



Une approche novatrice pour progresser vers la couverture universelle au Burundi : Intégration du financement basé sur la performance et de la gratuité des soins

Laurent Musango,ⁱ Olivier Basenyaⁱⁱ et Riku Elovainioⁱⁱⁱ

Auteur correspondant : Laurent Musango, e-mail : musangol@afro.who.int

RÉSUMÉ—Suite à une expérience pilote réussie dans trois provinces, le Burundi a développé une approche intégrée du financement basé sur la performance (FBP) et de la gratuité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes, avec comme objectif le renforcement du système de santé et la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins pour ces groupes prioritaires. Pour identifier les forces et faiblesses de cette approche, une analyse des composantes du financement de la santé, du fonctionnement des organes institutionnels, des indicateurs de rémunération et de la qualité des soins a été réalisée.

La méthodologie utilisée dans cette étude a consisté en une revue documentaire approfondie, des entretiens et discussions avec les acteurs clés du système, tant au niveau national que provincial. Une analyse des ressources et des flux financiers du FBP et du système de santé a également été réalisée.

L'analyse montre que la stratégie FBP bénéficie d'un appui très important du gouvernement d'une part (52 %) et d'un groupe de partenaires techniques et financiers (PTF) bien coordonnés d'autre part (48 %). L'existence et le bon fonctionnement des différents organes du montage institutionnel et de la gouvernance ont été constatés. De plus, les indicateurs FBP portent non seulement sur la gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes, mais aussi sur les priorités nationales de santé publique. Il est apparu, enfin, que la grille d'évaluation de la qualité des soins permet d'inciter les prestataires à se concentrer davantage sur certains aspects de la qualité. L'approche est globalement positive et mérite d'être poursuivie.

See page 55 for the summary in English.

Ver a página 55 para o sumário em versão portuguesa.

Depuis 2006, des expériences pilotes d'une stratégie de financement basé sur la performance (FBP) ont été menées dans trois provinces du Burundi. Suite aux résultats encourageants issus de ces expériences, les autorités sanitaires ont décidé d'étendre cette approche au niveau national et de l'associer à une politique de gratuité ciblée des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. La première étude externe de la mise en œuvre du FBP, réalisée en septembre 2010, a mis en exergue de nombreux points positifs mais aussi des insuffisances au niveau des composantes opérationnelles qui méritent une attention particulière. Cette évaluation a été assortie de recommandations qui ont servi de guides et de documents de référence au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS). Les résultats de l'évaluation ont aussi guidé les actions opérationnelles de la Cellule Technique-Financement Basé sur la Performance (CT-FBP) et contribué à la révision du Manuel de procédures qui est en vigueur depuis septembre 2011¹ dans le cadre du suivi biennuel de la stratégie. Une seconde évaluation conjointe a eu lieu en octobre 2012 pour identifier et formaliser les différents défis du programme.²

L'objectif principal de cet article vise à analyser la mise en œuvre de la stratégie de FBP couplée à la gratuité ciblée des

soins au Burundi et à proposer des voies d'amélioration.

Méthodologie

Les aspects documentés dans cet article proviennent d'une évaluation externe qui a été effectuée du 22 octobre au 2 novembre 2012 par une équipe de cinq experts internationaux menée par l'auteur principal de cet article. La méthodologie suivie s'appuie sur plusieurs techniques d'évaluation :

- Analyse documentaire à travers l'exploitation de tous les documents disponibles relatifs au domaine d'étude ;
- Visites sur le terrain pour observer directement le fonctionnement du dispositif FBP au niveau des structures du programme FBP, des prestataires et des acteurs locaux ;
- Entretiens avec les responsables du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, les chefs des programmes ainsi que les organisations bilatérales et multilatérales intervenant dans le domaine du FBP et de la gratuité ;
- Triangulation de toutes les informations collectées pour identifier les points forts sur lesquels capitaliser et les points à améliorer afin d'assurer la bonne marche du programme FBP/gratuité.

i Conseiller Régional Financement de la Santé et Protection Sociale/AFRO

ii Cellule Technique-Financement Basé sur la Performance /Ministère de la Santé/ Burundi

iii Financement des Systèmes de Santé/Genève

Les principaux résultats de cette évaluation sont présentés dans cet article.

Résultats

Les résultats seront présentés sous quatre thèmes : (i) FBP/gratuité et financement de la santé au Burundi ; (ii) Cadre institutionnel et gouvernance ; (iii) Indicateurs mesurés dans le cadre du FBP/gratuité ; (iv) Évaluation de la qualité des soins dans l'approche combiné FBP/gratuité.

FBP/gratuité et financement de la santé au Burundi

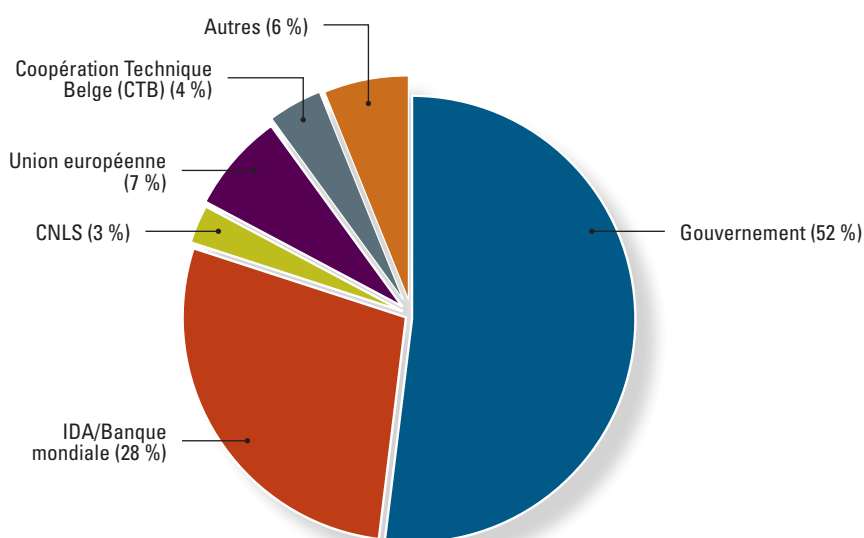
Le FBP est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (« output » performance) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Il est différent du système de financement classique, où les structures de soins recevaient tous les intrants (« input ») nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Cette approche a révélé une certaine synergie entre le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers, ce qui a conduit à un financement commun où participent la Banque Mondiale (BM), l'Union européenne (UE), la Coopération Technique Belge (CTB) et d'autres partenaires actifs dans le secteur de la santé. Certains de ces partenaires sont engagés sur le long terme à soutenir les efforts du gouvernement burundais dans sa stratégie de FBP. La répartition du financement du FBP par source en 2011 est illustrée dans la figure 1.

Il existe clairement une prédominance du gouvernement burundais dans le financement de la stratégie, plus de la moitié des fonds provenant des ressources de l'État. Il est rare de constater un tel niveau d'engagement financier du gouvernement parmi les pays qui ont mis en œuvre le FBP. Toutefois, ceci ne doit pas faire oublier le contexte actuel d'insécurité budgétaire. En effet, pour honorer son engagement de consacrer 1,4 % de son budget au FBP, le gouvernement doit maintenir dans la durée les efforts actuellement déployés.

Les besoins de financement du FBP tels que calculés par la CT-FBP pour

Figure 1. Répartition du financement FBP en 2011



Source : Rapport CT-FBP 2011

l'année 2012 s'élevaient à 35,9 milliards de Francs burundais (BIF), soit 28,3 % du financement total de la santé. Une croissance de ces besoins est prévue pour tenir compte de l'augmentation attendue de la demande des biens et services de santé. Une estimation des besoins a été produite par la CT-FBP jusqu'en 2015, et nous avons fait une extrapolation jusqu'en 2020 sur la base de ces estimations, en utilisant le taux de croissance annuel moyen de 11 % observé entre 2012 et 2015. Il est à noter que l'accroissement des besoins n'est pas accompagné dans ce scénario d'une augmentation des engagements financiers des partenaires. Pour maintenir le niveau de financement actuel, il sera nécessaire de mobiliser des ressources additionnelles, comme le montre le tableau 1.

Il convient de remarquer que l'estimation des ressources et des besoins sur un horizon aussi lointain est fortement dépendante de nombreux facteurs, parmi lesquels l'évolution du taux de change. Il faut donc interpréter ces résultats avec toutes les précautions nécessaires. Nous n'avons inclus dans le tableau 1 que les ressources provenant de partenaires ayant pris une forme d'engagement pour le soutien de la stratégie FBP/gratuité : (i) l'Union européenne (UE) pour le 11^e Fonds Européen de Développement (FED) jusqu'en 2020 ; (ii) la Coopération Technique Belge (CTB) pour deux nouveaux Programmes Indicatifs de Coopération (PIC), également jusqu'en 2020 ; (iii) la Banque Mondiale (BM), qui vient de signer un engagement avec le gouvernement burundais jusqu'en 2017 ;

Tableau 1. Ressources et besoins pour le financement du système FBP/gratuité, 2013–2020 (en Mds FBU)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gouvernement	18,0	19,0	20,0	20,0	20,0			
UE	5,7	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
CTB	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
IDA/BM	9,4	9,4	9,4	9,4	9,4			
USAID/FHI	0,7							
Total financement	35,4	33,8	34,8	34,8	34,8	5,4	5,4	5,4
Coûts FBP	41,6	46,8	51,4	57,1	63,5	70,6	78,5	87,2
Besoins de financement	6,2	13,0	16,6	22,3	28,7	65,2	73,1	81,9

Source : CT-FBP

et (iv) le Gouvernement burundais qui s'est engagé à financer le FBP à hauteur de 1,4 % de son budget général.

Le déficit de financement reste le sujet primordial et il existe de nombreuses manières pour le combler. La première est bien évidemment la poursuite et l'intensification de l'appui du FBP par les fonds publics dans le cadre de la politique nationale de la santé et de la réduction de la pauvreté. Mais outre les sources de financement susmentionnées, la stratégie FBP/gratuité peut aussi espérer obtenir un financement externe via de nombreuses autres sources, à titre d'exemples :

- Les partenaires identifiés précédemment se sont engagés lors de la conférence de Genève d'octobre 2012 à soutenir le programme de croissance et de réduction de la pauvreté du Burundi jusqu'en 2015 à hauteur de 2,6 milliards de dollars. Une partie de ces fonds pourrait être allouée à la santé en général, et au FBP en particulier ;
- Certains partenaires, tels l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), la Coopération norvégienne, la Coopération néerlandaise, sont en train de développer ou de préparer des interventions liées au « FBP communautaire ». Ces actions, bien qu'elles augmentent les besoins (le « FBP communautaire » n'est pas à l'heure actuelle inclus dans les coûts) renforcent l'approche, en lui apportant plus de dynamisme, et devraient permettre de diriger des ressources vers le FBP « classique » ;
- D'autres partenaires peuvent être mobilisés à plus ou moins court terme, tels le Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) et la Coopération française.

Cadre institutionnel et gouvernance

Le FBP est devenu une partie importante de la politique nationale de santé au Burundi, où il bénéficie d'un soutien politique et de celui de PTF tel que décrit plus haut.

Le cadre institutionnel est établi et opérationnel : CT-FBP, Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV), Bureaux Provinciaux de la Santé (BPS), Bureaux



de District Sanitaire (BDS), ONG d'accompagnement et associations locales (ASLO). Les ONG d'accompagnement sont également présentes et disponibles pour soutenir le renforcement et le fonctionnement du FBP à bon escient. Des termes de référence plus clairs faciliteraient cependant l'évaluation de leurs performances.

On peut constater que toutes les formations sanitaires ont l'habitude de préparer leur propre plan d'action, ce qui permet d'analyser leurs prévisions budgétaires, leurs projections et projets d'investissement à court terme. Ce type d'exercice est adapté au niveau des Centres de Santé mais moins bien à celui des hôpitaux, où il nécessite quelques améliorations.

Un effort d'analyse et de documentation de la part de la CT-FBP (évaluations interne et externe, études de coûts, bulletins d'informations, rapports annuels, etc.) a été fait et facilite la disponibilité de l'information. Ceci a été un point positif dans le cadre de la collaboration entre la CT-FBP et les partenaires, plusieurs rapports ayant été produits, entre autres

le rapport annuel de la CT-FBP, l'étude des coûts avec l'appui de MSH, quatre numéros du bulletin d'information de la CT-FBP, le manuel de procédure revu et finalisé en 2011, etc.

Au cours des deux dernières années, la division du travail entre les MSPLS et le Ministère des Finances dans le FBP a été mieux définie. Le MSPLS, en tant que régulateur du FBP, définit les politiques de santé et veille à l'application de la loi et au contrôle de la qualité des soins. Le Ministère des Finances, quant à lui, verse les fonds FBP pour les FOSA une fois que les factures ont été vérifiées et validées.

Par ailleurs, l'itinéraire thérapeutique, et donc le respect du système de référence et contre-référence, n'est pas respecté. Lors des visites de terrain, nous avons pu observer que des cas simples consultent directement au niveau des hôpitaux, engorgeant ainsi les hôpitaux de district (HD) et les hôpitaux nationaux (HN) tout en réduisant la disponibilité des spécialistes pour s'occuper des cas compliqués.

Dans le cadre de la rationalisation et du principe du PBF, les structures de soins nécessitent du personnel adapté, là où il s'avère nécessaire, pour que les normes sanitaires soient respectées et le fruit des performances revienne davantage au personnel qualifié. Or, les profils de postes ne sont pas définis et les affectations du personnel ne respectent pas les normes proposées par le MSPLS. Cette faiblesse a des implications financières parce que le personnel non qualifié absorbe les ressources qui devraient en principe être utiles pour le personnel qualifié.

Les visites effectuées sur le terrain montrent clairement que les programmes verticaux, qui sont les premiers responsables et garants de la qualité des services au niveau des FOSA, sont rarement impliqués ou consultés au quotidien par la CT-FBP pour les conseils techniques. Cette situation fragilise la collaboration entre la CT-FBP et les programmes verticaux qui développent et/ou initient des activités parallèles au lieu de travailler en synergie pour renforcer le système de santé, en général, et les différents programmes, en particulier.

Indicateurs mesurés dans le cadre du FBP/gratuité

Le principe de base d'identification et de définition des indicateurs pour la stratégie FBP/gratuité au Burundi continue de faire référence à deux considérations majeures dans le système actuel : le remboursement des soins couverts par les indicateurs du paquet de soins gratuits,⁴ et le remboursement de ceux définis par certains indicateurs prioritaires.⁵

Le choix ou la révision des indicateurs se fait et s'applique sur la base de ces deux concepts. Les indicateurs retenus sont adaptés aux priorités nationales de santé publique et aux données de routine collectées par le système d'information sanitaire. Un nouveau manuel de procédures produit en 2011 a permis d'inclure tous ces éléments nouveaux en rapport avec le changement des indicateurs et a fourni une définition de différents indicateurs proposés.

Le rapport annuel 2011 de la CT-FBP⁶ fournit des données sur des réalisations notables, observées dans le cadre de la vaccination et des accouchements assistés, mais on remarque une stagnation, due

probablement à un plafonnement des consultations curatives et une diminution de l'utilisation des CPN. Si l'on compare les données du FBP à celles du SNIS, on remarque qu'elles évoluent dans le même sens, sauf pour la vaccination, qui a stagné d'après le SNIS entre 2010 et 2011, alors qu'elle s'est améliorée si l'on se fie à la base de données du FBP. Cette disparité dans les données ne peut que rappeler l'intérêt d'avoir des données harmonisées et intégrées au niveau du pays.

Certes, l'identification et la définition des indicateurs de rémunération dans le FBP/gratuité, offrent des atouts et des points positifs. Elles nécessitent cependant certaines améliorations aux niveaux (i) des indicateurs du FBP définis pour les hôpitaux nationaux qui ne se concentrent pas sur leur mission principale qui est d'offrir le paquet de troisième niveau de soins (tertiaire) ; (ii) de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, qui pèse lourdement sur le budget des structures du second niveau ; (iii) de la CT-FBP qui, ayant défini ses indicateurs de qualité en rapport avec le dépistage et la prise en charge du VIH/SIDA (en vue de respecter l'aspect politique de ces programmes) fait que les structures qui n'offrent pas encore ce paquet de services sont pénalisées dans leur score qualitatif pour un service qui n'est pas disponible dans leur paquet.

Évaluation de la qualité des soins dans l'approche FBP/gratuité combinée

Dans le cadre du FBP au Burundi, la dimension qualitative est prise en compte de manière rétrospective. L'analyse de la « qualité technique », est appréhendée sur la base d'une « grille de qualité » avec un modèle propre aux centres de santé, aux hôpitaux de districts et aux hôpitaux nationaux. Elle entre pour 60 %, du bonus/malus financier, du score totalisé par la structure. La qualité perçue, analysée au travers d'enquêtes au niveau communautaire, entre pour 40 % des points.

Depuis l'introduction de cette approche, on peut constater à tous les niveaux du système de santé que :

- Le principe d'une analyse systématique régulière, basée sur une « grille de qualité », est largement accepté



et apprécié par la majorité des prestataires de soins, ainsi que les différents responsables administratifs et financiers ;

- Tous ces acteurs reconnaissent une amélioration nette de l'environnement de travail et des conditions d'hygiène générale des établissements ;
- La complétude et la promptitude des collectes de données sont maintenant assurées dans les formations sanitaires publiques et assimilées. De plus, les différentes corrections effectuées par les vérificateurs sont intégrées dans le système de collecte du SNIS ; l'accessibilité des différents responsables des formations sanitaires à la « base de données Web » du FBP est un vrai atout, cette base permettant de retrouver à la fois les données financières, des données des différents indicateurs ou prestations effectués par les Fosa, différentes analyses ou compilations effectuées sur une base nationale ou provinciale.

La mise en place d'un processus de contre-vérification par un acteur externe au système de santé a permis d'apporter un regard extérieur, tant au niveau de la vérification des quantités que de l'analyse de la qualité. Cette contre-vérification a montré, comme indiqué dans le

tableau 2 ci-dessous, qu'à l'exception de l'HD de Kirundo, les « évaluateurs externes » avaient systématiquement une cotation plus faible que celle des « pairs évaluateurs ».

Cette approche est intéressante, car elle apporte un regard complémentaire au processus d'évaluation par les pairs. Au-delà de l'aspect évaluation, ce processus constitue un mécanisme d'apprentissage et de partage d'expérience se déroulant à priori dans un contexte participatif. Il est clair que dans ces circonstances, les jugements des évaluateurs extérieurs sont plus sévères. Mais l'intérêt de cette contre-vérification est qu'elle peut montrer les écarts relatifs plus importants entre les différents hôpitaux. Les écarts de plus de 20 % appellent à une analyse particulière et/ou à un suivi rapproché des autorités de tutelle.

Il faut noter par ailleurs qu'un effet potentiellement pervers (négatif ?) de la gratuité – entraînant une économie de moyens et des transferts que l'on pourrait qualifier d'opportunistes vers d'autres structures – a été évoqué, tout comme un manque d'analyses critiques par rapport à la « production médicale », comme par exemple la couverture vaccinale élevée par rapport à la présence d'épidémies

ou encore le score élevé de la chirurgie par rapport au nombre élevé d'infections postopératoires. La surveillance du FBP devrait être développée de manière à pouvoir détecter ces effets pervers, notamment en élargissant le suivi à de nouveaux indicateurs qui ne sont pas rémunérés par le FBP, mais qui déterminent néanmoins la performance des formations sanitaires en général.

Conclusion

On peut estimer que le processus intégré FBP/gratuité pour le renforcement du système de santé évolue de manière satisfaisante. Les organes institutionnels et les outils sont en place, le financement fait intervenir l'État et un grand nombre de PTF.

La pérennisation de tous ces acquis doit maintenant être pensée dans un cadre plus large : celui d'une stratégie nationale de financement de la santé qui intégrerait et coordonnerait tous les outils existants : FBP, gratuité, CAM, mutuelles, paiements directs des patients, etc. Les effets positifs et négatifs de chacun de ces outils, ainsi que leurs interactions, doivent être clairement évalués de manière à s'assurer que le coût de chacun de ces instruments reste en proportion avec les ressources disponibles. 📄

Tableau 2. Performances de qualité des HD attribuées par la vérification et la mission de C-V

Provinces – hôpitaux de district (HD)	Vérification	C-vérification	Ecart
	Pairs	2e C-V	
MUYINGA – HD Muyinga	94	73	-21
KARUSI – HD Buhiga	84	56	-28
MAKAMBA – HD Makamba	92	76	-16
BUJUMURA RURAL – HD Rushubi	84	54	-30
GITERGA – HD Ntita	73	47	-26
MURAMVYA – HD de Kiganda	70	48	-22
CANKUZO – HD de Murore	90	69	-21
RUYIGI – HD de Ruyigi	96	69	-27
RUTANA – HD de Rutana	88	56	-32
BUBANZA – HD de Bubanza	86	71	-15
CIBITOKÉ – HD de Cibitoke	83	72	-11
MWARO – HD de Kibumbu	87	54	-33
KAYANZA – HD Musema	47	33	-14
NGOZI – HD de Kiremba	67	49	-18
BURURI – HD de Matana	73	30	-43
KIRUNDO – HD de Kirundo	32	34	2

Source : Rapports trimestriels de C-V du 1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e tours, HDP, 2011-12

Références

1. Ministère de la Santé et de Lutte contre le SIDA. *Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi*, deuxième édition, Bujumbura, Burundi, 2010.
2. Musango L et al. *Rapport de mission d'évaluation sur le PBF au Burundi*, WHO, BM, UE, CORDAID, 2012.
3. Nsengiyumva G and Musango L. *The simultaneous introduction of the district health system and performance-based funding: the Burundi experience*, Field Actions Science Reports, 2013.
4. Les enfants de moins de 5 ans, les accouchements et les pathologies liées à la grossesse.
5. Les indicateurs de priorités nationales de santé publique pour lesquels les grands efforts sont recherchés.
6. Ministère de la Santé et de Lutte contre le SIDA. *Rapport annuel du Comité Technique-Financement Basé sur la Performance (CT-FBP)*, Bujumbura, Burundi, 2011.