travers la fixation négociée du tarif forfaitaire avec la communauté et les prestataires des soins ainsi que grâce au paiement du tiers-payant au niveau des HGR. Aucune mutuelle de santé n'a été impliquée dans le montage du programme.

✓ La gouvernance

La DPS-Tshopo et les BCZ ont été appuyés en frais de fonctionnement et de supervision ainsi qu'en primes pour certains personnels. Le programme a doté aussi la DPS de 4 motos. Les supervisions contribuaient à l'amélioration de la qualité des soins et la gestion des formations sanitaires selon les interrogés.

Quant à la gestion des médicaments, les structures de santé achetaient directement leurs produits au niveau de la CDR sans passer par le contrôle du BCZ (pharmacie zonale). Ceci avait comme conséquence une perte de contrôle de cette composante au niveau du BCZ. Il a été constaté selon les interrogés que certains infirmiers titulaires allaient acheter des médicaments moins chers (de qualité douteuse) auprès des autres fournisseurs non agréées par la ZS.

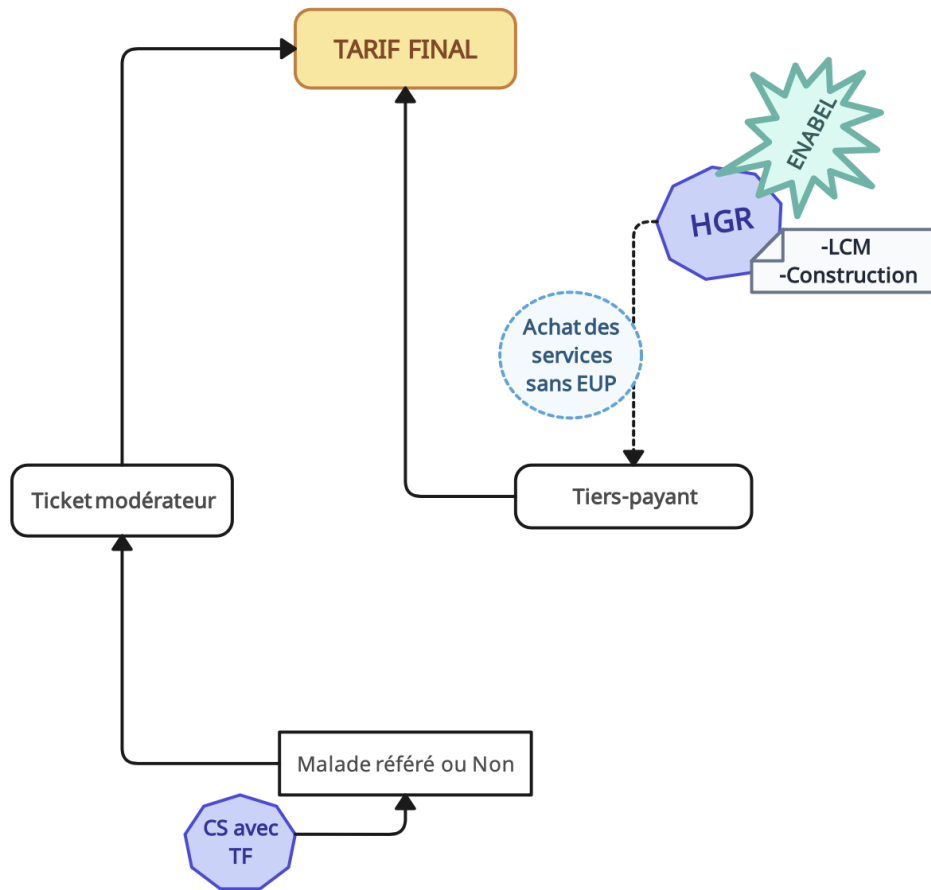


Figure 5. Montage de la TFS à l'HGR pour la subvention ENABEL 2019-2022 (LCM : ligne de crédits médicaments)

3.3.2. Acteurs principaux de ces expériences

➤ Expérience IMA (2014-2017)

Les acteurs suivant ont été impliqués dans la conception et la mise en œuvre du programme de subvention des soins de santé de IMA à Tshopo :

Tableau 2. Acteurs et leurs rôles dans la subvention IMA 2014-2017 à Tshopo

Niveau du SS	Acteurs	Rôles
Division provincial de la santé	Chef de bureau (CB) Appui technique	Implication dans la phase de conception du montage du programme
	Encadreurs provinciaux polyvalents (EPP)	Accompagnement de proximité dans la mise en œuvre du programme

	Chef de division provinciale de la santé	Implication dans la phase de conception du montage du programme
BCZ	Médecin chef de zone de santé (MCZ)	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation des tarifs forfaitaires - Implication dans l'évaluation de la performance des formations sanitaires - Contrôle de la gestion des médicaments au niveau du dépôt zonal - Recouvrement des coûts des médicaments auprès des IT(*)
	Infirmiers superviseurs	Implication dans l'évaluation de la performance des formations sanitaires
	Préposés à la pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification et contrôle des stocks de médicaments dans le dépôt zonal provenant de la CAMEKIS - Vente des médicaments aux infirmiers titulaires - Recouvrement des coûts des médicaments auprès des IT
	Administrateur général (AG)	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation des tarifs forfaitaires - Implication dans l'évaluation de la performance des formations sanitaires
HGR	Médecin directeur, Médecin chef de staff, Directeur de nursing, chefs des services	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation des tarifs forfaitaires - Implication dans l'évaluation de la performance des formations sanitaires
CS	IT	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'application de la tarification forfaitaire - Achat des médicaments au dépôt zonal (BCZ)
IMA	Project manager	- Rôle de coordination du programme
	Superviseurs des activités au niveau du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi rapproché de la mise en œuvre du programme - Implication dans l'évaluation de la performance des formations sanitaires
CAMEKIS	Directeur	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des lignes des crédits médicaments des structures de santé - Vente des médicaments essentiels au BCZ
Communauté	Présidents de comité de santé (PRECODESA)	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation des tarifs forfaitaires - Suivi de l'application de cette tarification forfaitaire au niveau des centre de santé - Apporter les feedbacks de la communauté par rapport au montage

Autre	Fournisseur indépendant	- Fournir la connexion internet dans les zones de santé
-------	-------------------------	---

(*) Les médecins chef de zone de santé étaient les gérants des médicaments achetés à la CAMEKIS parce que tout le stock arrivait au niveau du dépôt zonal. Dès là les infirmiers titulaires venaient acheter les médicaments soit en cash, soit à crédit. Pour recouvrer les coûts des médicaments pris à crédits, les MCZ développaient certains mécanismes comme l'exclusion de l'infirmier titulaire qui a des dettes de activités de la ZS rapportant un surplus de prime et/ou connaissance (ex : campagne de masse, formation).

Du cercle central (noyau des acteurs ayant un rôle plus important dans le montage) à la périphérie, le cercle de mobilisation des acteurs ci-après montre l'implication de ces différents acteurs dans le montage du programme.

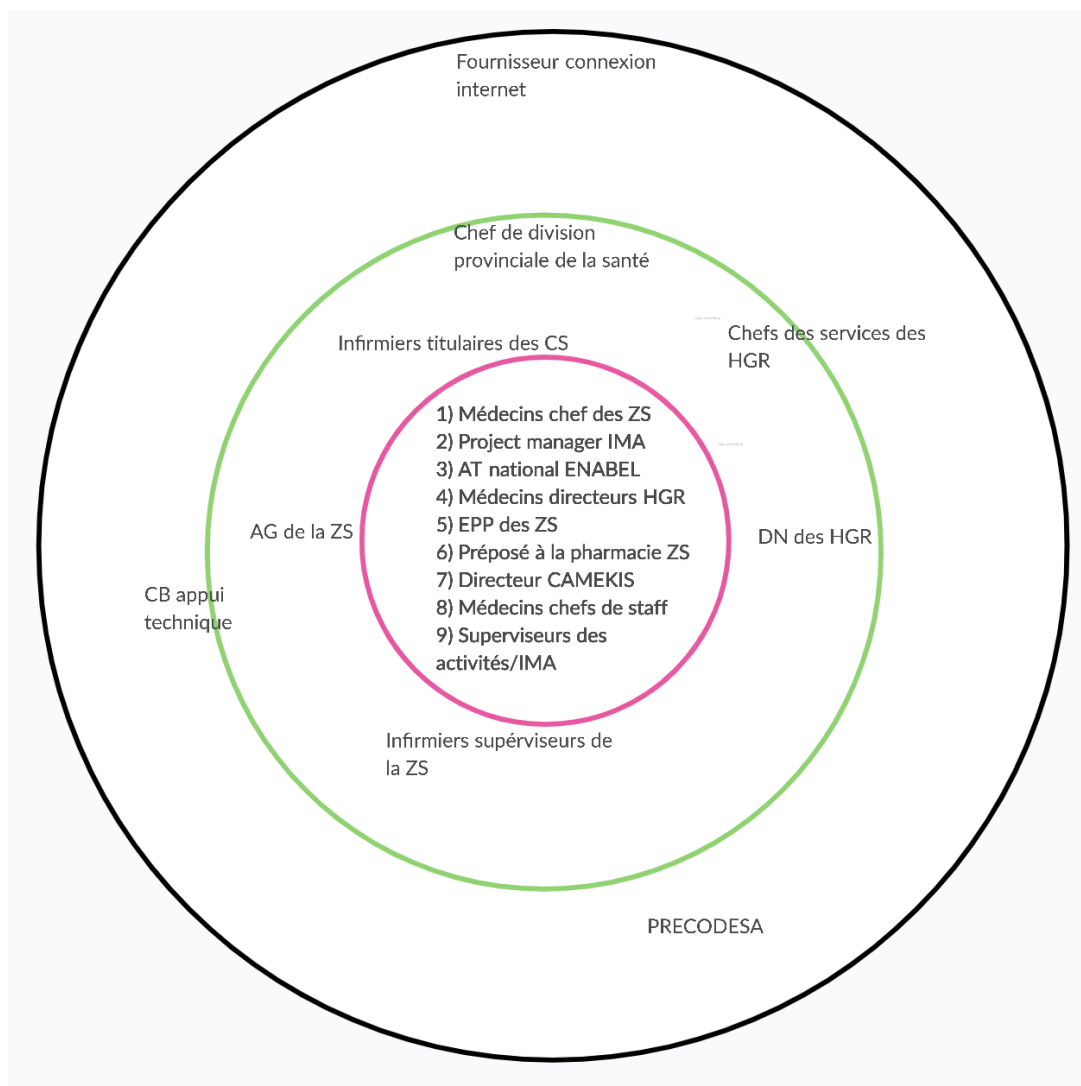


Figure 6. Cercle de mobilisation des acteurs dans la subvention IMA à Tshopo de 2014 à 2017

➤ Expérience ENABEL (2018-2022)

Plusieurs acteurs sont intervenus dans la conception du montage et la mise en œuvre de la subvention des soins de santé par ENABEL dans les zones de santé d'intérêt à la Tshopo. Le tableau ci-après présente ces acteurs et leurs rôles :

Tableau 3. Acteurs et leurs rôles dans la subvention ENABEL 2018-2022 à Tshopo

Niveau du SS	Acteurs	Rôles
Division provincial de la santé	Chef de bureau (CB) Appui technique	Accompagnement technique dans la mise en œuvre du montage de TFS dans les ZS
	Chef de bureau (CB) Inspection et contrôle	Appui dans le suivi de la mise en place effective de la TFS
	Encadreurs provinciaux polyvants (EPP)	Accompagnement de proximité et évaluation formative
	Analystes	Accompagnement de proximité et évaluation formative
	Chef de division de la santé	Accompagnement technique dans la conception du montage du projet
BCZ	Médecin chef de zone de santé (MCZ)	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation des tarifs forfaitaires - Validation des dossiers - Suivi du projet
HGR	Médecin chef de staff, Directeur de nursing, chefs des services, pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation des tarifs forfaitaires - Vérification des dossiers médicaux avant validation
CS	IT	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'application de la tarification forfaitaire - Achat des médicaments à la CAMEKIS
ENABEL	Assistants techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi la de mise en œuvre du projet - Appui technique dans la vérification et contrôle des dossiers médicaux - Vérification proprement-dit des dossiers pour remboursement
CAMEKIS	Directeur	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des lignes des crédits médicaments des structures de santé - Vente des médicaments essentiels aux structures de santé
Communauté	Présidents de comité de santé (PRECODESA)	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation des tarifs forfaitaires - Suivi de l'application de cette tarification forfaitaire au niveau des centre de santé

		- Apporter les feedbacks de la communauté par rapport au montage
BDOM	Directeur	Intervention dans la fixation des tarifs forfaitaires
Direction des études et planification (DEP)	Ancien directeur	Orientations techniques par rapport au montage de la subvention
	Raphael Nunga	Intervention dans le processus de signature du contrat

Ces différents acteurs étaient impliqués différemment dans ce projet de subvention à Tshopo. Le cercle de mobilisation des acteurs ci-après montre l'importance de l'implication de ces différents acteurs. Ceux qui sont au centre constituaient le noyau de la mise en œuvre de la subvention ENABEL.

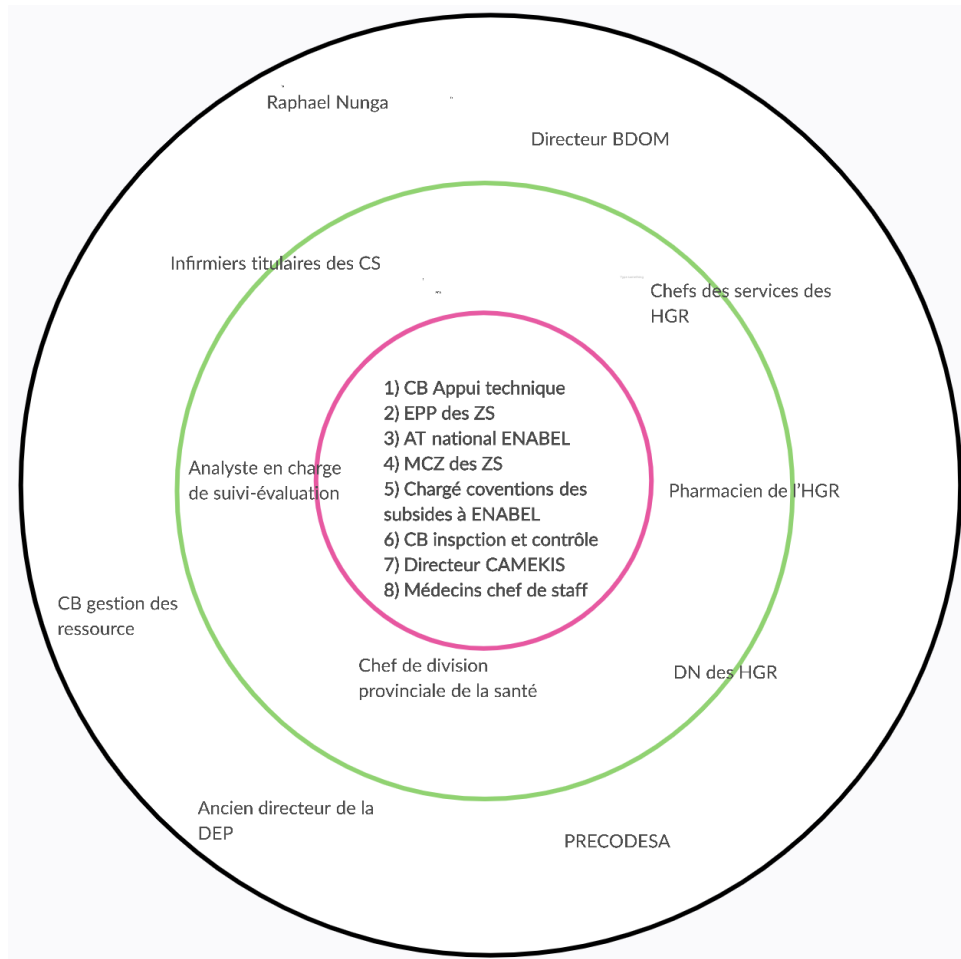
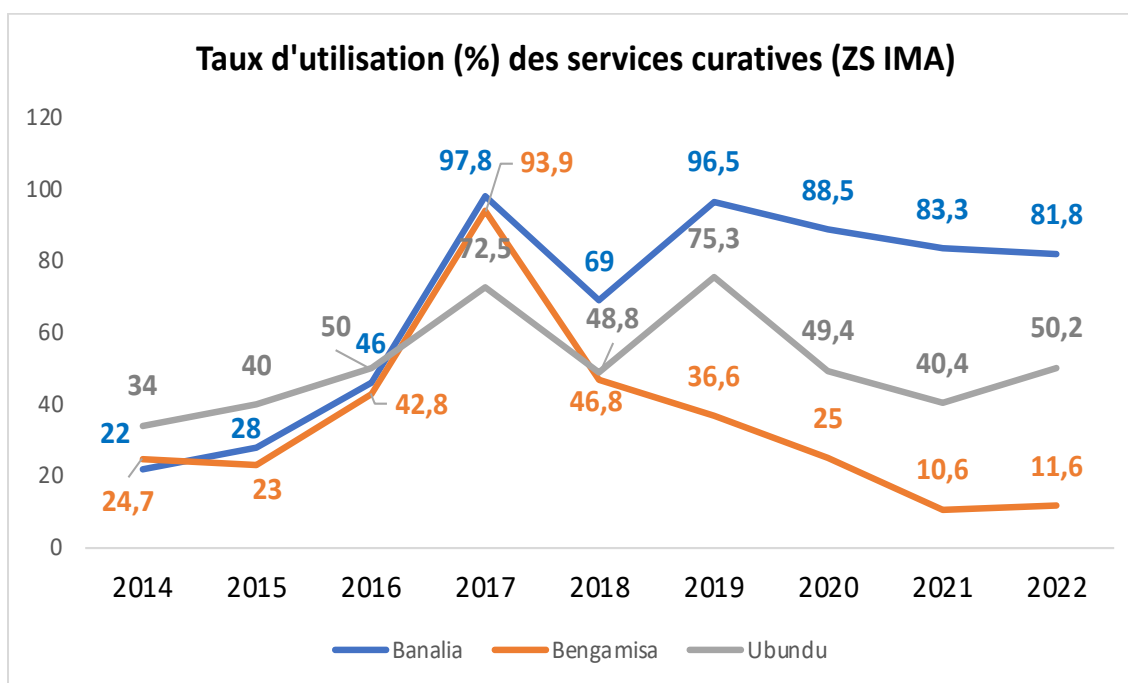


Figure 7. Cercle de mobilisation des acteurs dans la subvention ENABEL à Tshopo de 2019 à 2022

3.4. Evolution des quelques indicateurs sanitaires des zones de santé de 2014 à 2022

1) Taux d'utilisation des services curatifs

Figure 8. Evolution du taux d'utilisation des services curatives dans les ZS IMA (2014-2022)



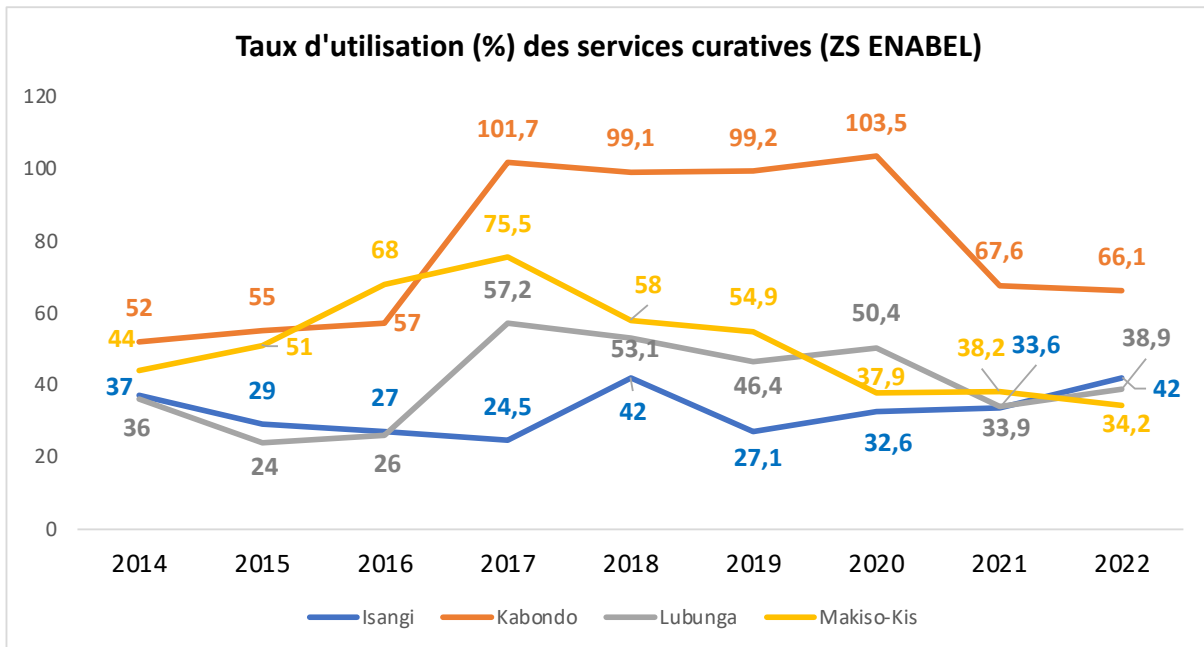
Le taux d'utilisation des services curatives a augmenté après la mise en place de la TFS (CS et HGR) dans les ZS avec appui IMA. On remarque aussi une chute brusque de cet indicateur l'année suivant la fin du programme (2018).

On remarque qu'après 2019, à **Banalia** plusieurs mécanismes ont été mis en place pour redresser ce taux d'utilisation des services notamment : l'appui des interventions dans les urgences sanitaires dans la ZS (lors des 2 épidémies de méningites par le gouvernement congolais et l'OM ; et celui de rougeole par MFS) ayant permis un ravitaillement de la ZS en médicaments, prime des prestataires et la prise en charge gratuite des patients, la révision de la tarification forfaitaire lors d'une réunion du conseil d'administration de la ZS, la constitution progressive d'un fond de pérennisation par les FOSA (10% des recettes de la FOSA) lors de la période de subvention et des fonds de solidarité.

A **Ubundu**, le bon leadership des responsables (notamment du médecin directeur de l'HGR qui n'a pas été changé durant toute la période de l'intervention) a permis aussi un redressement en 2019.

Par contre à **Bengamisa**, où le médecin directeur de l’HGR a été changé quatre fois durant la période de mise en œuvre du projet (et où le leadership n’était pas fort, on remarque une baisse du taux d’utilisation des services jusqu’en 2021 avant une stabilisation.

Figure 9. Evolution du taux d'utilisation des services curatives dans les ZS ENABEL (2014-2022)

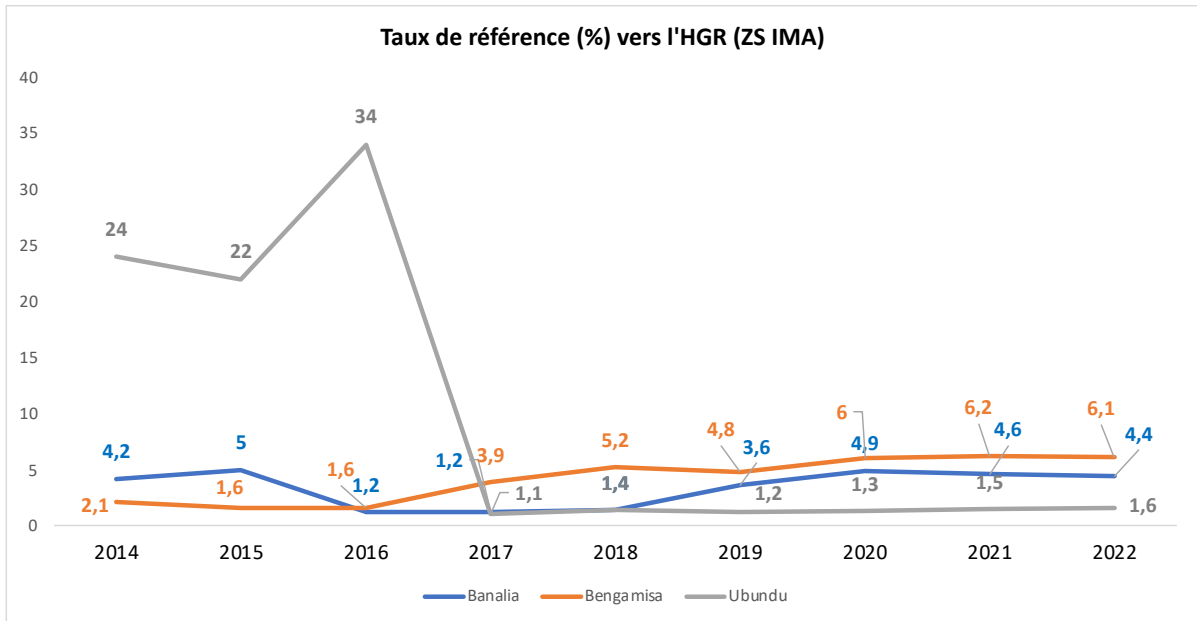


Par contre dans les ZS ENABEL (Fig. 9) , l’évolution de l’utilisation des services curatives ne semble pas dépendre la période de mise en œuvre de l’intervention (2018-2022). La ZS de Makiso de façon particulière a vu son taux d’utilisation baissé progressivement à partir de 2018 jusqu’en 2022. Ceci pourrait se justifier en partie par le fait de la grosse charge du personnel pléthorique surtout au niveau de l’HGR et le changement fréquent (souvent à moins d’une année) des responsables de la ZS (médecin chef de zone) et/ou de l’HGR (Médecin directeur). Aussi, le fait d’instaurer la TF sans subsides au niveau des CS avait fait que certains CS revenaient à la tarification par acte, ce qui peut justifier cette baisse de l’utilisation des services. A Isangi où l’intervention n’a débuté qu’en 2021, on remarque une légère baisse en 2022.

2) Taux de référence

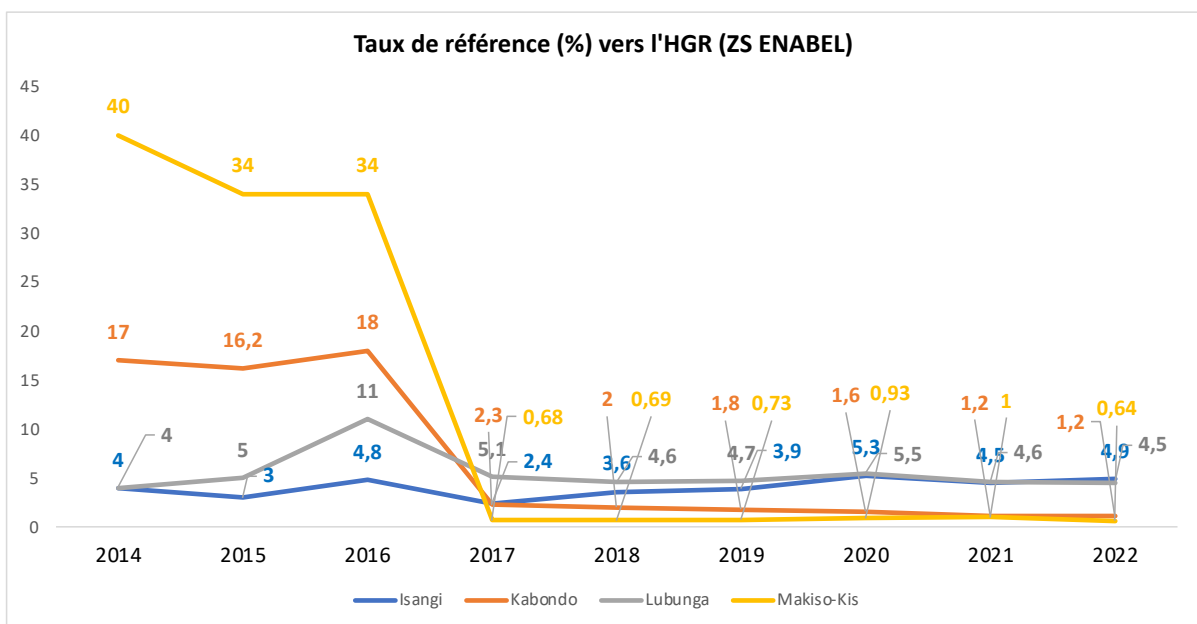
Le taux de référence a baissé dans les ZS IMA au cours de l’intervention (Fig 10). Cela peut s’expliquer par le fait que la subsidiation se faisait aussi au niveau du centre de santé. Une élévation progressive a été remarqué après l’intervention.

Figure 10. Evolution du taux de référence dans les ZS IMA (2014-2022)



La Fig 11 montre que le taux de référence a fortement baissé à la fin de la période tampon (2014-2018, après la rupture de la subvention) pour les ZS ENABEL, due à l'épuisement des lignes de crédits médicaments. Malgré la reprise de la TFS à l'HGR (et au CS), ce taux est resté à moins de 5% durant toute la période l'intervention.

Figure 11. Evolution du taux de référence dans les ZS ENABEL (2014-2022)



3) Nombre de malades hospitalisés à l'HGR

Les données disponibles concernant les ZS IMA (Fig 12) montrent une baisse rapidement progressive du nombre de malades hospitalisés à l'HGR. Ceci est expliqué par le fait qu'après l'arrêt de l'intervention, la subsidiation des soins n'étant plus effectif au niveau du CS, le personnel retenait plus des malades afin d'augmenter les recettes de la structure. Le faible taux a été noté en 2021 (lié à la grève des médecins et Covid-19) avant de remonter en 2022.

Figure 12. Evolution du nombre des malades hospitalisés à l'HGR (ZS IMA) de 2017 à 2022

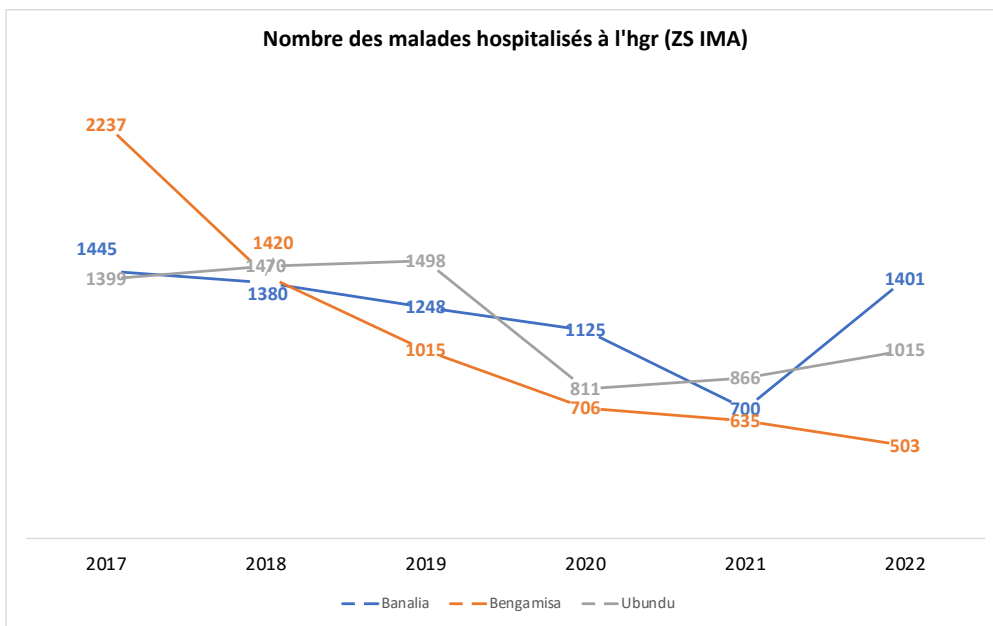
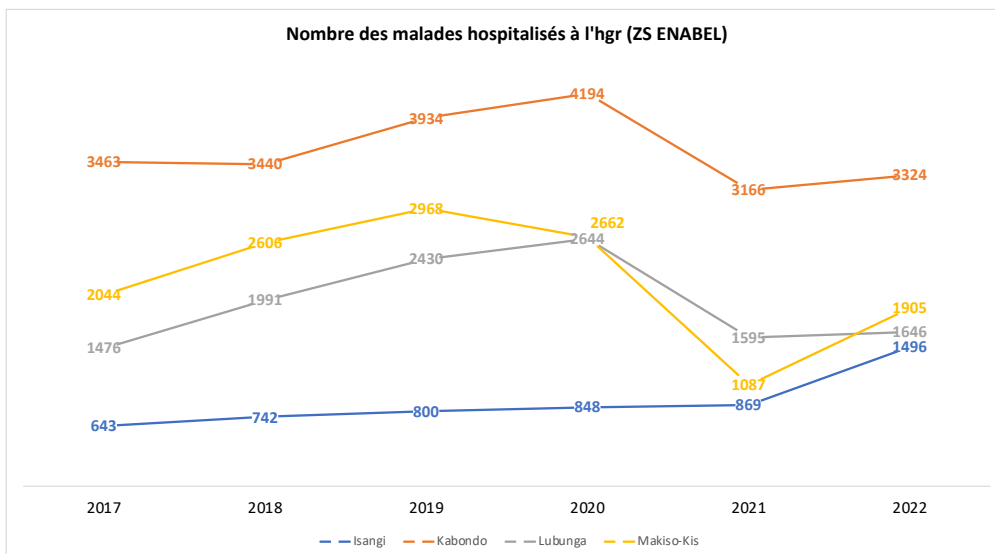


Figure 13. Evolution du nombre des malades hospitalisés à l'HGR (ZS ENABEL) de 2017 à 2022

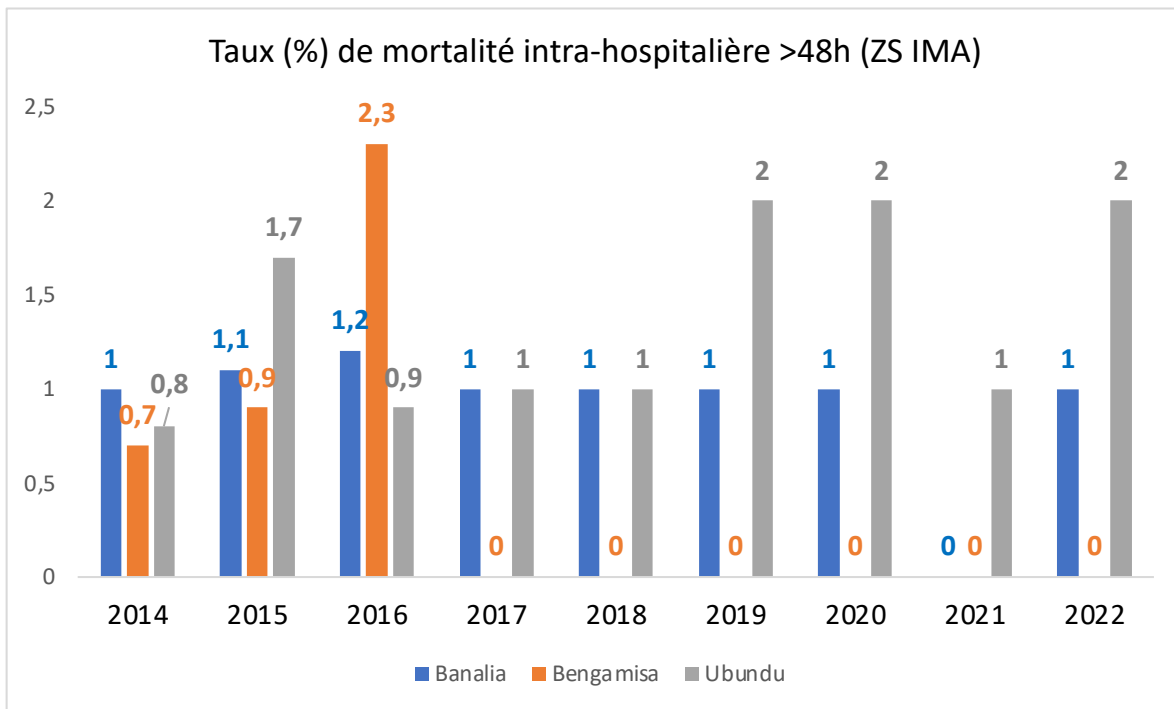


Le nombre des malades hospitalisés dans les HGR des ZS ENABEL (Fig 13) a augmenté progressivement au cours de l'intervention. On remarque néanmoins une chute en 2021 qui pourrait être expliquée par la grève des médecins et la pandémie à Covid-19, avant de remonter en 2022 (spécialement pour Isangi qui a intégré le programme en 2021).

4) Taux de mortalité intrahospitalière

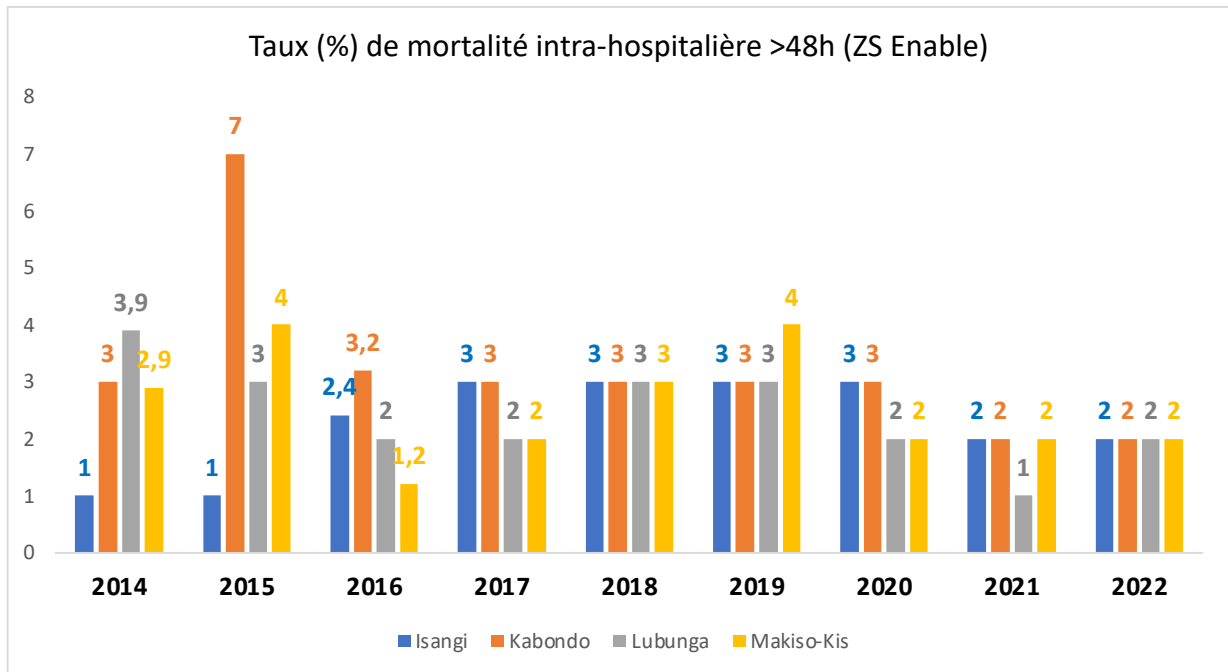
Le taux de mortalité intrahospitalière à plus de 48h a progressivement augmenté dans les ZS IMA durant l'intervention, malgré la baisse du taux de référence des patients (Fig 14). Cela est expliqué par le fait que vu la subsidiarité des soins au niveau de l'HGR, plusieurs structures primaires et secondaires envoient leurs cas (souvent complexe) à l'HGR.

Figure 14. Taux de mortalité intrahospitalière >48h pour les ZS IMA de 2014 à 2022



La Fig 15 par contre montre que dans les ZS ENABEL, le taux de mortalité intrahospitalière à plus de 48h a baissé progressivement durant la période d'intervention. Cela est dû en partie au contrôle qualité des dossiers médicaux dans l'approche d'achat des services d'ENABEL.

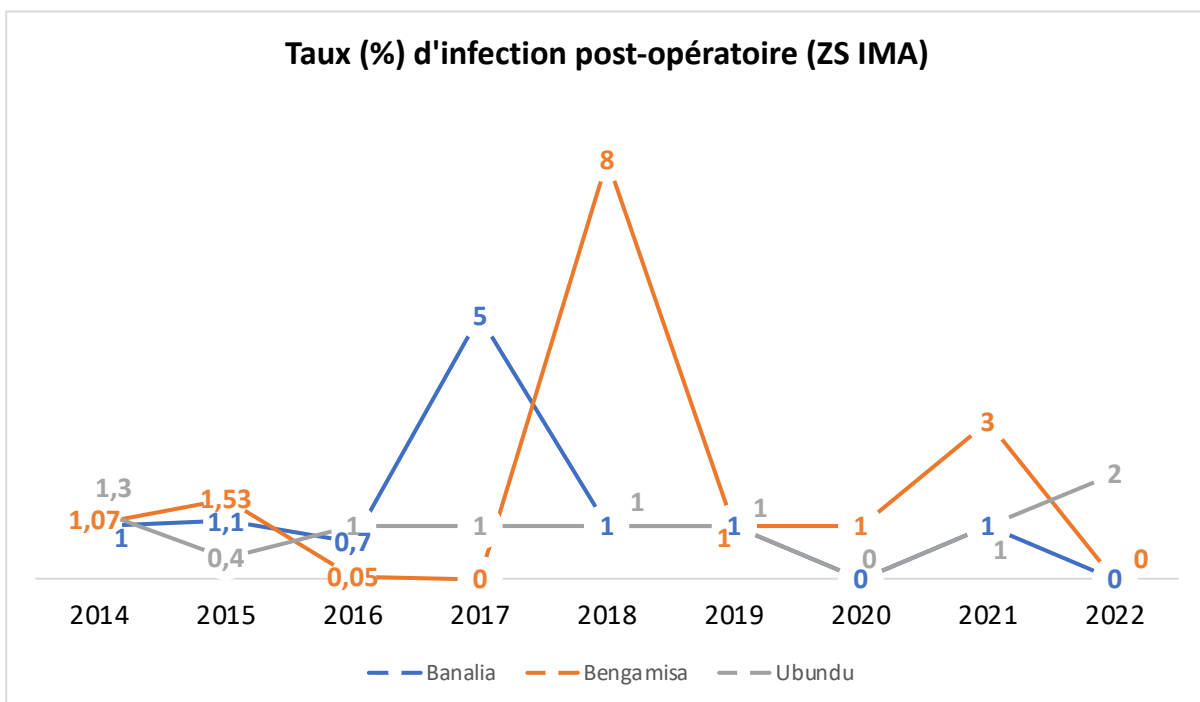
Figure 15. Taux de mortalité intrahospitalière >48h pour les ZS ENABEL de 2014 à 2022



5) Taux d'infection post-opératoire

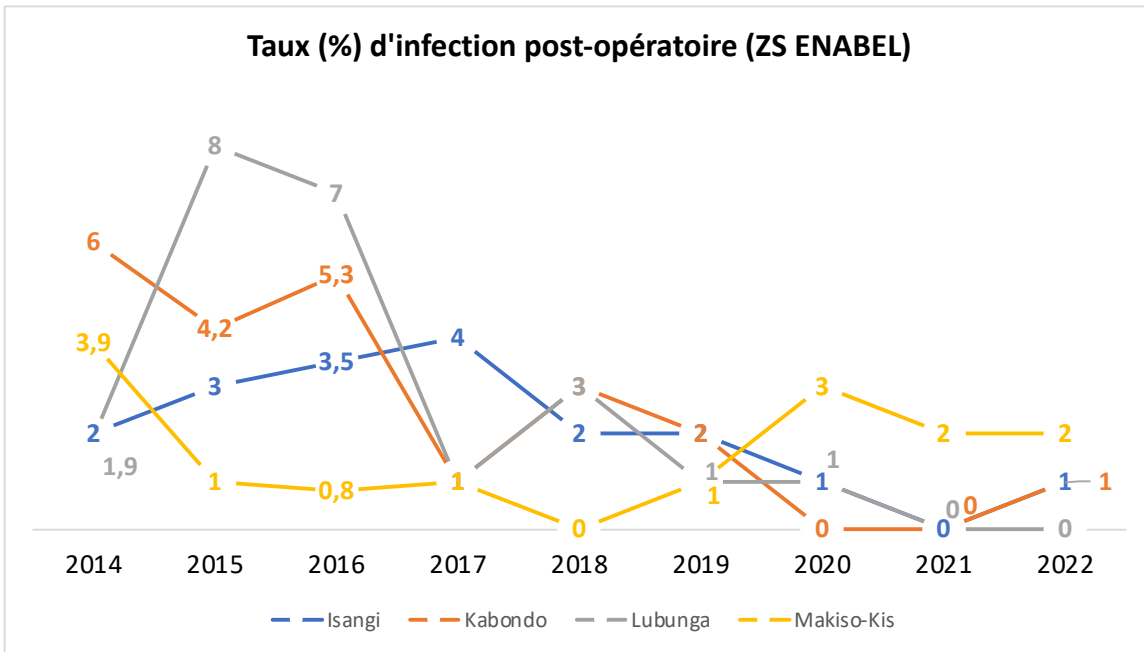
Le taux infection post-opératoire qui était faible durant la période de l'intervention IMA (Fig 16) a subi un pic l'année suivant l'arrêt de la subvention à Bengamisa. A Banalia par contre ce taux a baissé en 2018 tandis qu'à Ubundu le taux est relativement faible. Ceci peut être d'autres facteurs expliqués plus haut pour les 3 ZS.

Figure 16. Taux d'infection post-opératoire de 2014 à 2022 (ZS IMA)



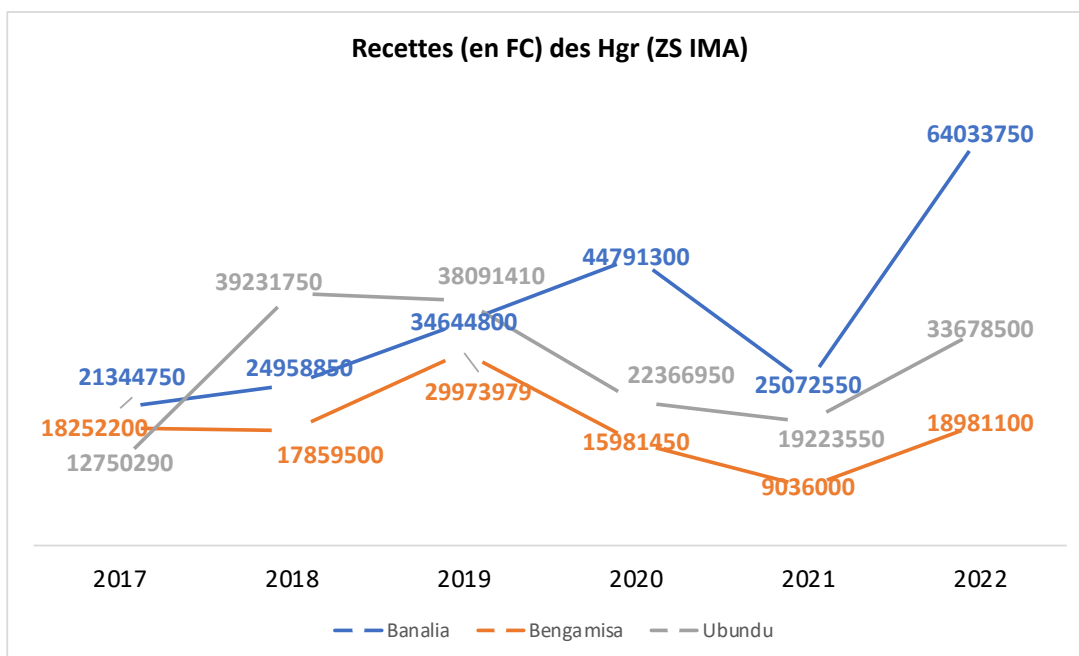
Dans les ZS ENABEL (Fig 17) par contre, on a remarqué une baisse progressive du taux d'infection post-opératoire de 2014 à 2022 sauf pour la ZS de Makiso où une hausse a été noté (les facteurs déjà expliqués pour cette ZS plus haut expliquent cela).

Figure 17. Taux d'infection post-opératoire de 2014 à 2022 (ZS ENABEL)



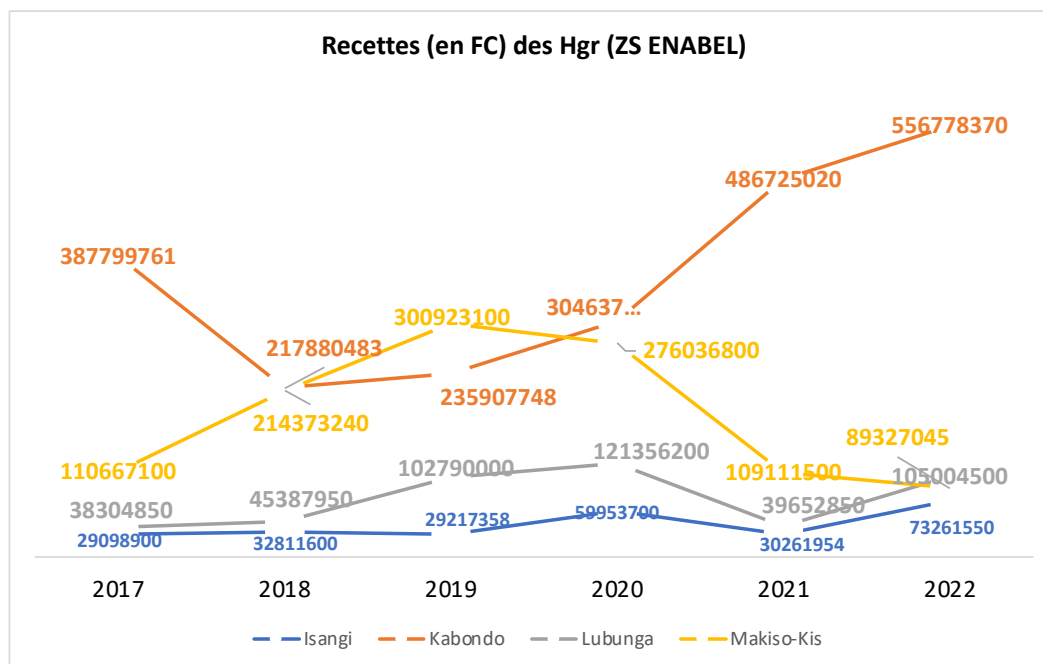
6) Recettes des HGR

Figure 18. Recettes des HGR des ZS IMA de 2017 à 2022



La Fig 18 montre l'évolution de la mobilisation des recettes dans les ZS IMA après l'intervention (donnés disponibles). Globalement pour les 3 zones, les recettes ont allaiant en augmentant jusqu'à une chute à partir de 2019.

Figure 19. Recettes des HGR des ZS ENABEL de 2017 à 2022



Pour les ZS ENABEL (Fig 19), les recettes des HGR se sont améliorés durant la période de l'intervention sauf une baisse en 2021 (grève des médecins, Covid-19) en 2021.

7) Quelques indicateurs de gestion des médicaments

Les figures 20 et 22 montrent respectivement l'évolution du montant de lignes de crédits médicaments et celui du solde de ces lignes au niveau de la CDR pour les ZS IMA, après l'intervention (données disponibles). On remarque un maintien du montant en 2018 puis une forte baisse en 2019 due à la consommation de ces lignes dans les autres besoins quotidiens des FOSA. On note aussi que le montant du solde a suivi la même tendance.

Pour les ZS ENABEL (même pour Isangi à partir de 2021), le montant des lignes de crédits médicaments (Fig 21) allait decrescendo durant la période de l'intervention, concordant avec le fait que la plupart des ZS n'ont pas atteint le plafond du montant des subsides prévu par le programme (7.000 à 8.000 euros par mois). Aussi, le montant du solde a suivi la même tendance pour ces ZS.

Figure 20. Evolution du montant de lignes de crédits (LC) médicaments dans le ZS IMA de 2018-2022

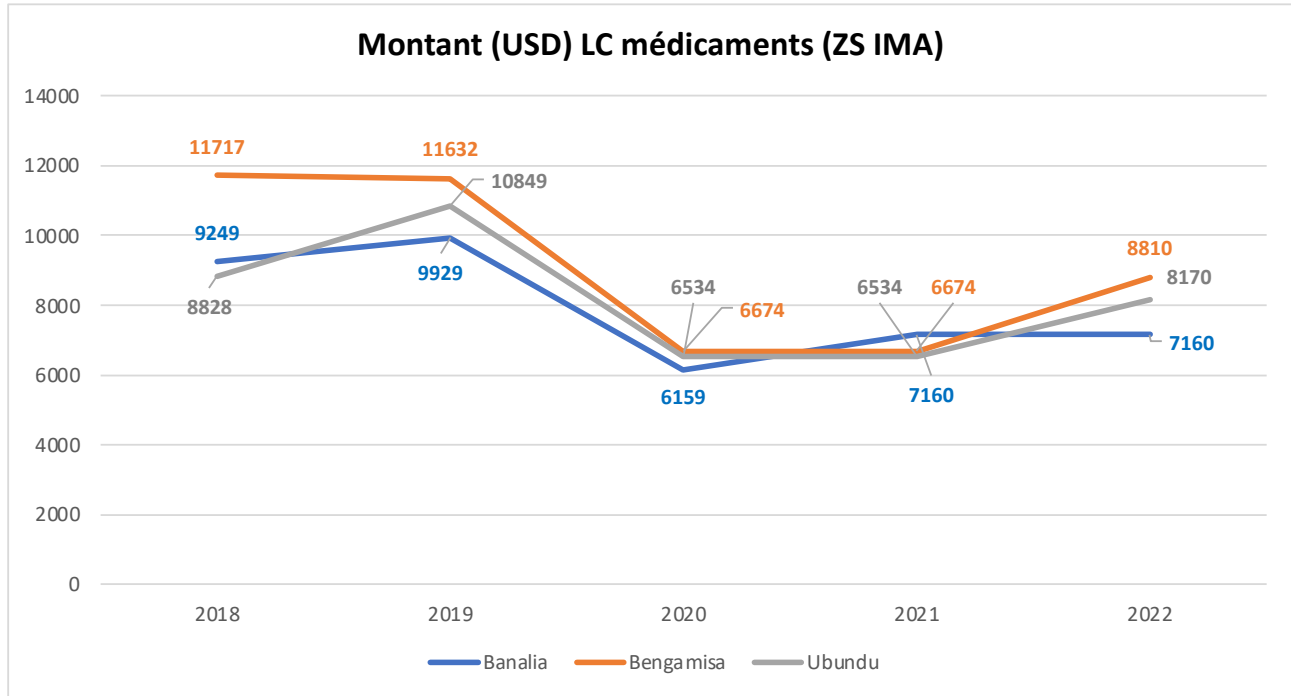


Figure 21. Evolution du montant de lignes de crédits (LC) médicaments dans le ZS ENABEL de 2018-2022

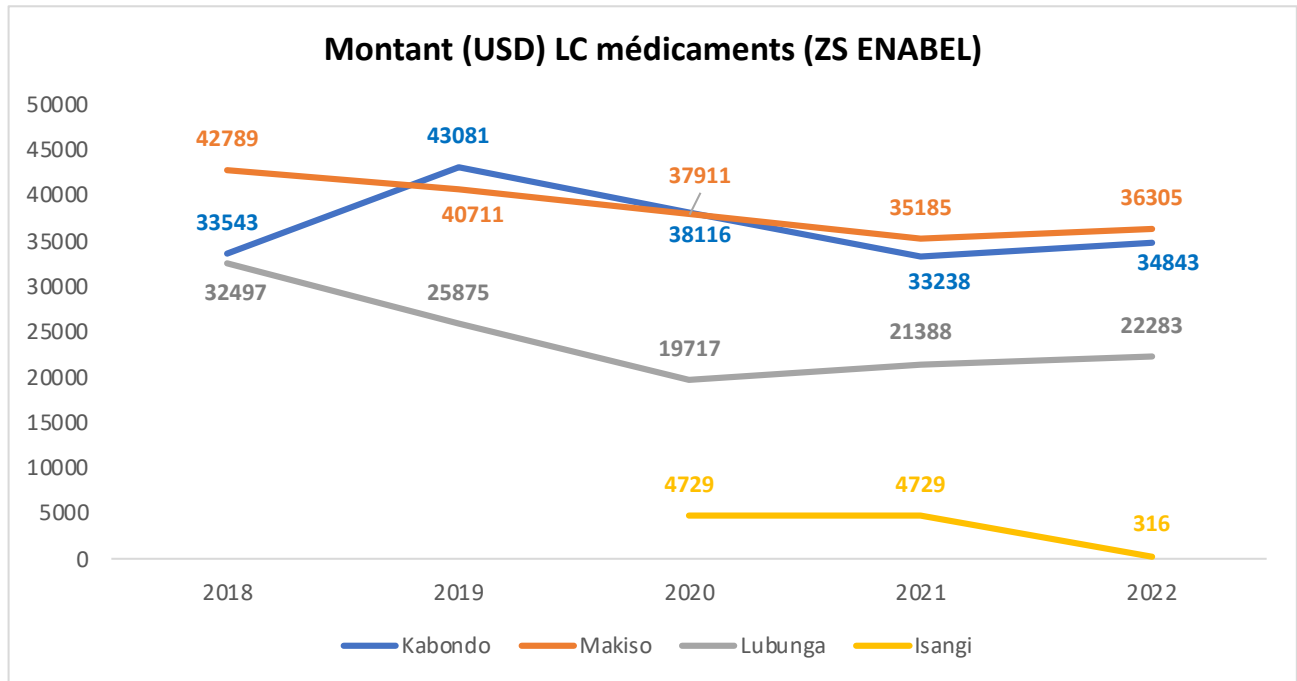


Figure 22. Valeur du solde de la ligne de crédit médicament à la CDR pour les ZS IMA de 2018 à 2022

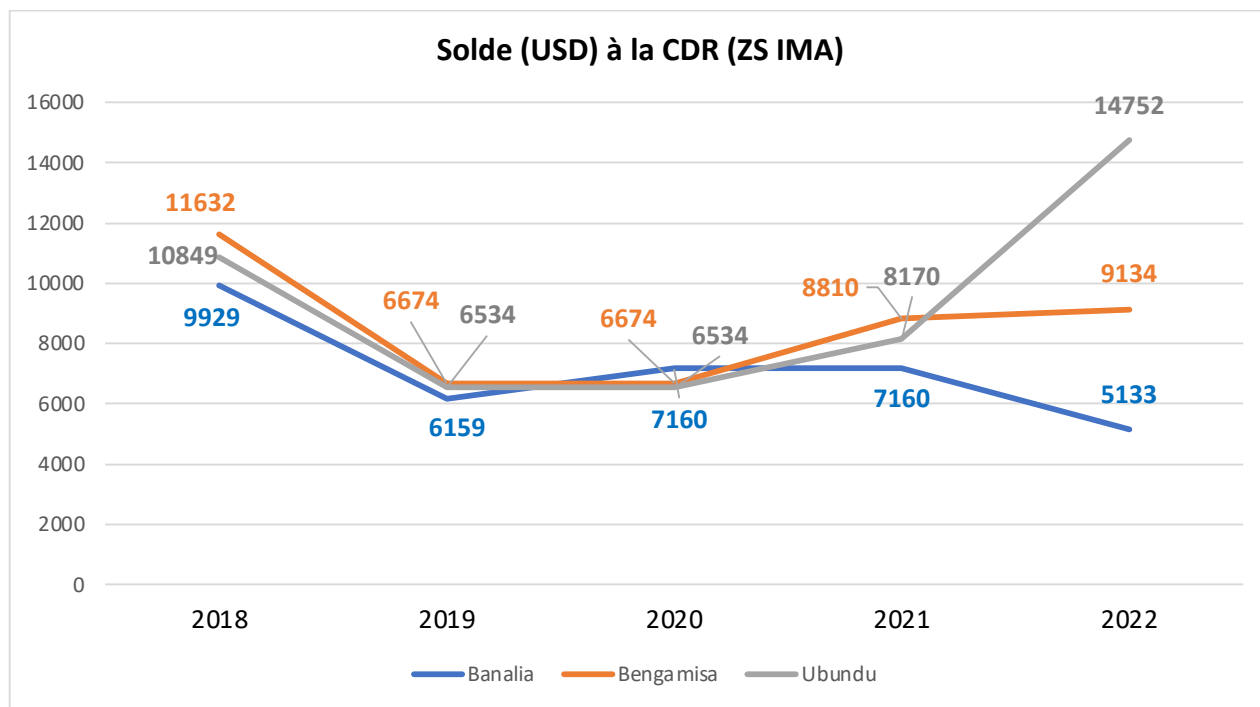
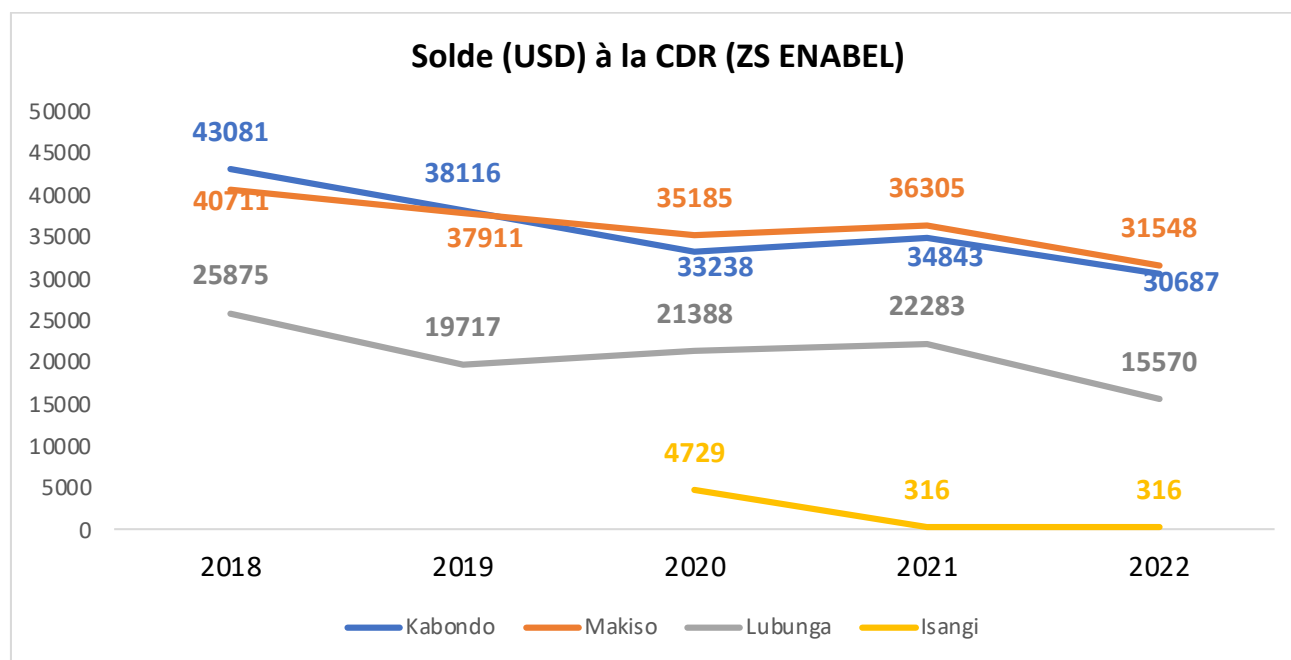


Figure 23. Valeur du solde de la ligne de crédit médicament à la CDR pour les ZS ENABEL de 2018 à 2022



IV. PRINCIPALES LECONS APPRIS DES EXPERIENCES DE TAFICIATION FORFAITAIRE A TSHOPO

4.1. Lors de la conception des projets de subvention des soins de santé

a) Montage IMA

L'évolution de la conception du montage de l'appui du bailleur DFID, tel que le montre le schéma ci-après **(de la gratuité totale des soins à la gratuité ciblée puis TFS)** a eu des conséquences néfastes sur le fonctionnement et les recettes des formations sanitaires :

- Du côté de la communauté qui était déjà habitué à avoir des soins de santé sans payer, il a été très difficile de les convaincre à contribuer au paiement des soins par après, même avec un ticket modérateur négocié avec eux. La fréquentation des structures de santé a alors baissé.
- Du côté des prestataires de soins, la prime était assurée par le partenaire dans ce montage de gratuité et les médicaments étaient données à la FOSA. En passant la TFS, les prestataires devaient être payés selon les recettes de la FOSA qui était en baisse à cause de la diminution de la fréquentation de la FOSA. En plus, la plus grande partie des recettes allaient à l'achat des médicaments qu'à la prime des prestataires. Ce qui a entraîné une baisse de la motivation de ce personnel. En plus, les supervision formatives et évaluatives du niveau intermédiaires n'étaient plus réalisées.
- Du côté de la FOSA : les fonds étant limités, l'entretien des bâtiments n'était plus assuré. Aussi, les frais de fonctionnement étant moindres, l'entretien des engins de la structure comme l'ambulance n'était plus assuré, d'où ce dernier tombait en panne et n'était plus fonctionnel. Ce qui a entraîné une baisse du taux de référence. Ce qui a contribué aussi à la baisse du taux de référence, c'est la perception du manque à gagner en transférant le malade (car baisse des recettes) et la suppression des tarifs préférentiels (au profit des tarifs forfaitaires).

b) Montage ENABEL

Avec l'appui de la CTB/ENABEL, la conception du montage de 2019-2022 était dans la continuité du modèle adopté depuis 2010-2013 (TFS). Mais, il y a eu une période tampon de 2014 à 2018 au cours de laquelle il y a eu rupture complète de la subvention du partenaire avec comme seule subvention restée, les lignes de crédits médicaments qui étaient rapidement épuisées malgré le

renouvellement en 2013 avec la rupture de la subvention. Ce capital médicament créée par le programme de 2010 à 2013 n'a pas été conservé pour certaines raisons :

- La FOSA devrait assurer la prise en charge des indigents qui ne payaient pas les soins, et donc la réserve des fonds des lignes de crédits médicaments étaient utilisée à ces fins
- Le recouvrement des coûts pour certains patients étaient presque impossible (cas des évadés et des décédés)
- Le fonctionnement de l'hôpital (consommables, entretiens,...) était difficile à assurer sans utiliser l'argent de ces lignes des crédits médicaments.

Enfin, dans le nouveau montage, vu que les centre de santé ne recevaient pas des subsides du projet comme en 2010-2013, cela a abouti à la séquestration des malades (baisse des référence) et manque d'entretien des FOSA. Pour les HGR, vu que **la nouvelle approche était celle de l'achat des services après contrôle des dossiers médicaux**, au départ il y a eu perte des fonds par les structures, ce qui justifie que la plupart des HGR n'ont pas atteint le plafond du montant de subsides octroyés par ENABEL (7.000 à 8.000 euros).

4.2. Lors de la mise en œuvre des montages de TF et TFS

i) Montage IMA

ZS Banalia :

L'approche TF a continué à fonctionner dans la ZS malgré l'arrêt de la subvention en 2017 grâce à certains facteurs : (a) le leadership de l'ancien MCZ et du MD ; (b) l'appui des interventions dans les urgences sanitaires dans la ZS (lors des 2 épidémies de méningites par le gouvernement congolais et l'OM ; et celui de rougeole par MFS) ayant permis un ravitaillement de la ZS en médicaments, prime des prestataires et la prise en charge gratuite des patients ; (c) la révision de la tarification forfaitaire lors d'une réunion du conseil d'administration de la ZS ; (d) la transformation de la subvention-médicaments en lignes de crédits médicaments au CDR, avec l'appui de la DPS constituant un matelas financier des FOSA ; (e) la constitution progressive d'un fond de pérennisation par les FOSA (10% des recettes de la FOSA) lors de la période de subvention et des fonds de solidarité.

« ...A l'HGR Banalia, la continuité de la TF était possible grâce au maintien du capital médicament, les roulements induites par la mise en place d'une cantine et d'une caisse de solidarité santé pour garantir les soins du personnel ». (MCZSEL)

ZS Benqamisa :

- Le changement des responsables de l'HGR (MD) quatre fois durant la période de mise en œuvre du projet a perturbé le déroulement des activités
- Le fait de partir de la gratuité des soins vers la TF a entraîné des conséquences néfastes dans la mise en œuvre du projet : inadaptation de la communauté au paiement des soins de santé ; la méfiance du personnel de santé qui a vu sa prime baissée, qui était désormais dépendante de sa production.

ZS Ubundu :

Un bon leadership du médecin directeur qui n'a pas été changé durant la période de subvention a permis l'appropriation de la TF et sa pérennisation à l'HGR de cette ZS.

ii) Montage ENABEL

ZS Kabondo :

- L'appui de l'église catholique a pu soulager le fonctionnement de l'hôpital général de référence. Cet appui a concerné des dons de matériels biomédicaux, la gestion éthique et rigoureuse de l'hôpital et le renforcement du leadership). Cela a permis de maintenir la tarification forfaitaire.
- Dans cette zone de santé, le plafond de subsides à octroyer à la ZS par ENABEL (7.000-8.000 euros) a été atteint dans la mise en œuvre, ce qui a permis un bon fonctionnement du montage.

ZS Makiso :

- Cette zone de santé étatique n'a pas bien évolué dans ce montage (TF au centre de santé et TFS à l'HGR) pour certaines raisons : (1) la grosse charge du personnel pléthorique surtout au niveau de l'HGR ; et (2) le changement fréquent (souvent à moins d'une année) des responsables de la ZS (médecin chef de zone) et/ou de l'HGR (Médecin directeur) entraînant le changement rapide de philosophie de gestion et le leadership
- Le plafond des subsides à octroyer aux zones de santé (7.000-8.000 euros) n'a jamais été atteint par ces ZS (5.000 euros à la fin du programme). Ceci a créé un manque à gagner au niveau des structures de santé qui a par la suite abouti à une démotivation du personnel de santé qui ne seraient pas payés car l'essentiel de la subvention insuffisante servait à l'achat des médicaments.

ZS Lubunga :

- Le leadership fort du médecin chef de zone et du médecin directeur de l'HGR (surtout dans le suivi et évaluation ainsi que la transparence dans la gestion) a permis de maintenir fonctionnel le montage de tarification forfaitaire. Néanmoins, dans cette ZS
- En plus de la subvention ENABEL, cette ZS recevait une motivation supplémentaire de la firme VODACOM liée au l'installation de leur antenne dans l'enceinte de l'HGR. L'enveloppe de paiement de frais de location de l'antenne était intégrée dans l'enveloppe salariale de l'HGR, grâce en partie au leadership du médecin directeur. Cela a aussi permis de soulager le fonctionnement de l'HGR et a facilité l'application de la TFS.

ZS Isangi :

Malgré l'intégration tardive (2021) de la zone de santé d'Isangi, le leadership fort du MCZ et du MD, l'appropriation de l'approche TF par le personnel de santé et la communauté a permis une bonne implémentation du projet. Ceci a été aussi fortement favorisé par la présence d'autres interventions d'ENABEL dans le territoire d'Isangi (en agriculture et éducation).

D'autres facteurs répertoriés ont contribué au bon fonctionnement des montages de la TF dans les ZS d'intérêt à Tshopo dont : l'évaluation périodique de la qualité par les pairs avec octroi d'un bonus de qualité selon les performances par hôpital et la digitalisation des hôpitaux servant d'outil efficace de gestion du patient dans son circuit à travers des services interconnectés et une gestion transparente des ressources hospitalières ainsi que les renforcement des capacités des ressources humaines en santé.

4.3. A la fin de l'appui du partenaire concernant les montages TF et TFS

Certaines approches de pérennisation de la TF ont été initiées par les certaines zones de santé, avec l'appui de la DPS et du partenaire :

- La création des lignes de crédits médicaments pour les FOSA au niveau de la CDR (CAMEKIS)

« ... le maintien des lignes de crédits médicaments au sein des structures a été un facteur de la continuité de la TF au sein des structures après les subsides ». (BLB)

- La révision de la tarification forfaitaire après le départ du partenaire pour réajustement avec toutes les parties prenantes (y compris la communauté)
- La création progressive d'un fond de pérennisation à travers les recettes de FOSA

- Le leadership fort des responsables de la zone de santé et des FOSA
- L'appui extérieur supplémentaire d'autres partenaires et programmes

Néanmoins d'autres facteurs ont fragilisé la pérennisation de la TF à la fin des appuis : (1) la rupture de l'accompagnement dans la supervision du niveau intermédiaire (DPS) faute des moyens, (2) le remplacement fréquent de MCZ et de MD.

V. ANALYSE FORCES-FAIBLESSES-MENANCES-OPPORTUNITES DES EXPERIENCES DE TAFICIATION FORFAITAIRE A TSHOPO

Forces

- La gestion des médicaments par le bureau central de la zone de santé dans l'approche IMA ayant permis un recouvrement contrôlé des dettes des médicaments
- La mise en place de la tarification forfaitaire subsidiée à la fois au niveau du centre de santé et à l'HGR pour l'expérience IMA
- La mise en place des lignes des crédits médicaments à la fois au niveau du centre de santé et l'HGR dans les deux expériences
- L'implication de la DPS et de l'ECZ dans la conception des deux montages et le suivi de la mise en œuvre des expériences
- Leadership fort de certains MCZ et MD dans l'application et la pérennisation de la tarification forfaitaire
- L'appui des HGR confessionnels par l'église catholique (dons des matériels, gestion éthique et rigoureuse des FOSA)
- Réception des dons supplémentaires en matériels, prime du personnel dans certaines zones de santé
- Révision du tarif forfaitaire après l'arrêt de l'appui
- Création progressive d'un fond de pérennisation de l'approche TF sur base des recettes des FOSA
- Les évaluations périodiques de la qualité des soins par le niveau intermédiaire et les partenaires
- L'informatisation des outils de gestion des hôpitaux et renforcements de capacité périodiques

Faiblesses

- Inappropriation de la tarification forfaitaire dans certains centre de santé et HGR
- Le changement brusque de régime de tarification des soins (partant de la gratuité des soins à la tarification forfaitaire) dans l'expérience IMA
- La coupure de la subvention dans l'expérience ENABEL, sans mécanismes de continuité
- Rupture en un certain moment, faute de fonds, de l'accompagnement de la DPS (coupure des missions d'évaluation et la TF) dans l'expérience IMA
- Démotivation du personnel de santé à cause de non-paiement car les subsides ne sont plus là

Menaces

- Manque des moyens pour assurer la continuité des expériences mise en place afin d'appuyer la tarification forfaitaire
- Personnel pléthorique dans les FOSA étatiques alourdissant les charges de la structure sanitaire
- Mutation fréquente (presque chaque année) des gestionnaires des ZS (MCZ) et des HGR (MD) dans certaines ZS
- Grève des médecins et pandémie de Covid-19 en 2021

Opportunités

- La couverture santé universelle pour appuyer la création/renforcement des mutuelles de santé et l'assurance-maladie
- L'étude des coûts réalisée par la DPS (bureau d'appui technique) dans 23 ZS pourrait servir de base pour initier des études plus récentes pour actualiser le tarif forfaitaire

VI. CONCLUSION

La province de la Tshopo a utilisé plusieurs mécanismes de financement des soins de santé à savoir la gratuité des soins (ciblé pour les femmes enceintes et les enfants des moins de cinq ans ou population en générale), la tarification à l'acte et la tarification forfaitaire (subsidée et non subsidée).

Cette présente capitalisation a concerné la tarification forfaitaire et les deux stratégies mis en œuvre par IMA (2014 à 2017) et ENABEL (2018-2022) . L'expérience nous a montré que la TFS a amélioré sensiblement les indicateurs (taux d'utilisation des services curatives,...) pendant les interventions. Après l'arrêt des subsides, à la fin des programmes, tous les indicateurs ont chutés et une légère évolution positive a été observé au niveau des **ESS** où dans les mécanismes de pérennisation il y avait la création des lignes des crédits médicaments.

Le passage de la TFS vers la TF au niveau des HGR et de la gratuite à la TFS ou TF pour les **ESS** a eu des conséquences négatives quant au fonctionnement et) la performance des zones de santé.

La tarification forfaitaire est une voie obligatoire pour évoluer vers la couverture santé universelle car il améliore l'accès aux soins de santé mais elle doit être accompagné d'un costing réel des couts avant la mise en place de la TF, déterminer la capacité à payer de la communauté, la fixation

consensuel des tarifs qui prends en compte l'amortissement des matériels et équipements, l'accompagnement à tout le niveau et surtout la subvention des médicaments.