



REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

*Etude sur les déterminants des investissements visant la qualité
des soins dans l'approche de financement basé sur la
performance dans les centres de santé publics dans une province
au Burundi :*

Note de Capitalisation

Equipe des consultants :

Anglebert NICIMPAYE, MD

Florence MUNEZERO, MSc, PhDc.

Juin 2022



1. Contexte

La qualité des soins est une préoccupation mondiale. Les Objectifs de Développement Durable (ODD) appellent les pays à réaliser une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) incluant la protection contre les risques financiers et l'accès à des services de santé de qualité. En effet, chaque année dans le monde, on dénombre environ 5 millions de décès dus à des soins de mauvaise qualité tandis qu'environ 3,6 millions sont dus au non-recours aux soins de santé¹

Le système de santé du Burundi est composé du niveau central, du niveau intermédiaire, du niveau périphérique et du niveau communautaire.

Depuis 2010, le Burundi met en œuvre, au niveau national, la stratégie de Financement Basé sur la Performance (FBP) couplée à la gratuité ciblée des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes qui accouchent dans un établissement de santé. Les objectifs de cette réforme sont une augmentation quantitative des services de santé et une amélioration de la qualité des soins de santé offerts.

Le contrat dans le cadre du FBP est construit sur un plan d'action semestriel qui doit préciser l'utilisation des revenus globaux. Ce plan contient les dépenses de fonctionnement et les petits investissements. L'insuffisance de la qualité des soins et des services reste une préoccupation constante pour le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) et ses partenaires.

Après cette décennie de mise en œuvre du FBP, l'utilisation des services de santé est satisfaisante. Le taux de services curatifs ambulatoires dans les centres de santé est calculé à 173,9%, l'accouchement en milieu de soins est de 87,4%, la couverture vaccinale en pentavalent 3 est de 98,2% tandis que le taux d'enfants complètement vaccinés est de 87,5%². Une relation entre l'augmentation de ces indicateurs quantitatifs d'utilisation des services de santé et le FBP a été établie³.

Néanmoins, des faiblesses sont encore observées dans la prise en charge clinique comme le non-respect ou la non-utilisation des protocoles de prise en charge des pathologies. Le niveau

¹ Kruk, Margaret E, Gage, Anna D, Joseph, Naima T, Danaei, Goodarz, García-Saisó, Sebastián, & Salomon, Joshua A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203-2212.

² Annuaire statistique 2020, 2021

³ Rudasingwa, Martin, Soeters, Robert, & Basenya, Olivier. (2017). The effect of performance-based financing on maternal healthcare use in Burundi: a two-wave pooled cross-sectional analysis. *Global health action*, 10(1), 1327241

d'investissement en faveur de l'amélioration de la qualité des soins dans les structures sanitaires reste insuffisant malgré les montants importants reçus par le biais du FBP associé à la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Cependant, certains établissements de santé ont eu tendance à privilégier les investissements liés aux constructions au lieu de se concentrer sur les équipements et autres matériels ayant un impact direct sur la qualité des soins, ce qui a conduit le ministre de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA à donner aux établissements de santé des orientations claires en la matière. C'est pour ces raisons que le programme UE-PASS-FBP-II financé par l'Union Européenne en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA du Burundi a commandité une étude en vue d'identifier les déterminants des investissements des CDS se trouvant dans l'approche de financement basé sur la performance pour améliorer la qualité des soins en vue de proposer des solutions.

2. Le Programme d'Appui au Système de Santé à travers l'outil du Financement Basé sur la Performance (UE- PASS- FBP) – Phase 2

Le Programme d'Appui au Système de Santé à travers l'outil du Financement Basé sur la Performance (UE- PASS- FBP) – Phase 2 est venu appuyer le renforcement le système de santé burundais. Il a été mis en œuvre du 01/12/2019 au 31/05/2022. Son objectif global était d' « Améliorer l'état de santé de la population dans les 18 provinces du Burundi » avec comme objectif spécifique de « Renforcer l'accès équitable aux soins de santé **de qualité** pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ».

Les résultats attendus étaient (i) Les prestations de santé sont assurées et financièrement accessibles pour les populations ciblées (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans), (ii) les formations sanitaires (CDS et HD) garantissent une offre **de soins de qualité** et une gestion administrative et financière performante, (iii) Le cadre régulateur est amélioré dans les domaines de l'assurance de la qualité des soins, de l'encadrement, de la supervision, de la coordination, de la participation au dialogue sectoriel sur les sujets du financement de la santé, (iv) Une stratégie effective de communication pour le développement est déployée.

3. Objectif de la note de capitalisation

Cette note ne vise ni faire le bilan de la mise en œuvre du FBP au Burundi ni juger de la pertinence et l'efficacité du PASS II. Elle se veut de faire la synthèse des résultats, des leçons tirées et des recommandations de l' « Etude sur les déterminants des investissements visant la

qualité des soins dans l'approche de financement basé sur la performance dans les centres de santé publics dans une province au Burundi ». Elle souligne à travers les recommandations de cette étude, les pistes d'actions prioritaires pour améliorer la quantité et la qualité des investissements des CDS.

4. Principaux résultats

4.1. Caractéristiques des responsables des CDS

Entre 2016 et 2020, la moitié des CDS ont enregistré des changements des titulaires et des gestionnaires. Au cours de la même période, plus de la moitié des CDS ont enregistré des changements des titulaires adjoints (62,5%), des présidents des COSA (59,4%) et des COGES (65,6%).

Une proportion de 46,9% des titulaires et de 56,3% des titulaires adjoints venaient de passer entre une année et 3 ans dans le CDS. Celle de 62,5% des gestionnaires, 40,6% des présidents des COSA et 43,8% des présidents des COGES avaient plus de 3 ans d'ancienneté dans le CDS. La majorité des titulaires (90,6%) et des gestionnaires (90,6%) étaient de niveau A2. La proportion de 50,0% des présidents des COSA et de 31,3% des présidents des COGES avaient soit le niveau primaire ou étaient sans niveau de scolarité

4.2. Planification et budget alloués aux investissements dans les CDS

La présence des investissements dans les Plans d'Action Annuels (PAA) était retrouvée dans 59,4% des centres de santé en 2016 alors qu'elle était retrouvée dans 43,8% des CDS en 2019 et en 2020. Le budget planifié pour les investissements dans PAA représentait en moyenne 14,0% du budget total pour l'ensemble des PAA des cinq années (2016 à 2020). Sur les 5 ans, les dépenses allouées aux investissements par les centres de l'étude représentaient 4,1% du total des dépenses.

4.3. Disponibilité et investissements en infrastructures, équipements et matériels

Par rapport aux infrastructures, les salles de laboratoire et d'accouchement étaient disponibles dans tous les 32 Centres de Santé de l'étude (100%). Par rapport aux équipements, la plupart des CDS (plus de 90%) avait plus de la moitié des équipements exigés par les normes sanitaires dans les différents services exceptés les services CPN/CPON/PF et d'hébergement.

Moins de la moitié des CDS ont investi dans la construction des infrastructures et pour l'achat des équipements, durant la période de 2016 à 2020. En effet, seuls 15,6% des CDS ont investi

avec des fonds propres pour construire les salles d'accueil et 43,8% des CDS pour l'achat des équipements et matériels.

4.4. Besoins persistants

Les besoins des CDS qui deviennent des besoins d'investissements persistent dans les trois domaines de l'étude et dans tous les CDS étudiés après plus de 5 ans de mise en œuvre de l'approche FBP.

4.4.1. Infrastructures :

Aucun centre de santé n'avait tous les bureaux et salles tels que exigés par les normes sanitaires. Les salles de pharmacie (stock et vente) et la salle de supplémentation nutritionnelle étaient les moins présentes dans les proportions respectives de 43,8 % et 31,3 %. 40,6% des CDS n'avaient pas de châteaux d'eau ou autres systèmes de stockage d'eau. Sur les 32 centres de santé de l'étude, une proportion de 15,6% des CDS n'avaient ni de groupe électrogène ni de panneaux solaires.

4.4.2. Matériels et équipements :

En matériels et équipements, aucun CDS n'avait l'exhaustivité de ce qui est prévu par les normes sanitaires de référence (2011-2015).

4.4.3. Ressources humaines :

Aucun centre de santé n'avait des secrétaires. Une proportion de 84,4% des CDS n'avait pas des Techniciens de la Promotion de la Santé et 78,1% n'avaient pas d'infirmiers de niveau A3 conformément aux normes sanitaires. Sur les 32 CDS, 26 soit 81,3% avaient 2 infirmiers du niveau A2 exigés par les normes de 2011-2015.

4.5. Facteurs influençant l'investissement dans les CDS dans l'approche de FBP

4.5.1. Vus des responsables et personnel du CDS

Un des principaux facteurs qui influence l'investissement dans les CDS et qui a été cité par tous les informateurs clés est la volonté d'améliorer la qualité des prestations. L'analyse des investissements faits au cours de la période étudiée conforte cette affirmation. En effet, la majorité des postes de dépenses des investissements réalisés se trouvent dans la liste des prévisions des normes sanitaires classés investissements visant la qualité des soins. Les facteurs qui influencent le choix des investissements est la disponibilité de financement et l'évaluation de la qualité dans le cadre du FBP. La majorité de ces informateurs clés ont également affirmé

que les CDS ont partiellement ou pas du tout l'autonomie dans la prise de décision pour l'investissement. Le principal facteur qui empêche l'investissement systématique en petits équipements et matériels coutant « rien/moins cher » est : « le besoin n'est pas ressenti par les responsables du CDS ».

4.5.2. Point de vue des cadres du MSPLS et des partenaires du FBP

Les points de vue des cadres du MSPLS et des partenaires du FBP sont variés mais se recoupent sur les éléments suivants :

- Une capacité faible des CDS à faire un bon PAA basé sur une bonne analyse de la situation». Le « facteur humain compte énormément ; L'équipe dirigeante des CDS manque de vision et de leadership ». Le turn over des titulaires y contribuant beaucoup.
- L'encadrement dont bénéficie les CDS est faible, non systématisé et non harmonisé.
- Le FBP n'est pas focalisé « le FBP est devenu très démocratique et ratisse large au point que les bonnes intentions sont noyées ».
- Les COSA et COGES ne jouent pas pleinement leurs rôles. Ces comités sont faibles qu'ils adhèrent aveuglements aux idées du titulaire du CDS.
- La « mentalité des comptes pleins » (plaisir d'avoir des comptes avec beaucoup d'argent) de certains responsables des CDS empêche la libération des budgets d'investissement.
- La « tendance à dépendre des dons ».
- « La peur d'investir » : Les acteurs parlent aussi d'une peur des responsables des CDS liée à un déficit de maîtrise des procédures des marchés publics.
- La notion d'investissement n'a pas été bien libellée et correctement comprise, ce qui a pour conséquence que les responsables des CDS n'ont retenu que « investissement égal construction ».

5. Leçons tirées et recommandations

Les recommandations suivantes concernent les différents niveaux de la pyramide du système de santé du Burundi et les partenaires du FBP. Chacun peut faire sa part selon ses attributions pour concourir à l'amélioration des investissements des CDS en faveur de la qualité de soins.

Leçons tirées	Recommandations
Les responsables des CDS sont instables.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Stabiliser les responsables des CDS ⇒ Former systématiquement les nouveaux responsables sur leurs missions et sur les techniques de planification/priorisation.
La qualification (niveau de formation) des présidents des COSA et GOGES est faible pour leurs missions.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Respecter les standards de qualifications et compétences pour ces postes.
Les PAA n'intègrent pas systématiquement les investissements.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mettre en place un guide de validation des PAA qui permet de vérifier leur qualité et complétude.
Seul un 1/3 du budget d'investissement planifié est exécuté.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aider/accompagner les CDS à exécuter les PAA dans les délais.
Même le petit matériel et équipement essentiels mais qui coutent "Rien/moins chers" continue à manquer dans les CDS.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Appliquer la loi des 80/20 (Principes de Pareto) pour prioriser et investir en faveur de la qualité de soins ; ⇒ Digitaliser la priorisation avec une pondération basée sur le Principe de Pareto ; ⇒ Obliger les CDS d'investir systématiquement sur le petit matériel et équipement jusqu'à un certain seuil de leurs fonds.
La grille d'évaluation qualité détourne l'attention des CDS vers les items de la grille.	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Prévoir dans l'évaluation de la qualité technique un inventaire systématique complet pour identifier les besoins persistants et conditionner le dégageement de l'enveloppe "prime" l'absence de gaps en petits matériels et équipement jusqu'à un certain seuil (les 80 % de Pareto).