

Fonds d'achat des services de santé : une expérience de renforcement de l'accessibilité aux soins et un pas vers l'assurance santé au Nord Kivu.

*Jean-Bosco Kahindo Mbeva**, *Mahamba Nzanzu*** , *Lévis Kahandukya Nyavanda*, *Olivier Byaruhanga Ngbape* et *Guillaume Kasereka*.

* Département de Santé Publique, Université Officielle de Ruwenzori (UOR); Faculté de Santé et Développement communautaires, Université Libre des Pays des Grands Lacs (ULBPGL) et ULB-Coopération ; jbka-hindom@gmail.com

** ULB Coopération, zanzu.mahamba@ulb-cooperation.org

Résumé

Introduction : En lien avec le troisième objectif de développement durable, cette étude décrit les accomplissements du Fonds d'achats des services de santé (FASS) du Nord Kivu dans la perspective de la Couverture sanitaire universelle.

Méthodes : L'étude a procédé par une analyse des données sanitaires de routine et documentaires de 2008 à 2017.

Résultats : Pendant la décennie de subvention des soins, le FASS a exercé la fonction de gestion et de tiers-payant des soins dans le cadre d'une tarification forfaitaire en faveur de plus d'un million d'habitants du Nord Kivu. Les 6 zones de santé bénéficiaires montrent des meilleures performances pour l'utilisation des services (curatif, consultations prénatales et leur continuité, accouchements) et une diminution de la mortalité maternelle. Par contre la mortalité néonatale est restée. Au moins 90% de la patientèle a été satisfaite des soins, mais un patient sur deux a dû vendre en 2017 un bien de valeur ou s'endetter pour payer son ticket modérateur des soins.

Discussion et conclusion : Sur la base de cette expérience du FASS, certes positive, le pas devrait être vers un système plus structuré d'assurance santé au Nord Kivu en s'appuyant sur le nouvel environnement politique et législatif.

Mots clés : *Financement, couverture sanitaire, assurance santé, Fonds d'achat des services de santé.*

Abstract

Healthcare Purchasing Fund (HPF) in North Kivu: experience to reinforce accessibility to health care and a step toward health insurance in North Kivu.

Introduction: In line with the third objective of sustainable development, this study describes the achievements of the Fund purchases of health services (FPHS) in North Kivu from the perspective of health coverage universal.

Methods: This case study, proceeded with an analysis of the routine health data and documentaries (reports, surveys, evaluations), from 2008 to 2017.

Resultats: During the Decade of grant of care, the FPHS has exercised management function and of third-party payer healthcare as part of a flat rate for more than a million people in North Kivu. 6 beneficiary health areas show the best performance for the use of the services (healing, prenatal consultations and their continuity, deliveries) and a reduction in maternal mortality. However the neonatal mortality remains paradoxically high. At least 90% of the patient was satisfied with care, but a patient out of two had to sell anything of value in 2017 or go into debt to pay his co-payment for care.

Discussion and conclusion: This experience of the FPHS, certainly positive, should take the second step towards a more structured system of health insurance in North Kivu by relying on the politic and law contexts.

Key Words: *Funding, health coverage, health insurance, health services purchasing Fund.*

1. Introduction

Depuis la déclaration d'Alma ata sur les soins de santé primaires, l'accès des populations à des services de santé de qualité demeure un défi important, particulièrement pour les pays en développement. En 2010, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a consacré son rapport sur la santé dans le monde à l'analyse des expériences des pays, les principaux obstacles et les voies qu'ils pourraient emprunter pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, en les adaptant à leurs propres contextes. Les principaux obstacles identifiés sont le sous financement de la santé, l'utilisation inefficente des ressources et le paiement direct des soins (OMS, 2010). Le sous financement est lié à une levée insuffisante des fonds au travers les taxes et les impôts, et la faible volonté des gouvernements à franchir la barre de 15% du budget qui devrait être consacré à la santé selon les engagements d'Abudja. Pour la République Démocratique du Congo (RDC), la barre de 11% du budget national consacré à la santé n'a jamais été franchie en RDC jusqu'en 2017, d'après les comptes nationaux de la santé (RDC-MSP, 2018). Dans un tel contexte, les capacités des pays à progresser vers la couverture sanitaire par l'investissement dans les infrastructures sanitaires, leur équipement, leur approvisionnement en médicaments et d'autres intrants essentiels ainsi que la rémunération du personnel, demeurent fort limitées. L'utilisation inefficente des ressources concerne le gaspillage des financements estimé entre 20 et 40% (OMS, 2010), et une allocation qui ne tient pas compte de l'équité. Dans de nombreux pays, ce sont plus les personnes ayant le moins besoin des soins qui sont les plus grands utilisateurs des services de santé mis en place (OMS, 2008). Le gaspillage des ressources est aussi lié à un recours abusif à des médicaments non essentiels, à des prescriptions peu rationnelles des médicaments, à la mauvaise qualité des soins, à la démotivation du personnel et à la corruption dans le secteur de santé (Mackey et al., 2018). Le paiement direct des soins par le patient constitue un autre obstacle important, qui expose le patient au risque d'appauvrissement. En RDC par

exemple, le paiement direct intervient dans 93,3% des cas (MSP-PNDS, 2015). En effet, l'adhésion au système d'assurance maladie reste largement volontaire. Les quelques initiatives développées concernent les mutuelles de santé, dont le taux de couverture est de seulement 6,7% (Waelkens, 2013). Dans la province du Sud Kivu par exemple, douze zones de santé ont développé des mutuelles de santé dont le taux de pénétration en 2011 n'a pas dépassé le cap de 10% de la population (Dusoulier, 2011).

Pour aller de l'avant et contribuer au troisième objectif de développement durable (NU, 2015 ; WHO, 2017), il importe de prendre le contre-pied de ces trois obstacles. (i) Améliorer la levée des fonds, notamment avec des financements innovants en faveur de l'assurance santé, de manière à atteindre au minimum des financements de l'ordre de 60 USD/hab./an. Une étude récente, situe la hauteur de financements à mobiliser pour avancer vers la couverture sanitaire universelle entre 74 et 984 USD/Hab/an selon les pays (Steinberg *et al.* 2017) ; (ii) Améliorer l'efficacité et l'efficience dans la gestion et l'allocation des financements ; (iii) Eliminer les risques financiers liés au paiement des soins et les barrières d'accès aux services de santé, en basculant vers la mutualisation des risques et le système de prépaiement des soins, pour que le paiement ne représente qu'au maximum 15 à 20% des dépenses totales des ménages. Cette voie ne constitue par un pari impossible, car certains pays comme le Brésil, la Chine, la Thaïlande, et plus près de la RDC, le Rwanda, ont montré des avancées significatives dans le sens de la Couverture Sanitaire Universelle. Pour le Brésil, il s'est agi, en 1988, de réformer le secteur santé, en particulier le financement du service de santé universel par l'impôt. Avec cette décision politique, le financement de la santé a été augmenté jusqu'à 1 121 USD/hab. En Thaïlande, ce fut en 2001 une décision politique d'étendre le régime d'assurance santé au secteur informel, ce qui a augmenté le financement pour la santé jusqu'à 2 018 USD/Hab. En Chine, une décision politique a été prise, d'augmenter les dépenses publiques en faveur de la santé et la protection financière des usagers, jusqu'à 283 USD/Hab (OMS, 2013). Au Rwanda, le processus a été progressif, avec au départ un système de financement basé sur les mutuelles de santé (Musango, 2009), avec 1,2% de population couverte, 13 USD/Hab. de dépenses totales de santé par habitant et des taux d'utilisation des services de l'ordre de 0,28 NC/Hab./an. En 2008, le Rwanda a pris un arrêté de passage d'un système volontaire basé sur les mutuelles de santé vers un système obligatoire. Avec le parcours effectué et cette option obligatoire, en 2013 le Rwanda a atteint une couverture par l'assurance santé évaluée à 96% de sa population, avec les dépenses totales de santé estimées à 63 USD/Hab. et le paiement direct (*out of pocket*) à hauteur de 21% (Waelkens, 2016).

En RDC par contre, les dépenses totales de santé sont évaluées à 22,6 USD/hab. en 2016 (versus 21,9 USD/Hab. en 2015), l'Etat contribuant pour 12% en 2015, alors que la population et les bailleurs des fonds contribuent chacun pour environ 40% des dépenses totales de santé (RDC/CNS, 2018).

Dans ce contexte, la RDC n'a pas d'autre choix pertinent que de s'engager sur la voie de trois stratégies évoquées plus haut, pour être cohérente avec la voie de la couverture sanitaire universelle qu'elle revendique au travers les deux derniers plans de développement sanitaire (2016-2020 et 2019-2022) et sa loi cadre sur la santé, votée en décembre 2018 (RDC, 2018).

Dans cette perspective de couverture santé universelle, la question sous étude est de savoir si l'expérience développée pendant une décennie par le Fonds d'Achat des Services de santé (FASS) permet de progresser sur la voie de la Couverture santé universelle ; les questions plus spécifiques étant de savoir si l'intervention du FASS a permis de réduire les barrières financières et les risques d'appauvrissement liés au paiement de soins par les usagers au Nord Kivu.

Au regard du contexte institutionnel et sociopolitique dans lequel l'expérience du FASS a été développée, nous formulons l'hypothèse selon laquelle cette expérience a contribué à améliorer l'accès des usagers à des services de santé de meilleure qualité, mais qu'elle n'est pas suffisante pour parler de Couverture santé universelle au Nord Kivu.

L'objectif assigné à cet article est d'analyser l'expérience développée par le Fonds d'achat des services au Nord Kivu (FASS) en rapport avec les fonctions exercées, la couverture de son intervention, l'utilisation et la qualité des services dans les zones de santé couvertes, la satisfaction des usagers et leur capacités à payer leur ticket modérateur des soins.

2. Méthodes

2.1. Cadre conceptuel méthodologique

La méthodologie de cette étude relève d'une étude de cas unique (Yin, 2003), préférée dans un contexte d'une étude longitudinale sur dix ans d'intervention dans un système de santé. Cette étude s'inscrit clairement dans une démarche systémique, telle que ébauchée par Don de Savigny et Taghreed Adam (2009), voie incontournable quand l'on s'intéresse au renforcement du système de santé. Cette approche s'intéresse aux interactions entre les éléments constitutifs du système de santé et postule le caractère évolutif des systèmes, leur non linéarité, leur imprévisibilité, qui suppose aussi des effets inattendus à la suite d'une intervention, dénommés effets contre-intuitifs selon Michel Crozier (1979). Par rapport à la présente étude, les six composantes du système de santé considérées sont ceux proposées par l'OMS (2007), à savoir : la prestation des services de santé, le personnel de santé, le système d'information sanitaire, les technologies médicales notamment les médicaments et les vaccins, le système de financement, la direction et la gouvernance. Cette étude analyse les interactions et les transformations induites par une intervention au niveau de l'une des six composantes, à savoir le système de financement, par le développement du Fonds d'achat des services (FASS) au Nord Kivu.

2.2. Milieu d'étude : le Nord Kivu, une province sanitaire à l'Est de la RDC, aux prises à une insécurité récurrente

Le Nord Kivu, province issue du découpage de l'ancien Kivu, vient en deuxième position après Kinshasa en termes d'effectifs des populations, avec ses 8 861 797 habitants en 2017. Depuis la décennie 90, sa situation sécuritaire est restée volatile, polluée par des groupes armés locaux et étrangers endémiques, qui mettent à rude épreuve l'exercice de l'autorité de l'Etat dans la province et la quiétude des populations (Bahama TL, 2017). En 2017, le Nord Kivu compte, 34 zones de santé, une offre pléthorique des soins, constituée de 576 centres de santé, 126 centres de santé de référence, 33 hôpitaux généraux de référence, 56 centres hospitaliers et structures apparentées, 137 postes de santé et dispensaires et un hôpital provincial de référence à Goma. Comme structures de soutien, la province dispose depuis 1993 d'une centrale d'approvisionnement en médicaments essentiels (ASRAMES) et d'un laboratoire provincial de référence (DPS Nord Kivu, 2018). D'après le rapport EDS 2013-2014, la province du Nord Kivu, affiche parmi les taux de mortalité néonatale et infantile les plus bas en RDC (RDC-EDS, 2014). Ces chiffres témoignent d'une dynamique assez positive dans l'organisation des services de santé, en dépit de l'adversité chronique du contexte sociopolitique. Dans le cadre de cette dynamique et avec le soutien financier de l'Union Européenne, en exécution du programme santé 9^{ème} FED, un établissement d'utilité publique fut créé en 2007 et rendu opérationnel en 2008 au Nord Kivu. La mission assignée à cette organisation était d'assurer la canalisation des financements destinés à alléger le coût des soins aux patients et ainsi contribuer au bon fonctionnement des services de santé.

2.3. Collecte et analyse des données

Cette étude de cas unique a été menée par une collecte et une analyse des données documentaires et des données sanitaires de routine. La période d'étude va de l'année 2008 à l'an 2017, soit 10 ans d'implémentation du Fonds d'Achat des services de santé. Les données ont été collectées entre mars et mai 2018.

Les documents sources des données sont les rapports annuels du Fonds d'achat des services de santé (n=10), les rapports finaux d'assistance technique à la province sanitaire du Nord Kivu pour le programme santé 9^{ème} FED (années 2006-2010) et le programme d'appui de l'Union Européenne au plan de développement sanitaire et à l'atteinte des OMD 4 et 5 (n=2), les rapports de monitoring de ces deux programmes (n=2) et les rapports d'évaluations externes (n=2). Enfin, la dernière source de données documentaires est constituée des rapports d'enquêtes communautaires auprès des usagers pour les années 2013 (n=1), 2014 (n=2), 2016 (n=1) et 2017 mais produits en 2018 (n=1). Pour les données sanitaires de routine, la source est constituée de trois bases de données sanitaires à savoir la base des données offline sur ACCESS de gestion de l'information sanitaire (GESIS) pour les années 2008 à 2013, la base des données sanitaires online sur DHIS2 et la base des données des cas subventionnés tenue par le FASS.

Les données documentaires ont été collectées et analysées sur la base des matrices 6x3, c'est-à-dire à 6 lignes correspondant aux 6 composantes du système de santé et à 3 colonnes, correspondant respectivement aux interactions entre les composantes, aux effets enregistrés en rapport avec l'accessibilité aux soins et aux éventuelles difficultés liées au paiement des soins.

L'analyse des données sanitaires de routine a porté sur des indicateurs d'utilisation des services du curatif, des consultations prénatales, la couverture obstétricale, les décès maternels et néonataux ainsi que le taux de dépistage et les taux de guérison d'une pathologie chronique (la tuberculose). Pour ces indicateurs, les données des zones de santé bénéficiaires de la subvention FASS (n=6) ont été comparées à celles des zones non bénéficiaires de la subvention (n=21 avant 2013 et n=27 depuis 2014). Les zones de santé non bénéficiaires de la subvention FASS sont soit subventionnées par d'autres partenaires comme la Banque Mondiale (n=6), par des partenaires d'urgence, soit par des partenaires d'appui à l'un ou l'autre programme spécialisé. Les données d'enquêtes communautaires ont permis de disposer des indicateurs relatifs à la satisfaction des usagers par rapport aux prestations et à leurs capacités à payer les soins et les mécanismes mis en branle par les usagers pour faire face au paiement du ticket modérateur des soins reçus.

3. Résultats

Ces résultats portent respectivement sur (i) la couverture du FASS au Nord Kivu, (ii) les pratiques et transformations structurantes et visant l'efficacité du système de santé du Nord Kivu, (iii) les effets observés au niveau de l'utilisation et de la qualité des services et (iv) les effets observés au point de vue de la capacité des patients à payer leurs soins.

3.1. Couverture de la subvention des soins par le FASS au Nord Kivu

La mise en œuvre du FASS, a permis de progresser dans le processus de séparation des fonctions au sein du système sanitaire dans la province sanitaire du Nord Kivu : la fonction de régulation et de

pilotage sanitaire, étant exercée par la Division provinciale de la santé, la fonction de prestation des soins étant réalisée par les hôpitaux et les centres de santé et la fonction de financement étant exercée partiellement par le FASS. Au départ, la fonction de financement des soins a été réalisée en faveur de six zones de santé (ZS) avec le financement de l'Union Européenne (ZS Kyondo, Musienene, Masereka, Vuhovi, Biena et Manguredjipa). Avec un financement complémentaire de la Banque Mondiale, cette fonction a été étendue en 2015 à 6 autres zones de santé (Kirotshe, Nyiragongo, Rwanguba, Kayana, Alimbongo, Mabalako). En 2017, avec le financement de l'Union Européenne, cette subvention intègre 2 autres zones de santé (ZS Goma et Rutshuru). Avec cette progression, le FASS a, en 2017, couvert, 14 hôpitaux de référence, 197 centres de santé, structures qui desservent 3 420 436 habitants, soit 38% de la population totale du Nord Kivu en 2017. Le niveau de subvention du coût des soins a varié entre 30% (cas des hospitalisations) et 84% (cas de l'accouchement par césarienne). Entre janvier 2009 et décembre 2017, un montant total évalué à 18 398 112,53 Euros et 3.313.344,36 USD a été décaissé, avec des frais administratifs évalués à 2 440 195,98 Euros et 387 902,42 USD, soit un coût global de gestion de 13,0%. Les audits financiers réalisés auprès du FASS pendant la période ont identifié des dépenses inéligibles de moins de 1%.

3.2. Les pratiques structurantes et transformatrices au niveau du système sanitaire

L'implémentation du FASS a induit des pratiques et des transformations au sein du système sanitaire du Nord Kivu. Celles allant dans le sens d'une meilleure structuration et d'une plus grande efficacité du système sanitaire, sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

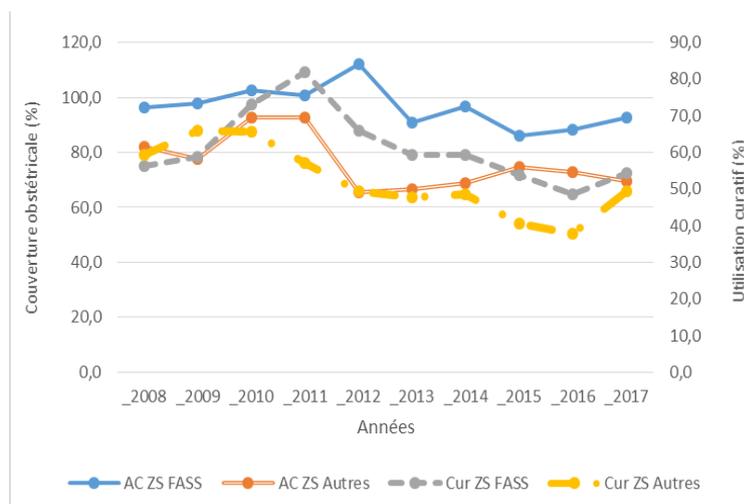
Composantes du système sanitaire	Pratiques structurantes du système sanitaire pour une plus grande efficacité
Direction et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mise en place d'un système d'actions basé sur des engagements consolidés dans des plans semestriels de management et de reddition des comptes ; ⇒ Contractualisation entre le FASS et les formations sanitaires, avec un mécanisme d'évaluation des prestations et d'incitation à la performance ; ⇒ Systématisation du contrôle hiérarchique de gestion et des audits financiers au niveau des formations sanitaires ; ⇒ Monitoring régulier des activités et des accomplissements au niveau des zones de santé ; ⇒ Fonctionnement plus régulier des organes de gestion au niveau des zones de santé (comité de gestion, équipe cadre de zone, comité de santé, ...)
Système de financement	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Systématisation du costing des prestations des formations sanitaires ; ⇒ Subvention sur la base d'un tarif forfaitaire, subventionné par le FASS avec une contribution de la population sous forme d'un ticket modérateur ; ⇒ Lisibilité sur les charges, les produits, les résultats, les recettes et les dépenses grâce à une comptabilité à partie double ; ⇒ Financement complet des soins des patients incapables de payer le ticket modérateur ; ⇒ Gestion performante des financements par le FASS.

Composantes du système sanitaire	Pratiques structurantes du système sanitaire pour une plus grande efficacité
Produits médicaux, vaccins et technologies	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Une plus grande adhésion au système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (recours à la CDR et à la pharmacie de zone) et approvisionnement assez régulier en médicaments essentiels ⇒ Renforcement des équipements hospitaliers et de leur maintenance ;
Système d'information sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Point de vue des usagers capté et sa prise en compte dans la gestion des services de santé ; ⇒ Population et usagers mieux informés de la qualité des soins, du tarif et de la subvention des soins.
Personnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Capacités des personnels de santé renforcés dans le cadres des formations axées sur les compétences (formations, stages cliniques,...) ; ⇒ Capacités cliniques et managériales des équipes renforcées ; ⇒ Amorce de la rationalisation des effectifs du personnel de santé et de l'adéquation des emplois et des ressources humaines
Prestation des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Démarches qualité renforcées, portées par le comité qualité et matérialisées par : le projet d'établissement hospitalier, le dossier de patient assorti d'une fiche synthèse d'hospitalisation, les protocoles thérapeutiques et ordinogrammes, les audits cliniques; ⇒ Evaluation et attribution d'un bonus financier pour la qualité des soins et la qualité de la gestion de la formation sanitaire ; ⇒ Renforcement de la démarche diagnostique et de la rationalité des prescriptions médicales.

3.3. L'utilisation et la qualité des services : Performances comparatives des zones de santé subventionnées par le FASS à celles non subventionnées

L'évolution depuis l'an 2008 des indicateurs d'utilisation et de qualité des services, montre une tendance globalement meilleure, pour les 6 zones de santé ayant bénéficié de manière continue de la subvention FASS comparativement au reste des zones de santé du Nord Kivu.

Utilisation des services du curatifs et couverture obstétricale



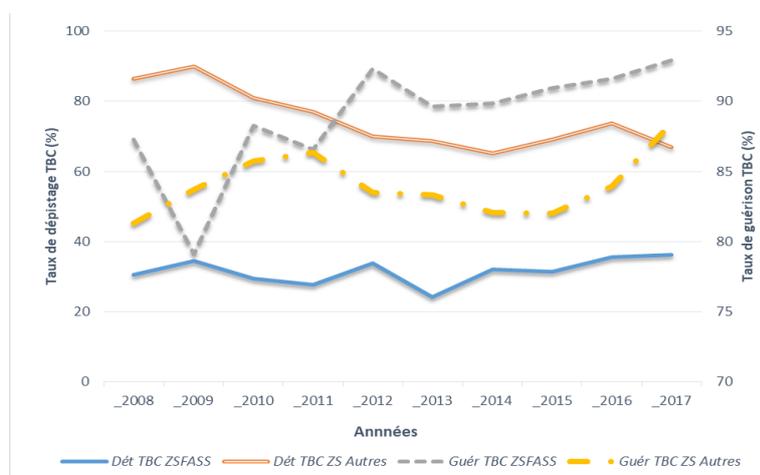
Alors que les zones de santé subventionnées par le FASS avaient une couverture curative plus basse en 2008, elles ont enregistré des taux d'utilisation plus élevés par rapport aux autres zones de santé, depuis l'an 2010. La couverture obstétricale est restée nettement plus importante entre 2008 et 2017, bien que certaines zones de santé non subventionnées aient bénéficié d'un système de gratuité des soins pendant la période.

Fig.1. Couverture obstétricale et utilisation du curatif entre les zones de santé subventionnées et celles non subventionnées ; Nord Kivu, 2008-2017.

Face aux dystocias, la césarienne a été réalisée, avec des taux globalement plus importants au niveau des zones de santé avec subvention du FASS, comme l'indique le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Evolution des taux de césariennes selon que les zones de santé sont subventionnées ou pas par le FASS (Nord Kivu, années 2008 à 2017)

Taux de césariennes (%)	Années									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Zones de santé avec subvention	6,8	11,0	12,9	12,7	11,9	15,7	17,2	20,1	22,4	20,7
Zones de santé hors subvention	7,8	13,1	11,4	12,6	12,9	13,8	13,7	12,5	19,8	13,3



Comme le montre la figure 2 ci-contre, une tendance quasi similaire est observée pour la guérison des cas de tuberculose ; Par contre les zones de santé appuyées dans le cadre du FASS ont enregistré des taux de dépistage des cas de tuberculose plus bas comparativement à celles ne bénéficiant pas de la subvention du FASS.

Fig.2. Evolution des taux de dépistage et de guérison des cas de tuberculose entre les zones de santé subventionnées et celles non subventionnées ; Nord Kivu, 2008-2017.

Utilisation et qualité des soins préventifs

Pour les activités préventives, les zones de santé bénéficiaires de la subvention du FASS affichent des taux d'utilisation des consultations prénatales soit plus élevées soit équivalentes à celles des zones de santé non subventionnées depuis l'an 2012 ; Par contre, pour la continuité d'utilisation des consultations prénatales, les performances pour les zones de santé subventionnées par le FASS sont nettement meilleures à partir de l'an 2012.

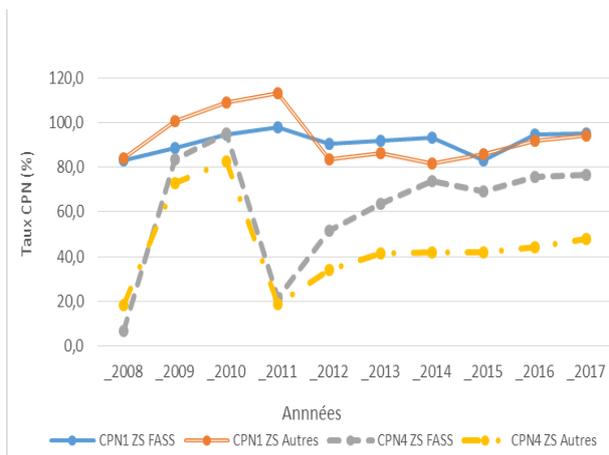
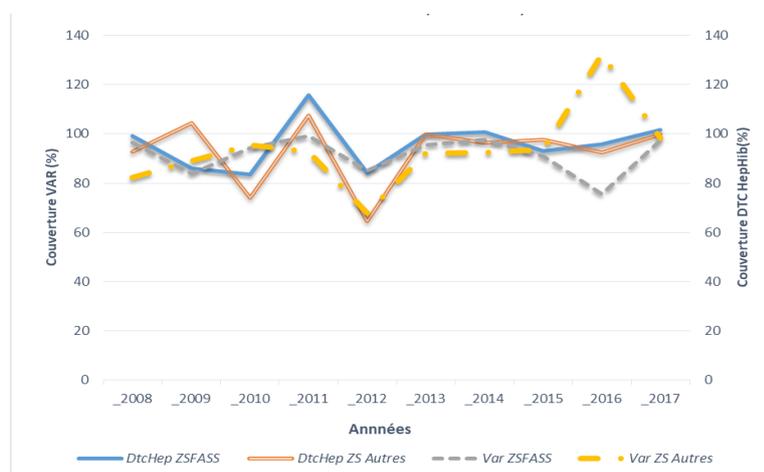


Fig.3. Evolution des taux de couverture pour les consultations prénatales (CPN) et la continuité CPN entre les zones de santé subventionnées et celles non subventionnées ; Nord Kivu, 2008-2017.



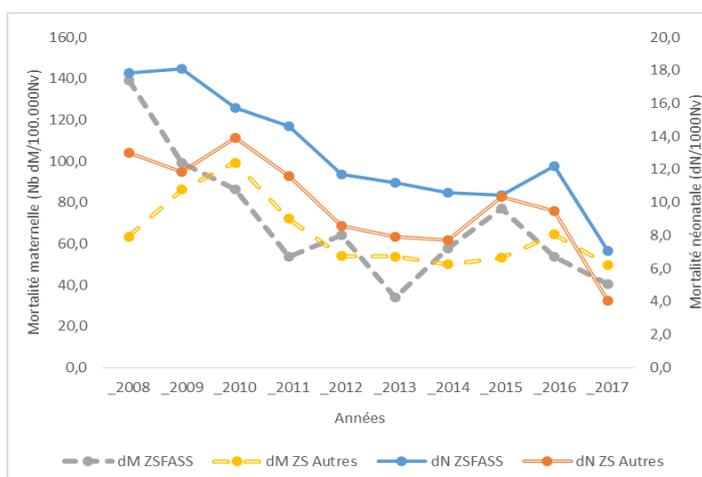
Pour la vaccination de l'enfant, les zones de santé bénéficiaires de la subvention ont globalement enregistré des performances quasi équivalentes à celles des zones de santé non subventionnées.

Un décrochage en défaveur des zones de santé non subventionnées est noté en 2016, avec des taux de couverture VAR anormalement élevés (plus de 100%) (Fig.4)

Fig.4. Evolution des taux de couverture vaccinales pour le DTCHepHib3 et le VAR entre les zones de santé subventionnées et celles non subventionnées ; Nord Kivu, 2008-2017.

Entre l'année 2010 et l'année 2017, la mortalité maternelle a été globalement plus basse au niveau des zones de santé subventionnées, comparativement aux autres zones de santé du Nord Kivu. Par contre, la mortalité néonatale est restée paradoxalement élevée.

Fig.5. Evolution des taux de décès néonataux et des décès maternels entre les zones de santé subventionnées et celles non subventionnées ; Nord Kivu, 2008-2017.



3.4. Satisfaction et capacités de paiement du ticket modérateur par les bénéficiaires de la subvention FASS

Les données des enquêtes effectuées auprès des bénéficiaires des soins dans les zones couvertes par le FASS, montrent que plus de 93% de patients ont été retrouvés et qu'au moins 90% des usagers a été satisfaite des prestations des formations sanitaires.

Toutefois, seulement près d'un patient sur deux a trouvé que le paiement des soins était possible sans problèmes, tandis que plus d'un patient sur deux a dû soit vendre un bien de valeur soit s'endetter en 2017 pour payer son ticket modérateur des soins.

Tableau 3. Résultats d'enquêtes communautaires au point de vue de la satisfaction des usagers et de leurs capacités de paiement du ticket modérateur.

Indicateurs d'enquêtes communautaires	Années				
	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Proportion de patients retrouvés (%)</i>	99,9	95,3	99,7	93,1	100,0
<i>Proportions de patients satisfaits des soins(%)</i>	95,0	94,5	97,0	90,9	91,6
<i>Paiement sans problème (%)</i>	68,0	72,3	64,0	49,6	52,2
<i>Vente de biens (%)</i>	25,2	20,2	29,0	29,9	30,7
<i>Dette auprès de la structure de soins (%)</i>	1,4	3,5	2,0	5,3	3,0
<i>Dette auprès d'un proche (%)</i>	5,4	4,0	4,0	15,1	14,0

4. Discussion des résultats

Les résultats de cette étude montrent que la subvention du FASS, en qualité de tiers-payant du coût des soins des populations dans la province du Nord Kivu, a permis d'expérimenter la séparation des fonctions dans le secteur santé du Nord Kivu. Elle a, en outre, permis une amélioration de l'accessibilité des populations à des soins de meilleure qualité dans les zones couvertes, comparativement à d'autres zones de santé du Nord Kivu entre 2008 et 2017.

4.1. Limites de l'étude

Avant de questionner les résultats et les transformations observées au sein du système, de suite de cette intervention du FASS, il importe de discuter sommairement les limites de la présente étude.

Cette étude est largement basée sur une analyse de données secondaires d'évaluation, des rapports d'activités et des données sanitaires de routine. Les données des rapports sont potentiellement empreintes des subjectivités de différents auteurs (évaluateurs, moniteurs, équipes du FASS). Par contre le niveau de subjectivité semble très faible pour les données sanitaires de routine car soumises à un processus assez structuré et assez rigoureux de validation des informations sanitaires. Les données des enquêtes en communauté pourraient par contre bénéficier d'un niveau élevé d'objectivité, vu qu'elles sont obtenues au terme d'enquêtes bien structurées. Enfin et comme démontré par [Yin \(2003\)](#), le recours à l'analyse par croisement des sources, permet d'amenuiser les risques de subjectivité et donc de renforcer la validité des résultats de l'étude.

4.2. Logiques et finalités des transformations structurantes au sein du système sanitaire

Les accomplissements globalement positifs en termes d'une meilleure accessibilité aux services de santé, de suite de la subvention des soins par le FASS en tant que tiers payant des soins, semblent liés aux transformations induites au sein du système de santé du Nord Kivu pendant la période.

Une certaine recomposition des rôles des principaux acteurs autour d'un quadruple tendance est perceptible : le recentrage de l'Etat sur ses fonctions de pilotage et d'accompagnement des prestations, une plus grande focalisation des prestataires (confessionnels, privés et autres) sur la prestation des soins à la population, un exercice par le FASS de la fonction fiduciaire et l'exercice par la Centrale des médicaments de la fonction d'approvisionnement en médicaments essentiels.

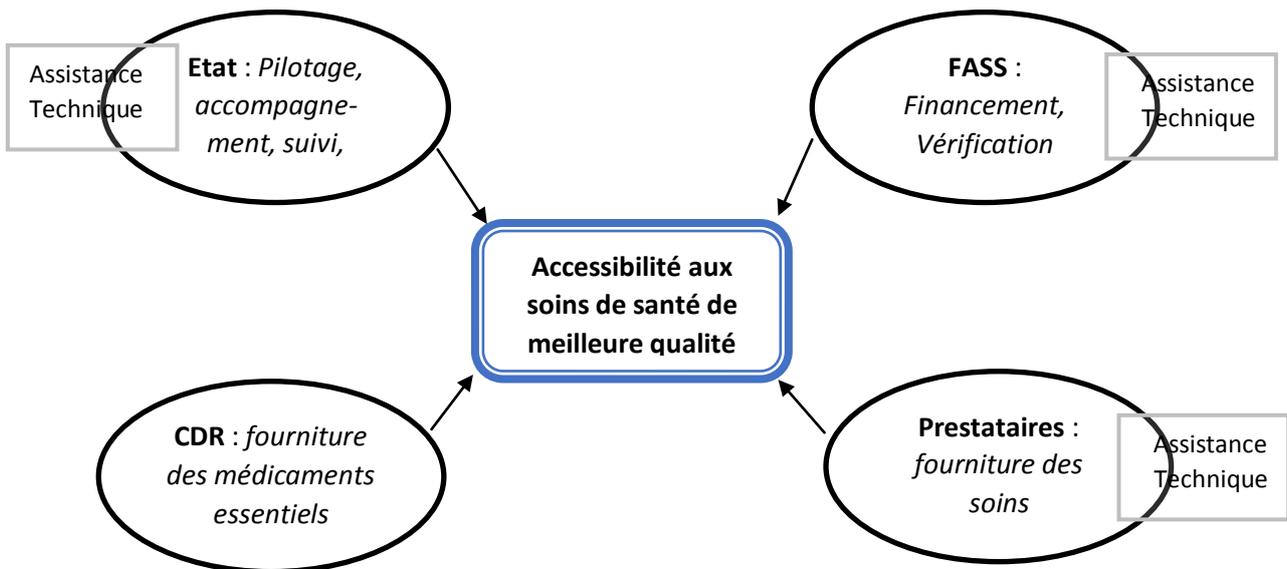


Fig.6. Quadruple recentrage des rôles des acteurs

Avec ce recentrage, les processus et les pratiques suivants ont été menés avec un peu plus d'efficacité dans la province : (i) le renforcement des capacités du personnel de santé, (ii) les démarches qualité des soins et de gestion, (iii) la fourniture des soins aux usagers, (iv) la prise en compte du point de vue des usagers, (v) la reddition des comptes par différents acteurs. Au-delà de l'efficacité dans la gestion des financements, les transformations reprises ci-haut allient des processus collaboratifs entre acteurs au sein du système de santé, de renforcement des compétences du personnel, de reddition des comptes et de réactivité du système sanitaire par rapport aux attentes des usagers. Certaines études ([Kahindo et al., 2011](#) ; [Coppeters et al., 2016](#)) ont montré que de tels processus renforcent les performances au sein des systèmes et des services de santé de santé.

Notons toutefois que jusque l'année 2017, ce recentrage des rôles, dont la pertinence a été documentée et argumentée par certains auteurs ([Meessen et Van Dame, 2005](#) ; [Perrot, 2005](#)), n'est pas encore assez stabilisée au sein du système sanitaire du Nord Kivu. En effet, il n'est pas rare de voir certains responsables au niveau étatique remettre en cause, voire revendiquer la fonction de canalisation des financements, telle que exercée par le FASS. En outre, les pratiques de certains bailleurs des fonds, n'ont pas encore assez évolué, pour soutenir ce recentrage des fonctions. La fonction de fourniture régulière des médicaments bute parfois contre la résistance des certains cadres des zones de santé, à intégrer le système de précommande des médicaments, système mis en place pour faciliter, au niveau de la province, la maîtrise des états des besoins nécessaires pour permettre à la Centrale des médicaments d'assurer l'acquisition des médicaments sur une base fiable, qui réduise les risque des pertes des médicaments par péremptions et qui garantisse la qualité des médicaments. Une étude

menée à Kinshasa sur le marché privé lucratif des médicaments montre combien la qualité des médicaments sur le marché en RDC reste problématique, notamment en termes de sous dosages de principes actifs, jusque 86,1% d'échantillons d'Artemether (Schiavetti *et al.*, 2018). Ces données montrent que cette source de médicaments, privilégiée par certains responsables au niveau des zones, n'est pas crédible, dans un contexte d'une régulation lacunaire. Enfin, les niveaux élevés des césariennes posent la question de la qualité des diagnostics ; aussi, les taux encore élevés des décès maternels et des décès néonataux semblent indiquer que des efforts doivent être redoublés pour améliorer la qualité des prestations. Deux études menées en 2014 au niveau des structures de référence de 6 zones de santé bénéficiaires des financements du FASS sur les décès maternels (Kahindo *et al.*, 2018) et les décès néonataux (Mitangala *et al.*, 2018), montrent qu'il subsiste des problèmes de compétences et d'organisation des services cliniques, en dépit des progrès réalisés. Les démarches qualité mises en place, doivent être revisitées à la lumière des résultats de ces deux études. Ces démarches qualité doivent être soutenues de manière plus structurée, en s'inscrivant davantage dans une vision systémique et dans une stratégie provinciale visant le renforcement de la qualité et la sécurité des soins. La mobilisation des cliniciens formés et compétents, au départ des services de santé de référence secondaire, comme co-équipiers des encadreurs provinciaux polyvalents, pourrait contribuer à faire progresser positivement la qualité des soins (Kahindo, 2016).

4.3. Franchir le pas suivant vers la couverture sanitaire universelle : des opportunités à saisir et des limites à adresser ?

D'après l'OMS (2013), la couverture sanitaire universelle existe lorsque tout individu a accès aux services de santé de qualité dont il a besoin sans être exposé à des difficultés financières. Pour la province du Nord Kivu, la question d'utilisation des services de santé de qualité est abordée plus haut et connaît des progrès qu'il importe de consolider. Il en va de même pour la tarification forfaitaire des soins la pratique au Nord Kivu est étendue au-delà des zones de santé sous appui du FASS. Comme décrit dans d'autres contextes de la RDC (Stasse *et al.*, 2014), le principe de solidarité, de la prévisibilité pour les usagers et d'effort de prestations rationnelles, qui est au cœur d'une tarification forfaitaire, est très structurant pour le système sanitaire.

Toutefois, les résultats des enquêtes auprès des usagers montrent qu'il subsiste de réelles difficultés financières auprès des usagers ; en effet près du tiers des ménages ont dû vendre des biens de valeur pour s'acquitter de leur ticket modérateur des soins. La loi votée au niveau national sur les mutualités et l'assurance maladie et sa réplique au Nord Kivu sous forme d'édit provincial, constituent des opportunités pour franchir le prochain pas vers la couverture sanitaire universelle. Néanmoins ces deux instruments législatifs comportent deux faiblesses qu'il importe d'adresser : bien que les cotisations par prélèvements sur salaires ou rémunérations soient obligatoires pour les agents du secteur formel, l'adhésion aux mutuelles reste volontaire pour la portion restante de la population, qui représente plus de 80% de la population du Nord-Kivu. En outre, la capacité contributive, sur des salaires bien limités ou des cotisations par des personnes à faible revenu, ne peuvent permettre de couvrir les coûts réels des soins. Par rapport à la première faiblesse, l'examen attentif de l'expérience la plus réussie de mutuelles de santé en RDC, à savoir Bwamanda (Criel, 2008), montre que cette mutuelle a toujours fonctionné selon une logique quasi-obligatoire, bien que celle-ci n'est pas explicitement déclarée. L'expérience Rwandaise a connu un franc succès après la promulgation en 2008 d'une loi d'obligation (Musango L *et al.*, 2010). Par rapport à la deuxième faiblesse, le financement des soins requiert des ressources importants, évaluées à 60 USD/habitant par an, selon l'OMS (2010) et entre 74 et 984 USD/habitant selon les estimations effectuées par Steinberg *et al.* (2017). Ces données montrent l'intérêt de prévoir des mesures indirectes d'obligations d'adhésion aux

mutuelles de santé pour les populations du secteur informel, en attendant de revenir sur la voie de l'obligation. Etant donné le niveau bas de revenu des ménages en RDC, il importe de prévoir des financements directs de l'Etat, par l'augmentation du budget de l'Etat à la santé, la mobilisation des apports des bailleurs des fonds et surtout, la mise en route des financements innovants, comme par exemple, des fonds prélevés sur les communications téléphoniques, les consommations d'alcools, de carburant et bien d'autres biens ayant un certain effet négatif sur la santé. Ces adaptations montrent les limites du modèle bismarckien d'assurance maladie, auquel renvoient la loi et l'édit provincial sur les mutualités, dans un contexte des capacités contributives limitées des populations.

Par rapport à la gestion de la caisse d'assurance maladie, la question de la crédibilité dans la gestion de la caisse d'assurance maladie est récurrente, au regard de nombreux échecs dans la gestion des mutualités de santé au Nord Kivu et ailleurs. L'expérience positive développée par le FASS au Nord Kivu, dans la gestion orthodoxe des financements, la contractualisation avec les prestataires et la vérification des prestations subventionnées, constitue une belle opportunité à capitaliser, moyennant certaines conditions : revisiter les statuts de l'organisation, au regard des nouvelles missions qui lui seraient confiées, revisiter la gouvernance de la structure afin que ses performances actuelles, liées davantage à des personnes, soient institutionnalisées, renforcer les capacités de certains personnels clés dans la gestion assurantielle.

La troisième limite ou défi à adresser concerne la qualité de l'offre des soins de santé. Pour plusieurs raisons, institutionnelles (normes sanitaires non adaptées surtout en milieu urbain, séparation suffisante des fonctions – l'Etat demeurant toujours prestataire des soins, sous financement du secteur santé, modicité de rémunérations du personnel de santé,...) et conjoncturelles (déficit de gouvernance des services de santé, une certaine corruption rampante dans le secteur, clientélisme, incohérence dans l'appui de certains partenaires,...), l'offre des soins demeure globalement déficiente. Sans une offre de soins de qualité, on ne peut espérer avancer sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Par rapport à ce point, il est urgent d'agir sur deux leviers : (i) structurer davantage et étendre les démarches qualité au sein des structures de santé et (ii) mettre en route la stratégie d'accréditation, avec une externalisation à des organisations privées des évaluations d'accréditation. Si l'accréditation des structures est effective au sein du secteur, l'on peut espérer que la caisse d'assurance maladie ne pourrait contractualiser qu'avec les structures de soins accréditées, pour la prise en charge des patients couverts par le système.

5. Conclusions

L'expérience développée au cours de dix ans de subvention des fonds par le FASS Nord Kivu a été positive en termes d'accélération du processus de séparation des fonctions au sein du système de santé du Nord Kivu, d'initiation d'un mécanisme de solidarité entre patients et de contribution à l'accessibilité des services de santé de qualité améliorée. Toutefois, il a subsisté des réelles difficultés des populations à s'acquitter de son ticket modérateur pour payer les soins.

Le vote au niveau national de la loi sur les mutualités en 2017 et de la loi cadre sur la santé axée sur la couverture sanitaire universelle en 2018, et d'un édit provincial au Nord Kivu sur les mutualités en 2018, constitue une opportunité pour franchir le second pas vers la couverture sanitaire universelle. Toutefois, quatre conditions sont requises : (i) le renforcement de l'offre des soins ; (ii) la mise en route de la stratégie d'accréditation ; (iii) l'élaboration aux niveaux national et provincial des mesures d'application de deux lois et de l'édit provincial, mesures qui intègrent des stratégies indirectes d'obligation d'adhésion aux mutualités de santé et des financements innovants ; Ces financements innovants sont indispensables pour suppléer les cotisations limitées des milliers de congolais dont le revenu ne permet pas d'assumer la totalité des cotisations aux mutualités de santé ; (iv) l'évolution du

mandat, des statuts, de la gouvernance du FASS ainsi que le renforcement des compétences de son personnel, dans le domaine de la gestion assurantielle.

Remerciements

Les auteurs remercient l'Union Européenne pour les financements apportés au secteur santé dans la province du Nord Kivu. Ils remercient également tous les acteurs ayant produit les différents documents et rapports ainsi que ceux impliqués dans la production et la collecte des données sanitaires de routine au Nord Kivu. Enfin, ils remercient les personnes impliquées dans la réalisation des enquêtes de satisfaction auprès des usagers.

Bibliographie

- [1]Bahama TL. (2017). Conflits Armés et Fragilité De L'autorité Étatique au Nord-Kivu en République Démocratique du Congo, *European Scientific Journal*; 13 (5) : 457-80.
- [2]Baradou S. et Coppieters Y.(2008). Détection des cas de paralysies flasques au Bénin : le concept de modèle collaboratif, *Santé Publique* 2008, 20 (2), 153-61.
- [3]Crozier M., Friedberg E.(1977). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective* (Paris : Editions du Seuil).
- [4]De Savigny D. et Adam T.(2009). *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé* (Genève : OMS).
- [5]Dusoulier L. Présentation d'un forfait -mutuelles à Bukavu, Sud-Kivu-RDC, Dans Fromont A, [6]Dujardin B, Gyselinck K, Iyeti A, Kalisa I, Meloni R. (Ed.) *Renforcement des systèmes de santé Capitalisation des interventions de la Coopération Belge au Burundi, en République Démocratique du Congo et au Rwanda* (Paris : L'Harmattan), 263-275.
- [7]Evans D., Elovainio R., Humphreys G., *Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle* (Genève : OMS) 2010. <http://www.who.int/whr/2010/fr>.
- [8]Kahindo M JB., Schirvel C., Karemere H., Mitangala P., Wodon A., Porignon D.(2011). Gouvernance et soutien provincial au district de santé en RD-Congo. *Med Trop*, 71, 147-151.
- [9]Kahindo MJB (2016). *Accompagnement des zones de santé par le niveau intermédiaire. De la supervision au coaching intégrant le paradigme d'apprentissage. Note d'assistance technique PAP-OMD* (Goma : ULB Coopération).
- [10]Kahindo MJB., Karemere H., Mitangala P., Nyavanda L., and Mundama WJP. (2018). “Materna deaths factors in hospital area : A survey at six health districts in the East on the Democratic republic of Congo,” *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 23 (4), 559-68.
- [11]Mackey TK., Vian T. and Kohler J. (2018). The sustainable development goals as a framework to combat health-sector corruption ; *Bull World Health Organ*, 96, 634-643 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209502>.
- [12]Meessen B. & Van Damme W. (2005). Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? *Mondes en Développement* , 33 (131), 59-73.
- [13]Ministère de la santé de la RDC (2017). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020. Vers la couverture sanitaire universelle* (Kinshasa : Ministère de la santé publique de la RDC).
- [14]Ministère de la santé de la RDC (2017). *Rapport d'évaluation du plan national de développement sanitaire 2011-2015* (Kinshasa : Ministère de la santé publique de la RDC).

- [15]Ministère de la santé de la RDC (2018). *Rapport sur les comptes de la santé RDC 2016* (Kinshasa : Ministère de la santé publique de la RDC)
- [16]Ministère du plan et Ministère de la santé de la RDC (2014). Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDCII 2013-2014) (Kinshasa : Ministère du Plan /Ministère de la santé de la RDC).
- [17]Mitangala NP., Kahindo MJB., Ngaima KS., Katembo KO., Kyembwa KP., Mundama WJP.(2018). « Determinants of Neonatal Mortality in Referral Facilities of the Health Districts in North Kivu, Democratic Republic of Congo», *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, 38 (1), 25-38.
- [18]Musango L., Doetinchem O. et Carrin G. (2009). *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle : expérience du Rwanda* (Genève : OMS) <http://www.who.int/iris/handle/10665/85692>.
- [19]OMS. (2010). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action* (Genève :OMS).
- [20]OMS.(2010). *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle* (Genève : OMS).
- [21]OMS.(2013). *Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle* (Genève : OMS).
- [22]OMS.(2013). *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire*
- Perrot J., & Roodenbeke E. (2005). *La contractualisation dans les systèmes de santé*. (Paris : Éditions Karthala).
- [23]PNUD. (2018). *Rapport sur les Objectifs de développement durables. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales (DAES)* (New-york :PNUD).
- [24]Schiavetti B., Wynendaele E., De Spiegeleer B., Mbinze G., Kalenda N., Marini R., Melotte V., Hasker E., Meessen B., Ravinetto R., Van der Elst J., and Ngeleka DM.(2018). The Quality of Medicines Used in Children and Supplied by Private Pharmaceutical Wholesalers in Kinshasa, Democratic Republic of Congo : A Prospective Survey. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 98(3), 894–903 *doi:10.4269/ajtmh.17-0732*
- [25]Spaan E., Mathijssen J., Tromp N., McBain F., ten Haveb A. & Baltussena R.(2012). The impact of health insurance in Africa and Asia : A systematic review, *Bull World Health Organ*, 90 , 685–692 A | *doi:10.2471/BLT.12.102301*
- [26]Stasse S., Vita D., Kimfuta J., Campos da Silveira V., Bossyns P., and Criel B. (2015). Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity. *Glob Health Action* 2015, 8, 25480 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25480>.
- [27]Waelkens MP. (2009). Towards successful community health Insurance: lessons learned from five years of active involvement in sub-Saharan Africa, *Health Policy and Development*, 7(1),3-8.
- [28]Waelkens MP., Criel B.(2004). *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne ; état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche* (Washington: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank).
- [29]Waelkens, M. (2016). *Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle* (Anvers : IMT Anvers).
- [30]WHO. (2017). *World Health statistics. Monitoring sustainable development goals* (Genève : WHO).
- [31]Yin R.K.(2003). *Case study research : design and methods (3rd ed)*. *Applied research Methods series, Vol.5*. (Thousand Oaks, London, New Delhi : Sage publications).