
M.E.S., Numéro 133, Vol. 1, mars – avril 2024

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mise en ligne le 30 mars 2024



Revue Internationale des Dynamiques Sociales
Mouvements et Enjeux Sociaux
Kinshasa, mars - avril 2024

ÉTAT DES LIEUX SUR LA MISE EN ŒUVRE DU FBP AU PREMIER TRIMESTRE 2022 À KINSHASA

par

Yves Daniel TSHISUNGU MUKENDI

Médecin Coordonnateur Technique Eden Santé Asbl,

Apprenant

Éric MAFUTA MASALU

Professeur Associé

(Tous) École de Santé Publique, Université de Kinshasa.

Résumé

Le financement basé sur la performance (FBP) est un type de mécanisme de paiement du fournisseur où une incitation financière liée à la performance est accordée aux prestataires des soins. Cela implique le fait que les structures de santé sont considérées comme des organismes autonomes qui peuvent réaliser un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique. Les études explorant la perception et l'expérience des personnels de santé sur la mise en œuvre du PBF demeurent rare en RDC et à Kinshasa en particulier. L'étude avait pour objectif d'évaluer l'expérience et la perception de personnels de santé dans l'implémentation du PBF dans les structures sanitaires au premier trimestre 2022 à Kinshasa.

Mots-clés : *FBP, évaluation, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

Abstract

Performance-based financing (PBF) is a type of provider payment mechanism where a financial incentive linked to performance is given to healthcare providers. This implies that health structures are considered autonomous organizations that can make a profit for the benefit of public health objectives. Studies exploring the perception and experience of health personnel on the implementation of PBF remain rare in the DRC and in Kinshasa in particular. The study aimed to evaluate the experience and perception of health personnel in the implementation of PBF in health structures in the first quarter of 2022 in Kinshasa.

Keywords : *PBF, evaluation, Kinshasa, Democratic Republic of Congo*

INTRODUCTION

Le financement basé sur la performance (FBP) est un type de mécanisme de paiement du fournisseur où une incitation financière liée à la performance est accordée aux prestataires des soins. Cela implique le fait que les structures de santé sont considérées comme des organismes autonomes qui peuvent réaliser un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique¹. Il est caractérisé par des cadres de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance et le renforcement de la voix de la population. Le FBP applique les forces du marché, mais vise à corriger les défaillances du marché afin d'atteindre des objectifs en santé publique et à maîtriser le coût des services^{1,2,3,4}.

En effet, l'approche FBP motive le personnel de santé car elle encourage l'autonomie des formations sanitaires, les innovations, la planification participative et la juste rémunération du personnel à travers des primes de performance⁵.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM), les modèles d'achat des soins de santé comprennent traditionnellement un mélange d'arrangements directs ou indirects basés sur les intrants (c'est-à-dire les salaires, les produits, les investissements en capital) directement couverts et gérés par les gouvernements nationaux, et de paiements directs basés sur les extrants en échange de services (c'est-à-dire les frais d'utilisation formels et informels)⁶.

Les études sur sa mise en œuvre sont encore très rares en Afrique de l'Ouest francophone même si certaines commencent à émerger ailleurs en Afrique. Des faiblesses portant sur le processus vérification ont été incriminées dans les retards de paiement de la prime de performance⁷.

Cependant, Les études explorant la perception et l'expérience des personnels de santé sur la mise en œuvre du PBF demeurent rares en RDC et à Kinshasa en particulier.

Cette étude a eu pour objectif général d'évaluer l'expérience et la perception du personnel de santé dans l'implémentation du PBF dans les structures sanitaires au premier trimestre de l'an 2022 à Kinshasa.

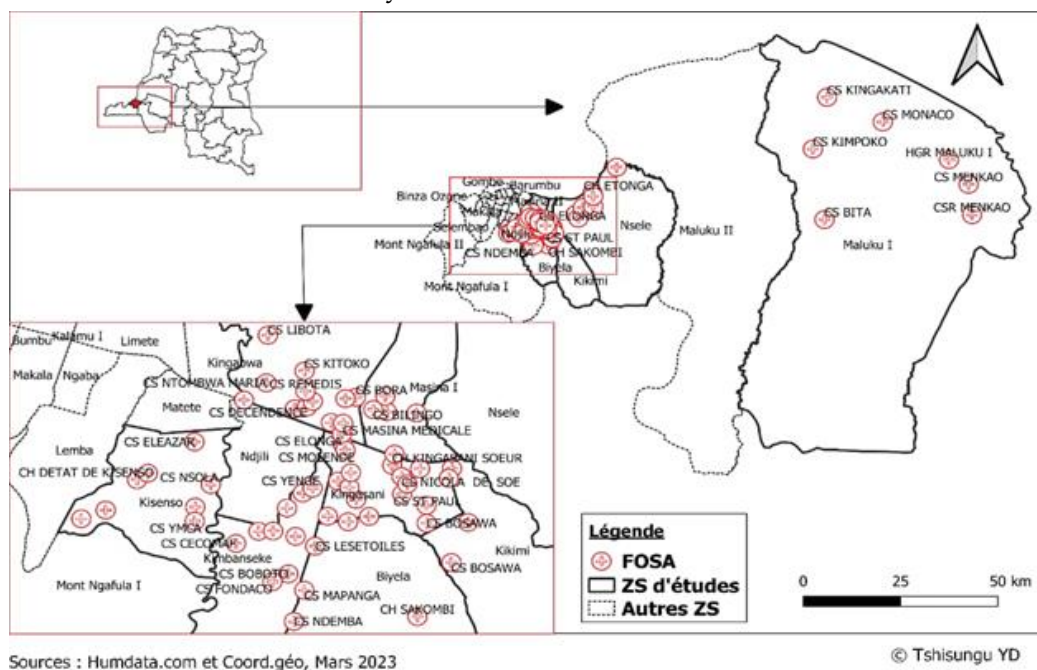
I. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1.1. Types et période d'étude

Il s'agissait d'une étude mixte sur une période de deux mois (septembre et octobre 2022). Pour la partie quantitative, une étude transversale descriptive a été réalisée et pour la partie qualitative, il a été réalisé une analyse thématique sur base des opinions collectées s'inscrivant dans le cadre de la description des perceptions ainsi que des expériences du personnel de structure sanitaire sous contrat FBP sur la mise en œuvre du FBP dans la ville province de Kinshasa au premier trimestre 2022 (T1 2022).

1.2. Cadre de l'étude

Figure 1. Carte de structure sanitaire ayant servi à l'étude, Ev du PBF au T1 2022



Cette carte montre où l'étude a été réalisée en donnant les informations essentielles de ces ZS.

1.3. Taille de l'échantillon

Pour le calcul de l'échantillon de structures sanitaires à enquêter, la formule suivante a été utilisée : $n \geq (Z^2 \cdot \alpha \cdot p \cdot q) / d^2$

Où :

p : représente la proportion supposée des structures sanitaires ayant une bonne expérience de la mise en œuvre du FBP dans la ville de Kinshasa. Au premier trimestre nous avons utilisé 50% pour avoir la taille minimale vu que cette valeur n'est pas connue en RDC); q : tenant compte que la valeur de $p=0,5$; $q=1-0,5$; Z : la valeur du niveau de confiance de 95% pour un test bilatéral = 1,96 et ; d : le degré de précision (5%).

En appliquant ces paramètres dans la formule ci-dessus, la taille minimale obtenue a été de 54 structures sanitaires. Pour pallier aux cas de refus et de non-réponse, nous avons ajouté 20% à la taille calculée, ce qui nous ramène à une taille de 65 structures sanitaires que nous avons majoré à 76 structures sanitaires. Pour chaque structure un répondant a été ciblé pour l'interview. Mais tenant compte de la disponibilité dans certaines structures, deux responsables ont été interviewés. Au total

108 responsables de structures sanitaires étaient interviewés pour l'ensemble de 76 structures visitées.

1.4. Population de l'étude et l'échantillon

La population de notre étude était constituée des structures sanitaires ayant contracturées avec FBP sélectionnées dans les 9 ZS l'ayant mis en œuvre. Les répondants étaient les responsables de ces structures sanitaires ou leurs délégués.

1.5. Technique de collecte de données

L'interview et l'entretien approfondis ont été les deux techniques utilisées respectivement pour la partie qualitative et l'échantillon pour la partie quantitative

II. DÉPOUILLEMENT DE DONNÉES

La cohérence des données quantitatives collectées par l'application Kobocollect v2022.3.6 a été contrôlée et les analyses ont été réalisées avec le pro logiciel R v4.2.2. L'âge des répondants a été résumé par la moyenne et l'écart type. Les variables catégorielles (Sexe, Niveau d'instruction, Catégorie professionnelle, Statut matrimonial, Ancienneté du répondant) ont été résumées en tableaux de fréquence. La comparaison des proportions était réalisée en utilisant le test de fichier exact.

Les données qualitatives ont été enregistrées avec l'application Kobocollect v2022.3.6. Ensuite, les données ont été retranscrites intégralement à l'aide du package audio wisper de R et transférées telles quelles, par indicateurs, dans un tableau sous logiciel Microsoft Word puis une analyse thématique de contenu a été effectuée. Les transcriptions interview approfondis ont été codées en thèmes de perception et du vécu de mise en œuvre du FBP pour une analyse plus approfondie afin d'étayer les données qualitatives recueillies. A ce niveau, une synthèse des résultats a été générée avec une attention portée sur les fréquences d'apparition de certaines réponses et un accent sur les particularités issues de chaque répondant. La confrontation entre les discours recueillis a permis de faire émerger les similitudes et les variations entre les différents points de vue des acteurs rencontrés. Les transcrits ont été transférées sur le logiciel IRaMuTeq v 0.7 alpha 2.0 afin d'organiser les données et d'accroître la rigueur du processus analytique. La typologie de l'implémentation du FBP a été réalisée grâce à un score que nous avons mise en place sur le logiciel Excel de Microsoft 10 pour évaluer le niveau d'implémentation du FBP perçu par le personnel de santé de la ville de Kinshasa à partir de 10 items (Existence de l'influence du FBP sur l'utilisation de service dans la structure, existence de l'influence du FBP sur la qualité de service, sens de l'influence du FBP sur l'utilisation de service dans la structure sanitaire, sens de l'influence du PBF sur la qualité de service dans la structure de santé, influence du BPF sur l'équité à l'accès aux soins dans la structure sanitaire, influence du PBF sur l'efficacité de la structure sanitaire, influence du PBF sur l'autonomie de gestion de la structure sanitaire, préparation de la vérification par la structure sanitaire, réalisation de la vérification au sein de la structure sanitaire et Fréquence de paiement de la prime de performance à la structure sanitaire), qui retracent l'implémentation des fonctions du FBP appliquées à une structure sanitaire. Les modalités : non, statuquo, détérioration et semestriel ont été cotées « 0 » et oui, amélioration, et trimestrielle ont été cotée « 10 ». Les structures sanitaires ont été typées en structure de type A pour celles qui ont une cote supérieure ou égale à 80 sur 100 et ont constitué le type de structure sanitaire ayant connue une bonne implémentation du FBP au T1 2022 et le type B pour celles qui ont une cote inférieure à 80 sur 100 et ont constitué le type de structure sanitaire ayant connue une faible implémentation du FBP au T1 2022. Le logiciel Qgis mis à profit pour géoréférencée les deux types de structure sanitaire.

Considérations éthiques

Des consentements verbaux ont été obtenus auprès des enquêtés avant l'administration du questionnaire. La confidentialité des données a été garantie et aucune information personnelle sur les répondants n'a été collectée. Avant l'administration du questionnaire, chaque enquêteur a sollicité un consentement éclairé du répondant après une brève explication des objectifs de l'étude. Aucun risque majeur n'a été encouru par les participants.

III. RÉSULTATS

3.1. Profil général des personnels de santé de Kinshasa

3.1.1. Profil sociodémographique des enquêtés

Au total 108 membres du personnel de santé ont participé à cette étude dont 67 % étaient des hommes. Plus de 64 % de participants étaient âgés de plus de 40 ans et près du tiers (32 %) d'entre eux étaient de confession catholique.

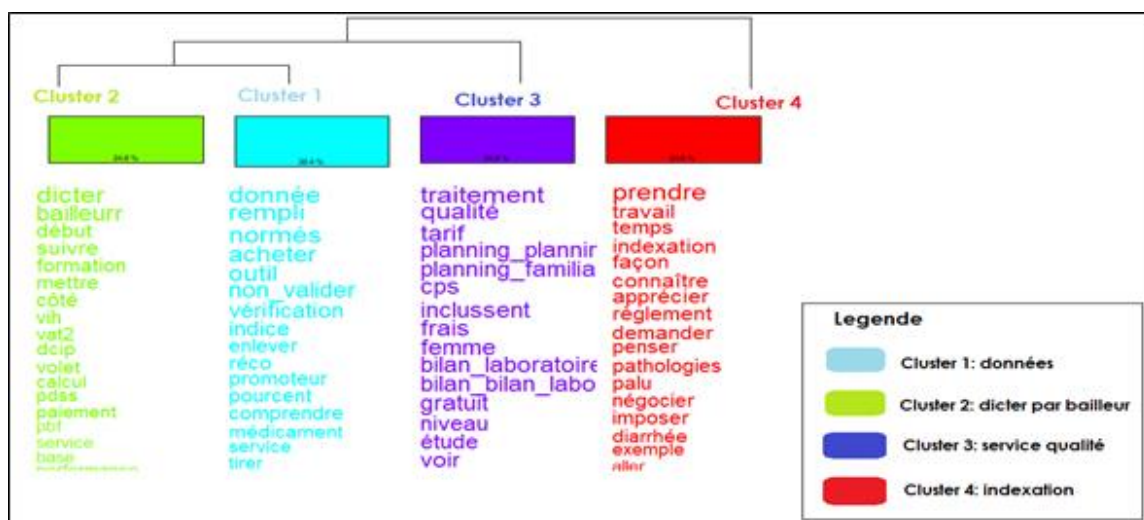
Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, dans la province de Kinshasa au premier trimestre 2022

Caractéristique	Total, N = 108 ¹	Confessionnelle, N = 26 ¹	Etatique, N = 33 ¹	Privee, N = 49 ¹	p-valeur ²
Sexe					0,059
Feminin	41 (38%)	12 (46%)	7 (21%)	22 (45%)	
Masculin	67 (62%)	14 (54%)	26 (79%)	27 (55%)	
Agerec					0,041
<25ans	1 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,0%)	
25-40 ans	38 (35%)	4 (15%)	10 (30%)	24 (49%)	
41-56ans	50 (46%)	17 (65%)	15 (45%)	18 (37%)	
57 et plus	19 (18%)	5 (19%)	8 (24%)	6 (12%)	
Religion					0,7
Autre	14 (13%)	5 (19%)	5 (15%)	4 (8,2%)	
Catholique	35 (32%)	8 (31%)	12 (36%)	15 (31%)	
Eglise_reveil	26 (24%)	4 (15%)	7 (21%)	15 (31%)	
Protestant	33 (31%)	9 (35%)	9 (27%)	15 (31%)	

Source : Notre enquête de terrain

3.1.2. Opinion des personnels de santé par rapport à la connaissance sur le calcul du paiement de la prime de performance du FBP.

Figure 2. Dendrogramme avec cluster sur les opinions des personnels de santé par rapport à la connaissance sur le calcul du paiement de la prime de performance du FBP, Kinshasa, 2022.



La figure 2 montre les opinions du personnel de santé des structures sanitaires sur la connaissance du calcul de paiement de la prime de performance du FBP ont été hiérarchisées en 4 clusters dont les deux premiers (1 et 2) se regroupent et deux sont individualisées (3 et 4). Ces différents groupes soutiennent les opinions suivantes :

- a) Le premier et le deuxième groupe des personnels de santé affirment que le calcul de la prime de performance était dicté par le bailleur sur base des données rapportées par les structures sanitaires.

« Ils les font selon l'outil indice après la contre vérification. Ils achètent les données remplies dans l'outil normé. (ZS Masina 1, Structure Sanitaire Confessionnelle)

« Il y a un volet VIH par exemple qui a été mis de côté, là, il y avait la DCIP qui a été mis de cote, il y a certains autres services ont été mis de côté tel que le VAT2. Les services ont été dictés par le bailleur. (ZS Maluku 1, Structure Sanitaire Étatique)

- b) Le troisième groupe des personnels de santé déclare que le calcul de la prime de performance était tributaire de la qualité de service rendu par la structure.

« Le paiement est calculé selon l'outil indice, on voit le niveau d'étude, la qualité de service, le dévouement, la ponctualité. »

(ZS Kikimi, Structure Sanitaire Étatique)

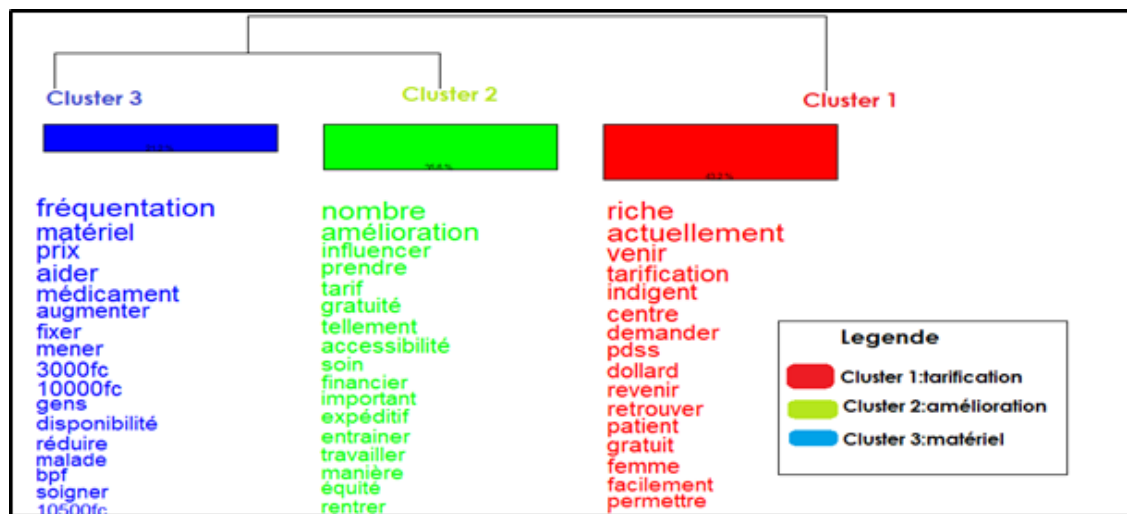
- c) Le quatrième groupe pense que le calcul de la prime de performance était basé sur l'index du prix d'achat des prestations de la FOSA.

« Le paiement calcul par l'outil indice, c'est tout ce que je connais. je n'apprécie pas cette façon de faire car c'est un travail qui nous prend du temps et celui qui fait l'indexation. »

(ZS Kisenso, Structure Sanitaire Étatique)

3.2. Dendrogramme avec cluster des opinions des enquêtés sur l'impact du FBP par rapport à l'utilisation

Figure 4. Dendrogramme avec cluster sur l'opinion des enquêtés de l'impact du FBP sur l'utilisation de service, Kinshasa, 2022.



La figure 4 présente les opinions des personnels de santé de structure sanitaire de l'impact du FBP sur l'utilisation de service ont été hiérarchisées en 3 clusters dont deux sont regroupés (3 et 2) et l'un est isolé (1). Ces différents groupes soutiennent les opinions suivantes :

- a) Le premier groupe des prestataires affirment que la tarification forfaitaire a amélioré l'utilisation des services dans leurs structures.

« La tarification imposée par le BPF, permet aux malades de consulter le centre. Le BPF a permis aux indigents d'avoir facilement les soins au tant que n'importe quel patient. » (ZS Biyela, Structure Sanitaire Confessionnelle)

- b) Le deuxième et le troisième groupe pensent que l'amélioration de l'utilisation des services était due à l'amélioration de la qualité de service et la disponibilité des matériels ou équipements dans les structures sanitaires.

« Tu te fais soigner, tu prends des médicaments et rendre à la maison, oui ça va influencer en améliorant. Avec la gratuité des soins, le nombre des malades a augmenté. »

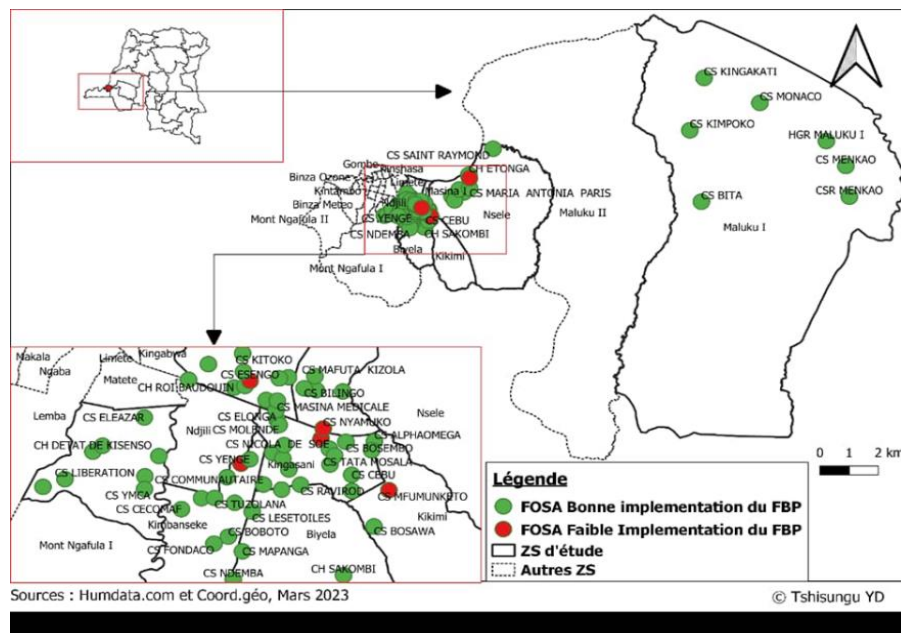
(ZS Masina 2, Structure Sanitaire Privée)

« Oui, nous avons appris beaucoup de choses. Notre façon de travailler s'est beaucoup améliorée, la fréquentation des malades a aussi augmenté, car il y a disponibilité des médicaments et des matériels. » (ZS Kimbaseke, Structure Sanitaire Etatique

3.3. Typologie de structure sanitaire par niveau d'implémentation du PBF

Cette section présente la typologie de l'implémentation du FBP de structure sanitaire par niveau d'implémentation du FBP au T1 2022. Les structures sanitaires ont été regroupées en structure ayant un bon niveau implémentation nommé type A et colorié en vert puis celles ayant un faible niveau d'implémentation nommé type B et colorié en rouge.

Figure 11. Typologie de structure sanitaire par niveau d'implémentation du PBF au T1 2022



Les structures sanitaires ayant un faible niveau d'implémentation du FBP se trouvent exclusivement dans les ZS Urbano-rurales (Maloukou I, N'sele, Kabasele et Kingasani) tandis que celles ayant un niveau d'implémentation bonne se recrutent dans les ZS urbaine.

IV. DISCUSSION

Le personnel de santé des structures étatiques et confessionnelles a affirmé dans leur majorité que leur motivation à travailler sous contrat FBP était due aux faits qu'ils bénéficiaient régulièrement de formation de mis à niveau et que celle-ci avait accru leurs compétences. Ces opinions sont dues aux faits que l'amélioration du niveau de compétence des prestataires entraînent une estime de soi et cela impactait sur la performance de la structure. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude réalisée au Mali en 2021 par Tony Z. et al qui a montré que les subventions au titre du projet PBA ont permis aux agents de santé de se sentir globalement plus motivés pour accomplir leurs tâches. Au-delà de la motivation financière, cela était principalement dû au fait que le projet PBA leur permettait de travailler plus efficacement⁸

La majeure partie des répondants pensent que l'approvisionnement en médicaments des structures sanitaires par Phatkin a connu beaucoup de problèmes de promptitude et ne répondait pas aux besoins. En effet l'approvisionnement en médicaments était tributaire de la paie de la prime de performance aux structures sanitaires et a connu des retards consécutifs au versement de ce subside. Il y a lieu aussi d'évoquer l'inadéquation entre les réquisitions de structures et la livraison de Phatkin d'une part, la quantité des médicaments livrés et la somme d'argent retenue en contrepartie d'autre part. Ces résultats s'expliquent par manque d'un mécanisme de communication entre les structures, la firme Phatkin et le bailleur/PDSS. Une étude réalisée au Burkina Faso par Anne-Marie T. et al en 2018 qui a conclu aux faits que les prestataires des soins de santé ont estimé que la distribution de médicaments gratuits entraînait des difficultés financières et des pénuries de médicaments, notamment en raison des faibles prix d'achat et des longs délais de paiement⁹.

Le personnel de santé du secteur étatique à l'annamite, 100% ont perçu une amélioration de la qualité de soins dans leurs structures sanitaires. Ces résultats sont étayés par ceux obtenus dans le volet qualitatif où les personnels de santé affirment que le FBP a changé leur façon de travailler grâce aux formations et à l'accent mis sur l'utilisation des ordigrammes de prise en charge. Ces résultats obtenus dans le secteur étatique s'expliquent par le fait d'un laissez-aller manifeste vécu dans cette catégorie de structure dans lesquelles règnent très souvent une pléthore du personnel et généralement moins motivé par rapport à ceux du secteur privé et confessionnel. Les résultats obtenus dans le secteur étatique sont encourageants car ils laissent entrevoir que le FBP peut inverser la tendance de la qualité de soins dans les structures étatiques. Ces résultats sont en désaccord avec ceux de l'étude de Stephan B. et al en 2021 au Malawi qui n'a pas identifié d'effets statistiquement significatifs sur la qualité de la prestation de soins prénatals attribuables au système de financement basé sur la performance mis en œuvre¹⁰.

Près de l'ensemble du personnel de santé du secteur privé, soit 96,15% ont affirmé que le FBP a amélioré l'utilisation de services au sein de leurs structures sanitaires et 100 % ont affirmé que le FBP a influencé l'accès aux services de manière équitable dans cette catégorie de structures sanitaires. Plus de la moitié des personnels pensent que cette amélioration est due à l'amélioration de la qualité de services et la disponibilité en matériels, bien qu'un autre groupe l'attribue à la tarification imposée par le FBP. Une étude réalisée par Riddell et al en 2018 sur « Il est temps de tester les mesures d'équité dans le FBP en Afrique » a conclu aux faits que les interventions de type FBP en Afrique n'ont pas suffisamment pris en compte l'équité de l'accès aux soins pour les plus démunis et leur protection financière¹¹.

La typologie des structures sanitaires nous a permis de géo référencer les structures sanitaires ayant un faible niveau d'implémentation du FBP exclusivement dans les ZS Urbano-rurales (Maluku I, N'sele, Kimbaseke et Kingasani). Ceci s'explique par le fait que les ZS Urbano-rurales ayant généralement une accessibilité difficile à cause de l'état de route n'ont pas bénéficié du même nombre de supervision formative autant que celles à accessibilité facile.

Les opinions du personnel de santé sur l'appropriation des acquis de la politique du FBP se subdivisent en deux grands groupes dont l'un affirme que la tarification forfaitaire des services a été adoptée par les structures, malgré le retard de paiement qui perturbe le fonctionnement de la structure et l'autre grand groupe met l'accent sur la promptitude du remplissage des outils de rapportage, cependant ils décrivent aussi la variation au grès des vérificateurs des normes de validation de ces outils.

CONCLUSION

Les résultats de notre recherche nous ont conduit à conclure que la mise en œuvre du FBP est généralement perçue comme une réussite par le personnel de santé des structures sanitaires sous contrat FBP à Kinshasa, bien qu'ils aient des améliorations à apporter notamment sur l'approvisionnement en médicaments, la standardisation des normes de validation des outils de rapportage, le respect des échéances et de la régularité du paiement de la prime de performance, la sensibilisation sur le respect des clauses du contrat notamment dans la gestion de structure ainsi que la fréquence de supervision pour les ZS à accessibilité limitée.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Pbf, E. & Kivu, S. *Opérationnelles Du Programme Pbf*. (2015).
- REDD, I. République Démocratique du Congo Plan d'investissement REDD+. (2015).
- La, M. D. E., Publique, S. & Mars, V.-. Manuel opérationnel du Financement Basé sur la Performance. S 1-368 (2015).
- BERTONE, M. P., Jacobs, E., Toonen, J., Akwataghibe, N. & Witter, S. Performance-based financing in three humanitarian settings: Principles and pragmatism. *Confl. Health* **12**, 1-14 (2018).
- GUPTA, N. & Ayles, H. M. The evidence gap on gendered impacts of performance-based financing among family physicians for chronic disease care: A systematic review reanalysis

- in contexts of single-payer universal coverage. *Hum. Resour. Health* **18**, 1-15 (2020).
- YAOGO, M., Zongo, S., Somé, P. & Ridde, V. les résultats au Burkina Faso *ibid.* 1-2 (2016).
 - BERTONE, M. P., Wurie, H., Samai, M. & Witter, S. The bumpy trajectory of performance-based financing for healthcare in Sierra Leone: Agency, structure and frames shaping the policy process. *Global. Health* **14**, 1-15 (2018).
 - TONI Z et al ,2021 Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration?
 - MWASE, T. *et al.* Can Combining Performance-Based Financing With Equity Measures Result in Greater Equity in Utilization of Maternal Care Services? Evidence From Burkina Faso. *Int. J. Heal. Policy Manag.* **11**, 308-322 (2022).
 - STEPHAN B. et al Implementation of a performance-based financing scheme in Malawi and resulting externalities on the quality of care of non-incentivized services
 - MAYAKA MANITU, S., Meessen, B., Muvudi Lushimba, M. & Macq, J. Le débat autour du financement basé sur la performance en Afrique subsaharienne : analyse de la nature des tensions. *Sante Publique (Paris)*. **27**, 117 (2015).