

## Un financement basé sur la performance influence-t-il réellement l'utilisation des services de santé de première ligne en milieu rural africain ?

### [ Does performance-based financing really influence the use of frontline health services in rural Africa? ]

*Hermès Karemere<sup>1</sup>, Patient Batasema Kahora<sup>2</sup>, Jean Ahana<sup>2</sup>, and Johanna Karemere<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Faculté des Sciences, Université du Cinquantenaire de Lwiro, Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

<sup>2</sup>Faculté de Médecine et de Pharmacie, département de Santé Publique, Université officielle de Bukavu, Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

<sup>3</sup>Chercheur indépendante, Centre d'Affaires Internationales Africanada Inc., Kinshasa, RD Congo

---

Copyright © 2023 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** *Introduction:* The performance-based financing approach was deployed in the Health Zone (ZS) of Miti-Murhesa between 2009 and 2014 by the « Agence d'Achat des Performances » (AAP) South Kivu. This study analyzes whether such an approach can really influence the use of health services.

*Methods:* This is a quasi-experimental evaluation («before-after» study), adapted to the program intervention evaluation framework, using a documentary review and individual interviews that targeted 345 people, including 246 users care services and 99 health care workers. Thematic analysis of the data was applied and concerned the socio-demographic characteristics of the respondents, their perceptions of the program impact, the use of services before and during the program and the use of therapeutic alternatives before and during the program.

*Results:* The proportion of people declaring use of health services in the Health Zone increased from 59% before the program to 93% at the end of the program (n=246). During the program implementation, the number of people who resorted to self-medication, the prayer room or witch doctors decreased, respectively from 126 (i.e. 51.2%) to 55 (i.e. 21.9%); from 9 (i.e. 3.6%) to 6 (i.e. 2.4%) and from 6 (i.e. 2.4%) to 2 (i.e. 0.8%) while that of people who had recourse to traditional healers increased significantly by 24 (9.7%) to 114 (46.3%). The population recognized the positive effects of the performance-based financing (PBF) program of AAP Sud-Kivu. Concerning the perception of the facilitators of the Health Zone, 94% (n=99) attest that the program has motivated the staff, has favored the improvement of the quality of services and has favored the realization of home visits. The lack of care for certain pathologies, including chronic ones such as tuberculosis, is deplored.

*Conclusion:* Performance-based financing can actually improve the use of frontline care services by reducing care costs and improving the quality of services. However, recourse to traditional healers remains the most competitive therapeutic alternative to the care offered by the integrated health structures of the ZS of Miti-Murhesa. This study recommends a sustainability plan for each performance-based financing program and effective regulation of the practice of traditional healers.

**KEYWORDS:** Performance-based financing, utilization of health services, health zone, Miti-Murhesa, Democratic Republic of Congo.

**RESUME:** *Introduction:* L'approche du financement basé sur la performance a été déployée dans la Zone de santé (ZS) de Miti-Murhesa entre 2009 et 2014 par l'Agence d'Achat des Performances « AAP » Sud-Kivu. La présente étude analyse si une telle approche peut réellement influencer l'utilisation des services de santé.

*Méthodes:* Il s'agit d'une évaluation quasi-expérimentale (étude « avant-après »), adaptée au cadre d'évaluation d'intervention des programmes, recourant à la revue documentaire et aux entretiens individuelles ayant ciblé 345 personnes dont 246 utilisateurs des services de soins et 99 animateurs de la ZS. L'analyse thématique des données a été appliquée et a concerné les caractéristiques

sociodémographiques des personnes interrogées, leurs perceptions sur l'impact du programme, l'utilisation des services avant et pendant le programme et l'utilisation des alternatives thérapeutiques avant et pendant le programme.

**Résultats:** La proportion des personnes déclarant recourir aux services de santé de la Zone de santé est passée de 59% avant le programme à 93% à la fin du programme (n=246). Durant la mise en œuvre du programme, le nombre de personnes ayant recouru à l'automédication, à la chambre de prière ou aux féticheurs a baissé, respectivement de 126 (soit 51,2%) à 55 (soit 21,9 %); de 9 (soit 3,6%) à 6 (soit 2,4%) et de 6 (soit 2,4%) à 2 (soit 0,8%) tandis que celui de personnes ayant recouru aux tradipraticiens a sensiblement augmenté de 24 (soit 9,7%) à 114 (soit 46,3%). La population a reconnu des effets positifs du programme de financement basé sur la performance (FBP) de l'AAP Sud-Kivu. Concernant la perception des animateurs de la Zone de santé 94% (n=99) attestent que le programme a motivé le personnel, a favorisé l'amélioration de la qualité des services et a favorisé la réalisation des visites à domicile. L'absence de la prise en charge de certaines pathologies dont celles chroniques comme la tuberculose est déplorée.

**Conclusion:** Le financement basé sur la performance peut réellement améliorer l'utilisation des services de première ligne des soins grâce à la réduction des coûts des soins et l'amélioration de la qualité des services. Le recours aux tradipraticiens demeure cependant l'alternative thérapeutique la plus concurrentielle aux soins offerts par les structures sanitaires intégrées de la ZS de Miti-Murhesa. La présente étude recommande un plan de pérennisation pour chaque programme de financement basé sur la performance et une régulation efficace de la pratique des tradipraticiens.

**MOTS-CLEFS:** Financement basé sur la performance, utilisation des services de santé, zone de santé, Miti-Murhesa, République démocratique du Congo.

## 1 INTRODUCTION

Dans de nombreuses régions du monde et notamment en Afrique sub-saharienne, les besoins en santé de la population ne sont pas satisfaits, parce que les services de la santé et sociaux ne sont pas accessibles ou sont de mauvaise qualité [1]. Les initiatives visant à améliorer la qualité de ces services, comme les Soins de Santé Primaires (Alma Ata, 1978) et l'Initiative de Bamako (1987) ont partiellement résolu ces problèmes [2, 3]. D'autres initiatives focalisées sur la performance et l'accessibilité des services de santé ont développé des stratégies pouvant déboucher sur des services de qualité à moindre coût, mieux accessibles, équitables et pérennes [4-6]. C'est le cas du financement basé sur la performance (FBP) qui contribue à la bonne gouvernance des services de santé. L'approche du FBP dans le système de santé est caractérisée par la redevabilité des acteurs en termes des résultats, des performances des acteurs impliqués dont les prestataires publics et privés, les instances de réglementation du Ministère de la santé, les agences d'achat de performance, les financeurs et les organisations communautaires. L'effet recherché par l'approche FBP est d'accroître la couverture, l'utilisation des services de santé, la quantité et la qualité des soins dans les formations sanitaires (FOSA) [7]. Cette approche a été mise en place dans la Zone de santé (ZS) de Miti-Murhesa par Cordaid, au travers l'Agence d'Achat de Performance (AAP), entre 2008 et 2014 dans la perspective d'améliorer notamment l'accès aux soins de qualité pour la population de cette zone. La ZS de Miti-Murhesa est rurale, avec des alternatives de recours aux soins multiples fondés sur des perceptions culturelles, notamment le recours aux tradipraticiens, aux groupes de prières ou aux médicaments indigènes. La présente étude a pour but d'évaluer si un financement basé sur la performance influence réellement le recours aux services de santé de première ligne dans une zone de santé rurale.

## 2 METHODOLOGIE

L'étude menée est une évaluation quasi-expérimentale (étude « avant-après »), adaptée au cadre d'évaluation d'intervention des programmes.

### 2.1 CADRE DE L'ETUDE

Des expériences menées dans un grand nombre de pays montrent que le FBP contribue à une plus grande efficacité dans le domaine des soins de santé [7-9]. Il s'oriente sur une amélioration de l'accès aux soins de santé et sur un renforcement des capacités. Un des principes majeurs de la mise en place du programme de FBP est la séparation des fonctions dans un modèle où les différentes parties prenantes du système concerné doivent jouer chacun son rôle respectif. Ces fonctions sont la Régulation, le financement des activités ciblées par la performance, la prestation des services et le renforcement de la voix de la population. Dans la Zone de santé de Miti-Murhesa, la fonction de régulation a été assurée par l'équipe cadre de la Zone de santé au travers la supervision formative et l'encadrement technique ainsi que le contrôle de la qualité des soins dans les formations sanitaires (Centres de santé et Hôpital général de référence). La fonction d'achat des performances est assurée par l'Agence d'Achat des Performances (AAP). L'AAP en effet négocie des contrats avec les prestataires des soins dans les formations sanitaires (FOSA), vérifie les résultats et paie les subventions en fonction des résultats vérifiés. La fonction de prestation des services (fourniture des services des soins préventifs, curatifs, promotionnels et de

réadaptation); et des services administratifs (rapportage, renforcement des capacités, supervision) est assurée par les formations sanitaires (FOSA) dont les centres de santé (CS) et l'Hôpital général de référence (HGR). Après avoir signé les contrats, les FOSA offrent des services de santé de manière autonome comme entités organisationnelles à part entière.

**Figure 1. Indicateurs subventionnés dans la Zone de santé de Miti-Murhesa**

**Bureau central de la Zone de santé :**

- Supervisions réalisées par des membres de l'Équipe cadre de la Zone de santé ou par des infirmiers superviseurs à l'hôpital de référence ou dans les centres de santé.
- Visites et réunions de validation des données dans les formations sanitaires (CS et HGR)
- Visites de suivi et évaluation conjointe ECZ-AAP des plans de management dans les FOSA
- Évaluations trimestrielles des activités des CS et de l'HGR
- Évaluation des activités de l'équipe cadre de la Zone de santé par l'équipe cadre de la Division provinciale de la santé.

**Hôpital général de référence :**

- Nouveaux Cas vus par médecin
- Retro-information arrivée
- Contre références arrivées
- Nouveaux cas TBC + dépistés
- Transfusion de Sang - Don bénévole
- Césariennes
- Autres accouchements dystociques
- PF: Ligatures et vasectomies
- NC Indigent PF sous DIU ou Implant gratuit
- NC Indigent PF Ligature ou vasectomie gratuit
- Nombre des femmes enceintes testées au VIH
- Nombre d'Accouchées VIH+ mis sous traitement
- Nombre des nouveau-nés des femmes VIH+ mis sous traitement
- Consultations externes (nouveaux cas de victimes des violences sexuelles traités dans 72h.)
- **Santé Sexuelle** (Nbre des jeunes de 10 à 24 ans ayant bénéficié les services SSR)
- Score qualité des soins à HGR évaluée par les pairs

**Centre de santé :**

- Nouveaux cas consultations externes (y compris pour violence sexuelle)
- Enfants complètement vaccinés
- Femme enceinte ayant reçu VAT 2+
- Enfant de 12 à 59 mois inscrit à la CPS 2
- Enfant 12 à 59 mois ayant réalisé 4 visites standards (1/trim.)
- Nouveaux cas TBC + dépistés (3 examens crachat), Nombre de cas TBC traités et BK- après 6 mois
- Patients graves référés et arrivé à l'hôpital
- Victimes des Violences Sexuelles référés et arrivé à l'hôpital
- Grossesses à haut risque référée et arrivée
- Accouchements assistés dans FOSA
- Pilule + Inj (Nouv acceptantes), Pilule + Inj (Anc acceptantes)
- PF: Insertion d'implants ou DIU 2% par an, PF : Couple ayant adhéré aux méthodes PF
- CPN au 4ème mois (début T2), CPN 4 visites standards accomplies
- CPON: 2ème visite au 42e jour
- Nombre des femmes enceintes testées au VIH, Nombre d'Accouchées VIH+ mis sous traitement
- Nombre des couples testés au VIH pour PTME
- Nombre des nouveau-nés des femmes VIH+ mis sous traitement
- NC & AC Indigent ayant adhéré à la PF
- **Santé sexuelle** (Séances d'information, éducation et communication avec les jeunes et adolescents, Nombre des jeunes de 10 à 24 ans ayant bénéficié les services SSR, Nombre des jeunes de 18 à 24ans ayant reçu les contraceptifs modernes)
- **Indicateurs communautaires** (Nombre des Visites d'investigation à domicile réalisées)
- Autres indicateurs (Réunion d'analyse des données SNIS y compris les données financières)

**Indicateurs non subventionnés :**

Actes chirurgicaux majeurs et mineurs  
Maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension.

Les comités de santé et de développement des aires de santé (CODESA) avec les représentants de la communauté (Relais communautaires) peuvent influencer la liaison entre les FOSA et la population, et participent à la gestion des centres de santé (CS). La fonction de vérification qui se fait au niveau des structures sanitaires, une vérification de la quantité et de la qualité technique; et au niveau de la communauté à travers les enquêtes dirigées par les associations locales pour la vérification de la matérialité des prestations

et leur authenticité ainsi que la satisfaction des usagers des services. Cette fonction vise aussi à renforcer la voix de la population. La fonction de paiement est faite directement sur les comptes bancaires des bénéficiaires après vérification de leurs performances par l'AAP. La séparation des fonctions diminue l'éventualité d'un conflit d'intérêt. Les parties agissent ensemble d'une manière qui implique simultanément la surveillance et le soutien technique. Les prestations concernées par la performance et in fine le financement sont synthétisées dans la Figure 1. L'intervention de l'AAP dans la Zone de santé de Miti-Murhesa a débuté en 2009 et a pris fin en 2014.

## 2.2 DESCRIPTION DU TERRAIN D'ETUDE

L'étude a eu lieu dans la Zone de santé rurale de MITI-MURHESA, au nord de la province du Sud-Kivu en République démocratique du Congo. La Zone de Santé compte une population de 231497 habitants en 2015 répartis dans 18 aires de santé [10]. La zone de santé rurale de Miti-Murhesa est constituée d'un Bureau Central de la Zone de Santé, d'un Hôpital Général de Référence, d'un Centre Hospitalier, d'un hôpital Pédiatrique, d'un Centre Médical, de 18 Centres de Santé, de 11 Postes de Santé, d'un Dispensaire et d'une Polyclinique. La population vit essentiellement de l'agriculture, de l'élevage, du commerce, de la pêche ou de la rémunération en tant que fonctionnaires de l'état (seulement 30 % de la population). Les pathologies les plus fréquentes sont le paludisme, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la diarrhée, les infections sexuellement transmissibles, l'amibiase et la malnutrition protéino-énergétique.

## 2.3 TYPE D'ETUDE

L'étude est de type évaluative « avant-après », menée de manière transversale en deux temps; d'abord sur la perception de l'utilisation des services de santé avant l'intervention consistant au financement des activités de la zone de santé basé sur la performance (en 2009) et ensuite après l'intervention (en 2014).

## 2.4 COLLECTE DES DONNÉES

Les principales données collectées concernent l'utilisation des services de santé avant et pendant le programme, l'utilisation des alternatives thérapeutiques avant et pendant le programme, l'impact du financement basé sur la performance sur les services de première ligne et les caractéristiques sociodémographiques et économiques des utilisateurs des services interrogés (sexe, âge, état civil, profession, niveau d'étude, taille du ménage, et revenu du ménage).

Pour ce faire, l'étude a recouru d'une part à la revue documentaire exploitant les rapports sur le contenu et le déroulement de l'intervention de l'AAP durant la période d'étude (2009-2014), et ensuite aux entretiens avec 345 personnes ayant accepté de participer à l'étude parmi lesquelles 246 utilisateurs des services de soins et 99 animateurs de la Zone de santé dont 3 superviseurs du Bureau Central de la Zone (BCZ) de santé, 51 professionnels des Centres de santé et 45 membres des comités de santé et de développement des aires de santé (CODESA). Un questionnaire semi-ouvert avait été préalablement élaboré. Seules étaient inclus à l'étude les personnes ayant leur résidence physique au sein de la zone de santé de MITI-MURHESA et ayant effectivement utilisé les services de santé au moins une fois avant et pendant le programme de l'AAP ou ayant travaillé dans la ZS de Miti-Murhesa durant la période de l'étude. Les entretiens ont été réalisés par 3 enquêteurs recrutés en tenant compte de leur capacité, de leur connaissance de la Zone de santé et de leur habileté à parler le français et les langues locales dont le Swahili et le Mashi. Les enquêteurs ont été préalablement formés sur la méthodologie et les procédures à suivre lors de la collecte des données sur le terrain. Sur 448 personnes sélectionnées, 345 ont accepté de participer à l'étude soit un taux de participation de 77%.

## 2.5 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été encodées manuellement dans un fichier Word et analysées par thème. Après une lecture approfondie des transcriptions, les schémas initiaux et les catégories récurrentes ont été identifiés. Cela a permis de mettre en évidence les éléments pertinents en lien avec l'utilisation des services avant et pendant l'intervention de l'AAP. Les similitudes et les différences entre les participants ont été identifiées et présentées telles quelles. Des histogrammes ont été construits en Excel pour comparer d'une part les proportions des utilisateurs des services de santé avant et après et d'autre part les proportions des utilisateurs des alternatives thérapeutiques avant et après l'intervention dans la ZS de Miti Murhesa.

## 2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'approbation du protocole de recherche de la présente étude a été délivrée par le comité des chercheurs du département de santé Publique de l'Université Officielle de Bukavu. Aussi, l'accès aux données et à leur utilisation a été autorisé par le Médecin chef de Zone de santé de Miti-Murhesa. Un consentement éclairé et libre a été systématiquement obtenu auprès des personnes interrogées, garanties de l'anonymat et de la confidentialité des informations collectées.

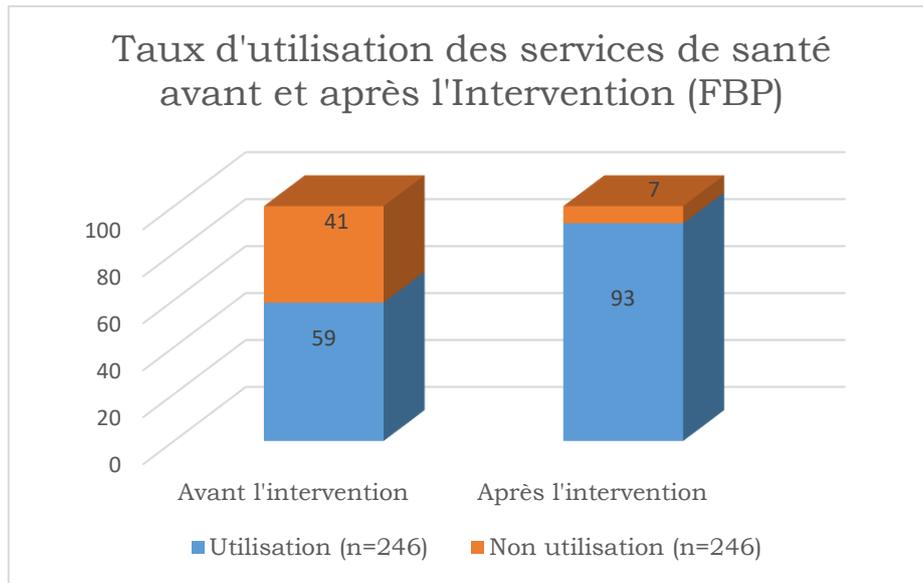
### 3 RÉSULTATS

#### 3.1 LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs des services interrogés

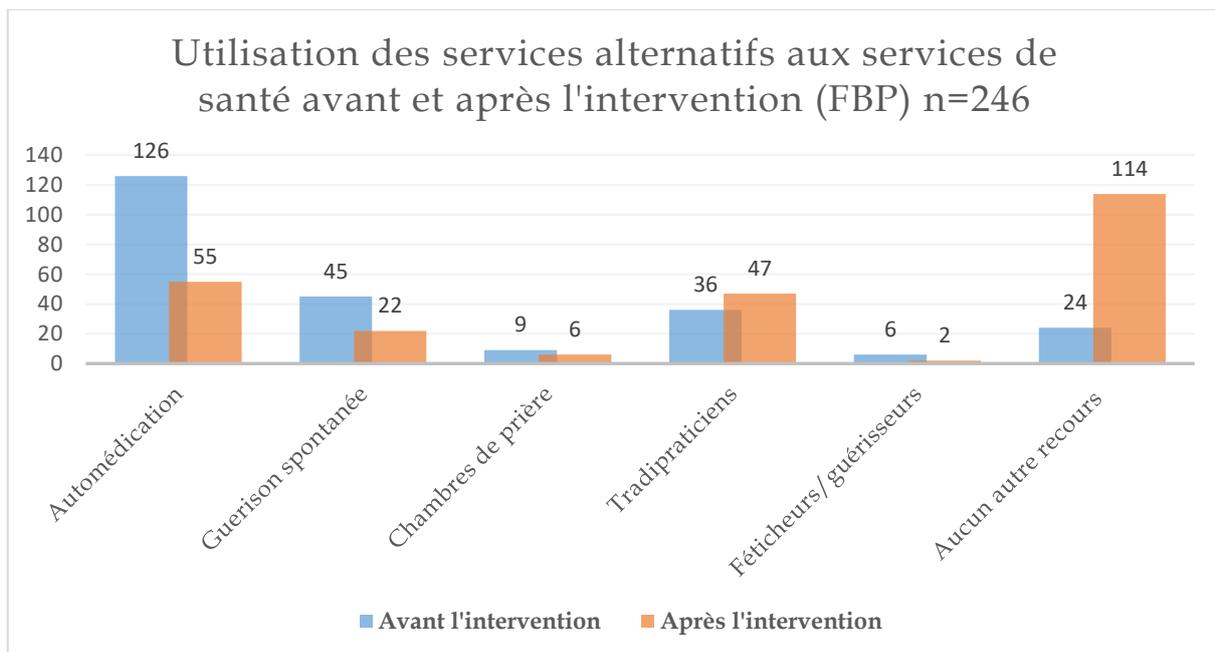
Caractéristiques	Effectif (n=246)	%	M±DS
Age (années)			39±17
Moins de 30 ans	109	44,3	
30 ans et plus	137	55,7	
Sexe			
Féminin	99	40,2	
Masculin	147	59,8	
État Civil			
Célibataire	58	23,6	
Séparé (e) /Divorcé (e)	12	4,8	
Marié	160	65	
Veuf (ve)	16	6,5	
Profession			
Agent de l'Etat	44	17,9	
Agent humanitaire	27	11	
Agriculteur/Éleveur	92	37,4	
Artisanat	6	2,4	
Autre à préciser	6	2,4	
Commerçant (e)	25	10,2	
Sans profession	46	18,7	
Religion			
Catholique	138	56,1	
Kimbanguiste	3	1,2	
Musulman	12	4,9	
Protestante	81	32,9	
Témoin de Jéhovah	12	4,9	
Niveau d'étude			
Primaire	50	20,3	
Sans niveau	68	27,6	
Secondaire	101	41,1	
Universitaire	27	11	
Taille de ménage (Nombre de personnes)			7±3
Moins de 7 personnes	125	50,8	
7 personnes et plus	121	49,2	
Revenu mensuel du ménage (en dollars américains)			65±75 \$
100 et plus	54	22	
50 à 99	60	24,4	
0 à 49	132	53,6	

**3.2 UTILISATION DES SERVICES DE SANTE AVANT ET APRES L'INTERVENTION**



*Fig. 1. Evolution de l'utilisation des services*

**3.3 UTILISATION DES SERVICES ALTERNATIFS AUX SERVICES DE LA SANTE AVANT ET APRES L'INTERVENTION**



*Fig. 2. Evolution de l'utilisation des alternatives thérapeutiques*

**3.4 PERCEPTIONS SUR L'UTILISATION DES SERVICES OFFERTS DANS LA ZONE DE SANTE DE MITI-MURHESA**

Selon 85 % des utilisateurs des services interrogés (n=246), la barrière financière constitue le principal obstacle à l'accessibilité aux soins dans la Zone de santé de Miti-Murhesa. En effet, 54 % d'entre eux vivent avec un revenu mensuel inférieur à 50 dollars américains (\$ US) et 25% ont un revenu compris entre 50 et 100 \$ US.

Parmi les utilisateurs des services interrogés, 35 % admettent être motivées par la qualité des soins pour utiliser les services de santé et 68 % déclarent que la réduction des coûts des soins constitue le facteur majeur qui les pousse à utiliser les services de santé.

Concernant la satisfaction, 45% des utilisateurs des services interrogés ne sont pas satisfaits des services offerts, à cause de la faible qualité des soins, de l'insuffisance de la couverture sanitaire, de l'indisponibilité des ressources humaines pour certains services clés ou d'un système d'approvisionnement en médicament problématique.

Concernant l'impact du programme, 52 % des utilisateurs interrogés admettent que le programme leur a facilité l'accès aux services et a amélioré la qualité des services. Pour des personnes interrogées le programme a permis de motiver le personnel (68% des répondants), de réduire le coût des soins (52%), d'améliorer la qualité des services (75%), d'appliquer les normes nationales (25%), d'améliorer la couverture (43%), de prendre en charge quelques indigents (76%), de participer à la fixation des tarifs (75%) et de sensibiliser des ménages sur la prise en charge de leur santé (75%). La participation de la population a été améliorée selon 75 % des personnes interrogées, recevant des visites à domicile des membres des CODESA grâce au programme de Cordaid (AAP).

Concernant la perception des animateurs de la ZS, 94% (n=99) attestent que le programme a motivé le personnel à cause de la régularité et de la consistance de la rémunération, a réduit les coûts des soins chez les usagers, a favorisé l'amélioration quantitative et qualitative des services des soins et a favorisé la réalisation des visites à domicile. Les personnes interrogées ont cependant tous fait l'observation de l'absence de prise en charge de certaines pathologies dont celles chroniques comme la tuberculose. Concernant spécifiquement les membres des CODESA, 83 % (n=45) ont mentionné que le programme a favorisé la prise en charge des indigents et a occasionné la participation communautaire à la fixation des tarifs des soins.

## **4 DISCUSSION**

La présente étude avait pour objectif d'évaluer si un financement basé sur la performance influence réellement l'utilisation des services de santé de première ligne dans une zone de santé rurale. Les principales limites de cette étude concernent l'absence de catégorisation des utilisateurs des services de santé par service et en fonction des caractéristiques socio-démographiques ainsi que le comparatif avec une Zone de santé sans appui quelconque. Nous discutons dans les paragraphes qui suivent les caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées, l'utilisation des services avant et pendant le programme, l'évolution de l'utilisation des alternatives thérapeutiques et les perceptions des personnes interrogées sur l'utilisation des services dans la Zone de santé de Miti-Murhesa avant et pendant le programme et l'impact du programme sur les services de santé.

### **4.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES INTERROGÉES**

Les utilisateurs des services interrogés sont majoritairement âgés de plus de 30ans (56%), des hommes (60%) et des personnes mariées (65%). Au-delà du programme de financement basé sur la performance, certaines caractéristiques socio-démographiques peuvent à elles seules influencer l'utilisation des services. L'étude démontre une proportion importante de personnes à revenu mensuel inférieur à 100 \$ US (78%), au chômage (19%) et d'analphabètes (28%) qui constituent des facteurs d'un faible recours aux soins [11]. L'analphabétisme et le bas niveau d'instruction entraînent une faible prise de conscience qui empêche aux personnes de comprendre l'importance des services médicaux et les rend moins attentives au lien entre certaines pratiques culturelles et les effets négatifs sur leur santé [12]. Concernant le faible revenu, plusieurs études démontrent que le profil des ménages pauvres présente le risque d'avoir des problèmes de santé avec les dépenses de soins de santé élevées et des difficultés d'accès aux soins modernes [13-15]. La religion influence aussi considérablement l'accès aux services et soins de santé et notamment ceux maternels [16]. En effet, certaines pratiques religieuses s'inscrivent directement dans la vie sociale: l'habillement, l'alimentation, le recours aux soins de santé modernes. Dans la ZS de Miti-Murhesa, les personnes interrogées appartiennent à cinq principales religions; catholique (56%), protestante (33%), musulmane (5%), témoins de Jéhovah (5%) et Kimbanguiste (1%), généralement associées à une diversité de modèles de perceptions du recours aux soins de santé modernes. Cette diversité religieuse soulève la question de l'adaptation des formations sanitaires pour demeurer accessibles et l'intégration de la dimension religieuse par les professionnels de la santé dans les soins administrés à leurs patients [17, 18]. Dans certains cas la religion sera exploitée pour renforcer la qualité du traitement offert au patient et être considéré ainsi comme un système de soins de santé, notamment en santé mentale [19, 20].

### **4.2 UTILISATION DES SERVICES AVANT ET PENDANT LE PROGRAMME**

La proportion des utilisateurs de service déclarant recourir aux services de santé de la ZS est passée de 59% avant le programme à 93% à la fin du programme (n=246). Le programme de PBF semble avoir amélioré sensiblement l'utilisation des services dans la ZS de Miti-Murhesa, corroborant les résultats des autres études [7, 21] et contredisant d'autres [22]. Le financement basé sur la performance dans sa mise en œuvre facilite une meilleure organisation et évaluation des services [6], une mobilisation des ressources pour faire face au faible pouvoir d'achat des ménages [23, 24], et la rationalisation de la gestion du centre de santé. Des mécanismes similaires ont été développés dans la ZS voisine de Katana pour permettre aux Centres de santé de maintenir des soins de qualité en contexte d'instabilité

[25, 26]. Le programme déployé par l'AAP n'a pas agi sur les autres facteurs pouvant influencer l'utilisation des services, dont les facteurs géographiques et environnementaux [27, 28].

#### 4.3 ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DES ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES

L'utilité que les individus accordent aux différentes alternatives thérapeutiques dépend du besoin de santé, de leurs capacités financières et des coûts et avantages qu'ils attribuent à ces différentes alternatives [29]. Les alternatives observées dans la ZS de Miti-Murhesa notamment le recours à l'automédication, à la chambre de prière, aux tradipraticiens et aux féticheurs corroborent les résultats d'autres études réalisées en République démocratique du Congo [30-32]. Les relations entre les populations et les personnels de santé constituent une composante essentielle des avantages perçus. La qualité de ces relations a une influence décisive sur la fréquentation des centres de santé [29]. Durant la mise en œuvre du programme, le nombre de personnes ayant recouru à l'automédication, à la chambre de prière ou aux féticheurs a baissé respectivement de 126 (soit 51,2%) à 55 (soit 21,9 %); de 9 (soit 3,6%) à 6 (soit 2,4%) et de 6 (soit 2,4%) à 2 (soit 0,8%) tandis que celui de personnes ayant recouru aux tradipraticiens a sensiblement augmenté de 24 (soit 9,7%) à 114 (soit 46,3%) comme illustré par la figure 3. Les tradipraticiens dans la Zone de santé de Miti-Murhesa font ainsi une forte concurrence aux services de santé de la zone de santé; ils n'arrivent habituellement pas à résoudre les problèmes de santé de la population comme relevé par Manzambi [30]. Une adaptation de leur pratique à la demande sociale mérite d'être davantage soutenue [33] ainsi que la régulation de leur profession afin de limiter l'émergence des charlatans et escrocs.

#### 4.4 PERCEPTIONS DES PERSONNES INTERROGÉES

La réduction des coûts des soins et la qualité des soins sont les facteurs principaux cités de motivation à l'utilisation des services de santé. La mise en œuvre du programme de financement basé sur la performance a impliqué la participation de la communauté à la fixation des tarifs des soins et a amélioré la qualité des services ainsi que la motivation des professionnels de santé au niveau des FOSA. La population a reconnu des effets positifs du programme de l'AAP, corroborant les résultats d'autres études sur les effets du PBF [22, 34].

### 5 CONCLUSION

Le financement basé sur la performance peut réellement améliorer l'utilisation des services de première ligne des soins grâce à la réduction des coûts des soins et l'amélioration de la qualité des services au travers leur équipement, la mise en place des mécanismes de gestion transparente et la motivation des ressources humaines. Malgré ce financement, le recours aux tradipraticiens demeure important dans la ZS de Miti-Murhesa, constituant une concurrence aux services de santé de première ligne. Aussi, le financement des services de santé basé sur la performance fragilise à moyen terme le système de santé local du fait qu'il soit basé sur des programmes ayant une durée de vie, sans aucun encrage institutionnel dans le système de santé. La présente étude recommande ainsi d'associer un plan de pérennisation à chaque programme de financement basé sur la performance et de renforcer la régulation de la pratique des tradipraticiens, notamment dans les Zones de santé où le recours aux tradipraticiens est important.

#### REFERENCES

- [1] Balique, H., 1. Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives, in Santé internationale. 2011, Presses de Sciences Po. p. 29-50.
- [2] Mbeva, J.-b.K., et al., Profil de l'offre des soins médicaux en milieu urbain africain: Cas de la ville de Goma à l'est de la RDC. International Journal of Innovation and Applied Studies, 2020. 31 (3): p. 458-471.
- [3] Hone, T., J. Macinko, and C. Millett, Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? The Lancet, 2018. 392 (10156): p. 1461-1472.
- [4] Mayaka Manitu, S., Le financement basé sur la performance dans un système de santé complexe: cas de la République Démocratique du Congo. Université Catholique de Louvain, UCL, Louvain, Belgium, 2015.
- [5] Karemere, H., et al., Referral hospitals in the Democratic Republic of Congo as complex adaptive systems: similar program, different dynamics. The Pan African Medical Journal, 2015. 20
- [6] Njoumeme, Z. and A. Fadimatou, Performance-based financing for monitoring and evaluation of health system in Cameroon. African Evaluation Journal, 2013. 1 (1): p. 11
- [7] Soeters, R., et al., Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. Health Affairs, 2011. 30 (8): p. 1518-1527.
- [8] Zeng, W., et al., Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. Health policy and planning, 2013. 28 (6): p. 596-605.

- [9] Sieleunou, I., et al., How does performance-based financing affect the availability of essential medicines in Cameroon? A qualitative study. *Health policy and planning*, 2019. 34 (Supplement\_3): p. iii4-iii19.
- [10] Zone-de-Santé-Miti-Murhesa, Rapport annuel d'activités 2015.
- [11] Jusot, F., Les inégalités de recours aux soins: bilan et évolution. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013. 61: p. S163-S169.
- [12] Samb, N.D. and P. Sakho, Déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction (SR) par les populations de transhumants pastoraux de la région de Matam. *Antropo*, 2012. 27: p. 97-104.
- [13] DEMAREST, S., et al., Accessibilité financière aux soins de santé. DRIESKENS, Sabine, GISLE, Lydia (éd.), Enquête de santé, 2013.
- [14] Manzambi Kuwekita, J., et al., Étude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de sante de Bandalungwa à Kinshasa (Congo) grâce à la micro-assurance santé en 2008. *Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2013. 12
- [15] Fecher-Bourgeois, F. and J.-M. Close, Accessibilité financière et équité du système belge de soins de santé. De l'organisation du système de santé à l'impact d'actions spécifiques: la politique de la Clinique André Renard. 2011.
- [16] Messi, E. and W. Yaye, Contraintes à l'accès aux soins de santé maternelle dans la ville de Maroua. *Int J Eng Sci*, 2017. 6 (1): p. 13-21.
- [17] Le Gall, J. and S. Xenocostas, L'adaptation des soins sociosanitaires de première ligne à la diversité religieuse: l'exemple du Québec. *Ethnologies*, 2011. 33 (1): p. 169-189.
- [18] Fortier, V. Refus de soins, récusation du soignant pour motifs religieux. in Commission d'éthique de la Clinique Adassa, Strasbourg, 26 mai 2014. 2014.
- [19] Ourhou, A., E. Habimana, and S. Bergeul, L'accessibilité des services de santé mentale en contexte migratoire: la perception des immigrants. *Revue québécoise de psychologie*, 2022. 43 (1): p. 65-83.
- [20] Benjamin, F., Promouvoir la participation citoyenne comme stratégie d'extension des services de santé mentale en Haïti. Les représentations de la maladie mentale en Haïti, 2020: p. 157.
- [21] Rudasingwa, M., R. Soeters, and M. Bossuyt, The effect of performance-based financial incentives on improving health care provision in Burundi: a controlled cohort study. *Global Journal of Health Science*, 2015. 7 (3): p. 15
- [22] Ahmed, T., et al., Incentivizing quantity and quality of care: evidence from an impact evaluation of performance-based financing in the health sector in Tajikistan. 2019.
- [23] Gautier, L., et al., How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 2018. 110: p. 160-175.
- [24] Coulibaly, A., et al., Performance-Based Financing (PBF) in Mali: is it legitimate to speak of the emergence of a public health policy? *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, 2020 (12.1).
- [25] Karemere, H., et al., Résilience des centres de santé dans la prise en charge du paludisme: Cas de la Zone de santé de Katana en République démocratique du Congo [Resilience of health centers in the management of malaria: Case of Katana Health Zone in the RD Congo]. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 2022. 37 (1): p. 188-200.
- [26] Kenanewabo, N., C. Molima, and H. Karemere, gestion adaptative des centres de santé dans un environnement changeant en République démocratique du Congo. *Sante Publique*, 2020. 32 (4): p. 359-370.
- [27] Régine, A.K.A., Determinants of utilization of modern health facilities in C\_ampersandsignocirc; te d\_ampersandsign# 39; Ivoire: evidence from a national household survey. *African Journal of Health Economics*, 2018. 7: p. 1-15.
- [28] Munyamahoro, M. and J. Ntaganira, Déterminants de l'utilisation des services de sante par les ménages du district de rubavu. *Rwanda Health Communication Center - Rwanda Biomedical Center (RHCC - RBC)*, 2012.
- [29] Haddad, S., Utilisation des services de santé en pays de développement: une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre. 1992, Lyon 1.
- [30] Manzambi, J., et al., Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *Tropical Medicine & International Health*, 2000. 5 (8): p. 563-570.
- [31] Bapolisi, W.A., et al., First recourse for care-seeking and associated factors among rural populations in the eastern Democratic Republic of the Congo. *BMC public health*, 2021. 21 (1): p. 1-13.
- [32] Mwana-Wabene, A.C., et al., Choix thérapeutiques des hypertendus et diabétiques en milieu rural: Une étude mixte dans deux zones de santé de l'Est de la République Démocratique du Congo. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2022. 14 (1): p. 9.
- [33] Gruénais, M.-É., La professionnalisation des «néo-tradipraticiens» d'Afrique centrale. *Santé Publique et Sciences Sociales*, 2002. 8 (9): p. 217-239.
- [34] Petross, C., et al., Intended and unintended effects: community perspectives on a performance-based financing programme in Malawi. *BMJ global health*, 2020. 5 (4): p. e001894.