

Achat stratégique pour la planification familiale à Kinshasa

Perspectives d'investissement pour la Fondation Bill & Melinda Gates

BREAKING NEW GROUND

THINKWELL

SOMMAIRE

Sommaire	ii
Abréviations.....	iii
Résumé analytique.....	4
I. Introduction	7
II. Le contexte de la planification familiale	7
III. Le contexte du financement de la santé	10
IV. Mécanismes d'achat.....	12
V. Recommandations à l'intention de la BMGF.....	17
Conclusion	24
Références	25
Annexe 1: Vue d'ensemble des programmes de FBP notamment la PF.....	28
Annexe 2: Structure d'achat.....	30
Annexe 3: Vue d'ensemble du projet de l'UE et du PDSS.....	31
Annexe 4: Personnes contactées.....	32

Citation recommandée:

Boonstoppel, L., Phily, C., Appleford, G., Ravishankar, N. (2019). *Achat stratégique pour la planification familiale à Kinshasa : Perspectives d'investissement pour la Fondation Bill & Melinda Gates*. Washington, DC: ThinkWell.

Ce rapport a été établi par ThinkWell, avec le financement de la Fondation Bill & Melinda Gates.

ABRÉVIATIONS

AAP	Agence d'Achat de Performances	MSP	Ministre de la Santé Publique
ACP	Années-couples de protection	NORAD	Agence norvégienne pour la coopération au développement
ASC	Assurances de santé communautaires	ONG	Organisation non-gouvernementale
ASF	Association de Santé Familiale	OOP	Dépenses [en anglais, out-of-pocket expenditures]
BMGF	Fondation Bill et Melinda Gates	PATS	Projet d'Appui Transitoire à la Santé
CDR	centrales de distribution régionale	PCA	Paquets Complémentaires d'Activités
CGAT	Centre des Risques et d'Accompagnement Techniques des Mutuelles de Santé	PDSS	Projet d'Appui des Services de Santé
CRLDA	Contraception réversible et à longue durée d'action	PF	Planification familiale
CNT-AS	Cellule Technique Nationale – Achat Stratégique	PMA	Paquet Minimum d'Activités
CTMP	Comité Technique Multi sectoriel Permanent / Planification Familiale	PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
CSU	Couverture de santé universelle	PNSA	Programme National de Santé des Adolescents
DEP	Direction d'Études et Planification	PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
DPS	Divisions Provinciales de la Santé	RDC	République démocratique du Congo
ECZS	Équipes cadres des zones de santé	SRMNEA	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
FBP	Financement basé sur la performance	SPA	évaluation de la prestation de service [en anglais, service provision evaluation]
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population	SPARC	Coalition de l'édition savante et des ressources académiques [en anglais, Scholarly Publishing and Academic Resources Coalition]
FEDECAM	Fédération centrale d'achat et de distribution des médicaments essentiels	TPCM	Taux de prévalence contraceptive Union européenne
FMLSTP	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme	UE	Agence des États-Unis pour le développement international
FNSS	Fonds National de Solidarité Santé	USAID	
GFF	Mécanisme de Financement Mondial		

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Ce rapport examine les modalités que la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF) pourrait adopter pour investir dans l'amélioration des prestations de services de planification familiale (PF) abordables pour les populations vulnérables de Kinshasa, par le biais d'achats stratégiques en matière de santé. Bien que la BMGF procède déjà à des investissements en République démocratique du Congo (RDC), elle a engagé ThinkWell pour mieux comprendre comment tirer parti des réformes en matière d'achats sanitaires stratégiques actuellement en cours, pour améliorer l'accès aux services de PF pour les femmes et les filles à Kinshasa. À la lumière d'une revue documentaire exhaustive et d'entretiens auprès des parties prenantes, ThinkWell a analysé le paysage du financement de la PF en RDC en général et dans la région de Kinshasa, en particulier. Nos conclusions et recommandations sont présentées ci-dessous.

Difficultés relatives à la PF à Kinshasa

Le coût élevé et l'indisponibilité des services de PF représentent un obstacle majeur pour les personnes qui souhaitent utiliser des méthodes de PF à Kinshasa. La dernière Enquête démographique et de santé (EDS), de 2013-2014, a indiqué un taux de prévalence de la contraception moderne (TPCM) de 19% à Kinshasa, soit près du double de la moyenne nationale. Cependant, le besoin non satisfait était de 23,4% chez les femmes mariées et de 31,3% chez les femmes non mariées sexuellement actives. Selon une récente évaluation de la prestation de service (SPA), 58% des établissements de Kinshasa offrent des services de PF et les méthodes de courte durée représentent malgré tout près de deux-tiers de l'ensemble des méthodes contraceptives. Ces méthodes sont principalement disponibles auprès d'échoppes privées délivrant des médicaments, étant pour la plupart non autorisées. Sachant que les prestataires publics et privés facturent des frais pour les services de PF, les femmes et les jeunes filles démunies sont confrontées à un obstacle considérable en matière d'accès, surtout pour les méthodes de contraception réversibles et à longue durée d'action (CRLDA) qui sont plus onéreuses que les méthodes de courte durée. Les CRLDA sont très populaires lorsqu'elles sont fournies à titre gratuit, par le biais de programmes appuyés par des bailleurs de fonds ou lors de campagnes, mais ces campagnes surviennent uniquement de façon limitée et ad hoc. Les prestataires privés qui ne bénéficient pas de l'appui de bailleurs de fonds estiment que les méthodes de contraception réversibles et à longue durée d'action ne sont pas viables du point de vue commercial.

Pourquoi appuyer les achats stratégiques pour la PF

Bien que n'étant pas une solution miracle pour répondre à toutes les difficultés relatives à la prestation de services de PF, les réformes sur les achats stratégiques en matière de santé peuvent permettre d'améliorer l'accès et la qualité des services de PF. Les achats stratégiques en matière de santé permettent avant tout d'établir un lien entre les paiements, les prestataires et les informations concernant la performance et les besoins sanitaires de la population. Une approche stratégique de l'achat des services de santé permet d'influer sur le comportement des prestataires pour améliorer l'accès et la qualité des soins. Dans le contexte de la RDC, cela pourrait permettre d'influencer les prestataires pour offrir des services de PF complets et abordables. Recourir à l'achat stratégique permet également d'orienter les financements vers les prestataires publics et privés et ainsi exploiter toutes les capacités du système. Enfin, les achats stratégiques peuvent être utilisés pour réduire le coût des services – consultations et contraceptions - supportés par les clients. Dans des contextes à ressources très limitées comme en RDC, où la qualité de services est médiocre, où les contraintes relevant de l'approvisionnement se sont généralisées et où le marché de la PF est peu réglementé pour l'essentiel, les achats stratégiques ne seront pas la solution miracle. Ce rapport aborde les réformes en matière d'achats, mais il est également urgent de procéder à des investissements dans d'autres domaines connexes pour remédier aux blocages de la chaîne d'approvisionnement en produits de PF et aux problèmes clés de qualité de service.

La RDC teste déjà des approches d'achats stratégiques pour améliorer l'accès aux services de santé prioritaires. Les assurances de santé communautaires (ASC) se sont répandues à travers le pays depuis les années 1980, mais elles ne couvrent qu'une part négligeable de la population et se concentrent sur des services curatifs. Depuis les années 2000, le pays a déployé un certain nombre de programmes de financement basé sur la performance (FB) qui incluent des méthodes de PF de courte et longue durée. Ces programmes de FBP actuellement en vigueur dans 19 provinces sur 26, ont donné des résultats mitigés en termes d'impact sur le recours à la PF et de qualité. La vision du gouvernement, telle que formulée dans sa stratégie pour parvenir à une couverture de santé universelle (CSU), est de renforcer les mécanismes d'achat existants et à terme de les transférer vers un dispositif d'assurance de santé.

Avec l'appui du Mécanisme de Financement Mondial (GFF) et de la Fondation Buffet, Kinshasa lancera son premier programme de FBP cet été. Comparé à d'autres programmes de FBP du pays, la conception du projet pilote de Kinshasa est inédite à bien des égards: il s'agit du premier programme de FBP en zone urbaine, le premier à impliquer un engagement financier de la part du gouvernement (à hauteur d'un million de dollars), c'est le premier à inclure les soins après avortement, et le premier à recruter un nombre important de prestataires privés (55% pour les prestataires du secteur à but lucratif, 29% pour les établissements confessionnels et seulement 16% pour les établissements publics).

Recommandations à l'intention de la BMGF

Les recommandations que nous adressons à la Fondation Gates se concentrent sur la manière dont elle peut renforcer le positionnement de la PF dans le cadre de la réforme relative aux achats stratégiques du gouvernement à Kinshasa. Le gouvernement de la RDC est doté d'une politique d'achats stratégiques qui spécifie clairement les mécanismes d'achats qu'il souhaite implémenter et les provinces ont mis en place des dispositifs institutionnels pour procéder aux achats de santé. Nous sommes convaincus que les partenaires doivent éviter de lancer des systèmes d'achats supplémentaires et parallèles et plutôt œuvrer en faveur de l'amélioration, du renforcement et de l'harmonisation des réformes d'achats sanitaires stratégiques. La BMGF peut contribuer à ce que les initiatives d'achats stratégiques de Kinshasa remédient aux difficultés rencontrées par les femmes et les filles en matière de PF, en investissant dans les 3 stratégies interconnectées suivantes:

- 1) Appuyer des initiatives d'apprentissage afin d'identifier de façon systématique les éléments de l'achat stratégique qui impacte positivement la PF et tester les éventuelles améliorations.** Les évaluations de projets de FBP menés en RDC au cours des deux dernières décennies, ont généré des résultats mitigés pour ce qui est de la PF. Aucun effort n'a été déployé afin de conduire des recherches opérationnelles de manière systématique pour identifier les meilleures pratiques et les améliorations éventuelles. Le pays ayant pour but d'étendre l'achat stratégique, un apprentissage systématique en termes de positionnement de la PF dans le cadre du FBP bénéficieront à l'ensemble des parties prenantes intéressées par ce sujet. De plus, la création d'une plateforme d'apprentissage pourrait améliorer le partage des leçons apprises entre le projet pilote de FBP et d'autres systèmes. En particulier, la BMGF pourrait:
 - 1.1 Institutionnaliser les recherches opérationnelles sur le projet pilote de FBP de Kinshasa en se concentrant sur la PF.
 - 1.2 Tester des approches innovantes pouvant améliorer les résultats de la PF à travers le FBP en fonction des leçons apprises.
 - 1.3 Mettre en place une plateforme d'apprentissage indépendante pour les acteurs qui procèdent aux achats stratégiques.
- 2) Promouvoir l'harmonisation des approches existantes en matière d'achat.** La RDC teste un certain nombre d'approches en matière d'achats et les prestataires sous contrat sont hétérogènes pour ce qui

est des services qu'ils offrent et de la qualité de la prestation de services. Il conviendrait d'harmoniser ces approches et de déterminer comment le pays passera à un système d'assurance de santé. L'harmonisation des cadres de qualité, des outils de chiffrage et des méthodes de ciblage de la pauvreté, de même que la standardisation de la prestation des services peuvent simplifier les processus, améliorer la transparence et à terme améliorer l'efficacité des mécanismes d'achat. Dans un contexte d'achat en proie à des évolutions rapides, l'harmonisation doit être un processus constant pour garantir la cohérence entre les mécanismes d'achat. Parmi les options spécifiques inhérentes à cette stratégie, figurent:

- 2.1 La standardisation des processus et l'alignement des outils de FBP sur les directives nationales en soutenant la Cellule Technique Nationale - Achat Stratégique
- 2.2 L'appui aux prestataires privés pour dialoguer avec les acheteurs de santé et standardiser la qualité de service par le biais des réseaux de prestataires
- 2.3 Le pilotage d'un mécanisme d'inscription digitale des clients pour améliorer la cohérence entre les systèmes d'ASC et les FBP et créer les bases de la future expansion des systèmes contributifs
- 2.4 Préparer les EUP pour la transition envisagée vers un système contributif, à long terme

3) Appuyer l'expansion des mécanismes d'achat stratégique. À travers le GFF, la BMGF appuie déjà le programme de FBP existant. Des investissements complémentaires destinés au projet pilote de FBP de Kinshasa permettraient au programme de FBP de se déployer dans davantage de zones de santé et par la même occasion, d'atteindre un nombre plus important de femmes avec des méthodes de PF abordables. Cela permettrait également de donner plus de portée à la BMGF pour contribuer au design des réformes d'achat stratégique et faire en sorte que la PF en soit une priorité. À défaut, la BMGF pourrait également envisager d'étendre les achats stratégiques au Kongo-Central, où les partenaires sont moins nombreux. Parmi les options spécifiques inhérentes à cette stratégie, figurent:

- 3.1 L'ajout ou la réaffectation du financement de la BMGF vers le projet pilote de FBP à Kinshasa
- 3.2 Investir dans l'élargissement de la portée des mécanismes d'achat stratégique au Kongo-Central

I. INTRODUCTION

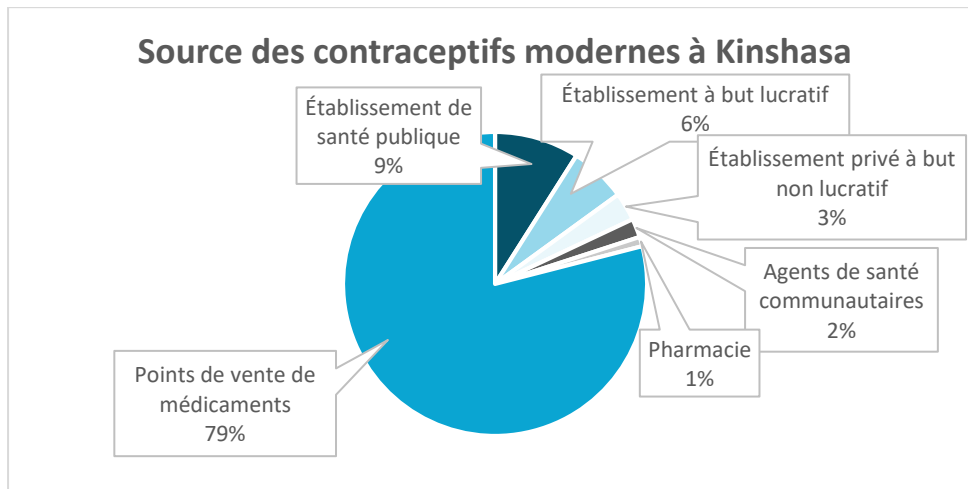
Ce rapport examine les perspectives d'investissement de la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF) pour appuyer les achats stratégiques en matière de planification familiale (PF) dans la région de Kinshasa en République démocratique du Congo (RDC). L'amélioration du recours à la contraception et de la qualité des services de PF est une priorité clé du gouvernement de la RDC. Les réformes relatives aux achats stratégiques de services de santé, qui bénéficient du soutien de hautes instances comme le Ministère de la Santé Publique, (MSP), peuvent améliorer la performance des prestataires tout en rendant les services de PF abordables pour les femmes et les filles qui en ont besoin. La BMGF étudie les différentes manières dont elle pourrait renforcer l'utilisation des achats sanitaires stratégiques pour favoriser l'accessibilité et la qualité des méthodes de PF pour les femmes et les jeunes vulnérables à Kinshasa. La BMGF a sollicité les services de ThinkWell pour examiner le paysage à la fois dynamique et fragmenté des achats de santé dans le pays, spécialement à Kinshasa. L'équipe de ThinkWell a entrepris une revue documentaire approfondie de même que des entretiens auprès des parties prenantes à Kinshasa (voir [Annexe 3](#)). Cette analyse a permis à ThinkWell de mettre en lumière des tendances programmatiques et financières, d'identifier les difficultés et les perspectives actuelles et de proposer des recommandations en vue de futurs investissements.

II. LE CONTEXTE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

DEMANDE & OFFRE EN MATIÈRE DE PF

Bien que Kinshasa surclasse le reste du pays en termes de recours à la PF, les femmes et les filles vivant dans cette province sont confrontées à des difficultés diverses relevant de l'offre, de la qualité et de du coût des services de contraception. Le taux de prévalence contraceptive (TPCM) de Kinshasa était de 19% en 2014, comparé à la moyenne nationale de 8%¹. Des estimations plus récentes suggèrent que le TPCM de Kinshasa aurait augmenté et serait passé à 27% en 2018.² Malgré cette tendance positive, le besoin de PF non satisfait à Kinshasa- de 23,4% chez les femmes mariées et de 31,3% chez les femmes non mariées sexuellement actives-reste élevé. Environ 58% de l'ensemble des établissements publics et privés de Kinshasa offrent des services de PF moderne, un pourcentage qui est en dessous de la moyenne nationale de 69%. Le choix de méthodes est limité, avec seulement 41% des établissements qui offrent au moins 3 méthodes modernes réversibles³. Beaucoup de prestataires n'ont pas les qualifications minimales et les équipements de surveillance pour fournir les services de PF qu'ils prétendent offrir.⁴ Comme indiqué en Figure 1, les magasins privés de médicaments représentent 79% des points de vente fournissant des contraceptifs modernes à Kinshasa.⁴ Le nombre exact de magasins privés de médicaments est méconnu, mais on suppose que seul 1% d'entre eux sont autorisés.⁵ En substance, un marché privé non réglementé détermine la disponibilité, le choix et le prix des produits et services de PF pour les femmes et les filles de la ville. Une étude de 2016 a souligné que le coût était le second obstacle majeur à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes.⁶ En effet, l'ensemble des établissements de santé de Kinshasa - publics et privés - facturent les services de PF, il s'agit là d'un obstacle financier surtout pour les femmes et les filles pauvres.

Figure 1 – Source des contraceptifs modernes à Kinshasa



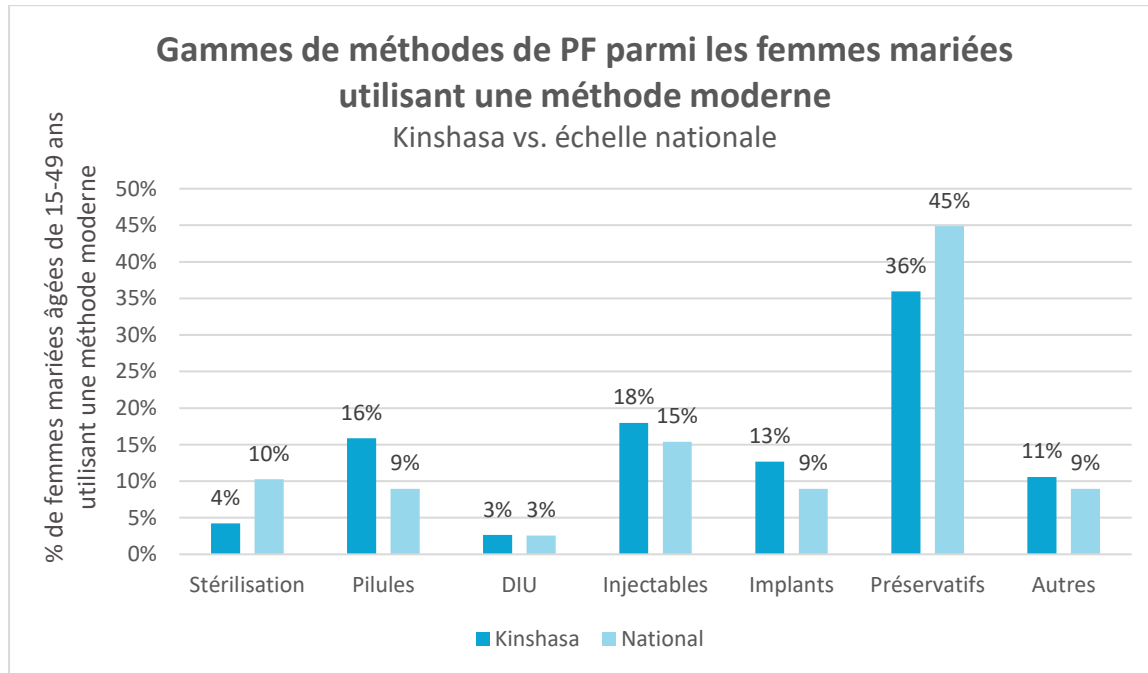
Source: Enquête 2015 de FPwatch auprès des points de vente⁴

Le coût des contraceptifs réversibles et à longue durée d'action (CRLDA) constitue un frein pour la plupart des femmes ; par conséquent la majorité des prestataires ne proposent pas les CRLDA et le choix de méthodes contraceptives est dominé par des méthodes de courte durée à Kinshasa. Sur l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans utilisant les méthodes modernes, 77% à l'échelle nationale et 63% à Kinshasa dépendent de méthodes de courte durée (Figure 2).¹ Il convient de noter que l'utilisation des injectables est beaucoup plus faible en RDC que dans la plupart des autres pays d'Afrique subsaharienne, bien qu'ils coûtent seulement environ \$0,55.⁴ L'utilisation des méthodes de courte durée est souvent associée à des taux d'interruption plus élevés. Les CRLDA sont généralement plus chers, et il est possible que beaucoup de femmes n'aient pas les moyens de les acheter. Même lorsqu'ils sont subventionnés, les coûts liés à l'obtention d'un implant oscillent entre \$2-3 pour une consultation, \$3-5 pour l'implant et entre \$3-13 pour le retrait.⁷ Dans un pays où le salaire moyen est de \$40 par mois, ces coûts sont sans doute dissuasifs.¹³ De ce fait, les prestataires privés ne les considèrent pas comme viables du point de vue commercial et ceux qui ne bénéficient pas de soutiens de la part d'un bailleur de fonds ou d'un partenaire d'exécution offrent généralement des méthodes de courte durée peu coûteuses, comme les préservatifs et la contraception d'urgence. Des données issues des recherches laissent à penser que lorsque les CRLDA sont proposés à titre gratuit, durant des programmes ou des campagnes appuyées par des bailleurs de fonds par exemple, le recours à la méthode est accru, y compris chez les nouvelles utilisatrices.^{8,9} Cependant, les programmes et les campagnes soutenus par les bailleurs de fonds sont des activités ponctuelles et ad hoc.

La Fédération centrale d'achat et de distribution des médicaments essentiels, FEDECAM est confrontée à de nombreuses difficultés, et cela a donné lieu à divers efforts d'achats fragmentés. Les contraceptifs achetés avec les fonds du gouvernement sont gérés par le FNUAP, puis distribués via la FEDECAM vers les centres de distribution régionaux (*Centrales de Distribution Régionales, CDR*), auxquelles les zones de santé font leurs commandes. Néanmoins, le système est défaillant, les entrepôts manquant de capacités et les systèmes d'informations des établissements étant absents ou inadaptés pour la planification de l'offre à l'échelon provincial.¹⁰ En conséquence, la plupart des grands bailleurs de fonds fournissent leurs produits directement aux sites d'intervention, ce qui aggrave le manque de ressources financières circulant par l'intermédiaire de la FEDECAM. Les organisations de marketing social, comme DKT et l'Association de Santé Familiale (ASF) anciennement affiliée à PSI, approvisionnent certaines pharmacies et cliniques privées de Kinshasa et du Kongo-Central, bien que ce soit essentiellement en méthodes de court terme. Les autres établissements doivent s'approvisionner en produits sur le marché. Les fournisseurs ne sont soumis à aucune

restriction en ce qui concerne les prestataires publics ou privés auprès desquels ils peuvent acheter des produits et cela peut en compromettre la qualité. Par exemple, Gynaecosid, une pilule dont le but est de traiter l'aménorrhée secondaire, est vendue à tort comme contraceptif d'urgence. Elle a été interdite dans la plupart des autres pays en raison de sa nocivité éventuelle.¹¹

Figure 2 - gamme de méthodes contraceptives de Kinshasa et à l'échelle nationale



Source: EDS 2013-2014

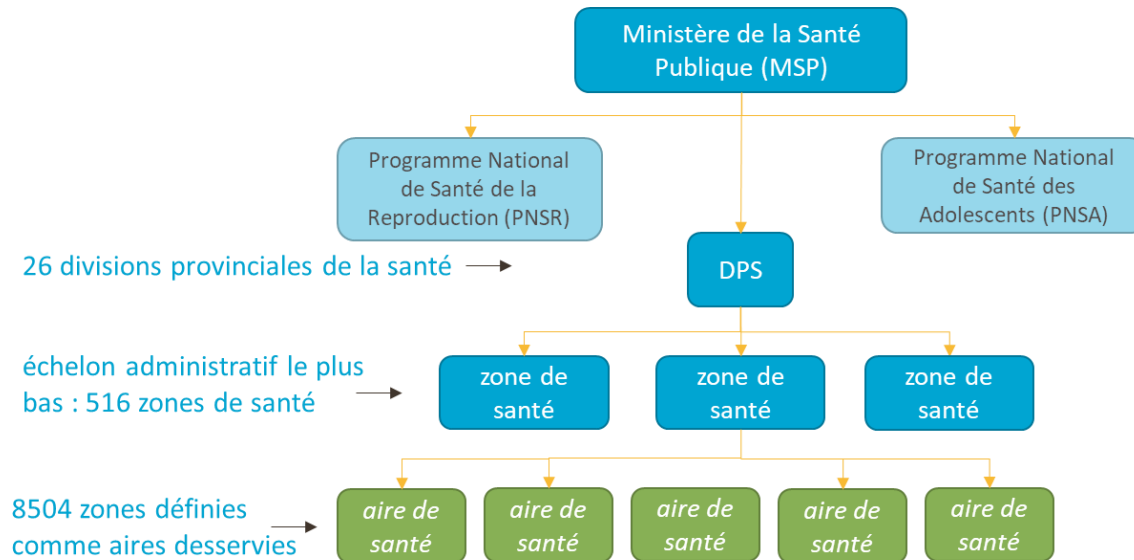
POLITIQUE EN MATIÈRE DE PF

Bien que la couverture de nombreuses interventions de santé maternelle et infantile, comme les accouchements dans des établissements de santé, soient presque universels, la couverture de la PF reste en retard. La RDC a reconnu le lien essentiel entre l'amélioration de l'accès aux services de PF et la réduction de la mortalité maternelle dans ses politiques et dans la pratique, elle s'est concentrée sur d'autres interventions de santé maternelle et infantile. Près de 80% des accouchements ont à présent lieu dans un établissement de santé, avec l'aide d'un prestataire qualifié, et le recours aux services de soins prénatals est comparable à celui des pays voisins. Environ 90% des établissements publics et privés de la RDC offrent des soins de santé maternelle, mais seule la moitié d'entre eux proposent des services de contraception.¹⁶ La PF est un volet explicite des dispositifs de base pour les centres de santé (*Paquet Minimum d'Activités*, PMA) et les hôpitaux (*Paquets Complémentaires d'Activités*, PCA), et elle est intégrée au titre du paquet de soins post-natals.²⁹ Cependant, le recours à la PF post-partum reste faible; seules environ 6% des mères en bénéficient dans les six premiers mois. Il s'agit là d'une occasion manquée, en ce qui concerne la possibilité de cibler les femmes.

L'amélioration des résultats en termes de SRMNI est une priorité du MSP qui insiste également sur l'intégration accrue des services et une meilleure coordination entre les partenaires. Plusieurs réformes du MSP sont en cours pour réduire le nombre de programmes verticaux, et progressivement présenter la SRMNI comme un service intégré.²³ **Error! Bookmark not defined.** La PF est pilotée à l'échelon central par le MSP, par

l'intermédiaire du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et du Programme National de Santé des Adolescents (PNSA). La mise en œuvre du programme est décentralisée et s'opère au niveau des provinces (DPS) qui supervisent les zones de santé, l'échelon administratif le plus bas (Figure 3).

Figure 3 – Gouvernance de la PF



Bien que les Comités Techniques Multisectoriels Permanents (CMTP) en charge de la PF coordonnent les efforts des bailleurs de fonds au niveau national et provincial, l'appui à la prestation de service de PF à Kinshasa est inégal. Depuis 2009, les CMTP ont été mis en place à l'échelon national et dans plus de 8 provinces. Les parties prenantes interviewées ont souligné que le mécanisme de coordination avait bien fonctionné. En revanche, à Kinshasa, l'appui accordé est essentiellement fondé sur le plaidoyer à l'échelon national ou le renforcement des capacités institutionnelles. Au niveau des prestataires de services de santé, le soutien pratique demeure limité. Lorsque les partenaires travaillent avec des établissements, les projets sont généralement de petite envergure ou sous forme de pilote. Ils se recoupent parfois dans les mêmes zones de santé et les interventions ne sont pas coordonnées correctement ou elles ne sont pas adaptables. Néanmoins, le PNSR estime que Kinshasa est « saturé » de partenaires et il encourage les partenaires à apporter leur soutien à d'autres provinces.

III. LE CONTEXTE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

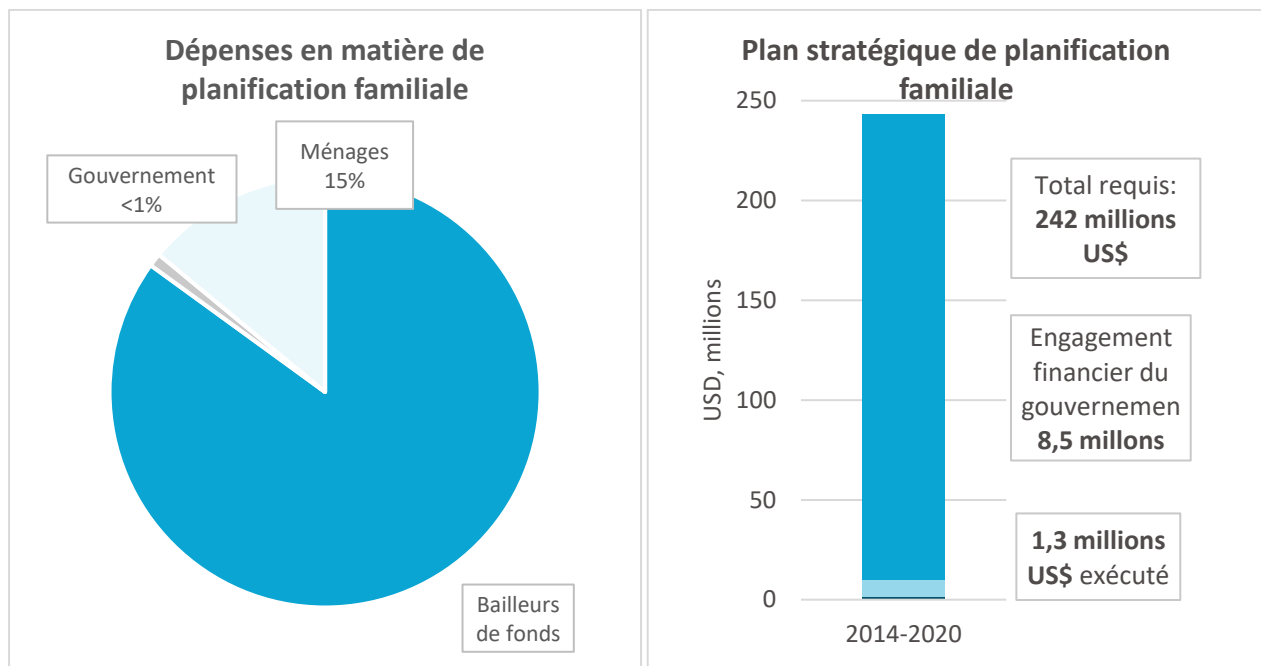
FINANCEMENT DE LA SANTÉ & DE LA PF

L'aide au développement et les paiements directs par les ménages (OOP) sont les deux sources de financement les plus importantes en RDC. Les dépenses de santé sont de 21\$ par tête en RDC et sont parmi les plus faibles au monde.¹² Les bailleurs de fonds financent la part la plus importante des dépenses de santé (43%). Avec 72% de sa population qui vit dans une pauvreté extrême, la population congolaise est une des plus pauvres au monde¹³. Pourtant les ménages assument 41% des dépenses de santé, dont 90% prennent la forme de paiements directs. En 2016, le gouvernement assure seulement 12% de l'ensemble des dépenses

de santé qui ont essentiellement servi à payer les salaires des agents de santé (78%).²⁰ Très peu de fonds sont versés aux provinces et aux zones et établissements de santé. Pour couvrir leurs frais de fonctionnement, les établissements s'appuient essentiellement sur les frais payés par les utilisateurs (90% de leurs frais de fonctionnement).²⁰ En outre, il est demandé aux établissements de contribuer aux coûts zonaux, de sorte que le système soit caractérisé par une inversion du flux de financement connu comme « la pompe » ou financement ascendant.¹⁴

La dépendance à l'égard des financements externes est encore plus importante pour la PF.¹⁵ Au moment de l'élaboration du Plan Stratégique de PF à vision Multisectorielle 2014-2020, les bailleurs de fonds finançaient 85% de l'ensemble des services et produits de PF, le gouvernement moins de 1% et les ménages, le reliquat (Figure 4).¹⁶ Le niveau de financement apporté par les bailleurs de fonds a fluctué au cours de la décennie passée, et il s'est avéré insuffisant pour compenser le manque de financement gouvernemental. En dépit d'engagements conséquents de la part des bailleurs de fonds (par exemple, 30 millions de dollars accordés par la Banque mondiale) le déficit de financement des produits pour la période stratégique 2016-2020 était de 48 millions de dollars. Les bailleurs de fonds se concentraient essentiellement sur le financement des préservatifs jusqu'en 2015, mais ils ont augmenté leurs investissements en implants depuis lors, tandis que les injectables ne représentent toujours qu'une infime part du total. Cela explique la gamme de méthodes contraceptives illustrée en Figure 2.

Figure 4 – Financement de la planification familiale



Source: Plan Stratégique de PF à vision Multisectorielle 2014-2020 & Revue mi-parcours 2017

Le gouvernement de la RDC a pris de faibles engagements à l'égard de FP2020, et l'exécution du budget reste un enjeu majeur. Dans son annonce de 2013 concernant FP2020, le gouvernement s'est engagé à allouer 1 million de dollars à la PF cette année-là, mais seulement 10% de ce financement a été octroyé.¹⁷ Grâce à de vastes efforts de plaidoyer, le budget national prévoit maintenant l'achat de produits, de fournitures et d'équipements de PF depuis 2015. Mais jusqu'à mi 2017, seulement 1,3 million de dollars ont été déboursés sur la somme attendue de 8,5 millions de dollars pour la durée du plan stratégique.¹⁷

Seulement 3 des 26 provinces ont consacré des lignes budgétaires à la PF et leurs taux d'application restent faibles.^{1 18}

STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

La RDC a une vision élaborée de la manière dont elle souhaite organiser le financement de la santé pour parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU). En vertu du *Plan National de Développement Sanitaire*, PNDS 2019-2022¹⁹, la RDC a pour objectif d'améliorer la couverture équitable, la qualité des soins et la protection financière pour tous ses citoyens. La stratégie de financement de la santé pour la CSU qui a été finalisée en 2018 met l'accent sur la nécessité de mobiliser des ressources, d'améliorer la mise en commun de ces ressources pour lutter contre la fragmentation des flux financiers, le développement de mécanismes de partage des risques, et l'optimisation de l'utilisation des ressources par l'intermédiaire d'achats stratégiques.²⁰

À moyen voire long terme, la RDC prévoit de créer un *Fonds National de Solidarité Santé*, FNSS pour regrouper les fonds issues des différentes sources mais son fonctionnement reste incertain.²⁰ Une nouvelle loi, adoptée début 2019, prépare le terrain pour un système d'assurance de santé afin de couvrir l'ensemble de la population.²¹ Tous les systèmes formels seraient financés par le biais des contributions des employeurs et des employés, tandis que les ASC (mutuelles de santé) resteraient dépendantes des primes des adhérents. Les plus démunis bénéficieraient de subventions; une ligne budgétaire a déjà été créée à cet effet, au niveau national, mais aucun fonds n'a été alloué pour le moment. Les foyers à faible revenus, susceptibles de travailler dans le secteur informel, ne percevraient pas des subventions publiques.

Pour réduire la fragmentation du financement et de la mise en œuvre, les provinces ont instauré un mécanisme dénommé *contrat unique*. Auparavant, certaines autorités provinciales signaient jusqu'à 30 contrats différents avec leurs bailleurs de fonds et leurs partenaires.²² Le nouveau contrat unique entre les autorités sanitaires provinciales et les partenaires intervenant dans une province donnée regroupe toutes les ressources financières pour fournir un appui stable pour un plan d'action de santé intégrée à l'échelon provincial. Conformément au processus de décentralisation de la RDC, son cadre de performance a pour but d'améliorer la gouvernance et la transparence de l'action de l'autorité sanitaire provinciale, de même que la responsabilisation des partenaires. Huit provinces sur 26 ont déjà commencé à mettre en place des contrats uniques,²³ mais on ne sait pas comment ces paniers de fonds virtuels seront à terme intégrés dans un fonds national unique.

IV. MECANISMES D'ACHAT

La RDC a pris l'engagement politique d'utiliser les achats stratégiques en matière de santé pour optimiser l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé. Il encourage le passage d'un financement basé sur les intrants (salaires, médicaments, infrastructures...) à un financement basé sur la production, de préférence sous forme de paiement au forfait, dans le but d'accroître l'utilisation de services de santé de qualité ; le MSP a élaboré des directives de mise en œuvre détaillées à cet effet (Guide de la tarification forfaitaire dans les formations sanitaires en République démocratique du Congo). Avec l'appui de la Banque mondiale, le pays a établi la Cellule Technique Nationale - Achat Stratégique, CNT-AS en 2011, et début 2019, la RDC a finalisé

¹ En 2017, au Nord-Kivu 300 000 dollars ont été alloués sur les 2 610 833 millions de dollars demandés dans le Sud-Kivu, 21 000 dollars ont été accordés sur les 210 000 dollars demandés et à Lualaba: 57 781 dollars ont été demandés et alloués à l'achat de contraceptifs.

une Politique Nationale sur l'Achat Stratégique²⁴ qui reconnaît les 2 principales approches de l'achat stratégique : (1) systèmes d'assurance de santé, (2) le FBP expliqués ci-dessous.

SYSTEMES D'ASSURANCE DE SANTÉ

Plusieurs systèmes d'assurance de santé volontaires existent, mais la part de population qui y participe reste négligeable. Depuis les années 1980, des assurances de santé communautaires (ASC) ou *mutuelles de santé* ont été mises en place dans diverses provinces du pays, généralement organisées par les membres des communautés, les églises ou les associations professionnelles. Plusieurs systèmes d'ASC ont obtenu un appui financier et technique des ONG internationales et des organisations confessionnelles pour commencer, mais la plupart d'entre eux dépendent uniquement des frais d'adhésion. Étant donné que la population est pauvre, les primes facturées aux membres doivent être très faibles, ce qui signifie que le régime et la protection financière qu'ils offrent sont limités (deux des réseaux les plus solides facturent moins de 6 dollars par an et nécessitent un co-paiement de 20-50%).²⁵ Bon nombre d'entre eux n'ont pas été financièrement stables et se sont effondrés en peu de temps. Les seuls systèmes qui ont obtenu un certain succès sont ceux destinés aux fonctionnaires comme les enseignants et les militaires. Ces systèmes couvrent collectivement moins de 5% de la population.¹ Parmi le quintile le plus riche, 9%-13% des hommes et des femmes, y adhèrent tandis que pour les 3 quintiles les plus faibles, l'adhésion se situe en-dessous de 0,5%. La plupart des systèmes n'incluent pas les services de prévention y compris la PF.

FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE

La RDC utilise les approches relevant de la FBP depuis très longtemps, la plupart d'entre elles ont été consolidées dans le cadre du Projet de renforcement des systèmes de développement humain en vue de l'amélioration des résultats sanitaires pour les mères et les enfants (Projet d'Appui des services de Santé, PDSS).^{26 27} Dès 2002, les bailleurs de fonds ont commencé à instaurer des programmes pour récompenser les agents de santé en fonction de leur performance²⁸ et le premier programme intégral de FBP mis en place en RDC a été introduit dans le Sud-Kivu en 2005.²⁹ D'autres programmes de FBP d'envergure ont été mis en œuvre par l'Union européenne (UE), la Banque mondiale et l'USAID. L'Annexe 1 de ce rapport présente un aperçu des expériences de FBP en RDC. Les projets de FBP ont souvent comporté des indicateurs qualitatifs et quantitatifs très différents de même que des structures de paiement et de gestions distincts, raison pour laquelle certains établissements ont bénéficié de l'appui de projets multiples selon différents indicateurs.²⁹ Issu du Mécanisme de Financement Mondial (GFF)³⁰ le projet PDSS a regroupé des fonds octroyés par la BMGF, l'Agence norvégienne pour la coopération au développement (NORAD), le gouvernement du Canada, l'USAID, le Fonds mondial et la Banque mondiale pour mettre en place le FBP dans plus de 3000 établissements dans 14 provinces.³¹

Dans le cadre du PDSS, les établissements perçoivent un prix unitaire pour chaque service des dispositifs PCA et PMA, auquel une prime de qualité est ajoutée. Pour la PF, les centres de santé sont payés pour deux indicateurs quantitatifs : « Nouveau patient » et « patient renouvelant le traitement » pour (1) les contraceptifs oraux et les injectables, (2) les DIU et implants. Les hôpitaux obtiennent un paiement pour chaque (1) implant ou DIU et (2) chaque ligature des trompes ou vasectomie. Les frais de remboursement sont négociés avec chaque établissement et leur sont directement versés. Ils ont pour but de couvrir les services et les produits, mais les chiffreages rudimentaires ne permettent pas de confirmer que ces versement couvriront la totalité des couts ; de ce fait, les établissements sont autorisés à continuer d'imposer des frais. Une comparaison des frais moyens de produits et des remboursements moyens figurent dans le Tableau 1. Une prime de qualité peut augmenter le paiement de 25% pour les centres de santé et de 40% pour les hôpitaux. Annexe 2 contient davantage de détails sur les éléments de la structure du FBP.

Tableau 1 – Comparaison des prix médians des produits et des frais de remboursement PDSS

	Prix médians des produits dans les établissements de santé privés, les pharmacies et magasins vendant des médicaments	Remboursement approximatif des services et produits dans le cadre du projet pilote de FBP à Kinshasa (centres de santé/hôpitaux)
Préservatifs masculins	0,03 US\$	-
Préservatifs féminins	0,11 US\$	-
Contraceptif oral	0,33 US\$	3,00 US\$
Injectables	0,55 US\$	3,00 US\$
Implants	4,95 US\$	6,00 US\$ / 15,00 US\$
DIU	4,95 US\$	6,00 US\$ / 15,00 US\$
Stérilisation féminine	148,50 US\$	50,00 US\$

Source: FPWatch Outlet Survey 2015⁴ & Directives de la mise en œuvre du projet pilote de FBP à Kinshasa⁴²

Le manuel opérationnel établi pour le projet PDSS a été transformé en directives nationales sur la manière de mettre en place les approches relatives au FBP n'importe où dans le pays. Il présente la structure institutionnelle, notamment le flux des paiements et les mécanismes de vérification. Les contrats et les taux de remboursement sont négociés avec chaque établissement, public ou privé. Les établissements sont incités à réduire les frais d'utilisation et ils sont tenus de veiller à ce que leur prix soient clairement visibles dans l'établissement. Néanmoins, il n'y a pas de règle établie concernant le montant de la baisse des frais d'utilisation. En 2019, le pays dispose d'un programme de FBP dans 19 provinces sur 26 (mais pas à Kinshasa) provinces bénéficiant de l'appui du PDSS et de l'UE, et le but du pays est d'élargir le FBP à l'ensemble du pays.

Bien que le FBP soit très populaire auprès du gouvernement, les évaluations des programmes de FBP en RDC ont généré des résultats mitigés surtout pour la PF.^{32 33} Deux évaluations du programme de FBP au Sud-Kivu menées début 2000, ont conclu à des effets positifs sur les résultats en matière de santé globalement, mais ont souligné que le recours à la PF faisait figure d'exception car il n'avait pas augmenté.^{34 35} Une étude du pilote du Haut-Katanga^{36 37} en 2014 a également montré que la rémunération au rendement avait un effet positif sur les efforts des agents de santé et augmentait les sessions de sensibilisation, elle n'a cependant pas augmenté le recours aux services de PF en comparaison avec les sites qui percevaient des paiements à l'acte non fondés sur des incitations. Les établissements appuyés par le dispositif de FBP ayant été orientés vers le paquet FBP, les revenus issus des services les plus lucratifs (c'est-à-dire, les curatifs) en dehors du dispositif ont diminué, ce qui a abouti à une baisse des revenus des établissements, avec des investissements en baisse en matière d'amélioration des infrastructures et de la qualité. Une évaluation de la Banque mondiale à propos du même pilote a confirmé la non augmentation de l'utilisation des services de PF et a montré que les mécanismes de FBP pourraient avoir réduit la motivation intrinsèque du personnel.³⁸ Seule une étude d'un

programme de l'USAID conduite dans 4 provinces a mis en évidence un effet significatif du FBP sur l'utilisation des contraceptifs modernes. En revanche, elle portait sur les méthodes de courte durée comme le préservatif, les injections et les pilules, ce qui s'expliquerait par les pénuries de CRLDA, d'après l'étude.³²

Après 10 ans d'expérience en matière de programmes de FBP, l'UE est passée à un système de paiement combinant paiement par capitation et par forfait. L'UE intervient dans 7 provinces et dans certaines d'entre elles, le projet PDSS est également présent mais couvre des zones de santé différentes. L'UE a modifié sa structure de paiement après avoir pris conscience que les scores de qualité élevés ne peuvent être attendus dans un cadre où la qualité de base est aussi faible qu'elle l'est en RDC. Suite à l'étude d'un certain nombre de programmes de FBP en RDC, des conditions préalables au succès incluaient un niveau minimal de qualité et d'infrastructures, un personnel suffisant et qualifié, et la disponibilité de médicaments et de fournitures.²⁸ Ces conditions préalables ne sont presque pas respectées en RDC et certaines études ont argué qu'une approche échelonnée, visant à récompenser les services cliniques, pourrait être plus adaptée dans des contextes à faible capacité où des éléments nécessaires à la qualité des soins font défaut.³⁹ En l'absence de ces fondamentaux, la récompense (et la sanction) des établissements par rapport à la qualité des services proposés ont peu de chances d'être efficaces. Certaines parties prenantes de Kinshasa ont également indiqué que les paiements relevant du FBP étaient essentiellement des principes de financement, au lieu d'amélioration de la qualité.

Le nouveau système de paiement, la part de rémunération pour la qualité joue un rôle plus faible, et le paiement par capitation aboutit à un financement plus prévisible pour les établissements. Un ensemble de services prioritaires sont remboursés au tarif forfaitaire, fixés par zone de santé. Dans les établissements de santé, cela inclut les consultations et les accouchements et dans les hôpitaux, cela couvre 11 services curatifs. Ces paiements sont censés englober les médicaments et services, les frais de laboratoire, etc. L'autre composante est le paiement par capitation qui est assuré deux fois par an, il comprend un paiement fixe en fonction de la taille de la population ciblée, un paiement de faible montant lié à la qualité et à la quantité de soins fournis durant un semestre. Le système de vérification de la qualité est donc plus léger et a moins d'impact. Tous les autres services, notamment la PF, sont censés être couverts par deux systèmes de subvention et dispensés à titre gratuit. Cependant, les évaluations n'ont pas eu lieu pour confirmer si les paiements peuvent couvrir les coûts et si les frais d'utilisation ont été supprimés.

SIMILARITÉS ET DIFFÉRENCES ENTRE LES SYSTÈMES DE PAIEMENTS

Les programmes du PDSS et de l'UE utilisent une structure bien établie pour les achats, et ils ont instauré des agences autonomes de gestion et de vérification des contrats dans chacune des provinces qu'ils appuient. Les Établissements d'Utilité Publique (EUP) en place dans certaines provinces ont été hérités des projets de FBP de l'UE, qui ont instauré leurs structures autonomes, et sont à présents partagés par les projets de l'UE et du PDSS. La principale différence entre ces deux projets est que les EUP sont également les payeurs dans le cadre du projet de l'UE alors que pour le PDSS, la Direction d'Études et Planification (DEP) du MSP effectue les paiements (voir [Annexe 2](#) pour en savoir plus sur la structure institutionnelle et [l'Annexe 3](#) pour une comparaison schématique du projet de l'UE et du PDSS).

Ces deux projets comportent un volet consacré au soutien des indigents mais ils utilisent des mécanismes différents pour les identifier. Le projet du PDSS s'appuie sur des membres de la communauté pour identifier des indigents tandis que dans le cadre du projet de l'UE, le terme indigent n'est pas utilisé, et les pauvres sont simplement ceux qui indiquent aux agents de l'établissement qu'ils ne peuvent pas payer. Les prestataires du PDSS peuvent soigner les indigents gratuitement à condition qu'ils ne représentent pas plus de 10% du volume total, tandis que l'UE prévoit un plafond de 5%. Le PDSS propose également des incitations

supplémentaires pour la prise en charge des indigents. Cependant, dans un contexte où une large part de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (64% en dessous du seuil national et 77% en dessous du seuil international),⁴⁰ la rentabilité et la logique justifiant un mécanisme d'identification des indigents peuvent être questionnés. Des incertitudes demeurent quant à la façon de consolider les financements nationaux consacrés aux indigents.

Les établissements continuent de facturer des frais d'utilisation malgré les remboursements relevant du FBP qu'ils perçoivent. Les projets du PDSS et de l'UE mènent des études de chiffrage dans chaque établissement de santé sous contrat. Dans le projet PDSS, les frais de remboursement varient d'un établissement à l'autre, tandis que le projet financé par l'UE normalise les frais de remboursement par zone de santé. Dans le programme PDSS, les frais d'utilisation devraient diminuer en partie en raison du remboursement des services de PF mais cela n'est pas obligatoire. Dans le projet de l'UE, la PF est intégrée dans le paquet des soins préventif et devrait être proposée à titre gratuit. Cependant, dans le cadre d'un dispositif de services d'envergure, la PF peut bénéficier d'une attention limitée de la part du prestataire en raison de ce regroupement. De plus, il n'est pas explicitement précisé que les services de prévention doivent être dispensés à titre gratuit dans les établissements bénéficiant de l'appui du projet. Les établissements n'ont pas complètement supprimé les frais d'utilisation et ils ne sont pas tenus de le faire. Les prix fixés doivent être visibles, mais ils ne sont pas réglementés ou normalisés. Les établissements jouissent d'une autonomie considérable pour décider de la manière de dépenser les fonds collectés par le biais des frais d'utilisation et des remboursements relevant de la FBP.

La plateforme d'achat (EUP) a été utilisée pour introduire des systèmes de financement supplémentaires, notamment un premier pilote pour élargir la couverture de l'assurance santé. Dans le cadre de la stratégie d'intervention du pays face à l'Ebola, la plateforme d'achat a été utilisée pour la mise en place de frais de services dans les zones affectées.⁴¹ La présence d'un système d'achat existant a largement facilité la mise en place de la gratuité dans le Nord-Kivu, grâce à un soutien financier du PDSS d'un montant de 3 millions de dollars. L'année dernière, l'UE a également commencé à piloter un nouveau programme au Kongo-Central en utilisant une ASC dénommée MUSAKIS comme acheteur et agent fiduciaire, au lieu de créer un EUP autonome. Les adhérents obtiennent des services gratuits auprès des établissements, tandis que les autres paient des prix normaux. Après une année d'activité, le programme a fait adhérer 6 000 personnes supplémentaires au système d'assurance et il compte désormais 10 000 adhérents.

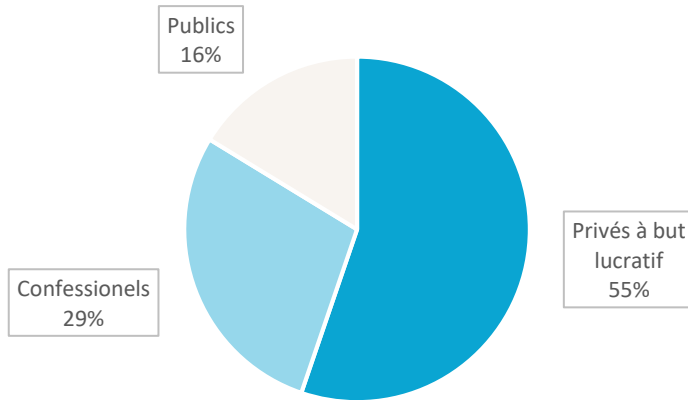
INITIATIVES EN MATIÈRE D'ACHAT À KINSHASA

Un projet pilote du FBP à venir à Kinshasa sera la première initiative d'achat stratégique dans un contexte urbain. Le projet pilote est la concrétisation de la promesse du Premier ministre d'offrir des services maternels gratuits, et il sera le premier projet de FBP que le gouvernement s'est engagé à financer. Le gouvernement devrait allouer 1 million de dollars la première année (sur un budget annuel de 20 millions de dollars), tandis que la Banque mondiale et la Fondation Buffet couvrent le reste des coûts du programme et des produits. La Phase 1 du projet de Kinshasa devrait débuter en juin 2019 pour une durée de 18 mois et elle couvrira des établissements dans les 9 zones de santé plus pauvres, atteignant environ 3,6 millions de personnes sur une population totale d'environ 12 millions.⁴² Les Phases 2 et 3 ont pour objectif d'accroître la couverture du pilote pour atteindre un total de 32 zones de santé sur 35 à Kinshasa.

La structure de réglementation, de paiement et de vérification est similaire au projet PDSS, mais la différence clé repose sur la contractualisation de nombreux établissements privés. Dans d'autres provinces appliquant le FBP, la majorité des établissements contractés sont publics, confessionnels ou opérés par des ONG. En raison du manque d'établissements publics répondant aux critères de sélection à Kinshasa, environ 80% des établissements sélectionnés pour la première phase du pilote sont privés, parmi ces établissements

environ deux-tiers sont des établissements à but lucratif (Figure 5). Le pilote est également le premier à inclure des soins après avortement dans les indicateurs qualitatifs et quantitatifs, grâce au soutien financier de la Fondation Buffet.

Figure 5 – Établissements sélectionnés pour la Phase 1 du pilote du FBP de Kinshasa⁴²



Plusieurs systèmes d’ASC sont en vigueur à Kinshasa, mais aucun ne couvre les services ou produits de PF.

Les plus importants sont ceux qui ont été mis en place pour les employés du secteur public et les associations d'enseignants, et une nouvelle mutuelle pour les officiers de police vient également d'être créée. À l'échelon local, ils bénéficient du soutien d'une agence liée au MSP, le Programme national de promotion des mutuelles de santé, (PNPMS) qui sera en charge de l'accréditation et de la supervision suite à l'adoption récente de la nouvelle législation relative aux mutuelles.⁴³ De plus, l'organisme d'assistance technique dénommé Centre des Risques et d'Accompagnement Techniques des Mutuelles de Santé, qui bénéficie du soutien d'un certain nombre de partenaires internationaux, appuie les ASC et a également créé plusieurs ASC à Kinshasa et à travers la RDC. Par conséquent, bien que les ASC aient connu une évolution, le pilote de FBP est la principale initiative d'achat stratégique pertinente à Kinshasa.

V. RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DE LA BMGF

Le faible recours à la PF et le besoin non satisfait élevé à Kinshasa résultent d'un ensemble de facteurs relevant de l'offre et de la demande. L'évaluation détaillée du paysage de la PF et du financement à Kinshasa ont mis en lumière plusieurs difficultés. Il s'agit des éléments suivants: (1) les frais d'utilisation des services de PF dans des établissements publics et privés représentent un obstacle financier pour les femmes et les filles pauvres, (2) beaucoup d'établissements de Kinshasa offrent des services de PF, mais le choix de méthodes contraceptives est limité aux méthodes de courte durée essentiellement parce que les prestataires considèrent qu'il n'y a pas de marché pour les CRLDA et (3) la qualité des infrastructures et services au niveau des établissements publics et privés est très faible.

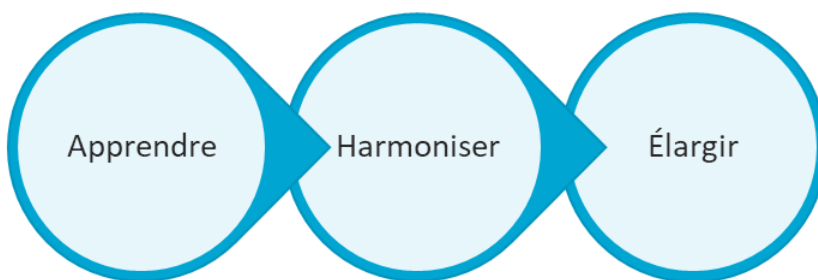
Bien que ce ne soit pas une solution miracle pour répondre aux défis de la PF, les réformes sur les achats stratégiques en matière de santé peuvent améliorer l'accès et la qualité des soins de PF. Les achats stratégiques supposent d'influencer les comportements des prestataires pour améliorer l'accès et la qualité. Dans le contexte des services de PF, cela revient à utiliser les mécanismes de financement pour motiver les prestataires à offrir une gamme de services de PF de haute qualité. Les achats stratégiques peuvent être

utilisés pour réduire le coût des services - dans ce cas, pour les conseils en matière de contraception - supportés par les clients, et rendre les services plus abordables pour les femmes et les filles pauvres.

La Fondation doit envisager d'utiliser ses investissements pour appuyer et améliorer les réformes sur les achats stratégiques promues par le gouvernement qui sont en cours à Kinshasa et les rendre efficaces pour la PF. Le gouvernement de la RDC est déjà identifié les mécanismes d'achats stratégiques qu'il souhaite mettre en place. Les provinces ont investi dans le développement de dispositifs institutionnels pour procéder aux achats des services de santé. Nous sommes convaincus que les partenaires doivent éviter de lancer des systèmes d'achats supplémentaires et parallèles et plutôt œuvrer en faveur de l'amélioration, du renforcement et de l'harmonisation des réformes d'achats stratégiques en matière de santé. Le programme de FBP de Kinshasa en cours de lancement pourrait remédier aux difficultés évoquées ci-dessus, si sa formulation et son implémentation permettent de surmonter ces problèmes majeurs. L'impact des systèmes de FBP sur l'accès et la qualité de la PF a été mitigé en RDC. De plus, le FBP dans sa conception actuelle, ne supprime pas les frais d'utilisation qui constituent un obstacle financier pour l'accès. Il est important de combler ces lacunes du FBP afin d'améliorer l'accès et la qualité de la PF, surtout pour les personnes pauvres. Ci-dessous, nous allons aborder les différentes voies par lesquelles les investissements de la BMGF pourraient contribuer au renforcement des achats stratégiques pour la PF à Kinshasa.

APPROCHE SUGGÉRÉE : APPRENDRE, HARMONISER, ÉLARGIR

Pour favoriser la disponibilité et le caractère abordable des services et produits de PF à Kinshasa, ThinkWell suggère que la BMGF privilégie une approche en 3 volets se résumant ainsi « apprendre, harmoniser et élargir. » Le contexte politique actuel offre la possibilité à la BMGF de procéder à des investissements qui tirent parti de l'élan politique en faveur des achats stratégiques pour améliorer l'accès et la qualité de la PF. Nous proposons une approche reposant sur 3 volets: (1) mettre en place un apprentissage systématique au sein des systèmes d'achat sur la manière d'améliorer les résultats en matière de PF et tester les éventuelles améliorations innovantes, (2) harmoniser les composantes communes aux différents systèmes d'achat et (3) élargir la portée des achats stratégiques pour cibler plus de femmes et de filles.



Nous décrivons la logique de chacune des 3 stratégies et donnons d'exemples d'interventions que la BMGF pourrait appuyer dans le cadre de chacune de ces stratégies. Nous faisons la distinction entre les investissements à court terme qui peuvent avoir un effet direct sur la prestation de service de PF (dénnoté par **CT**) et investissements qui amélioreront la cohérence du système à moyen voire long terme (dénnoté par **LT**).

Stratégie 1: Appuyer des initiatives d'apprentissage afin d'identifier de façon systématique les éléments de l'achat stratégique qui impacte positivement la PF et tester les éventuelles améliorations.

Logique: Bien que l'évaluation de certains des projets de FBP en vigueur en RDC remonte à plus de 20 ans, ils ont donné lieu à des résultats mitigés en termes de PF, et aucun effort n'a été déployé afin de mener des recherches opérationnelles de façon systématique pour identifier les meilleures pratiques et les améliorations potentielles. Les leçons apprises concernant ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas ne sont pas systématiquement synthétisées, et il n'existe pas de base de connaissances partagées sur les achats orientés sur la PF. Actuellement, la vision nationale des achats stratégiques est principalement guidée par la Banque mondiale. Le pays ayant pour objectif d'élargir les achats stratégiques, la mise en place d'une plateforme d'apprentissage pour analyser les programmes d'achats et partager les meilleures pratiques profitera à tous les acteurs.

Activités clés:

Activité 1.1: Institutionnaliser les recherches opérationnelles sur le pilote du FBP de Kinshasa en se concentrant sur la PF

- *Quoi:* Même si le projet du PDSS prévoit une évaluation, il y a encore de la marge pour beaucoup plus d'apprentissages sur la manière d'intégrer la PF dans le projet du FBP de sorte que le programme augmente de façon plus efficace le recours efficace à la PF. Les recherches opérationnelles pourraient explorer l'impact des incitations relevant du FBP sur les frais d'utilisation de la PF, les blocages au niveau des flux de financement, la capacité des prestataires à acheter des produits, et l'impact du FBP sur la volonté du personnel de fournir des services de PF. De plus, le pilote de Kinshasa offre la possibilité d'apprendre des thématiques « novatrices » comme l'introduction des soins après avortement, la création de nouveaux outils de mesure et d'amélioration de la qualité, les approches visant à améliorer l'accès des femmes pauvres aux services, l'identification des ménages pauvres des milieux urbains et le recrutement à grande échelle de prestataires privés. Les leçons tirées du pilote peuvent contribuer à l'amélioration du FBP à Kinshasa, mais elles pourront guider aussi la conception d'autres systèmes d'achat. La Cellule Technique Nationale - Achat Stratégique et le MSP ont fait part de leur intérêt pour ces activités et sont disposés à participer à l'élaboration de protocoles de recherches opérationnelles. En menant cette initiative, la BMGF peut veiller à ce que les résultats en matière de PF constituent un sujet de recherche central.
- *Comment:* Les recherches opérationnelles doivent être menées par une agence indépendante. La BMGF pourrait envisager de solliciter l'École de santé publique de Kinshasa en tant que partenaire potentiel, car elle a déjà collaboré avec des partenaires internationaux comme l'OMS et l'Université d'Anvers pour des études consacrées au financement de la santé et elle est bien placée pour conduire ce travail. À défaut, FP CAPE pourrait être envisagé, compte tenu de son rôle actuel pour faciliter les apprentissages sur l'ensemble des financements de la BMGF.

Activité 1.2: Tester des approches innovantes pouvant améliorer les résultats de la PF à travers le FBP

- *Quoi:* Selon les conclusions des recherches opérationnelles, la BMGF pourrait appuyer la conception et la création de « prototypes » pour tester de possibles interventions visant à accélérer les progrès du FBP en termes de résultats de PF. Parmi les interventions qui pourraient être testées figurent de nouvelles approches de la mesure et de la récompense du volume et de la qualité des services de PF. Par exemple, les Couple-années de protection (CAP) pourraient être comptés en lieu et place du nombre de nouvelles utilisatrices ou d'utilisatrices renouvelant leur traitement, ils pourraient tester le nouvel outil du Population Council pour mesurer la qualité des conseils, et il pourrait tenir compte des recommandations émises par le groupe de travail de la Collectivité sur le FBP et la PF. D'autres

interventions intéressantes pourraient consister à proposer des frais de remboursement accrus en échange de réductions des frais d'utilisation, et des mécanismes visant à encourager de nouvelles modalités de prestation de service (comme les campagnes de sensibilisation).

- Compte tenu de son réseau étendu de partenaires d'exécution à Kinshasa, la BMGF est bien placée pour mettre rapidement en œuvre, suivre et améliorer de nouvelles interventions dans des établissements relevant du FBP.
- *Comment:* Le partenaire de recherches opérationnelles pourrait travailler en étroite collaboration avec des partenaires d'exécution, notamment ceux qui bénéficient de l'appui de la BMGF, au niveau des établissements.

Activité 1.3: Mettre en place une plateforme d'apprentissage pour les acteurs qui procèdent à des achats stratégiques LT

- *Quoi:* La création d'une plateforme d'échange d'évaluations et d'analyses pourrait promouvoir le brassage d'idées entre les différentes initiatives d'achats stratégiques. Par exemple, elle pourrait améliorer le partage des leçons apprises entre le pilote du FBP à Kinshasa et le projet de l'UE d'exploiter une ASC en tant qu'acheteur au Kongo-Central. À terme, une plateforme d'apprentissage pourrait contribuer à une approche plus holistique des achats stratégiques dans le pays. Actuellement, la vision nationale des achats stratégiques est principalement guidée par la Banque mondiale. Une plateforme d'apprentissage pourrait favoriser la transparence par rapport à la production de données, la pensée critique et le dialogue concernant les approches existantes.
- *Comment:* La CNT-AS pourrait accueillir la plateforme d'apprentissage avec l'appui d'un partenaire au développement comme SPARC dont la mission est de faciliter l'apprentissage sur les achats stratégiques.

Risques possibles:

- Le calendrier de lancement du projet pilote de FBP de Kinshasa ne permettra pas d'entamer les recherches opérationnelles immédiatement.
- La solide présence du PDSS et de ses partenaires pourrait susciter des réticences politiques quant au changement du projet d'achat

Stratégie 2: Harmoniser les stratégies d'achat existantes

Logique: Le pays dispose déjà de 3 grandes catégories de systèmes d'achats stratégiques – Le FBP tel que mis en place au sein du PDSS, ASC et la combinaison capitation / tarification forfaitaire du programme de l'UE. Dans chaque catégorie, plusieurs variantes du système sont en vigueur dans différentes provinces et les prestataires sous contrat sont hétérogènes pour ce qui est du paquet et de la qualité de la prestation de services. Il faut harmoniser ces approches et déterminer la manière dont le pays passera à un modèle d'assurance santé. La BMGF peut apporter un soutien technique pour faciliter ce processus. L'harmonisation des cadres de qualité, les outils de chiffrage et les méthodes de ciblage de la pauvreté, de même que la standardisation de la prestation des services peuvent simplifier les processus, améliorer la transparence et à terme, améliorer l'efficacité des mécanismes d'achat. Dans un contexte d'achat en proie à des évolutions rapides, l'harmonisation doit être un processus constant pour assurer la cohérence entre les mécanismes d'achat.

Activités clés:

Activité 2.1: Standardisation des processus et l'alignement des outils de FBP sur les directives nationales en soutenant la Cellule Technique Nationale - Achat Stratégique CT

- *Quoi:* La standardisation des outils, des indicateurs et des procédures du projet FBP sous-jacents est possible à Kinshasa. La BMGF pourrait appuyer la standardisation des exercices de chiffrage qui informe les paiements des prestataires de même que les frais d'utilisation appliqués aux clientes dans les établissements appuyés des projets d'achats. En outre, elle pourrait faciliter l'harmonisation des composantes relatives aux coûts des projets de FBP avec d'autres outils financiers utilisés dans les établissements non soutenus par le FBP mais dont les intrants sont également financés. La BMGF pourrait appuyer les efforts visant à évaluer la logique et l'efficacité des mécanismes d'identification des indigents, et si elles sont considérées comme utiles, elle pourrait normaliser la façon dont les indigents sont identifiées et subventionnées dans les divers systèmes d'achat. Enfin, la BMGF pourrait permettre d'aligner les grilles de vérification de la qualité utilisées dans le projet PDSS sur les directives nationales du MS.
- *Comment:* La BMGF pourrait appuyer l'équipe de la Cellule Technique Nationale - Achat Stratégique pour l'aider à harmoniser leurs outils et protocoles en finançant un conseiller technique senior intégré ou par le biais d'un tutorat assuré par des experts extérieurs d'achats stratégiques.

Activité 2.2: Appuyer les prestataires privés pour dialoguer avec les acheteurs de santé et standardiser la qualité de service par le biais des réseaux de prestataires CT

- *Quoi:* Actuellement, les établissements participant au projet de FBP à Kinshasa n'offrent pas un ensemble standard de services de PF. Des partenaires d'exécution internationaux collaborant avec les prestataires privés pourraient appuyer la standardisation dans les établissements privés et éventuellement l'agrégation des prestataires privés. Les organisations de marketing social par exemple ont doté les pharmacies d'une marque qui leur permet d'être facilement identifiée pour leurs services de stockage, et elles ont dispensé des formations connexes aux prestataires. En revanche, elles n'encouragent pas nécessairement les prestataires à offrir des dispositifs complets de services. La standardisation du dispositif de PF dans les établissements sous contrat attirera probablement plus de clientes de PF. Elle pourrait également faciliter le suivi et l'application de normes standards. En outre, l'agrégation des prestataires privés simplifiera les procédures d'attribution de contrat et les négociations pour les prestataires privés et l'organisme contractant.
- *Comment:* Intervenir par l'intermédiaire des partenaires d'exécution (comme MSI et Pathfinder) pour nouer le dialogue directement avec les établissements ou, si possible, intégrer un membre du personnel dans l'association représentant les prestataires privés de la santé pour la relancer.

Activité 2.3: Piloter un mécanisme d'inscription digitale des clients pour améliorer la cohérence entre les systèmes d'ASC et de FBP et créer les bases de la future expansion des systèmes de contribution LT

- *Quoi:* Les plateformes technologiques peuvent faciliter la transition de l'approche actuelle de la FBP qui est uniquement axée sur l'offre, vers un système contributif, comme l'envisage la stratégie de financement de la santé en RDC. Bien qu'il s'agisse d'un investissement sur le long terme qui ne générera pas de résultats rapides pour la PF, cela permettra néanmoins d'établir les bases d'une future transition d'un système de paiement direct vers un dispositif de prépaiement. La BMGF pourrait financer un partenaire afin qu'il évalue la faisabilité de l'introduction d'un mécanisme d'enregistrement numérique et/ ou piloter la méthode à Kinshasa, en collaborant avec les mécanismes d'achat existant comme le CBHI et le projet FBP.

- *Comment:* BlueSquare dispose d'ores et déjà d'un portefeuille de projets d'IT en RDC par rapport aux achats stratégiques et il serait bien placé pour assurer cette mission.

Activité 2.4: Préparer les EUP pour la transition envisagée sur le long terme vers un système contributif LT

- *Quoi:* Pour appuyer l'évolution d'un dispositif de FBP fondé sur l'offre vers un système reposant sur les adhérents, les agences d'achat autonomes doivent être prêtes à fonctionner en tant qu'assurance de santé communautaire. À l'heure actuelle, la seule initiative d'achats stratégiques faisant office de passerelle entre l'assurance de santé et le FBP relève de l'UE qui utilise une assurance de santé communautaire pour bénéficier de services dans 3 zones de santé du Kongo-Central, et envisage de l'étendre à l'Ituri. Conformément à la vision du pays élayée dans la loi sur les dispositifs d'assurance de santé qui vient d'être adoptée, il faut veiller à ce que les assurances de santé communautaire soient reliées au projet pilote de FBP. En s'appuyant sur l'expérience de l'UE au Kongo-Central, la BMGF pourrait soutenir la CTN-AS et les EUP à Kinshasa pour harmoniser leurs approches.
- *Comment:* La BMGF pourrait appuyer l'EUP et l'équipe de la CNT-AS en finançant un conseiller technique senior intégré ou en offrant un tutorat assuré par des experts extérieurs d'achats stratégiques.

Risques potentiels:

- Des rôles peu clairs entre les diverses assistances techniques proposées par les différents bailleurs
- Infrastructures limitées en termes de technologie de l'information au niveau des établissements
- Le gouvernement craint le pouvoir de négociation des prestataires « agrégés »

Stratégie 3: Élargir la portée des mécanismes d'achat stratégique

Logique: À Kinshasa, les efforts d'achats stratégiques de PF en sont encore à leurs balbutiements, sachant que le FBP est sur le point d'être lancé en juin. Dans l'autre province soutenue par la BMGF, le Kongo-Central, l'UE dispose d'un petit système d'achat par l'intermédiaire d'une assurance de santé communautaire. Un financement supplémentaire substantiel sera nécessaire pour accroître la couverture de la population et améliorer le caractère abordable de la PF dans ces provinces. L'ajout de ressources financières en vue du déploiement des achats stratégiques permettra à la BMGF d'avoir un levier accru pour influencer les orientations des initiatives d'achats existantes et futures.

Activités clés:

Activité 3.1: Ajouter ou réorienter le financement de la BMGF vers le pilote du projet de FBP à Kinshasa CT

- *Quoi:* Actuellement, seule la phase 1 du pilote FBP qui va prochainement être lancée est totalement financée, et d'autres engagements en termes de financement sont nécessaires pour entamer les phases 2 et 3 afin de couvrir la province dans son intégralité. Le financement des phases suivantes permettra d'augmenter la couverture de la population. En ajoutant des fonds à l'enveloppe du projet pilote de FBP, la BMGF sera en mesure de mieux influencer sur l'orientation du projet. Par exemple, les investissements supplémentaires pourront être conditionnés à la réduction accrue et obligatoire des prix de la PF appliqués aux clientes qui se rendent dans les établissements sous contrat avec le PDSS ou assujettis à certains indicateurs de PF utilisés pour mesurer et récompenser la performance des prestataires. Il pourrait s'agir de fonds supplémentaires ou de fonds réaffectés qui sont directement octroyés aux partenaires d'exécution pour les produits ou les frais de fonctionnement des établissements. Certains de ces établissements sont déjà sous contrat dans le cadre du projet pilote et

la réorientation des fonds dans ce mécanisme pourrait appuyer l'harmonisation alors que pour d'autres établissements, la BMGF pourrait inciter le projet pilote à inclure et établir un contrat avec leurs établissements.

- *Comment:* La BMGF a déjà apporté sa contribution au projet plus vaste de PDSS et il pourrait de la même façon appuyer l'élargissement du projet pilote spécifique à Kinshasa. Elle pourrait aussi envisager de réorienter les financements existants des partenaires d'exécution qui appuient actuellement certains établissements. Les investissements dans le projet PDSS pourraient être affectés à des services de PF spécifiques.

Activité 3.2: Investir dans l'élargissement des achats stratégiques au Kongo-Central LT

- *Quoi:* Mis à part les perspectives concernant Kinshasa, la BMGF pourrait également envisager d'étendre les achats stratégiques au Kongo-Central où ses partenaires sont présents. La BMGF pourrait envisager d'appuyer les efforts de l'UE qui achète actuellement des services de SRMNI par le biais d'une assurance de santé communautaire dans 3 zones de santé.
- *Comment:* Alors que le projet d'achat de services de l'UE par l'intermédiaire d'une assurance de santé communautaire n'existe que dans 3 zones de santé, une collaboration pourrait être mise en place avec les partenaires d'exécution de l'UE pour appuyer l'élargissement à d'autres zones de santé du Kongo-Central.

Risques potentiels:

- Certains pourraient arguer que le financement accordé par des bailleurs de fonds n'est pas viable, mais en même temps, en l'absence de fonds pour le FBP, il n'y aura pas d'impact suffisant sur la PF.
- De gros bailleurs de fonds ayant déjà été impliqués dans les dispositifs existants, la capacité à influencer les orientations pourrait être minime.

CONCLUSION

L'heure est venue: l'élan politique favorisant les achats stratégiques pour les services de SRMNI offre une excellente occasion d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de PF de façon systématique, à Kinshasa et au-delà. En sortant des projets de petite envergure non coordonnés pour stimuler des changements systémiques quant à la manière dont des contrats sont établis avec les prestataires, et la façon dont ils sont rémunérés et soutenus, la DRC pourrait s'inscrire dans une trajectoire durable en vue de la CSU. Cependant, il ne suffit pas de rendre les mécanismes d'achat plus stratégiques. Dans un contexte où les ressources sont très limitées, où la qualité de services est médiocre, où les contraintes d'approvisionnement se sont généralisées et où le marché de la PF est peu règlementé, les achats stratégiques ne seront pas la solution miracle. Les recommandations de ce rapport portent sur le financement de la santé et les achats auprès de prestataires. Mais les investissements dans les domaines ne relevant pas des achats, pour remédier aux blocages et aux problèmes majeurs d'infrastructures et de qualité de service s'imposent de toute urgence. Les mécanismes d'achat cohérents sont néanmoins une composante essentielle de la concrétisation de la CSU et ils peuvent faciliter les changements dans d'autres secteurs de la santé. Pour mettre en place des structures d'achat consolidées et cohérentes, il faudra impérativement tenir compte des efforts connexes afin de garantir une approche coordonnée. En procédant à des investissements stratégiques pour l'amélioration, l'harmonisation et l'expansion des dispositifs d'achat, la BMGF peut veiller à ce que la PF soit au cœur de la transition vers la CSU.

RÉFÉRENCES

- ¹ République démocratique du Congo, *Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014*, Deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC II 2013-2014), Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, Ministère de la Santé Publique, Measure DHS, ICF International Rockville, Maryland, U.S.A., Septembre 2014
- ² PMA2020, *Family Planning Brief, octobre-novembre 2018 (Série 7)*, Kinshasa, RDC
- ³ École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, ICF, *République Démocratique du Congo: Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS RDC) 2017-2018*, Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA, 2019
- ⁴ FPwatch Group, *FPwatch Study Reference Document, Democratic Republic of Congo, Outlet Survey 2015*, Population Services International (PSI), Washington DC, 2016
- ⁵ <http://www.familyplanning-drc.net/atlas-des-services-de-la-planification-familiale.php>
- ⁶ Muanda M., Gahungu Ndongo P., Taub L.D., Bertrand J.T., *Barriers to Modern Contraceptive Use in Kinshasa, DRC*, PLoS ONE 11, (12): e0167560. doi:10.1371/journal.pone.0167560, 2016
- ⁷ FPWatch 2015, communication personnelle avec Jphiego, PNSR Kinshasa et Tulane
- ⁸ RDC-PROSANIplus, Fiche technique, *La planification familiale à la portée de chaque foyer. Mini-campagnes de porte-à-porte pour promouvoir les méthodes contraceptives*. Projet de Santé Intégré Plus en République démocratique du Congo, Management Sciences for Health, USAID, 2018
- ⁹ Jarvis, L., Wickstrom, J., Vance, G., Gausmand, J., *Quality and Cost Interventions During the Extended Perinatal Period to Increase Family Planning Use in Kinshasa, DRC: Results From an Initial Study*, Global Health: Science and Practice, Volume 6, No. 3, 2018
- ¹⁰ République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé, *Plan Stratégique du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiel « SNAME » 2017-2020*, Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM), Kinshasa, août 2017
- ¹¹ Tulane University, *Disponibilité et Qualité de la Contraception d'Urgence et des services PF dans les petites pharmacies privées de Kinshasa, Résultats d'une étude « Clientes Mystères »*, Fondation David & Lucile Packard, 2016
- ¹² République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Secrétariat Général, Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS), *Rapport sur les comptes de la santé RDC 2016*, NHA 2016
- ¹³ Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde, République démocratique du Congo, le RNB par tête de 460 \$US est le 7^è le plus faible dans le classement et se situe à 38,33\$US mensuels par personne.
- ¹⁴ Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E., Lievens, T., *Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo*, Health Policy and Planning, Volume 29, Numéro1, p. 96-105, janvier 2014
- ¹⁵ Reproductive Health Interchange, RHInterchange, République démocratique du Congo – Rapport, Site des services d'approvisionnement du FNUAP consulté en mars 2019
- ¹⁶ République démocratique du Congo, Plan stratégique national à vision multisectorielle de la planification familiale (2014-2020), Ministère de la Santé Publique

-
- ¹⁷ Comité Technique Multisectoriel Permanent (CTMP) Planification Familiale, *Plan Stratégique de PF à vision Multisectorielle 2014-2010, Revue mi-parcours*, 31 août 2017
- ¹⁸ Tulane University International, *Advance Family Planning (AFP) Landscape Assessment update DRC*, 2018
- ¹⁹ République démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 : vers la couverture sanitaire universelle*, novembre 2018
- ²⁰ République démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, *Stratégie de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle en RDC*, avril 2018
- ²¹ Institut de Médecine Tropicale Anvers, *Étude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle*, Anvers, Belgique, mai-octobre 2016
- ²² République démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, *Cadre d'investissement pour la santé de la reproduction, de la mère, de nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en vue de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en République Démocratique du Congo*, 20 juin 2016
- ²³ Nunga, R., Muvudi, M., République démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Comité National de Pilotage, *Document logistique de la mise en œuvre du contrat unique dans les Divisions Provinciales de la Santé*, Commission financement et couverture sanitaire universelle, DEP Santé & Banque mondiale, avril 2016
- ²⁴ République démocratique du Congo, Ministère de la Santé, *Politique Nationale sur l'Achat Stratégique des soins et services de santé en République Démocratique du Congo*, janvier 2019
- ²⁵ Banque mondiale, *Stratégie de financement de la santé, Analyse et recommandations*, République démocratique du Congo, octobre 2015
- ²⁶ Ministère de la Santé Publique, *Cadre d'investissement pour la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en vue de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en République Démocratique du Congo*, octobre 2017
- ²⁷ Banque mondiale, *International Development Association Project Paper on a Proposed Additional Credit for the Health System Strengthening for Better Maternal and Child Health Results Project*, Report No: PAD2136, mars 2017
- ²⁸ Health Systems 2020, *Revue des expériences en Financement basé sur les Résultats en République Démocratique du Congo*, Abt Associates, USAID, février 2010
- ²⁹ Bertone, M.P., Jacobs, E., Toonen, J., Akwataghobe, N., Witter, S., *Performance-based financing in three humanitarian settings: principles and pragmatism*, Conflict and Health, 12:28, 2018
- ³⁰ DRC, *GFF Annual Report 2017/2018*, https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/GFF-Annual-report/drc.html
- ³¹ Banque mondiale, *Project Paper on a Proposed Third Additional Grant to the Democratic Republic of Congo for the Health System Strengthening for Better Maternal and Child Health Results Project*, Report No: PAD3263, février 2019
- ³² Sadaphal, S., Bongiovanni, A., *Impact Evaluation, Results-Based Financing in the Democratic Republic of Congo*, International Business and Technical Consultants, Inc. (IBTCI), United States Agency for International Development (USAID), mars 2016
- ³³ Gergen, J., Josephson, E., Vernon, C., Ski, S., Riese, S., Bauhoff, S., Madhavan, S., *Measuring and paying for quality of care in performance-based financing: Experience from seven low and middle-income countries (Democratic Republic of Congo, Kyrgyzstan, Malawi, Mozambique, Nigeria, Senegal and Zambia)*, Journal of Global Health, Research Theme 6: Performance-based financing, Vol. 8, No. 2, décembre 2018

³⁴ Soeters, R., Peerenboom, P.B., Mushagalusa, P., Kimanuka, C., *Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care In The Democratic Republic of Congo*, Health Affairs 30, No. 8, 1518-1527, 2011

³⁵ Royal Tropical Institute (KIT), *Programme Evaluation of the Performance Based State Building Programme in South Kivu, 2010-2012*, Amsterdam, février 2013

³⁶ Huillery, E., Seban, J., *Money for Nothing? The Effect of Financial Incentives on Efforts and Performances in the Health Sector*, University of Paris-Dauphine and J-PAL, Sciences Po, LIEPP, mai 2017

³⁷ Huillery, E., Seban, J., *Pay-for-Performance, Motivation and Final Output in the Health Sector: Experimental Evidence from the Democratic Republic of Congo*, Sciences Po, International Rescue Committee, avril 2014

³⁸ Banque mondiale, *Policy Note 4 - Impact Evaluation on Performance-Based Financing In Haut-Katanga District, Democratic Republic of the Congo 2009-2013.*, 2014

³⁹ Morgan, L., *Can incentives strengthen access to quality family planning services? Lessons from Burundi, Kenya, and Liberia*, Health Systems 20/20 Project, USAID, août 2012

⁴⁰ Banque mondiale, *Poverty & Equity Brief, Sub-Saharan Africa, Democratic Republic of Congo*, Groupe de la Banque mondiale, Poverty & Equity, avril 2019

⁴¹ Comité National de Coordination, *Plan National de Riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans la Province du Nord Kivu*, République démocratique du Congo, Ministère de la Santé, 10 août 2018

⁴² Ministère de la Santé Publique, *Note conceptuelle pour la mise en place de l'achat stratégique à Kinshasa visant l'amélioration de la santé de la mère, de l'adolescent, et de l'enfant Couverture Sanitaire Universelle vision 2030*, Cabinet du ministre, République Démocratique du Congo, mars 2018

ANNEXE 1: VUE D'ENSEMBLE DES PROGRAMMES DE FBP NOTAMMENT LA PF

	CORDAID Error! Bookmark not defined. Error! Bookmark not defined.	PS9FED (UE) Error! Bookmark not defined.	GIZ Error! Bookmark not defined.	PARSS (BM)²	PROSANI (USAID) Error! Bookmark not defined. Error! Bookmark not defined.
Période	2005-2010, 2008-2012	2006-2012	2006-2009	2007-2011	2013-2017
Provinces	Sud-Kivu, Bas-Congo	Kasaï-Oriental, Kasaï-Occidental, Nord-Kivu et P. Oriental	Bandundu	Maniema (GIZ), Équateur (COOPI), Kinshasa & Katanga (IRC)	Kasaï-Oriental, Kasaï-Occidental, Katanga, Sud-Kivu
Bénéficiaires	Établissements, zones, provinces, agents de santé communautaires, agences de vérification locales	Établissements, zones, provinces, national, agences de vérification locales	Agents de santé, établissements, zones, provinces	Agents de santé, établissements, zones, provinces	Établissements, hôpitaux
Secteur	Public, privé, religieux	Public, privé (si intégré)	Public	Public	Public
Gestion	Agence d'achat distincte (AAP) au Sud-Kivu et équipe dirigée par le MS au Bas-Congo	Un EUP par province, et une agence d'achat (FASS) et un fonds pour la mise à niveau des établissements (FDSS)	1 personne de GIZ, pas d'organisation distincte	AEP ou paiements transférés par des zones dans les régions difficiles d'accès	Vérification assurée conjointement par PROSANI et le personnel du gouvernement

² Projet d'appui à la réhabilitation du secteur de la santé (PARSS ou HSRSP en anglais)

Produits	Coûts des produits inclus dans les paiements pour le FBP effectués auprès des établissements (approvisionnement autorisé par n'importe quel fournisseur autorisé)	Coûts des produits inclus dans les paiements pour le FBP effectués auprès des établissements (approvisionnement uniquement autorisé par les CDR)	Achetés par le programme et distribués aux établissements	Achetés par le programme et distribués aux établissements	Achetés par le programme et distribués aux établissements
-----------------	---	--	---	---	---

ANNEXE 2: STRUCTURE D'ACHAT

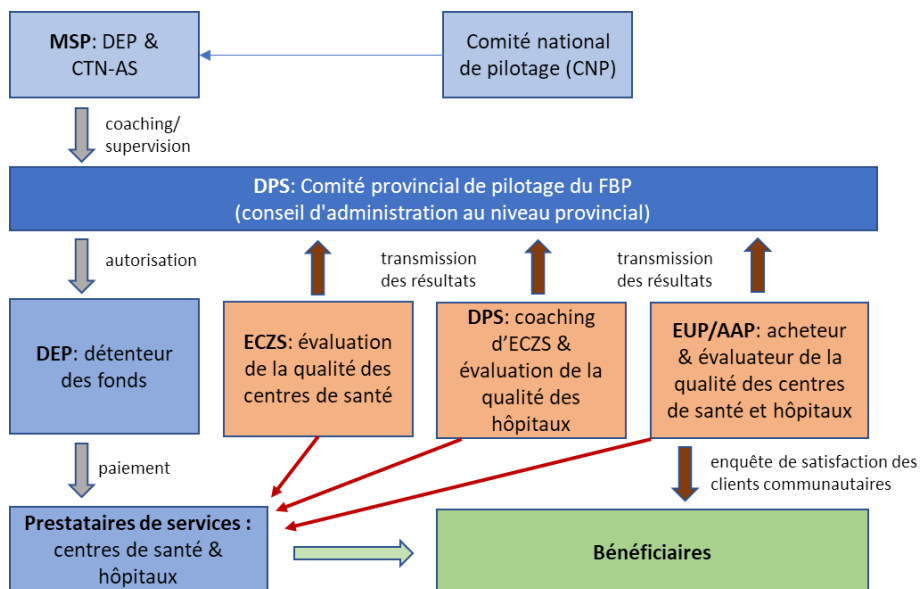
Dans le cadre du projet du PDSS, les provinces accueillent le secrétariat du comité de pilotage provincial, elles assurent des visites de supervision dans leurs zones de santé et évaluent la qualité des hôpitaux. Les équipes des zones de santé supervisent la qualité des établissements.

Outre les paiements à l'acte, les établissements peuvent bénéficier d'une prime qualité, qui serait une augmentation du pourcentage du montant à régler en fonction de la quantité. Le note de qualité détermine si les établissements bénéficieront de la totalité, d'une partie de la prime voire aucune prime qualité. Dans les hôpitaux, la prime qualité s'élève à 40% maximum et dans les centres de santé, elle est de 25%. La PF représente 8% de la note de qualité.

Figure 6 décrit la structure institutionnelle du programme du PDSS. Les achats stratégiques relèvent de la DEP et du MSP, avec l'appui de la Cellule Technique Nationale - Achat Stratégique (CTN-AS/MS) qui vient être créée et qui est parfaitement opérationnelle. Les comités locaux participent en conduisant une vérification relative aux utilisatrices et des évaluations de la satisfaction des clientes. Par ailleurs, une agence externe de contre-vérification procède à des vérifications trimestrielles.

Outre les paiements à l'acte, les établissements peuvent bénéficier d'une prime qualité, qui serait une augmentation du pourcentage du montant à régler en fonction de la quantité. Le note de qualité détermine si les établissements bénéficieront de la totalité, d'une partie de la prime voire aucune prime qualité. Dans les hôpitaux, la prime qualité s'élève à 40% maximum et dans les centres de santé, elle est de 25%. La PF représente 8% de la note de qualité.

Figure 6 - Dispositions institutionnelles du programme SP/FBP



ANNEXE 3: VUE D'ENSEMBLE DU PROJET DE L'UE ET DU PDSS

	UE	PDSS
Zone géographique	5 provinces y compris le Kongo-Central	14 provinces + pilote prochainement lancé à Kinshasa
Remboursements d'ordre quantitatif	Remboursements mensuels des quantités fournies pour 3 indicateurs dans les centres de santé (consultations pour adultes et enfants) et 11 interventions dans les hôpitaux	Frais de remboursement pour tous les services des PMA et PCA
Remboursements d'ordre qualitatif	Légère évaluation tous les 6 mois	Un maximum de 25% (centres de santé) ou de 40% (hôpitaux) en plus du paiement à effectuer, évalué chaque trimestre
Inclusion de la PF	Supposée être couverte par les frais de remboursement des accouchements et des consultations	<p>Les indicateurs de qualité pour les nouvelles utilisatrices ou les utilisatrices renouvelant leur traitement des:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centres de santé: <ul style="list-style-type: none"> (1) contraceptifs oraux et injectables (2) DIU et implants - Hôpitaux: <ul style="list-style-type: none"> (1) implant ou DIU (2) ligature des trompes et vasectomie <p>La PF représente jusqu'à 8% de la note de qualité</p>
Payeur	Les EUP-FASS provinciaux font également office de payeurs	La DEP est le payeur, tandis que l'EUP et l'organisme contractant

ANNEXE 4: PERSONNES CONTACTÉES

Organisation	Nom
Gouvernement	
Ministère de la santé	Jonathan Simba Pacifique Mushagalusa Charly Chomba Didier Ramanana
PNSR	Lis Lombeya
PNSA	Mbada Muanda
PDSS / CNT-AS	Didier Ramanana Baudouin Makuma Pacifique Mushagalusa
DEP	Alain Iyeti
PNSR Kinshasa	Vickie Mbutu
PDS Kinshasa	Joseph Mayungu Nsiona
Bailleurs de fonds & partenaires	
USAID	Godefroid Mayala Thibaut Mukaba Jessica Petit
FNUAP	Achu Lorfred
Union européenne	Michel Mulohwe Mwana-Kasongo
Banque mondiale	Supriya Madhavan Brendan Michael Hayes
Fondation Buffett	Liz Bird Katty Michel
Tulane University	Arsene Binanga
FP CAPE	Jean Lambert Chalachala
Programme alimentaire mondial	Benjamin Ward
Pathfinder	Marie-Claude Mbuyi

Organisation	Nom
Abt Associates	Narcisse Naia Embeke Wivine Mbwebwe Jeanna Holz
Jphiego	Virgile Kikaya
ExpandFP / Engenderhealth	Claudine Monganza Michel Mpunga
DKT	Jan Kreutzberg Ont visité deux centres de santé: Oracle de Dieu et Terra Nova
ICE PRODS	Abdoulaye Alassane
MEMISA	Servais Capo-Chichi
MUSAKIS-FASS	Innocent Mbala Nosa
BlueSquare	Antoine Legrand
OMS / Collectivité	Bruno Meessen
Expert indépendant	Serge Mayaka
