

GS sur le financement du secteur de la Santé dans la zone de santé urbano-rurale de Butembo, R.D.C.

Saoul NDUNGO MUGHUMALEWA^{1*}, Kambale LENGAKANIA MAOMBI², Esaie KASERBA KOMBI³, Georges Kambale KANYAMUSINDI⁴, Kambale SIWAKO

¹ Ph.D économie de développement durable, Enseignant (CT), ISDR, Kitsomboiro, R.D.C., elimundungo@gmail.com

² Assistant, ISDR, Kitsomboiro, R.D.C.

³ Assistant, ISTM, Kayna, R.D.C.

⁴ Assistant, ISTM, Kayna, R.D.C.

⁵ Assistant, ISTM, Kayna, Médecin HGR, Kayna, R.D.C.

* Auteur correspondant

Résumé : Portant sur l'appréciation de la contribution des ONGs sur le financement du secteur de la santé et son impact sur la performance « PBF » en zone de santé urbano-rurale de Butembo, la préoccupation majeure de cette étude consistait à savoir si le système de Financement Basé sur la Performance « PBF », initié par HealthNet TPO, a réduit la barrière financière d'accès aux soins de santé. En plus, il fallait savoir si ce système a accru l'autofinancement des FOSA appuyées pour assurer son après-projet. Après les enquêtes sur terrain, les résultats ont prouvé que le système PBF a réduit tant soit peu la barrière financière d'accès aux soins de santé, car la moyenne mensuelle du taux de solvabilité a été de 69,25 % avant l'intervention, de 73,32 % pendant l'intervention puis de 76,59 % après l'intervention. Après le PBF, les FOSA ont augmenté un peu la facturation, ce qui a diminué le taux d'utilisation de service curatif. Mais aujourd'hui, la situation est revenue à la position initiale et certains patients préfèrent acheter les médicaments dans les officines pharmaceutiques plutôt que d'aller à l'hôpital. Avec cette observation, il a été recommandé à l'Etat d'augmenter le niveau de ressources de santé à travers le Budget et accompagner les ONGs à créer et/ou renforcer la capacité des mutuelles de santé.

Mots – clés : Contribution, ONG, Financement, Santé, Performance, Zone de Santé.

Abstract : In this wake, it is necessary to appreciate the contribution of NGOs on the financing of the health sector and its impact on "PBF" performance in the urban-rural health zone of Butembo. The major concern was whether the Performance Based Financing system "PBF", initiated by HealthNet TPO, reduced the financial barrier to accessing health care. In addition, it was necessary to know whether this system increased the self-financing of the FOSA supported to ensure its post-project. After the field surveys, the results showed that the PBF system reduced to some extent the financial barrier to access to health care, because the monthly average of the solvency rate was 69.25 % before the intervention, 73.32 % during the operation and then 76.59 % after the operation. After the PBF, the FOSA increased billing a little, which reduced the rate of use of the curative service. But today, the situation has returned to the original position and some patients prefer to buy the drugs from pharmacies rather than going to the hospital. With this observation, it was recommended

that the State increase the level of health resources through the Budget and support NGOs in creating and / or strengthening the capacity of mutual health organizations.

Keywords: Contribution, NGO, Funding, Health, Performance, Health Zone,

Classification JEL : I11, L31

Introduction

« La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût », dit l'ancien Dr Margaret Chan, directeur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2010). Dans des pays où la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (avec moins de deux dollars par jour), le coût des soins constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé de qualité et a de graves conséquences (OMS, 2010).

La faible couverture des services des soins, l'insuffisance des moyens d'intervention et de la qualité des soins ont entraîné une réduction de l'utilisation globale des services. Mais les pauvres sont les plus affectés en raison des obstacles financiers liés au manque de financements publics pour le système. Traditionnellement, le mode de financement des structures de santé consistait à leur donner des médicaments pour appuyer leur fonctionnement. Pourtant, il a été démontré que les financements en médicaments est inefficace pour différentes raisons parmi lesquelles l'allocation des ressources qui ne correspond pas aux besoins des centres de santé et des hôpitaux. Entre temps, le personnel soignant a peu de motivation pour être performant.

Le financement des services de santé est une problématique de plus en plus actuelle. Il est affecté par la mauvaise politique budgétaire, l'insécurité que connaît la partie Est de la République Démocratique du Congo ; mais aussi sur le plan économique, un délabrement très avancé du tissu économique dû à la détérioration des termes de change, à la mauvaise gestion des entreprises tant publiques que privées et aux pillages des décennies 90. L'économie est en ruine avec des infrastructures tant sanitaires qu'éducatives délabrées et une administration publique manquant des moyens minima pour accomplir sa mission (CODEL, 2012).

Sur le plan sanitaire, on observe un dysfonctionnement des systèmes de santé, caractérisé par la dégradation généralisée des infrastructures sanitaires, la vétusté des matériels et équipements, le manque chronique des médicaments essentiels et outils de gestion, la démotivation du personnel, l'inaccessibilité de la population aux soins, l'insuffisance de la couverture sanitaire, la faiblesse des activités d'appui. Par ailleurs, la prédominance des maladies épidémiques et endémiques est à la base de la charge excessive de la morbidité et de la mortalité en République Démocratique du Congo (Ministère de la Santé R D C, 2011).

Le financement du système sanitaire de la RDC souffre ainsi d'un grand paradoxe : alors que les malades sont tenus de supporter la quasi-totalité des coûts financiers de leurs soins de santé et du fonctionnement des formations médicales qui les accueillent, leurs revenus sont loin de leur permettre de relever un tel défi suite à la crise économique. Etant donné que la crise économique occasionne une forte demande des soins à cause notamment de la précarité des conditions de vie, d'hygiène personnelle et publique, de la sous-alimentation, etc., les formations sanitaires sont de plus en plus incapables de répondre à cette demande à cause du délabrement de leurs infrastructures et équipements et de la démotivation du personnel médical.

La politique sanitaire nationale actuelle devrait prendre pour option fondamentale la satisfaction des besoins de santé de toute la population, qu'elle soit en milieu urbain ou en milieu rural à travers l'amélioration de l'accessibilité aux soins par la couverture adéquate en infrastructures de santé, par l'approvisionnement en équipements et en médicaments essentiels, le déploiement des ressources humaines sur toute l'étendue du pays et la mobilisation des ressources financières. On

constate malheureusement que cela est loin d'être réalisé. Il est estimé aujourd'hui que 70% des charges reposent sur les ménages alors que plus de 80% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cet état de choses est à la base de la faible utilisation des services de santé et de la détérioration de la situation sanitaire (Lututale et Coffi, 2014).

La faible utilisation des services de santé par la population a comme conséquences l'automédication, le recours aux féticheurs, à la médecine traditionnelle entachée du charlatanisme, la mort de certaines femmes au moment de l'accouchement. Cette situation ne permet pas à la population congolaise d'aspirer à la couverture sanitaire universelle et, par conséquent, à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement dont les objectifs 4¹, 5² et 6³ se rapportent respectivement à la santé infantile, maternelle et à la lutte contre les endémies (PNUD, 2000).

La promotion de la santé est essentielle au bien être humain et au développement durable. C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé « OMS » et plusieurs Organisations Non Gouvernementales de Développement telles que HealthNET TPO, Merlin, CIF Santé, Fondation Damien, Médecins du Monde, des Mutuelles de Santé, Médecins Sans Frontière, etc... mettent en place des outils de promotion du financement de la Santé en faveur du plus pauvre.

Dans cette perspective, les organismes internationaux d'aide humanitaire, parmi eux spécialement HealthNET TPO a initié un système de financement de la santé basé sur la performance « PBF : Performance Based Funding » dans la Zone de Santé Urbano-Rurale de Butembo. Ce système vise à améliorer les performances qualitative et quantitative des prestations des soins. Sa finalité est de rendre les soins de santé essentiels de bonne qualité, accessibles à tous et avec la participation de la communauté. Ainsi, l'ONG HealthNET TPO axe le financement des soins de santé sur les résultats produits. Il s'agit d'acheter les services de santé bien réalisés au sein des structures sanitaires (des centres de santé, centres hospitaliers, centres de santé spécialisés en santé mentale, hôpital général de référence). Ce système a pour objectif de réduire les coûts de soins payés par les patients, d'inciter les structures sanitaires à être performantes et permettre par la suite la croissance de leur autofinancement. La finalité de ce système de financement est qu'à l'absence des ONGs en général, et HealthNET TPO en particulier, ces structures sanitaires devraient être en mesure de garantir aux patients les soins de qualité au moindre coût et être à mesure de fonctionner avec leurs recettes propres (Healthnet TPO, 2010).

C'est dans cette perspective que s'inscrit cette recherche qui consiste à analyser la contribution du système PBF (Performance Based Funding) sur les coûts de soins de santé et sur la gestion des structures sanitaires. La préoccupation majeure consistait à savoir si pareil mécanisme est porteur d'espoir. Elle se résume en ces questions :

- Le PBF (Performance Based Funding) a-t-il réduit la barrière financière d'accès aux soins de santé en Zone de Santé Urbano-Rurale de Butembo ?
- Le PBF (Performance Based Funding) a-t-il accru suffisamment l'autofinancement des centres des santés et hôpitaux appuyés pour assurer son après projet ?

Aux vues du questionnaire précédent, les hypothèses suivantes ont été émises :

- Il se pourrait que le système PBF (Performance Based Funding) ait réduit la barrière financière d'accès aux soins de santé en Zone de Santé Urbano-Rurale de Butembo.
- Il semblerait que le PBF (Performance Based Funding) n'ait pas suffisamment permis l'autofinancement des centres de santé et hôpitaux appuyés.

Cette étude s'articule autour du développement de la méthodologie et des techniques de recherche, de l'analyse de la stratégie de HEALT/TPO dans le financement basé sur la performance, la présentation des résultats et la discussion des résultats.

¹ Réduire la mortalité des enfants.

² Améliorer la santé maternelle

³ Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

1. Méthodologie de recherche

La présente étude est une recherche évaluative et documentaire. Pour atteindre l'objectif de cette étude, deux approches méthodologiques ont été utilisées dont l'approche inductive qui nous a facilité la possibilité de tirer une conclusion générale à partir des faits particuliers observés dans certaines FOSA (Formation Sanitaire) de la zone de santé urbano-rurale de Butembo et l'approche comparative pour comparer les résultats des structures sanitaires, de la zone de santé urbano-rurale de Butembo, avant, pendant, et après le projet PBF.

Les techniques d'observations, d'entretiens et d'interviews ont permis d'obtenir les données socio-économiques auprès des infirmiers titulaires (IT) des FOSA pour éclaircir certaines informations. En plus, l'on a réalisé l'observation directe des infrastructures construites par l'ONG HealthNet TPO.

Par rapport au test d'hypothèse, le calcul des écarts réduits a permis d'étudier la différence entre les variables indépendantes et les variables dépendantes de ce travail et l'interprétation a été faite au seuil de 0.05. D'où, si $\epsilon > \pm 1,96$, dans ce cas, la différence des taux est significative, c'est-à-dire que les variables indépendantes influencent la variable dépendante. Si $\epsilon < \pm 1,96$, le test est non significatif, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de différence entre les taux de ces deux périodes. Le signe de ϵ indique la croissance du taux (-) ou une décroissance (+).

La formule suivante a été suivie : $\epsilon = \frac{Pa - Pb}{\sqrt{(p*q/na) + (p*q/nb)}}$

Avec Pa= taux avant intervention, Pb = taux pendant ou après l'intervention, na = taille ou cible avant intervention, nb= taille ou cible pendant ou après l'intervention, p= probabilité générale = échec général qui est égal à 1-p.

Pour cette étude, la population d'enquête est constituée de différentes structures médicales de la zone urbano-rurale de Butembo. Pour ce fait, l'on a recouru à l'échantillonnage exhaustif, c'est-à-dire N = n. Autrement dit, la taille de la population est égale à la taille de l'échantillon. Le tableau 1 reprend les institutions sanitaires de la zone de santé urbano-rurale de Butembo.

Tableau 1 : Institutions sanitaires de la zone de santé urbano-rurale de Butembo

N°	Institutions sanitaires	Propriétaires	Gestionnaires
1	CAZOP	Individuel	Privé
2	AMANI KISUNGU	Etat	BCZS
3	BUTUHE	Etat	BCZS
4	KYAVISOGHO	Etat	BCZS
5	KAHAMBA	Catholique	BDOM
6	KATSYA	Etat	BCZS
7	H.G.R KITATUMBA	Etat	CBCE
8	KIVETYA	Etat	BCZS
9	KYANGIKE	Etat	BCZS
10	MABUKU	Anglican	Anglican
11	MAKASI	Etat	BCZS
12	MAKOKO	Etat	BCZS
13	MALENDE	CBCA	CBCA
14	MAMAN MUSAY	Etat	BCZS
15	MAMBINGI	Etat	BCZS
16	NGENGERE	Etat	BCZS
17	RWAHWA	Etat	BCZS
18	VULAMBA	Etat	BCZS
19	VULINDI	Etat	BCZS
20	VURONDO	Etat	BCZS
21	VUTSUNDO	Individuel	Privé
22	MATANDA	Etat	BCZS
23	VUTETSE	Individuel	Privé

24	VISIKI	CBCA	CBCA
25	VUSAYIRO	Etat	BCZS
26	NGAZI	CBCA	CBCA
27	MBILINGA	Etat	BCZS
28	MAMA POPA	Catholique	Privé
29	C.H. La LUMIERE	CBCA	CBCA
30	CEPIMA	Catholique	Privé
31	Clinique Ophtalmologique de l'UCG	Catholique	Privé
32	FEPSI	FEPSI	Privé

Source : nos enquêtes

Au regard de ce tableau, il ressort que plus de la moitié des institutions sanitaires faisant objet de notre champ d'investigation appartiennent à l'Etat congolais, il s'agit de 18 FOSA, représentant 56,2 %. Les FOSA privées gérées par des particuliers et/ou à des ONG, et non prise en charge partielle par l'Etat, sont au nombre de 7 et représente 21,9 %. Les FOSA initiées par les confessions religieuses et prise en charge partielle par l'Etat sont au nombre de 7, soit 21,9 %.

2. Point d'analyse de la stratégie de HEALT/TPO dans le financement base sur la performance

2.1. Brève présentation du système PBF (TPO, 2010)

Le Financement Basé sur la Performance « PBF : Performance Based Funding » est un système mis en place par plusieurs organisations humanitaires depuis plusieurs années et, au Nord-Kivu, par l'ONG internationale de droit hollandais « HealthNET TPO », un mot anglais qui signifie : réseau de la santé. TPO, c'est Transcultural Psychosocial Organisation, en français : organisation interculturelle et psychosociale.

Fondée en 1992, cette organisation intervient dans les régions déstabilisées par la guerre. Ensemble avec la population, HealthNet TPO travaille pour le développement structurel des services de santé à mettre en place le plus rapidement possible dans les régions de crise des services de santé de qualité. Elle jouit de sa qualité d'ONG engagée dans la santé mentale et psychosociale, comme le stipule son identité. Cette organisation œuvre au Nord Kivu après la signature de convention entre l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS) et HealthNet TPO qui a été proposée le 26 janvier 2009. Cette convention met en œuvre un partenariat d'appui à la Zone de Santé Urbano-rurale de Butembo.

2.2. Nature de la prestation prise en charge par le PBF

Les prestations subventionnées aux institutions sanitaires selon les modalités prévues sont :

Tableau 2 : nature de la prestation

ACTIVITES	INDICATEURS
Consultation externe	Nombre de consultations externes fait par le médecin (nouveau cas) ou infirmier ayant des repères dans les documents d'accueil, pharmacie et finance.
Nombre des cas pris en charge conjointement CS et centre mentale	Cas stabilisé ou non suivi concomitamment par le CS et le centre mental, à domicile ou dans le FOSA dans le cadre d'intégration
CPN2 et CPON	Nombre des femmes enceintes et accouchement
Accouchements	Nombre des accouchements avec issue favorable
Enfant complètement vaccine	Nombre d'enfants ayant achevé le programme de vaccination avant 12 mois et selon le calendrier vaccinal en vigueur
Planification familiale	Ligature de trompes et la vasectomie pour les structures du paquet complémentaire ou méthode non chirurgicale pour le PAM. Document de consentement du couple obligatoire.

Prise en charge des cas référés	Ce sont les cas de la maternité et de la médecine interne pour lesquels une retro-information a été expédiée avec confirmation du sceau du centre de santé ayant référé ou du BCZ
Chirurgie référée dans le cadre paquet acceptée par niveau	Césarienne et chirurgie d'urgence centre de santé de référence.
TBC dépisté et guéris	Nombre des cas conformes avec la politique nationale
Epilepsie	Nombre de cas avec monitoring des crises
Sang testé	Sang testé aux 4 marqueurs (groupage, VIH, syphilis, Hépatite et paludisme, transfusion surveillée).

Source : archive de HEALTHNET TPO

Le paiement des prestations se fait au cours des derniers quinze jours du mois après consultation et approbation du rapport SNIS et du résumé justificatif du rapport de la commission mois précédent.

Il faut souligner que HealthNET TPO a construit, pour certaines FOSA, des bons bâtiments et des latrines, et a fourni une ambulance Land Cruiser à l'HGR, et deux Land Cruiser aux BCZSUR. Il a fortement soutenu aussi le CEPIMA pour l'encadrement des malades mentaux.

Les barèmes de paiement de performance se présentent comme suit :

2.3. Barème de paiement de la prestation

Tableau 3 : paiement de la prestation

Indicateur	Coût par indicateur négocié en \$		
	Coûts direct des soins	Tarif rationnel	Subside
Nombre des consultations externes	2	1	1
Nombre des cas d'épilepsie avec monitoring effectifs de crises	1,5	0	1,5
Nombre d'accouchement eutocique	8	3	5
CPON (Consultation Post-natale)	2	0	2
CPN2 (Consultation au 6 ^{ème} mois)	1,5	0	1,5
Planification familiale modern	1	0	1
Nombre des cas pris en charge conjointe CS et CS mental	3	0	3
Nombre d'enfants complètement vaccinés	2	0	2
Cas CDV/ proportion des cas testés	1,5	0	1,5
Nombre de TBC dépisté	3	0	3
Nombre de TBC guéri	7	0	7
Hygiène : latrine	5	0	5
Hygiène : trou à ordures	2	0	2
Hygiène : incinérateur	5	0	5
Hygiène : cours sans déchets médicaux et propreté	5	0	3
Investissement : plan et exécution (bonus 1fois/ quater)	10	0	10
TOTAL	57,5	4	53,5

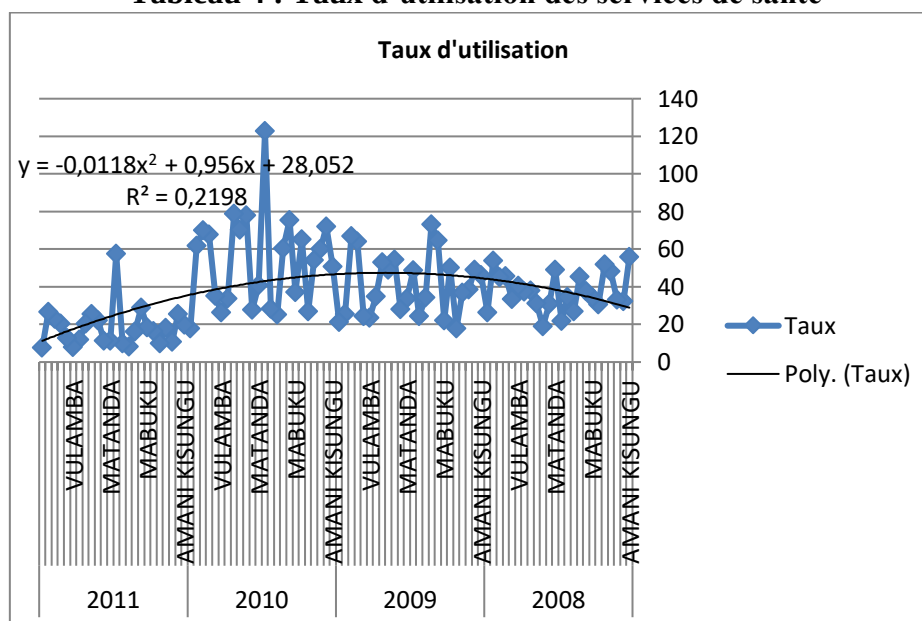
Source: HealthNet TPO

3. Résultats

3.1. L'utilisation des services de santé en zone de sante Urbano-rurale de Butembo

Dans le tableau ci-après l'on présente le degré de fréquentation mensuelle des patients dans FOSA pour l'utilisation des services de soins.

Tableau 4 : Taux d'utilisation des services de santé



Le taux d'utilisation du curatif exprime la proportion des patients qui sont venus se faire soigner par rapport au nombre total de la population de l'aire de santé correspondante. Les taux d'utilisation du curatif ont été de 38,30 %, 34,75 %, 45,49 %, puis de 15,72 % respectivement en 2008, 2009, 2010 et puis 2011. Cela veut dire que sur 100 personnes entendues, seulement 38 sont venues se faire soigner en 2008, 34 malades en 2009, 45 malades en 2010 et 15 malades en 2011 et cela mensuellement. S'agissant de la comparaison de ces taux avant, pendant et après le projet, nos résultats démontrent une décroissance significative de ce taux à la première année d'intervention (2009) par rapport à 2008 (avant le projet) en général avec $\epsilon = 15,8 > \pm 1,96$, interprétée comme une décroissance significative. La deuxième année de l'intervention (2010) s'est démarquée par une augmentation du taux d'utilisation du curatif passant de 38,3 % à 45,49 %, qui, après calcul des écarts réduits ($\epsilon = -30,5 > \pm 1,96$) traduit une croissance significative de l'utilisation du service curatif. Une année après l'intervention (2011), la situation devient pire qu'avant ; le taux passe de 38,3 % à 15,72 % ($\epsilon = 122,1 > \pm 1,96$), traduisant une décroissance statistiquement significative. La décroissance du taux d'utilisation de service curatif la première année du projet peut être due à la sous-information de la population sur le projet. Après information, la deuxième année, cette population a utilisé le service curatif. Dès la fin du projet, le taux d'utilisation du curatif à lamentablement chuté dépassant le point de départ ; cela peut s'expliquer par le fait que la population était déjà habituée à un tarif forfaitaire. La population a mal réaccueilli la tarification par l'acte qui ne permet pas à toute la population, surtout la plus démunie, l'accès aux soins de qualité.

3.2. Données sur recouvrement des recettes des fosa avant (2008), pendant (2009-2010) et après (2011) l'intervention de HEALTHNET TPO.

Le taux de recouvrement des recettes des FOSA nous montre les frais réellement honorés sur tous les frais facturés. En d'autres termes, c'est le degré de solvabilité des malades. Ce taux de recouvrement des recettes est trouvé en multipliant le total des recettes propres par cent, puis on divise par le total facturé. Ainsi ce taux de recouvrement des recettes est calculé dans le tableau suivant selon les périodes d'intervention.

Tableau 5 : Données sur recouvrement des recettes des fosa avant (2008), pendant (2009-2010) et après (2011) l'intervention de HEALTHNET TPO

Tableau : Données sur recouvrement des recettes des fosa avant (2008), pendant (2009-2010) et après (2011) l'intervention de HEALTHNET TPO

ANNEE	2008					2009-2010					2011							
	STRUCTURE SANTAIRES	Recettes Recouvrées	Total Factures	Taux de recouvrement de recette	Recettes Recouvrées	Total facturés	Taux de recouvrement de recette	p	q	E	Interp ratio n verbal	Recettes Recouvrées	Total facturés	Taux de recouvrement de recette	p	q	E	Interp ratio n verbal
	AMAN KISUNGU	3 978,00	7036	0,5654	4632	8315	0,5571	0,5609	0,44	1,034	NS	390,6	604,2	0,646	0,5718	0,428	-3,866	S
	BUTUHE	5 708,00	7112	0,8026	17436	23143	0,7534	0,765	0,24	6,293	S	1892	2274,4	0,832	0,8097	0,19	-3,096	S
	CH MIMI MUSAY	3 593,00	3970	0,905	12366	15504	0,7976	0,8195	0,18	11,69	S	237,2	273,2	0,868	0,9027	0,097	1,985	S
	HGR KITATUMBA	12 161,00	18223	0,6673	10988	149620	0,7344	0,7272	0,27	-15,1	S	10562	13610,4	0,776	0,7138	0,386	-21,22	S
	KAHAMBA	13 569,23	20898	0,6493	15134	22177	0,6824	0,6664	0,33	-5,15	S	1649,2	2176,4	0,758	0,6995	0,34	-10,16	S
	KAISYA	7 331,65	9813	0,7471	8304	11092	0,7486	0,7479	0,25	-0,18	NS	532	675,6	0,787	0,7497	0,25	-2,34	S
	KIVETYA	3 929,74	4934	0,7965	4579	6213	0,737	0,7633	0,24	5,196	S	389,8	482,2	0,808	0,7975	0,202	-0,622	NS
	KYANGIRE	7 833,94	12851	0,6096	8854	14130	0,6266	0,6185	0,38	-2,03	S	1010,6	1592	0,635	0,6124	0,388	-1,947	NS
	KYAVISOGHO	4 318,79	5118	0,8438	5005	6397	0,7824	0,8097	0,19	5,911	S	449,8	542,8	0,829	0,8424	0,138	0,923	NS
	MAMUSAY CASOP	7 121,60	11317	0,6293	8074	12596	0,641	0,6355	0,36	-1,33	NS	631,2	1011,6	0,624	0,6288	0,371	0,336	NS
	MABUKU	8 584,00	11145	0,7702	33632	45533	0,7386	0,7448	0,26	5,116	S	1341,6	1648,2	0,814	0,7758	0,224	-3,977	S
	MAKASI	4 839,00	5608	0,8629	23455	28501	0,823	0,8295	0,17	5,307	S	2442,6	2764,2	0,884	0,8697	0,13	-2,657	S
	MAKOKO	2 224,68	3395	0,6553	2712	4674	0,5802	0,6118	0,39	4,844	S	300	488	0,615	0,6502	0,35	1,755	NS
	MALINDE	9 131,00	10442	0,9093	17759	21266	0,8351	0,8389	0,14	12,66	S	269,4	435	0,619	0,8972	0,103	19,5	S
	MAMINGI	8 313,00	11086	0,7499	27629	31488	0,8774	0,8442	0,16	-23,2	S	2937,6	3181,8	0,923	0,7885	0,211	-21,11	S
	MATANDA	5 963,38	7681	0,7764	6806	8960	0,7596	0,7674	0,23	1,81	NS	724,6	832,2	0,871	0,7856	0,214	-6,296	S
	MBILINGA	3 490,46	6323	0,552	4098	7602	0,5391	0,545	0,46	1,082	NS	352,2	500,4	0,704	0,5632	0,437	-6,391	S
	NGAZI	4 737,98	6489	0,7302	5464	7768	0,7034	0,7156	0,28	2,496	S	483,6	675,8	0,716	0,7288	0,271	0,81	NS
	NGENGERE	2 887,71	4499	0,6419	3438	5778	0,595	0,6155	0,38	3,431	S	398,2	580,4	0,686	0,6469	0,353	-2,098	S
	RWAHWA	5 424,75	11587	0,4682	6216	12866	0,4831	0,476	0,52	-1,65	NS	531,8	985	0,54	0,4738	0,526	-4,328	S
	VISIKI	4 648,48	6431	0,7228	5366	7710	0,696	0,7082	0,29	2,475	S	731,4	1078,8	0,678	0,7164	0,284	3,024	S
	VULAMBA	2 748,89	4226	0,6505	3286	5505	0,5969	0,6202	0,38	3,824	S	244,4	492	0,497	0,6344	0,366	6,701	S
	VULINDI	5 295,98	8117	0,6525	6075	9396	0,6466	0,6493	0,35	0,578	NS	626,2	822,6	0,761	0,6625	0,338	-6,388	S
	VURONDO	2 983,60	6623	0,4505	3543	7902	0,4484	0,4493	0,55	0,181	NS	323,6	502,6	0,575	0,4603	0,54	-5,697	S
	VUSAVIRO	4 558,98	6961	0,6549	5268	8240	0,6393	0,6465	0,35	1,42	NS	479	723,6	0,662	0,6556	0,344	-0,379	NS
	VUTEISE	6 022,03	9103	0,6615	6870	10382	0,6617	0,6616	0,34	-0,02	NS	735,8	1028,6	0,715	0,667	0,333	-3,47	S
	VUTSUNDO	5 474,98	8232	0,6651	6271	9511	0,6593	0,662	0,34	0,571	NS	609,6	792,2	0,77	0,6743	0,326	-5,989	S
	TOTAL	156 874,09	228820	0,6856	362100	502269	0,721	0,7099	0,29	-22,3	S	31276	40834,2	0,766	0,6977	0,302	-32,57	S

En comparant le taux de recouvrement de recettes de 68,56 % avant l'intervention contre 72,1 % pendant l'intervention de la Zone de santé de Butembo en général ; les résultats trouvés montrent que $E = -22,3 > \pm 1,96$, interprété comme une croissance significative. Une année après l'intervention, le taux de recouvrement devient de 76,6% ($E = -32,57 > \pm 1,96$) traduisant de même une croissance significative du taux au seuil de signification 0, 05. Ainsi, les résultats indiquent que les patients ont eu des facilités à honorer leurs factures pendant le projet HealthNET TPO sur le PBF. Il en est de même une année après le projet. Certaines structures comme BUTUHE, CH MAMAN MUSAY, KYAVISOGHO, KIVETYA, VULAMBA, VISIKI, NGAZI, NGENGERE, MABUKU, MALENDE, MAKASI et MAKOKO ont indiqué une décroissance significative car leur $E > \pm 1,96$. Alors que les structures comme VUTSUNDO, VULINDI, VURONDO et AMAN KISUNGU indiquent une décroissance non significative. S'agissant des structures comme MAMINGI,

KYANGIKE, HGR KITATUMBA, KAHAMBA, elles montrent une croissance du taux de recouvrement pendant la période d'intervention de cette ONG.

3.3. Subventions reçues par les fosa et autofinancement des FOSA

Le PBF est un système de financement de la santé qui a comme objectif de réduire les coûts des soins de meilleure qualité en octroyant les subventions aux FOSA au prorata des meilleurs services réalisés par ces FOSA. La stratégie était telle que les FOSA puissent réduire la tarification de soins pour inciter les patients à se faire soigner dans les structures sanitaires. Cette politique était accompagnée des sensibilisations des patients par les comités de santé.

Tableau 6 : autofinancement pour l'année 2009 et 2010

Année	2009				2010			
STRUCTURE SANITAIRE	Recette mensuelle	PBF/ Mois	TOTAL	TAUX	Recette mensuelle	PBF/ Mois	TOTAL	TAUX
AMANI KISUNGU	530,08	687,75	1217,83	43,53	386	750,27	1136,27	33,97
BUTUHE	1 494,33	787,92	2282,25	65,48	1 453,00	859,55	2312,55	62,83
KAHAMBA	1 186,45	133,17	1319,62	89,91	1 261,20	145,27	1406,47	89,67
KATSYA	407,86	546,83	954,69	42,72	692	596,55	1288,55	53,7
KIVETYA	304,14	371,42	675,56	45,02	381,6	405,18	786,78	48,5
KYANGIKE	444,08	¹ 037,67	1481,75	29,97	737,8	1 132,00	1869,8	39,46
KYAVISOGHO	337,1	588,58	925,68	36,42	417,1	642,09	1059,19	39,38
M.MUSAY CASOP	379,75	418,92	798,67	47,55	672,8	457	1129,8	59,55
MABUKU	2 466,00	¹ 054,92	3520,92	70,04	2 802,70	1 150,82	3953,52	70,89
MAKASI	1 632,00	455,75	2087,75	78,17	1 954,60	497,18	2451,78	79,72
MAKOKO	223,21	436,58	659,79	33,83	226	476,27	702,27	32,18
MALENDE	1 395,60	481,33	1876,93	74,36	1 479,90	525,09	2004,99	73,81
MAMBIINGI	2 332,50	926,08	3258,58	71,58	2 302,40	1 010,27	3312,67	69,5
MATANDA	572,29	617	1189,29	48,12	567,2	673,09	1240,29	45,73
MBILINGA	253,11	430	683,11	37,05	341,5	469,09	810,59	42,13
NGAZI	403,58	490,42	894	45,14	455,3	535	990,3	45,98
NGENGERE	228,83	370,25	599,08	38,2	286,5	403,91	690,41	41,5
RWAHWA	460,25	775,75	1236	37,24	518	846,27	1364,27	37,97
VISIKI	335,79	526,08	861,87	38,96	447,2	573,91	1021,11	43,79
VULAMBA	139,67	450	589,67	23,69	273,8	490,91	764,71	35,81
VULINDI	360,83	397,5	758,33	47,58	506,3	433,64	939,94	53,86
VURONDO	176	746,67	922,67	19,08	295,3	814,55	1109,85	26,6
VUSAYIRO	440,92	758,17	1199,09	36,77	439	827,09	1266,09	34,67
VUTETSE	382,87	769,08	1151,95	33,24	572,5	839	1411,5	40,56
VUTSUNDO	360	573,17	933,17	38,58	522,6	625,27	1147,87	45,53
CH MUSAYI	-	-	0	-	1 030,50	-	1030,5	100
HGR KITA TUMBA	6 384,42	1 223,17	7607,59	83,92	9 157,30	1 334,36	10491,66	87,28
TOTAL	23 631,68	16054,18	39685,86	59,55	30 180,00	17513,64	47693,64	63,28

Source : nos calculs

Pour l'année 2009, 7 FOSA ont eu un taux d'autofinancement supérieur à 50 %, 19 autres présentent un taux d'autofinancement inférieur à 50 % par le fait que la part de l'aide extérieure est en

grande proportion comparativement aux recettes propres réalisées. En moyenne, le taux d'autofinancement a été de 59,55 %, pour dire qu'avec 100 \$ de recettes des FOSA, leur part était de 59,55 \$.

Pour l'année 2010, le taux d'autofinancement est supérieur à 50 %, en général les FOSA ont réalisé des recettes propres élevées par rapport aux subventions reçues. 10 FOSA ont affiché un taux d'autofinancement supérieur à 50 %. 16 autres sont plus dépendantes du PBF. Dans l'ensemble, elles ont réalisé un taux d'autofinancement de 63,28 % c'est à dire que, avec 100 \$ de recettes, leur part atteignait 63,28 \$. Il y a une amélioration par rapport à l'an 2009.

4. Discussion des résultats

Au regard des résultats obtenus (enquêtes sur terrain, analyses et interprétations des données), la preuve est apportée que le système PBF a un tant soit peu réduit la barrière financière d'accès aux soins de santé. En fait, les taux d'utilisation du curatif ont été de 38,30 % ; 34,75 % ; 45,49% ; puis 15,72 % respectivement en 2008, 2009, 2010 et 2011. S'agissant de la comparaison de ces taux avant, pendant et après le système PBF, les résultats démontrent une décroissance significative de ce taux à la première année d'intervention (2009) par rapport à 2008 (avant le projet). En général, ce taux est passé de 38,30 % à 34,75 % ($\bar{E} = 15,8 > \pm 1,96$). La deuxième année de l'intervention (2010) s'est démarquée par une augmentation du taux d'utilisation du curatif allant de 38,30 % à 45,49 % ($\bar{E} = -30,5 > \pm 1,96$). Cela traduit une croissance significative du taux l'utilisation du service curatif. Une année après l'intervention (2011), la situation devient pire qu'avant : le taux passe de 38,30 % à 15,72 % ($\bar{E} = 122,1 > \pm 1,96$), traduisant une décroissance statistiquement significative (tableau 4). La décroissance du taux d'utilisation du service curatif pendant la première année du projet est due à la sous-information de la population sur le projet car, la deuxième année, cette population a utilisé convenablement le service curatif. Dès la fin du projet, le taux d'utilisation du curatif à lamentablement chuté, dépassant le point de départ. Cette décroissance s'explique par le fait que la population était déjà habituée à un tarif forfaitaire.

Une étude menée dans ce sens au Kasaï par le Prof KAMAYI Jean Paul avait atteint presque le même résultat : une forte hausse de la fréquentation des FOSA durant les 10 mois de la mise en œuvre du projet PBF (entre juillet 2007 et avril 2008), bien que le niveau global de la consultation curative soit en moyenne faible dans les zones non PBF, alors que les zones PBF se démarquaient. Dans ce même projet, le taux moyen de fréquentation des FOSA était passé de 14 % à 36 % durant cette période (Diongue et Mayaka, 2008).

Bien plus, en comparant le taux de recouvrement de recettes, évalué à 68,56 % avant l'intervention, contre 72,10 % pendant l'intervention, de la Zone de santé de Butembo en général ($\bar{E} = -22,3 > \pm 1,96$), l'on a constaté une croissance significative du taux de recouvrement des recettes.

Une année après l'intervention, le taux de recouvrement s'évalue à 76,60 % ($\bar{E} = -32,57 > \pm 1,96$), ce qui traduit une croissance significative du taux au seuil de signification de 0,05 (tableau 5). Les résultats indiquent que les patients ont eu des facilités à honorer leurs factures pendant le projet HealthNET TPO du système PBF. Il en est de même une année après le projet. En effet, 12 structures sanitaires ont indiqué une décroissance significative car leur $\bar{E} > \pm 1,96$. Par contre, 4 structures ont indiqué une décroissance non significative et quatre autres montrent une croissance du taux de recouvrement pendant la période d'intervention de cette ONG.

Bien qu'en 2011 (après l'intervention), le taux de recouvrement de recettes soit élevé (76,60 %), cela ne peut jamais être interprété comme un résultat positif car le taux d'utilisation du curatif a lamentablement chuté cette même année. Autrement dit, les barrières d'accès aux soins de santé sont réapparues une année après le projet HealthNET TPO sur le système PBF.

Toutefois, au regard des résultats obtenus, le système PBF a, tant soit peu, réduit la barrière financière d'accès aux soins de santé, en ce sens que le système a incité la population malade à fréquenter les formations sanitaires appuyées, et plus de la moitié parvenait à honorer ses factures pendant l'intervention, mais sans pérennité notable de ces acquis du projet. Cela confirme partiellement la première hypothèse. Ce résultat corrobore les analyses auxquelles Mr MUSHAGALUSA SALONGO Pacifique a abouti. Dans son étude portant sur « les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé de Kadutu », ses résultats avaient prouvé que, parmi les 400 ménages enquêtés, 286 avaient déclaré au moins un cas de maladie pendant les 30 jours précédant l'enquête. C'est sur les 286 ménages qu'une régression logistique a été effectuée pour établir un modèle d'utilisation des soins de santé dans la ZS de Kadutu. Les revenus mensuels des ménages se révélaient être extrêmement bas, avec une influence négative sur l'accès aux soins de santé primaire. Ce revenu est estimé en moyenne à 79,8 \$ par mois, soit un revenu moyen par habitant par jour de 0,33 \$. Le prix moyen d'une consultation dans un centre de santé représente environ 9,7 % du revenu mensuel déclaré du ménage, tandis que celui de l'hôpital en représente 78 %.

Les résultats des analyses économétriques de Monsieur MUSAGALUSA, présentés dans son étude, révèlent que l'état de la maladie (selon que le malade considère son état comme grave ou pas), l'appartenance de la structure (selon qu'elle est étatique ou privée), l'âge du malade ainsi que le revenu du ménage sont significatifs pour expliquer l'utilisation des services de santé. Son étude indique que la probabilité d'accès aux soins de santé obtenue est assez significative (97,48 %) et fortement influencée par le niveau de revenu des ménages et par l'âge de malade dans l'hypothèse d'une maladie grave et d'un recours à une structure sanitaire étatique.

Pour le cas d'espèce, durant l'année 2009, 7 FOSA ont eu un taux d'autofinancement supérieur à 50 %, 19 autres présentent un taux d'autofinancement inférieur à 50 % par le fait que la part de l'aide extérieure est en grande proportion comparativement aux recettes propres réalisées. En moyenne, le taux d'autofinancement a été de 59,55 %, ce qui veut dire qu'avec 100 \$ de recettes des FOSA, leur part était de 59,55 \$.

Par ailleurs, durant l'année 2010, le taux d'autofinancement est supérieur à 50 %, en général les FOSA ont réalisé des recettes propres élevées par rapport aux subventions reçues. 10 FOSA ont affichés un taux d'autofinancement supérieur à 50 %. 16 autres sont plus dépendantes du PBF. Dans l'ensemble, elles ont réalisé un taux d'autofinancement de 63,28 %. Autrement dit, avec 100 \$ de recettes, leur part atteignait 63,28 \$. Il y a une amélioration par rapport à l'an 2009. Avec le nombre des patients qui augmente, l'autofinancement s'accroît aussi. Malheureusement, l'on assiste à une diminution des malades après le programme, malgré le taux d'augmentation des recettes évalué à 76,59 %. Ce qui confirme la deuxième hypothèse et permet de conclure que le PBF a accru l'autofinancement des FOSA appuyées pour assurer son après projet. Les FOSA ont perdu leur performance car la motivation a diminué. Elles avaient déjà eu un esprit de dépendance extérieure.

Par rapport à l'autofinancement, ces résultats sont contraires à ceux de Mathieu SEPPEY pour qui le niveau de pérennité du projet au Mali est faible car les déterminants de pérennité, l'investissement de ressources s'est arrêté à la fin du projet, peu de partage culturel se déroulait autour du FBR, peu de nouvelles tâches ont perduré et le projet n'était pas totalement adapté ou approprié à tous les acteurs.

5. Conclusion

Cette étude s'est focalisée sur l'impact du système de financement basé sur la performance sur les services de santé de base en Zone de Santé Urbano-Rurale de Butembo. Cette préoccupation s'est résumée en deux questions : le PBF (Performance Based Funding) a-t-il réduit la barrière financière d'accès aux soins de santé en Zone de Santé Urbano-Rurale de Butembo ? Et puis, le PBF (Performance Based Funding) a-t-il accru suffisamment l'autofinancement des centres de santé et

hôpitaux appuyés pour assurer son après projet ? Il a été provisoirement postulé que le système PBF (Performance Based Funding) ait réduit la barrière financière d'accès aux soins de santé en Zone de Santé Urbano-Rurale de Butembo. De même, le PBF (Performance Based Funding) n'a pas suffisamment permis l'autofinancement des centres de santé et hôpitaux appuyés. Après analyse des résultats, il a été constaté que les taux d'utilisation du curatif ont oscillé entre 38,30 % ; 34,75 % ; 45,49 % ; et 15,72 % respectivement en 2008, 2009, 2010 et 2011. D'où, une décroissance significative et constante à la première année d'intervention (2009) par rapport à 2008 (avant le projet) : ce taux est passé 38,30 % à 34,75 % ($\bar{E} = 15,8 > \pm 1,96$). La deuxième année de l'intervention (2010), l'on avait enregistré une croissance significative car le taux d'utilisation du curatif était passé de 38,30 % à 45,49 % ($\bar{E} = -30,5 > \pm 1,96$). Une année après l'intervention (2011) la situation avait empirée : le taux était passé de 38,30 % à 15,72 % ($\bar{E} = 122,1 > \pm 1,96$), une décroissance statistiquement significative. Quant au recouvrement des recettes des structures, le taux d'avant l'intervention était de 68,56 % ; 72,10 % pendant l'intervention, ce qui traduit une croissance significative. Une année après l'intervention, le taux de recouvrement était passé à 76,60 % : une croissance significative au seuil de signification 0,05. Ce qui confirme que le système PBF avait réduit, à un certain niveau, la barrière financière d'accès aux soins de santé en influençant positivement la fréquentation des formations sanitaires. Ainsi, le taux d'autofinancement est allé jusqu'à 59,55 % en 2009 et 63,28 % en 2010.

Somme toute, la PBF avait influencé, en temps réel, les services de santé de base, en promouvant certains indicateurs. La situation ne s'était empirée qu'à cause du degré de pauvreté des bénéficiaires des services de santé, un fait normal, étant donné que le même projet n'avait pas renforcé les revenus des patients qui fréquentent les formations sanitaires bénéficiaires directes du projet. Ainsi, pour lever la barrière financière d'accès aux soins de santé dans la zone d'étude, il est recommandé au gouvernement de la RDC d'augmenter le part budgétaire des dépenses allouées à la santé et, en particulier, aux Soins de Santé Primaires ainsi qu'au renforcement des moyens institutionnels de coordination et de surveillance des ressources financières de ce secteur et à l'ONG HealthNET TPO d'exécuter le projet PBF pendant au moins 5 ans, car la suppression rapide du PBF ne semble pas la solution adéquate et l'exécution d'un projet sur le PBF sur une courte durée semble ne pas avoir un impact positif et d'assurer le renforcement de la capacité des mutuelles de santé afin qu'au départ de l'ONG, les mutuelles de santé puissent continuer avec ce système de financement de soins, qui garantit la qualité de soins de santé à toute la population.

Autant la recherche a produit ses résultats, autant elle a ouvert d'autres pistes à exploiter. Ce qui lui ôte tout caractère exhaustif. Il revient donc à d'autres chercheurs d'ouvrir les horizons pour enrichir davantage le domaine en indicateurs capables de booster la couverture sanitaire universelle.

Bibliographie

1. Banque Mondiale (2002), *Rapport Annuel 2002*, Washington, Banque Mondiale ;
2. BIT/STEP (2008), *Mutuelle de Santé et financement du système de santé en Afrique*, Genève, BIT ;
3. CODEL (2012), *Economie congolaise, un problème au quotidien*. Kinshasa: CODEL ;
4. COFFI et Lututala Martin (2014), *Les couts annexes des soins d'hospitalisation des malades dans le réseau BDOM-Kinshasa*, Kinshasa, BDOM ;
5. Ecole de Santé Publique (2003), « *Enquête CAP-ménage sur la situation sanitaire des zones de santé appuyées par la Banque Mondiale à travers le BCECO dans le cadre du PMURR : Rapport final* », Université de Kinshasa, Kinshasa, UNIKIN ;
6. Diongue, B et Mayaka, S. (2008). *Rapport de la Mission d'Evaluation de l'Agence d'Achat des Services de Santé*. Projet Pilote Pré-FASS À Kananga au Kasai Occidental, projet réalisé par Cordaid dans le programme santé 9^{ème}, R.D.C. ;
7. Lecomte, R et Rutman, L. (1982). *Introduction aux méthodes de recherche évaluative*. Consulter le 03 décembre 2015 sur : <https://books.google.cd/books?id=5mYRT0Y25AC&pg=PA23&lpg=PA23&dq=>

definition+de+la+recherche+evaluative&source=bl&ots=PaF12ZC7t3&sig=7;

8. Médecins du Monde (2011, Avril 5), rapport d'étude de faisabilité pour l'accessibilité financière aux soins de santé primaire dans la zone de santé de Kongolo. *Al mata info*, p. 43 ;
9. Ministère de la Santé R D Congo (1998), *État des Lieux du Secteur de la Santé : Profil Sanitaire au Niveau Central, des Provinces, des Zones de Santé et des Ménages*, Kinshasa, Ministère de la santé ;
10. Ministère de la Santé, Congo (Septembre 2011), *Politique et stratégies de financement du secteur de Santé*, Kinshasa, Ministère de la Santé ;
11. OMS (2010), *Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle*, Genève, OMS ;
12. Pacifique Mushagalusa (2005), *étude des déterminants socio - économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé de Kadutu / province du Sud - Kivu*, Kinshasa, école de sante publique/Unikin ;
13. PNUD (2000), *Les Objectifs du Millénaires pour le Développement*, New York, PNUD ;
14. SAMP Raoul (1995), *La santé à l'époque coloniale*, Paris, Santéga ;
15. TPO HealthNET (Ed. le 1 Décembre 2010), *Rapport d'activités* consulté le 2 Mai 2013, sur TPO: www.healthnettpo.org