



**Rapport de la Mission d'Evaluation de
l'Agence d'Achat des Services de Santé
Projet Pilote Pré-FASS
À Kananga au Kasai Occidental**

RDC

(du 27 mai au 15 juin 2008)

Consultant International : Dr Birahime Diongue

Consultant national : Dr Serge Mayaka

RDC juillet 2008



Royal Tropical Institute

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très sincèrement le directeur d'agence d'achat du BCK Kananga Dr Frank DE Paepe qui n'a ménagé aucun effort pour nous faciliter la mission, les responsables de Cordaid et de Healthnet ainsi que le Dr Kany Kapongo de la DPS qui nous a accompagné et aidé durant tout le long et difficile parcours au niveau des FOSA du Kasai Occidental à tous les niveaux ainsi que le BDOM–CDS de Kananga qui a bien voulu détacher le Dr Théo Mpumba pour cette mission. Je n'oublie pas les chefs de projets/programmes, le niveau central du M. de la Santé, les partenaires au développement, les équipes cadres des Provinces et des Bureaux de Zones les membres des COSA et des associations ainsi que le personnel des FOSA qui m'ont réservé un accueil très chaleureux pour un bon déroulement de cette mission d'évaluation.

Table de matières

TABLE DE MATIÈRES	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	5
RESUME ANALYTIQUE	8
1 PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION	12
1.1 LE CONTEXTE	12
1.2 TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE	14
1.3 L'APPROCHE PBF : GÉNÉRALITÉS	17
1.4 DESCRIPTION SUCCINCTE DU PROGRAMME	18
1.5 CONTEXTE NATIONAL	23
DEUXIÈME PARTIE : LES CONSTATS DE LA RECHERCHE	25
2 PERTINENCE / ADAPTATION DU PBF	25
2.1 ANALYSE DE LA SITUATION DE PRÉ CONDITIONS POUR LE PBF	25
2.1.1 PBF ET POLITIQUE NATIONALE	25
2.1.2 FINANCEMENT SELON LES SOURCES	26
2.1.3 RESSOURCES HUMAINES	29
2.1.4 EFFICACITÉ DE L'ORGANISATION	31
2.2 EFFICIENCE DE L'ORGANISATION	31
2.2.1 ANALYSE DES COÛTS ADMINISTRATIFS DE L'AGENCE	31
2.2.2 ANALYSE DES COÛTS DES PRESTATIONS ET DE L'ALLOCATION AUX FOSA	33
2.3 EFFICACITÉ DE L'APPUI	34
TROISIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS	37
3 PRINCIPAUX RÉSULTATS	37
3.1 NIVEAU D'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU PROJET	37
3.2 ANALYSE DES PERFORMANCES DU SYSTÈME PBF	40
3.2.1 PERFORMANCES EN TERMES DE PRODUCTIVITÉ (QUANTITATIF)	40
3.2.2 LA CONSULTATION CURATIVE	40
3.2.3 ACCOUCHEMENT ASSISTÉ	42
3.2.4 UTILISATION DES SERVICES DE CPN (CPN3/TPI2)	44
3.2.5 PLANIFICATION FAMILIALE	45
3.2.6 ÉVOLUTION DES RÉFÉRENCES ABOUTIES À L'HGR	45
3.3 RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION SELON LES ACTIVITÉS DU PAQUET COMPLÉMENTAIRE D'ACTIVITÉS DANS LES ZS APPUYÉES PAR L'AASS	46
3.3.1 URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES APRÈS 18 HEURES	46

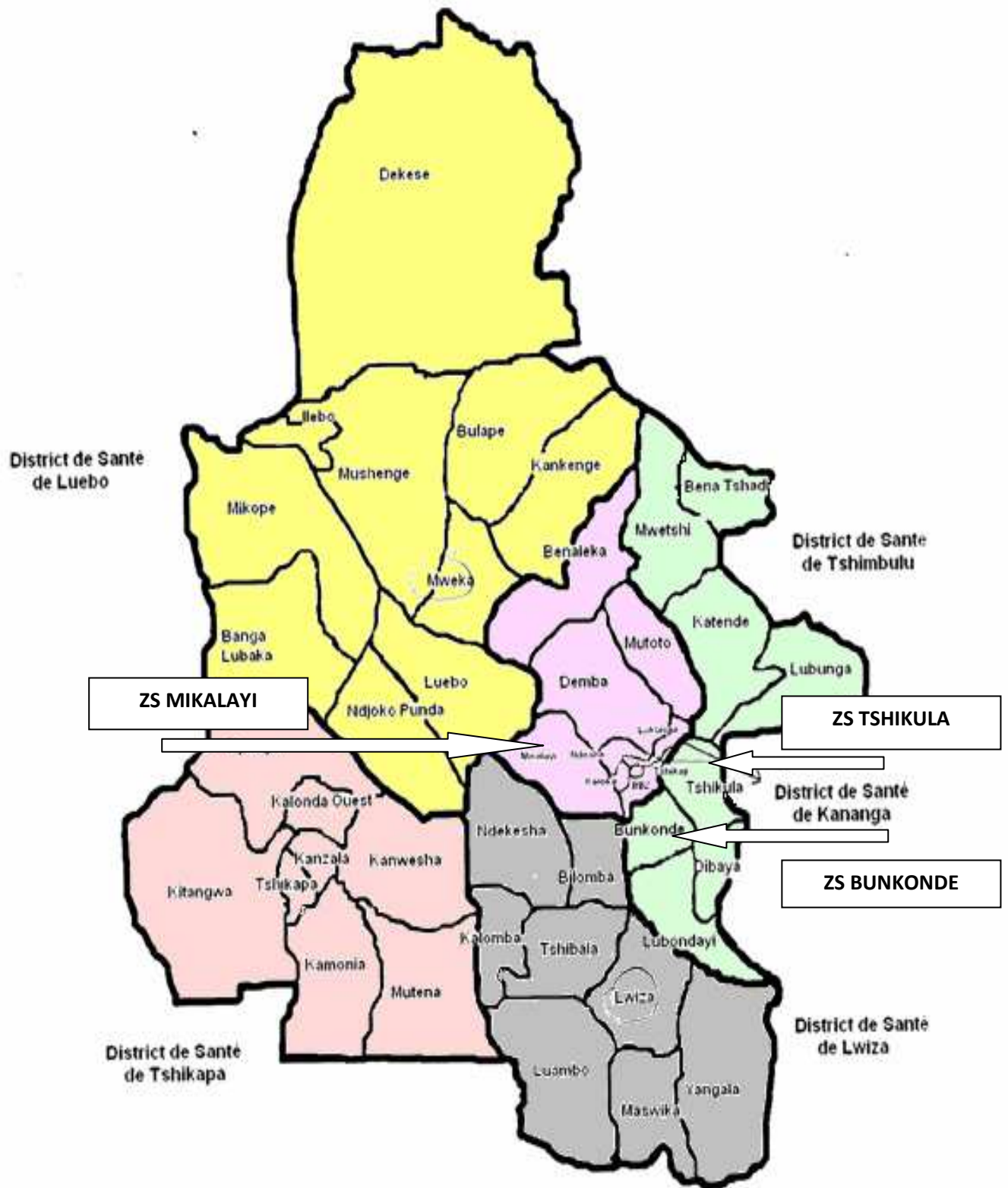
3.3.2	PERFORMANCES EN TERMES DE PRODUCTIVITÉ (QUANTITATIF)	46
3.3.3	ACCOUchemENTS DYSTOCIQUES	47
3.3.4	CÉSARIENNES RÉFÉRÉES À L'HGR	47
3.3.5	LES RÉSULTATS AU NIVEAU MÉNAGE	48
4	<u>PERFORMANCES EN TERMES DE PARTICIPATION ET DE QUALITÉ DES SERVICES</u>	49
4.1	PERCEPTION DES RÉGULATEURS : DES PRESTATAIRES ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE	49
4.1.5	IMPACT PROBABLE	54
	<u>QUATRIÈME PARTIE :</u>	55
5	<u>PÉRENNISATION / DURABILITÉ</u>	55
5.1	DURABILITÉ INSTITUTIONNELLE	55
5.2	LES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MÉNACES	57
5.3	DISCUSSIONS / CONCLUSIONS SUR LA DURABILITÉ	58
6	<u>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</u>	60
7	<u>ANNEXES</u>	64
7.1	SITUATION DU NIVEAU DES INDICATEURS ENTRE L'ANNÉE DE BASE ET LA FIN DU PROJET	65
7.2	ÉTAT D'EXÉCUTION DES OBJECTIFS ET DU CALENDRIER GLOBAL DU PROJET	66
7.3	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	71

Liste des abréviations et Acronymes

- AASS : Agence d'Achat des Services de Santé
- AC : Ancienne Consultation
- AP : Achat de Prestations
- ASS : Achat de Services de Santé
- B5 : Bureau des Soins de Santé Primaires
- BCK : Bureau Cordaid à Kananga
- BCZS ; Bureau Central de la Zone de Santé
- BDOM-CDS: Bureau Diocésain des Œuvres Médicales : Coordination diocésaine de la santé
- CA : Conseil d'Administration
- CADIMEK : Central de Distribution de Médicaments Essentiels du Kasaï Occidental
- CDR : Centrale d'Achat
- CDV : Centre de Dépistage du VIH
- CF : Commission financement
- CH : Centre Hospitalier
- COSA : Comité de Santé
- CODESA : Comité de Développement de la Santé
- CP : Comité de Pilotage
- CPN : Consultation Périnatale
- CS : Centre de santé
- DPS : Direction Provinciale de la Santé
- DS : District Sanitaire
- ECD : Equipe Cadre de District
- ECP : Equipe Cadre de la Province
- ECZS : Equipe Cadre de la Zone de Santé
- EUP : Etablissement d'Utilité Publique
- FASS : Fonds d'Appui pour les secteurs sociaux
- FBP : Financement Basé sur la Performance
- FOSA : Formation sanitaire
- GAVI : Global Alliance for Vaccine and Immunisation
- GESIS : Gestion du Système d'Information Sanitaire
- GRH : Gestion des ressources humaines
- HGR : Hôpital Général de Référence
- HNI : Health Net International
- IPS : Inspection Provinciale de la Santé
- IRC : International Rescue Committee
- MCD : Médecin Chef de District
- MEG : Médicaments Essentiels Génériques
- MII : Moustiquaire imprégnée
- MSP : Ministère de la Santé Publique
- NC : Nouvelle Consultation
- OMD : Objectifs du Millénaire
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- PBF : Financement basé sur la Performance

- PCA : Paquet Complémentaire d'Activités
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- PF : Planification Familiale
- PMA : Paquet Minimum d'Activités
- PMURR : Programme Minimum d'Urgence pour la Réhabilitation et la Reconstruction
- PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida
- PNMLS : Programme National Multi sectoriel de Lutte contre le Sida
- PS9FED : Programme Santé du 9^e Fonds Européen de Développement
- PVV : Personne vivant avec le VIH
- SNIS : Système National d'Informations Sanitaires
- SRSS : Stratégie de Renforcement des Services de Santé
- SWAPS : Sector Wide Approach/ Approche Programme
- TDR : Termes de Référence
- TPI : Traitement Préventif Intermittent
- UE : Union Européenne
- ZS : Zone de Santé

PROVINCE DU KASAÏ OCCIDENTAL



RESUME ANALYTIQUE

Les besoins sanitaires de la RDC sont multiples compte tenu des crises qui ont secoué le pays et de la destruction du système de santé qui s'en est suivie. Cette situation post crise a eu comme conséquence une dégradation du niveau des indicateurs de santé et compromet l'atteinte des OMD pour le pays. Ainsi, pour revitaliser son système de santé, le Gouvernement a élaboré le document de Stratégie de renforcement du Système de Santé (SRSS) et a entamé une série de réformes importantes à tous les niveaux.

Après plusieurs années d'expériences dans l'achat des services de santé dans plusieurs provinces en RDC et dans plusieurs pays, Cordaid mène cette étude internationale dans 5 pays d'Afrique afin de tirer les leçons apprises au cours de ces années de pratiques d'achat des services à travers une analyse des performances.

Cette évaluation a ciblé la Province du Kasai Occidental en RDC dont l'activité d'achat de services de santé a débuté en juillet 2007 dans le cadre du Pré-FASS. Il s'agit d'une évaluation internationale externe du projet d'Achat de Services de Santé ou PBF. Comme objectif ajouté, cette évaluation externe au Kasai a porté aussi sur le degré d'atteinte des objectifs du programme – mais aussi sur l'analyse de la durabilité des aspects spécifiques de l'approche PBF, comme l'efficacité de l'agence d'achat et de la régulation ainsi que sur la durabilité de l'approche.

Le concept d'achat des services de santé est un mécanisme contractuel innovant particulièrement au Congo où l'Etat n'assure qu'une infime partie des besoins de financement du système de santé. Selon ce concept on finance des résultats ex-post, au lieu des intrants ex-ante.

La population en fait assure le financement avec une participation importante à tous les niveaux et dans certaines provinces elle assure même en grande partie le financement de la régulation.

Les appuis qui ont été mis en œuvre par Cordaid dans la province du Kasai Occidental se situent dans ce contexte similaire de post crise. Cordaid finance la charge supplémentaire de paiement des primes dans le cadre du PBF.

Pour bien mener cette évaluation, il a été procédé à un choix **méthodologique** qui a consisté à opérer un choix de zones PBF et non PBF et de procéder ainsi à une analyse comparative de l'évolution des indicateurs de santé axés sur la santé de la mère et de l'enfant entre les zones d'achat et des zones non PBF. Ainsi, on peut analyser l'évolution des activités et des indicateurs de santé 'avec' et 'sans' (PBF) d'une part et 'avant' et 'après' (l'introduction du PBF). Il s'agit ici d'une étude des données de routine des services, des interviews avec des informants clés, et des enquêtes ménages qui ont été menées comme 'évaluation interne'.

Un autre volet important de l'analyse a consisté surtout à analyser la durabilité de ces expériences axée sur la situation institutionnelle et organisationnelle et des agences et de la régulation. Il s'agit notamment de la durabilité technique, financière, institutionnelle et socioculturelle de l'approche.

Nous avons pu analyser le **degré de mise en œuvre** de ces projets et avons constaté qu'au niveau du Kasai, il y a eu un taux d'exécution satisfaisant de ce projet malgré sa durée limitée à un an.

L'agence d'achat qui a mis en œuvre le Pré-FASS a balisé le terrain au FASS du 9^{ième} FED avec de nombreux outils de gestion ainsi que des mécanismes et relations entre acteurs contractuels.

Des problèmes spécifiques ont été soulevés dans le Kasai notamment la vétusté et l'insuffisance en équipement des FOSA, les difficultés de fonctionnement du fonds d'équité dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité des populations démunies, ainsi que la prise en charge des problèmes de la référence hospitalière. S'y ajoutent les problèmes de planification et d'organisation du SIG relevés au niveau de la régulation qui travaille souvent il est vrai dans des conditions très difficiles (vétusté des bureaux, budget de fonctionnement faible voire inexistant, peu de logistique, absence de moyens informatiques ou vétusté etc.

Les problèmes d'approvisionnement en MEG viennent s'y greffer avec des ruptures importantes au niveau des FOSA ainsi qu'un système d'approvisionnement perturbé par des sources diverses de MEG des problèmes de gestion non négligeables.

Le Pré-FASS était prévu pour 12 mois entre juillet 2007 et décembre 2008 et a dû être prolongé sur fonds Cordaid afin d'éviter la rupture du processus suite aux retards successifs de la mise en œuvre du FASS du 9^{ième} FED. Les résultats obtenus montrent une situation des indicateurs plus favorables en zones PBF qu'en zones non PBF malgré les problèmes liés à la qualité des données.

L'AASS a bien rempli son rôle de vérification et de financement du système et dans les délais requis : elle laisse au FASS un legs important d'outils certes à parfaire mais important. Néanmoins l'agence ne dispose pas de certains outils importants tels qu'un manuel complet de procédures ainsi qu'un dispositif de gestion efficace et de suivi des contrats et des activités (tableau de bord de pilotage avec des indicateurs pertinents etc.

La régulation, à travers le secrétariat exécutif du FASS a bien fonctionné avec des réunions régulières et un ordre du jour précis et toutes les rencontres ont été sanctionnées d'un PV et les activités font l'objet d'un suivi. Toutefois le CPP au niveau provincial n'est pas bien fonctionnel, par manque d'un organe exécutif.

Au niveau des **résultats**, il est apparu nettement que dans les 3 zones PBF les résultats obtenus sont de loin meilleurs que dans les zones non PBF et tous les graphiques le montrent.

Au niveau de la qualité des services il en est de même bien que les résultats soient moins importants compte tenu du fait que l'accent n'a pas été sur la qualité dès le début du processus.

Il est évident également que le PBF en l'état actuel ne peut pas assurer les besoins d'investissements des FOSA en général et en particulier celles du Kasai Occidental qui sont très vétustes. Il y'a lieu donc de régler cette question au préalable en liaison avec les autres partenaires en santé dans un souci de complémentarité et aussi afin d'améliorer la qualité des services.

Les dépenses administratives de l'agence sont raisonnables malgré les coûts de l'assistance technique mais le problème de la dépendance de l'aide extérieure constitue une donnée majeure dans un contexte de la RDC où l'Etat participe faiblement au financement du système de santé mais aussi compte tenu d'un contexte de post crises et de guerres latentes qui ont engendré et accéléré la pauvreté des populations. Ainsi, en attendant le règlement de cette question cruciale qui ne peut être résolue qu'à moyen et long termes, il s'agira d'assurer une organisation durable des appuis à

travers une approche du genre swaps (ou approche sectorielle) avec l'harmonisation des procédures dans le cadre d'un éventuel appui budgétaire conformément à la Déclaration de Paris sur l'Aide au développement.

Il faut cependant souligner que les besoins de fonctionnement de l'agence ne sont pas excessifs et sont normalement à la portée de tout Etat qui finance un minimum de budget dans le secteur de la santé mais la situation actuelle du pays ne permet pas à court terme d'assurer la relève : ce serait une option à moyen terme pour le pays en fonction de l'évolution politique, sociale et économique du pays.

Ainsi, dans le cadre du PBF ou achat des performances et au-delà de l'évolution favorable des indicateurs qui est une réalité concrète, il faudrait surtout noter l'accent sur la dynamique du système et le know how supplémentaire des agents et des organes de régulation dans les domaines de la planification, du suivi/ évaluation, de l'organisation des services et des nouvelles habitudes et réflexes qui se créent durablement et qui assurent la formation continue des agents au niveau du système en entier : c'est cela le plus important et dont la pérennité est fortement recherchée beaucoup plus qu'un effet artificiel à court terme d'indicateurs qui peuvent varier facilement au moindre changement de situation et à la moindre mauvaise décision de gestion prise.

Des principales forces et faiblesses identifiées dans l'ensemble de ce processus engagé au Kasai et au terme de notre analyse, il ressort que pour améliorer le système PBF, et mieux assainir l'environnement dans lequel baigne ce système, des recommandations essentielles sont formulées aux différents partenaires de ce processus.

Pour Cordaid, il s'agira, après la reprise et la continuation de ce processus par le FASS du 9ème FED d'apporter un soutien à travers une assistance technique à moyen terme en planification, gestion et management ainsi qu'à la mise en place d'un dispositif de suivi/évaluation des agences. Il s'agira aussi de renforcer le plaidoyer et la communication au sein de la Communauté internationale afin d'élargir les sources de financement du PBF et de renforcer leur adhésion.

Pour le 9ème FED, il s'agira de consolider les acquis tout en les améliorant à travers une meilleure gestion et suivi des contrats, un meilleur fonctionnement du fonds d'équité, la mise en place d'un dispositif de suivi/évaluation et un programme de recherche opérationnelle à fin d'améliorer l'approche et la documentation. Il faudrait aussi développer un programme de communication interne et externe à fin de marketing.

Pour le Ministère de la Santé, les actions prioritaires devront être axées en général sur le renforcement de la planification à tous les niveaux, l'élaboration de la carte sanitaire, la consolidation de la réforme hospitalière, le renforcement de la référence ainsi que l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines mais au plan PBF, il faudrait étudier les différentes expériences en PBF (GTZ, Cordaid, ..), en tirant des éléments clés pour développer une approche nationale et la tester au niveau opérationnel. Il s'agira aussi définir le rôle, les responsabilités et les aspects opérationnels de la régulation tout en s'assurant aussi de la disponibilité des médicaments de qualité à des prix abordables.

1 Première partie : Introduction

Après quelques années de riches expériences dans l'achat des services de santé dans cinq provinces en RDC et au niveau de plusieurs autres pays, Cordaid a mandaté l'Institut Royal des Tropiques d'Amsterdam (KIT) pour mener une étude internationale dans 5 pays d'Afrique (RDC, Rwanda, Burundi et Tanzanie et Zambie).

Il s'agit avant tout d'une étude formative qui puisse tirer les leçons apprises au cours de ces années de pratiques d'achat des services à travers une analyse des performances.

A ce sujet une équipe de consultants a été recrutée en RDC pour mener cette tâche dans la Province du Kasai Occidental : Il s'agit d'une évaluation internationale externe du projet d'Agence d'Achat des Services de Santé (AASS)

Cette évaluation fait partie d'une étude formative plus large de plusieurs expériences similaires de Cordaid dans plusieurs pays qui accumule ainsi une grande expérience dans le domaine du financement basé sur la performance (FBP). La même équipe a mené une évaluation formatrice d'autres parties de la RDC, notamment à Katana et à Butembo dans le Nord et le Sud du Kivu.

1.1 LE CONTEXTE

Le Ministère de la Santé de la RDC a engagé une série de réformes en vue de revitaliser son système de santé suite aux guerres et troubles dans le pays qui l'avaient sérieusement perturbé. Parmi ces réformes il y'a lieu de noter la contractualisation des services de santé qui y occupe une place de choix.

Il est important de signaler que ces conflits et cette crise socioéconomique qui ont frappé la RDC pendant plusieurs décennies écoulées n'ont pas épargné les services de santé et l'état de santé de la population.

A cet effet, malgré les efforts actuellement déployés par le gouvernement, la communauté internationale et les organisations non gouvernementales, les besoins sanitaires de la population en République Démocratique du Congo ne sont pas efficacement satisfaits et les indicateurs de l'état de santé ne cessent de se détériorer (voir tableau en annexe la situation des indicateurs des OMD).

Cette situation de post-crise en RDC a ainsi contribué au niveau peu élevé des indicateurs des OMD avec entre autres :

- une mortalité infanto- juvénile de 220 pour mille et 243 en milieu rural
- une mortalité infantile de 128 pour mille et 144 en milieu rural
- une surmortalité maternelle de 1289 DC pour 100.000 naissances vivantes

La Province du Kasai Occidental comprend 5 Districts sanitaires avec 44 Zones de santé dont 6 urbaines et 38 rurales autour de 42 hôpitaux généraux de référence (19 Publics, 23 Privés Confessionnelles), 777 Aires de santé M. Le système de santé de la RDC est composé de Provinces et de districts de santé qui sont en voie de disparition : la zone de santé constitue l'organe le plus opérationnelle pour la mise en œuvre des activités de santé. Chaque zone de santé dispose de plusieurs centres de santé et d'un hôpital général de référence.

Le système de santé de la Province est basé sur la politique nationale des SSP, appliquée dans la Province par l'IPS avec 13 bureaux (dont 9 opérationnels) correspondant aux Directions du niveau central.

L'IPS compte 12 coordinations de programmes spécialisés du Ministère de la santé

Les districts de santé de Kananga et de Lulua disposent des zones PBF

Le district sanitaire de Kananga compte 10 zones de santé dont celle PBF de Mikalayi qui représente environ 10 % de la population totale du district qui en compte 1.500.000 sur 6.500.000 pour l'ensemble de la province.

Le district sanitaire de Lulua compte 7 zones de santé dont les 2 zones de santé PBF de Bunkonde et de Tshikula avec respectivement 90.000 et 103.000 habitants. Les 3 autres districts de santé n'ont pas de zones PBF à savoir : Tshikapa (9 zones de santé), Luiza (8 zones de santé) et Kasai (9 zones de santé). (pour plus de détails voir annexe)

Le Pré-FASS financé par Cordaid en attendant la mise en œuvre du FASS a débuté en juillet 2007 pour environ 12 mois avant la relève par le FASS du 9^{ème} FED.

Dans le présent rapport, nous présenterons d'abord le contenu des TDR, les objectifs de l'évaluation ainsi que la méthodologie adoptée pour ensuite décrire sommairement le contenu du projet au Kasai Occidental. Nous analyserons dans une seconde partie les principaux organes et outils ainsi que les principales stratégies développées dans le cadre du projet.

Dans une troisième partie nous présenterons les principaux résultats en termes de quantité et de qualité de services de santé ainsi que les performances et contre performances et de l'agence et du système de santé. Ces résultats seront exprimés en termes graphiques la plupart du temps mais aussi sous forme d'analyse d'efficacité et d'accessibilité. Nous analyserons également les principaux résultats atteints sur la base des statistiques et des enquêtes qui ont été menées durant le cadre de la mise en œuvre du projet. Nous en tirerons les leçons apprises.

A ce propos, il sera procédé à une comparaison des zones PBF et non PBF sur la base des indicateurs les plus pertinents relatifs à la santé de la mère et de l'enfant.

La quatrième partie portera sur la pérennisation ou la durabilité au niveau institutionnel, financière, technique et socio-économique en tenant compte du contexte de pauvreté et de crise socio-politique et de post conflit du pays.

Nous formulerons ensuite des recommandations qui permettront au Gouvernement, à Cordaid au 9^{ème} FED et au Ministère de la Santé d'améliorer le processus aussi bien dans le cadre de la mise en œuvre du FASS dans la Province du Kasai Occidental mais aussi pour une mise à l'échelle des expériences à toutes les provinces voire dans plusieurs autres pays intéressés par ladite approche.

1.2 Termes de Référence de l'évaluation et méthodologie

1.2.1 Objectifs de l'évaluation

- Apprécier le degré de mise en œuvre du projet
- Obtenir une analyse objective sur l'évolution de l'utilisation de la qualité des services délivrés au sein des FOSA
- Restituer une analyse sur l'amélioration de la gestion des ressources au niveau des FOSA
- Comparer les résultats des différents modèles de financement et des différentes approches
- Analyser l'efficacité de la fonction de régulation encadrement, prestation et financement
- Formuler des recommandations pour le programme mis en œuvre et pour l'approche PBF en général

En annexe se trouvent les détails des TDR de cette évaluation

1.2.2 Méthodologie de l'évaluation

Afin de bien mener cette importante étude, la méthodologie suivante a été adoptée.

- Rencontre avec les principaux responsables au niveau central du MS et des partenaires
- Rencontre des principaux responsables au niveau provincial chargés de la régulation et de l'encadrement avec rencontre avec le Ministre Provincial de la Santé à Kananga
- Rencontre avec les chefs de projets et les partenaires au niveau provincial
- Rencontre avec le personnel des projets de Cordaid
- Séances de travail avec l'agence de Cordaid à Kananga
- Visites de terrain pour la collecte au niveau des FOSA et des zones de santé
- Interviews sous forme de focus group au niveau des FOSA, de la société civile (COSA, Associations ...) ainsi que des régulateurs.
- Collecte et exploitation des documents à tous les niveaux et selon les sources
- Exploitation diverses sources de données (enquêtes, données de routines du SNIS, données de l'AASS, exploitation de registres, données du BDOM)

Un Canevas de collecte et un questionnaire standardisés pour les 5 pays ont été utilisés pour faciliter la comparaison entre les résultats.

Afin de mener un travail rigoureux basé sur une méthodologie claire, nous avons opté de prendre un échantillon de 3 zones non PBF (Ndesha, Katoka dans le district de Kananga et, Katende dans le district de Lulua) qui sont respectivement 2 zones sans appui et la dernière où se pratique un mécanisme de financement basé sur la gratuité et les inputs avec en apposition les 3 zones PBF donc avec achat de services (Tshikula, Bunkonde, Mikalayi) selon la répartition ci-joint :

	Zone de santé PBF	Zone de santé non PBF
District de Kananga	Mikalayi	Ndesha Katoka
District de Lulua	Bunkonde Tshikula	Katende

L'évaluation a aussi porté sur le degré d'atteinte des objectifs et de la mise en œuvre par comparaison des indicateurs listés et quantifiés avant exécution du projet.

Nous avons axé le choix des indicateurs en tenant compte des objectifs des projets dans les zones, du PMA et du PCA ainsi définis dans le cadre de la SRSS mais aussi de la disponibilité des données ainsi que de leur convergence.

L'équipe a ainsi donc collecté les données sur la base des questionnaires et des supports ainsi que des autres besoins de la base des régulations ; toutefois en ce qui concerne la couverture de services de santé environ 7 indicateurs de santé issus du PMA et du PCA qui traduisent aussi bien les objectifs des OMD mais aussi ceux des programmes et des priorités ont été sélectionnés dans un souci de démonstration et de rationalisation mais en tenant compte aussi de la disponibilité des données sanitaires. La liste de ces indicateurs est ci-dessous :

- Le taux de Consultation curative,
- Le taux d'Accouchement assisté,
- Taux de césariennes
- Le taux de Consultation Périnatale 3
- Le taux d'Enfant complètement vacciné
- Le taux de Prévalence contraceptive
- Le taux de référence
-

Toutes les autres données importantes relatives aux finances et au budget ainsi qu'aux activités de l'agence ont été collectées et seront utilisées dans la présente évaluation.

En ce qui concerne les interviews, ils se sont déroulés dans le cadre de focus groups avec d'une part la société civile qui regroupe au niveau de chaque FOSA sélectionné et les COSA et les Associations, groupes de femmes ou de jeunes d'une part et le groupe des infirmiers prestataires d'autre part.

En outre chaque équipe cadre au niveau des BCZS, districts et IPS a été interviewée sur la base d'un guide d'entretien élaboré par le KIT et adapté au terrain par rapport à la disponibilité des données et des indicateurs retenus par le pays quant au PMA et au PCA.

En liaison avec l'Agence d'achat, les IPS et les BCZS concernés un échantillon de centres de santé et d'hôpitaux a été sélectionné en tenant compte des critères de ruralité et de fonctionnalité des centres de référence. Evidemment nous avons tenu compte aussi d'autres critères d'accessibilité de temps de collecte mais aussi de disponibilité des données au niveau des zones de santé et des FOSA. Au total, dans les 6 ZS, 12 Centres de Santé et 6 hôpitaux de référence ont fait partie de l'étude. Le tableau ci-joint la répartition et la liste des FOSA visitées :

Tableau 1: Répartition de l'échantillon des FOSA selon la zone

Zones de Santé Rurale	Centres de Santé	Hôpitaux Généraux de Référence	Spécificités de la Zone
Tshikula	Tshibombi Mulumba Kabuya	Tshikula	Zone PBF
Bunkonde	Bunkonde Tshibemba	Bunkonde	Zone PBF
Mikalayi	Mfukumba Kadiata	Mikalayi	Zone PBF
Katende	Kalembe Muanza Ngoma	Katende	Zone non PBF sans financement
Ndesha	Ndesha Zone Misambi	CS Christ Roi	Zone non PBF sans financement
Katoka	Moyo Tukombe	CSR Cerdes	Zone non PBF sans financement

1.2.3 Limites de l'étude

Cette importante étude s'est néanmoins heurtée à quelques contraintes non moins importantes parmi lesquelles :

- Accès difficile de la plupart des zones de santé et des FOSA (mauvais état des routes) ce qui a occasionné une perturbation du programme initial.
- Manque d'électricité dans les zones de santé et les FOSA (limite du temps de travail)
- Collecte difficile au sein des FOSA avec des problèmes d'archivages et de documentation
- Le problème de la qualité des données est réel
- Un défaut d'exploitation et d'analyse des données au niveau des FOSA et es BCZS
- La coïncidence de l'enquête ménage avec la présente évaluation dans les mêmes zones a entraîné souvent la confusion chez les partenaires et le Ministère de la Santé

1.3 L'APPROCHE PBF : GÉNÉRALITÉS

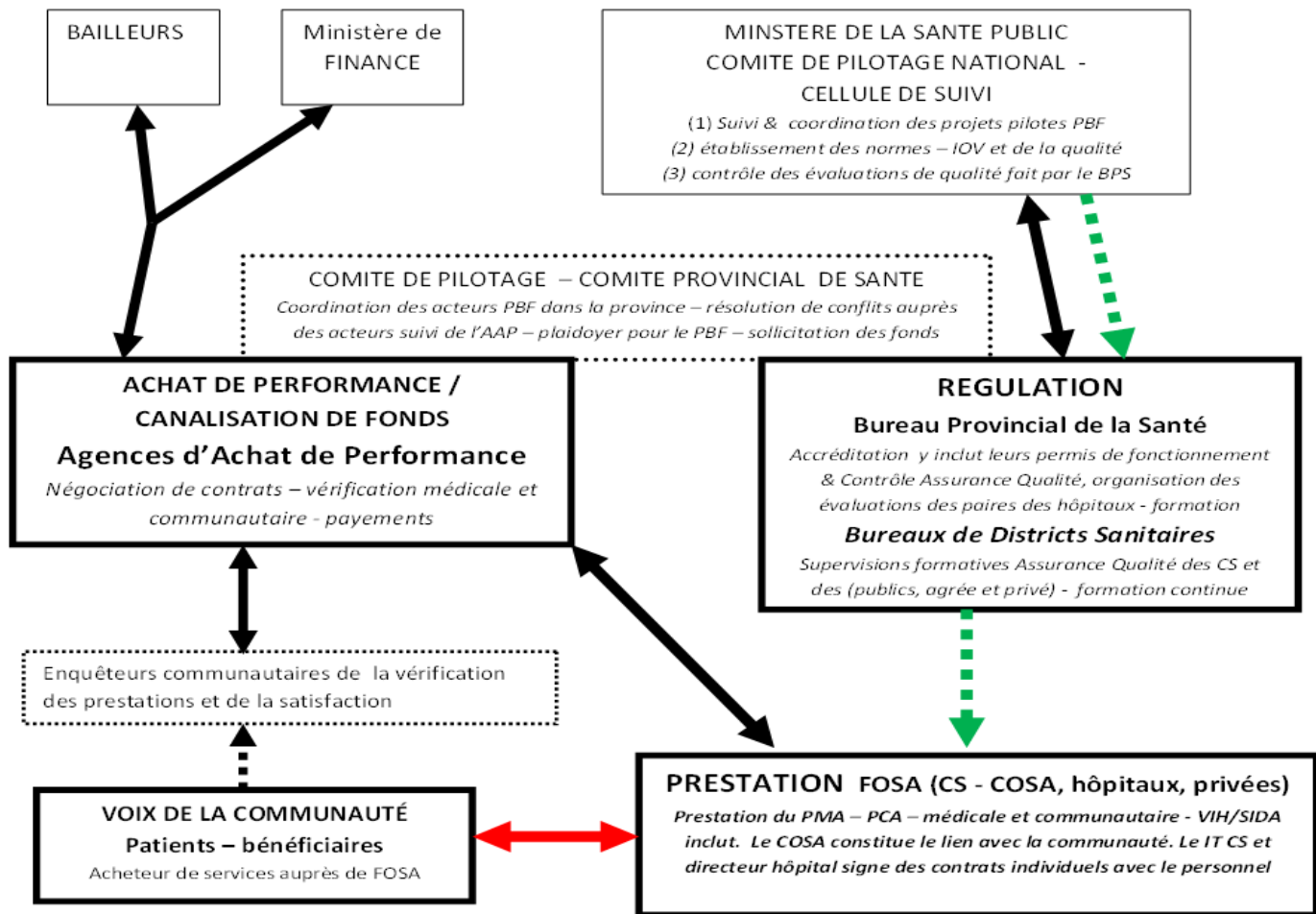
Le PBF est une approche contractuelle de financement liant la motivation et les sanctions à l'amélioration de la productivité et à la qualité des services. Dans la littérature internationale on rencontre plusieurs terminologies telles que le **financement basé sur la performance, achat de Prestations, achat de services, P4P, achat de performances, etc. Ce système a commencé pour le secteur de la santé mais d'aucuns pensent déjà à l'étendre vers d'autres secteurs.**

L'approche vise l'équité et l'accessibilité et la qualité de soins. Elle renforce l'autonomie de gestion des formations sanitaires grâce à l'achat des prestations de services produites selon des indicateurs sélectionnés comme étant les plus pertinents.

La participation des populations aux activités de santé est aussi une condition sine qua none de ce système.

La séparation des fonctions de régulation, de financement et de prestataires doit être de rigueur. Ainsi, le PBF repose sur des organes et des instruments de gestion qui sont reliés dans un ensemble harmonieux. Le schéma ci-dessous donne un aperçu de cette configuration.

Figure 1: Schéma organisationnel du PBF en général avec les outils et les organes



Le schéma résume globalement l'organisation fonctionnelle de l'approche PBF depuis l'échelon central jusqu'au niveau communautaire. L'ensemble des acteurs est ainsi décrit et il en est de même de la séparation des différentes fonctions de régulation, de prestation et de financement qui sied à chaque organe de l'approche.

1.4 DESCRIPTION SUCCINCTE DU PROGRAMME

Le Programme Santé 9^e FED (PS9FED) qui a démarré en 2006 devait financer ce projet mais des retards de mise en œuvre dans son volet achat des prestations de services ont été notés bien que le volet médicament ait effectivement commencé. Cordaid a introduit sur fonds propres le financement selon la performance à travers un Fonds d'Achat de Services de Santé (FASS) connu sous le nom de Pré-FASS pour une durée de 12 mois dans les 3 zones de santé de Tshikula, Bunkonde et Mikalayi dans la Province du Kasai Occidental en RD Congo en attendant la mise en fonction du FASS : ce financement s'est réalisé à travers une Agence d'Achat de Services de Santé (AASS) temporaire, géré par une équipe de Cordaid Kananga.

La population totale des 3 zones de santé couvertes par le projet est de l'ordre de 370.080 habitants est ainsi répartie :

- Zone de Santé de Mikalayi, Population totale 175.480 habitants avec 18 CDS sous PBF
- Zone de Santé de Bunkonde, Population totale 90.879 habitants avec 11 CDS
- Zone de Santé de Tshikula, Population totale 103.721 habitants et 16 CDS

Chaque zone de santé dispose d'un hôpital général de référence

Ces trois zones de santé ont reçu vers les années 2005 le cadre du projet PATS 8^{ème} FED un appui et elles sont considérées en progression : la zone de Tshikula capitalise déjà une expérience dans l'achat de services dans le passé avec Cordaid.

La période couverte par le Pré-FASS couvre la période du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008 mais a dû être prolongée encore de 3 mois pour permettre la mise en place du FASS du 9^{ème} FED avec la mise en œuvre d'une agence de type nouveau. Ce sont les retards dus aux procédures de mise en œuvre du FASS du 9^{ème} FED que Cordaid a mis en place ce pré-FASS.

Il s'agit de financer la performance par le rachat des prestations de services dans les structures de santé par l'entremise d'une agence d'achat en attendant la mise en place d'un Etablissement d'Utilité Publique (EUP) ou d'une autre structure plus pérenne dans le cadre de la mise en œuvre de projet ou de programme dans la plupart des cas.

Ce type de financement décentralisé repose sur le principe de la séparation des fonctions de régulation, de financement et de prestations de services : c'est une méthode de financement qui est somme toute différente de l'appui en intrants traditionnellement mise en œuvre dans les pays i s'intègre et s'apparente à l'approche contractuelle des services de santé.

1.4.1 Organes et acteurs

- l'Agence d'achat des services de Santé (AASS) : il assure la fonction de financement en attendant la mise en place de l'Etablissement d'Utilité Publique (EUP) qui est prévu et qui sera doté d'un cadre juridique conséquent : son rôle principal est d'allouer les fonds d'achat aux bénéficiaires sur la base de critères et de procédures approuvées par le Comité de Pilotage mis en place au niveau de la Province. Au Kasaï Occidental, l'agence est pilotée par un assistant technique expatrié qui joue le rôle de directeur d'agence. L'agence assure la vérification et le contrôle du niveau atteint des indicateurs avant paiement des FOSA ;L'agence est composée outre du directeur d'un assistant administratif, d'un comptable et de son assistant ainsi que de 2 statisticiens auparavant domiciliés au BDOM. Au niveau du Kasaï Occidental l'AASS est une unité d'environ 5 agents avec à la tête de l'agence un expatrié assistant technique et comme directeur de projet de Cordaid. Il coordonne l'équipe et travaille en étroite coordination avec le SE du comité de pilotage. Il s'agit d'une unité de projet de Cordaid jouant le rôle d'agence sans statut juridique donc sans texte juridique. Au sein de l'agence 2 statisticiens procèdent aux vérifications des données .En plus des 2 statisticiens, l'agence dispose d'un assistant financier et administratif d'un comptable et son adjoint et d'un personnel de soutien limité.

L'agence d'achat de services contracte avec des ONG, des associations, la régulation et les FOSA : il y'a un système de vérification assez efficace qui est mis en place.

- l'Inspection Provinciale de la Santé: il s'agit de la première entité déconcentrée du Ministère de

la Santé au sein de la Province qui assume la mission d'encadrement, de régulation et de coordination de toutes les activités de santé dans la Province ainsi que la supervision. L'Inspection provinciale regroupe outre l'équipe cadre de la Province les coordonnateurs des 12 programmes de santé présents dans la province du Kasai Occidental et 13 bureaux dont le système d'information, les ressources humaines, la lutte contre la maladie, la planification, la pharmacie etc. Ces programmes sont coordonnés par un médecin. La plupart des Directions au niveau central y sont représentées mais ces agents aux environs de 30 sont sous la coordination du médecin inspecteur de la Province (MIP) qui centralise le système d'information, organise la planification des activités et anime l'équipe cadre de Province.

Les bureaux de coordination des zones de santé ou BCZS : Les activités de l'Inspection Provinciale de la Santé sont déléguées aux équipes cadres de districts de santé en voie de disparition ainsi qu'aux Bureaux Centraux des Zones de santé (BCZS) en ce qui concerne la supervision, la coordination, la régulation et l'encadrement des activités de santé dans ces aires opérationnelles de santé et les FOSA. Les BCZS sont les niveaux opérationnels et ils disposent des organes de gestion et de coordination dont les Conseils d'Administration en leur sein qui délibèrent régulièrement sur les activités. L'Equipe cadre de zone est dirigée par le médecin chef de la zone de santé. Elle comprend en moyenne 5 agents dont le directeur de l'hôpital général de référence et le directeur de nursing. L'échelon hospitalier est intégré au dispositif du système de santé dans les zones de santé. Le médecin chef de zone pratique des consultations à l'hôpital et le médecin directeur de l'hôpital est membre de l'équipe cadre de la zone de zone de santé. Le BCZS dispose aussi d'un Conseil d'Administration présidé par le MIP et les membres sont constitués de l'équipe cadre de la zone et des autorités administratives et locales.

- Le Comité de Pilotage Provincial : Il assure le pilotage de la réforme en santé dans la Province: il est composé des représentants de la Gouvernance, du Ministère Provincial, de l'Assemblée Nationale, des ONG et des principaux acteurs provinciaux ainsi que des partenaires au développement. Ce Comité gère toutes les activités de santé de la Région.
- Le Comité de pilotage du FASS : Le rôle du CP FASS est décliné en volets principaux : (i) déterminer la stratégie à moyen et long terme du FASS, (ii) assurer le contrôle de la mise en œuvre du FASS, (iii) procéder à l'évaluation de la stratégie et des activités.

Le comité veille en particulier sur le développement du FASS, sur la validation des stratégies de financement des soins. Il assure le développement et la mise en place des organes de gestion du FASS.

Le secrétariat exécutif du FASS : il est un organe technique dont le rôle est principalement d'aider le comité de pilotage du FASS à déterminer la stratégie à moyen et à long terme du FASS, à assurer le contrôle de la mise en œuvre du FASS à procéder à l'évaluation de la stratégie et des activités.

- Le Secrétariat Exécutif du FASS est le bras technique du Comité de pilotage du FASS et, à ce titre, il propose des formules techniques au Comité de pilotage dont il assure le Secrétariat. Les propositions relatives aux critères d'éligibilité des FOSA, les tarifs de rachat des prestations, les types de prestations, le contenu des contrats, les modalités du Fonds d'équité ainsi que toutes les décisions sont proposés par le SE du Comité de pilotage du FASS qui valide ou prend les décisions : le comité comprend outre l'agence d'achat, le 9^{ième} FED, les partenaires au

développement, la régulation (DPS), Cordaid, le BDOM CDS de l'Archidiocèse de Kananga, Caritas Belgique International et Healthnet TPO qui sont les ONG d'appui contractuelles dans le cadre dudit programme.

- Le BDOM –CDS : un sous contrat a été signé entre Cordaid et le BDOM dans le cadre de l'accompagnement des activités dans les zones de santé. Dans ce cas, le BDOM assure un accompagnement du processus et il dispose ainsi de moyens supplémentaires pour assurer ses fonctions d'encadrement et de supervision technique des zones de santé contractualisées. Il a mis également à la disposition du programme des médecins et des infirmiers superviseurs ainsi que des statisticiens vérificateurs.
- En matière d'approvisionnement des MEG, il existe une CDR, la CADIMEK au niveau provincial pour la distribution des MEG aux FOSA à Kananga. Une convention existe entre la CDR et le 9^{ème} FED et sur la base d'une estimation de consommation en MEG basée sur les activités et le stock des FOSA une ligne budgétaire en médicaments est mise à la disposition de la CADIMEK au profit des FOSA qui peuvent s'approvisionner au prorata.. Au niveau du secteur privé pharmaceutique il existe des grossistes répartiteurs dans la province ainsi que des dépôts pharmaceutiques privés qui s'approvisionnent en dehors du circuit officiel. Ils sont compétitifs car ils ne respectent pas les règles de bonnes pratiques en la matière ni les règles du jeu et ils posent de réels problèmes à la Cadimek et nombreuses sont les FOSA qui s'y approvisionnent d'autant plus qu'il y'a de nombreuses ruptures au niveau de la Cadimek du fait d'une difficile maîtrise de la clientèle mais il faut noter qu'au niveau de la politique le choix du CDR est réel. Les ruptures fréquentes de médicaments, la non maîtrise de la demande et la concurrence déloyale des grossistes du privé de la Province entraînent parfois la CADIMEK à des pratiques peu orthodoxes (substitutions maladroites et proximité des dates de péremption pour certaines molécules d'après la plupart des clients) .

Le transport des MEG jusqu'aux FOSA avait été un sérieux problème car les FOSA devaient prendre la livraison de leur MEG à Kananga à vélo le plus souvent ceci dans des conditions de sécurité extrêmement précaires. Il arrive que les FOSA, sans moyens de transport, attendent des jours sans disposer de leur MEG et la CADIMEK non plus n'en dispose pas. Ainsi, les conditions d'approvisionnement vont à l'encontre de la qualité et de la sécurité des MEG. Il existe des dépôts privés en MEG moins chers que la CADIMEK qui a des difficultés d'approvisionnement et des problèmes de paiement. Elle perd dans la transaction à cause des prix bloqués dans le cadre de la Convention avec le 9^{ème} FED alors que les prix mondiaux flambent. Faute d'une bonne maîtrise des besoins des FOSA et de l'existence d'un système privé d'approvisionnement très concurrentiel mais la plupart du temps ne respectant pas les bonnes pratiques, la CADIMEK rencontre de sérieux problèmes de gestion bien qu'elle dispose d'un logiciel.

- Les ONG enquêteurs : elles sont recrutées en vue de procéder aux enquêtes de vérification des prestations et de satisfaction au niveau des populations : elles apportent un appui technique aux zones de santé. L'AASS procède aussi aux enquêtes de vérification au sein de la communauté par l'intermédiaire de ses statisticiens recrutés.
- Les animateurs communautaires : ce sont des agents communautaires contractuels recrutés au sein des populations afin de mener des enquêtes de satisfaction mais aussi de sensibiliser les populations sur des thèmes majeurs de santé (hygiène, participation, fonds d'équité etc.)

1.4.2 Outils et instruments PBF

Un certain nombre d'outils, d'instruments et de mesures sont mis en place dans le cadre de l'achat des Prestations de Services de Santé dans les zones de santé PBF de la Province : il s'agit essentiellement :

- du plan de management trimestriel au niveau des FOSA ou plan business qui, en principe, s'inscrit dans la logique du plan triennal ou de 5 ans et aussi dans le plan d'action annuel de la zone de santé. Le Plan de Management ou Plan de Business est un plan trimestriel de travail qui propose une série de **stratégies** pour atteindre des **cibles** mensuelles qui sont établies en conformité avec les **orientations** du Ministère de la Santé et de la Politique Nationale de la Santé.

C'est un Canevas pour aider les responsables des FOSA à développer leurs idées. Il reprend tous les indicateurs subventionnés. Il est complété chaque trimestre par l'équipe du CS puis **négocié** avec l'Agence d'Achat. Les représentants de toutes les fosa intéressées (publiques, confessionnelles ou privées) peuvent proposer leur PB à l'AAP. La proposition peut comprendre toutes les activités prévues dans le PMA / PCA ou seulement un choix limité des activités.

L'AAP peut signer un contrat PB quand ce plan est, à son avis, convaincant et réalisable. Si le Plan est mis en œuvre et l'évolution des indicateurs est positive, le contrat est renouvelé chaque 3 mois.

- des contrats type entre l'agence d'achat d'une part, les ONG, les FOSA et la régulation d'autres part : les contrats avec les FOSA sont de deux types : les contrats de progression (pour seulement bénéficiaire des MEG) et les contrats d'intégration (médicaments et achats de services)
- des bordereaux de subventions des prestations
- de la liste des indicateurs de santé par niveau basée sur le PMA pour les centres de santé et le PCA pour les HGR qui sont standardisées sur l'ensemble de la province
- des tarifs de rachat des prestations validés par le CP du FASS qui sont des prix fixés par le CPP pour payer les primes aux FOSA
- Les critères d'éligibilité des FOSA qui sont définis et approuvés par le CPP et qui permettent aux FOSA d'être élus et cooptés sur cette base dans l'achat des services de santé.
- les cotations mensuelles de zones pour la régulation qui sont des critères ou indicateurs quantifiés et devant être la base d'achat de services par l'agence le plus souvent avec un montant plafonné.
- un système de vérification des données et par voie d'enquêtes afin de s'assurer la fiabilité des indicateurs quantifiés avant paiement. Au sein de l'agence (AAS) ce sont les statisticiens qui procèdent à cette vérification sur la base d'enquêtes trimestrielles, qui sont accompagnées d'une étude de satisfaction au sein de la Communauté
- des outils de mesure de la qualité des services au sein des FOSA notamment les critères de cotation de la qualité des services en vue des enquêtes trimestrielles à réaliser par la régulation. Ces différents indicateurs portent sur des domaines tels que l'hygiène, les soins, etc. et font l'objet de cotation sous forme de bonus qualité qui est ainsi ajouté aux primes pour les bénéficiaires.

- un Fonds d'Équité de lutte contre la pauvreté est mis en place depuis décembre 2007 pour permettre l'accessibilité des indigents et des pauvres au système de santé. Ce fonds est mis en place à l'HGR mais il est destiné à tous les indigents. Il a été mis en place dans le cadre de l'achat des services au Kasaï au niveau hospitalier seulement et les cas y sont référés en cas de nécessité. Les CS prennent en charge les indigents identifiés auparavant selon des critères précis pour les soins de base et en cas de nécessité, le malade indigent est envoyé en référence à l'hôpital où il est pris en charge gratuitement. Le Fonds d'équité rembourse aux FOSA le montant de la prise en charge des indigents après vérification par AASS et autorisation à payer par le CP.

1.5 CONTEXTE NATIONAL

Dans une perspective de relance et de réforme du système de santé, le Ministère de la Santé a élaboré un document stratégique - la « Stratégie de Renforcement du Système de Santé – (SRSS) - qui définit les grandes orientations stratégiques sectorielles, en harmonie avec le DCSR, le Document des Stratégies de Croissance et de Réduction de la Pauvreté et les OMD et offre un cadre de référence aux interventions sectorielles.

La mise en œuvre de la SRSS nécessite l'élaboration :

- un PNDS sur 10 ans
- Plan de développement des Zones de Santé (PDZS)
- Plan de développement sanitaire de la province (PDSP)
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)

Les **principales stratégies** définies dans la SRSS sont les suivantes :

1° Revitalisation des zones de santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique :

- Développement d'un leadership intégré au niveau de la zone de santé
- Rationalisation du fonctionnement des structures de santé
- Amélioration de la couverture sanitaire de la zone de santé
- Amélioration de la qualité des services
- Participation communautaire

2° Réorganisation du niveau central et intermédiaire

3° Rationalisation du financement de la santé

- Décentralisation du lieu de négociation des financements vers la Province et non au niveau central
- Shift de financement par programme au financement des plans intégrés
- Amélioration du financement de la zone de santé

4° Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel Responsabilisation de différents niveaux dans la contractualisation,

5° Développement des Ressources Humaines pour la santé

6° Renforcement de la recherche sur les systèmes de santé.

C'est dans cette perspective que le comité national de pilotage de la SRSS a prévu en son sein une commission de financement de la santé. Cette commission appui le Ministère de la Santé Publique dans la maîtrise des instruments et des approches de financement de la santé, avec pour visée l'amélioration du potentiel de développement de zones de santé, l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des interventions, la définition de politiques et de stratégies qui garantissent à toute la population un accès équitable aux soins de qualité.

2 Pertinence / Adaptation du PBF

A cause des difficultés du financement de son système de santé, il s'est créé des flux financiers où l'argent de la contribution des malades remonte pour financer les niveaux de la régulation des services de santé qui relèvent normalement du budget du Ministère de la Santé donc de l'Etat. Avec l'approche PBF le financement décentralisé se renforce avec l'injection de fonds issus des activités achetées mais aussi avec une plus grande consolidation du système de recouvrement et de sa gestion au niveau des FOSA. Le système de contractualisation instauré dans le cadre de l'approche avec les différents partenaires est en étroite ligne et avec la politique de contractualisation du ministère de la Santé et avec le mode de financement local du système de santé. En outre, le système de participation se développe ainsi que la démocratie locale dans le cadre de la gestion de la santé au sein des communautés.

2.1 *Analyse de la situation de pré conditions pour le PBF*

2.1.1 PBF et Politique Nationale

Le financement basé sur les performances ou **approche contractuelle** dans le secteur de la santé constitue un pas très important à tout point de vue dans la consolidation d'un système de santé qui a tant été éprouvé depuis plus d'une décennie.

Le schéma de contractualiser les services de santé entre en étroite ligne avec la politique nationale dans le cadre de la SRSS ; ainsi l'Etat a mis en place à la suite de l'élaboration de la SRSS deux sous commissions relatives au financement et à la contractualisation. L'approche PBF, telle que développée avec l'appui de Cordaid représente une importante possibilité parmi d'autres qui intéresse le Ministère de la Santé pour développer une approche nationale.

Au niveau du financement du secteur, nous avons noté que l'Etat n'apportait pas un appui important au système de santé mais avec le recouvrement des coûts c'est surtout la population à travers la participation à l'achat de service qui contribue au financement du système de santé.

Il s'agit d'un financement décentralisé et local qui cadre avec les principes de financement adopté par le Gouvernement et qui vient d'être renforcé récemment par la Loi sur la Décentralisation. La décentralisation du Ministère de la Santé fait partie de la Politique Nationale, mais reste encore à être mise en application. Le système de financement décentralisé est ainsi consolidé et il en est de même de la participation des populations à l'action de la santé et ceci est mis aussi en évidence à travers le rôle clé joué par les COSA et leur comité de gestion dans les FOSA.

Au plan des **Ressources Humaines** l'Etat, malgré les problèmes inhérents à tout pays en post crises a des difficultés pour honorer ses obligations, mais des options sérieuses sont prises avec l'adoption de stratégies claires en la matière : ainsi, dans le cadre de la SRSS, de nouvelles normes en matière de personnel ont été adoptées à tous les niveaux du système. L'exploitation des données statistiques a montré une évolution favorable d'une meilleure adéquation des ressources humaines dans les FOSA puisque la part des FOSA normées en personnel qualifié et compétent est passée de 50 à plus de 80

% entre 2004 et 2008.

Dans le cadre de la SRSS, le **système d'information** et de gestion a été amélioré avec la mise en œuvre du GESIS qui est ainsi fonctionnel à tous les niveaux du système. En effet le SIG a été renforcé par le FED en 2006 et 2007.

Avec le système de vérification et des enquêtes mis en place et mis en œuvre par des organismes indépendants, le SNIS revêt un caractère de plus en plus fiable dans les zones PBF car les acteurs sont obligés de veiller à la qualité des données pour ne pas être pénalisés : ainsi, le système PBF rend de plus en plus fiable le SNIS à tous les niveaux du système de santé. Ainsi, la part des FOSA fournissant promptement des données est passée de 60 % en moyenne dans les zones PBF à plus de 90 % en 2008.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette approche, on peut également noter l'importance des décisions de gestion que les FOSA et les COSA prennent et portant notamment sur l'appui en fonctionnement décidé par la communauté sur les fonds achetés ainsi que les décisions d'investissement pour améliorer le niveau d'investissement des formations sanitaires à partir des fonds d'achat. On note par là une grande autonomie de décision concernant les FOSA en liaison avec les IT en zone PBF.

Le processus de planification déjà décrit dans le cadre de la SRSS avec l'élaboration déjà effective d'un plan de développement de 5 ans, l'adoption de plan d'action annuel et des business plans trimestriels et glissants articulés au plan d'action annuel avec un système de participation de tous les acteurs au processus : tout ce processus crée de nouvelles habitudes de planification routinière qui induisent une participation et des efforts soutenus d'organisation des services en vue d'atteindre les objectifs fixés. Au plan pratique cependant on note que ce système de planification présente des insuffisances quant à l'harmonisation de tous ces plans et leur cohérence générale ainsi que le suivi.

En instituant des mécanismes de prise en charge des **indigents** à travers le fonds d'équité la province du Kasai, avec l'appui de Cordaid, tente ainsi d'améliorer l'accessibilité des populations pauvres aux services de santé ce qui a le potentiel d'entrer en étroite ligne dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté dans le cadre du DSRP et des OMD ce qui renforce la démocratisation et la participation des communautés aux activités de santé.

Toutes ces activités entraînent une dynamisation du système de santé avec une responsabilisation de plus en plus forte des niveaux du système régional et local de santé et ainsi contribue à un meilleur fonctionnement de la régulation, avec une gestion des FOSA plus améliorée.

2.1.2 Financement selon les sources

Le recouvrement des coûts et le principe du paiement des bénéficiaires sont une réalité depuis longtemps et les recettes, bien qu'insuffisantes permettent en partie de gérer un certain nombre de problèmes au niveau des FOSA. Le financement de la santé en RDC est constitué du budget de l'Etat, des apports extérieurs (bilatéraux et multilatéraux), des ONG et du recouvrement des coûts des soins et services de santé auprès des usagers.

Le budget de l'Etat consacré à la Santé est à un niveau de 4,3 % en 2006 et a régressé et a atteint 2,6% en 2007. Ce qui représente un risque réel pour la durabilité de l'approche : est-ce que le Gouvernement pourrait assumer dans une proche future les dépenses additionnelles, liées au PBF, et

actuellement pris en compte par Cordaid ? Pour l'heure la question ne se pose pas d'autant plus que l'Etat n'est pas en mesure d'assumer même le paiement des bas salaires dans le pays à plus forte raison le fonctionnement des FOSA.

Tableau 2 :Financement de la santé en RDC

Désignation	2003	2004	2005	2006	2007
PIB (mds d'USD)	5,681	6,539	7,096	8,543	8,953
Ressources propres consacrées à la santé (en Millions d'USD)	25,973	23,101	49.438	39,571	100,648
% de ressources propres consacrées à la santé dans le PIB	0.45%	0.35%	0.70%	0.46%	1.12%

La part du budget santé dans la richesse nationale est donc faible.

Le budget de l'Etat finance essentiellement les salaires : le niveau investissement assuré par l'Etat est aussi faible dans la santé .Le financement du fonctionnement est aussi très peu assumé par les fonds de l'Etat. Afin d'assurer une meilleure maîtrise des flux financiers du secteur de la santé, il a été mis en place une commission financement au sein du Ministère de la santé avec la préparation d'un Cadre des Dépenses à Moyen Terme du secteur (CDSMT) ainsi que les comptes nationaux de la santé avec la mise en place d'un programme national mais qui n'est pas encore fonctionnel. Des revues des dépenses Publiques ont commencé à être menées.

La part des ressources extérieures affectée au secteur de la santé représente en moyenne 10%. La dépense par tête allouée par l'Etat représente 0,59 USD per capita – bien que la Commission Macroéconomie et Santé a estimé un par capita budget minimum de \$34,- pour garantir un paquet minimum de services de santé. Les salaires représentent 44 % en moyenne du budget, les investissements 31 % et le fonctionnement 25 % en terme de prévision. *Il est à noter cependant que le taux d'exécution du budget est faible en général car il n'était que de 48 % de 2000 à 2006 avec quand même un net redressement en 2007 avec un taux de 94 %.* ; Il y 'a lieu de noter que sur l'ensemble du pays aucune FOSA ne reçoit de dotation en fonctionnement sur budget Etat.

Le Fonds PPTTE a pu ainsi soutenir sensiblement le secteur avec une part allant de 47 à 70 % des fonds totaux au secteur entre 2006 et 2007.

Tableau 3 : Evolution de dépenses publiques de santé de 5 dernières années en CDF

Année	2003	2004	2005	2006	2007
Budget global pays (en CDF)	33 629 891 724	528 333 000 000	806 169 429 000	1 039 561 000 000	1 370 309 606 010
Budget Santé (en CDF)	16 394 063 465	28 671 595 376	35 936 413 659	41 848 168 202	49 609 895 796
Pourcentage alloué à la santé	4,90%	4,43%	4,46%	4,03%	3,62%
Budget santé exécuté	9 012 975 111	9 355 927 078	19 676 548 930	18 756 844 993	46 802 616 335
Taux d'exécution du budget santé alloué	54,98%	32,63%	54,75%	44,82%	94,34%
Taux de change moyen	405	398	474	468	557

Source : Ministère du Budget, DSPB : ESB 2003 - 2007

Au niveau de la Province du Kasai Occidental, l'exploitation des données issues des enquêtes a permis de mieux cerner les différentes contributions : ainsi sur l'ensemble des 3 zones de santé PBF de Mikalayi, Bunkonde et Tshikula, la part du budget santé de l'Etat représentant essentiellement la rémunération des agents est d'environ 20 % alors que la contribution des usagers représente plus de 50 %. Il y a un réel problème de suivi de l'exécution budgétaire et au niveau des FOSA, il n'y a pas un cadre financier intégrant le budget de l'Etat. Il n'y a pas de système comptable complet et fonctionnel dans les FOSA.

Au niveau du Kasai, il y a absence de mutuelles de santé mais au niveau du ministère de la santé, il existe un Programme National de Promotion des mutuelles de santé avec la mise en place d'un groupe de travail réunissant les différents acteurs et partenaires.

Les hôpitaux reçoivent des subsides importants mais il est difficile au même titre que certains centres de santé de subvenir avec ces fonds à leurs besoins d'investissement mais les FOSA acquièrent un minimum d'équipement à travers le système d'achat. L'apport des partenaires dans la Province se heurte à un faible leadership et à une faible coordination ainsi que des insuffisances dans la planification et le suivi/évaluation.

Tableau 4: Recouvrement des coûts:

	BCZS BUNKONDE	BCZS MIKALAYI	BCZS TSHIKULA
% CONTRIBUTION MINISTERE SANTE	21.4 %	9.1 %	45.9 %
% CONTRIBUTION USAGERS (RECOUVREMENT COUT)	78.6 %	46.2 %	41.3 %

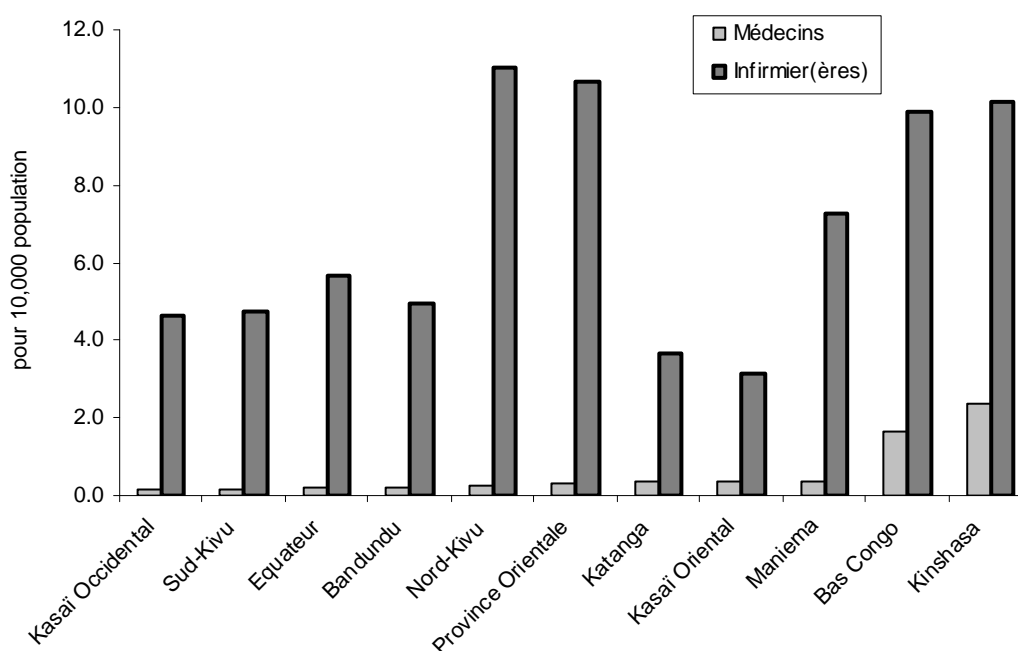
Le tableau nous donne des indications financières peut être pas très fiables mais nous percevons que l'essentiel du financement du système est fait par les populations à travers le recouvrement des coûts. En moyenne, l'Etat contribuerait pour pas plus de 25 %(essentiellement les salaires) de l'ensemble du budget mais à l'examen de nombreux FOSA ce niveau n'atteindrait pas 10 % en moyenne.

2.1.3 Ressources Humaines

La gestion des ressources humaines constitue à n'en pas douter l'un des problèmes les plus cruciaux en matière de santé et particulièrement dans le contexte congolais. En matière de normes des ressources humaines la SRSS les a bien défini mais dans ce contexte d'après crises la situation reste préoccupante : nonobstant le fait que les salaires ne sont pas payés régulièrement la politique en la matière est loin d'être satisfaisante : en effet, au niveau de la province du Kasaï Occidental l'équipe cadre compte environ 30 agents ce qui est pléthorique et contraire aux normes de la SRSS qui privilégie la polyvalence de l'équipe cadre rationalisée. Il en est de même des formations sanitaires en milieu urbain face à des zones rurales défavorisées en matière de ressources humaines. Les CS comptent en moyenne 5 agents mais il y'a des disparités. Il n'y pas de plan de développement des ressources humaines et les décisions sont encore centralisées et pas basés sur des critères d'équité (per capita, pauvreté) et appropriés (le nombre de FOSA, la demande de services).

En 2006 le pays comptait 3185 médecins soit une couverture de 0,5 médecin pour 10.000 habitants et 42906 infirmiers soit une couverture de 7,1 infirmiers pour 10,000 personnes. Mais cette couverture cache des inégalités fortes entre milieu urbain et rural mais surtout entre provinces.

Figure 2 : Médecins et infirmiers fonctionnaires pour 10 000 habitants, par province, RDC 2006



Source : estimations faites à partir des données communiquées par le Ministère de la santé de la RDC.

La régulation ne parvient pas à prendre des décisions au niveau provincial afin de procéder aux arbitrages et redressement nécessaires en matière de ressources humaines. En plus, il y'a une grande mobilité du MIP et du personnel de la régulation.

Tableau 5: % DES FOSA RESPECTANT LES NORMES NAT. EN RESSOURCES HUMAINES.

	BCZS BUNKONDE	BCZS MIKALAYI	BCZS TSHIKULA
% DES FOSA RESPECTANT LES NORMES NATIONALES EN RESSOURCES HUMAINES	93.3 %	RAS	80 %

Source : données collectées au niveau des FOSA en annexes

Globalement, le taux de FOSA respectant les normes nationales en matière de dotation des personnels de santé est élevé mais ceci cache probablement des inégalités. Tous ces facteurs entraînent une démotivation des agents et des dysfonctionnements des services et rendent encore plus difficiles les conditions de vie des personnels de santé ce qui ne milite pas en faveur d'une amélioration de la qualité des services et peuvent constituer une menace sérieuse des bases du système de santé à travers une mauvaise gouvernance potentielle.

Malgré tous ces problèmes, il faut souligner que la plupart des agents de santé préfèrent encore rester et travailler là où ils sont au moins entre 4 et 6 années. Ils pensent qu'ils sont suffisamment motivés dans le système PBF surtout à Kananga.

2.1.4 Efficacité de l'organisation

L'agence d'Achat à Kananga est installée à titre provisoire en attendant la mise en œuvre de l'EUP du FASS.

La contractualisation est aussi la règle au niveau des activités de l'agence en général et la coordination est assez bien faite. *L'agence est une unité de projet* et n'a pas vraiment l'autonomie nécessaire puisque recevant aussi des instructions de Cordaid ; à ce titre l'apprentissage reste aussi à parfaire.

Le SE du CPP se réunit régulièrement et les décisions sont prises et bien suivies. La grande fréquence des réunions tenues avec PV et suivi des dossiers est à coup sûr un avantage de taille pour transcender la transition vers l'EUP.

Il y'a lieu de noter aussi que l'agence n'a pas de dispositif de suivi en général par conséquent il faudrait songer à le bâtir avant la mise en place de l'UEP.

L'agence ne dispose pas vraiment d'un logiciel de gestion comptable et financier devant permettre d'assurer pleinement les activités. Il y'a un plan d'action annuel validé et un système de comptabilité en Excel. Bien qu'aucun document formel de manuel des procédures existe, il faut souligner le fait que la plupart des outils techniques relatifs aux procédures sont disponibles ce qui permettra d'ailleurs au futur EUP de disposer de ceux-ci après un complément des dispositifs relatifs à la gestion des ressources humaines administratives et financières ainsi qu'à l'organisation.

Un réajustement des outils s'impose avec la pratique : la révision à terme ou plutôt l'adaptation des business plan sur une année en lieu et place des 3 mois, une fois qu'on se sera assuré que les FOSA ont une bonne pratique de planification : cette introduction pourrait être progressive.

Chaque contrat devrait disposer d'indicateurs de gestion et faire l'objet d'un suivi rigoureux aussi bien par l'agence que par la régulation : cet instrument de mesure pourrait être conduit dans le cadre du business plan annuel : Ceci afin d'améliorer la qualité de gestion.

L'EUP qui est en fait une fondation devrait en principe disposer d'une plus grande autonomie que l'Agence d'achat compte tenu du fait que l'agence est une structure de projet affiliée à Cordaid alors que l'EUP qui dispose d'organes propres tels que le Conseil d'Administration qui délibèrent sur tout et qui regroupe les principaux acteurs de la Province. Néanmoins, il est recommandé à l'EUP de disposer des personnels compétents de l'AASS afin d'éviter des problèmes pratiques de transition d'une part mais aussi de consolider les expériences acquises. Des mesures complémentaires sont nécessaires à mettre en œuvre pour améliorer le dispositif acquis notamment la finalisation du manuel des procédures d'organisation, de gestion administrative et financière, les indicateurs de gestion/suivi des activités au sein de l'EUP ainsi que l'éventuelle révision des indicateurs surtout hospitaliers.

2.2 Efficience de l'organisation

2.2.1 Analyse des coûts administratifs de l'Agence

L'agence est pilotée par un expert assistant technique mais il est important aussi que les agences soient bien encadrées au début du processus.

Tableau 6: Charges financières de l'agence de juin 2007 à juin 2008

Catégories dépenses	Montants Coûts propres AASS en USD	Part des dépenses AASS en %
Salaires, charges sociales avec Assistance technique	84.093	11,7 %
Dépenses Personnel sans assistance technique	29.893	4,16 %
Fonctionnement Y compris contrats associations	76.042	10,6 %
Formation et rencontres	41.248	5,7 %
investissements	77.017	10,7 %
Total coûts récurrents	201.383	28,05 %
Total charges AASS	278.400	38,8 %
Total projet	717.896	100%

NB : La notion d'assistance technique est très complexe dan le cadre du Pré-FASS compte tenu des multiples intervenants : ici nous n'avons pas tenu compte de l'intervention du BDOM et certaines autres dépenses réalisées par le 9^{ème} FED ne sont pas comptabilisées.

Le poids total de la charge financière de l'agence dans le projet est de 38,8 % y compris les investissements de base.

Les coûts récurrents du projet représentent 28 % du projet soit environ 200.000 dollars pour la couverture des 3 zones de santé de la Province en une année.

La Part des dépenses totales de fonctionnement sans assistant technique est de 20,5 % . Evidemment dans un tel contexte de difficultés économiques et le mode de gestion actuel du budget général de l'Etat, force est de reconnaître qu'il ne soit pas envisageable dans l'immédiat de programmer dans le budget de l'Etat pareil montant d'autant plus que l'agence ne couvre que 3 zones de santé ; l'extension pourrait coûter plus cher mais il faut reconnaître qu'en élargissant la base des activités de l'agence au-delà de 3 zones de santé qu'il y'ait des économies d'échelle substantielles à ce niveau. Avec un poids financier de l'ordre de 39 % des coûts du projet et pour seulement 3 zones de santé on voit bien qu'il y'a un problème d'efficacité mais avec l'extension prônée par le 9^{ème} FED à l'ensemble de la Province voire plusieurs autres, l'efficacité de l'UEP serait améliorée.

Avec l'EUP, il faudrait s'attendre à un renforcement de l'assistance technique donc des coûts de l'agence mais il faut noter qu'il est recommandé de renforcer l'accompagnement des agences encore un certain temps surtout dans le contexte actuel de la RDC.

Tableau 7 Analyse des dépenses au 31 août 2008 après 14 mois de projet AASS (inclusif l'appui en MEG du FASS, hors l'appui du PS9FED en AT et accompagnement)

	Montants en USD	Part des dépenses en %
Achat prestations CS	303.727	
Achat prestation HGR	182.290	
Total Achat Prestations	486.017	82 %
Primes régulation	40.145	
Appui fonctionnement régulation	18.000	
Appui investissement régulation	13.053	
Rencontres et ateliers	9.210	
Total Appui Régulation	80.408	13 %
Fonctionnement Agence Achat	31.412	5 %
TOTAL PROJET AASS	597.837	100%

La part de la régulation a représenté 13 % du projet mais l'essentiel de l'allocation demeure la prime de motivation au personnel qui représente presque 80 % du total **de la régulation**.

Le montant de ces appuis est important relativement par rapport aux estimations des ressources totales issues des BCZS malgré les problèmes de complétude au niveau des FOSA. Il représenterait l'équivalent de chacune des zones de santé de Mikalayi et de Bunkonde ce qui est assez important.

Dans le Kasai la régulation au niveau provincial joue son rôle mais il y a lieu de noter tout de même qu'elle se trouve en général dans des conditions matérielles et financières extrêmement précaires : en effet l'espace de travail est souvent très vétuste et très peu équipé : il n'y a pas le minimum d'équipement bureautique et informatique dans les BCZS avec un minimum de fonctionnement en petit matériel qui fait défaut pratiquement partout : en outre la plupart des BCZS ne disposent pas d'électricité. Il y a lieu de noter aussi l'état déplorable des routes dans la province, ce qui ne facilite point la supervision des activités à plus forte raison les évacuations sanitaires.

L'utilisation d'un accompagnement du BDOM-CDS va entraîner des coûts élevés et l'efficacité est affectée surtout si la coordination n'est pas mieux assurée. En outre, il faudrait aussi que le BDOM dispose de superviseurs plus qualifiés que les supervisés (les BCZS) pour assurer sa fonction d'assistance technique.

2.2.2 Analyse des coûts des prestations et de l'allocation aux FOSA

L'ensemble des allocations aux FOSA a représenté 21,3 % du projet de Cordaid, soit un montant de 152.713 dollars US dont l'essentiel est destiné aux HGR à hauteur de 81,5 %.

Les subsides versés par l’AASS aux FOSA ont représenté pour la zone de Mikalayi autant que le budget global disponible pour la zone entre 2007 et 2008 et en ce qui concerne Bunkonde l’apport représente environ 60 % des revenus des FOSA de la zone de santé. Malgré l’importance du travail de l’agence et des subsides versées aux FOSA et à la régulation les coûts de transaction sont élevés et seule une extension de volume d’activités dans toute la province voire de plusieurs provinces pourrait améliorer un niveau acceptable de ces coûts.

Selon les statistiques sur l’évolution des tarifs au niveau des FOSA et des BCZS, le niveau général des tarifs des prestations de services a baissé en moyenne de 47.3 % dans la zone de santé de Tshikula, 52 % dans celle Mikalayi et de 106.6 % dans Bunkunde entre 2006 et 2007 année de la mise en œuvre du PBF tandis qu’au niveau des FOSA sous processus non PBF les prix n’ont pas baissé et certains ont même connu des hausses.

Tableau 8: Evolution des tarifs selon certains actes dans les zones de santé PBF de Tshikula, Mikalayi et Bunkonde de 2006 à 2007

	ANNEES	CPN	ACCOUCHEMENT ASSISTE	HOSPITAL	TEST DIAGN. PALU	CONSULT. CURATIV	VARIATON MOYENNE
TSHIKULA	2006	100	1500	1500	150	100	-47.3 %
	2007	50	700	750	100	50	
MIKALAYI	2006	250	2500	200	200	250	-52.0 %
	2007	150	1000	100	100	100	
BUNKONDE	2006	1	6	0.4	0.375	0.6	-56.6 %
	2007	0.5	1.8	0.2	0.375	0.08	

Sources : en annexe tarifs relevés au niveau des FOSA échantillon évaluation

2.3 Efficacité de l’appui

En effet au Kasaï Occidental, Cordaid a bien pris les devants pour mettre en œuvre un projet pertinent pour une durée de 1 an en attendant que le partenaire principal soit prêt.

En plus l’analyse faite du document de projet montre bien la pertinence des objectifs et des indicateurs à atteindre en une année. Les indicateurs sont pertinents à tout égard et reflètent les préoccupations majeures du système de santé. Il s’agit d’une bonne initiative anticipatrice qui permettra au FASS d’assurer la continuité.

A l’AASS de Kananga on note une certaine satisfaction de la fonctionnalité des organes de suivi et de la régulation notamment le SE du Comité de pilotage et les activités d’encadrement des BCZS. Des insuffisances dans la supervision et le leadership sont notées au sein de l’IPS liées surtout à des problèmes de stabilité et d’organisation. Des problèmes de coordination avec le BDOM ont aussi été relevés notamment au niveau de cette hiérarchie il y’a peu de réunions de concertation et de

coordination entre les superviseurs des différentes zones en vue de l'élaboration de rapports consolidés ainsi que de stratégies aptes à résoudre les principaux problèmes au niveau des zones sous influence BDOM.

Il faut souligner le fait que l'AASS a toujours payé dans les délais les subsides selon les normes, les prix d'achat et les délais convenus dans le cadre des contrats signés.

Il faut néanmoins souligner la courte expérience d'à peine une année qui est un handicap car ne suffisant pas pour tirer toutes les leçons ; Les subsides ont été allouées conformément aux prévisions financières d'après le tableau des estimations financières et le taux d'exécution est relativement satisfaisant hormis la décision soumise par l'agence de réduire en 2007 les tarifs d'achat et qui a été entérinée par le Comité de Pilotage du FASS après constat des fortes hausses de la fréquentation ce qui avait entraîné un découragement des prestataires et donc une chute ponctuelle de cette fréquentation. Le plan de financement a ainsi été respecté mais tout le monde a été surpris par l'importance de la fréquentation ce qui a justifié ces réajustements malheureux : donc on peut dire que les prévisions étaient sous estimées.

En fait, il faut souligner le fait que ces rectifications n'ont pas fait l'objet de concertation, ce qui s'est traduit par une surprise et un mécontentement général du personnel. Mais On ne peut pas parler d'une insuffisance dans la planification financière compte tenu du fait que le projet a été prorogé de quelques mois ce qui suppose des économies.

Il faut souligner le fait que CORDAID, dans le cadre de l'approche PBF et des initiatives prises le plus souvent est une référence incontournable aujourd'hui en RDC et dans beaucoup de pays en Afrique. Elle est une référence mondiale en la matière compte tenu de sa riche expérience dans ce domaine et elle est à l'avant-garde de ce processus malgré son statut d'ONG et la taille de son réseau.

En matière **d'assistance technique**, il y a lieu de noter les difficultés que nous avons eu à cerner les dépenses propres de coordination et de suivi de l'assistance technique entre Cordaid et le 9^{ème} FED concernant surtout la gestion des contrats que ce soit les Associations/ONG qu'une partie du fonctionnement de l'agence. En effet, certaines dépenses y relatives prévues dans le budget de Cordaid ont été mises en œuvre par le 9^{ème} FED ou en partie et il y a des difficultés réelles à cerner les dépenses faites en vue de disposer des informations réelles entre les 2 entités : certaines dépenses qui étaient prévues par exemple au niveau de l'agence (voir tableau prévisionnel) ont été réalisées par le 9^{ème} FED etc.

Donc on peut dire que le modèle de Kananga, malgré ses bons résultats est un modèle complexe certes, mais qui se situe dans un contexte particulier de substitution provisoire dans des délais assez courts mais avec somme toute des résultats que l'EUP devra généraliser sur un ensemble plus vaste afin d'en améliorer l'efficacité et l'efficience.

Le fait que Cordaid a mandaté des études au niveau ménage – où on trouve les bénéficiaires finales, les cibles du programme – pour mesurer l'impact (ou mieux dit, les effets), est très souhaitable. On trouve peu de ce type d'initiatives dans le monde de projets. Il faut souligner (i) le fait que malheureusement il n'y a pas eu, à l'image du Kivu d'enquête ménage de suivi ex post ou à mi parcours au Kasai afin de mesurer l'évolution des activités et de qualité des services après la mise en place du PBF. Il y a lieu de souligner aussi le fait que (ii) l'enquête ménage de 2004 n'a, en fin de

compte, porté que sur la zone de santé de Tshikula en tant que zone PBF et sur les 2 zones témoins de Ndesha et de Katoka mais ni au niveau de Mikalayi ni de Bunkonde. Autres commentaires seront que (iii) la méthodologie d'échantillonnage pour des raisons scientifiques ne permet pas de pouvoir comprendre les résultats comme représentatifs pour la population étudiée – ce qui n'est pas grave, il est positif qu'on mène cette étude, mais ainsi il n'est pas possible d'attribuer les effets comme 'impact' au PBF comme il est fait dans les rapports. Aussi, comme il s'agit de deux études – on ne peut pas dire si un effet n'est pas la conséquence d'une tendance positive déjà existante, ni ce qui se passe entre les deux études ou après comme les résultats des deux études font partie d'une ligne recta, comme il semble dans le rapport. Finalement, il faut noter que (v) dans les analyses on est trop positif et ou optimiste – on veut bien expliquer les résultats de façon positive toujours pour montrer que le PBF a un effet positif sur la population.

Le choix du consultant indépendant Soeters par Cordaid dans le cadre du projet peut se comprendre si et seulement s'il apporte un appui pour la conception mais le fait de le recruter et pour l'évaluation ex ante ou développement de l'approche avec un modèle d'assurer la phase de mise en œuvre et de suivi en tant qu'assistant technique en amont et en aval du processus et en plus pour la phase ex post des projets pose un problème de neutralité et de crédibilité de tout le processus à tous les niveaux. Ce qu'il faudrait à notre avis c'est de séparer les fonctions d'évaluateur ex ante, de suivi de la mise en œuvre et d'évaluation ex post par des enquêtes : il faut absolument éviter à notre avis de recruter la même personne physique ou morale qui a conçu ou évalué un programme de la responsabiliser aussi dans l'évaluation ou le suivi. Il y'a beaucoup de risques d'objectivité réelle. Cette approche n'est pas efficace et pose un problème de crédibilité et risque de poser un préjudice à tout le programme.

Il faut reconnaître que consultant Soeters a connu des résultats importants dans le projet – dès la conception du projet, sa mise en œuvre, les études au niveau ménage, les instruments – beaucoup des résultats et des succès lui sont redevables. Quand même, il faut aussi noter quelques contraintes. Son analyse a mis surtout l'accent en matière de supervision sur celle des BCZS et non sur celle de l'IPS. En outre, le système de planification n'a pas été analysé et intégré dans son analyse de 2004. Plusieurs partenaires dans l'environnement de la politique de santé ont fait des commentaires forts sur sa façon de communiquer – il semble que ces contraintes ont bloqué le travail en partenariat de Cordaid dans le pays. Probablement même le plaidoyer pour l'approche PBF dans la politique nationale a trouvé des difficultés pour le même constat, selon les interviewés.

TROISIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS

3 Principaux résultats

Dans cette partie, il sera fait état du niveau d'avancement de la mise en œuvre du programme d'achat des performances dans un premier temps avant de faire une analyse des principaux résultats de l'approche PBF.

3.1 Niveau d'atteinte des objectifs du projet

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme nous ferons le bilan classique par rapport aux résultats escomptés conformément aux TDR : cette analyse se fera physiquement et financièrement par rapport aux prévisions.

3.1.1 Exécution physique

Le tableau ci-dessous nous montre les principaux résultats atteints par le projet *en une année de mise en œuvre*:

Tableau 9: les résultats de performance et d'accessibilité en sommaire

Indicateur	Baseline	Résultat attendu	Résultat évaluation
PERFORMANCE			
Taux utilisation curative	0,14	0,35	0,36
Taux accouchements assistés	0,45	0,60	0,83
Taux césariennes réalis/attendues	0,18	0,40	0,54
Taux des malades référés	0,02	0,05	0,03
Taux malades référés reçus par HGR	0,15	0,20	0,6
Taux de complétude SNIS	0,8	1	0,98
Taux de promptitude SNIS	0,6	0,9	0,95
Taux exécution plan de supervision	0,6	0,8	0,85
Taux tenue réunions CoGe/CoSa	0,6	0,8	0,92
ACCESSIBILITÉ			
% subvention fonct reçu/à atteindre	ND	0,5	0,9
Taux de couverture DTC3	0,7	0,8	0,75
Taux de couverture CPN	0,7	0,8	0,9
PF : taux utilisation – couverture	0,1	2	0,26
Taux de disponibilité des MEG	0,75	0,9	0,80
Prix moyen MEG par NC CS subv	950	200	233

Nous voyons que la fréquentation a été triplée avec les nouvelles consultations des FOSA passant ainsi de 0.14 à 0.36 un triplement des césariennes ainsi qu'un doublement des accouchements assistés. Le taux de référence est stable ce qui pourrait se justifier par des tentatives de rétention des malades afin de gagner plus de motivation et concernant les césariennes, la situation pourrait être la même. Il y'a eu une amélioration générale de la couverture en services de santé avec en corollaire un système d'information et une supervision plus active ainsi qu'une amélioration du fonctionnement des COSA.

Nous voyons que la plupart des indicateurs fixés avant la mise en œuvre du projet ont été atteints voire même dépassés. Il s'agit là de réels progrès enregistrés par le projet dans la province du Kasai Occidental. Ci-dessous on analyse les résultats plus en détail

3.1.2 Situation de l'exécution financière du projet

Détails du budget	Composition budget (prévisions)			Dépenses Fin Mai 08 après 11 mois			TX d'exécution en %	Prévisions		
	Projet Total 12 mois	Participation CORDA	Participation FED9	Dép. CORDA	Dép. FED9	Dép. Totales		Simulation 12 mois	% Cons	Part CORD
Achat Prestations des CS	199201	134437	64764	109652	90432	200084	100,4	218273	110%	89%
Achat Prestations des HGR	121295	87983	33312	62040	52030	114070	94,0	124440	103%	77%
Associations locales enquêtes et qualité	36000	36000	0	2870	20011	22882	63,6	24962	69%	8%
AASS Ressources humaines	85800	12000	73800	9435	67650	77085	89,8	84093	98%	86%
AASS Equipement	79700	15200	64500	12517	64500	77017	96,6	77017	97%	82%
AASS Frais fonctionnement	36000	36000	0	6380	0	6380	17,7	6960	19%	19%
Régulation Contrats de performance	96000	48000	48000	35405	44000	79405	82,7	86624	90%	80%
Régulation Equipement	10500	10500	0	13053	0	13053	124,3	13053	124%	124%
Régulation Fonctionnement	9000	9000	0	8250	0	8250	91,7	9000	100%	100%
Ateliers Rencontres et Formation	44400	13200	31200	9210	28600	37810	85,2	41248	93%	76%
TOTAL	717896	402320	315576	268812	367223	636035	88,6	685669	96%	

Le niveau de mise en œuvre du projet est assez satisfaisant. Le calendrier initial du projet est

respecté à l'exception de deux activités clés portant sur les normes de qualité et donc le paiement trimestriel des primes : ces activités sont fondamentales à plus d'un titre mais il faut souligner là les difficultés de la régulation à formuler les critères de qualité, les normes ainsi que les applications en conséquence. Cette activité n'a été menée qu'au mois de mai dernier par la régulation et c'est ainsi qu'un rapport sur la qualité nous a été distribué à la mi- juin.

Le taux d'exécution financière du projet affiche 96 % mais le tableau recèle des disparités dans l'exécution financière : en effet, en ce qui concerne le fonctionnement de l'AASS, une grande partie des dépenses a été prise en charge par le 9^{ème} FED : il s'agit notamment des coûts liés à la location du bureau de l'agence, du gardiennage etc.

L'exécution des dépenses révèle pour l'achat des prestations de service au niveau centres de santé un taux de 110 % et de 103 % pour les HGR. La mise en œuvre du volet évaluation au niveau de la communauté est assez faible soit seulement 8 % au niveau budgétaire mais le FASS a eu à utiliser des ONG ; en outre un système de vérification est doublement mis en place avec les statisticiens de l'AASS et des consultants souvent recrutés par Cordaid sans compter la vérification. Cependant, nous avons souligné la nécessité d'utiliser les animateurs communautaires de façon plus permanente qu'actuellement (2 fois seulement de façon très espacée). Au niveau de l'AASS 65 % du budget ont été utilisés en prévision du terme du projet, la formation 76 % et la régulation 100 %. Le taux d'exécution convenable du budget montre bien que les activités se mènent convenablement notamment au niveau des FOSA dont la fréquentation est en hausse généralisée. D'ailleurs, l'évolution des recettes issues du recouvrement des coûts au niveau des FOSA le montre bien. Il y'a lieu de noter la complexité des relations de dépenses entre le 9^{ème} FED et Cordaid.

Il a été aussi observé qu'au niveau de la régulation la motivation des agents est de 100 % des subsides car il y'a un appui en fonctionnement et en investissement mais au niveau des FOSA, la part de la motivation atteint les 80 % du subside global, le reliquat étant destiné et au fonctionnement et à l'investissement selon les directives de l'IPS. Cette situation a permis d'améliorer sensiblement la qualité de service grâce à des acquisitions de petits matériels et la maintenance au niveau des FOSA.

Au niveau de l'AASS, on note une certaine efficacité des dépenses en personnel car le niveau de rémunération et le nombre d'agents concernés ne sont pas très élevés et en plus il n'est pas noté de retards au niveau des activités de l'agence (contractualisation, paiement des subsides etc. ce qui se reflète bien à travers les taux d'exécution des activités en annexe. Il faut souligner cependant la faible performance des activités liées au nombre réduit des zones de santé concernées par l'approche et les coûts de transaction : en effet, sur l'année l'agence a dépensé environ 201.000 euros pour elle-même (salaires et fonctionnement et assistance technique et investissement) pour régler des dépenses de 350.000 EUROS soit pratiquement 60 % des transactions ce qui, bien sûr, n'est pas efficace. La décision pour l'EUP de couvrir toute la Province du Kasaï Occidental voire d'autres provinces est à saluer et se justifie bien afin de ne pas concentrer des ressources importantes au niveau de 2 à 3 zones de santé seulement mais de plusieurs voire des provinces afin de minimiser les coûts et donc d'avoir des chances de rendre plus pérennes les activités.

L'analyse du budget exécuté du Fonds d'équité révèle un montant extrêmement faible d'environ 1000 euros ce qui signifie tout simplement le manque d'efficacité de ce fonds malgré l'ampleur de la pauvreté dans ce pays : cette situation est due au fait que le fonds soit domicilié au niveau des HGR excluant ainsi le niveau décentralisé.

3.2 Analyse des Performances du système PBF

3.2.1 Performances en termes de productivité (quantitatif)

Les résultats que nous allons vous présenter dépendent évidemment d'un système d'informations sanitaires dont la qualité est souvent sujet à discussions : en effet dans la logique des choses, seule l'Inspection Provinciale est habilitée à valider les données issues des différents systèmes statistiques mais il se trouve malheureusement que ce niveau de régulation n'a pas toujours le temps et les possibilités matérielles d'organiser cette validation.

Compte tenu des problèmes de disponibilité des données statistiques nous avons considéré les 4 sources de données qui sont :

- les données du SNIS domiciliées au niveau du Bureau du SIS de l'Inspection Provinciale de la santé
- Les données de l'Agence d'Achat qui, lorsqu'elles sont disponibles, sont plus fiables compte tenu des contrôles et des vérifications qui sont effectuées. Il faut noter cependant que ces données ne sont collectées que pendant la phase de mise en place du PBF c'est-à-dire de juillet 2007 au mois de juin voire mai 2008 juste avant la phase d'évaluation.
- Les données du BDOM qui est l'ONG d'accompagnement du projet qui sont aussi collectées sur le terrain.
- Les données issues de l'exploitation des données sur place au niveau des FOSA réalisées par l'équipe d'évaluation sur la base des registres et des autres supports en relation avec les équipes cadres des BCSZ et des CS.
- Les données relatives au PBF ne concernent que les 12 mois de mise en œuvre du projet qui est un Pré-FASS rappelons le.

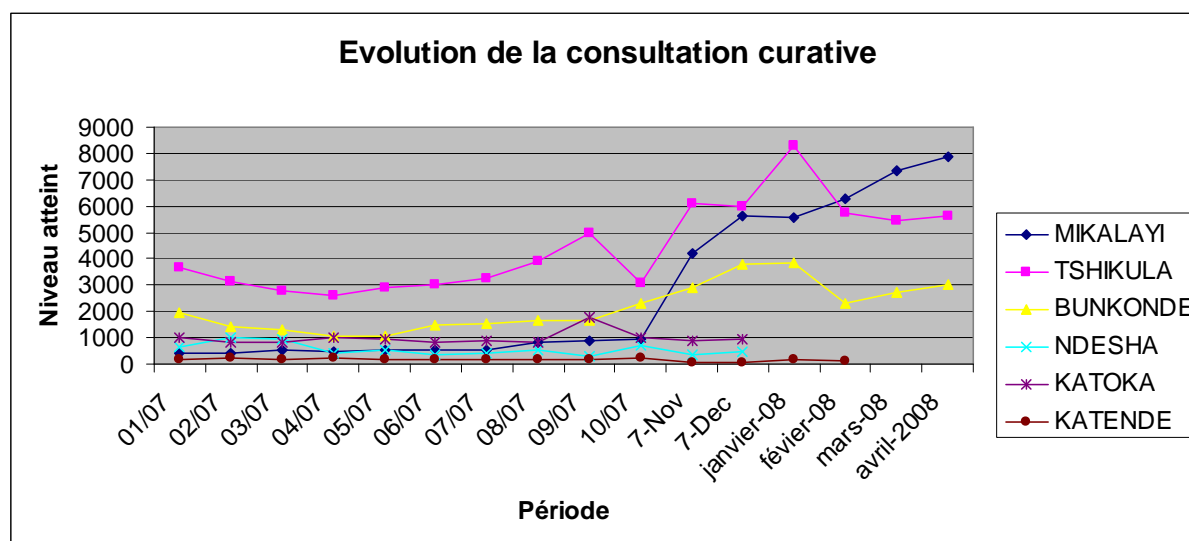
En annexe nous mettons à disposition toutes les bases de données pour permettre des recherches futures ou des compléments d'analyse dont le temps et les moyens ne nous l'ont pas permis dans cette évaluation.

En général, nous présenterons les tendances des indicateurs dans les zones PBF et non PBF et nous ferons des analyses comparatives en tenant compte des différents contextes des zones de santé.

3.2.2 La Consultation curative

L'évolution des courbes des 3 zones PBF dans le Kasai nous montre dans la figure ci-dessous nettement une forte hausse de la fréquentation des FOSA durant les 10 mois de la mise en œuvre du projet entre juillet 2007 et Avril 2008.

Figure 3: évolution de la consultation externe



MIKALAYI/TSHIKULA/BUNKUNDE sont les zones PBF, dans les autres ZS le PBF n'a pas été introduit.

La chute notée de la fréquentation dans les zones PBF en novembre 2007 est probablement due essentiellement à la décision du comité de pilotage provincial de baisser les tarifs d'achat des prestations de services au niveau de l'ensemble des FOSA, ce qui avait découragé les prestataires avec une répercussion négative au niveau de la fréquentation et ceci a été confirmé par les résultats des entretiens.

La fréquentation dans les zones PBF se détache complètement et de plus en plus de celle des zones non PBF à partir d'octobre et novembre 2007 avec cependant un fléchissement de Tshikula et de Bunkonde en février 2008 mais les autres zones ont continué leur croissance.

Notons cependant de janvier jusqu'en août 2007 le bas profil a été observé aussi bien dans les zones PBF que dans les zones non PBF avec tout de même un meilleur niveau moyen de Tshikula qui a eu dans le passé une tradition d'appui.

Il faut souligner le fait que les zones de santé de Tshikula et de Mikalayi sont en renforcement et que celle de Bunkonde est en préparation et c'est ce qui explique les tendances tardives de cette zone par rapport aux deux premières.

Certains phénomènes de baisse peuvent être dus aussi à des problèmes d'approvisionnement ou de rupture en MEG fréquents dans cette province.

Bien que le niveau global de la consultation curative soit en moyenne faible dans les zones non PBF, on note également la même tendance au moins de juillet à octobre 2007 et même une tendance à la baisse, alors que les zones PBF se démarquent distinctivement ; même Mikalayi et Bunkonde qui avaient ce même profil se sont détachés nettement.

Le graphique ci-dessous illustre cette même tendance centrée sur les centres de santé PBF et non PBF.

L'enquête ménage du Dr Soeters n'a porté que sur une seule des 3 zones PBF ainsi que les 2 zones de santé témoin dans le Kasai et en plus, contrairement au Sud Kivu, il n'y a pas eu d'enquête de suivi ou ex-post. Cependant dans l'enquête il a été noté le recours direct des populations vers les pharmacies en sautant l'étape de la consultation curative à cause des coûts élevés (5,35 USD). Le problème fondamental auquel est confrontée la population était surtout celui de l'accès financier en 2004 mais avec l'instauration du fonds d'équité le problème devrait être réduit.

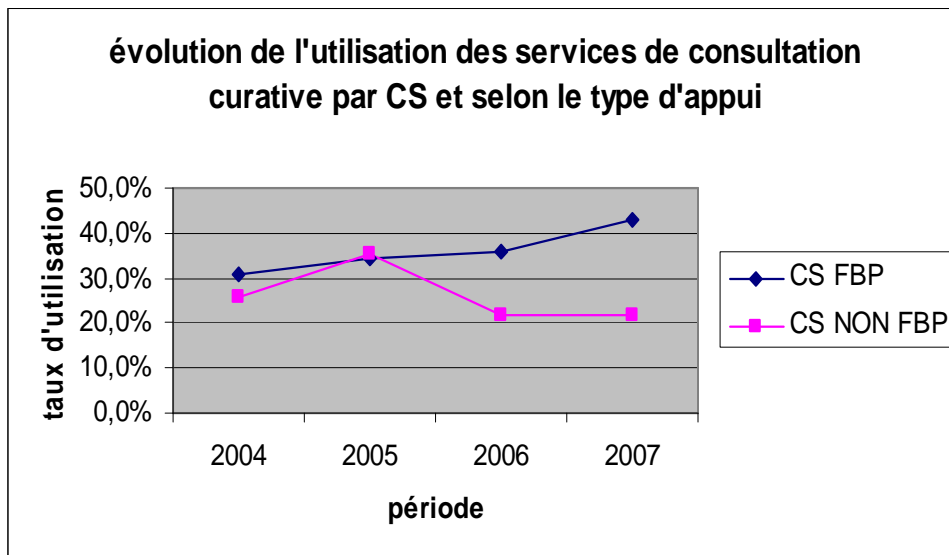
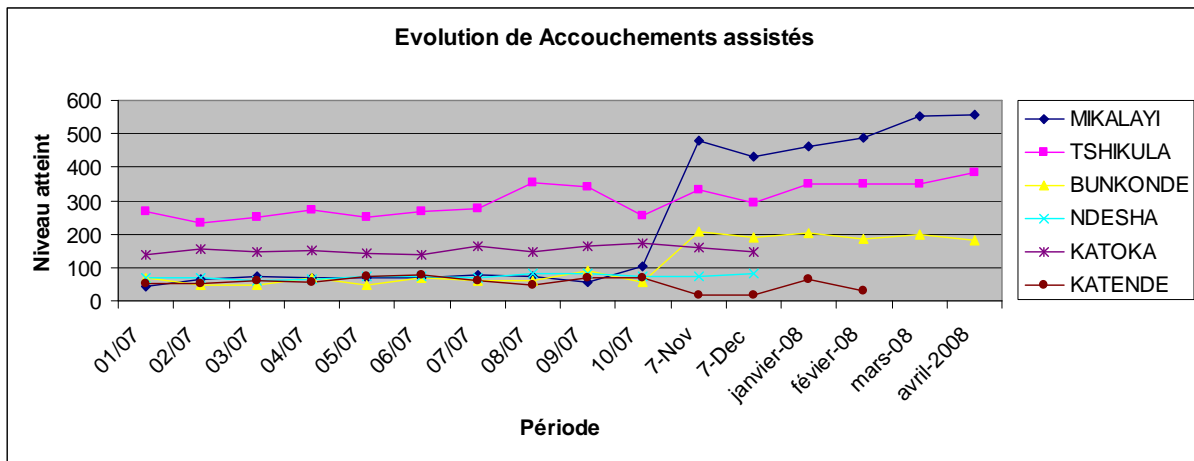


Figure 4: Evolution de l'utilisation des services de santé en zone PBF et non PBF dans le Kasai Occidental

3.2.3 Accouchement assisté

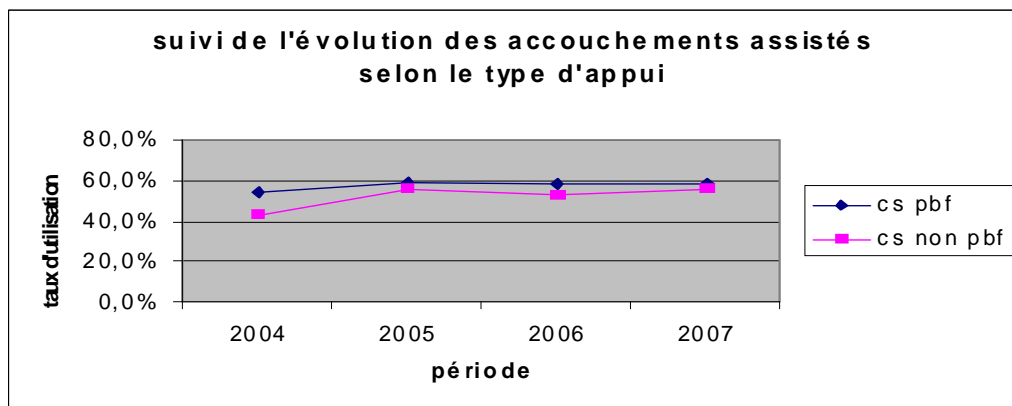
Depuis novembre 07 les tendances sont à la hausse au niveau des zones PBF, surtout à Mikalayi et Bunkonde, bien qu'à Tshikula la tendance semble se stabiliser depuis des mois ceci peut être du à la saturation des appuis dans le cadre du PBF. Cependant il y'a lieu de noter que *le PBF n'a commencé pour les autres provinces que depuis Juillet 2007.*

Figure 5: l'évolution des résultats pour les accouchements assistés



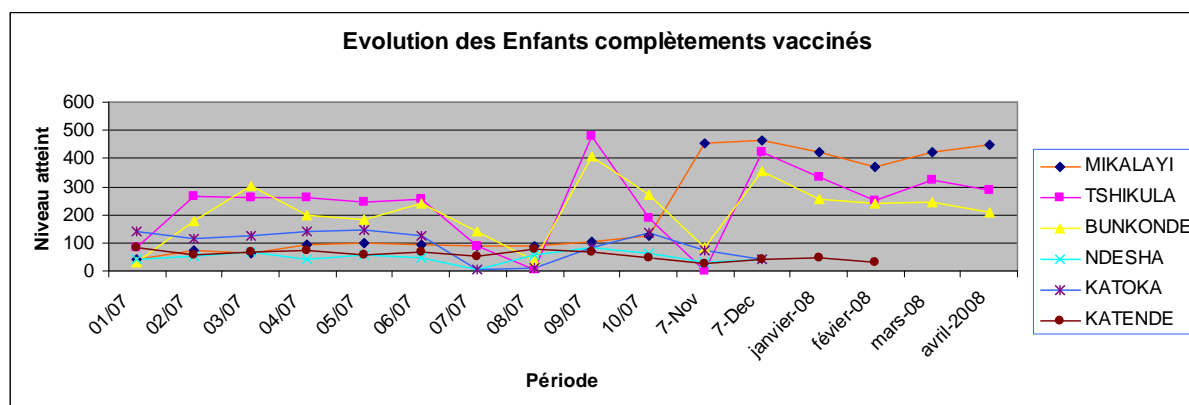
Le même phénomène s’observe aussi pour les accouchements assistés sauf que dans la zone de Katoka, le profil de la courbe est légèrement au dessus par rapport aux autres zones non PBF mais l’évolution des accouchements assistés affiche aussi la même tendance à la hausse au niveau des zones PBF seulement mais au niveau de Bunkonde il y’a une hausse depuis octobre 2007 avec une constante dans l’évolution tandis que les 2 autres zones se détachent complètement de la tendance à partir de décembre 2007. La stabilisation de Tshikula se confirme encore ici.

Figure 6: l'évolution des accouchements assistés



Pour Tshikula encore une fois la tendance n’a pas beaucoup changé depuis l’introduction du PBF bien que la tendance soit bien maintenue, par contre à Mikalayi, Bunkonde les effets sont notables avec un redressement spectaculaire au niveau de Mikalayi. Cette situation au niveau de Tshikula serait due à des problèmes liés au fonctionnement des FOSA on note surtout le faible niveau et leur tendance des indicateurs dans les zones non PBF

Figure 7: tendances dans la couverture de la vaccination



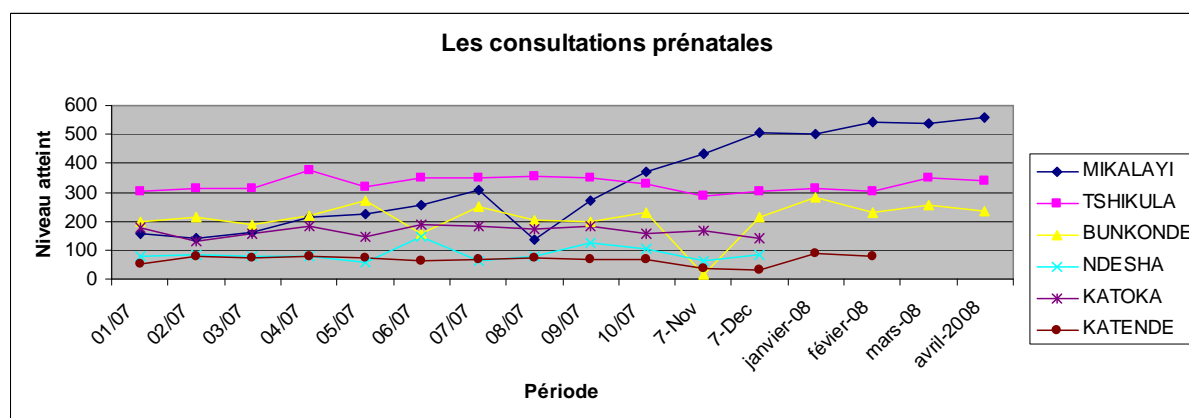
On note ici une amélioration nette de la vaccination dans les zones PBF. La chute des courbes en juillet et en août traduit des ruptures de vaccins qui sont fréquentes dans la province mais également une mauvaise organisation des FOSA et des BCZS pour la prise en charge de la vaccination. Encore une fois la zone de santé de Mikalayi se distingue par son parcours au dessus du lot des autres zones à partir novembre 2007 malgré une baisse de niveau commune d'ailleurs à toutes les zones en novembre 2007.

Les zones non PBF sont au plancher depuis le mois de juillet à l'exception de la zone de Katoka avec un léger mieux entre janvier et juin 2007. Il faut noter que la vaccination est gratuite.

3.2.4 Utilisation des services de CPN (CPN3/TPI2)

Nous observons la même tendance à la hausse de l'indicateur CPN pour les zones PBF avec encore un fléchissement dans la zone de Bunkonde mais avec un niveau élevé de la couverture.

Figure 8: les résultats de la couverture CPN dans la zone PBF



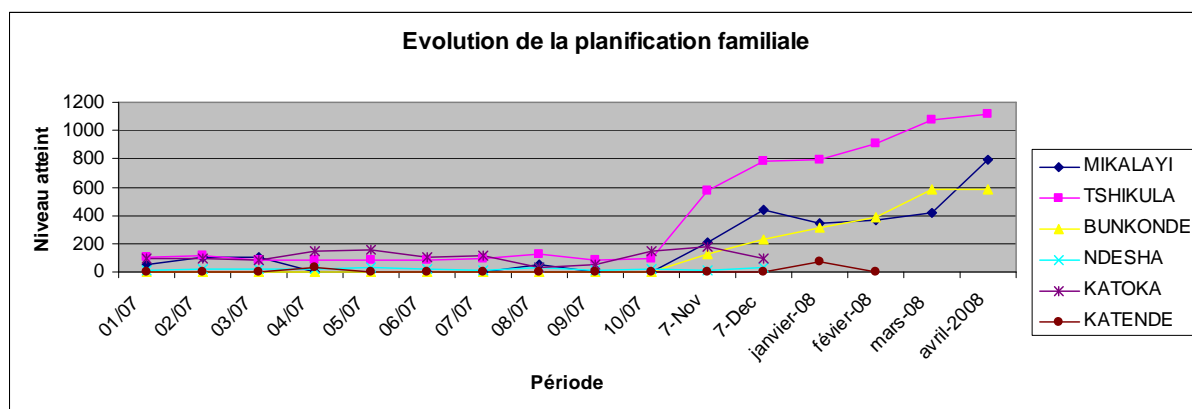
Nous observons la même tendance à la hausse de l'indicateur pour les zones PBF avec encore un fléchissement dans la zone de Bunkonde mais avec un niveau élevé de la couverture. Mikalayi se détache du lot. Les zones non PBF ont le profil bas bien que dans la zone de Katoka le niveau soit légèrement supérieur aux autres zones non PBF. Les zones PBF sont nettement au dessus de celles non PBF avec toujours un manque de sensibilité de la zone de Tshikula.

3.2.5 Planification familiale

Au niveau de la prévalence contraceptive, le phénomène est plus clair avec des bonds importants des 3 provinces PBF à partir d'octobre 2007 avec une plus grande ascendance cette fois ci pour Tshikula : les autres provinces non PBF accusent un niveau et une évolution faibles depuis janvier 2007. La période de janvier à juin 2008 il n'y avait pas de système PBF au Kasai.

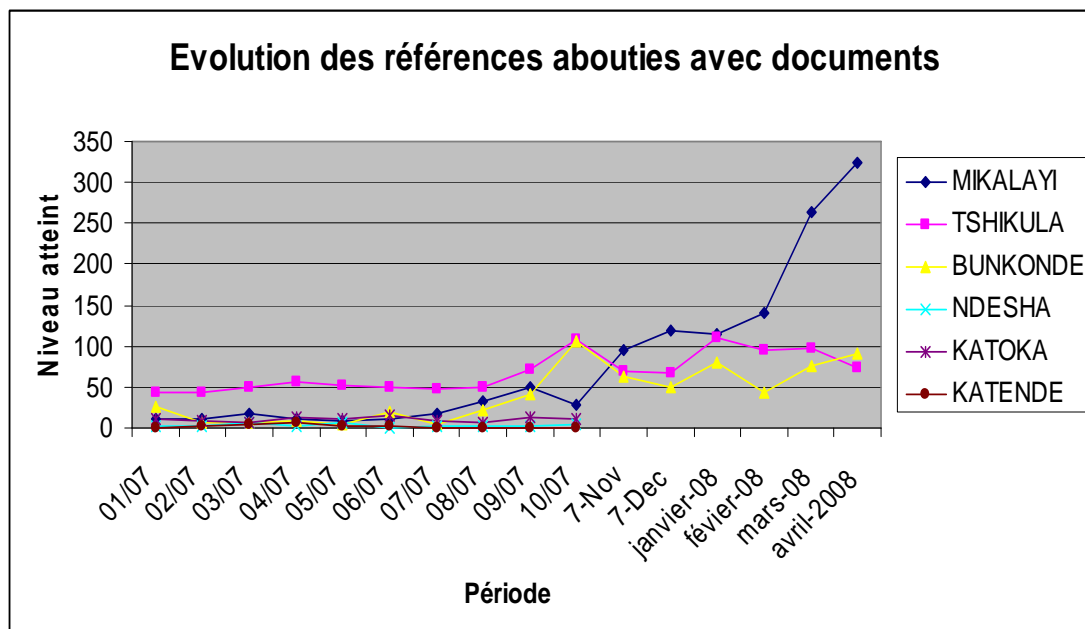
Il y'a lieu de noter que les zones PBF étaient au même niveau que les zones non PBF de janvier 2007 ce jusqu'en octobre 2007 mais on note un redressement spectaculaire des activités dans les zones PBF à partir du mois d'octobre et ce jusqu'en avril 2008 particulièrement pour Mikalayi.

Figure 9: L'évolution de la planification familiale



3.2.6 Evolution des références abouties à l'HGR

Figure 10: évolution des références abouties au niveau de HGR



Cette évolution montre les efforts faits par les zones de santé PBF pour le suivi de la référence : Mikalayi émerge du lot.

3.3 Résultats de l'évaluation selon les activités du paquet complémentaire D'ACTIVITÉS DANS LES ZS APPUYÉES PAR L'AASS

3.3.1 Urgences médico-chirurgicales après 18 Heures

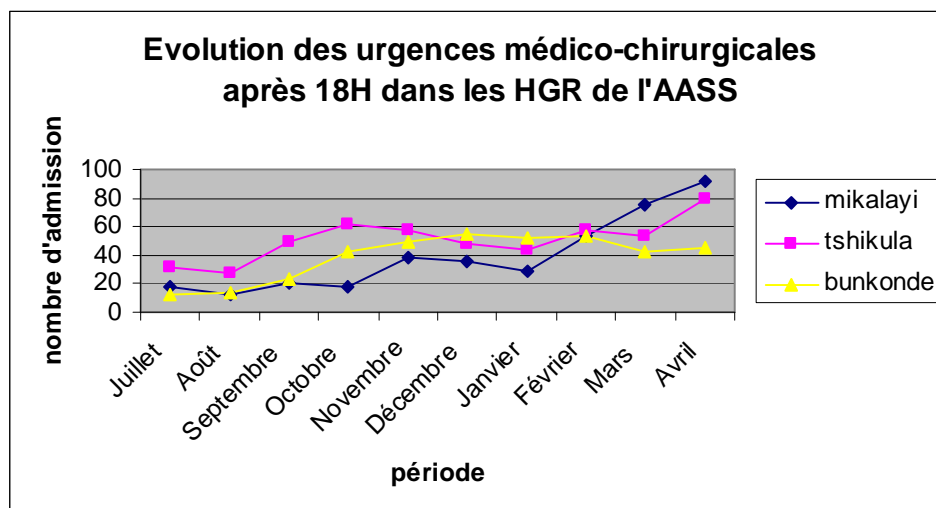


Figure 11: l'évolution des urgences médico-chirurgicales dans les HGR

Cet indicateur traduit le dynamisme des HGR sous PBF à prendre en charge les urgences le soir. Ce phénomène peut s'expliquer aussi par la motivation des agents en périphérie, l'amélioration de l'accueil et la continuité des services – les heures d'ouverture 7/7 jrs, 24/24 heures, augmentation du taux de référence la disponibilité du personnel.

3.3.2 Performances en termes de productivité (quantitatif)

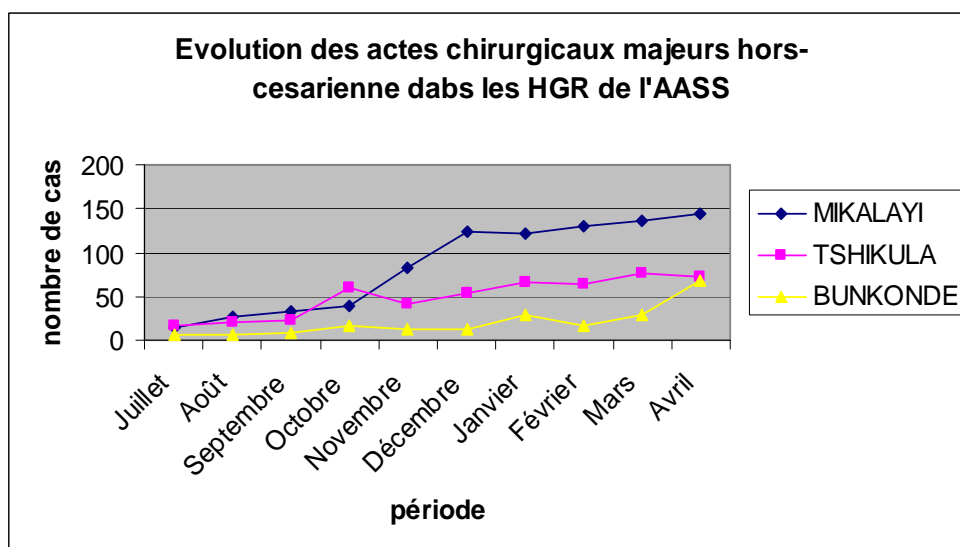


Figure 12: évaluation des actes chirurgicaux majeurs

On note une hausse significative de l'évolution de cet indicateur dans les HGR ce qui traduit l'intensité des activités avec l'achat des services.

3.3.3 Accouchements dystociques

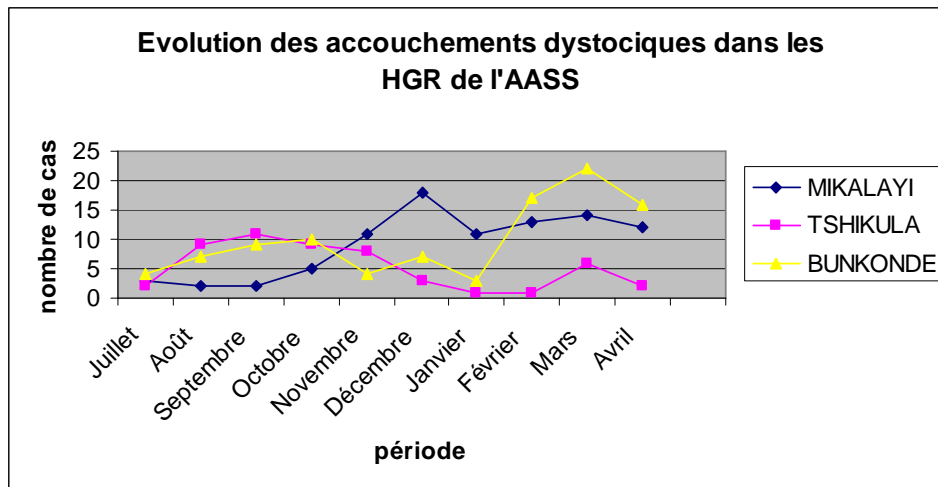


Figure 13: évolution des accouchements dystociques dans les HGR

Cette tendance à la baisse peut bien traduire la bonne qualité de la prise en charge des femmes enceintes lors des CPN dans les FOSA.

3.3.4 Césariennes référées à l'HGR

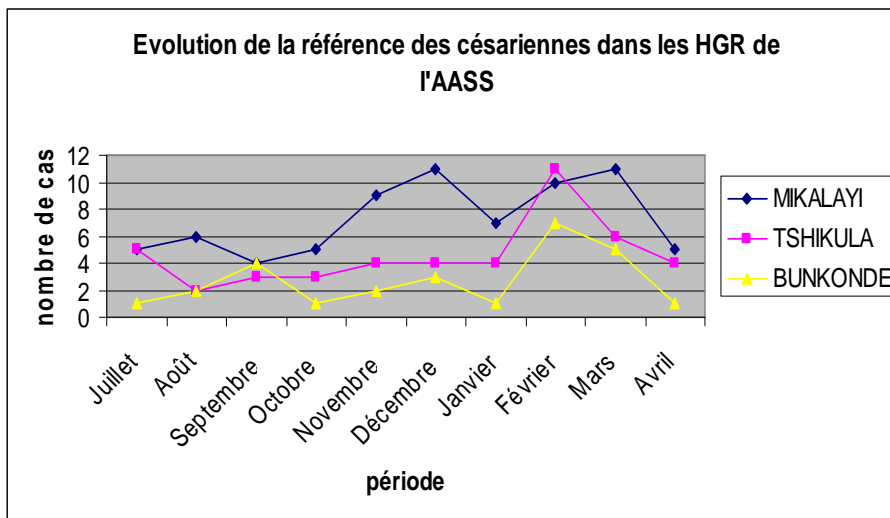


Figure 14: évolution de la référence des césariennes dans les HGR

Cette tendance des césariennes référées vers la baisse montre encore une fois la bonne qualité de la prise en charge au premier niveau ;

En conclusion dans le Kasai Occidental on peut dire que les indicateurs liés au système d'achat des performances des services de santé ont évolué favorablement depuis l'instauration de ce système : néanmoins, il y'a lieu de souligner qu'il se pourrait que ces résultats soient fragiles dans la mesure où de mauvaises décisions peuvent peser rapidement sur ces tendances.

Enfin la courte période d'essai peut ne pas être très significative pour une observation scientifique de ce genre de phénomène

3.3.5 Les résultats au niveau ménage

L'AASS sur financement du 9^{ème} FED a entrepris une évaluation de base dans les zones de santé de Bunkonde, Tshikula et Mikalayi du 8 mai au 30 juin 2007 sur la base d'un échantillon de 330 ménages avant donc juste avant la mise en place de l'approche PBF dans les 3 zones.

Les accouchements sont essentiellement réalisés par des matrones donc par du personnel non qualifié au niveau de tous les FOSA. En outre il y'a eu peu de supervision de la régulation pour améliorer la qualité. Les Fosa ne disposaient pas de protocoles et le partogramme n'était pas de rigueur sans compter les difficiles conditions d'hygiène générale.

En ce qui concerne les CPN, l'enquête montre que 97 % des femmes enceintes ont fait la CPN. Il faut cependant préciser ici que l'enquête n'a couvert ni la 2^{ème} ni la 3^{ème} CPN pourtant indispensables pour mesurer la qualité.

50 % d'échec ont été enregistrés pour la planification par les méthodes naturelles mais au niveau des méthodes modernes de PF il est noté une mauvaise qualité de services et une insuffisance dans l'offre et la gamme des services liés notamment à des insuffisances dans la formation en méthodes PF des personnels de santé.

En matière de PEV il a été constaté des problèmes d'accessibilité car en effet 20 % des populations enquêtées disent n'avoir pas accès aux services de PF à cause de la distance en fait il faut rappeler que les FOSA sous administration de l'Eglise Catholique n'ont pas le droit d'offrir des services de PF et dans la province du Kasai, au moins 40 % des FOSA sont concernées.

Dans la zone de santé de Tshikula la couverture complète des enfants n'a atteint que 50 % du fait des problèmes liés au niveau des centres de santé.

4 Performances en termes de participation et de qualité des services

4.1 Perception des régulateurs : des prestataires et de la société civile

4.1.1 Analyse globale de l'évolution de la qualité des services

L'enquête ménage menée par l'équipe du Dr Soeters à Tshikula et à Ndesha en 2004 au Kasai Occidental avait montré déjà que le taux de disponibilité des MEG dans ces zones était de 71% le taux de guérison de 56 % seulement ; malheureusement, il n'y a pas eu une enquête de suivi pour dégager les nouvelles tendances sur la qualité des services en 2008. Le présent chapitre sera réparti comme suit :

Dans le cadre de l'enquête ménage dans le Kasai Occidental, précisément dans les zones de santé de Tshikula, Ndesha et Katoka la communauté avait trouvé une bonne qualité des services des épisodes maladies à 80 % avec une meilleure satisfaction des FOSA du public ou communautaires (satisfaction de 92 %. En outre, 71 % des populations ont trouvé que les FOSA sont suffisamment dotées en MEG, que 94 % ont été traitées avec respect par le personnel de santé, 36 % ont trouvé le système d'attente long.

12 % ont trouvé qu'il n'y a pas le personnel de qualité au niveau des FOSA et 19 % pas d'adéquation de l'équipement et 18 % pour le manque de qualité.

56 % des malades se sont sentis guéris après traitement.

56 % des malades à Bunkonde, 48 % à Mikalayi et 72 % à Tshikula ont considéré qu'ils étaient guéris après traitement ; ces FOSA ont connu une disponibilité moyenne en MEG de respectivement de 74,85 et 57 %.

L'accueil des malades a été perçu comme bonne à 94,6 % à Bunkonde, 86,7 % à Mikalayi et 78, à Tshikula.

5,4 % à Bunkonde, 13 % à Mikalayi et 23 % à Tshikula ont trouvé la durée d'attente longue voire trop longue.

2,2 %, 6,3 % et 4,3 % respectivement dans les 3 zones de santé ont trouvé que le personnel n'est pas compétent et pas qualifié. 20 %, 6 % et 3 % souhaitent un rééquipement ou une rénovation des FOSA pour améliorer la qualité des services.

50 % des accouchements assistés à Mikalayi et 35 % à Tshikula sont assurés par un personnel non qualifié.

La régulation n'a pu, depuis le début du projet PBF en juillet 2007, élaborer qu'un rapport trimestriel sur la qualité au niveau des FOSA en mai 2008 sur un total de 4 au total : en effet, la DPS a tardé à élaborer le protocole de support devant servir à évaluer et à suivre la qualité des services ce qui a entraîné des insuffisances dans ce domaine.

Néanmoins, 2 évaluations ont été réalisées dont l'une au premier trimestre 2007 et l'autre en juin 2008. Il ressort que la moyenne de satisfaction pour l'ensemble des zones de santé considérées se situe autour de 89,6%. La plus grande satisfaction est exprimée dans la Zone de santé de Mikalayi. En effet, dans cette zone de santé, il a été constaté que près de 94% des patients enquêtés se trouvent satisfait de la prestation qui leur a été fournie au cours de leur visite dans les structures de soins. Par

contre, la plus grande proportion de patient s'estimant insatisfait a été enregistrée dans la zone de santé de Bunkonde avec 11,6% contre 6,3% et 10,2% respectivement à Mikalayi et Tshikula.

L'évaluation de la qualité dans la zone de santé de Tshikula réalisée du 13 au 30 mai 2008 a montré que 50 % des FOSA enquêtées n'ont pas eu de bonus qualité, 50 à 69 % d'entre elles ont une qualité douteuse et 46 % des FOSA n'offrent pas de services de qualité.

Tableau 10 Cotation du bonus qualité dans les FOSA de la zone de santé de Tshikula

N°	FOSA	COTATION/100
1	Mulumba Kabuya :	60
2	Bitanda Kakunda	58
3	Tshibombi :	57
4	HGR	56
5	Yamba Yamba	56
6	Tshiawu	56
7	Nkufulu	53
8	Tshiala Benyi	53
9	Kabeya Lumbu	52
10	Mbuanya	50
11	Tubalame	47
12	Tshimbawu	46
13	Bitanda Tshiendele	46
14	Kambala	45
15	Kamuandu 45/100	45
16	Kalomba	39
17	Mpenge	32

NB : grille de notation :

- **Moins de 50 % : pas de bonus de qualité car il n'y a pas de qualité dans l'offre des soins ;**
- **Moins de 50 à 69 % : qualité douteuse et le bonus correspond au pourcentage obtenu ;**
- **Moins de 70 % et plus : il y a qualité de l'offre des soins et le bonus correspond au pourcentage obtenu.**

Une autre enquête qualité réalisée dans la zone de santé de Tshikula en mai 2008 par le BDOM CDS Kananga et basée sur les nouveaux critères élaborés par l'IPS et qui porte sur des critères relatifs à l'organisation et au fonctionnement des unités de soins, à la pratique professionnelle, à la gestion de la pharmacie, à l'hygiène, à la qualité de la couverture en prestations de services et à la satisfaction des usagers a révélé les éléments suivants :

Seuls 4 CS sur 16 ont eu une notation supérieure à 70 % pour la consultation externe 3 CS pour la

CPN, 2 pour la maternité, 3 pour la vaccination, 7 sur la pharmacie ,0 sur l'hygiène et la PF 15/16 ;

Pour les populations la perception de la qualité s'est traduite par :

- Un afflux de malades dans les FOSA
- Une plus grande disponibilité des MEG,
- L'amélioration de l'hygiène,
- Une plus grande disponibilité des services,
- La permanence et la continuité des services 24H sur 24

L'exploitation des fiches statistiques d'enquête en zone PBF et non PBF en 2007 (début du PBF) a révélé les données de qualité suivantes¹ :

Tableau 11: résultats des enquêtes sur la qualité de soins

	Bunkonde	Mikalayi	Tshikula	Katende	Katoka	Ndesha
Bâtiment correct bien entretenu	29 %	64 %	28 %	27 %	100 %	53 %
File d'attente correcte	67 %	91 %	100 %	0	0	0
Confort et confidentialité	24 %	64 %	28 %	100 %	100 %	46 %
Minimum d'équipement	71 %	100 %	100 %	100 %	100 %	15 %
Fonctionnalité laboratoire	29 %	155 %	23 %	14,3 %	100 %	23 %
Système de communication	167 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Existence plan d'action qualité	71 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

La qualité des bâtiments des FOSA est meilleure dans les zones non PBF en 2007

L'accueil est de meilleure qualité de loin dans les zones PBF mais l'équipement et la fonctionnalité des FOSA est meilleure dans les zones témoins

La qualité s'est améliorée dans les zones de santé PBF mais les résultats auraient pu être plus importants si le dispositif de suivi/évaluation était mis en place dès le début du projet par l'IPS.

¹ NB : ces résultats ne couvrent qu'une partie de l'année 2007 (6 mois de PBF) : une période encore insuffisante pour avoir une idée précise. Les résultats sont à relativiser.

Le PBF ne peut pas prendre en charge l'ensemble des besoins d'investissement des FOSA et en plus la situation de délabrement des FOSA ne milite pas en faveur d'une bonne hygiène hospitalière et d'une bonne qualité de services ce qui peut, à terme, faire baisser la fréquentation.

Les hôpitaux doivent prendre en charge les cas référés mais la politique d'achat de prestations pousse l'HGR à faire du primaire à outrance au lieu de chercher à améliorer la prise en charge des cas compliqués et référés. Les hôpitaux semblent être délaissés dans le cadre d'une politique harmonieuse en la matière : en effet, le plateau technique est faible en général et la référence technique est peu assurée faute de personnel qualifié et d'un plateau technique adéquat.

4.1.2 Perception de la Société Civile

L'exploitation des interviews des focus groupes dans les zones de santé sous PBF a donné les résultats suivants :

Le genre est bien représenté dans les associations et les comités de santé ; dans plusieurs organisations les femmes représentent plus de 50 % des membres sans compter les associations composées uniquement de femmes et elles sont au centre des prises de décision. La société civile pense que les indigents sont pris en charge à travers le fonds d'équité mais *il reste beaucoup à faire dans ce domaine* notamment la prise en charge des références hospitalières. Plusieurs ont dit que le fonds d'équité ne prend en charge que les « petits soins » mais pas l'essentiel.

Selon les représentants de la Société Civile :

1. le PBF a amélioré le cadre de travail et de vie des travailleurs de la santé
2. les populations des autres zones de santé sont attirées par la qualité des services des zones PBF. L'accueil aux patients s'est nettement amélioré ainsi que la satisfaction des usagers.
3. elle trouve que le système de vérification est pertinent et fiable.

Les besoins non couverts en services de santé ressentis sont le laboratoire, la nutrition, la radiologie les sérums antivenimeux.

La société a noté aussi la continuité et la permanence des services avec le PBF ainsi qu'une meilleure qualité des services avec de nombreux malades guéris.

Elle trouve aussi qu'il y'a suffisamment de ressources humaines de qualité dans les FOSA et une meilleure organisation des services.

Tous ont aussi rejeté l'idée de gratuité des services de santé et certains pensent que cela pourrait être envisagé pour les pauvres mais la grande majorité des associations et COSA interviewés préfèrent parler de ticket modérateur pour ces derniers.

Ils ont tous noté la baisse des prix des MEG et leur disponibilité ainsi que la baisse des tarifs au sein des FOSA ce qui a entraîné un afflux des malades.

Ils ont surtout mis l'accent sur le fait que peu sont associés à l'élaboration des plans et au processus de planification à l'exception de quelques COSA mais c'est surtout les ONG et les Associations qui ne ressentent pas une quelconque implication à la gestion de la santé de leur terroir. Enfin tous

reconnaissent qu'ils n'ont pas été formés au système PBF et qu'ils n'ont pas été sensibilisés à ce processus et qu'il y'a nécessité à le faire.

4.1.3 Perception de la régulation et des prestataires

La régulation (IPS et BCZS) et les prestataires pensent qu'ils ne sont pas assez impliqués dans les décisions les concernant notamment s'agissant de la baisse des tarifs d'achat des prestations de services décidée dans la Province et au niveau du Secrétariat du FASS sur proposition de l'agence d'achat ce qui a d'ailleurs entraîné la baisse des activités et une certaine démotivation alors que des concertations préalables auraient permis de transcender la situation. Ils estiment toujours aussi qu'ils ne sont pas suffisamment impliqués dans le choix des indicateurs alors qu'ils peuvent apporter beaucoup d'améliorations (en fait, seul le MIP siège au niveau du CPP et il n'est pas évident que des concertations de ce genre avec les BCZS et les prestataires aient lieu). La régulation, surtout au niveau des BCZS, ne dispose pas en général du minimum nécessaire notamment des micro-ordinateurs, de l'électricité du matériel de bureau, des fournitures et un système de communication.

Ils estiment que le système fonctionne bien en général et que les capacités en gestion financière des BCZS sont renforcées. L'engouement et la motivation des personnels de santé se sont nettement accrus.

Il y'a lieu d'améliorer aussi les évacuations des malades car les FOSA ne disposent pas d'ambulances.

Ils notent que le PBF ne règle pas les problèmes de fonds des besoins d'investissement malgré quelques rares possibilités. Ils relèvent aussi que le manque de motivation des relais communautaires pose un sérieux frein à l'approche communautaire des problèmes de santé

Ils apprécient le travail de vérification et de contrôle des données au sein des FOSA des zones de santé PBF ce qui rend plus fiable le SNIS ont-ils dit.

4.1.4 Performances en termes de participation de tous les acteurs

Le système PBF développe les réflexes au niveau de toutes les structures notamment au niveau de la régulation, des FOSA, et des décideurs en ce sens qu'il développe des innovations majeures dans le système de santé en ce sens que les différents acteurs sont toujours confrontés aux différents outils de planification de gestion financière ainsi que du système d'information et qu'ils sont tenus d'améliorer le système tous les jours.

Ainsi, la capacitation en planification et en suivi évaluation s'est renforcée avec l'accompagnement du processus de développement des business plan, de l'élaboration des plans d'opération annuels

Au niveau des FOSA le même raisonnement tient avec les outils de gestion qui sont utilisés ce qui améliore le know how en matière de planification, d'organisation et de gestion des activités et surtout de l'amélioration du système d'information. Les COSA participent de plus en plus à la gestion des FOSA. L'avis des communautés est de plus en plus sollicité avec les enquêtes ménages et de vérification des prestations en quantité comme en qualité. La présence des animateurs communautaires contribue à une amélioration de la sensibilisation des populations et à son implication plus grande aux activités de santé.

Les équipes cadre de province, des BCZS ainsi que des FOSA plus motivées animent de plus en plus le système de santé.

Ainsi, au-delà des questions financières et de couverture, il n'y a pas de doute que le PBF contribue à dynamiser le système de santé vers une évolution qui ne peut être que positive de développement voire de mutation vers la performance. Le PBF en ce sens développe les capacités à tous les niveaux du système de santé. Avec le système de motivation induit la gestion des ressources humaines s'adapte plus car il y'a un système d'incitation mis en place.

4.1.5 Impact probable

Il ne fait pas de doute que l'accessibilité a augmenté particulièrement dans le Kasai Occidental où la fréquentation a cru régulièrement avec la baisse du MEG et des tarifs des consultations et des actes. La forte affluence des clients s'est bien matérialisée au niveau de l'évolution des indicateurs que nous avons déjà analysés.

Avec le fonds d'équité mis en place dans le Kasai, l'accessibilité des populations a augmenté même si des problèmes demeurent dans la prise en charge des indigents avec notamment la centralisation de ce fonds au niveau des HGR et les difficultés de transport et de prise en charge connexe qu'encourent les patients pour accéder à la référence. Cette accessibilité contribue à une meilleure prise en charge des indigents dans le Kasai.

QUATRIÈME PARTIE :

5 Pérennisation / Durabilité

La pérennisation et la durabilité peuvent s'analyser au niveau des aspects institutionnels mais aussi des prestations de services mais aussi au niveau politique et social.

Cette analyse sera centrée autour des organes que sont l'agence d'achat qui est central dans le dispositif d'achat des performances ainsi que sur la régulation, les ONG d'appui ainsi que sur les FOSA ainsi que les organes de gestion et de pilotage

5.1 Durabilité Institutionnelle

5.1.1 L'Agence d'achat

En vue de la mise en place de l'EUP, il s'avère important de disposer de techniciens de santé pour épauler les statisticiens qui doivent se concentrer d'avantage sur un dispositif de suivi-évaluation des activités qui n'existe pas. Il y a aussi la nécessité de disposer d'un logiciel de gestion et d'un manuel des procédures qui tiennent compte de l'agence et des interrelations avec son environnement.

L'EUP doit pouvoir mobiliser d'autres partenaires au développement et gérer un portefeuille plus diversifié au profit de la Province d'où la nécessité de faire du marketing pour son image de marque à travers ses résultats. L'EUP devra donc développer un programme de marketing et de communication afin d'assurer la promotion du programme.

5.1.2 Les organes de régulation

L'Inspection Provinciale de la Santé

La Province de santé dispose d'un effectif pléthorique d'une trentaine d'agents et la notion d'équipe cadre de province n'existe pas : il n'y a pas une équipe cadre intégrée digne de ce nom car il y a une prédominance des programmes verticaux de santé ; dans ces conditions l'organisation et l'efficacité du travail s'en ressentent beaucoup.

Au niveau de l'ECP il y a un problème de leadership et d'organisation ainsi qu'une grande mobilité des MIP souvent affectés. En outre la cohabitation avec le ministre provincial de la Santé pose un problème inhabituel de leadership.

Le bureau planification au sein de l'IPS n'est pas fonctionnel et il n'existe pas de plan provincial de développement de la santé encore moins une carte sanitaire. Néanmoins il existe un plan d'action annuel. Il n'y a pas de dispositif intégré de suivi des activités. La levée de tous ces goulets d'étranglement est une condition de la pérennisation. Il faudrait aussi que le rôle du niveau central puisse être systématique au niveau provincial, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui en RDC.

Le Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS)

Le BCZS dispose de Conseils d'administration qui se tiennent régulièrement au niveau des BCZS et qui

approuvent les plans d'action et les bilans des activités. Le MIP en est le président et les membres sont le médecin du BCZS ainsi que les autorités politiques et administratives.

Les activités de supervision se mènent régulièrement malgré les conditions difficiles de travail des équipes cadres (budget Etat faible voire inexistant, problèmes d'électricité, d'informatique, de moyens de déplacement, carburant, etc.). Le plan de développement de zone n'est pas élaboré mais il existe des plans annuels d'activités validés par le Conseil d'administration. En outre, les calendriers de supervision mensuelle sont régulièrement produits et les réunions de coordination se tiennent aussi régulièrement.

L'examen des activités des zones de santé montre que les ECZS de Mikalayi et de Tshikula sont plus fonctionnelles que celle de Bunkonde. Il y'a surtout la nécessité de rendre les BCZS encore plus fonctionnelles en améliorant le cadre de travail. Le renforcement des fonctions de planification, de coordination et d'organisation est aussi une nécessité absolue.

Le Comité de Pilotage

Il y'a une certaine dynamique dans ce sens entretenue par l'agence et le 9^{ème} FED.

Le Comité de Pilotage au niveau provincial n'est pas fonctionnel en ce sens qu'il ne tient pas de réunions régulières. Par contre, les réunions du Sec/FASS sont tenues régulièrement avec ordre du jour et calendrier prévisionnel et polarisent un nombre important de personnes de tous horizons. Les délibérations sont souvent longues et l'ordre du jour connu à l'avance avec précision. Toutes les réunions sont sanctionnées par des PV systématiquement et les thèmes débattus sont d'importance. Cependant, certains partenaires rechignent à y participer (surtout le Système des Nations Unies). Un plaidoyer plus vigoureux doit se faire à l'endroit des partenaires pour une plus grande adhésion au PBF au niveau provincial. Le comité de pilotage provincial devrait s'approprier ce dispositif aussi afin d'en assurer la promotion et l'intégration dans la politique nationale.

L'ONG d'Appui : le BDOM-CDS

Le BDOM joue un rôle important en particulier au Kasaï Occidental où il dispose d'un nombre important de formations sanitaires. En effet, le BDOM gère 11 HGR et 68 CS avec en plus 4 HGR qui lui sont cédés par l'Etat pour la gestion. Dans le cadre du Pré-FASS, le BDOM renforce l'encadrement dans le cadre d'une convention signée. Il dispose de superviseurs des zones de santé et il appuie la régulation dans ses activités. Ainsi, le BDOM produit des rapports semestriels régulièrement mais il y'a lieu qu'il renforce ses capacités d'accompagnement, d'assistance technique de coordination et d'organisation.

5.1.3 Les Organes de vérification

La vérification est de la responsabilité de l'agence. La présence des 2 statisticiens en son sein a aidé à assurer les enquêtes de vérification et de satisfaction ; néanmoins il n'est pas évident que ces derniers soient reconduits dans le cadre de l'EUP pour assumer ces fonctions bien que cela soit nécessaire: en outre, pour ce qui est des vérifications au sein de la communauté, le recrutement d'ONG est indispensable pour mener l'évaluation et la satisfaction des communautés : en outre pour ce qui est des évaluations de qualité dans les FOSA , seule une vérification a pu être menée, Il s'agira donc de rendre plus systématique le

travail d'évaluation trimestrielle de la qualité par la régulation.

Les animateurs communautaires

Les animateurs communautaires, malgré l'importance de leurs activités ne jouent pas régulièrement leur rôle où ils mènent des activités importantes mais trop ponctuelles pour couvrir les besoins. Il s'est agi d'une bonne initiative de l'AASS qu'il faudrait à notre avis consolider à l'avenir compte tenu des aspects de sensibilisation qui sont indispensables.

5.1.4 Durabilité Technique, Economique et Financière

L'approche PBF a révélé des acquis importants qui ont entraîné une redynamisation certaine du système de santé en RDC mais ces acquis sont ils durables ? C'est la question à laquelle nous allons tenter de répondre aussi bien du point de vue technique, socio- économique et financière en mettant aussi en relief les faiblesses du système et en proposant des recommandations.

5.2 Les forces, faiblesses, opportunités et menaces

5.2.1 Forces

La durabilité du processus d'achat de services se fera dans le cadre de la consolidation des acquis positifs ou points forts du moment et qui sont les suivants :

- Hausse de la fréquentation des FOSA en général dans la province du Kasaï occidental
- Disponibilité des médicaments dans les FOSA
- Disponibilité des données sanitaires dans le cadre du logiciel GESIS
- Mécanisme existant de prise en charge des indigents et meilleure accessibilité des populations aux services de santé
- Baisse des prix des prestations de services
- Disponibilité régulière de documents importants sur le suivi du système de santé au niveau de l'AASS
- Approche en cohérence avec la SRSS
- Meilleure accessibilité et prise en charge des indigents
- Satisfaction des communautés
- une meilleure motivation du personnel de santé
- Meilleure qualité de services offerts
- un système de santé plus dynamique

5.2.2 Faiblesses et menaces du système sur sa durabilité et sa pérennisation

Bien que le système fonctionne assez bien, il n'en demeure pas moins que des menaces pèsent sur

ces acquis **dont les plus importants sont les suivantes :**

- la vétusté générale des infrastructures de santé et leur mauvais état d'équipement qui limite tout de même la qualité des services offerts aux populations
 - l'insuffisance dans la prise en charge de la référence hospitalière en général
 - La hausse importante de prix prévue des médicaments essentiels au sein des FOSA pouvant entraîner une baisse de la fréquentation et des activités des FOSA et donc une démotivation des personnels de santé (la hausse pourrait atteindre 25 % en y incluant le transport qui constituait un sérieux problème d'accessibilité des FOSA)
 - Retard de relais de l'AASS par l'EUP et substitution retardées des fonds du FASS
 - Des retards dans l'approbation des DP du 9^{ème} FED entraîneraient des retards de financement des activités
- Une mauvaise gouvernance locale au sein de l'EUP pourrait compromettre gravement la durabilité du programme
 - La situation politique économique et financière de la RDC constitue un risque majeur pour la durabilité et la pérennisation de l'approche : en effet, compte tenu de la crise latente et de l'instabilité politique, il y aura encore des tensions de trésorerie qui risquent de se traduire par une moindre prise en charge du secteur de la santé à tout point de vue par l'Etat avec des conséquences au plan politique et social (pauvreté, décisions politiques et gouvernance, etc. Il s'agira donc de lever ces contraintes et de les prévenir afin d'assurer la durabilité du système PBF qui dépend étroitement de l'environnement sociopolitique du pays.

5.3 Discussions / Conclusions sur la durabilité

Nous savons aussi le type d'agence qu'est l'EUP qui se profile à l'horizon dans le Kasai.

Les coûts ne sont pas négligeables en général surtout s'il faut dupliquer cette agence dans les zones ou les provinces.

Donc il y a un minimum de zones, voire de provinces à couvrir pour rendre l'agence efficace ce que fera d'ailleurs l'EUP. Il y a aussi d'autres facteurs importants dont il faut tenir compte ; c'est le cas notamment des interventions d'autres partenaires avec d'autres types de financement ; gratuité, médicaments, autres types : ces aspects constituent des facteurs perturbateurs dans le sens où il y a souvent conflit de politique en matière de motivation ou d'approvisionnement en MEG ou d'autres types de mesures qui ne sont pas harmonisées.

Les outils utilisés dans le système sont pertinents et il s'agira de les améliorer qualitativement et de s'assurer qu'ils sont bien adoptés par les personnels de santé à tous les niveaux et qu'il y ait un suivi /évaluation à tous les niveaux.

Un autre goulot d'étranglement réside aussi dans l'environnement socio-économique difficile en RDC où le niveau des salaires et son non paiement pendant des mois engendrent des comportements qui vont à l'encontre des pratiques en faveur d'une bonne gouvernance dans le système de santé : il s'agit de la corruption et des conditions de survie sans compter les conditions matérielles de travail

qui sapent le moral et peuvent réduire tout effort de motivation supplémentaire. Ces éléments constituent des menaces sérieuses à la régulation à tous les niveaux et peuvent entraîner des tentatives de corruption ou des effets pervers dans le système.

Le fait que l'Etat ne prenne pas des dispositions financières dans le cadre même de la conception du projet et de prendre des mesures progressives avant la fin du projet pose le problème de la survie des agences et de leur pérennisation ; exemple de mesures budgétaires de prise en charge ou de participation ou de réforme budgétaire mais à court terme ce n'est pas possible en RDC car le processus de réformes du budget est à peine enclenché et la situation de post conflit n'est pas encore dépassée bien au contraire puisque la situation de guerre a repris ses droits dans le Kivu depuis un mois : le budget sera encore pendant quelques années soumis à rudes épreuves mais l'expérience pourra continuer avec l'appui des partenaires et que durant cette phase de transition les réformes continuent et se consolident dans le domaine de la santé.

Les tentatives de mauvaise gestion de la fondation qu'est l'EUP devront être systématiquement combattues et la rigueur devra prévaloir dans la gestion ainsi que la fonctionnalité des organes de gestion et principalement le Conseil d'administration

De plus, l'analyse a montré que l'achat de services n'est pas hors de la portée des budgets des Etats l'approche est dans le domaine du possible et le processus de budgétisation pourrait allier la participation financière des populations, le budget de l'Etat et le financement alternatif.

Au niveau de la durabilité technique il y a lieu de noter la nécessité de l'encadrement et de l'appui technique des Inspections et des Bureaux de Zones en matière de planification et de management particulièrement dans ce contexte de réformes et de revitalisation du système de santé au Congo.

Nous avons vu la dépendance financière des programmes d'achat compte tenu de la faiblesse du financement du système de santé par l'Etat. Un processus d'appui budgétaire à terme pourrait permettre de soutenir ce processus dans des pays comme le Congo mais il est vrai pourrait être limité par des questions de bonne gouvernance. La perspective à court terme est de consolider les acquis en liaison avec les partenaires dans un cadre de planification plus adéquat et d'envisager le rôle de l'Etat en tant que relève financière à long terme.

La non prise en charge des besoins en investissements dans les FOSA pour parachever le système de santé constitue une menace de survie et donc de pérennisation. Il en est de même des ruptures fréquentes en MEG mais dans le cadre de la nouvelle convention avec le 9^{ième} FED la situation du transport et de l'approvisionnement semblent être réglée.

Compte tenu de la prévalence de la pauvreté en général au Congo et dans le continent en général, instaurer ce genre de système nécessite une prise en charge correcte de l'accessibilité de la population démunie faute de quoi le système est menacé. Ainsi les critères de fonctionnalité du fonds d'équité seront-ils revus afin d'améliorer l'accessibilité des populations aux services de santé.

Des mécanismes de solidarité doivent donc nécessairement être développés pour accompagner le processus avec notamment la gestion du risque maladies dans un système de solidarité plus élargie à moyen et long termes.

6 Conclusions et Recommandations

6.1 Conclusions

L'évaluation de l'agence d'achat des services de santé au Kasai Occidental nous a permis de tirer les conclusions suivantes.

Le PBF est un processus innovant et important au niveau de la province bien que le pays soit confronté à des problèmes de financement local, de régulation et d'organisation des systèmes de santé. Au niveau de la RDC, ce système se justifie encore plus d'autant plus que l'Etat ne finance qu'une infime partie des besoins du système de santé.

Au niveau du Kasai Occidental le taux d'exécution des activités programmées en 12 mois qui est la durée du projet atteint pratiquement les 98 % tandis que le taux d'exécution financière est de 96 % ce qui constitue une performance dans la mise en œuvre du projet. Pour rappel, il s'agit d'un financement Pré –FASS financé sur fonds propres par Cordaid en attendant la mise en œuvre du FASS financé par l'Union Européenne.

Les principaux instruments et outils ont été mis en œuvre à tous les niveaux et le mécanisme a bien fonctionné en général à l'exception des évaluations de la qualité par la régulation qui ont connu des retards assez importants.

En outre, les enquêtes de satisfaction au sein de la Communauté n'ont pas été suffisamment menées.

L'agence est fonctionnelle mais ne dispose pas de personnels cadre moyen de santé. La charge financière de l'agence n'est pas excessive malgré l'accompagnement d'un assistant technique. Le S.E du Comité de Pilotage du FASS se réunit régulièrement et prend des décisions. La régulation au niveau des BCZS fonctionne aussi avec un accompagnement du BDOM.

Les problèmes constatés sont essentiellement :

- les insuffisances dans la planification et le suivi/évaluation
- les problèmes d'approvisionnement en MEG se traduisant souvent par des retards et des ruptures en plus des questions de sécurité
- le mauvais état des infrastructures et l'insuffisance en équipement d'où la nécessité d'accompagner le PBF par un système de financement en intrants
- les dysfonctionnements du fonds d'équité
- des insuffisances dans le cadre du système d'information dans les FOSA et les BCZS
- les mauvaises conditions de travail des équipes cadres qui limitent le bon déroulement des activités.

Malgré cela, il faut reconnaître que le système fonctionne bien et tous les indicateurs ont progressé favorablement dans toutes les zones de santé PBF contrairement aux zones non PBF dont les niveaux sont restés bien bas. Bien que la qualité se soit mieux améliorée dans les zones PBF, il n'en demeure pas moins que le niveau atteint est loin d'être satisfaisant en ce moment surtout compte tenu du degré de vétusté des FOSA dans la province.

Pour les populations, le PBF a amélioré le cadre de travail et de vie des travailleurs de la santé. Les populations des autres zones de santé sont attirées par la qualité des services des zones PBF. L'accueil aux patients s'est nettement amélioré ainsi que la satisfaction des usagers.

Les résultats statistiques montrent que la zone PBF a les meilleurs résultats que dans les zones non PBF

Du point de vue de la pérennité des organes également les coûts sont supportables mais la situation budgétaire actuelle de l'Etat ne pourrait pas financer toutes ces activités. L'idée est donc de favoriser une approche de planification de type swap pour accompagner le processus à moyen termes et de consolider encore les bases du PBF en attendant une situation plus sereine politiquement et financièrement au niveau de l'Etat.

Enfin, il faut surtout s'appesantir sur le fait que le système PBF présente des avantages certains portant sur le renforcement des compétences des agents à tous les niveaux notamment avec la pratique de la planification à tous les niveaux, l'organisation des services, le suivi/évaluation et tout cela entraîne un dynamisme certain et durable du système de santé à tous les niveaux. A cela il faut ajouter les autres avantages liés à la motivation des agents, à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des populations et de la hausse de la fréquentation. Enfin le système présente des avantages certains qu'il s'agit de préserver en tenant compte des recommandations formulées dans ce sens. Il s'agira aussi de lever les contraintes et difficultés relevées afin d'assurer la pérennisation du système d'achat des services. Il s'agira aussi de lever les contraintes et difficultés relevées afin d'assurer la pérennisation du système d'achat des services.

6.2 Principales recommandations

6.2.1 Pour le Programme PBF du Kasaï Occidental et la 9^{ème} FED

- Décentraliser le Fonds d'équité au niveau des FOSA CS pour la prise en charge correcte des indigents au niveau du Kasaï Occidental en révisant les procédures de prise en charge
- Inciter le 9^{ème} FED ou d'autres partenaires à compléter les investissements dans les zones d'achat des services afin de relever le plateau technique et la logistique des FOSA
- Maintenir l'EUP dans sa fonction stricte d'achat de prestations
- Améliorer le système d'approvisionnement en MEG des FOSA afin de réduire les ruptures au strict minimum en encourageant les achats groupés au niveau central et en assouplissant les procédures de mise à disposition des fonds MEG du 9^{ème} FED
- Renforcer la capacité de gestion financière, des comités de santé et des personnels des formations sanitaires et de l'encadrement
- Mettre en place une prime d'isolement pour le personnel de santé selon des critères précis

- Elaborer un manuel des procédures de gestion complet à l'EUP en se basant sur les outils disponibles au sein de l'AASS de Kananga
- Mettre en place un dispositif de suivi /évaluation au sein de l'EUP concernant les activités techniques, la gestion des contrats et la gestion financière.
- Privilégier l'appui au niveau provincial de l'agence afin de faire des économies d'échelle
- Appuyer la fonctionnalité des BCZS et de l'IPS en équipement informatique et en communication
- Réexaminer la convention avec le BDOM afin d'améliorer la qualité de la coordination, de la régulation et de l'accompagnement.
- Mettre un minimum de personnel technique de santé dans l'agence (au moins 2 techniciens supérieurs en santé expérimentés)
- Etudier les modalités de faire des plans business annuels dans un moyen terme tout en maintenant la périodicité de les évaluer, voire de les réviser tous les 3 mois
- Permettre aux animateurs communautaires de mener régulièrement leurs activités de sensibilisation envers les populations.
- Assurer un plaidoyer vers les partenaires au développement et au Gouvernement en vue non seulement d'une plus grande adhésion à l'approche PBF mais aussi à leur participation financière au budget de l'EUP
- Développer un programme de communication interne et externe et de marketing dans le cadre de la mise en œuvre de l'Approche PBF
- Former les acteurs à la contractualisation et à la négociation
- Réviser les types de contrat en y rajoutant un dispositif de suivi évaluation avec des indicateurs

6.2.2 Recommandations à Cordaid

- Former les équipes cadres à la planification, au management et à la gestion dans le cadre d'une assistance technique internationale concertée dans l'optique d'une approche SWAPS.
- Identifier et mener des recherches les thèmes de recherches pertinentes pour améliorer la fonctionnalité du PBF
- Faire le plaidoyer aux partenaires au développement afin de les intégrer dans le dispositif d'achat de services de santé ou à la limite de compléter les besoins d'investissements des FOSA sous PBF
- Elaborer un programme d'assistance technique aux agences d'achat des services pour un

meilleur encadrement et suivi et une meilleure appropriation des résultats acquis

- Fixer un minimum de normes préalables aux provinces ou zones de santé avant la mise en place d'une agence d'achat de services en révisant par exemple les critères d'adhésion.
- Engager une réflexion globale sur les agences d'achat et l'assurance risques maladies afin de dégager les pistes futures de financement global du système de santé.
- Faire un plaidoyer aux autorités sanitaires pour accélérer l'application des réformes en santé en liaison avec le groupe des partenaires au développement.
- Engager désormais un ou des consultant (s) externe (s) indépendant(s) pour mener les enquêtes ménages et les évaluations dans les zones de santé pour une meilleure neutralité.
- Mener un plaidoyer mondial sur l'approche PBF avec un dispositif de suivi/évaluation et un plan d'action.

6.2.3 Recommandations au Ministère de la Santé

- Réorienter le mode d'organisation des hôpitaux vers le développement de la référence dans le cadre de l'amélioration de la réforme hospitalière
- Adopter des textes pour la reconnaissance juridique des comités de santé afin de consolider la bonne gouvernance dans les FOSA
- Mettre en place au sein de la commission contractualisation et financement un dispositif léger de suivi des agences dans les zones PBF
- Elaborer un plan de développement et de gestion des ressources humaines
- Faire un plaidoyer au ministère des travaux publics afin de désenclaver les principaux axes routiers de la province afin d'améliorer l'accessibilité des FOSA
- Améliorer le plateau technique des FOSA
- Elaborer la carte sanitaire de la Province
- Elaborer et mettre en œuvre un programme nationale qualité
- Développer les mutuelles de santé dans la province

7 Annexes

7.1 OBJECTIFS DU PROGRAMME

Objectif Général :

- Contribuer à l'amélioration de la santé de la population des 3 Zones de Santé d'intervention par l'introduction d'un système de financement innovateur.

Objectifs Spécifique 1 :

- Améliorer la Performance des Formations Sanitaires contractées des 3 Zones de Santé
 - 1.1 Créer l'AASS Kananga
 - 1.2 Suivre la Capacité Institutionnelle des FoSa, BCZS et DPS

Objectif Spécifique 2 :

- Améliorer l'Accessibilité aux soins de qualité pour la Population des 3 Zones de santé
 - 2.1 : Initier le système d'Achat de Services
 - 2.2 Assurer le système d'Achat de Services
- L'Approche PBF ou Achat des Prestations de Services

7.1 Situation du niveau des indicateurs entre l'année de base et la fin du projet

OS	Indicateur	Formule	Baseline	Résultat attendu
OS1	Performance			
	Taux utilisation curative	NC/Pop	0,14	0,35
	Taux accouchements assistés	Acc assistés/acc attendus	0,45	0,60
	Taux césariennes réalis/attend	Nbre César/3% acc attend	0,18	0,40
	Taux des malades référés	Nbre de mal réf/nbre NC	0,02	0,05
	Taux malades référés reçus par HGR	Nbre mal reçus/nbre réf	0,15	0,20
	Taux de complétude SNIS	Nbre rapp complet/nbre rapp	0,8	1
	Taux de promptitude SNIS	Nbre rapp à temps/nbre rapp	0,6	0,9
	Taux exécution plan de supervision	Supervis réalisées/prévues	0,6	0,8
	Taux tenue réunions CoGe/CoSa	Nbre réunions tenues/prévues	0,6	0,8
OS2	Accessibilité			
	% subvention fonct reçu/à atteindre	Montant subv reçue/à atteindre	ND	0,5
	Taux de couverture DTC3	Nbre enf vacc DTC3/nbre enf	0,7	0,8
	Taux de couverture CPN	Nbre femmes enc suivies/attend	0,7	0,8
	PF : taux utilisation – couverture	Nbre utilisatrices PF/ FAP	0,1	2
	Taux de disponibilité des MEG	Indice de disponibilité MEG	0,75	0,9
	Prix moyen MEG par NC CS subv	Prix MEG/NC CDF	950	200

7.2 Etat d'exécution des objectifs et du calendrier global du projet

DANS LE KASAÏ OCCIDENTAL

Obj. Spécifique 1 : Améliorer la Performance des Formations Sanitaires contractées des 3 ZS				
Activités	Date prévisionnelle	Date effective de réalisation	observations	Responsable
1.1 Créer l'AASS Kananga				BCK
Organiser une étude de base à Tshikula, Bunkonde et Mikalayi	Mai/JUIN 2007	Mai/JUIN 2007		BCK
Négocier conventions et collaboration BDOM-CDS, DPS PS9FED	Mai/JUIN 2007	Mai/JUIN 2007		BCK
Finaliser le projet AASS et mobiliser les fonds nécessaires	Mai/JUIN 2007	Mai/JUIN 2007		BCK
Organiser un stage à Katana	Mai/JUIN 2007	Mai/JUIN 2007		BCK
Mettre en place l'équipe de l'AASS et les procédures et outils de gestion	Mai/JUIN 2007	Mai/JUIN 2007		BK
Inviter des consultants de Katana et Rwanda pour assister au démarrage	Mai/AOÛT 2007	PAS FAIT	CONTRAINTES SECURITAIRES	BCK
Rédiger le manuel de procédures de l'achat de performance.	NOV/JANV 08	FAIT PROGRESSIVEMENT	EN VUE DE L'EUP FASS	AASS/ FASS
1.2 Suivre la Capacité Institutionnelle des FoSa, BCZS et DPS				AASS
Elaborer trimestriellement un Plan de Management	TS LES 3 MOIS A PARTIR JUIL/AOÛT	FEVRIER 2008		Fosa, BCZS
Discuter et négocier avec des fosa trimestriellement des nouvelles stratégies proposées par les fosa.	TS LES 3 MOIS A PARTIR DE SEPT 07	EN COURS		BDOM-CDS
Sur base des résultats atteint et objectifs définis dans le PM renouveler éventuellement les contrats avec les FoSa	TS LES 3 MOIS A PARTIR DE SEPT 07	NOV 07/FEV 08/JUIN 08		AASS
Payer la subvention mensuelle au BCZS	TS LES MOIS	CHAQUE MOIS A TEMPS		AASS

Activités				Responsable
Payer la prime trimestrielle de qualité aux FoSa et BCZ	JUIL/SEPT 07	PAS FAIT	OUTIL QUALITE VALIDE EN MAI DPS	AASS
Organiser trimestriellement une séance de restitution des résultats avec tous les acteurs au niveau zonal.	MAI/AOÛT 07 PUIS TS LES 3MOIS	DECEMBRE ET FEVRIER AU CPFASS		BDOM-CDS, AASS, Fosa, BCZS, DPS, AL
Renouveler à la base des stratégies approuvées le protocole d'accord avec le BCZS	MAI/AOÛT 07 PUIS TS LES 3MOIS	RENOUVELE REGULIEREMENT		AASS
Vérifier sur base des rapports si tous les objectifs comme convenus dans le protocole d'accord avec l'IPS sont atteints	SEPT 07 ET TS LES 3 MOIS	RENCONTRES MENSUELLES		AASS
Paiement de la subvention mensuelle a l'IPS	JUIL/AOÛT ET TS LES MOIS	FAIT A TEMPS CHAQUE MOIS		AASS
2.1 Initier le système d'Achat de Services				AASS
Faire un état des lieux des FS et évaluer leur capacité gestionnaire et opérationnelle	MAI/AOÛT 07	FAIT PREMIER SEMESTRE PS9FED		BDOM-CDS
Mettre au point les critères d'éligibilité, les indicateurs à acheter et les montants par acte	MAI/AOÛT 07	MAI/JUIN		CP FASS/ AASS
Elaborer et valider les modèles des contrats	MAI/AOÛT 07	MAI/JUIN		AASS, CP FASS
Contracter les FoSa qui remplissent les critères	MAI A DEC/07	JUIN ET RENOUELE REGULIEREMENT		AASS
Organiser des rencontres de concertation et assurer le suivi du système	MAI 07 A JUIN 08	CHAQUE SEMAINE SECR EXEC FASS		CP FASS/ AASS
Définir les normes de qualité et déterminer le système de calcul de prime trimestrielle de qualité pour FoSa et BCZS	JUIL/SEPT 07	LONG PROCESSUS D'ELABORATION ET VALIDATION	FINALISE MAI 08	AASS, BDOM-CDS, BCZS, DPS
Valider selon leur poids les résultats des enquêtes sur la qualité de performances des fosa dans la perception de la communauté.	SEPT/07	NOV DEC 07		CP FASS, AASS
Là ou possible sous contracter des postes de santé	OCT/07 A FEV/08	NOVEMBRE		FoSa, AASS

Finaliser le canevas des supervisions qualité technique BCZS	JUIL/SEPT 07	LONG PROCESSUS D'ELABORATION ET VALIDATION	FINALISE MAI 08	BDOM-CDS/AASS, BCZS, DPS
Activités				Responsable
2.2 Assurer le système d'Achat de Services				AASS
Visiter mensuellement chaque fosa pour la vérification des activités déclarées dans le SNIS avant le 18 ^e jour du mois.	MAI/JUIN 2007 A JUIN 08	CHAQUE MOIS	Tâche et Statisticiens-Vérificateurs remis à l'AASS	BDOM-CDS AASS
Tirer des échantillons pour faire des enquêtes de contrôle des actes et la qualité des soins fournis dans la communauté.	MAI/JUIN 2007 A JUIN 08	CHAQUE MOIS	Tâche et Statisticiens-Vérificateurs remis à l'AASS	BDOM-CDS AASS Assoc loc.
Justifier les résultats vérifiés dans le Résumé Mensuel.	MAI/JUIN 2007 A JUIN 08	CHAQUE MOIS	Tâche et Statisticiens-Vérificateurs remis à l'AASS	BDOM-CDS AASS
Subventionner mensuellement les services de santé sur base du résumé et selon les modalités convenue dans les protocoles d'accord	JUIL/AOÛT 07 A JUIN 08	CHAQUE MOIS		AASS
Compléter les tableaux statistiques et procéder a l'analyse des données de chaque fosa.	MAI/JUIN 07 A JUIN 08	CHAQUE MOIS	Tâche et Statisticiens-Vérificateurs remis à l'AASS	BDOM-CDS AASS
Evaluer, adapter et développer des indicateurs et le montant de subvention y afférent.	MAI/JUIN 07 A JUIN 08	DECEMBRE		CP FASS, AASS

7 ;3 Répartition de la population du Kasai occidental selon le district et la zone de santé

Entité	Taille population
DS KANANGA	1 510 687
ZS KANANGA	217 006
ZS BENA LEKA*	222 647
ZS BOBOZO*	34 537
ZS DEMBA	252 917
ZS KATOKA*	112 889
ZS LUKONGA*	217 439
ZS MIKALAYI	175 480
ZS MUTOTO*	104 150
ZS NDESHA*	84 259
ZS TSHIKAJI	89 363
DS TSHIKAPA	1 830 477
ZS BANGA LUBAKA	116 178
ZS KALONDA OUEST*	289 174
ZS KAMONIA*	216 166
ZS KAMUESHA	298 025
ZS KANZALA*	191 908
ZS KITANGUA	167 161
ZS MUTENA*	177 781
ZS NYANGA	99 011
ZS TSHIKAPA	275 073
DS KASAI	1 204 834
ZS BULAPE	114 702
ZS DEKESE*	116 838
ZS ILEBO	139 823

ZS KAKENGE	117 785
ZS LUEBO	194 164
ZS MIKOPE	143 138
ZS MUSHENGE	116 687
ZS MWEKA	140 511
ZS NDJOKO-MPUNDA	121 186
DS LULUA	763 728
ZS BENA TSHIADI*	91 302
ZS BUNKONDE	90 879
ZS DIBAYA	119 951
ZS KATENDE	72 696
ZS LUBONDAIE	123 576
ZS LUBUNGA*	72 328
ZS MUETSHI*	89 275
ZS TSHIKULA*	103 721
DS LUIZA	1 155 928
ZS BILOMBA*	71 701
ZS KALOMBA	120 568
ZS LUAMBO*	217 976
ZS LUIZA	137 456
ZS MASUIKA	163 794
ZS NDEKESHA	126 997
ZS TSHIBALA	194 969
ZS YANGALA*	122 467
TOTAL	6 465 654

En rouge ce sont les ZS PBF

7.3 Liste des Personnes rencontrées

1. Dr GASTON TSHAPENDA Chef B4
2. LUTUMBA MATHIEU AASS BCK
3. DR FRANCK DE PAEPE AASS/BCK
4. DR FATERNA NTUMBA MIP KANANGA
5. DIEUDONNE KWETE DP/MSP
6. OLIVIER BARTHES AT/9 FED
7. CHARLES MABENSA DES
8. D MOLINA FELICIEN UNICEF
9. DR MICHEL MILOWE UE
10. SŒUR BRIGITTE BIDUAYA CADIMEK
11. DR DIDIER 9 FED
12. Dr M'PANDA AUBHEIN DPS
13. WINNIE DOSSOU CORDAID
14. Dr KANY KAPONGO B1 DPS
15. Dr CALLIXTE KATSHI BDOM-CDS Kananga
16. ANTOINE IGILLIMA HN TPO
17. Dr OLIVIER INGINDA PS 9e FED
18. FREDERIC KABENAMUALU BDOM-CDS Kga
19. PROSPER KABA IRC
20. JEAN MARIE KANYONGA IRC-KANANGA
21. Dr ERICK KASONGO ZS/BENA LEKA
22. Dr PASCAL MULUNDU ZS/TSHIKULA
23. Dr ANGUY MWALA BADY ZS TSHIKAJI
24. FRANCOIS BADIBANGA CRONGD
25. DAVID MUKEBA CB SAS CR
26. MUNDEKE TEKELA MALHOT B5/DPS
27. TSHIPAMBA KAPUCO AP/HN-TPO
28. PH. VALENTIN BOPE DPS/B3
29. RICHARD NGANDU CADIMEK
30. DR BERRY BEYA ZS KANANGA
31. ALI KUAMBA CORDAID/AASS
32. DR RAPHAEL KEMBE BDOM-CDS
33. DR ANDRE MUAMBA BCZ/BKD
34. DR SIMON MAPASU BDOM-CDS
35. LYDIE RUKÉBA AXXES-ECC
36. KAPAJIKA SHAMBUY QUARANTAINE INTERNATIONALE
37. DR HUBERT KALUKANDA B2/DPS
38. DR JR TSHIENDA B11 DPS

39. DR JELCAHAHA AS LUIZA
40. DR KAZADI MUKADI BCZ/NDESHA
41. NESTOR MUAMBA MILOLO CHEF 3e cell B4/DPS
42. DR RASHIDI SAMUEL BCZ/LUBUNGA
43. MUTSAKU KADIMBILA KYRIE DPS
44. KALOMBO MAYI PNSR/K.OCC
45. WENS ILUNGA BI/DPS
46. BERNARD NGINDU PNCPS/DPS
47. DONAT PIEMA COORD PEV
48. PIERRE MOTOMOKE Vème B/DPS
49. NICO BANZA OMS
50. ALEXIS NDUMBI CORDAID/AASS
51. DR JP MBUYI-TSHIMBAYI BCZS/KATOKA
52. MBOMBO ZO BPC/PNLS
53. MATHIEU LUTUMBU CORDAID
54. CHRISTOPHE BEYA EGLISE PROTESTANTE PASTEUR
55. BETU LOUISE PROFER CULTIVATRICE
56. TUBADI BAMUE PIERRE CELLULE DE PROJET (fonds social ONG) PREFET CHARGE
DE PROJET
57. P. ROBERT VERMEERSCH CURE
58. MARIUS KAMBA COSA
59. EMILIENNE MUSHIYA COSA
60. DR THEO MPUMBA BDOM-CDS
61. EMMANUEL ILUNGA A.T.B.B.B.B SECRETAIRE
62. MARTIN MAKABU A.T.B.B.B.B
63. MAHU MUKENUE CENTRE DE SANTE BUNKONDE PRESICOSA
64. MUABI-BRUNO CESOBKD RECO
65. LUBOYA MULUMBA RELAIS INSTITUTIONNEL CENTRE BUKONDE
66. GERMAINE ODIE BILONDA ACODI TRESORIERE
67. MARIE-JOSE TSHIFUAKO ACODI SECRETAIRE
68. AUGUSTIN MUNDEBE ACODI SECRETAIRE
69. KABUADUA TSHIBOMBI MUKENDI K. CFPT BWA-KALUME CHEF COUTUMIER
70. MVITA DONATIEN ACM SECRETAIRE
71. MUANZA KABUTAKAPWA SAR MEMBRE
72. FERANAND BUISKA ACM MEMBRE
73. META MARTHE A.F.S.P.D.D.T MEMBRE
74. EMERANCE BATAKABIKANA SONS DV INF.
75. MPUTU ANGEL MATRONE
76. MVITA KAYIPU OUVRIER
77. ISHITULLA ANNIE SEC.CONGE
78. MUKUNA KABUTAKAPUA RECO

79. DONACIEN TSHIMALO PRECOGE
80. BENGIMDO FELLY I.T.A
81. JACQUES TSHUAUMA MEMBRE
82. DANIEL MUITA NGALAMULAME O.P TSH
83. TSHIASANYA BEYA MEMBRE
84. FRDERIC LUBANGA AVODE ONG TSHILABENYI PRESIDENT
85. THOMAS NKASHAMA SECRETAIRE COSA TSHIALA BENYI SECRETAIRE
86. ALOISE KAMBALA MEMBRE COSA
87. JEAN PIERRE NGALAMU LUME MEMBRE COSA
88. AUGUSTIN MUBENPAYI PRESICORE COSA
89. STANISLAS KABONGO YANGALA R.I.C.S TSHIALA.B. RELAIS INSTITUTIONNEL
90. ALBERT MOUYUYA MEMBRE COSA MOBILISATEUR
91. AUGUSTIN BUASUA AVODE SECRETAIRE
92. SR VERO TSHIBOLA HOPITAL DIRECTRICE NURSING
93. SOEUR BERTHE KELELE COMMUNAUTE DES S.C.J.M HOPITAL REPRESENTANTE
GESTIONNAIRE RESPONSABLE MEDECINE INTERNE
94. DR SYLVAIN MUANYINAYI HGR/BUNKONDE MEDECIN TRAITANT
95. DR JEAN LOUIS KISHABONGO HGR/BUS MDH
96. MR NTUMBA BAKAMBAMBA HGR/BKD RESPONSABLE DE LA SALLE
D'OPERATION
97. SR MYRIAM NDAGA HOPITAL A.G
98. MUBIKAYEMAYE MUNENE TSHIKULA V/PRESIDENT
99. MARCEL KABAMBA FSPDDT PRESIDENT
100. FELICITE KINZOMBA BAYUNGA ACDJ.TSHIKULA SECRETAIRE
101. MUSAS KASOMBO ALEX ACDJ.TSHIKULA PRESIDENT
102. RENE NTUMBA BANANGE SAF/TSHIKULA PRESIDENT
103. ABBE ALBERT NTUMBA MISSION CATHOLIQUE TSHIKULA REPRESENTANT
104. MUBIKAYI MAYI MUNENE TSHIKULA PRESIDENT
105. MARCEL KABAMBA FSPDDT PRESIDENT
106. FELICITE KINZOMBA BAYUNGA ACDJ.TSHIKULA PRESIDENTE
107. MUSAS NTUMBA BANANGE SAF/TSHIKULA PRESIDENT
108. RENE MTUMBA NTUMBA MISSION CATHOLIQUE TSHIKULA REPRESENTANT
109. DR H.JULES MUENYI HGR/TKLA MDH
110. SOEUR ALPHONSINE KAPINGA HGR/TKLA A.G
111. DR JP NKUNA HGR/TKA MT
112. ABBE ALBERT NTUMBA PAROISSE PREFET C.A
113. WILLY KENGO KAMENGA HGR/TKLA CHEF DE SERVICE
114. SAINT LOUIS KATEKA HGR/TKL CHEF DE LABO
115. SR HELENE MBOMBO HGR/TKL DN
116. AC AUGUSTIN NKONGOGO BCZ/MIK AC
117. ALPHONSO MPUTU BALE CODECCA AGENT

118. MIRDINDA KALALA CODESA TRESORIER
119. PASCAL KANKONDE C.A/HGR.DE MIKABAYI SECRETAIRE
120. TSHIBUNDI MOZART CS MIKALAJI PRESI CODESA
121. ADOLPHINE TSHIBALA BAMAMU TABUKABAJI PRESIDENTE
122. SUZANNE KAPINGA BAMAMU TABUKABAJI PRESIDENTE
123. SOEUR VICTORINE TSHIBOLA STRUCTURE RELIGIEUSE KINESITHERAPEUTE
124. MARIE JOSEE NGALU BAMAMU TABUKABAJI SECRETAIRE
125. SYLVAIN MUKUNDAYI PIKALE A.T.A PRESIDENT
126. MPINDA JIBIKILAYI CDS PRESIDENT
127. JOSEPH TSHIBEMDE CODESA PRESIDENT
128. BIDUAJA KADIMA CODESA SEC DODESA
129. NTABUE GREGOIRE CODESA
130. NGALAMUBEME NDAJE CODESA MEMBRE
131. MPOLESHA NGORE CODESA MEMBRE
132. MULANGA MUEPU TRESORIER
133. WANSUA MUKENGE CODESA MOBILISATEUR
134. KAYEMBE MUBI ASS MEMBRE
135. TSHIAMALA K ASS MEMBRE
136. AUGUSTIN NKONGOLO ACZ AC
137. EMMA MALUMBA BEBU HGR RESPONSIBLE
138. SOEUR BERNADETTE HGR ADMINISTRATEUR GESTION
139. SR MOSSEQUE NGOMBE HGR DN
140. JOACHIM MUENGA ECZ/BCZS ADMINIST.GEST.
141. SYLVAIN LUBOYA BCZS ANIMATEUR COMMUNAUTAIRE
142. BENOIT TSHISUKU BCZS INFIRMIER SUPERVISEUR
143. MR MUSTAFF MULAMBA CHEF DE CELLULE SNIS
144. PLACIDE MALOT MUNDEKE CHARGE DE COLLECTE DES DONNEES SNIS
145. ISSAC BASADIKAYI ANIMATEUR
146. LEONARD BASUILE LUSAMBA ANIMATEUR COMMUNAUTAIRE
147. MULUMBA MUAMBA COSA PRESIDENT COSA
148. MUAMBA BADIPABU COSA MEMBRE
149. NTUMBA MULAMBA COSA MEMBRE
150. KABEYU NDEDE COSA MEMBRE
151. KABUE KABASELE COSA MEMBRE
152. ALPHONSE ILUNGA A.J.B PRESIDENT
153. AUGUSTIN BUABUA COSA TRESORIER
154. BANSEKA NKASHAMA COSA MEMBRE
155. NGUBILA MUAMBA COSA MEMBRE
156. MBUYI MARIA COSA MEMBRE
157. BERNARD WKUNJA PHARMACIEN
158. VITAL CHAIMBI CANS/BDOM VITALISHIMBI

159. JEAN PIERRE MALA SUPERVISEUR/BDOM
160. GISCARD BITINGNOMA BDOM
161. CLAUDE MASUMBUKO COMPTABLE-BDOM
162. MARIA MASSA RESP BDOM
163. DE CRISPIN MUTWEDU COORD MED/BDOM
164. KABUADUA TSHIBOMBI MUKENDI CFPT BWA KALUME
165. MUANZA KABUTAKA SAR
166. FERNAND BUISHA ACM
167. META MARTHE AFSPDDT
168. MPUTU ANGEL
169. MVITA KAYIPU
170. TSHITULLA AMMIE
171. MUKUNA KABUTAKAPUA
172. DONADIEN TSHIAMALO
173. BENGIMDO FELLY
174. JACQUES TSHUASUMA
175. DANIEL MVITA NGALAMULAMU
176. KEWA BEYA
177. FREDERIC LUBANGA
178. THOMAS NKASHAMA
179. ALOISE KAMBALA
180. JEAN PIERRE NGAMULUNE
181. AUGUSTIN MUBEUPAJI
182. STANISLAS KABONGO YANGALA
183. ALBERT MUYAYA
184. AC AUGUSTIN NKONGOLO BCZ MIK
185. ALPHONSO MPUTU BALE CEDECA
186. BEYE BEYE CDC
187. MERDINDA KALALA
188. PASCAL KANKONDE C.A/HGR DE MIKABAYI
189. TSHIBUNDI MOZART CS MIKALAJI
190. ADOLPHINE TSHIBALA BAMAMU TABUKABAJI
191. SUZANNE KAPINGA
192. SŒUR VICTORINE TSHIBALA MARIE JOSE NGALU
193. SYLVAIN MUKUNDAYI PIKALE
194. JOACHIM MUENGA ECZ/BCZS
195. SYLVAIN LUBOYA BCZS
196. BENOIT TSHISUKU BCZS
197. ISAAC BASADIKAYI
198. LEONARD BASUILE LUSAMBA
199. MULUMBA MUAMBA COSA

200. MUAMBA BADIPABU COSA
201. NTUMBA MULAMBA COSA
202. KABEZU NDEDE COSA
203. KABUE KABASELE
204. ALPHONSE ILUNGA A.J.B
205. AUGUSTIN BUMBUA COSA
206. BANSEKA NKASHAMA COSA
207. MBUYI MARIA
208. CHRISTOPHE BEYA
209. MR MUSTAFF MULAMBA